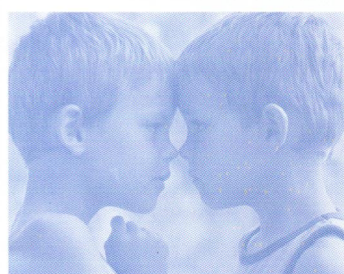


Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



(K)ein normaler Alltag!? Partizipation von Kindern mit LRS

Jovana Stahnke, Maike Voelmy & Carola D. Schnitzler

Pragmatisch-funktionelle Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD)

Veronika Balazs, Alisa Wiesenberger & Ralf Glindemann

Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter
Verena Fuchs



Verbandsnachrichten dgs

Positionspapier zur UN-Behindertenrechts-Konvention;
dgs-International

Verbandsnachrichten dbs

Verordnungs-Prüfpflicht; Kassen-
Insolvenzen; Symposium PLUS

dgs | dbs

So erreichen Sie die Herausgeber
und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:



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



Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack
Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel. 02841/988919, 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, Plöbnitz 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)

Satz und Gestaltung

Löer Druck GmbH, Schleefstraße 14, 44287 Dortmund
Titelfoto: Martina Berg – Fotolia.com

Verlag

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG

Ein Unternehmen der **inter-Sprache** BORGSMANN MEDIA GRUPPE

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

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

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

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültige Preisliste: Nr. 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 Lütke, Hannover
Dr. Matthias Moriz, Olsberg
E-Mail: redaktion@sprachheilarbeit.eu

Mitteilung der Redaktion

In der *Sprachheilarbeit* werden Beiträge veröffentlicht, die die Auseinandersetzung mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen voranbringen. Schwerpunkte sind grundlegende und anwendungsbezogene Fragen zu Diagnostik, Förderung, Unterricht, Therapie und Rehabilitation von sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Veröffentlichung von Manuskripten erfolgt als Haupt- oder Magazinbeitrag, je nach Berücksichtigung der in den Autorenrichtlinien festgelegten Qualitätsstandards. Die Begutachtung wird jeweils von zwei Beiratsmitgliedern vorgenommen. Manuskripte sind unter Beachtung der Manuskriptrichtlinien in digitaler Form an redaktion@sprachheilarbeit.eu zu senden. Alle Hinweise für Autoren finden Sie unter www.sprachheilarbeit.eu. Die in der *Sprachheilarbeit* abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen nicht mit den Ansichten der Herausgeber, der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

Beirat

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 Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.



Die Sprachheilpädagogik und die Deutsche Einheit 20 Jahre danach

„Gute Zukunft braucht klare Erinnerung“ (2009, 194), so beendet Richard von Weizsäcker sein neues Buch „Der Weg zur Einheit“. Er mahnt uns dabei, dass die äußere Einheit zwar durch den Einigungsvertrag und durch das Grundgesetz „vollendet“ ist, wir uns aber erst in einem Prozess der Auseinandersetzung auf dem Weg zu einer inneren Einheit befinden, wobei unterschiedliche Ausgangsbedingungen und die Gemütslage in beiden Teilen Deutschlands zu berücksichtigen sind.

Und in der Sprachheilpädagogik?

Statt eines beiderseitigen Entgegenkommens gab es die Auflösung eines funktionierenden Systems im Osten mit einer besonders bewährten Frühförderung und sogenannte Patenschaften, bei denen bestimmte neue Bundesländer einem alten Bundesland zugeordnet wurden und nach föderalem Muster geradezu zufällig deren System übernahmen.

Und heute?

Die Sprachheilpädagogik aus dem Jahr 1990 gibt es nicht mehr – im Osten nicht, aber auch nicht im Westen. Der *Zerfall* des sprachheilpädagogischen Systems in den neuen Bundesländern und ihre regional unterschiedliche Angleichung wurden überlagert durch gravierende Änderungen des Gesamtsystems: die *Auseinanderentwicklung* schulischer und außerschulischer Sprachheilpädagogik im Westen, die *Überlagerung* durch das ausufernde Wachstum der Logopädie mit einem exorbitanten Anwachsen der Logopädenschulen und die total unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Bundesländern haben zu einem *divergierenden Gesamtsystem* geführt, bei dem (noch?) eine Unterversorgung im Osten zu verzeichnen ist. Regionale Besonderheiten scheinen größer zu sein als ein einigendes Band.

Wie geht es weiter?

Der *Weg zur inneren Einheit* ist auch in der Sprachheilpädagogik sicher nicht abgeschlossen, wobei kumulative Entwicklungen im Gesundheits- und Bildungssystem zu verzeichnen sind, die unvorhersehbare Anforderungen (Inklusion), aber auch Chancen nach sich ziehen können. Generell gilt dabei: Wer auf Stillstand und *ausschließlich* auf Bewahren setzt, verliert das Erreichte eher als diejenigen, die sich neu anpassend weiter entwickeln. Dies gilt auch für die Sprachheilpädagogik im Osten und Westen, Norden und Süden.

M. Grohnfeldt

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Lehrstuhlinhaber für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie
an der LMU München

Regina Schleiff

Regina Schleiff
Ehemalige Vorsitzende der dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt und
Praxisinhaberin in Quedlinburg

Inhalt 5/2010

Hauptbeiträge

Wissenschaftlicher Nachwuchs stellt sich vor 222

Martina Hielscher-Fastabend

(K)ein normaler Alltag!? Qualitative Studie zur Erfassung der Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren im Sinne der ICF-CY von Grundschulkindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten 223

Jovana Stahnke, Maike Voelmy, Carola D. Schnitzler

Interview zur pragmatisch-funktionellen Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD) 232

Veronika Balazs, Alisa Wiesenberger, Ralf Glindemann

Theorie und Praxis der Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter 241

Verena Fuchs

Magazin

Originalbeiträge

Neue Kommunikationshilfe mit der eigenen Stimme bei drohendem Stimmverlust 251

Sabine Koppetsch, Eduardo Mendel

Therapieraum/Klassenzimmer 255

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse 259

Medien/Rezensionen 260

Nachbarschaften 264

Mitteilungen 265

Aktuelles

Aktuelles dbs 267

Aktuelles dgs 271

Termine 274



www.dgs-ev.de

www.dbs-ev.de

Editorial

Wissenschaftlicher Nachwuchs stellt sich vor

Die dbs-Förderpreisträger 2010 in der Sprachheilarbeit

Im Rahmen des 11. Wissenschaftlichen Symposiums des dbs wurde in Halle (Saale) im Januar 2010 zum fünften Mal der dbs-Förderpreis vergeben. Die drei von einer Jury ausgewählten Arbeiten wurden von den Preisträgerinnen mit kurzen Präsentationen vorgestellt, die am Samstagmittag einen zukunftsweisenden Abschluss des Symposiums bildeten. Um auch denjenigen, die nicht in Halle dabei sein konnten, einen Einblick in diese Forschungsarbeiten zu ermöglichen, werden sie in guter Tradition in der *Sprachheilarbeit* veröffentlicht.

Die dbs-Jury, bestehend aus Dr. Berthold Gröne, PD Dr. Ernst G. de Langen und Prof. Dr. Claudia Iven, und das Auditorium in Halle waren sich einig, dass die Arbeiten förderungswürdige Ansätze für praxisrelevante Forschungsprojekte enthalten. Wir freuen uns, dass diese Arbeiten nun für alle Interessierten nachlesbar sind!

Die Arbeiten erscheinen in diesem Heft in der Reihenfolge der Preisvergabe:

Der **erste Preis** ging in diesem Jahr an zwei Preisträgerinnen aus dem Bachelorstudiengang „Logopädie BSc“ der Hochschule Fresenius in Idstein. Die besondere Preiswürdigkeit der Arbeit von **Jovana Stahnke** und **Maike Voelmy**: „(K)ein normaler Alltag!? Qualitative Studie zur Erfassung von Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren im Sinne der ICF/ICF-CY von Grundschulkindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“ begründete die Jury folgendermaßen: „Die Verfasserinnen gehen mit einer Vergleichsgruppen-Studie der Frage nach, ob und wenn ja wie sich die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von LRS-Kindern von ihrer Altersgruppe unterscheidet. Versuchen sie schulische Defizit-Erlebnisse durch schriftsprachferne Freizeitaktivitäten zu kompensieren - und gelingt ihnen das? Neben den Auswirkungen auf die Partizipation deckt die Studie auch auf, wie sehr gerade das Schulsystem bzw. bildungspolitische Voraussetzungen zu einem behindernden Faktor werden können, obwohl gerade dort Unterstützung erfolgen sollte.“ Die Jury lobte vor allem die herausragend gute Konzeption und Durchführung der Studie und



Blumen für die Siegerinnen: A. Wiesenerberger, V. Fuchs, V. Balazs, M. Voelmy, J. Stahnke (v.l.)

die fachwissenschaftliche Interpretation der Ergebnisse, die diese Arbeit auszeichnet.

Der **zweite Preis** wurde an zwei Absolventinnen des Bachelorstudienganges „Sprachtherapie BA“ an der LMU München vergeben. Die Arbeit von **Veronika Balazs** und **Alisa Wiesenerberger** trägt den Titel: „Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimensionen von aphasischen Kommunikationsstörungen unter Berücksichtigung des Vergleichs von Einschätzungsfragebögen von Angehörigen und den Ergebnissen aus dem Interview.“ Die Jury formuliert in ihrer Würdigung: „Die Arbeit beschäftigt sich mit der oft gestellten Frage nach dem Zusammenhang zwischen Kommunikationskompetenz und sprachlichen Defiziten bei Aphasikern: kommunizieren Aphasiker besser als sie sprechen? Die Autorinnen entwickelten ein Verfahren zur Überprüfung der kommunikativen Alltagskompetenz bei schwer beeinträchtigten Aphasikern. Das von den Preisträgerinnen entwickelte Interview und der ebenfalls neu erstellte Angehörigenfragebogen scheinen zukunftsfruchtig.“ Es ist hiermit ein – auch ICF-konformer – Ansatz entstanden, der es verdient, weiterentwickelt und gefördert zu werden.

Der **dritte Preis** ging an **Verena Fuchs**, die den Preis für ihre Magisterarbeit im Studiengang der Sprachheilpädagogik in Würzburg erhielt. In der Laudatio zur Arbeit mit dem Titel „Theorie und Praxis der Diagnos-

tik des Sprachverstehens im Vorschulalter“ schreibt die Jury: „Die Arbeit liefert eine kenntnisreiche Analyse gängiger Diagnostikverfahren und zugrunde liegender Literatur zum Sprachverstehen im Grundschulalter. Auf dieser Grundlage entwickelte die Autorin eine zielgerichtete Ergänzung und Modifikation bestehender Verfahren unter Einbeziehung unterschiedlicher, die Rezeptionsleistung beeinflussender und modifizierender Faktoren.“ Der gewählte Ansatz, die stringente Überführung in Umsetzungsvorschläge sowie die hohe Relevanz für den sprachtherapeutischen Alltag hat trotz einer vergleichsweise schmalen empirischen Basis die Jury überzeugt.

Der dbs gratuliert allen Preisträgerinnen ganz herzlich!

Prof. Dr. Martina Hielscher-Fastabend
2. Vorsitzende des dbs

Der Förderpreis des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten wird wieder verliehen im Rahmen des 13. Wissenschaftlichen Symposiums im Januar 2012. Die Ausschreibung erfolgt im Jahr 2011 direkt an den Hochschulen mit Studiengängen für akademische Sprachtherapie und in der *Sprachheilarbeit*.

Wir freuen uns, wenn Sie jetzt schon nach geeigneten Kandidat/inn/en Ausschau halten!



(K)ein normaler Alltag!?

Qualitative Studie zur Erfassung der Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren im Sinne der ICF-CY von Grundschulkindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten



Assessment of activity, participation and contextual factors according to the ICF-CY in primary school children with dyslexia – a qualitative study

Jovana Stahnke, Gütersloh
Maike Voelmy, Berlin
Carola D. Schnitzler, Potsdam



Zusammenfassung

Hintergrund

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF, DIMDI 2005) gewinnt für therapeutische Berufe zunehmend an Bedeutung. Es existieren allerdings bisher keine Untersuchungsergebnisse zur Anwendbarkeit der ICF/ICF-for children and youth (ICF-CY) auf Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS).

Fragestellung/Ziel

Ziel der Arbeit war es, anhand einer Fragebogenstudie zu untersuchen, wie und in welchen Bereichen Grundschulkindern mit LRS im Vergleich zu Kindern ohne LRS im Sinne der ICF-CY in ihrer aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt sind und welche möglichen Kontextfaktoren und personenbezogenen Faktoren speziell für diese Kinder bestehen.

Methodik

An der Erhebung nahmen zehn Kinder mit LRS sowie zehn ohne LRS teil, die eine altersmäßige und sozial möglichst homogene Vergleichsgruppe darstellten. Die Eltern füllten für ihre Kinder einen Fragebogen aus, der auf Grundlage relevanter Kategorien der

Abstract

Background

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, DIMDI 2005) becomes a more important framework in therapeutic clinical settings. However, no empirical results have been published so far concerning the application of the ICF or the ICF for children and youth (ICF-CY) specifically to literacy problems in children.

Question

The purpose of this study was to investigate how and in which domains literacy problems affect primary school children's active participation in social life compared to peers without literacy problems by means of a survey. Furthermore, contextual and personal factors in literacy disordered children were analyzed.

Method

Twenty primary school children participated in this study: Ten children had an existing literacy disorder; the other ten children were their friends and classmates. Their parents completed a questionnaire, which reflected relevant categories of the ICF-CY regarding activity, participation and contextual factors.

Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren der ICF-CY entwickelt wurde.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung weisen auf deutliche Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation bei Grundschulkindern mit LRS im direkten Vergleich zu nicht betroffenen Kindern hin. Im Bereich der Kontextfaktoren scheinen die schulischen Bedingungen und Rechtsvorschriften für viele LRS-Kinder eher eine Barriere zu bilden, wobei die Unterstützung durch die Familie einen förderlichen Kontextfaktor darzustellen scheint.

Schlussfolgerungen

Die ICF-CY ermöglicht eine systematische, detaillierte Erfassung von Informationen über den Lebenshintergrund von Kindern mit LRS, auf deren Basis eine Beurteilung der psychosozialen Anpassung möglich ist, die nicht zuletzt eine Voraussetzung für die Gewährung der Eingliederungshilfe nach §35a des SGB VIII (IX) darstellt.

Schlüsselwörter

Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, ICF-CY, psychosoziale Anpassung

Results

It could be shown that primary school children with literacy disorders experience considerable constraints in domains of activity and participation when compared to their peers. As far as contextual factors are concerned, existing academic conditions and regulations seem to be rather a barrier for children with literacy disorders, while home environment (family) can be described as supportive factor for these children.

Conclusion

The ICF-CY allows for a systematic and detailed collection of relevant information about literacy disordered children's background of life, which provides a basis for the assessment of the psychosocial adaption, a prerequisite to grant rehabilitation remedy according to §35a SGB VIII (IX).

Keywords

dyslexia, ICF-CY, psychosocial adaptation

1 Einleitung

Die selbstverständliche Beherrschung der Schriftsprache wird in der heutigen Gesellschaft in allen Bereichen des Lebens vorausgesetzt: in der Schule, im Beruf und im Alltag. Für die Kommunikation, den Erwerb von Wissen und Informationen und andere Bereiche, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausmachen, kommt dem Lesen und Schreiben eine besondere Bedeutung zu (vgl. KMK 2007, 1; Hurrelmann 2004, 41; Thomé 2004, 13). „Gerade die neuen Medien setzen Lesefähigkeit zu ihrem effektiven Gebrauch voraus und auch unter der Bedingung eines vielfältigen gesellschaftlichen Medienangebots bleibt das Lesen für das Lernen unerlässlich“ (Hurrelmann 2004, 41). Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben begegnen, durch den hohen Stellenwert dieser Kompetenz in der Gesellschaft, vielen Problemen (vgl. Arnold et al. 2005, 205). Sie haben zum Teil mit Vorurteilen zu kämpfen, erreichen häufig ungünstigere Schulabschlüsse (vgl. Schulte-Körne 2004, 71) und scheinen neben den schulischen und beruflichen Einschränkungen auch in sozialen Bereichen benachteiligt zu sein (vgl. Naegle & Valtin 2001, 45).

Während die Forschung derzeit überwiegend mögliche Ursachen und Symptome

von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten sowie ihre Förder- und Therapiemaßnahmen untersucht, wird die Analyse eventueller Auswirkungen auf die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der bestehenden Umweltfaktoren bisher eher vernachlässigt. Ausschließlich in einer geringen Anzahl von Studien werden die Auswirkungen von LRS auf zwischenmenschliche Beziehungen untersucht. So belegen Hellendoorn & Rujisenaars (2000), Naegle & Valtin (2001) und McGee et al. (1988) Beeinträchtigungen interpersoneller Beziehungen bei Erwachsenen und Kindern mit LRS. Faktoren, die sich förderlich oder hemmend auf die Entwicklung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten auswirken, zum Beispiel die Unterstützung durch Eltern, Lehrer und Mitschüler, der Diagnostikzeitpunkt und die Lese-Rechtschreibförderung, werden unter anderem von Singer (2005), McNulty (2003) und Schulte-Körne (2003) untersucht.

Mit Hilfe der International classification of functioning, disability and health (ICF, DMDI 2005), einem von der World Health Organisation (WHO) entwickelten, interdisziplinären Klassifikationssystem der funktionalen Gesundheit, ist es möglich, Lebensbereiche zu benennen, die durch Lese- und Rechtschreibstörungen beeinträchtigt werden. Speziell für sprachliche Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen wur-

de die ICF von McLeod modifiziert (ICF for children and youth, ICF-CY, z. B. McLeod & McCormack 2007). Dabei unterscheidet die ICF/ICF-CY die Bereiche Funktionsfähigkeit und Behinderung, Aktivität, Partizipation sowie die Kontextfaktoren. Sie bietet die Möglichkeit, nicht alleine die funktionalen Aspekte einer Beeinträchtigung bzw. Behinderung zu klassifizieren, sondern bezieht die Fähigkeiten eines Menschen, Aktivitäten in seinem alltäglichen Leben durchzuführen, seine Einbindung in die Gesellschaft sowie seinen Lebenshintergrund mit Umwelt und personenbezogenen Faktoren mit ein.

Erstmals diskutiert Korntheuer (2009) die theoretische Anwendbarkeit der ICF/ICF-CY für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörungen. Die Kategorien der ICF-CY werden hier als ungeeignete Klassifikationen für die Kernsymptomatik von LRS gesehen und die alltagsbezogene Unterteilung von Lese- und Schreibaktivitäten als wenig sinnvoll betrachtet, da eine übergeordnete Bedeutung der Schriftsprache für die schulische Laufbahn bestünde (vgl. Korntheuer 2009, 225).

Auf Grund der bisher fehlenden Forschungsergebnisse zur aktiven Teilhabe von Kindern mit LRS wurden im Rahmen einer qualitativen Studie Daten von Kindern mit und ohne LRS erhoben. Die Ergebnisse der Studie sollen Hinweise darauf liefern, ob

Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation von Grundschulkindern bei bestehender LRS auftreten. Des Weiteren wird erfasst, in welchen Lebensbereichen sich diese Einschränkungen zeigen, das heißt inwieweit sich die LRS möglicherweise über den schulischen Kontext hinaus auf die Ausübung von Freizeitaktivitäten, in der Aneignung von Informationen im Alltag und in der Kommunikation und Beziehung zu Freunden und der Familie auswirkt. Zusätzlich soll die Studie Anhaltspunkte über bestehende Kontextfaktoren für Grundschul Kinder mit einer LRS in Deutschland liefern.

2 Methodik

Auf Grundlage der ICF-for children and youth (ICF-CY) wurde ein Elternfragebogen entwickelt, der Aussagen zu den für LRS relevanten Domänen der Aktivität und Partizipation, den Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren erfasst.

Der Fragebogen steht als pdf-Datei zum Download auf der dbs-Homepage zur Verfügung: www.dbs-ev.de

Die Domänen und Kategorien werden in der Abb. 1 systematisch dargestellt, wobei die einzelnen Kategorien aufgrund der besseren Überschaubarkeit der Darstellung nicht ausgeschrieben wurden. Sie werden im Ergebnisteil benannt.

Die Fragen bzw. Items des Fragebogens wurden den jeweiligen Kategorien der ICF-CY zugeordnet. Hierbei wurden nicht alle denkbaren Kategorien, die in der Abb. 1 aufgeführt sind, durch den Fragebogen abgedeckt. Wie viele Items welchen Kategorien zugerechnet wurden, kann der Abbildung entnommen werden. Es wird deutlich, dass Informationen zu manchen Kategorien durch mehrere Items erfasst werden, während andere, wenn überhaupt, nur durch ein Item berücksichtigt werden. Eine Frage, die sich sowohl auf das Lesen als auch auf das Rechtschreiben bezieht, wurde zwei Kategorien zugeordnet, da in der ICF/ICF-CY Lese- und Rechtschreibleistungen bzw. deren Anwendung getrennt voneinander betrachtet werden.

Der in dieser Studie eingesetzte Elternfragebogen umfasste vier Teile mit insgesamt 42 Fragen. Der erste Teil enthält Fragen zu soziodemographischen Daten sowie spezielle Fragen, die nur im Falle einer bestehenden LRS des Kindes zu beantworten waren. Der zweite Teil beinhaltete 22 Fragen

und der dritte 14 Fragen zur Aktivität und Partizipation, den Kontextfaktoren und den personenbezogenen Faktoren.

Der zweite Teil des Fragebogens wurde im Multiple-Choice-Verfahren mit vier Antwortmöglichkeiten „trifft völlig zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ konzipiert. Der erste und dritte Teil waren überwiegend durch Ja-Nein-Fragen zu beantworten, während der vierte Teil „Platz für zusätzliche Angaben“ den Eltern die Möglichkeit gab, freiwillige Kommentare zu äußern.

2.1 Probanden

20 Grundschul Kinder nahmen an der Studie teil, die eine Gruppe von zehn Kindern mit LRS (LRS-Gruppe, LRS) und eine Gruppe von zehn Vergleichskindern ohne LRS (Kontrollgruppe, KG) bildeten. Um eine altersmäßig und sozial möglichst homogene Vergleichsgruppe herzustellen, wurden als Vergleichskinder Freunde der LRS-Kinder aus derselben Schul- oder Parallelklasse herangezogen. Details zu den Probanden wurden

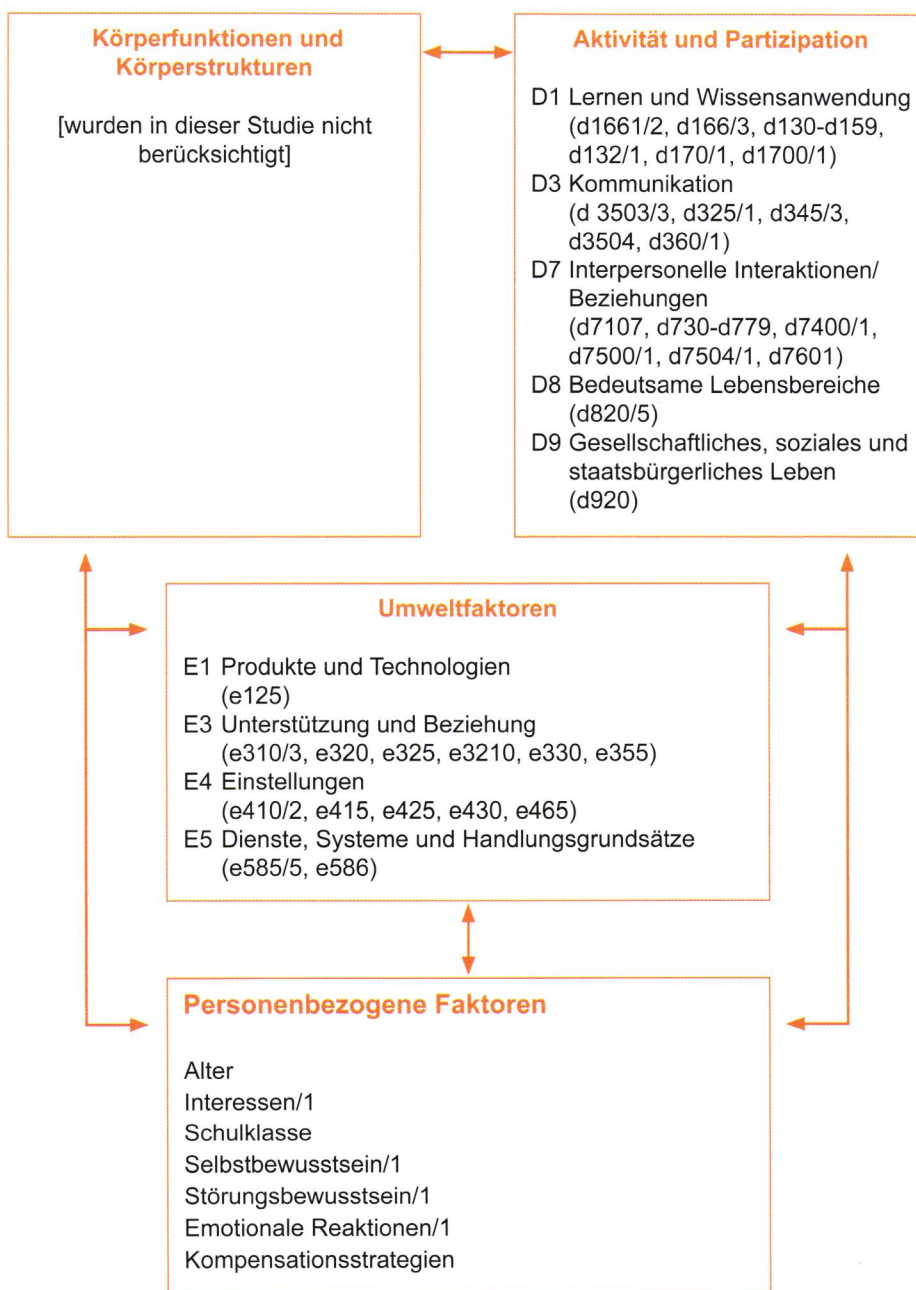


Abbildung 1: Darstellung relevanter Domänen und Kategorien (in Klammern) für Grundschul Kinder mit LRS sowie der Anzahl der zugeordneten Items des Fragebogens (nach Schrägstrich hinter den Kategorien)

	Geschlecht		Muttersprache		Schulstufe					
	männlich	weiblich	monolingual deutsch	bilingual deutsch	1	2	3	4	5	6
LRS-Gruppe (N = 10)	8	2	9	1	1	3	4	11	0	1
Kontrollgruppe (N = 10)	7	3	8	2	1	3	4	11	0	1

Tabelle 1: Probanden

den in der Tab. 1 zusammengefasst. In der LRS-Gruppe befanden sich acht Jungen und zwei Mädchen, wobei die Kontrollgruppe aus sieben Jungen und drei Mädchen bestand. Geboren wurden alle Probanden zwischen den Jahren 1997 und 2002.

In Berlin umfasst die Grundschule die ersten sechs Schulstufen, deshalb wurde auch ein Berliner Kind mit LRS und das entsprechende Kontrollkind aus der Schulstufe 6 mit in die Studie aufgenommen. Von der Studie ausgeschlossen wurden Kinder mit einer Lern- oder geistigen Behinderung, da angenommen wurde, dass diese Kinder möglicherweise andere und/oder mehr Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation aufweisen als Kinder mit einer isolierten LRS.

Die Anzahl der entfallenen Antworten pro Kategorie wurde zusammengefasst und in prozentuale Anteile umgerechnet, da machen Fragen nicht von allen Eltern beantwortet wurden. Die Ergebnisse werden im Folgenden nach Domänen und Kategorien strukturiert vorgestellt.

Die Aktivität und Partizipation im Bereich Lesen wurde mit insgesamt drei Fragen erfasst, deren Ergebnisse zusammengefasst in der Abb. 3 dargestellt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit LRS in ihrer Aktivität und Partizipation für die Bereiche Lesen und Schreiben allgemein eingeschränkt zu sein scheinen. So verwenden 55 % der Kinder mit LRS Lesen nicht bzw. eher nicht zum Gewinn von Informationen im Alltag. Gleichzeitig benötigen 90 % der Probanden mit LRS mehr Zeit für das Lesen (d166) und Schreiben (d170). Das Leseverstehen ist bei Kindern mit LRS ebenfalls deutlich im Vergleich zu dem ihrer Altersgenossen beeinträchtigt: Ausschließlich 30 % der Kinder aus der LRS-Gruppe sind im Verstehen geschriebener Sprache nicht eingeschränkt, wohingegen 80 % der Kinder aus der Kontrollgruppe diesbezüglich unbeeinträchtigt zu sein scheinen. Die Tatsache, dass nur 20 % der LRS-Kinder die Inhalte geschriebener Texte gut wiedergeben und 40 % Texte ohne zusätzliche Informationen verstehen können, wirkt sich mög-

licherweise auf das Leseverhalten im Alltag aus, was auch durch die Antworten auf zwei weitere Fragen unterstrichen wird: 40 % der Kinder aus der LRS-Gruppe lesen im Alltag Comics und bebilderte Texte. 20 % lesen Texte ohne Bilder, wohingegen 40 % Texte ohne Bilder eher zu vermeiden scheinen. Aus der Kontrollgruppe lesen 70 % der Kinder nicht bebilderte Texte und 30 % lesen eher Texte ohne Bildunterstützung.

Mögliche Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation in dem Bereich „Kommunikation als Sender und Empfänger“ wurden mit drei Fragen erfasst und in der Abb. 4 zusammengefasst dargestellt. 50 % der Kinder aus der LRS-Gruppe sind in ihrer Kommunikation als Empfänger schriftlicher Mitteilungen eingeschränkt. Sie sind eher nicht bzw. gar nicht in der Lage, Nachrichten in Textform zu lesen und zu verstehen. Im Bereich Schreiben von Mitteilungen (d345) zeigt sich ein deutlicher Längeneffekt in der LRS-Gruppe. Während 70 % der LRS Kinder kurze verständliche Nachrichten verfassen können, sind zum Schreiben von verständlichen Listen nur noch 60 % und zum Schreiben längerer Mitteilungen, wie Briefe oder Ansichtskarten, nur noch 30 % in der Lage. Aus der Kontrollgruppe können im Gegensatz dazu 80 % der Kinder uneingeschränkt kurze Nachrichten und 90 % verständliche Listen schreiben. Im Schreiben komplexerer Mitteilungen sind 30 % der Kinder mit altersentsprechenden Lese-Rechtschreibfähigkeiten uneingeschränkt, weiteren 60 % ist dies eher möglich.

3 Ergebnisse

3.1 Aktivität und Partizipation

Die zentrale Frage der vorliegenden Studie war, ob Kinder mit LRS im Vergleich zu Kindern ohne LRS in ihrer Aktivität und Partizipation eingeschränkt sind. Zur Beantwortung dieser Frage wurden alle relevanten Items (25) und die hierzu analysierbaren Antworten (LRS: 237, KG: 238) zusammengefasst betrachtet. Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass Grundschulkinder mit LRS in den meisten der für sie relevanten Domänen (in 12 von 14) der ICF-CY gegenüber nicht betroffenen Kindern Einschränkungen zu erfahren scheinen. Insgesamt scheinen 58,95 % der LRS-Kinder in ihrer aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt bis eher beeinträchtigt zu sein, während dies nur 12,18 % der Vergleichskinder sind (vgl. Abb. 2).

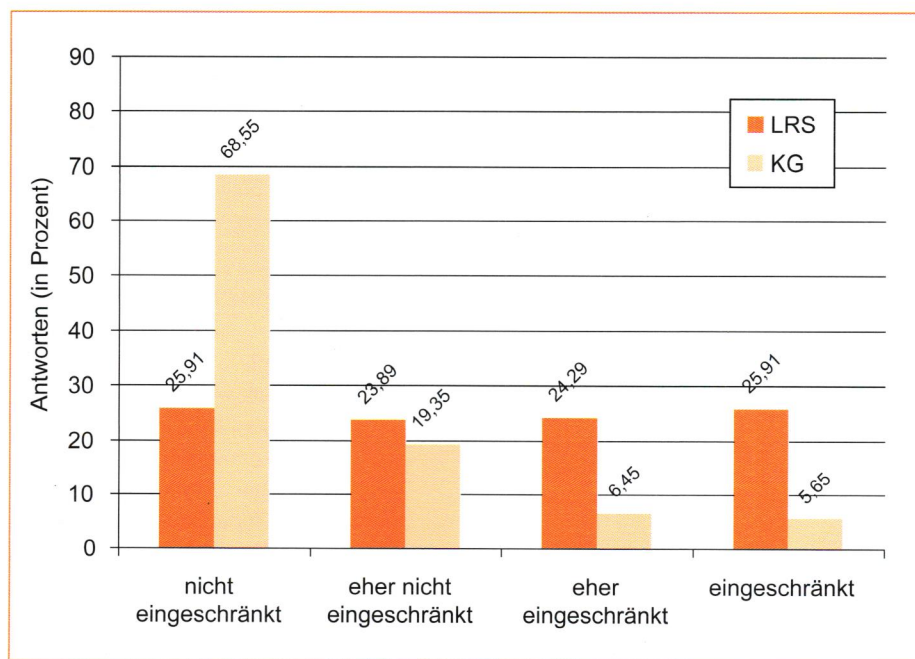


Abbildung 2: Ergebnisse für die Items zur Aktivität und Partizipation

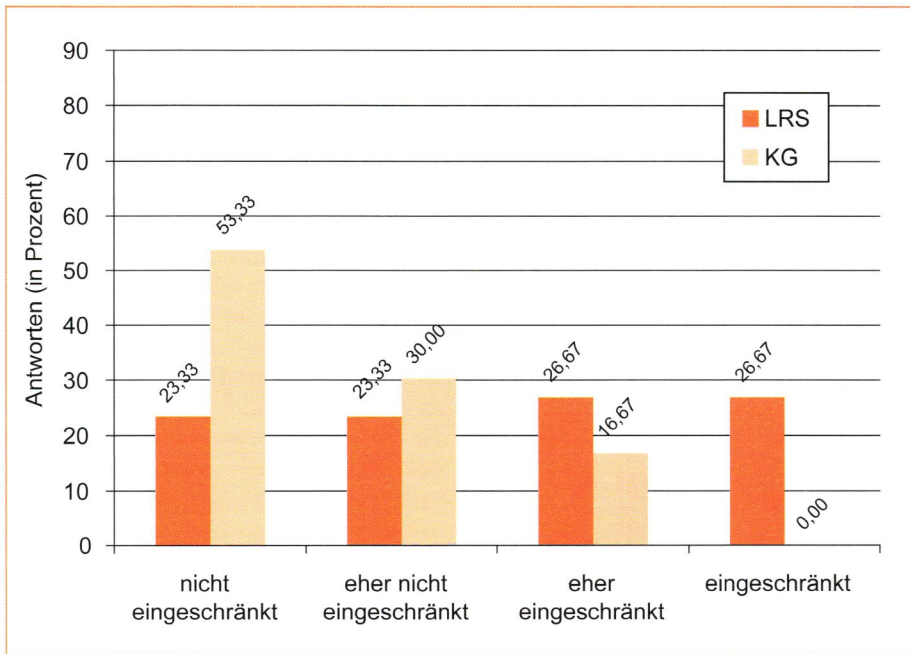


Abbildung 3: Ergebnisse für die Items der Kategorie Lesen (d166)

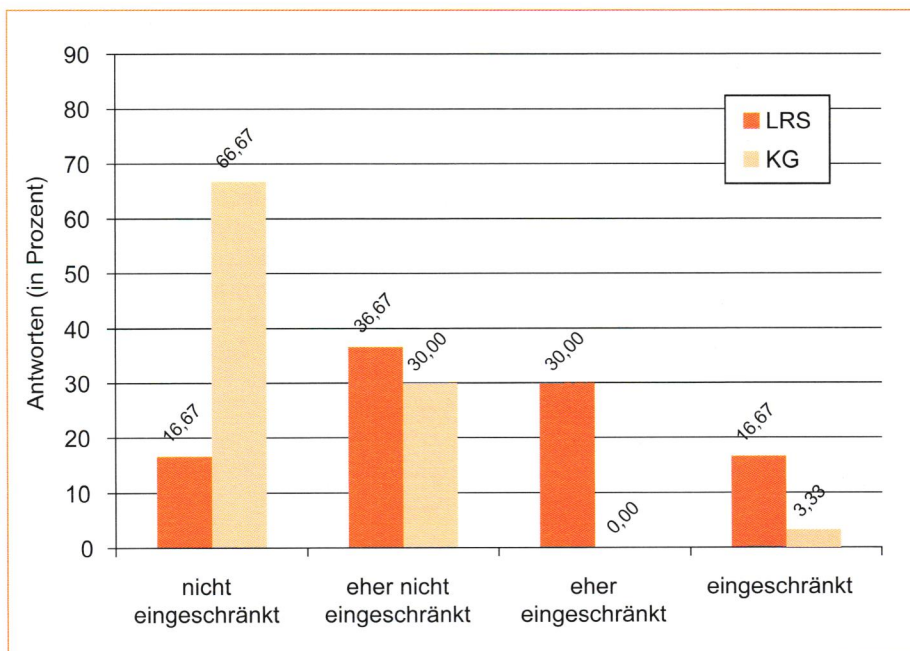


Abbildung 4: Ergebnisse für die Items der Kategorie Mitteilungen schreiben (d345)

Die Kategorie d3503 (Unterhalten mit einer Person) wurde mit drei Items im Fragebogen berücksichtigt. Die Antworten liefern Hinweise darauf, dass Kinder mit LRS in ihrer Aktivität und Partizipation, Gespräche über Gelesenes und Geschriebenes zu führen, eingeschränkt sind: Kein Elternteil von Kindern aus der LRS-Gruppe kreuzte auf die Fragen, ob sich ihr Kind mit ihnen selbst, Freunden oder Lehrern über Gelesenes oder Geschriebenes austauschen würde, die Antwortmöglichkeit „trifft völlig zu“ an.

„Trifft eher zu“ wurde von 30 % für Gespräche mit Eltern und von 10 % für Gespräche mit Lehrern und Freunden angegeben. Im Gegensatz dazu kommunizieren 76,67 % der nicht betroffenen Kinder über selbst Gelesenes oder Geschriebenes, wobei auffällt, dass die meisten sich hierüber mit ihren Eltern auszutauschen scheinen (60 %).

Die Aktivität und Partizipation in der Kategorie Erholung und Freizeit (d920) wurde durch eine Frage erhoben. In ihrer Freizeit verwenden nur 40 % der untersuchten

Kinder mit LRS Lesen zur Entspannung und Unterhaltung, wohingegen ebenfalls 40 % Lesen gar nicht und weitere 20 % eher nicht als Freizeitbeschäftigung nutzen. Während sich folglich 60 % der LRS-Kinder kaum bis gar nicht mit Lesen zur Entspannung beschäftigen, lesen 90 % der Kinder der Kontrollgruppe in der Freizeit zur Erholung.

Zur Verwendung von Kommunikationsgeräten und Techniken (d360) wurde den Eltern eine Frage vorgelegt, auf die sie angaben, dass ihre Kinder, unabhängig von ihren Schriftsprachfähigkeiten, Kommunikationsgeräte und Techniken selten nutzen. In beiden Gruppen verwenden nur je 20 % der Kinder diese zusätzlichen Hilfsmittel. Da jedoch nicht erfragt worden ist, ob Kommunikationsgeräte überhaupt zur Verfügung stehen, kann nicht beurteilt werden, warum die verbleibenden 80 % der Kinder keinen Gebrauch davon machen.

100 % der Eltern von Kindern mit LRS gaben an, dass ihre Kinder eine gute Beziehung zu ihrem Klassenlehrer haben, was ebenfalls bei 90 % der Vergleichskinder der Fall zu sein scheint. Freunde in der eigenen Klasse haben nach Angaben der Eltern 80 % der Kinder der LRS-Gruppe und nur 10 % werden von Mitschülern schlecht behandelt, indem sie ausgelacht würden.

In der Kategorie Schulbildung waren fünf Fragen zu bearbeiten, deren Antworten in der Abb. 5 dargestellt sind. Es scheinen ca. 41 % der untersuchten Kinder mit LRS Einschränkungen in ihrer schulischen Aktivität und Partizipation zu erfahren, innerhalb der Kontrollgruppe gilt dies nur für ca. 2 %. Die Hälfte aller Probanden mit LRS sind nicht in der Lage mit Mitschülern zusammenzuarbeiten, wenn etwas gelesen und geschrieben werden muss, was eine deutliche Benachteiligung in der schulischen Partizipation darstellt. Schwierigkeiten, am Deutschunterricht teilzunehmen, haben 33 % der Kinder aus der LRS-Gruppe, 20 % bereiten andere Fächer Schwierigkeiten, wenn dort etwas gelesen oder geschrieben werden muss. Eine Aktivitätseinschränkung erlebt die Hälfte der Kinder mit LRS bei der selbstständigen Hausaufgabenerledigung von Lese- und Schreibaufgaben. Im Gegensatz dazu erledigen 70 % der Kinder der Kontrollgruppe ihre Hausaufgaben eigenständig und weitere 20 % eher eigenständig. In Prüfungen sind ca. 55 % der Kinder mit LRS auf Grund ihrer Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten benachteiligt. 22 % können schriftliche Aufgabenstellungen in der Schule nicht selbstständig lesen und verstehen, 30 % können dies eher nicht.

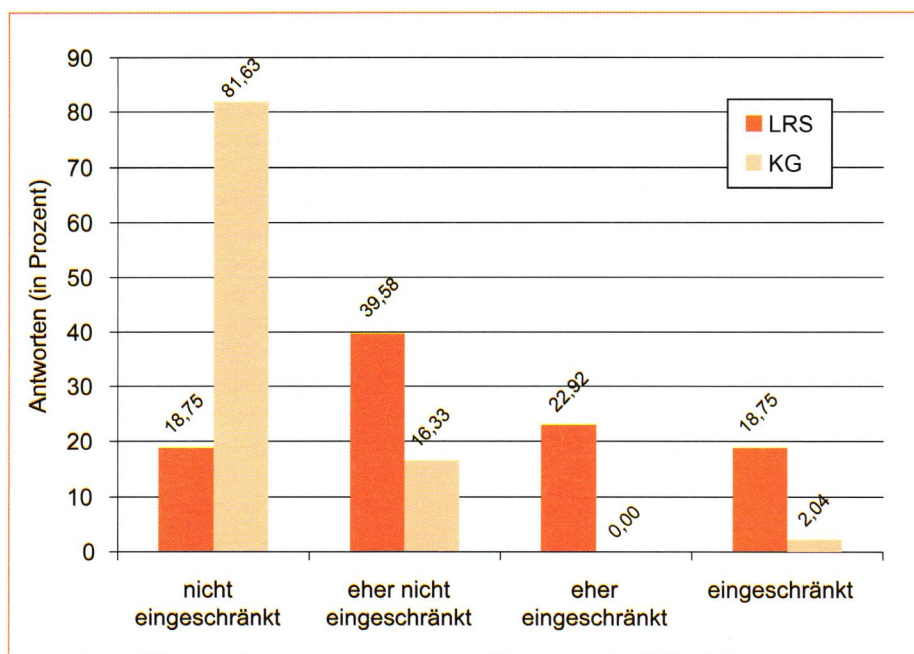


Abbildung 5: Ergebnisse für die Kategorie Schulbildung (d82o)

3.2 Umweltfaktoren

Die Eltern waren aufgefordert, zu fünf Items der Kategorie „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens“ (e585) Angaben zu machen, wobei die Eltern von Kindern mit LRS alle fünf und die Eltern von Kindern mit normalen Schriftsprachfähigkeiten nur eine der fünf Fragen beantworten mussten. Lediglich 44 % der Kinder mit LRS erhalten demnach einen Nachteilsausgleich. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte der in dieser Studie berücksichtigten Kinder mit LRS nicht durch spezielle Hilfen bei der Bewältigung schulischer Anforderungen unterstützt wird. Einige Eltern von Kindern mit LRS nutzten den Fragebogenteil vier zu Aussagen zur schulischen und außerschulischen Förderung bzw. Therapie. So ist dort zu lesen, dass die Schule kein Konzept für spezielle schulische Förderung habe, Grundschullehrer nicht bereit seien, zusätzliche Förderstunden zu geben und eine Kostenübernahme für außerschulische Maßnahmen schwierig sei. Nur 50 % der hier untersuchten LRS-Probanden erhalten spezielle schulische Förderung im Bereich Lesen und/oder Rechtschreiben; Zugang zu außerschulischer Förderung erhalten 80 % der Kinder. Bei einem der zehn Kinder aus der LRS-Gruppe erfolgte die Diagnostik in der dritten, bei zwei Probanden sogar erst in der vierten Klasse. Drei weitere Kinder mit LRS erhielten erst ein bis zwei Jahre nach der Diagnostik eine Förderung bzw. Therapie. Diese Ergebnisse spiegeln die kritischen

Anmerkungen der Eltern im vierten Fragebogenteil wider. Hier wird angemerkt, dass die LRS zu spät erkannt worden sei oder dass die Eltern mit ihrem Verdacht auf „taube Ohren“ gestoßen seien. Auf Grund ihrer reduzierten Schriftsprachfähigkeiten haben 40 % der Kinder mit LRS eine Klassenstufe wiederholt.

Das Item zu der Kategorie e585, in dem nach schriftsprachfreien Überprüfungen der schulischen Leistungen gefragt wird, wurde Eltern beider Probandengruppen vorgelegt. Bei 44,44 % der Kinder mit LRS und bei 80 % der Kinder der Kontrollgruppe werden, laut Angaben der Eltern, Leistungen auch über

mündliche Prüfungen erfasst.

Die Angaben zu den drei Items der Kategorie „Unterstützung und Beziehungen zu Familienmitgliedern“ (e310) ergeben geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Probandengruppen. Alle Kinder mit LRS erhalten durch ihre Eltern eine Unterstützung beim Lesen und Schreiben im häuslichen Umfeld. Von den nicht betroffenen Kindern erhielten 80 % häusliche Unterstützung im Lesen und Schreiben. Die Vermutung, dass für Kinder mit LRS andere Umweltfaktoren als für Kinder ohne LRS bestehen, konnte für die Kategorie „Individuelle Einstellungen der engsten Familienmitglieder“ (e410), der zwei Items zugeordnet wurden, nicht bestätigt werden. Alle Eltern gaben an, regelmäßig zu lesen und 90 % der Eltern beider Gruppen erleben selbst Spaß am Lesen in der Freizeit.

3.3 Personenbezogene Faktoren

Bei 80 % der LRS Kinder scheint bereits ein Störungsbewusstsein vorzuliegen: Sie gaben an, sich auf Grund der schwachen Leserechtschreibfähigkeiten benachteiligt zu fühlen. Ebenso scheinen 66,66 % der Kinder der LRS-Gruppe kein gutes bis eher kein gutes Selbstbewusstsein zu haben, wohingegen nur 10 % der Eltern der Kontrollgruppe angaben, ihre Kinder hätten eher kein gutes Selbstbewusstsein. Eventuell bestehendes Vermeidungsverhalten wurde ebenfalls in einer Frage thematisiert. 60 % der Eltern von Kindern mit LRS und lediglich 10 % der Kinder der Kontrollgruppe gaben an, ihre Kinder würden das Lesen im Alltag eher vermeiden.

Der Kategorie personenbezogene Faktoren im Bereich lese-rechtschreibfreie Ak-

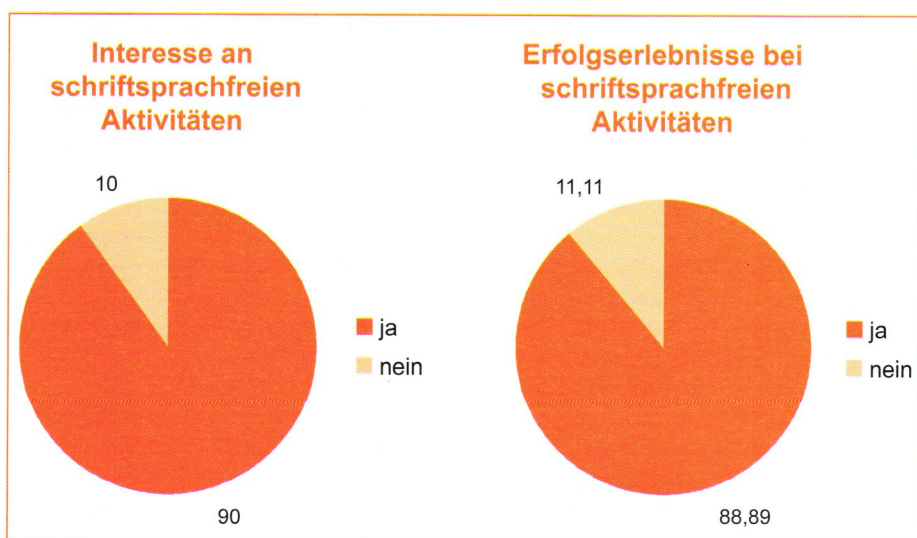


Abbildung 6: Interessen der LRS-Gruppe an schriftsprachfreien Aktivitäten und dabei erlebte Erfolge

tivitäten wurden zwei zusammenhängende Items zugeordnet, deren Antworten für die LRS-Gruppe in der Abb. 6 zusammengefasst wurden. 90 % der Kinder aus der LRS-Gruppe scheinen Aktivitäten zu bevorzugen, in denen keine Lese- und Rechtschreibkompetenzen erforderlich sind, wohingegen nur 40 % der Kinder der Kontrollgruppe diese Bereiche zu präferieren scheinen. 88,89 % der Grundschulkinder mit LRS scheinen in diesen Bereichen Erfolg zu erleben.

4 Diskussion

4.1 Aktivität und Partizipation

Die Ergebnisse im Bereich Aktivität und Partizipation legen nahe, dass aus einer LRS weitreichende Schwierigkeiten für die schulische Laufbahn und das Privatleben betroffener Kinder resultieren können. Die Fähigkeit, Wissen für die Schule oder Allgemeinbildung anzusammeln und zu erweitern, ist den Kindern erschwert, was dazu führen kann, dass sie Aufgaben für die Schule nicht selbstständig erledigen können. Grundsätzlich bildet die Lesekompetenz an sich die „Grundbedingung für erfolgreiches soziales Handeln in modernen Gesellschaften“ (Hurrelmann 2004, 58). Die Ergebnisse legen allerdings nahe, dass 53,34 % der hier untersuchten Kinder mit LRS dieses „grundlegende Kulturwerkzeug“ (Hurrelmann 2004, 58) nicht bzw. nur eingeschränkt beherrschen. Das Rechtschreiben besitzt, in einer gerade durch neue Medien geprägten Gesellschaft, einen hohen Stellenwert, immerhin steht das Schreiben von E-Mails in der Rangfolge der Internetnutzung an erster Stelle, das Chatten folgt bald danach (vgl. Hurrelmann 2004, 58). Des Weiteren gehört es „zum Image des Internets, dass sich auch Freunde damit beschäftigen“ (Hurrelmann 2004, 58). Es liegt aus diesen Gründen nahe, dass Kinder mit LRS durch ihre eingeschränkten Rechtschreibfähigkeiten in ihrer Partizipation eingeschränkt sein könnten, da es sehr wahrscheinlich ist, dass ihre Fähigkeiten den geltenden Kommunikationsstandards nicht genügen.

Im Gegensatz zu vorliegenden Ergebnissen (vgl. Hellenendoorn & Rujissenaars 2000; Singer 2005) konnte herausgefunden werden, dass alle Probanden mit LRS in ihrem Verhältnis zu Autoritätspersonen nicht eingeschränkt sind. Die Ergebnisse von Hellenendoorn & Rujissenaars (2000), dass mehr als die Hälfte ihrer Probanden häufig gehänselt worden seien, Schwierigkeiten mit sozialen Kontakten erlebt und die meisten nur we-

nige oder gar keine Freunde gehabt hätten, können mit der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es ist jedoch an dieser Stelle anzumerken, dass einige Eltern und Therapeuten per E-Mail angaben, dass ihre Kinder bzw. Patienten nicht an der Studie teilnehmen könnten, da sie keine Freunde hätten, die als Vergleichskinder dienen könnten. Diese Aussagen relativieren die in der Studie erhobenen Ergebnisse und müssten in einer weiteren Erhebung überprüft werden. Die vielen Aktivitätseinschränkungen im schulischen Bereich können möglicherweise Frustrationen über die Schule hervorrufen und sich negativ auf das Selbstbewusstsein auswirken (vgl. hierzu auch Betz & Breuninger 1998). Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass gerade der schulische Bereich viele Beeinträchtigungen für Kinder mit LRS aufzeigt.

Lese-Rechtschreibschwierigkeiten erschweren es den betroffenen Kindern offensichtlich, die Bildungsstandards der KMK zu erfüllen: Medien nutzen zu lernen, sich über Schriftsprache Weltwissen anzueignen, Texte zu planen, zu überarbeiten und zu schreiben sowie Texte zu erschließen und zu präsentieren, ist für Kinder mit LRS nur eingeschränkt möglich.

4.2 Umweltfaktoren

Die Angaben der Eltern von LRS-Grundschulkindern zum Nachteilsausgleich zeigen deutlich, dass der KMK-Beschluss vom 15.11.2007 eine Richtlinie für die einzelnen Bundesländer und ihre Schulen darstellt, deren Umsetzung bislang nicht einheitlich erfolgt (Naegle 2003, 22–23). Obwohl eine innerschulische Förderung in dem Beschluss der KMK für alle Kinder mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben vorgesehen ist (KMK 2007, 2), erhielten nur die Hälfte der Befragten eine solche Unterstützung. Die Verweigerung des Nachteilsausgleichs und der speziellen schulischen Förderung kann als eine Barriere in der Schulbildung des Kindes interpretiert werden.

Der aktuelle KMK-Beschluss empfiehlt für Kinder mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben, bei Abweichungen von den allgemeinen Grundsätzen der Leistungsbewertung,

eine stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen (KMK 2007, 3). Die Ergebnisse der Untersuchung deuten allerdings darauf hin, dass Kinder mit LRS in der Schule sogar weniger Möglichkeiten erhalten, ihre schulischen Leistungen schriftsprachfrei zu zeigen als Kinder ohne LRS.

Diese Gegebenheit kann evtl. eine Barriere für die schulischen Leistungen und für die schulische Entwicklung des Kindes darstellen. Allerdings ist ebenfalls zu vermuten, dass die divergierenden Ergebnisse der Gruppen durch subjektives Empfinden der Eltern bedingt wurden. Möglicherweise erwarten die Eltern von Kindern mit LRS ein größeres Maß an lese-rechtschreibfreien Überprüfungen, als dies in der Schule umgesetzt wird, sodass diese Eltern vermehrt angeben, die schulischen Leistungen würden nicht im ausreichenden Maße, ohne Lesen und Rechtschreiben ermittelt. Insgesamt scheinen die Bedingungen für LRS-Grundschulkinder in der Kategorie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens einen hemmenden Umweltfaktor zu ergeben. In dem Fragebogenteil vier wird diese Annahme von einigen Teilnehmern bekräftigt, was insbesondere die folgende prägnante Aussage eines Elternteils verdeutlicht: „Das Schulsystem macht die Kinder kaputt“.

4.3 Personenbezogene Faktoren

Insgesamt zeigt die Studie, dass für von LRS betroffene Grundschulkinder andere personenbezogene Faktoren bestehen als für Kinder der Kontrollgruppe. Sie scheinen ein schlechteres Selbstbewusstsein, ein ausgeprägteres Vermeidungsverhalten und Störungsbewusstsein sowie mehr Interesse an lese-rechtschreibfreien Aktivitäten zu haben.

In einer Befragung durch McNulty (2003) beschreiben erwachsene LRS-Probanden, in der Kindheit Empfindungen wie „ich bin anders“ oder „etwas ist falsch an mir“ erlebt zu haben. Mit der vorliegenden Untersuchung konnte nun ebenfalls bestätigt werden, dass sich Betroffene bereits im Grundschulalter benachteiligt fühlen. Gleichzeitig kann angenommen werden, dass diese Gefühle entstehen, indem Benachteiligungen und Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation erlebt werden. Verschiedene Studien haben bereits gezeigt, dass LRS-Kinder mehr Interesse an lese-rechtschreibfreien

Aktivitäten haben und dabei häufig durch Erfolgserlebnisse in diesen Bereichen eine gesteigerte Lebensqualität erfahren (McNulty 2003, 373; Ingesson 2007b, 585; Klicpera, Schabmann & Gasteiger-Klicpera 2007, 202). Bisher wurde allerdings nicht untersucht, ob sich die Freizeitinteressen von Kindern mit und ohne LRS unterscheiden. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Angaben der Eltern der beiden Gruppen bezüglich des Interesses an lese-rechtschreibfreien Aktivitäten voneinander abweichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass für diese Kinder das Interesse an lese-rechtschreibfreien Aktivitäten einen förderlichen personenbezogenen Faktor im Sinne der ICF/ICF-CY bildet. Bekräftigt wird diese Annahme durch das Zitat einer Aussage eines Elternteils im Fragebogenteil vier: „Erfolgserlebnisse außerhalb der Schule tun gut!“.

5 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass Kinder mit LRS im Vergleich zu nicht betroffenen Kindern Einschränkungen im Alltag erleben, die über schulische Aktivitäten hinausgehen. Die Annahme von Korntheuer (2009), die Schriftsprache sei vorwiegend für die schulische Laufbahn relevant, kann folglich nicht gestützt werden. Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine Veränderung der durch Schule, Politik und Gesellschaft gegebenen Umweltfaktoren für Grundschul Kinder mit einer LRS notwendig ist.

Grundschul Kinder mit einer LRS werden durch die bestehenden Empfehlungen und Verordnungen, Einstellungen und Bedingungen ihrer sozialen und institutionellen Umwelt in ihrer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eher behindert als gefördert.

Als kompensatorische Maßnahme wäre beispielsweise die deutschlandweite Etablierung des Nachteilsausgleichs an Schulen notwendig, um systematisch schlechtere Zensuren, Wiederholungen von Schulstufen und letztlich schlechtere Schulabschlüsse und damit verbundene geringere Erfolgsaussichten bezüglich einer beruflichen Laufbahn zu vermeiden. Wie sich gezeigt hat, haben Betroffene häufig mehr Interesse an lese-rechtschreibfreien Aktivitäten. Die Schule sollte folglich zusätzlich alternative Bereiche anbieten, in denen auch Kinder mit LRS

Bestätigung und Erfolg erleben können und dadurch in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden.

Des Weiteren sollten schulische Förder- und außerschulische Therapieangebote bestehen, zu dem jedes Kind in jedem Alter mit LRS Zugang erhält. Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35 a des Sozialgesetzbuches (SGB) VIII (IX), wenn infolge der LRS „ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 35 a SGB IX vom 01.07.2001, zit. n. Warnke et al. 2002, 66).

Mit Hilfe des in dieser Studie eingesetzten Fragebogens ist es möglich, derartige Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung eines Grundschul Kindes mit LRS systematisch zu erfassen. Die Relevanz der Berücksichtigung dieser Bereiche bei Kindern mit LRS wurde durch die vorliegenden Ergebnisse unterstützt. Allerdings waren die Stichproben sehr klein, weshalb die Untersuchung mit einer größeren Stichprobe wiederholt werden sollte.

Literatur

- Arnold, E. M., Goldston, D. B., Walsh, A. K., Reboussin, B. A., Daniel, S. S., Hickman, E. & Wood, E. B. (2005): Severity of emotional and behavioural problems among poor and typical readers. *Journal of abnormal child psychology* 33 (2), 205-217.
- Betz, D. & Breuninger, H. (1998): Teufelskreis Lernstörungen. Theoretische Grundlegung und Standardprogramm. Fünfte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization: Genf.
- Ennuschat, J. (2008): Chancengleichheit für Schülerinnen und Schüler mit Legasthenie oder Dyskalkulie. Rechtsgutachten für den Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., Universität Konstanz.
- Hellendoorn, J. & Ruijsenaars, W. (2000): Personal experiences and adjustment of dutch adults with dyslexia. *Remedial and special education*, 21, 227-239.
- Hurrelmann, B. (2004): Sozialisation der Lesekompetenz. In: Schiefele, U., Artelt, C., Schneider, W. & Stanat, P. (Hrsg.): Struktur, Entwicklung und Förderung von Lesekompetenz. Vertiefende Analyse in Rahmen von Pisa 2000 (37-60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ingesson, G. S. (2007): Growing up with dyslexia, Cognitive and psychosocial impact and salutogenic factors. Lund: KFS i Lund AB.
- Ingesson, G. S. (2007b): Growing up with dyslexia: Interviews with teenagers and young adults. *School psychology international*, 28, 574-591.
- Klicpera, C., Schabmann, A. & Gasteiger-Klicpera, B. (2007): Legasthenie. München: Ernst Reinhardt.
- Korntheuer, P. (2009): Möglichkeiten und Grenzen der ICF bei Lese- und Rechtschreibstörungen von Kindern und Jugendlichen. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.): ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis (213-226). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kultusministerkonferenz (2004): Beschlüsse der Kultusministerkonferenz, Bildungsstandards im Fach Deutsch für den Mittleren Schulabschluss, Beschluss vom 4.12.2003. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). München: Luchterhand.
- Kultusministerkonferenz (2005): Beschlüsse der Kultusministerkonferenz, Bildungsstandards im Fach Deutsch für den Primarbereich, Beschluss vom 15.10.2004. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). München: Luchterhand.
- Kultusministerkonferenz (2007): Grundsätze zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder Rechnen, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 04.12.2003 i.d.F. vom 15.11.2007. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). München: Luchterhand.
- McGee, R., Share, D. L., Moffitt, T. E., Williams, S. & Silva, P. A. (1988): Reading disability, behaviour problems and juvenile delinquency. In: Saklofske, D. H. & Eysenck, S. G. B. (Hrsg.): Individual differences in children and adolescents. *International perspectives* (158-172). London: Hodder and Stoughton.
- McLeod, S. & McCormack, J. (2007): Application of the ICF an ICF-children and youth in children with speech impairment. *Seminars in speech and language* 28, 4, 254-264.
- McNulty, M. A. (2003): Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 363-381.
- Naegle, I. M. & Valtin, R. (2001): Legasthenie kommt von Gott. Wie SchülerInnen mit LRS ihr Versagen erklären. In: Naegle, I. M. & Valtin, R. (Hrsg.): LRS-Legasthenie in Klasse 1-10 Bd.2: Schulische Förderung und außerschulische Therapie (41-46). Weinheim und Basel: Beltz.
- Naegle, I. M. (2003): Wie hilfreich sind die LRS-Erlasse und Richtlinien der Bundesländer. In: Naegle, M. I. & Valtin, R. (Hrsg.): LRS - Legasthenie in Klasse 1-10 Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten Bd. 1: Grundlagen und Grundsätze der Lese-Rechtschreib-Förderung (21-30). Weinheim und Basel: Beltz.
- Schulte-Körne, G., Deimel, W., Jungermann, M. & Remschmidt, H. (2003): Nachuntersuchung einer Stichprobe von lese-rechtschreibgestörten Kindern im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 31, 4, 267-276.

Schulte-Körne, G. (2004): Lese-Rechtschreib-Störung, Symptomatik, Diagnostik, Verlauf, Ursachen und Förderung. In: Thomé, G. (Hrsg.): Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS) und Legasthenie (64-85). Weinheim: Beltz.

Singer, E. (2005): The strategies adopted by dutch children with dyslexia to maintain their self-esteem when teased at school. *Journal of Learning Disabilities* 38, 411-423.

Stahnke, J. & Voelmy, M. (2009): (K)ein normaler Alltag!? Qualitative Studie zur Erfassung der Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren im Sinne der ICF-CY von Grundschulkindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Unveröff. Bachelorarbeit. Hochschule Fresenius, Idstein.

Thomé, G. (2004): LRS/Legasthenie und die Notwendigkeit interdisziplinärer Arbeit. In: Thomé, G. (Hrsg.): Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS) und Legasthenie (56-62). Weinheim und Basel: Beltz.

Tillmann, K. J. (2006): Viel Selektion – wenig Leistung, Ein empirischer Blick auf Erfolg und Scheitern in deutschen Schulen. In: Fischer, D. &

Elsenbast, V. (Hrsg.): Zur Gerechtigkeit im Bildungssystem (25-37). Münster: Waxmann Verlag.

Tillmann, K. J. (2007): Viel Selektion – wenig Leistung, Der PISA Blick auf Erfolg und Scheitern in deutschen Schulen. In: Böllert, K. (Hrsg.): Von der Delegation zur Kooperation, Bildung in Familie, Schule und Kinder- und Jugendhilfe (47-66). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Warnke, A., Hemminger, U, Roth, E. & Schneck, S. (2002): Legasthenie. Ein Leitfaden für die Praxis. Göttingen: Hogrefe.

Carola D. Schnitzler ist Logopädin und forscht und lehrt im Bereich Schriftspracherwerb und Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS). Den Schwerpunkt ihrer Arbeit bildet die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Fähigkeiten zur phonologischen Bewusstheit und den Schriftsprachfähigkeiten im Grundschulalter. Sie ist an der Universität Potsdam als Wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Von 2006 bis 2008 war sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius beschäftigt, an der die vorliegende Arbeit angefertigt wurde.

Jovana Stahnke absolvierte 2009 den Bachelorstudiengang Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein und ist seit einem Jahr in einer logopädischen Praxis in Harsewinkel tätig.

Jovana Stahnke, B.Sc.
stahnke.jovana@stud.hs-fresenius.de

Maike Voelmy absolvierte 2009 den Bachelorstudiengang Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein und ist seit einem Jahr in einer logopädischen Praxis in Berlin tätig.

Maike Voelmy, B.Sc.
voelmy.maike@stud.hs-fresenius.de

Korrespondenzadresse

Carola D. Schnitzler, MSc (GB)
Universität Potsdam
Department für Lehrerbildung und fachdidaktische Forschung
Grundschulpädagogik/Deutsch
Karl-Liebknecht-Str. 24-25
D-14476 Potsdam
E-Mail: Carola.Schnitzler@uni-potsdam.de



unabhängige Finanz- und Versicherungsberatung für Sprachheilpädagogen dbs

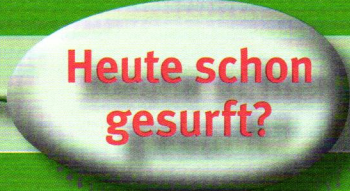
Sonderprämien, Service und spezialisierte Beratung für dbs-Mitglieder

Die Basisrente

- sichere Vorsorge
- Steuern sparen
- auch rückwirkend für 2010
- informieren lohnt sich für Sie

Fordern Sie unseren Info-Coupon an

mosaik GmbH
Telefon 02171/399230
Fax 02171/43434
info@mosaik-gmbh.de



Heute schon gesurft?

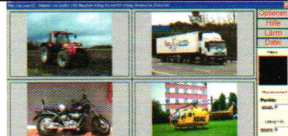
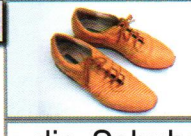
Stellenanzeigen erscheinen kostenlos auf unserer Homepage im Internet.

www.verlag-modernes-lernen.de

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

Software für die Praxis

www.etverlag.de

X Laute unterscheiden Anlaute, Inlaute, Auslaute bestimmen, Buchstaben, Bilder auditiv/visuell ordnen. 59,90 €		X Sprachkompetenz 89,90 € Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Handlungen erfassen und versprachlichen.	 föhnen Die Frau föhnt sich die Haare.
X Audio 1 fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch-Laut- und Wortebene, inkl. Richtungshören. 89,90 €		X Hören-Sehen-Schreiben Schriftsprachtraining für Kinder u. Erwachsene mit Schwächen im auditiven und/oder visuellen Bereich, erweiterbar. 69,90 €	 die Schuhe
X Elektrolinker Motivierende Leseanlässe für Silben, Wörter und Sätze, fördert Sprachverständnis und Konzentration. 59,90 €	 Ich schneide eine Banane. Ich schneide einen Apfel. Ich schneide in meinen Finger. Ich schneide eine Salatgurke.	der Hund der Hun 69,90 €	X UniWort Professionell Effektives Worttraining, intensives Einprägen, langfristiges Behalten, leicht erweiterbar.



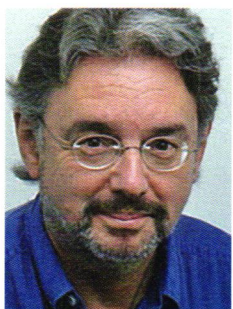
Interview zur pragmatisch-funktionellen Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD)

Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimensionen von aphasischen Kommunikationsstörungen

Pragmatic functional assessment in patients with severe aphasia



Veronika Balazs, München
Alisa Wiesenberger, München
Ralf Glindemann, München¹



Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund

Das oberste Ziel einer effektiven Aphasiotherapie ist die Wiederherstellung oder Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen in ihrem Alltag; sie sollen auch nach den Vorgaben der ICF wieder so gut wie möglich am sozialen Leben (z. B. in der Familie, in Freundes- und Bekanntenkreisen usw.) partizipieren können. Um hier therapeutisch ansetzen zu können, muss das entsprechende Leistungsprofil diagnostisch gut erfasst werden. Bisher gibt es im deutschen Sprachraum kaum Diagnostikverfahren zur Untersuchung dieser Dimension bei Aphasie.

Fragestellung/Ziele

Ziel dieser Arbeit war es, Aufgabengruppen zu entwickeln, welche die pragmatisch-funktionellen Störungen schwer betroffener Patienten mit Aphasie erfassen. Dabei sollten auch die kommunikativen Ressourcen der Patienten für alltagsrelevante kommunikative Handlungen im situativen Kontext identifiziert werden. Dabei ging es explizit darum, schwer beeinträchtigte Patienten zu

Abstract

Background

The most important goal of aphasia therapy is to improve the communicative skills. Patients should obtain a change to participate in social life (e.g. in family, with friends etc.). To achieve this goal therapists require a profile of the patient's communicative resources. Until now there is no German-based instrument which would serve this purpose in the diagnostic assessment of patients with aphasia.

Aims

The aim of this study was to construct a diagnostic tool to measure pragmatic-functional impairments in patients with severe aphasia. It should be determined to what extent and by which means patients communicate. Patients with severe aphasia were chosen because their linguistic-communicative situation differs from the abilities of patients with moderate or mild aphasia.

¹ Alisa Wiesenberger und Veronika Balazs haben mit der hier dargestellten Arbeit den Studiengang Sprachtherapie (BA) an der LMU München abgeschlossen. Ralf Glindemann ist Co-Autor dieses Artikels und hat die Arbeit der beiden betreut.

untersuchen, da sich deren sprachlich-kommunikative Ausgangssituation von der mittel und leicht betroffener Patienten deutlich unterscheidet. Es sollte herausgearbeitet werden, ob mit unserem Diagnostikverfahren ein kommunikatives Leistungsprofil für Patienten mit Aphasie erstellt werden kann und wie auf der Basis dieser Diagnostik mit der PFD therapeutische Ziele abgeleitet werden können.

Methode

Es wurden zur Erfassung der pragmatisch-funktionellen Dimension schwer betroffener Patienten mit Aphasie Aufgabengruppen und Auswertungskriterien theoretisch begründet, entworfen, in der Entwicklungsphase nach Probeuntersuchungen teilweise mehrfach modifiziert und schließlich an einer Stichprobe von neun Patienten durchgeführt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Es ließ sich zeigen, dass das Verfahren für die Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimension bei schwer betroffenen Aphasiepatienten gut geeignet war, dass sich ein detailliertes Leistungsprofil mit den individuellen kommunikativ-pragmatischen Symptomen und Ressourcen von Patienten erstellen ließ und sprachtherapeutische Ziele für die partizipationsorientierte Therapie abgeleitet werden können. Die Forderung der ICF nach einer ressourcenorientierten, am Lebensalltag des Patienten ausgerichteten Aphasiediagnostik, die zur Zielformulierung und Durchführung einer alltagsnahen Aphasitherapie dient (vgl. WHO 2001), konnten damit umgesetzt werden.

Schlüsselwörter

Aphasie, Diagnostik, Kommunikation, Pragmatik

Methods

A tool of 54 items, grouped into 8 classes was developed and appropriate and evaluation criteria were formulated. The test was administered to a sample of 9 patients with severe aphasia.

Results and Conclusion

It was shown that the PFD is qualified for the assessment of pragmatic-functional impairments in patients with severe aphasia. Specific performance profiles reflecting the patient's individual communicative-pragmatic symptoms and resources were obtained and goals for a participation orientated speech and language therapy could be inferred from the test profile.

Key Words

aphasia, diagnostics, communication, pragmatics

1 Die funktionelle Pragmatik der aphasischen Kommunikation

Unter Pragmatik verstehen wir mit Stalnaker (1972, 383) „the study of linguistic acts and the contexts in which they are performed“. Das Wort *funktionell* soll darauf hinweisen, dass die pragmatische Dimension den Gebrauch der Sprache in konkreten Handlungskontexten betrifft, so dass man die funktionelle Pragmatik auch als linguistische Theorie der Sprachverwendung im Vollzug kommunikativer Handlungen im Alltag verstehen kann (Glindemann 1995). Patienten mit Aphasie sind gar nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, ihre Mitteilungsabsichten und kommunikativen Handlungen sprachlich adäquat zu realisieren und/oder zu verstehen, was andere ihnen sprachlich vermitteln. Zusätzlich kommt es zu Einschränkungen beim Verarbeitungstempo, bei der Automatisiertheit und der Komplexität der Sprache (vgl. Huber et al. 2006). Langer et al. (1998) berichten, dass Aphasiepatienten im Ver-

gleich zu Kontrollpersonen als weniger sozial kompetent beurteilt werden. Huber et al. (1983) beschreiben, dass Patienten mit Aphasie pragmatische Kompetenzen besitzen und wissen, wie ein Gespräch funktioniert und wie man sich in einer Kommunikationssituation verhält (vgl. auch Wilcox 1983, Tesak 2000).

Patienten mit Aphasie können trotz erheblicher Einschränkungen sprachsystematischer Leistungen situative Kontexte und deren Bedeutung für das Gesagte erfassen, die emotionale Färbung einer Äußerung erkennen, in Gesprächen sozial adäquat reagieren und die kommunikativen Handlungen verstehen, die den Wechsel zwischen Hörer- und Sprecherrolle steuern (Glindemann 1990).

Ulatowska et al. (1992) fanden heraus, dass Aphasiker pragmatische Leistungen wie die Realisierung von kommunikativen Hand-

lungen und Äußerungen, die das Gespräch weiter laufen lassen, und solche, die Themenwechsel anzeigen, ebenso häufig produzieren wie Normalsprecher. Mit all diesen Fähigkeiten verfügen Aphasiker tatsächlich über wesentliche Elemente pragmatischer Kompetenz, die es ihnen erlauben könnten, sich in sozialen Situationen kommunikativ adäquat zu verhalten (Willcox 1983; Glindemann 1990). Zusätzlich können sie nonverbale Strategien kompensatorisch einsetzen, indem sie beispielsweise zeichnen, um ihre kommunikative Intention deutlich zu machen (Holland 1980, Wilcox 1983, Stenneken 1999, Huber et al. 2006). Zu solchen nicht-sprachlichen Ausdrucksmitteln gehören referenzielle und pantomimische Gesten, grafische Zeichen, ein persönliches Kommunikationsbuch oder elektronische Kommunikationssysteme (Wehmeyer & Grötzbach 2006). Durch all diese Möglichkeiten können Aphasiker ihre sprachsystematischen Symptome (individuell sehr verschieden) zumindest teilweise kompensieren. In dem Ausmaß, in dem ein Patient

mit Aphasie seine kommunikativen Ziele unabhängig von den verwendeten Mitteln erreichen kann, gilt er als kommunikativ kompetent (vgl. Tesak 2000).

Trotz der skizzierten verschiedenen Ressourcen aphasischer Patienten, die es ihnen ermöglichen könnten, auch mit sprachlichen Einschränkungen kommunikative Ziele zu erreichen, werden kommunikativ-pragmatische Störungen dieser Patienten diskutiert. Zum Beispiel identifizieren Joannette & Ansaldo (1999) pragmatische Störungen als unmittelbaren Teil der Aphasie. Tatsächlich können Aphasiker hinsichtlich der Kommunikationsmaximen von Grice (1975) bei der Einhaltung aller vier Maximen (Quantität, Qualität, Relevanz und Modalität) Schwierigkeiten haben. Da die kommunikative Kompetenz von Patienten mit Aphasie von sehr heterogenen Einflussfaktoren vielfältiger Alltagssituationen abhängt, sind bei vergleichbaren sprachsystematischen Störungsprofilen große Variationen zu beobachten. So können das soziale Verhältnis und der Bekanntheitsgrad der Gesprächspartner, die Themenfixiertheit eines Gesprächs, die Abstraktheit der kommunizierten Informationen und der Grad der Emotionalität eines Gesprächs wie viele weitere situativ dominierte Parameter die kommunikativen Fähigkeiten beeinflussen. Auch Interaktionssituationen mit mehreren Gesprächsteilnehmern, mit Störgeräuschen, mit parallel kognitiver Beanspruchung oder ohne visuellen Informationskanal (z.B. am Telefon) verursachen bei vielen Patienten mit Aphasie zusätzliche Einschränkungen in der Interaktion (Glindemann et al. 2002, Howe et al. 2007).

Auch wenn die pragmatischen Fähigkeiten der Patienten mit Aphasie oft besser erhalten sind als die sprachsystematischen, können sie in der gestörten Alltagskommunikation oft keinen angemessenen Ausgleich schaffen: Die Anforderungen an die Betroffenen werden noch verstärkt, wenn Sprachhandlungen beispielsweise unter erhöhtem Zeitdruck produziert werden müssen (z.B. in einer Schlange am Fahrkartenschalter im Bahnhof).

Zum Gelingen kommunikativer Handlungen gehört beispielsweise auch, Informationen im Kontext zu interpretieren und den übertragenden Sinn von Metaphern auf die Situation beziehen zu können. Kognitive Symptome können dazu führen, dass

Patienten sprachliche Informationen nicht in rascher Abfolge verarbeiten, verbale Informationen nicht im Arbeitsgedächtnis halten oder irrelevante sprachliche Informationen auszublenden (Glindemann et al. 2002, Kotten 1986). Sprachliche Symptome können den Wissenserwerb, die Mobilität und persönliche Selbstständigkeit sowie die soziale Handlungsfähigkeit einschränken, z.B. wenn wir an das Verstehen auditiv und/oder visuell angebotener Massenmedien wie Radio oder Zeitung denken, an Lautsprecherdurchsagen oder die Beschilderung in öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. Glindemann et al. 2002).

Da Aphasie zunächst einmal eine Störung der sprachsystematischen Fähigkeiten ist, liegt der diagnostische Schwerpunkt bei Aphasien bis heute auf der Überprüfung der linguistischen Defizite, z.B. mit dem *Aachener Aphasie Test* (AAT; Huber et al. 1983), dem *Aachener Aphasie Bedside Test* (AABT; Biniek 1993), mit mehreren Untertests der modellorientierten Einzelfalldiagnostik LEMO (De Bleser et al. 2004), dem Bielefelder Aphasie Screening (BIAS; Richter et al. 2006) oder auf der Untersuchung sprachrelevanter kognitiver Fähigkeiten wie beispielsweise mit der Bogenhausener Semantik Untersuchung (BOSU; Glindemann et al. 2002). Solche Untersuchungen sind zum Aufbau einer neurolinguistisch fundierten Sprachtherapie unmittelbare Voraussetzung; dennoch gibt es die berechtigte Forderung, dass Diagnostik in der Aphasitherapie nicht nur defizitorientiert sein sollte, sondern auch prozess- und dialogorientiert (vgl. z.B. Schneider 1998). Hierbei sind nach Möglichkeit auch die Angehörigen mit einzubeziehen. Das Ziel in einer zukünftigen Aphasiediagnostik sollte sein, dass sich sprach- und kommunikationssystematische Diagnosen, um systematisch auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können.

Ausgangspunkte für die Diagnostik kommunikativer Fähigkeiten und sprachlicher Leistungen aphasischer Patienten im Alltag waren unter anderem das *Functional Communication Profile* (FCP; Sarno 1969) und die Untersuchung der *Communicative Abilities in Daily Living* (CADL; Holland 1980). Für den deutschsprachigen Raum stehen bis heute nur wenige kommunikativ-pragmatische Testverfahren zur Verfügung.

Das sind etwa der ursprünglich für das Niederländische entwickelte *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test* (ANELT; Blomert et al. 1987), der 1997 von Blomert und Buslach ins Deutsche übertragen wur-

de. Beim *Communicative Effectiveness Index zur Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten* (CETI; Lomas et al. 1989) handelt es sich um einen Einschätzungsfragebogen, der von Schlenck & Schlenck (1994) ins Deutsche übertragen wurde.

2 Fragestellung

Die von uns entwickelten Aufgabengruppen zur Beurteilung der pragmatisch-funktionellen Dimension bei schwer betroffenen Aphasiepatienten sollen mit Patienten mit Aphasie erprobt und nach unseren Auswertungskriterien bewertet werden. Auf dieser Basis sollen folgende Fragestellungen überprüft werden:

- (1) Kann auf der Basis der Diagnostik mit unseren Aufgabengruppen und Auswertungskriterien ein kommunikatives Leistungsprofil für Patienten mit schwerer Aphasie erstellt werden?
- (2) Können darauf aufbauend therapeutische Ziele abgeleitet werden?
- (3) Welches sind die Unterschiede unserer Ergebnisse im Vergleich mit dem sprachsystematischen Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983)?
- (4) Wie sind die Angehörigeneinschätzungen pragmatischer Fähigkeiten im Alltag im Vergleich zu den Ergebnissen der Untersuchung mit unseren Aufgaben?

3 Zielsetzung

Es ist selbstverständlich, dass ein schwer betroffener Patient mit Aphasie wieder so weit wie möglich in alltägliche Handlungen und gesellschaftliche Prozesse integriert werden möchte. Die ICF (vgl. WHO 2001) formuliert dies auf der Ebene der Aktivität und Partizipation. Um entsprechende Therapieziele erreichen zu können, muss der Patient lernen, mit seinen verbliebenen kommunikativen Möglichkeiten möglichst effektiv umzugehen. Unsere pragmatischen Aufgabengruppen sollen die individuellen kommunikativen Ressourcen der Patienten für alltägliche sprachlich-kommunikative Handlungen ermitteln helfen. Damit sind vor allem verbale Kommunikation, Schriftsprache, Zeichnen, Gestik, Mimik oder der Einsatz eines Kommunikationsbuches angesprochen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Bewertung die sprachlich-kommunikativen Handlungen des Interaktionspartners (hier: des Untersuchers) bei der Erreichung des kommunikativen Erfolgs nicht mitbewertet werden. Dennoch soll ermittelt werden, ob und wie der Aphasiepatient, wenn nötig, mit

festgelegten systematischen Hilfsstufen zum kommunikativen Erfolg kommen kann, um kommunikativ-pragmatische Therapieziele aus der qualitativen Auswertung ableiten zu können.

4 Konstruktion der PFD

Die Konstruktion der Aufgaben erfolgte nach pragmatisch-funktionellen sowie alltagsrelevanten Kriterien. Hierbei wurden die theoretischen Grundlagen der Sprechaktklassifikation nach Searle (1982) berücksichtigt. Es wurde die Form eines voll strukturierten Interviews gewählt, bei dem die kommunikativen Handlungen des Patienten nach ihrem kommunikativen Erfolg beurteilt werden.

Pro Aufgabengruppe wurden zu je unterschiedlichen alltagsrelevanten Anforderungen und unterschiedlichen Alltagsthemen Items entwickelt (z.B. zu Familie, Einkaufen, Beruf). Außerdem wurden Instruktionen festgelegt. Zu Beginn der Untersuchung erhält der Patient eine genaue Anfangsinstruktion, in der erklärt wird, dass er alle kommunikativen Mittel verwenden darf. Im weiteren Untersuchungsverlauf werden entsprechende Anweisungen auf ein Minimum reduziert, um das Bild der möglichen Leistungen nicht zu verfälschen und um möglichst spontane Reaktionen beobachten zu können.

4.1 Aufbau der Untertests und Itemauswahl

Unser Diagnostikverfahren besteht aus 54 Items, die auf folgende sieben Untertests aufgeteilt sind:

I	Zustimmung und Ablehnung
II	Personenbezogene Angaben
III	Schriftliches Handeln
IV	Unzutreffenden Äußerungen widersprechen
V	Logos, Piktogramme und Schriftsprache
VI	Aufzählungen
VII	Vorgangsbeschreibungen
VIII	Acting-Out Situationen

Tabelle 1: Untertests der PFD

Alle Items der Untertests wurden bei ihrer Entwicklung zunächst daraufhin überprüft, ob sie ausreichend alltagsrelevant sind. Die kommunikativen Anforderungen und der Schwierigkeitsgrad variieren von Untertest zu Untertest, wobei zu berücksichtigen ist, dass dies je nach Störungsprofil auch von Patient zu Patient individuell variieren kann. Die vom Untersucher in diesem Interview verwendeten kommunikativen Handlungen wurden anhand der Searle'schen Sprechaktklassifikation (1982) kontrolliert. Das Problem, dass Items einiger Untertests aufgrund neuropsychologischer Beeinträchtigungen wie Gedächtnisstörungen oder Parapraxien erschwert durchzuführen sind, wurde bewusst vernachlässigt, da es darum gehen soll, den für jeden Patienten individuell erreichbaren kommunikativen Erfolg zu erfassen. Die Ursachen für die kommunikativen Einschränkungen werden bei der Erhebung zunächst vernachlässigt.

Für die Durchführung der Untersuchung wurden Hilfsstufen festgelegt. Die erste Hilfsstufe (H1) besteht darin, dass die Aufgabe wörtlich wiederholt wird, wenn ein Patient nicht reagiert oder Unverständnis anzeigt. Die zweite Hilfsstufe (H2) besteht darin, dass die Aufgabe mit prosodischer oder gestischer Verdeutlichung (pro Item speziell festgelegt) wiederholt wird, wenn der Patient nach H1 nicht reagiert, Unverständnis zeigt oder eine inhaltliche Reaktion verweigert.

Aufgaben in den PFD-Untertests:

- Im Untertest (UT) **Zustimmung und Ablehnung** werden dem Patienten Fragen gestellt (z.B. „Sind Sie verheiratet?“), auf die er (möglichst wahrheitsgemäß) zustimmend oder ablehnend reagieren soll. Er kann verbal antworten, durch Nicken und Schütteln oder durch Zeigen auf ein Ja-/Nein-Blatt im Kommunikationsbuch (KB), auf dem über die Wörter hinaus auch ein Plus und ein Minus abgebildet sind.
- Im UT **Personenbezogene Angaben** werden offene Fragen zur Person (z.B. „Wie ist Ihr Vorname“) und Entscheidungsfragen zu alltagsrelevanten Themen (z.B. „Trinken Sie lieber Kaffee oder Tee?“) gestellt.
- Im UT **Schriftliches Handeln** wird der Patient aufgefordert, nur diese Modalität einzusetzen; er soll beispielsweise drei Gegenstände aufschreiben, die er zu einer Wochenendreise einpacken würde.

- Im UT **Unzutreffenden Äußerungen widersprechen** verstößt der Untersucher nach Grice (1975) gegen die Maxime der Qualität, da er eine unzutreffende Behauptung über den Patienten äußert (z.B. „Wie war gleich ihr Name? Ach ja, Reinebeck.“). Der Patient ist somit indirekt aufgefordert, die unzutreffenden Äußerungen zu korrigieren. Dieser Aufgabentyp ist besonders relevant, weil Missverständnisse im täglichen Leben von Patienten mit Aphasie häufig vorkommen können und korrigiert werden müssten.
- Der UT **Logos, Piktogramme und Schriftsprache** bezieht sich auf die kommunikative Funktion von alltagstypischen Logos, Piktogrammen und schriftsprachlichen Mitteln.
- Im Untertest **Aufzählungen** werden Fragen zu Alltagsthemen gestellt, die das Aufzählen von Kohyponymen erfordern, wie zum Beispiel „Was gibt es alles im Kleiderschrank?“
- Im Untertest **Vorgangsbeschreibungen** werden Beschreibungen von vertrauten Vorgängen im Alltag erfragt (z.B. „Wie brät man ein Spiegelei?“).
- Im Untertest **Acting-Out Situationen** wird der Patient zu praktischen Alltagshandlungen aufgefordert (z.B. „Geben Sie mir das Glas.“); dazu müssen verschiedene vorgegebene Gegenstände vorliegen.

4.2 Auswertungskriterien

Unser PFD-Verfahren wurde so konstruiert, dass eine quantitative und eine qualitative Auswertung vorgenommen werden kann. Die Bewertung des Kommunikationserfolgs in der quantitativen Auswertung wird bei allen Aufgaben nach einer Vier-Punkte-Skala von null bis drei vorgenommen, wobei es sich nicht um Intervallskalen handelt. Es wird für jeden Untertest gesondert angegeben, welches Verhalten welchem Punktwert entspricht. Es konnte keine einheitliche Skala entwickelt werden, die für alle Untertests gültig ist, da in jedem Untertest unterschiedliche kommunikative Leistungen abgeprüft werden. Beurteilt wird dabei nicht, ob eine Antwortreaktion des Aphasiepatienten sprachsystematisch korrekt ist, sondern inwieweit die Reaktion kommunikativ adäquat und erfolgreich ist. Im ersten Untertest werden beispielsweise null Punkte vergeben, wenn der Patient keine Reaktion zeigt, in stereotypen Antwortreaktionen

verharrt bzw. Automatismen oder eine für die Situation unpassende Antwortreaktion zeigt. Drei Punkte bekommt er, wenn er auf Anhieb eine verständliche und adäquate Zustimmung bzw. Ablehnung zeigt. Bei der Vergabe von einem bzw. zwei Punkten werden die verwendeten Hilfsstufen (vgl. oben) mit einbezogen. Im Untertest *Unzutreffenden Äußerungen widersprechen* bekommt der Patient null Punkte, wenn er nicht widerspricht, einen Punkt, wenn seine Irritation deutlich wird, er aber nicht widerspricht, zwei Punkte, wenn er widerspricht, aber die Äußerung nicht korrigiert und drei Punkte, wenn er auf Anhieb widerspricht und die Äußerung korrigiert.

Durch die quantitative Auswertung kann schließlich der Schweregrad der kommunikativen Einschränkung bestimmt werden, indem für jeden Untertest die Summe der einzelnen Punktwerte ermittelt wird. Daraus lässt sich berechnen, wie viel Prozent der Patient im jeweiligen Untertest erreicht hat. Gesunde sollten die Aufgaben zu 100% lösen können. Auf dieser Basis können im Therapieverlauf Leistungsänderungen evaluiert werden. Durch die zusätzliche qualitative Auswertung ist die Erstellung eines individuellen, ressourcenorientierten Leistungsprofils möglich. In einer tabellarischen Übersicht (vgl. dazu einen Ausschnitt mit wenigen exemplarischen Items in Tab. 4) werden die kommunikativen Leistungen in Punktwerten (von null bis drei) angegeben und die verwendeten Kommunikationsmodalitäten für jedes Item spezifiziert: verbal-lautsprachlich (VL), verbal-schriftlich (SCH), mimisch/gestisch (M/G), durch Verwendung des Kommunikationsbuches (KB) oder zeichnerisch (Z) sowie die benötigten Hilfsstufen (H1/2). An dem Beispiel in Tab. 4 kann man gut sehen, dass der Patient am erfolgreichsten ist, wenn er lautsprachliche Reaktionen dadurch unterstützt, dass er auch etwas in seinem KB zeigt (vgl. Item 3. *Haben Sie braune Augen?* oder Item 11. *Wie ist Ihr Vorname?*). Wenn er hingegen nur zu sprechen versucht (vgl. Item 1 *Scheint heute die Sonne?*) oder nur im KB sucht (vgl. Item 13: *In welcher Stadt wohnen Sie?*), ist er weniger erfolgreich.

Anhand von Leitfragen, die durch die erstellte Übersichtstabelle beantwortet werden können, kann ein kommunikatives Leistungsprofil für den Patienten erstellt werden.

Die Leitfragen lauten beispielsweise:

- Mit welcher Kommunikationsmodalität

bzw. mit welcher Kombination von Modalitäten hat der Patient den größten Kommunikationserfolg?

- Bei welchen kommunikativen Handlungen/Untertests hat er den geringsten Kommunikationserfolg?

Die Auswertungsdauer nimmt je nach Schweregrad und Komplexität des Störungsprofils zwischen 30 und 45 Minuten in Anspruch.

4.3 Patientenstichprobe

Die Aufgabengruppen und Auswertungskriterien wurden nach Abschluss der Entwicklungsphase an neun Patienten (vier Frauen und fünf Männer) der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen erprobt. Bei den Patienten handelte es sich um schwer beeinträchtigte Patienten mit Aphasie, die aufgrund ihres kognitiven Status in der Lage waren, bei der Untersuchung kooperativ mitzuarbeiten. Ihre Muttersprache war Deutsch. Sieben Patienten hatten vaskuläre Ätiologien, bei Patient 5 und Patient 9 handelte es sich um Hirnschädigungen nach Schädel-Hirn-Trauma. Zwei Patienten litten an einer schweren Wernicke Aphasie, ein aphasisches Störungsbild mit schweren Beeinträchtigungen war nicht zu klassifizieren und sechs Patienten hatten eine globale Aphasie. Das Kommunikationsverhalten war in der AAT-Spontanspracheanalyse sechsmal mit 0 Punkten bewertet worden, zweimal mit 1 und einmal mit 2 (vgl. dazu die Bewertungskriterien des AAT-Handbuchs,

Huber et al. 1983, 6). Die Zeiträume seit Beginn der Erkrankung variierten zwischen zwei und 18 Monaten (Median 7); d.h. es gab eine Verteilung von Patienten, die schon lange Gelegenheit hatten, kommunikative Erfahrungen mit ihren schweren sprachsystematischen Symptomen zu sammeln und solchen, die erst relativ kurz mit ihren sprachlichen Defiziten konfrontiert waren. Die Basisdaten der mit der PFD untersuchten Patienten sind in der folgenden Tabelle 2 aufgelistet.

5 Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt die erreichten Prozentwerte der mit der PFD getesteten Aphasiker in den einzelnen Untertests und die Mittelwerte in Prozent über alle Untertests.

Obwohl in der Tab. 2 mit den Basisdaten der einzelnen Patienten ersichtlich wird, dass die Ausprägung der Aphasie bei sieben der neun Patienten schwer war und sich zwei mittelschwere Ausprägungen dennoch auf globale Aphasien bezogen, sind die quantitativen Ergebnisse in Tabelle 3 ausgesprochen heterogen. Das spricht für die Differenziertheit der Erhebung: Patient 5 und Patient 6 haben in je einem Untertest überhaupt keine Punkte erarbeiten können. Die beste Leistung von Patient 5 ist ein Mittelwert von 46 (in Untertest V), die besten Untertestleistungen von Patient 6 sind Mittelwerte von 81 (in Untertest I und II). Patient 3 erreichte über alle Untertests einen Mittelwert von 91, Patient 5 lediglich von 36,

Probanden	ALLOC-Klassifikation	Schweregrad*	Kommunikationsverhalten**	Post-Onset Time/Monate	Alter	Geschlecht
Patient 1	Globale A.	schwer	0	10	57	m
Patient 2	Globale A.	schwer	0	14	67	m
Patient 3	Globale A.	mittel	0	18	49	w
Patient 4	Globale A.	mittel	0	7	58	m
Patient 5	Globale A.	schwer	0	2	16	w
Patient 6	Globale A.	schwer	1	7	55	w
Patient 7	Wernicke A.	schwer	1	5	65	m
Patient 8	nicht-klas. A.	schwer	0	7	69	m
Patient 9	Wernicke A.	schwer	2	3	38	w

* Der Schweregrad der aphasischen Störung wurde anhand des Token Tests bestimmt.
 ** Bewertung des Kommunikationsverhaltens in der Spontansprachebewertung, AAT (vgl. Huber et al. 1983).

Tabelle 2: Basisdaten der Patientenstichprobe

Probanden	Untertests								Mittelwert in % pro Patient
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Patient 1	33	42	33	28	88	8	8	33	48
Patient 2	67	67	33	61	92	50	25	67	78
Patient 3	83	64	33	78	96	75	25	95	91
Patient 4	97	72	11	72	96	25	42	52	84
Patient 5	30	28	11	61	46	0	17	19	36
Patient 6	87	81	22	44	63	33	0	33	69
Patient 7	50	53	33	67	83	8	25	19	58
Patient 8	80	89	33	67	79	58	42	43	84
Patient 9	73	64	67	50	79	42	25	57	75
Mittelwerte in % pro Untertest	67	62	31	59	80	33	23	46	

Tabelle 3: Quantitative Ergebnisse (Anteil erfolgreicher Antworten in Prozent)

Qualitative Auswertung für den Patienten K.G. (Ausschnitt)							
Untertests/ Items	Quantitative Bewertung Kommunikationserfolg	Modalitäten					
		H1/2	VL	SCH	M/G	KB	Z
Zustimmung / Ablehnung							
1. Sonne	1		x				
2. Uhr	3		x			x	
3. Augen	3		x			x	
...							
Personenbezo- gene Angaben							
11. Vorname	3		x			x	
12. Straße	1		x				
13. Stadt	0	H2				x	
...							

Tabelle 4: Ausschnitt aus einer Tabelle zur qualitativen Auswertung der Ergebnisse pro Untertest und Item eines Patienten

obwohl beide im Kommunikationsverhalten in der AAT-Spontansprachbewertung mit null beurteilt worden waren. An den Mittelwerten pro Untertest kann man sehen, dass die Aufgabengruppen unterschiedlich schwer sind. Die Mittelwerte für alle Patienten je Untertest zeigen, dass die Untertests im Schweregrad variieren, was bei der Konstruktion berücksichtigt wurde. Untertest I und V waren für die Patientenstichprobe weniger schwer, Untertest III, VI und VII dagegen schwieriger.

5.1 Erstellung eines kommunikativen Leistungsprofils anhand der mit der PFD erhobenen Daten

Es war unser Ziel, dass die Profile nicht nur Einschränkungen der Patientenleistungen erfassen sollen, sondern auch ihre Ressourcen. Das kann die PFD durch die Beantwortung der Leitfragen in der qualitativen Auswertung leisten. Man kann ablesen, welche Modalität in der Kommunikation oder welche Kombination der Modalitäten ein

Patient erfolgreich anwendet, um ein kommunikatives Ziel zu erreichen. Zusätzlich wird deutlich, welche kommunikativen Mittel der Patient weniger oft oder überhaupt nicht einsetzt und welche er zwar einsetzt, aber ohne dabei kommunikativ erfolgreich zu sein.

Mit *Patient 7* war beispielsweise noch kein individuelles Kommunikationsbuch (KB) erarbeitet worden und er kommunizierte im Test auch deshalb hauptsächlich (laut-)sprachlich. Diese Modalität verhalf ihm angesichts seiner sprachsystematischen Symptome bei unseren Testfragen nur selten zum kommunikativen Erfolg, so dass er im Vergleich zu den anderen untersuchten Patienten nur einen niedrigen Mittelwert von 58 erreichte. Bei *Patientin 3* wurden vor allem ihre Ressourcen im erfolgreichen Umgang mit dem individuellen KB deutlich. Sie konnte viele Aufgaben durch Zeigen im KB erfolgreich bewältigen. Bei *Patient 2* konnte ein intensiver Gesteikeinsatz dokumentiert werden, z. B. zeigte er auf Gegenstände im Raum oder er führte bei den Vorgangsbeschreibungen Pantomimen durch. Er war damit zwar nicht immer kommunikativ erfolgreich, trotzdem können seine Versuche als Ressourcen gewertet werden, die therapeutisch aufzugreifen wären und weiterentwickelt werden sollten.

Außerdem enthielten die Daten Hinweise darauf, mit welchen kommunikativen Anforderungen ein Patient im Alltag besser zurecht kommt und mit welchen weniger. *Patientin 6* beispielsweise wird mit einem Prozentwert von null im UT VII vermutlich kaum Vorgangsbeschreibungen realisieren können. Demgegenüber konnte sie Zustimmung und Ablehnung zu 87 % ausdrücken und zu 81 % erfolgreiche personenbezogene Angaben machen. Interessant war auch das Kommunikationsverhalten von *Patientin 5*. Diese Patientin hatte in einigen alltäglichen Kommunikationssituationen große Probleme; vor allem in der Ausführung von Handlungsanweisungen, beim Äußern von Vorgangsbeschreibungen, bei Aufzählungen und im schriftlichen Handeln. Trotzdem konnte sie bei Missverständnissen zu 61 % widersprechen, was eine relevante kommunikative Ressource darstellt.

Auch der Aspekt, ob der Patient bei notwendig werdenden Hilfestellungen eine oder zwei Hilfsstufen benötigte, ist zur Einschätzung seiner Kompetenz hilfreich. Es liegen Hinweise dazu vor, bei welchen kommunikativen Anforderungen er Hilfestellungen benötigte, ob er diese von selbst einforderte und ob ihm die Hilfen zum Erreichen des kommunikativen Erfolges nutzen konnten.

Zum Beispiel fiel bei *Patientin 3* auf, dass sie besonders viele Hilfsstufen bei den Alternativfragen des Untertests II (*Personenbezogene Angaben*) benötigte, die sie nur teilweise kommunikativ erfolgreich umsetzen konnte. Als ihre pragmatisch-funktionellen Ressourcen konnte in diesem Zusammenhang dokumentiert werden, dass sie alle Hilfen nonverbal einforderte.

Mit unserem Untersuchungsinstrument werden unterschiedliche kommunikativ-pragmatische Aspekte gezielt erfasst. Das kommunikative Leistungsprofil kann z.B. durch die Beobachtung der Fähigkeit, eine Kommunikation zu beginnen und/oder aufrecht zu erhalten, ergänzt werden. Auch die Fähigkeit, dem Gesprächspartner mitzuteilen, dass man etwas nicht verstanden hat, wurde gesondert beobachtet.

5.2 Ableitung therapeutischer Ziele auf der Basis der PFD-Ergebnisse

Aus dem erstellten Leistungsprofil wird nicht nur ersichtlich, in welchem Untertest bzw. Aufgabenbereich ein Patient die besten oder schlechtesten Leistungen erbracht hat, sondern auch, wie erfolgreich und mit welcher Frequenz der Patient die einzelnen Kommunikationsmodalitäten verwendet hat. Daraus lassen sich Ziele für die Sprachtherapie ableiten.

Der Sprachtherapeut kann erkennen, welche Schwächen es zu bearbeiten gilt, welche Ressourcen einem Patienten zur Verfügung stehen und wo er mit der Therapie ansetzen sollte. Es sind auch Rückschlüsse darauf möglich, welche Schwierigkeiten der Patient im Alltag durch seine eingeschränkten Fähigkeiten haben könnte.

Im Folgenden soll nun anhand der Untersuchungsergebnisse exemplarisch auf einige mögliche sprachtherapeutische Ziele eingegangen werden.

Untertest I (Zustimmung und Ablehnung)

Bei *Patient 1* und *Patient 5* ist aus den Untersuchungsergebnissen ersichtlich, dass sie mit und ohne Benutzung von schriftlichen Ja-/Nein-Symbolen ihre Zustimmung oder Ablehnung nicht zuverlässig ausdrücken können. Also ist es wichtig, in der Therapie an dieser basalen kommunikativen Funktion zu arbeiten. *Patient 1* hat beispielsweise in diesem Untertest 33 % der möglichen Punkte erreicht, wobei er den verbalen und

den gestisch-mimischen Kanal gleichermaßen eingesetzt hat. Am erfolgreichsten war der Patient, wenn er bei Zustimmungen und Ablehnungen nur die nonverbale Modalität (Nicken und Schütteln des Kopfes) verwendete. Daher sollte bei diesem Patienten Zustimmung und Ablehnung nonverbal deblockiert und für weitere Modalitäten erarbeitet werden (Zeigen auf Ja-/Nein-Symbole, wenn möglich auch gestenbegleitend und zunehmend durch isolierte verbale Äußerungen).

Untertest II (Personenbezogene Angaben)

Bei *Patientin 9* zeigte sich in diesem Untertest, dass sie am effektivsten und einfachsten unter Verwendung ihres Kommunikationsbuches Angaben zu ihrer Person und ihren persönlichen Vorlieben machen konnte. Im Gegensatz dazu konnte die Patientin in diesem Untertest über die schriftsprachliche Modalität nicht zum kommunikativen Erfolg gelangen. Daraus ergibt sich für die Therapieziele, den Gebrauch des Kommunikationsbuches bei Angaben zur Person und persönlichen Verhältnissen auszubauen und zu festigen. Auf der Basis des sicheren Zeigens im Kommunikationsbuch kann dann erprobt werden, die Angaben auch durch Erlesen lautsprachlich zu äußern.

Untertest III (Schriftliches Handeln)

Bei *Patientin 4* musste dieser Untertest nach dem ersten Item abgebrochen werden, da ihre schriftsprachlichen Äußerungen aufgrund schreibmotorischer Einschränkungen (Parese) bis zur Unleserlichkeit entstellten waren. Das bedeutete, dass die Patientin vorerst in ihrem Alltag nicht auf die schriftsprachliche Modalität zurückgreifen kann. Da das Schreiben des eigenen Namens im Alltag und psychodynamisch im Prozess der Krankheitsbewältigung eine wichtige Funktion einnimmt, sollte diese basale schriftsprachliche Handlung im Verlaufe der Therapie dennoch ggf. in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie erarbeitet werden.

Untertest IV (Unzutreffenden Äußerungen widersprechen)

In diesem Untertest zeigte sich beispielsweise bei *Patientin 6*, dass sie die unzutreffenden Äußerungen wohl bemerkte, aber nicht widersprechen oder das Missverständnis aufklären konnte. Daher könnte ein Therapieziel sein, sprachliche und/oder nonverbale Mittel und deren sinnvolle Kombinationen für das Widersprechen zu erarbeiten, die den Möglichkeiten ihres individuellen Störungsprofils Rechnung tragen.

Untertest V (Logos, Piktogramme und Schriftsprache)

Mit einem Prozentwert von 96 hat *Patientin 3* diesen Untertest nahezu fehlerfrei absol-

viert. Das zeigt, dass die Patientin sich im Alltag anhand von Logos und Piktogrammen sowie geschriebenen Wörtern sehr gut orientieren konnte, und dass sie damit beispielsweise in ihrem Kommunikationsbuch auch weitgehend erfolgreich kommunizierte. Diese Fähigkeiten sollten in den Therapien weiter gefestigt werden.

Untertest VI (Aufzählungen)

Patient 1 erreichte in diesem Untertest zwar nur 8 %. Dennoch zeigte sich, dass er, wenn er auf die verbale Modalität zurückgriff, mit Mühen und unter Sprechanstrengung in Ansätzen doch Aufzählungen produzieren konnte. Wenn er demgegenüber das Kommunikationsbuch zur Bewältigung dieser Aufgabe verwendete, verlor er das handlungsleitende Konzept und wurde durch das Suchen nach passenden Abbildungen von der eigentlichen Aufgabe abgelenkt. Daher sollte daran gearbeitet werden, auf die erfolversprechende Modalität zurück zu greifen und/oder beim Gebrauch des Kommunikationsbuches ökonomischer und systematischer vor zu gehen.

Untertest VII (Vorgangsbeschreibungen)

Bei *Patient 8* zeigte sich, dass er bei Vorgangsbeschreibungen am besten zum kommunikativen Erfolg kam, wenn er den gestisch-mimischen Kanal stark einbezog. Den geringsten Erfolg hatte er, wenn er versuchte, einen Vorgang ausschließlich verbal zu beschreiben. Ein mögliches Therapieziel könnte der Ausbau der Kombination sprachlicher Mittel mit nonverbalen Möglichkeiten sein, z.B. in der PACE-Therapie (vgl. dazu auch Glindemann & Springer 1989).

Untertest VIII (Acting-Out Situationen)

In den Untersuchungsergebnissen von *Patientin 6* zeigte sich, dass sie verstanden hatte, dass sie zur Ausführung einer Handlung aufgefordert war, ohne die Anforderung genau erfasst zu haben. Daher sollte zunächst daran gearbeitet werden, das Nicht-Verstehen von Aufforderungen in der Kommunikation mitzuteilen.

Anhand der hier aufgeführten Beispiele lässt sich erkennen, dass es möglich ist, auf der Basis der PFD-Ergebnisse individuelle kommunikativ-pragmatische Therapieziele zu entwickeln.

5.3 Vergleich mit der Beurteilung des Kommunikationsverhaltens im Aachener Aphasie Test (AAT)

Da bei allen Patienten, die mit der PFD untersucht wurden, zuvor auch der AAT durchgeführt worden war, konnte ein direkter Vergleich zwischen den diagnostischen Ergebnissen zum Kommunikationsver-

halten (im AAT im Rahmen der Spontansprachbeurteilung) vorgenommen werden. Nun liegen die unbestrittenen Vorteile des AAT in seinen psychometrischen Qualitäten, besonders hinsichtlich der Feststellung sprachsystematischer Symptome und deren Schweregrad, und nicht in der Erhebung kommunikativ-pragmatischer Defizite. Mit dem AAT wurde bei unseren Patienten die kommunikative Beeinträchtigung im Gespräch durch die Vergabe der Punktwerte 0, 1 und 2 bewertet (vgl. Tab. 2). Die kommunikativ-pragmatischen Ressourcen der Patienten systematisch zu erfassen, wird von den Autoren des AAT gar nicht beansprucht. Dass z.B. die Patienten 3 und 8 durchaus erfolgreich kommunizieren können, wenn auch nicht verbal, wird im AAT nicht deutlich. In der PFD erreichen diese beiden Patienten gute Ergebnisse (vgl. Tab. 3, Patient 3: 91 %, Patient 8: 84 %). Beiden Patienten gelingt es durch die Verwendung nicht-sprachlicher Kommunikationsmittel wie Kommunikationsbuch und Gestik/Mimik sehr häufig, ihre ausgeprägten sprachsystematischen Schwierigkeiten zu kompensieren – die der AAT differenzierter erfasst.

5.4 Vergleich mit dem pragmatisch-funktionellen Einschätzungsfragebogen für Angehörige (PFE)

Parallel zu unserem Untersuchungsverfahren wurde ein Einschätzungsfragebogen für Angehörige entwickelt, mit dem eine Beurteilung der kommunikativen Patientenleistungen von einer primären Bezugsperson erhoben wurde. Die Fragen des Einschätzungsfragebogens haben einen direkten Bezug zu den Untertests der PFD. Der behandelnde Sprachtherapeut erhebt die kommunikativen Leistungen der aphasischen Patienten zwar während der Diagnostik und durch die Analyse der eigenen therapeutischen Interaktion mit dem Patienten, aber diese Daten lassen in der Regel nur eingeschränkt Rückschlüsse auf das kommunikative Verhalten der Patienten außerhalb des klinischen Settings zu (vgl. Tesak 2000).

Die Ergebnisse der Befragung weisen darauf hin, dass die Angehörigen dazu neigen, die Leistungen des Patienten tendenziell zu idealisieren.

Außerdem kann es bei wiederholter Befragung von Angehörigen im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik zu einer Sensibilisierung für die erfragten Phänomene

kommen, was dazu führen kann, dass die Angehörigen trotz eines messbaren kommunikativen Fortschritts des Patienten das Kommunikationsverhalten schlechter beurteilen (Glindemann et al. 2002). Demgegenüber boten die Einschätzungen der Angehörigen unserer neun Probanden im Fragebogen, von einzelnen Abweichungen abgesehen, ein halbwegs zuverlässiges Bild von den kommunikativen Alltagsleistungen der Patienten.

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Bei der Erprobung unserer Aufgabengruppen zeigte sich, dass folgende Kriterien erfüllt werden konnten:

- Erstellung eines individuellen kommunikativ-pragmatischen Leistungsprofils,
- Erkennen der Ressourcen im kommunikativ-pragmatischen Bereich,
- Ziehen eines Vergleichs mit den kommunikativen Leistungen anderer Patienten,
- Grundlage für Annahmen darüber, wie der Patient mit einzelnen kommunikativen Alltagsanforderungen zurechtkommen wird,
- Ableitung von therapeutischen Zielen für eine integrative sprachliche und kommunikativ-pragmatische Therapie.

Trotz dieser diagnostischen Möglichkeiten dürfen die methodischen Grenzen, die in diesem Projekt zur Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen deutlich geworden sind, nicht übersehen werden. Beispielsweise war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, eine repräsentative Stichprobe durchzuführen. Es konnten keine psychometrische Evaluation erreicht und keine Validitäts-, Reliabilitäts- und Sensitivitätsnachweise erbracht werden. Somit handelt es sich bei den Aufgabengruppen der PFD um ein informelles Diagnostikverfahren. Es war in dieser Arbeit nicht möglich, nach Abschluss der Therapie Nachuntersuchungen durchzuführen, um nachweisen zu können, wie gut die PFD für eine Verlaufsdiagnostik geeignet ist.

Da die entwickelten Aufgaben für schwer beeinträchtigte Patienten mit Aphasie konstruiert wurden, wäre es sinnvoll, parallel Aufgabengruppen für mittelschwer und leicht beeinträchtigte Aphasiepatienten zu entwickeln. Für diese Patienten und ihre spezifischen kommunikativ-pragmatischen Schwierigkeiten wären sicherlich andere kommunikative Anforderungen zu stellen, z.B. das (nicht nur sprachlich korrekte) Formulieren der eigenen Meinung oder einer

Wegbeschreibung, das Lesen und Erfassen von Daten eines Fahrplans, eines Formulars oder eines Fragebogens usw.

Außerdem möchten wir problematisieren, dass die Testaufgaben der PFD nicht völlig realen kommunikativen Fähigkeiten entsprechen können; einerseits können die angenommenen Kontexte der inszenierten Untersuchungsaufgaben zugunsten einer möglichst gleich bleibenden (und damit vergleichbaren) Testsituation nur halbwegs realistisch sein. Andererseits ist der Interaktionspartner in einer realen Kommunikation in einem komplexen wechselseitigen Prozess am Gelingen der kommunikativen Handlungen beteiligt; das musste unberücksichtigt bleiben, weil die Reaktionen der Patienten isoliert bewertet werden mussten. Wegen der Anforderungen an ein Diagnostikinstrument blieben beispielsweise auch alltagstypische Erschwernisse wie Zeitdruck oder störende Nebengeräusche unberücksichtigt.

Für klinische Interviews gilt generell, dass keine authentische Kommunikationssituation geschaffen werden kann, wenn der behandelnde Sprachtherapeut die Untersuchung vornimmt. Vor allem die Bewertung der Fähigkeiten im Untertest IV (*Unzutreffenden Äußerungen widersprechen*) könnten verfälscht werden, wenn der Patient sich darüber wundert, dass der Therapeut im Sinne der Untersuchung vorgibt, über die personenbezogenen Daten des Patienten nicht gut unterrichtet zu sein (um Widerspruch zu provozieren): „Wie war gleich ihr Name? Ach ja, Reinebeck?“

Um die Untersuchung einerseits in einem überschaubaren Zeitrahmen (möglichst in einer Therapiestunde) durchführen zu können, mussten manche Alltagshandlungen vernachlässigt werden. Schon wegen des ausgeprägten Schweregrades konnten in unserer PFD komplexere kommunikative Handlungen, wie z.B. Zeugenaussagen oder der Umgang mit Geld und Zahlen beim Bezahlen und Errechnen des Wechselgeldes unter zeitkritischen Bedingungen, nicht berücksichtigt werden. Auch komplexere kommunikative Handlungen, wie sich entschuldigen, sich bedanken, jemanden einladen, jemandem etwas vorwerfen oder sich rechtfertigen etc., konnten in der PFD nicht berücksichtigt werden. Andere pragmatische Aspekte, wie das Initiieren und Aufrechterhalten eines Gesprächs konnten bei den schwer gestörten Patienten nicht untersucht werden. Die PFD will nicht den Anspruch erheben, auch nur annähernd alle Typen kommunikativer Handlungen zu überprüfen, sondern beschränkt sich

exemplarisch auf wenige typische Alltagshandlungen.

Trotzdem konnte gezeigt werden, dass die PFD eine geeignete Methode ist, um alltagsrelevante Kommunikationsstörungen bei aphasischen Patienten zu erfassen. Gleichzeitig konnte erreicht werden, dass die PFD in Praxis und Klinik zeitökonomisch und unkompliziert durchgeführt und ausgewertet werden kann.

Literatur

- Balazs, V. & Wiesenberger, A. (2009): Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimensionen von aphasischen Kommunikationsstörungen unter Berücksichtigung des Vergleichs von Einschätzungsfragebögen von Angehörigen und den Ergebnissen aus dem Interview. Unveröff. Bachelorarbeit. LMU München.
- Biniek, R. (1993): Akute Aphasien. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Blomert, L., Koster, C., Van Mier, H. & Kean, M. (1987): Verbal communication abilities of aphasic patients: The everyday language test. *Aphasiology* 1, 463-474.
- Blomert, L. & Buslach, D. C. (1997): Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) – Deutsche Fassung. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N. & Tabatabaie, S. (2004): LEMO, Lexikon modellorientiert. Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München, Jena: Elsevier.
- Glindemann, R. (1990): Welche Probleme haben Aphasiker beim turn-taking? In: Mellies, R., Ostermann, F. & Winneken, A. (Hrsg.): Beiträge zur interdisziplinären Aphasieforschung (1-30). Tübingen: Gunter Narr.
- Glindemann, R. (1995): Sprachtherapie und linguistische Pragmatik. *Forum Logopädie* 1, 8-10.
- Glindemann, R. & Springer, L. (1989): PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen. Ein integrativer Vorschlag zur Aphasitherapie. *Sprache – Stimme – Gehör* 13, 188-192.
- Glindemann, R., Klintwort, D., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2002): Bogenhausener Semantik Untersuchung BOSU. München, Jena: Elsevier.
- Glindemann, R., Ziegler, W. & Kilian, B. (2002): Aphasie und Kommunikation. In: Goldenberg, G., Pössel, J. & Ziegler, W. (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag (78-168). Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Grice, H.P. (1975): Logic and Conversation. In: P. Cole & J.L. Morgan (Eds.): Syntax and semantics. Vol. 3: Speech acts (41-58). New York: Academic Press.
- Holland, A. L. (1980): Communicative Abilities in Daily Living. A Test of Functional Communication in Aphasic Adults. Baltimore: University Park Press.
- Howe, T. J., Worrall, L. E. & Hickson, M. H. (2007): Interview with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology* 22, 1-26.
- Huber, W., Poeck, K., Weninger, D. & Willmes, K. (1983): Der Aachener-Aphasie-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, W. & Ziegler, W. (2000): Störungen von Sprache und Sprechen. In: Sturm W., Herrmann, M., Wallesch, C. W. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (462-511). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006): Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Joanette, Y. & Ansaldo, A. I. (1999): Clinical Note: Acquired Pragmatic Impairments and Aphasia. *Brain and Language* 68, 529-534.
- Kotten, A. (1986): Sprechen – Fast wie im täglichen Leben? In: Mellies, R., Ostermann, F. & Vauth, F. (Hrsg.): Erschwerte Kommunikation und ihre Analyse (127-153). Hamburg: Bushe.
- Langer, S. L., Pettigrew, L. C., Wilson, J. F. & Blonder, L. X. (1998): Personality and social competency following unilateral stroke. *Journal of the International Neuropsychological Society* 4, 447-455.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989): The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 113-124.
- Richter, Kerstin, Wittler, Marion, & Hielscher-Fastabend, Martina (2006): Bielefelder Aphasie Screening BIAS. Hofheim: NAT-Verlag.
- Sarno, M. T. (1969): The functional communication profile: manual of directions. New York: New York University Medical Center – The Institute of Rehabilitation Medicine.
- Schlenck, C. & Schlenck, K. J. (1994): Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasischer Patienten. *Logos Interdisziplinär* 2, 90-97.
- Schneider, B. (1998): Diagnostikmethoden zur Erfassung kommunikativer Fähigkeiten: ANELT und ACSI. *Logos Interdisziplinär* 6, 164-174.
- Searle, J. R. (1982): Eine Taxonomie illokutionärer Akte. In: Searle, J. R. (Hrsg.): Ausdruck und Bedeutung. Untersuchungen zur Sprechaktheorie. (17-50). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Stalnaker, R. C. (1972): Pragmatics. In: Davidson, D. & Harman, G. (Hrsg.): Semantics of Natural Language (380-397). Dordrecht: Reidel.
- Stenken, P. (1999): Sprache und Kommunikation. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.): AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung (59-87). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Tesak, J. (2000): Grundlagen der Aphasitherapie. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Ulatowska, H.K., Allard, I., Reyes, B.A., Ford, J. & Chapman, S. (1992): Conversational discourse in aphasia. *Aphasiology* 6, 325-331.
- Wehmeyer, M. & Grötzsch, H. (2006): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. In: Thiel, M. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin u.a.: Springer.
- Wilcox, M. J. (1983): Aphasia: pragmatic considerations. *Topics in Language Disorders* 3, 35-48.
- World Health Organisation – WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation.

Acknowledgements

Wir danken Prof. Dr. Wolfram Ziegler für kritische Hinweise und seine Unterstützung bei psychometrischen Fragestellungen sowie Frau Brita Krug, M.A., für ihr Engagement bei der Erprobung unserer Items mit den Aphasiepatienten und für kritische Hinweise zu einer früheren Version.

Korrespondenzadressen

Dr. Ralf Glindemann
Klinik für Neuropsychologie
Klinikum Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77
81925 München
ralf.glindemann@kh-bogenhausen.de

Dr. Ralf Glindemann, Neurolinguist, arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Neurologie der RWTH Aachen schwerpunktmäßig in den Bereichen Therapieforschung und kommunikativ-pragmatische Ansätze in der Aphasitherapie. Seit 1992 ist er der Leiter der Neurolinguistik in der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen. Er ist Autor zahlreicher Publikationen zu zentralen Sprach- und Kommunikationsstörungen und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB).

Veronika Balazs, Sprachtherapeutin (BA), arbeitet seit Oktober 2009 im Klinikum Bogenhausen in München in der Abteilung für Frührehabilitation und studiert seit Oktober 2009 den Masterstudiengang Speech Communication and Rhetoric berufsbegleitend in Regensburg.
balazsveronika@yahoo.de

Alisa Wiesenberger, Sprachtherapeutin (BA), studiert seit Oktober 2009 den Masterstudiengang Sprachtherapie an der LMU München und arbeitet seit Februar 2010 in einer logopädischen Praxis in München.
alisa.wiesenberger@web.de



Theorie und Praxis der Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter

Theoretical and practical approach towards language comprehension assessment in pre-school age

Verena Fuchs, München

Zusammenfassung

Hintergrund

Erst in jüngerer Zeit wurde die Notwendigkeit wie auch die Problematik der Diagnose der kindlichen Sprachverstehensleistungen deutlich. Neben den methodischen Problemen erschwert vor allem die Komplexität des Phänomens die Untersuchung von Kindern.

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung einer fundierten qualitativen Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter aufgezeigt. Es wird untersucht, welche diagnostischen Mittel in der Praxis zu Verfügung stehen und wie diese vor dem Stand der Theorie zu bewerten sind.

Ergebnisse

Die Analyse der Diagnoseinstrumente zeigt, dass nicht alle uneingeschränkt geeignet sind. Es besteht eine diagnostische Lücke. Eine Möglichkeit, diese Lücke zu füllen, soll hier vorgestellt werden.

Schlussfolgerungen

Als Ergänzung und Alternative zu den bisherigen Verfahren wird ein Diagnoseverfahren vorgestellt, welches das Verstehen morpho-syntaktischer Strukturen im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren erfasst. Es ist insbesondere zur qualitativen Analyse geeignet. Die in diesem Alter von Kindern angewendeten Sprachverständnisstrategien werden analysiert, und darauf aufbauend fundierte Ergebnisse für eine gezielte Therapieplanung erhalten.

Schlüsselwörter

Diagnose, Sprachverstehen, Vorschulalter, Sprachverständnisstrategien

Abstract

Background

Language comprehension assessment is challenging. The necessity and difficulty of language comprehension assessment in pre-school age has not become apparent until recently. Apart from methodical problems, the complexness of the phenomenon exacerbates the assessment.

Aims

The article shows the significance of a well- based qualitative assessment of comprehension in pre-school age. It evaluates the current possibilities to assess comprehension abilities and interprets these instruments with regard to the theoretical background.

Results

The analysis explores several methods to access language comprehension, but not all of them are suitable for non-restricted use.

Conclusions

In addition, and alternatively, to current assessment possibilities, a new test to assess comprehension abilities is presented which evaluates sentence comprehension from the age of 3;0 to 5;11 years. It is particularly adapted to obtain qualitative information by analysing sentence interpretation strategies necessary for substantiated therapy.

Key-Words

Language comprehension assessment, pre-school age, comprehension strategies

1 Einleitung

Die Entwicklung der Sprachverstehensleistungen bei Kindern ist sowohl in der theoretischen und empirischen Forschung als auch in der klinisch-therapeutischen Praxis nach einer langen Zeit der Vernachlässigung in den letzten Jahren zunehmend ins Blickfeld gerückt (vgl. Bishop 1997; Hirsh-Pasek & Golinkoff 1996; Zollinger 1994, 2000).

Dabei kommt der Entwicklung des Sprachverstehens eine bedeutsame Rolle so-

wohl für den Spracherwerbsprozess als auch für die gesamte Entwicklung eines Kindes zu (vgl. Zollinger 2000; Grimm 1998). Ein Großteil an Weitergabe und Austausch von Informationen erfolgt über gesprochene Sprache, die verstanden werden muss, damit die Kommunikation erfolgreich ablaufen kann und die Kommunikationsziele erreicht werden. Defizite im Sprachverstehen können ein grundlegendes Handicap darstellen, das die Entwicklung und den Ausbau verschiedener Fähigkeiten beeinträchtigen oder

sogar verhindern kann. Dies gilt sowohl für das frühe als auch für das späte Kindesalter (vgl. Mathieu 1995).

Dem Verstehen morpho-syntaktischer Strukturen, dem Verstehen auf Satzebene, kommt im Vorschulalter eine besondere Bedeutung zu. Werden Äußerungen inhaltlich nicht richtig verstanden, kann es zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen kommen, die die Partizipation und den Schulerfolg beeinträchtigen können (vgl. Gebhard 2001).

Daraus ergibt sich, dass der Diagnose des Sprachverstehens auf Satzebene im Vorschulalter eine immense Bedeutung zukommt.

Das Sprachverstehen im Vorschulalter beruht auf „einem komplexen Verhältnis zwischen sprachlichen, kommunikativ-sozialen und kognitiven Prozessen“ (Zollinger 2000, 66), die bei der Überprüfung beachtet werden müssen (vgl. Chipman & Dannenbauer 1988). Darüber hinaus befindet sich das Sprachverstehen im Vorschulalter in einem Entwicklungsprozess, der nicht in einer additiven Zunahme von Wörtern und sprachlichen Regeln besteht, sondern sich als fortlaufender Reorganisationsprozess mit Anteilen quantitativer Erweiterung und qualitativer Umformung vollzieht.

Daraus folgt, dass ein diagnostisches Vorgehen neben einer quantitativen Analyse insbesondere eine qualitative Analyse ermöglichen muss. Nur durch eine qualitative Betrachtung können die Schwächen im Sprachverarbeitungsprozess, aber auch die Ressourcen und Stärken analysiert werden.

2 Fragestellung und Zielsetzung

Im deutschsprachigen Raum stehen zur Überprüfung des morpho-syntaktischen Verstehens mehrere Methoden zur Verfügung (Stand 2006).

Ein Blick auf Tabelle 1 lässt vermuten, dass die diagnostische Situation zur Erfassung des morpho-syntaktischen Verstehens befriedigend ist. Doch ist allein mit der Quantität der Diagnoseinstrumente die Frage nicht beantwortet, ob damit das Sprachverstehen entwicklungspsychologisch und methodologisch angemessen untersucht werden kann und ob qualitativ fundierte Ergebnisse geliefert werden, so dass Therapiemaßnahmen abgeleitet werden können.

Für die Therapieplanung ist zwar zunächst von Bedeutung, ob überhaupt eine Störung vorliegt, doch können nur detaillierte Aussagen darüber, wie das Kind eine Struktur falsch verarbeitet, zu einer präzisen Therapieableitung führen.

Zielsetzung ist, zu untersuchen, wie die zur Verfügung stehenden Diagnoseinstrumente das Verstehen im Vorschulalter überprüfen. Können die bisherigen Verfahren *frühzeitig* und auf *ökonomischem* Weg die Sprachverarbeitungsprozesse so weit „freilegen“, dass man ein *eindeutig interpretierbares Ergebnis* erhält, auf dessen Basis dann – falls nötig – eine *Therapieplanung* erfolgen kann?

Ein Fokus der Untersuchung liegt auch auf dem Zeitfaktor (frühzeitige Diagnose),

denn nur so ist sichergestellt, dass die Therapie zu einem Zeitpunkt einsetzt, zu dem in die Sprachentwicklung noch therapeutisch wirkungsvoll eingegriffen werden kann und aufgrund der rezeptiven Sprachstörung entstehende Probleme noch korrigiert werden können. Einen weiteren zu untersuchenden Aspekt stellt die Handhabung des Verfahrens dar. Als ökonomisch kann ein Test dann bezeichnet werden, wenn kurze Durchführungszeiten, geringer Materialaufwand, einfache Handhabung, sowie schnelle und einfache Auswertung gegeben sind.

Ein eindeutig interpretierbares Ergebnis hängt von der Methode ab. Es ist zu untersuchen, in welchem Maße die Untersuchungsmethoden der bestehenden Testverfahren die Antwortreaktionen eines Kindes objektiv erfassen und inwieweit diese Antworten exakt gedeutet, ausgewertet und interpretiert werden können.

Werden diese Ziele mit den bisherigen Diagnoseverfahren nicht vollständig erreicht, so besteht die Notwendigkeit, Möglichkeiten zu einer verbesserten Diagnose zu erarbeiten.

3 Analyse bestehender Testverfahren und Schlussfolgerung

3.1 Testverfahren zur Überprüfung des Sprachverstehens im Vorschulalter

Welche Testverfahren zur Überprüfung des Sprachverstehens konnten zum Zeitpunkt der Entstehung der Magisterarbeit 2006/2007 in der sprachtherapeutischen Praxis durchgeführt werden (s.a. Tabelle 1)?

- Das Verstehen auf Satzebene konnte sowohl im Rahmen eines Sprachentwicklungstests (SETK 3-5, PSST, PDSS¹) als auch explizit im Rahmen speziell konstruierter Untersuchungserfahren zum Sprachverständnis (MSVK, IVÜS) überprüft werden. Bei einem allgemeinen Sprachentwicklungstest besteht die Möglichkeit, die rezeptiven Leistungen mit anderen Sprachleistungen zu vergleichen, wohingegen bei einem speziell zur Überprüfung des Sprachverstehens konzipierten Test ausschließlich Ergebnisse über die rezeptiven Leistungen geliefert werden.
- Mit dem SETK 3-5 und dem MSVK stehen standardisierte Verfahren zur Verfügung,

bei IVÜS, PSST und PDSS handelt es sich um nicht-standardisierte, informelle Verfahren.

- Die Darstellung zeigt ebenso, dass zur Erfassung der rezeptiven Leistungen primär behaviorale Verfahren eingesetzt werden. Hier sind die Methode der Bildauswahl (MSVK und teilweise SETK 3-5) und insbesondere die Methode des Ausagierens in der Praxis weit verbreitet (PSST, IVÜS, PDSS und teilweise SETK 3-5).

3.2 Analyseergebnisse bestehender Testverfahren

Eine genaue Analyse anhand der o.g. Untersuchungsverfahren zeigt, dass kein Diagnoseinstrument ohne Einschränkung eingesetzt werden kann.

- Ein Kriterium für die Beurteilung war der **Zeitfaktor** („frühzeitige Diagnose“). Schwächen sollten frühzeitig erkannt werden, damit rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen werden können. Nur die PDSS und der SETK 3-5 sind bereits für dreijährige Kinder geeignet. Die weiteren Verfahren erfassen erst ab 4;0 Jahren oder sogar 5;0 Jahren (MSVK) die rezeptiven Fähigkeiten.
- In der klinischen Praxis werden vermehrt **behaviorale Verfahren** zur Diagnose eingesetzt, insbesondere die Methode des Ausagierens (PSST, IVÜS, PDSS und SETK 3-5). Die Durchführung und Auswertung dieser Methode ist wenig objektiv, da abhängig vom Testleiter subjektiv und nach eigenem Ermessen und Empfinden die Reaktionen des Kindes interpretiert werden. Nur der SETK 3-5 kann durch die standardisierte Durchführungs- und Auswertungsanweisung als objektiv gewertet werden. Außerdem erfordert die Methode des Ausagierens durch das Beobachten, Protokollieren, Auswerten und Interpretieren einen hohen Zeitaufwand, es bedarf einer Menge an Material und ist nur schwer in Gruppen durchzuführen.
- Die Methode des Bildauswahlverfahrens wird im SETK 3-5 für jüngere Kinder und im MSVK angewendet. Sie ist objektiv und ökonomisch, da die Antwortreaktionen der Kinder eindeutig ausgewertet werden können und das Bildmaterial eine unkomplizierte und schnelle Handhabung ermöglicht.
- Zur Therapieableitung notwendige **qualitative Ergebnisse** liefert die PDSS. Die Antwortreaktionen der Kinder werden anhand vorgegebener Kriterien (z. B. Aktantenrealisierung, Handlungsrealisierung, Vor- und Nachzeitigkeit) analysiert

¹ Zum besseren Leseverständnis werden ab sofort die gängigen Abkürzungen der Diagnoseverfahren verwendet. Der vollständige Titel ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Normierte Verfahren zur Überprüfung des Satzverstehens

Verfahren	Alter	Methode	Anzahl der Items	Erfassung der Sprachverständnisstrategien
„Heidelberger Sprachentwicklungstest“ HSET: Untertest „Verstehen grammatischer Strukturen“ (Grimm & Schöler 1978)	3;0 – 9;11	Ausagieren mit Spielmaterial	17 Testitems	nein
„Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder“ SETK 3-5: Untertest „Verstehen von Sätzen“ (Grimm 2001)	3;0 – 3;11	Bildauswahlverfahren und Ausagieren mit Spielmaterial	1 Übungsitem mit Bildauswahl 9 Items mit Bildauswahlverfahren 10 Items mit Manipulationsaufgaben	nein
	4;0 – 5;11	Ausagieren mit Spielmaterial	kein Übungsitem 15 Items mit Manipulationsaufgaben	
„Marburger Sprachverständnistest für Kinder“ MSVK: Untertest „Satzverständnis“ (Elben & Lohaus 2000)	5;0 – 6;11	Bildauswahlverfahren	3 Übungsitems 18 Testitems	nein
„Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten“ IDIS: Untertest „Mach mit“ (Schöler et al. 1999)	3;0 – 6;11	Bildauswahlverfahren	8 Testitems	nein

Nicht-normierte und informelle Verfahren zur Überprüfung des Satzverstehens

Verfahren	Alter	Methode	Anzahl der Items	Erfassung der Sprachverständnisstrategien
„Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisleistungen“ IVÜS (Endres & Baur 2000)	4;0 – 8;11	Ausagieren mit Spielmaterial	individuell insgesamt 51 Items	teilweise
„Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen“: Untertest „Verständnis syntaktischer Strukturen“ (Kauschke & Siegmüller 2002)	2;0 – 6;11	Ausagieren mit Spielmaterial	12 Testsitems	nein
„Psycholinguistischer Sprachverständnis- und Sprachentwicklungstest“ PSST Untertest „Verstehen, Handeln“ (Wettstein 1995)	4;0 – 9;10	Ausagieren mit Spielmaterial	16 Testitems	ja
„Dysgrammatiker Prüfmaterial“ (Frank & Grziwotz 1978)	4;0 – 6;11	Zeigen auf Bildvorlage	3 Übungsitems, 16 Testitems	nein
„Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten“ ESGRAF (Motsch 1999)	ab 4;0	Ausagieren mit Spielmaterial, Auswahlverfahren, Fragenbeantwortung	–	nein
„Sprachentwicklungsskalen“: Untertest „Sprachverständnisskala A“ (Reynell 1983) deutsche Bearbeitung von Sarimski	0;6 – 5;11	Ausagieren mit Spielmaterial, Zeigen von Objekten	10 Sektionen mit insgesamt 67 Items	nein

Indirekte Verfahren

Verfahren	Alter	Methode	Anzahl der Items	Erfassung der Sprachverständnisstrategien
„Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern“ ELFRA 1 (Grimm & Doil 2000)	ELFRA 1: 10. LM – 24. LM	Elternfragebogen	–	nein

Tabelle 1: Übersicht über einige Diagnoseverfahren zur Erfassung des Sprachverstehens (Stand 2006)

und interpretiert. Der PSST versucht als einziger Test mit Hilfe der Sprachverständnisstrategien den Verstehensprozess sichtbar zu machen, bietet jedoch keine ausreichende empirische Fundierung. IVÜS, SETK 3-5 und MSVK machen keine detaillierten Angaben darüber, wie die Antwortreaktionen zu interpretieren sind und wie Therapiemaßnahmen abgeleitet werden können.

- Einige Testverfahren diagnostizieren die grammatischen Strukturen nicht mit einer ausreichenden Itemanzahl (ideal ist eine drei- bis viermalige Überprüfung). So fehlt eine sichere Aussage über das Vorliegen einer Störung (z. B. PDSS und PSST). Ein Urteil, ob normierte Verfahren oder nicht-normierte Verfahren das Sprachverstehen besser erfassen, ist schwer abzugeben. Jede Methodik hat in der sprachtherapeutischen Praxis ihre Daseinsberechtigung, wenn sie ausreichend durch Sachlogik begründet ist.

Standardisierte Verfahren liefern quantitative Daten in Form von T-Werten oder Prozenträngen und machen klassifikatorische Aussagen über das Vorliegen einer Störung. Dies ist zur reinen Feststellung der Therapiebedürftigkeit von Vorteil. Jedoch gibt ein Zahlenwert keine Auskunft, welche Sprachverarbeitungsprozesse beim Sprachverstehen ablaufen. Gerade hinsichtlich der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit sind die qualitativen Werte bei der Diagnose des Sprachverstehens von entscheidender Bedeutung. Neben der Menge (Quantität) verstandener Äußerungen interessieren insbesondere die Art und Weise, wie verstanden wird (Qualität). Die alleinige Aussage, dass eine Äußerung falsch verstanden wird, hilft zur Therapieplanung nicht weiter. Von Bedeutung ist die zusätzliche Information, *wie* die Strukturen verarbeitet werden.

Informelle Verfahren liefern diese gewünschten qualitativen Angaben über die Stärken und Schwächen der rezeptiven Leistungen. Jedoch erfüllen nicht alle diese Aufgabe befriedigend. Analyse- und Interpretationshilfen fehlen häufig. Nur in begrenztem Maße können eindeutige Aussagen über die Sprachverarbeitungsprozesse gemacht werden und die Testergebnisse stellen meist keine fundierte Basis für eine Therapieplanung dar.

3.3 Schlussfolgerung

Eindeutig ist, dass die vorgestellten diagnostischen Instrumente bei der Einschätzung helfen, ob beim sprachauffälligen Kind ein Therapie- bzw. Förderbedarf besteht.

Der konkrete Therapie- bzw. Förderschwerpunkt im Bereich des morpho-syntaktischen Verstehens wird jedoch nicht mitgeliefert. Es wird nicht deutlich, welche Verarbeitungsprozesse beim Kind ablaufen, wenn die überprüften grammatischen Strukturen falsch verarbeitet werden.

Es liegen keine Verfahren vor, mit denen ausreichende Informationen über den Entwicklungsstand der Sprachverstehensleistungen gewonnen werden, um daraus gezielte Maßnahmen für die Therapie abzuleiten.

Ein Ansatz bzw. eine Alternative, diese diagnostische Lücke zu schließen, wird hier vorgestellt.

4 Darstellung des neuen Untersuchungsverfahrens

Das im Rahmen der Magisterarbeit entwickelte Diagnoseverfahren zur Überprüfung des Sprachverstehens ist ein aus der Theorie und Praxis entstandenes Diagnoseinstrument. Seine Aufgaben basieren auf empirischen Befunden zur Entwicklung und auf theoretischen Überlegungen zur Überprüfung des Sprachverstehens. Ebenso wurden die Ziele und Methoden der Diagnostik bereits bestehender Testverfahren herausgearbeitet und deren Vorzüge für die Konzipierung des neuen Verfahrens genutzt.

4.1 Theoretischer Hintergrund

Aus Befunden zur Sprachverstehensentwicklung geht hervor, dass ab einem Alter von drei Jahren eine Vielzahl an Komponenten an der Sprachverarbeitung beteiligt ist (vgl. Zollinger 2000). Ein Kind entwickelt in der Interaktion mit der Umwelt kognitive und sprachliche Systeme, die zunehmend die Verarbeitung des sprachlichen Inputs ermöglichen. Dies bedeutet für die Diagnostik, dass zur Erfassung des Sprachverstehens weniger statische Wissensstrukturen, sondern vielmehr **dynamische Verstehensprozesse und ihre Verknüpfungen** überprüft werden müssen. Ab dem 3. Lebensjahr befindet sich das Sprachverstehen an einer Schnittstelle der Entwicklung (nach Chapman, in Paul 1990; nach Friederici 1987):

- Auf der einen Seite ist das frühkindliche Sprachverstehen abgeschlossen. Das Kind stützt sich zur Bedeutungsentnahme einer Äußerung nicht mehr (allein) auf das Wortverstehen und die interaktiv-kom-

munikativen, prosodischen und situativen Hinweise. Es bezieht jetzt sein Weltwissen, seine Erfahrungen und die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken mit ein (vgl. Friederici 1998). Darüber hinaus ist sein Wortverstehen soweit entwickelt, dass es durch die Bedeutungsentnahme mehrerer Wörter auf den Inhalt einer Äußerung schließen kann. Ebenso sind ab einem Alter von drei Jahren bereits eine Reihe grammatischer Fähigkeiten ausgereift. Die Summe dieser Leistungen spiegelt sich in den „comprehension strategies“ (Paul 1990, 64) genannten Sprachverständnisstrategien wider: Sie sind kognitive Konstrukte. Abhängig von der Komplexität der Äußerung nutzt sie das Kind als Hilfestellungen (nach Mathieu 1995), so lange das linguistische System noch nicht vollständig ausgereift und das linguistische Dekodieren noch nicht möglich ist.

Auf der anderen Seite nähert sich das Kind langsam der Fähigkeit, einfache, isolierte Sätze linguistisch zu dekodieren. Es entnimmt die Bedeutung eines Satzes aus dessen linguistischem Material und entfernt sich zunehmend von den Sprachverständnisstrategien. Morpho-syntaktische Strukturen werden nun durch die Analyse der sprachlichen Informationen verarbeitet.

Der fokussierte Altersbereich (3;0 bis 5;11 Jahre) liegt somit im Übergang zweier Entwicklungsphasen, bei denen mehrere Entwicklungslinien ineinander greifen.

Das Ziel des hier vorgestellten Diagnoseinstruments besteht nun darin, diese Verflechtungen zu erfassen. Die Überlegung ist, ob dieser Übergang zwischen den beiden genannten Entwicklungsabschnitten überprüft werden kann, indem zum einen die morpho-syntaktischen Fähigkeiten überprüft werden, zum anderen aber, indem die in dieser Entwicklungsphase angewendeten Sprachverständnisstrategien erfasst werden.

Ziel ist, diese Sprachverständnisstrategien in dem neu entwickelten Diagnoseverfahren gezielt zu untersuchen, um die Verarbeitungsprozesse beim kindlichen Sprachverstehen sichtbar zu machen.

Diese theoretischen Grundüberlegungen fordern (idealerweise) ein Entwicklungsmodell, das die multiaxiale Verarbeitung aller am Sprachverstehen beteiligten Strukturen und Prozesse (interaktive Verarbeitungsprozesse und entwicklungsbedingte Veränderungen) berücksichtigt. Da ein umfassendes Modell für die Sprachverstehens-

entwicklung ab dem dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt fehlt, wird das dargestellte Verfahren auf der Basis eines linguistischen und entwicklungspsychologischen Hintergrundes konstruiert. Das „Parallel-Interface-Modell“ von Friederici (1987), welches das ausreifende Satzverstehen fokussiert, ist für den hier gewählten Altersbereich das geeignetste Modell. Es geht von einer Verbindung, dem so genannten Interface, zwischen dem linguistischen und dem kognitiven System aus und bezieht sich sowohl auf die rein sprachlichen Strukturen des Inputs als auch auf die kognitiven Informationen (Weltwissen), die für die Sprachverarbeitung im Vorschulalter von Bedeutung sind.

4.2 Aufbau und Inhalte

Das Verfahren überprüft das Sprachverstehen grammatischer Strukturen der deutschen Sprache, die durch Flexion, Funktionswörter und Satzstellung markiert werden. Es ist für Kinder zwischen 3;0 und 5;11 Jahren konzipiert.

Neben der quantitativen Auswertung (Anzahl der richtigen Verstehensreaktionen) ist das Verfahren insbesondere zur *qualitativen Analyse* geeignet. Sie zeigt, welche morphologischen Markierungen und syntaktischen Verknüpfungen noch besondere Probleme bereiten, so dass aus den Ergebnissen ein Störungsprofil ermittelt werden kann und Therapiemaßnahmen gezielt abgeleitet werden können.

Das Diagnoseverfahren besteht aus einer Bildermappe. Das Sprachverstehen wird demnach mit der Methode des *Bildauswahlverfahrens* erfasst. Eine detaillierte Handanweisung beschreibt den Aufbau, die Durchführung, die Auswertung und Interpretation des Testverfahrens.

Während der Durchführung werden die Antwortreaktionen des Kindes in einen Protokollbogen mittels Ankreuzen eingetragen. Nach der Testung werden die Ergebnisse in einen Analysebogen zur Auswertung, Analyse und Interpretation übertragen.

Der Analysebogen dient der differenzierten und qualitativen Auswertung. Hier erhält der Testleiter einen Überblick über die Stärken und Schwächen der rezeptiven Verarbeitung und über die bereits angewendeten Sprachverständnisstrategien.

Das Verfahren setzt sich aus insgesamt 10 Blöcken zusammen (s. Tabelle 2). Jeder Block

überprüft mit drei oder vier Testsätzen eine morpho-syntaktische Struktur. Allen Unter- tests wird ein Übungssatz vorangestellt, der das für die Bearbeitung der Aufgaben notwendige Verständnis herstellt.

Das **Bildmaterial** besteht aus insgesamt 54 DIN A 4-Bögen, auf denen jeweils drei oder vier Schwarz-Weiß-Zeichnungen (Zielbild & Distraktoren) abgebildet sind.

Das Kind muss aus dieser Auswahlmenge das Bild identifizieren, das den vorgegebenen sprachlichen Sachverhalt wiedergibt. Dieses Vorgehen wird gewählt, da es eine **ökonomische** und (weitgehend) **objektive Überprüfung** der morpho-syntaktischen Strukturen ermöglicht. Durch das Angebot mehrerer Antwortalternativen ist die Methode relativ zufallsunabhängig. Das Zielbild (Attraktor) wird zufällig platziert, um zu verhindern, dass ein Schema in der Antwortanordnung erkannt wird.

Jede zu überprüfende Struktur wird mindestens dreimal abgefragt, um zu gewährleisten, dass die Struktur beherrscht wird.

Bei der Konzipierung des Bildmaterials wurde darauf geachtet, dass die Entschlüsselung des Testsatzes mit Hilfe verschiedener Strategien zu unterschiedlichen Resultaten führt: Die Bilder sind so gestaltet, dass bei einer korrekten Verarbeitung des Testsatzes bzw. bei der Anwendung der altersentsprechenden Strategie das korrekte Bild (Attraktor) ausgewählt wird. Bei einer Sprachentwicklungsverzögerung wird das Kind abhängig von der angewendeten Sprachverständnisstrategie bzw. abhängig von den ablaufenden Verarbeitungsprozessen auf eines der falschen Bilder (Distraktoren) zeigen. Wichtigster Aspekt bei einem Bildauswahlverfahren sind somit die **Distraktoren**. Die Distraktoren unterscheiden sich von dem Zielbild, indem sie ihm gegenüber grammatisch und lexikalisch nur minimal verändert sind. Sie stellen eine Möglichkeit zur **qualitativen Analyse** der Antwortreaktionen dar. Mit Hilfe der Distraktoren sollen die Sprachverarbeitungsprozesse diagnostiziert werden, die statt der regulären Verarbeitung ablaufen. In ihnen spiegeln sich die Sprachverständnisstrategien bildlich wider. So wird sichtbar, wo die Stärken und Schwächen des Kindes liegen und wo mit der Therapie angesetzt werden sollte.

Das vorliegende Verfahren stellt keine Aufgaben zur Überprüfung des passiven Wortschatzes bereit. In der Konstruktion des vorliegenden Verfahrens wurde darauf geachtet, ein einfaches, begrenztes Vokabular (Substantive, Verben, Adjektive) zu wählen, das dem Testalter entspricht. Die Auswahl stützt sich auf Ergebnisse der Studien

von Grimm und Doil (2000) und Kauschke (2000). Um dennoch auszuschließen, dass Defizite im passiven Wortschatz das Verstehen morpho-syntaktischer Strukturen beeinträchtigen, sollte vor der Durchführung des Verfahrens das Wortverstehen überprüft werden.

4.3 Auswahl der Testsätze (Blöcke I bis X)

Die Testsätze sind so gewählt, dass die morpho-syntaktischen Strukturen erfasst und überprüft werden, die im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren unterschiedliche Verarbeitungsleistungen erfordern und wichtige Schritte in der Sprachverstehensentwicklung zeigen (s. Tabelle 2):

Überprüfung mehrerer bedeutsamer Elemente

Die **Blöcke I bis III** (Verarbeitung von zwei, drei und vier bedeutsamen Elementen) untersuchen die Fähigkeit, mehrere Informationen eines Satzes zu verarbeiten (Subjekt-Prädikat-Objekt/ Präpositionalobjekt).

Überprüfung morphologischer Markierungen und syntaktischer Strukturen (Blöcke IV bis X)

- Neben den **wahrscheinlichen Aktivsätzen** (Block IV) zeigen insbesondere **unwahrscheinliche Aktivsätze** (Block V), ob ein Kind die zugrundeliegende syntaktische Struktur (Subjekt-Prädikat-Objekt) erfasst. Bei unwahrscheinlichen Aktivsätzen erkennt das Kind das Subjekt des Satzes als „Akteur“, auch wenn es seinem Weltwissen widerspricht.
- **Pluralkonstruktionen** (Block VI) zeigen, inwieweit die Person-Numerus-Kongruenz des Subjekts mit der finiten Verbform des Prädikats kombiniert wird.
- Das **Verstehen unwahrscheinlicher und wahrscheinlicher, reversibler Passivsätze** (Block VII und IX) liefert wichtige Hinweise über den Besitz von abstrakten syntaktischen Kategorien, die Bewegungsfähigkeit von Elementen (Anwendung der Bewegungsregel) und die Interaktion von semantischen und syntaktischen Variablen (nach Zangl 1998). Passivstrukturen überprüfen, ob die strukturellen Zusammenhänge und Reversibilitätsprinzipien, die zur korrekten Lösung notwendig sind, erkannt werden. Das Subjekt ist hier nicht mehr „Akteur“, sondern „Opfer“. Dies ist aufgrund semantischer und morphologischer Elemente zu erkennen (Bsp.: „Die Maus wird von der Katze gebissen.“).
- **Perfektstrukturen** (Block VIII) untersuchen, ob die Form aus Hilfsverb

Block	Geforderte Leistung	Strategie
I Verstehen von zwei bedeutsamen Elementen	Erfassen und Verknüpfen von Subjekt & Prädikat	Schlüsselwortstrategie
II Verstehen von drei bedeutsamen Elementen	Erfassen und Kombinieren von Subjekt, Prädikat & Objekt/Präpositionalobjekt	Schlüsselwortstrategie
III Verstehen von vier bedeutsamen Elementen	Erfassen und Kombinieren von vier Elementen (Subjekt, Prädikat, Objekt/Präpositionalobjekt)	Pragmatische Strategie
IV Verstehen wahrscheinlicher Aktivsätze	Erfassen der Inhaltswörter & Prüfen der Agens-/Patien Rolle	Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse
V Verstehen unwahrscheinlicher Aktivsätze	Erfassen der Inhaltswörter, Analyse der Satzstruktur & Prüfen der Agens-/Patien Rolle	Wortreihenfolgestrategie
VI Verstehen von Pluralsätzen	Erfassen der Inhaltswörter & Verknüpfen der Person-Numerus-Kongruenz des Subjekts mit finiter Verbform des Prädikats (3. Person Plural)	Wortreihenfolgestrategie
VII Verstehen unwahrscheinlicher Passivsätze	Erfassen der Inhaltswörter, Analyse der Tiefenstruktur & Prüfen der Agens-/Patien Rolle	Grammatische Strategie
VIII Verstehen von Perfektkonstruktionen	Erfassen der Inhaltswörter & Analyse der Perfektform aus Hilfsverb und Partizip Perfekt des Vollverbs (3. Person Singular)	Wortreihenfolgestrategie
IX Verstehen wahrscheinlicher, reversibler Passivsätze	Erfassen der Inhaltswörter, Analyse der Tiefenstruktur & Prüfen der Agens-/Patien Rolle	Grammatische Strategie
X Verstehen von Temporalstrukturen	Erfassen der Inhaltswörter & Analyse der Tiefenstruktur während 2, 1 bevor 2 nachdem 1 bevor 1 nachdem 2	Äußerungsfolgestrategie Äußerungsfolgestrategie Äußerungsfolgestrategie Ereignisfolgestrategie Ereignisfolgestrategie

Tabelle 2: Zusammenfassende Darstellung der geforderten Leistungen und Strategien

und Partizip Perfekt des Vollverbs analysiert werden kann und ob ein elementares Verständnis für Raum und Zeit und insbesondere für räumliche und zeitliche Veränderungen entwickelt ist.

- **Temporalstrukturen** (Block X) zeigen, inwieweit bereits ein stabiles Zeitkonzept zur Verfügung steht, das ermöglicht, Handlungen abhängig von deren semantisch-syntaktischer Markierung (1. oder 2. Teilsatz) richtig zu sequenzieren. Temporalsätze (mit „bevor 1“ und „nachdem 2“) überprüfen, ob das Reversibilitätsprinzip bereits erkannt wird.

4.4 Erfassen der Sprachverständnisstrategien

Um die ablaufenden Sprachverarbeitungsprozesse per Bildauswahlverfahren erfassen zu können, ist das Bildmaterial so entwickelt, dass darin die angewendeten Sprachverarbeitungsstrategien sichtbar werden.

- Strukturen mit zwei, drei oder vier Elementen überprüfen, inwieweit die „**Schlüsselwortstrategie**“ oder die „**Pragmatische Strategie**“ angewendet werden.
- Wahrscheinliche Aktivsätze zeigen, ob bereits die „**Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse**“ benutzt wird.

Wahrscheinliche Aktivsätze zeigen, ob bereits die „**Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse**“ benutzt wird. Werden diese Strukturen noch nicht beherrscht, wird der Satz mit Hilfe der „**Pragmatischen Strategie**“ interpretiert.

- Unwahrscheinliche Aktivsätze eignen sich besonders gut zur Erfassung der „**Wortreihenfolgestrategie**“. Liegt eine Sprachentwicklungsverzögerung vor, wird das Kind noch die „**Pragmatische Strategie**“ oder die „**Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse**“ gebrauchen. Es verbindet verstandene Wörter zu einer sinntragenden Einheit, indem es auf sein erworbenes Weltwissen und seine Erfahrungen zurückgreift.
- Unwahrscheinliche Passivsätze legen dar, inwieweit die „**Grammatische Strategie**“ beherrscht wird und die Tiefenstruktur eines Satzes analysiert werden kann. Bei einer vorliegenden Sprachentwicklungsverzögerung wird das Kind noch die „**Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse**“ oder die „**Pragmatische Strategie**“ gebrauchen.
- Wahrscheinliche, reversible Passivsätze eignen sich ebenso zur Überprüfung der „**Grammatischen Strategie**“. Bei einem Nichtverstehen wird noch die „**Pragmatische Strategie**“ angewendet.
- Temporalstrukturen können je nach zugrunde liegender Tiefenstruktur folgende Sprachverständnisstrategien aufdecken:
 - Temporalstrukturen mit „während 1“ und „während 2“ zeigen, ob das Kind bereits die „**Äußerungsfolgestrategie**“ beherrscht oder ob es noch die „**Pragmatische Strategie**“ anwendet.
 - Temporalstrukturen mit „bevor 2“ und „nachdem 1“ legen dar, inwieweit das Kind die „**Äußerungsfolgestrategie**“ anwenden kann.
 - Sätze mit „bevor 1“ und „nachdem 2“ zeigen, ob das Kind schon zur kognitiven Umkehrung fähig ist und einen Satz mit der „**Ereignisfolgestrategie**“ interpretiert. Liegt es in seiner Entwicklung zurück, wird es den Satz mit Hilfe der „**Äußerungsfolgestrategie**“ oder der „**Pragmatischen Strategie**“ verarbeiten.

4.5 Beispiele

Beispiel 1²: Verstehen unwahrscheinlicher Passivsätze (Block VII)

Stimulus: „Die Mutter wird von dem Kind gewaschen.“

Zielsatz: Bild 3: „Die Mutter wird von dem Kind gewaschen.“ → Zur korrekten Lösung ist die „**Grammatische Strategie**“ notwendig

Distraktor 1: Bild 2: „Die Mutter wäscht

2 Die Bilder wurden von Matthias Herkle, www.wurmics.de, eigens für das Untersuchungsverfahren angefertigt.



das Kind.“ → „Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse“

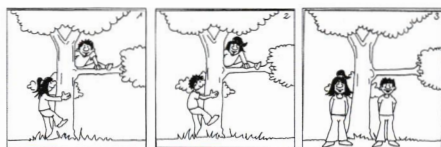
Distraktor 2: Bild 1: „Die Mutter und das Kind waschen sich.“ → „Schlüsselwortstrategie“

Der **erste Distraktor** stellt bildlich die Situation dar, die entsteht, wenn der Zielsatz mit der „Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse“ verarbeitet wird (Die Mutter wäscht das Kind.). Diese „Strategie-der-wahrscheinlichen-Ereignisse“ entwickelt sich vor der „Grammatischen Strategie“. Wählt das Kind Distraktor 1, interpretiert es Subjekt, Prädikat und Objekt, ohne die morphologischen Markierungen und syntaktischen Verknüpfungen zu beachten. Es identifiziert Agens und Patiens nach primären und sekundären semantischen Merkmalen.

Der **zweite Distraktor** ist so gewählt, dass er den Bildinhalt darstellt, der dem einer „Schlüsselwortinterpretation“ gleicht (Die Mutter und das Kind waschen sich.). Die Bedeutung von Subjekt, Prädikat und Objekt wird erfasst, jedoch nicht die Beziehung zwischen Agens und Patiens. Subjekt, Prädikat und Objekt werden zu einer dem Weltwissen entsprechenden, sinnvollen Struktur verknüpft.

Beispiel 2: Verstehen von Temporalstrukturen: nachdem 2 (Block X)

Stimulus: „Das Mädchen klettert auf den Baum, nachdem der Junge geklettert ist.“



Zielsatz: Bild 1: „Das Mädchen klettert auf den Baum, nachdem der Junge geklettert ist.“ → Zur korrekten Lösung ist die „Ereignisfolgestrategie“ notwendig

Distraktor 1: Bild 2: „Das Mädchen klettert zuerst auf den Baum, dann der Junge.“ → „Äußerungsfolgestrategie“

Distraktor 2: Bild 3: „Der Junge und das Mädchen wollen auf den Baum klettern.“ → „Pragmatische Strategie“

Der **erste Distraktor** stellt bildlich die Situation dar, die entsteht, wenn der Zielsatz

mit der „Äußerungsfolgestrategie“ verarbeitet wird. Diese Strategie entwickelt sich vor der „Ereignisfolgestrategie“. Wählt das Kind Distraktor 1, ist die Fähigkeit zur kognitiven Umkehrung noch nicht vorhanden. Die Tiefenstruktur kann noch nicht analysiert werden. Der **zweite Distraktor** ist so gewählt, dass er den Bildinhalt darstellt, der bei Gebrauch der „Pragmatischen Strategie“ entsteht (Das Mädchen und der Junge wollen auf den Baum klettern.). Die Bedeutung von Subjekt, Prädikat und Objekt wird erfasst, jedoch nicht die Tiefenstruktur des Satzes. Subjekt, Prädikat und Objekt werden zu einer dem Weltwissen entsprechenden, sinnvollen Struktur verknüpft.

5 Testtheoretische Überprüfung

5.1 Fragestellungen und Hypothesen

Nach der Entwicklung des Materials wurde untersucht, ob die Übertragung der theoretischen Überlegungen in das Diagnoseverfahren folgerichtig war, und es sollte eine erste theoretische Überprüfung des neuen Diagnoseverfahrens erfolgen.

Zwei Fragen standen hierbei im Mittelpunkt:

1. Welche Aussagen liefert das hier vorgestellte Analyseverfahren in der Beschreibung der kindlichen Sprachverstehensfähigkeiten? Lässt sich das Sprachverstehen auf Satzebene, d.h. die Fähigkeiten und Probleme eines Kindes in der Übergangsphase zum linguistischen Dekodieren, objektiv und ökonomisch darstellen? Bei dieser ersten Frage stand der explorative Charakter im Vordergrund. Die Leistungen der Kinder im neu entwickelten Verfahren sollten anhand des Protokoll- und Analysebogens ausgewertet, analysiert und interpretiert werden. Es galt zu untersuchen, ob die Sprachverarbeitungsprozesse, die bei einem Nichtverstehen ablaufen, sichtbar werden, so dass anhand der Ergebnisse Maßnahmen abgeleitet werden können, die dann in die Therapiearbeit integriert werden.
2. Können diese Aussagen gestützt werden, indem hinreichend übereinstimmende Ergebnisse mit einem bereits validierten Verfahren, das ebenso die rezeptiven Leistungen auf Satzebene erfasst, erzielt werden? Zur Untersuchung der Übereinstimmungsvalidität werden in der Testanalyse vorrangig statistische Methoden eingesetzt. Die Validierung eines Testver-

fahrens erfordert eine ausreichend große und ausgewählte Stichprobe, was im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht möglich war.

Aufgrund der niedrigen Probandenzahl ($N = 3$) bei der vorliegenden Untersuchung wurde die Überprüfung der Übereinstimmung auf deskriptiv-analysierendem Weg vorgenommen, indem das neue Verfahren mit einem normierten Testverfahren verglichen wurde. Die Zahl der Übereinstimmungen lässt Tendenzen erkennen und somit Aussagen zu über seine Qualität zur Messung des Sprachverstehens.

5.2 Methodik der Testung

Die Gültigkeit des hier vorgestellten Verfahrens sollte über die *kriterienbezogene Validität/Übereinstimmung* gemessen werden (nach Schelten 1997). Zur Bestimmung der kriterienbezogenen Validität wurde eine *konvergente Validierung* durchgeführt. Hierzu wurde der Untertest „Satzverständnis“ des normierten Sprachtests „**Marburger Sprachverständnistest für Kinder MSVK**“ (Elben & Lohaus 2000) gewählt, da er, wie das vorgestellte Diagnoseverfahren, mittels Bildauswahlmethode das Sprachverstehen auf Satzebene im Vorschulalter überprüft.

Die „Validität“ des in dieser Arbeit vorgestellten Diagnoseverfahrens wurde untersucht, indem eine qualitative Analyse der kindlichen Antwortreaktionen im MSVK vorgenommen wurde und diese mit den Ergebnissen des neu entwickelten Verfahrens verglichen wurden. Diese parallele qualitative Auswertung beider Verfahren hatte zum Ziel, die Übereinstimmung der Stärken und Schwächen in der Verarbeitung bestimmter morpho-syntaktischer Strukturen der untersuchten Kinder zu prüfen. Der Analysebogen des neu entwickelten Verfahrens ermöglicht bereits qualitative Aussagen über die rezeptiven Fähigkeiten. Die Antwortreaktionen wurden nach den festgelegten Auswertungskriterien analysiert und interpretiert. Im MSVK mussten die Antwortreaktionen der Kinder nachträglich analysiert werden, da die Auswertung hier lediglich nach den Kriterien „richtig“ oder „falsch“ erfolgt.

5.3 Ablauf der Testung mit der Untersuchungsgruppe

Die Studie wurde mit drei sprachauffälligen Vorschulkindern (zwei Mädchen, ein Junge) im Alter von 5;6 bis 5;8 Jahren durchgeführt. Es nahmen nur deutschsprachig aufgewachsene Kinder teil, um zu vermeiden, dass Sprachbarrieren das Ergebnis

Kind	Ge- schlecht	Alter	Hörtest	Kognitive Fähig- keiten	Mutterspra- che
A	w	5;8	o. B.	altersentsprechend	deutsch
B	m	5;7	o. B.	altersentsprechend	deutsch
C	w	5;6	o. B.	altersentsprechend	deutsch

Tabelle 3: Teilnehmende Kinder

verfälschten. Die aktuellen HNO-Befunde schlossen bei allen eine Hörstörung sicher aus. Den Akten zufolge besaßen die Kinder altersentsprechende kognitive Fähigkeiten. Es wurden sprachauffällige Kinder gewählt, da das Untersuchungsziel ist, Daten über die rezeptiven Leistungen sprachentwicklungsverzögerter Kinder zu gewinnen. Die Untersuchungen fanden jeweils in Einzelsitzungen statt und dauerten pro Kind ca. 30 Min. Zunächst wurde jedes Kind mit dem hier vorgestellten Diagnoseverfahren diagnostiziert. Im Anschluss wurde der MSVK der Handanweisung entsprechend durchgeführt. Die Auswertung, Analyse und Interpretation der Daten erfolgten nach Beendigung der Datenerhebung.

5.4 Ergebnisse der Untersuchung

Analyseergebnisse des neuen Diagnoseverfahrens

Das Untersuchungsverfahren erlaubt aufgrund seiner fehlenden Normierung keine quantitativen Aussagen über die rezeptiven Leistungen. Zur Orientierung, wie viele Strukturen von den insgesamt überprüften Testsätzen richtig verarbeitet wurden, wurde daher der prozentuale Anteil errechnet. Die drei Kinder verarbeiteten im Durchschnitt 25 der 44 überprüften Testsätze richtig. Ihre individuellen Leistungen waren sehr unterschiedlich:

Kind	Anzahl der korrekt erfassten Strukturen
A	32 von 44 (73 %)
B	27 von 44 (61 %)
C	16 von 44 (36 %)

Tabelle 4: Rohwerte der 3 Kinder im neu entwickelten Verfahren

Analyseergebnisse des MSVK

Die Antwortreaktionen im MSVK wurden sowohl quantitativ als auch qualitativ analysiert und interpretiert. Die drei Kinder

erreichten im Untertest „Satzverständnis“ des MSVK im Durchschnitt einen T-Wert von 45. Bei keinem Kind liegt die Leistung außerhalb von zwei Standardabweichungen ($T < 30$). Bei einem Kind (Kind B) liegt die Leistung außerhalb einer Standardabweichung ($T = 30 - 40$). Bei zwei Kindern (Kind A & C) liegt die Leistung im Normbereich ($T > 40$).

Kind	PR-Wert	T-Wert
A	66	53 (+/- 11)
B	12	38 (+/- 10)
C	27	44 (+/- 11)

Tabelle 5: Ergebnisse der drei Kinder im MSVK (Elben & Lohaus 2000)

Prüfung der Übereinstimmung: Neues Diagnoseverfahren vs. MSVK

Untersucht wurden fünf Strukturen (wahrscheinliche Aktivsätze; wahrscheinliche, reversible Passivsätze; unwahrscheinliche, reversible Passivsätze; Singular-/Pluralkonstruktionen; Präsens-/ Perfektkonstruktionen). Bei drei Testkindern lagen mit fünf untersuchten Strukturen somit **15 Einzelergebnisse** vor. Sie waren auf Übereinstimmung zu prüfen. Die Beurteilung, inwieweit beide Tests gleiche bzw. abweichende Ergebnisse im untersuchten Einzelfall aufweisen, wurde mit drei Kriterien vorgenommen:

1. Beide Testergebnisse sind voll **übereinstimmend (ü)**, wenn das Testergebnis in beiden Verfahren den gleichen Befund zeigt, d. h. die Testergebnisse zeigen mehrheitlich ($> 50\%$) das gleiche Ergebnis, bzw. $\Delta \leq 50\%$.
2. **Keine Übereinstimmung (kü)** der beiden Testergebnisse liegt vor, wenn das Testergebnis in beiden Verfahren einen unterschiedlichen Befund zeigt, d. h. die Testergebnisse zeigen mehrheitlich ($> 50\%$) ein unterschiedliches Ergebnis, bzw. $\Delta > 50\%$.
3. **Neutral-Bewertung:** Bei der qualitativen Auswertung ist eine deutliche Schwäche des MSVK zu beachten: Er über-

prüft morpho-syntaktische Strukturen fast ausschließlich mit nur ein bzw. zwei Testsätzen (ausgenommen Pluralstrukturen: 12 Testsätze). Dies bedeutet, dass bei zwei überprüften Sätzen ein Ergebnis von 50 % (1 richtig, 1 falsch) keine eindeutige Aussage über das Vorhandensein einer Schwäche liefert: Das 50 %-Ergebnis kann sich ergeben aus einer tatsächlichen „Teilschwäche“ (1 richtig erkannt, 1 falsch), ebenso durch Raten (50 % Wahrscheinlichkeit), wobei eine tatsächliche Schwäche überdeckt wird. Diese 50 %-Ergebnisse des MSVK werden deswegen bei der Bewertung als „neutral“ angesehen, d. h. 50 %-Ergebnisse können ein Ergebnis des Screenings **nicht widerlegen (nw)**.

Zusammenfassendes Gesamtergebnis

- **Übereinstimmung (ü)**
Bei acht der 15 überprüften Fälle liegt **Übereinstimmung (ü)** vor. Dies entspricht **53,3 %**. Das Ergebnis des neu entwickelten Verfahrens wird in diesen Fällen bestätigt.
- **Nicht widerlegt (nw)**
Bei vier der 15 überprüften Fälle wird das Ergebnis des neuen Verfahrens **nicht widerlegt (nw)**. Dies entspricht **26,7 %**.
- **Keine Übereinstimmung (kü)**
Bei drei der 15 überprüften Fälle liegt **keine Übereinstimmung (kü)** vor. Dies entspricht **20 %**. Das Ergebnis des neu entwickelten Verfahrens wird hier widerlegt.
80 % der überprüften Fälle zeigten Übereinstimmung bzw. wurden nicht widerlegt und waren somit positiv für das neu entwickelte Diagnoseverfahren zu werten. Nur 20 % waren eindeutig abweichend.

6 Schlussbetrachtung

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Überprüfung mit dem neu vorgestellten Verfahren detaillierte Aussagen über das Verstehen morphologischer Markierungen und syntaktischer Verknüpfungen möglich sind. Das Testergebnis zeigt nicht nur, dass eine Struktur falsch verstanden wurde, sondern macht auch sichtbar, *welcher Weg* zur Verarbeitung gewählt wurde. Das Verfahren erkennt somit die Funktion oder Dysfunktion der überprüften Teilprozesse wesentlich genauer als eine ausschließliche Überprüfung des funktionalen Sprachverstehens. Das angewandte Bildauswahlverfahren hat sich hierbei als die geeignete Methode herausgestellt: Sie ist objektiv und ökonomisch. Der ökonomische Aspekt verdient eine be-

Kind A

Struktur	Korrekte Sätze / insgesamt bearbeitete Sätze		Δ	Test – Übereinstimmung
	Neues Verfahren	MSVK		
Wahrscheinliche Aktivsätze	3 / 3 = 100 %	1 / 1 = 100 %	0	ü
Wahrscheinliche, reversible Passivsätze	2 / 3 = 66,6 %	1 / 1 = 100 %	33,3	ü
Unwahrscheinliche Passivsätze	3 / 3 = 100 %	2 / 2 = 100 %	0	ü
Singular / Plural	4 / 4 = 100 %	12 / 12 = 100 %	0	ü
Präsens / Perfekt	2 / 3 = 66,6 %	0 / 2 = 0 %	66,6	kü

Kind B

Struktur	Korrekte Sätze / insgesamt bearbeitete Sätze		Δ	Test – Übereinstimmung
	Neues Verfahren	MSVK		
Wahrscheinliche Aktivsätze	2 / 3 = 66,6 %	1 / 1 = 100 %	33,3	ü
Wahrscheinliche, reversible Passivsätze	0 / 3 = 0 %	0 / 1 = 0 %	0	ü
Unwahrscheinliche Passivsätze	1 / 3 = 33,3 %	1 / 2 = 50 %	16,7	nw
Singular / Plural	4 / 4 = 100 %	7 / 12 = 58,3 %	41,7	ü
Präsens / Perfekt	2 / 3 = 66,6 %	1 / 2 = 50 %	16,6	nw

Kind C

Struktur	Korrekte Sätze / insgesamt bearbeitete Sätze		Δ	Test – Übereinstimmung
	Neues Verfahren	MSVK		
Wahrscheinliche Aktivsätze	0 / 3 = 0 %	1 / 1 = 100 %	100	kü
Wahrscheinliche, reversible Passivsätze	1 / 3 = 33,3 %	1 / 1 = 100 %	66,6	kü
Unwahrscheinliche Passivsätze	1 / 3 = 33,3 %	1 / 2 = 50 %	16,7	nw
Singular / Plural	2 / 4 = 50 %	9 / 12 = 75 %	25	ü
Präsens / Perfekt	1 / 3 = 33,3 %	1 / 2 = 50 %	16,7	nw

Tabelle 6: Übereinstimmung der Testergebnisse im neu entwickelten Verfahren und im MSVK

sondere Beachtung. In der sprachtherapeutischen Praxis muss häufig ein schneller Überblick über die Stärken und Schwächen geschaffen werden. Das hier vorgestellte Verfahren erfüllt diese Forderung: Die Durchführungszeit ist kurz (ca. 15 Minuten), es besteht aus begrenztem, handlichem Bildmaterial, ist in der Handhabung unkompliziert und ermöglicht eine schnelle Auswertung und Interpretation.

Auch die Zielsetzung der Objektivität bei der Durchführung, Auswertung und Interpretation des Testverfahrens kann durch die Methode der Bildauswahl gut erreicht werden. Um die Vergleichbarkeit und Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden für das hier vorgestellte Diagnoseinstrument klare Vorgaben und Kriterien zur Durchführung, Auswertung und Interpretation entwickelt. Diese schriftlich vorgegebenen Anweisungen sichern eine einheitliche Auslegung der Daten. Zufällige oder systematische Modifikationen, die zu abweichenden Testergebnissen führen können, sind ausgeschlossen. Die Antwortreaktio-

nen der Kinder können exakt interpretiert werden. Die Fähigkeiten werden somit nicht überschätzt, aber auch nicht unterschätzt. Es handelt sich um ein halb-standardisiertes Untersuchungsverfahren.

Um die Objektivität des neu entwickelten Verfahrens vollständig zu beweisen, müsste es noch einer ausführlichen testtheoretischen Überprüfung unterzogen werden.

Für die richtige Wahl der Distraktoren bzw. der Bilddarstellung spricht, dass die sprachentwicklungsverzögerten Kinder vorrangig auf die Bilder gedeutet haben, die frühere Strategien widerspiegeln. Die Beobachtung, dass Kinder häufig entwicklungspsychologisch frühere Strategien wählen oder mit Hilfe semantischer Merkmale interpretieren, deckt sich mit den Ergebnissen früherer Forschungsarbeiten (Van der Lely & Dewart 1986; Evans & MacWhinney 1999; Bates & MacWhinney 1989). Hier wird nachgewiesen, dass entwicklungsverzögerte Kinder semantische Hinweisreize (z. B. Merkmal der Belebtheit) zur Interpretation nutzen oder ihr Weltwissen einsetzen

(„Strategie-der-möglichen-Ereignisse“).

Daraus folgend darf angenommen werden, dass die theoretischen Ableitungen zur Überprüfung des Sprachverstehens im Vorschulalter richtig waren und das hier vorgestellte Verfahren mit großer Wahrscheinlichkeit das Verstehen morpho-syntaktischer Strukturen bzw. den Verarbeitungsprozess beschreibt, obwohl das Endergebnis der Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe und der aus diesem Grund fehlenden statistischen Untersuchung nur bedingt wissenschaftlich untermauert ist.

Einen vorläufigen stützenden Befund stellt ebenfalls die mehrheitliche Übereinstimmung des Ergebnisses mit dem Ergebnis des validierten Verfahrens MSVK dar. Hier wird eine Übereinstimmung von 80 % festgestellt. Die Ergebnisse des neuen Verfahrens liegen somit dicht an denen des normierten Verfahrens und es ist – zumindest tendenziell – die Aussage berechtigt, dass das neu entwickelte Verfahren das Sprachverstehen auf Satzebene im Vorschulalter überprüft.

Das Ergebnis macht deutlich, dass das Verfahren weiter entwickelt werden kann. Als Ansatzpunkte wären eine Schwierigkeitsanalyse des verwendeten Vokabulars sowie eine Schwierigkeitsanalyse der Testsätze zu nennen. Auch sollten die zu überprüfenden Strukturen erweitert und neben der fundierten Überprüfung der Validität auch die Objektivität und Reliabilität überprüft werden.

Literatur

- Bates, E. & MacWhinney, B. (1989): Functionalism and the competition model. In: MacWhinney, B. & Bates, E. (Hrsg.): The cross linguistic study of sentence processing (3 – 73). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bishop, D.V.M. (1997): Uncommon understanding - Development and disorders of language comprehension in children. East Sussex: Psychology Press.
- Chipman, H. & Dannenbauer, F.-M. (1988): Kleine Kinder verstehen anders: Zum Problem der Erfassung kindlicher Strategien des Satzverständnisses. In: Günther, K.-B. (Hrsg.): Sprachstörungen: Probleme ihrer Diagnostik bei mentalen Retardierungen, Entwicklungsdysphasien und Aphasien (103 – 116). Heidelberg: Edition Schindele.
- Elben, C. E. & Lohaus, A. (2000): Marburger Sprachverständnistest für Kinder. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Endres, R. & Baur, S. (2000): Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisleistungen (IVÜS) - Diskussion und Materialien. Die Sprachheilarbeit 45, 64 – 71.
- Evans, J. & MacWhinney, B. (1999): Sentence processing strategies in children with expressive and expressive-receptive specific language impairments. International journal of language and communication disorders 34, 117 – 134.
- Frank, G. & Grziwotz, P. (1978): Dysgrammatiker-Prüfmateral. Ravensburg: Eigenverlag.
- Friederici, A. (1987): Kognitive Strukturen des Sprachverstehens. Berlin: Springer Verlag.
- Friederici, A. (1998): Wissensrepräsentation und Sprachverstehen. In: Klix, F. & Spada, H. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Praxisgebiete, Serie II: Kognition, Band 6: Wissen (249 – 273). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Fuchs, V. (2006): Theorie und Praxis der Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter. Unveröffentlichte Magisterarbeit der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- Gebhard, W. (2001): Entwicklungsbedingte Sprachverständnistörungen bei Kindern im Grundschulalter. München: Herbert Utz Verlag.
- Grimm, H. (1998): Sprachentwicklung – allgemein-theoretisch und differentiell betrachtet. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (705 – 757). Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Grimm, H. (2001): SETK 3 – 5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000): ELFRA – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (Handanweisung). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991): Der Heidelberger Sprachentwicklungstest H-S-E-T. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hirsh-Pasek, K. & Golinkoff, R. (1996): The origins of grammar: Evidence from early language comprehension. Cambridge: MIT Press.
- Kauschke, C. (2000): Der Erwerb des frühkindlichen Lexikons. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002): Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Urban und Fischer Verlag.
- Mathieu, S. (1995): Sprachverständnis im Kindergarten – Vergleichende Untersuchung. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Logopädie- Sprachbehindertenpädagogik 64, 36 – 52.
- Motsch, H.-J. (2000): Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten ESGRAF. Testmanual. München: E. Reinhardt.
- Paul, R. (1990): Comprehension strategies: Interactions between world knowledge and the development of sentence comprehension. Topics in language disorders 10, 63 – 75.
- Sarimski, K. (1985): Sprachentwicklungsskalen nach Joan K. Reynell. München: Röttinger.
- Schelten, A. (1997): Testbeurteilung und Testerstellung. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Schöler, H. (1999): IDIS - Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Heidelberg: Edition S im Universitätsverlag C. Winter.
- Van der Lely, H. & Dewart, H. (1986): Sentence comprehension strategies in specifically language impaired children. British journal of disorders of communication 21, 291 – 306.
- Wettstein, P. (1995): Psycholinguistischer Sprachverständnis- und Sprachentwicklungstest. Ort o.A.: Verlag BSSI.
- Zangl, R. (1998): Dynamische Muster in der sprachlichen Ontogenese - Bilingualismus, Erst- und Fremdspracherwerb. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Zollinger, B. (1994): Störungen des Sprachverständnisses. In: Hollenweger, J. & Schneider, H. (Hrsg.): Sprachverstehen beim Kind – Beiträge zu Grundlagen, Diagnose und Therapie (109 – 122). Luzern: Edition SZH.
- Zollinger, B. (2000): Spracherwerbsstörungen - Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie. Stuttgart: Paul Haupt Verlag.

Korrespondenzadresse

Verena Fuchs
c/o Praxis für Stimm- und Sprachtherapie Dr. Iris Eicher
Akademische Lehrpraxis der LMU
Weissenburger Str. 25
81667 München

Verena Fuchs studierte Sprachheilpädagogik an der Universität Würzburg. Sie ist seit 2007 als Sprachheilpädagogin in einer Praxis sowie seit 2009 i. Städt. Klinikum München Schwabing tätig. Ihre Schwerpunkte liegen in der Diagnose und Therapie frühkindlicher Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter sowie der Diagnose und Therapie von Patienten mit Dysphagie, Aphasie und Dysarthrie.



Neue Kommunikationshilfe mit der eigenen Stimme bei drohendem Stimmverlust

Sabine Koppetsch, Berlin
Eduardo Mendel, Oldenburg



Zusammenfassung

Für Menschen, bei denen ein zunehmender Verlust der Sprechfähigkeit absehbar ist, ist jedes Bemühen, ihre Stimme bestmöglich zu erhalten, ein Fortschritt und stellt eine Chance dar, nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern auch ihrer Familie wesentlich zu verbessern. Ein noch recht wenig bekanntes Verfahren, aus dem die Sprechsoftware „Meine eigene Stimme“ erzeugt werden kann, soll im Folgenden vorgestellt werden. Zentraler Anspruch ist es, nicht nur als Kommunikationshilfsmittel zu dienen, sondern das verbale Kommunizieren auch bei fortschreitender Erkrankung (nach Verlust der stimmlichen und artikulatorischen Fähigkei-

ten) weiterhin mit der vorher aufgenommenen eigenen Stimme als wichtigem Bestandteil der eigenen Persönlichkeit zu ermöglichen. Dieses Verfahren ist besonders geeignet für Patienten mit Kehlkopfkrebs oder ausgedehnten oralen Tumoren und bei motoneuronalen Krankheiten wie Amyotropher Lateralsklerose (ALS), aber auch bei einigen Fällen von Parkinson oder Multipler Sklerose (MS). Bei allen Erkrankungen ist es besonders wichtig, die Sprachaufnahme möglichst schnell nach der Diagnostik durchzuführen, da sprachliche und stimmliche Veränderungen auch die Qualität der Sprechsoftware beeinflussen.

Einleitung

Mit Hilfe der verbalen Kommunikation ist es dem Menschen nicht nur möglich, Gedanken, Meinungen oder auch Gefühle auszudrücken. Die Kommunikation mit der eigenen Stimme ist ein wesentliches Persönlichkeitsmerkmal. Kann ein Mensch nicht sprechen oder seine Stimme gebrauchen, wird von Betroffenen häufig eine massiv eingeschränkte Lebensqualität, soziale Isolation oder Unsicherheit im Umgang mit anderen Menschen beschrieben (Koppetsch 2004).

Besonders bei neurologischen Erkrankungen wie z. B. der ALS oder MS oder den Auswirkungen von bösartigen Geschwulsterkrankungen im Bereich des Kehlkopfes oder des Mundes (z. B. Zungen- oder Kehlkopfkrebs) sind Patienten mitunter davon betroffen, die Fähigkeit, verbal zu kommu-

nizieren, zu verlieren. Ist solch ein fortgeschrittenes Stadium erreicht, bleibt nur die Versorgung mittels Kommunikationshilfsmittel. Bisher war es üblich, beispielsweise synthetische Stimmen als Ersatz anzubieten. Mittels eines neuen Verfahrens ist es nunmehr möglich, die eigene Stimme des Patienten weitestgehend zu erhalten und ein individuelles Sprachprogramm zu erzeugen, das es dem Patienten erlaubt, sich mit seiner eigenen Stimme zu verständigen.

Diese Entwicklung des Physikers Dr. Mendel, die in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Thomas Meyer (Charité Berlin, Ambulanz für ALS Motoneuronen Erkrankungen) in einem Pilotprojekt getestet wurde und mit Unterstützung von Prof. Dr. Koppetsch und Frau Lilo Niebecker den Patienten durch Aufnahmen und Öffentlichkeitsarbeit zugänglich gemacht wird, soll im Folgenden näher vorgestellt werden.

Die Amyotrophe Lateralsklerose – ALS (Motor Neurone Disease – MND)

Die Amyotrophe Lateralsklerose ist die häufigste Systemerkrankung des motorischen Systems. Sie ist gekennzeichnet durch eine Erkrankung zweier verschiedener Nervenfasersysteme:

1. die motorischen Nervenzellen der Hirnrinde (erstes motorisches Neuron),
2. die des Rückenmarks (zweites motorisches Neuron).

Eine Schädigung des ersten motorischen Neurons führt zu einer Beeinträchtigung der willkürlichen Feinmotorik und kann zu einer unkontrollierten gesteigerten Aktivität des zweiten Motoneurons führen, die der Patient durch eine Steigerung der Muskelspannung als Steifigkeit (Spastik) empfindet. Durch die Schädigung des zwei-

ten Motoneurons wird die Aktivierung der Muskulatur durch das Nervensystem immer geringer, so dass eine Muskelschwäche (Parese) oder auch Muskelschwund (Atrophie) die Folge sind. ALS ist eine fortschreitende unheilbare Erkrankung, die nach mehrjährigem Verlauf in der Regel zum Tode führt (Roche Lexikon Medizin 1987, Schindlmeier 2008, Ziegler et al. 1998).

Häufigkeit und Symptome

In Deutschland wird derzeit von etwa 6000 erkrankten Menschen und jährlich etwa 1500 Neuerkrankungen ausgegangen (Roche Lexikon Medizin 1987). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 50-70 Jahren, die Häufigkeit des Auftretens nimmt jedoch mit dem Alter zu, besonders ab dem 50. Lebensjahr (Masuhr 1996). In Einzelfällen erkranken jedoch auch wesentlich jüngere Patienten.

Betroffene beschreiben häufig als erste Symptome Kraftlosigkeit, Muskelschwäche, Bewegungseinschränkungen oder auch zunehmende Ungeschicklichkeit bei alltäglichen Dingen wie z. B. beim Schreiben, Laufen oder Rasieren (Ziegler et al. 1998).

Diese Symptome entstehen durch eine Degeneration der motorischen Nervenzellen. Sie treten häufig zunächst lokal mit einer Schwäche im Bereich der Hand, des Unterarmes oder der Beine auf. Die Wahrnehmung der Patienten, ihr Bewusstsein und ihre intellektuellen Fähigkeiten werden nicht beeinträchtigt. Die meisten Patienten sterben auf Grund einer Ateminsuffizienz (Roche Lexikon Medizin 1987).

Funktionelle Einschränkungen – Sprechen, Atmen, Stimmgebrauch, Schlucken

In ca. 20–30 % der bulbären Form von ALS beginnt die Erkrankung mit Funktionsstörungen der für das Sprechen notwendigen Muskulatur (Ziegler et al. 1998). Darüber hinaus wird nach Beobachtungen von Dr. Thomas Meyer eine beeinträchtigte Sprechfähigkeit bei mindestens 50 % aller Fälle beobachtet. Neben diesen Einschränkungen kommt es auch zu Störungen der Lungenfunktion und des Schluckens (Ziegler et al. 1998).

Die häufig auftretende Sprechstörung, die so genannte Dysarthrie, ist zum einen bedingt durch eine zunehmende Schwäche der oralen Muskulatur (z. B. Zunge, Gaumensegel, Kaumuskulatur), aber auch der Atemmuskulatur, je nachdem welche Muskelgruppen durch die Erkrankung betroffen

sind. Mit fortschreitender Erkrankung ist eine Atrophie und Steifigkeit der betroffenen Muskeln zu beobachten. Sowohl das Training des Schluckens als auch des Sprechens fallen in den Tätigkeitsbereich des Sprachtherapeuten (Roche Lexikon Medizin 1987, Ziegler et al. 1998).

Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Kehlkopfes

Unter malignen Tumoren versteht man bösartige Neubildungen (Malignome, Neoplasien), die sich als autonome und irreversible Gewebewucherungen manifestieren. Sie bestehen aus sogenannten entarteten Zellen, die sich teilen und das umliegende Gewebe zerstören (Koppetsch 2004). Bösartige Tumore wachsen nicht nur expansiv, sondern auch infiltrativ und gewebezerstörend (Heuser 1998). Sie wandern vom Ursprungsort in andere Organe und Körperregionen und vermehren sich dort als Tochtergeschwülste (Metastasen).

Häufigkeit und Symptome

Nach einer statistischen Erfassung des Robert Koch Instituts (RKI) wird die geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs im Bereich der Mundhöhle und des Rachens mit ca. 10 000, der Lunge mit 46 000 und des Kehlkopfes mit 3 300 beschrieben (Robert Koch Institut 2008).

Funktionelle Einschränkungen – Sprechen, Atmen, Stimmgebrauch, Schlucken

Die Ursachen für funktionelle Einschränkungen sind sehr vielfältig. Während bei der ALS mit Fortschreiten der Erkrankung durch den Ausfall des IX. und X. Hirnnervs eine zunehmende Dysphagie und Dysphonie, eine Atrophie der am Sprechen beteiligten Muskeln (z. B. Zungenmuskel, Rachen, Gaumensegel, mimische Muskeln etc.) und Aspirationseinschränkungen festzustellen sind (Roche Lexikon Medizin 1987), sind die auffälligsten Einschränkungen bei oralen Tumoren oder Kehlkopfkrebs besonders postoperativ festzustellen. Ernährungs- und Schluckschwierigkeiten, Sprech- und Stimmstörungen und auch Atembeschwerden können häufig bei einem günstigen Verlauf gut therapiert werden, so dass häufig eine Besserung erreicht werden kann. Bei ausgedehnten Tumoren mit großen Gewebsdefekten und/oder ungünstigen Tumorlokalisationen, wie beispielsweise

im Bereich der Zungenspitze, kann die ursprüngliche Sprechfähigkeit häufig nicht wiederhergestellt werden (Koppetsch 2006). Als Ursache für die Sprechprobleme bei Patienten mit Kehlkopfkrebs sind u. a. Probleme mit den herkömmlichen Hilfsmethoden zu nennen (z. B. Stunt-Ventile, Ructus-Sprache), die das Sprechen ermöglichen sollen.

Elektronische Kommunikationshilfen

Lässt mit fortschreitender Erkrankung die Fähigkeit, verbal zu kommunizieren, nach, stellen bisher Elektronische Kommunikationshilfen oder Talker eine unverzichtbare Hilfe für den Betroffenen dar. Diese Kommunikationshilfen funktionieren jedoch nur mit synthetischen oder unpersönlichen Standardstimmen, die weder Alter und Stimmcharakter noch Dialekt und Persönlichkeit berücksichtigen. Es gibt aus diesem Grund ein wachsendes Bemühen, den Patienten verbesserte Kommunikationshilfen zur Verfügung zu stellen.

In diesem Beitrag soll die Entwicklung der Software „Meine-eigene-Stimme“ vorgestellt werden, die einen völlig neuen Ansatz verfolgt. Sie ist für Patienten entwickelt worden, die auf Grund unterschiedlichster Erkrankungen die Fähigkeit zu artikulieren voraussichtlich verlieren werden.

Das Verfahren zur Herstellung einer individuellen Sprechsoftware

Für die Erstellung einer Software ist es zunächst notwendig, die Stimme des Patienten in einer Phase, in der die Stimme noch gut verständlich und ähnlich der ursprünglichen ist, aufzuzeichnen. Die Aufnahme erfolgt im Regelfall bei den Patienten zu Hause und dauert zwei bis vier Stunden, je nach Krankheitszustand. Die Stimme wird gespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt bei Bedarf verarbeitet und in das Sprechprogramm „Meine-eigene-Stimme“ integriert. Das fertige Programm wird dem Patienten per CD zugeschickt und nach einer einfachen Installation kann sie für die Kommunikation genutzt werden. Ist auf Grund der Erkrankung die Feinmotorik der Hände schon eingeschränkt, ist es möglich, das Programm per Augen- und Kopfsteuerungen zu bedienen.

Die Sprachaufnahme

Für die Herstellung einer qualitativ guten Computerstimme ist es notwendig, eine spezielle Sprachaufnahme mit dem Patienten

durchzuführen. Diese muss erfolgen, solange der Patient noch gut sprechen und atmen kann und die Stimm- und Sprechleistung des Patienten möglichst noch nicht beeinträchtigt ist. Die durch die fortschreitende Erkrankung entstehenden artikulatorischen und stimmlichen Veränderungen beeinträchtigen auch die spätere Qualität der Sprachsoftware, so dass eine optimale Sprachsoftware eine gute Sprachaufnahme voraussetzt. Es ist daher wichtig, möglichst schnell nach erhaltener Diagnose oder vor einer geplanten Operation die Sprachaufnahme durchzuführen. Falls das Sprechen des Patienten schon zu problematisch oder undeutlich ist, kann die Sprachaufnahme auch von einer dem Patienten nahestehenden Person als Ersatzstimme aufgenommen werden.

Während der Aufnahme werden die Patienten angehalten, eine mehrseitige Wortliste zu lesen. Dieser Sprachkorpus beinhaltet die 3000 wichtigsten und häufigsten phonetischen Silben der deutschen Sprache. Sowohl betonte als auch unbetonte Silben, die Länge der einzelnen Laute und die unterschiedlichen Positionen im Wort wurden bei der Erarbeitung des Korpus berücksichtigt. Das Interessante an dieser Silbenauswahl ist, dass man mit ihr über 95 % der deutschen Sprache abdecken kann. Die restlichen Silben werden aus Phonemen zusammengesetzt, so dass keine Lücke in der Sprachausgabe entsteht. Damit erreicht man eine beinahe authentische Sprachwiedergabe. Zusätzlich haben die Patienten die Möglichkeit, persönliche Angaben aufnehmen zu lassen, wie z. B. die Namen von Freunden, Spitz- und Kosenamen oder für sie typische Redewendungen. Der Patient kann dann Beliebiges in seiner vorherigen Stimme vom Computer aussprechen lassen.

Die Sprachaufnahme muss von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, da es wichtig ist, wie die Wortliste von den Patienten eingelesen wird. Eine schlechte Aufnah-

mequalität würde das Ergebnis der Software negativ beeinflussen.

Die Erstellung des Sprechprogramms

Die Stimmaufnahme wird im ersten Arbeitsschritt zunächst gespeichert. Sobald die Stimme des Patienten nicht mehr gut verständlich ist, wird die Aufnahme in einem zeitintensiven Prozess in Silben und Phoneme zerlegt und in das Sprechprogramm „Meine-eigene-Stimme“ integriert.

Das Programm holt sich die Einheiten, die benötigt werden, um beliebige Wörter zusammen zu setzen. Zum Beispiel kann aus den eingesprochenen Wörtern „Fa-bel“ und „Mu-ter“ das Wort „Va-ter“ erzeugt werden. Das Programm muss dabei viele wichtige Aspekte beachten. Zum Beispiel muss es registrieren, welche Wortteile zu einer Vorsilbe gehören, um „bes-te“ und „be-stimmt“ unterscheiden zu können. Auch „Schul-tafel“ und „Schuld-bekennnis“ (und nicht „Schul-dbekennnis“) müssen richtig getrennt werden, aber dann doch „Schul-direktor“ unterschieden werden (und nicht „Schuld-irektor“!). Aufgrund all dieser Schwierigkeiten hat die Programmierung der Software über vier Jahre gedauert.

Gestaltung und Benutzung der Oberfläche

Abb. 1 zeigt das Programm-Fenster, wie es auf einem Notebook dargestellt wird. Im oberen grünen Bereich kann der Patient beliebige Sätze per Tastatur (oder durch andere Eingabehilfen) hineinschreiben. Dieser Text wird dann akustisch ausgegeben, sobald der Patient eine <Doppel-Leertaste> eingibt oder auf den Button <Sprich> klickt. Gleichzeitig wird im darunter liegenden Feld eine phonetische Analyse des Satzes gezeigt. Im unteren Bereich der dargestellten Anwendung können die Patienten auch vorgefertigte Sätze in mehreren Kategorien mit einfachem Maus-Klicken ausgeben lassen

(Abb. 1 – f1 „anrufen“). Die letzte Kategorie „zaubern“ (f8) und ein Nebenfenster „Eigene Sätze“ (hinter der Augensteuerung noch zu sehen in Abb. 2) erlauben dem Patienten, auch selbst vorgefertigte Sätze schnell „zu sprechen“. Diese Sätze können in zugehörigen Dateien durch einfaches Editieren gespeichert werden. Um den Umgang mit der Software zu erleichtern, gibt es einen Hilfe-Button zusätzlich zu der ausführlichen mitgelieferten Anleitung.

Die Farben für die Gestaltung der Benutzeroberfläche sind ergonomisch gewählt, so dass sie auch von farbenblinden oder sehbeeinträchtigten Patienten in der Regel bedient werden kann.

Patienten, denen es nicht möglich ist, mit der Maus zu arbeiten (z. B. bei Parkinson), können die Bedienung mit den f-Tasten koordinieren. Um z. B. den markierten Satz „Das Telefon klingelt“ (Abb. 1) einzugeben, können die Patienten „f1“ antippen, um die Kategorie „anrufen“ zu wählen und dann die Zahl „4“, um den Satz auszusprechen.

Hard- und Softwareanforderung

Für die Arbeit mit der Software benötigt der Patient zunächst ein Notebook oder einen PC mit Windows-Betriebssystem (Win32 wie bei XP oder Vista), möglichst mit externem Lautsprecher, um die Soundqualität zu optimieren. Falls die Feinmotorik des Patienten es ihm nicht ermöglicht, die Tastatur des PC oder Laptops zu bedienen, gibt es die Möglichkeit, eine Bildschirmstastatur mit einer Kopf- oder Augensteuerung zu bedienen (Abb. 2).

Es gibt schon recht gute Bildschirm-Tastaturen, die für die vorgestellte Sprechsoftware geeignet sind (z. B. die kostenlose Bildschirmstastatur Click-n-type). Positiv hervorzuheben ist, dass die meisten Bildschirmstastaturen eine Wortvorhersage haben, die



Abbildung 1: Darstellung der Benutzeroberfläche

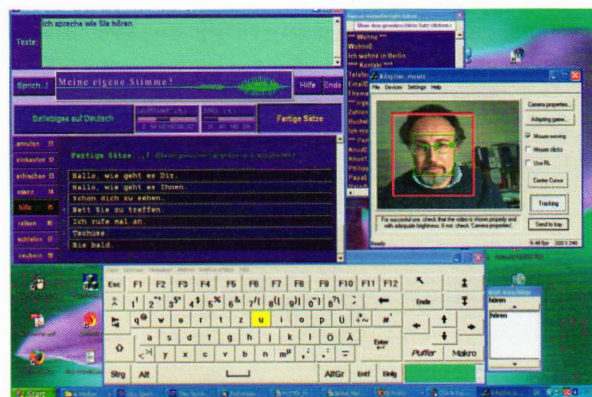


Abbildung 2: Kopfsteuerung und Bildschirmstastatur, um das Sprechprogramm zu steuern

besonders für Patienten hilfreich ist, die von einer eingeschränkten Handmotorik betroffen sind. Diese Bildschirmstaturen kann man wiederum mit Kopfsteuerungs-Programmen bedienen, die mit einer Digitalkamera an dem Notebook den Kopfbewegungen folgen. Ist die Erkrankung soweit fortgeschritten, dass bei Patienten die Kopf- und Halsbewegung eingeschränkt ist, gibt es zudem die Möglichkeit, die Maus durch Augensteuerungs-Geräte (mit stroboskopischen Kameras), die der Augenbewegung folgen, zu beherrschen. Wichtig ist, dass die Geräte, die für die Anwendung genutzt werden, ein normales offenes Windows-System benutzen und somit mit der vorliegenden Entwicklung gut kompatibel sind.

Hilfsmittel-Beantragung

Das Sprechprogramm „Meine-eigene-Stimme“ wurde im April 2007 mit Positions-Nr.: 16.99.06.3012 im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen zugelassen. Mehrere Krankenkassen, leider nicht alle, übernehmen mittlerweile die Kosten per Einzelfallentscheidung. Um die Kostenübernahme beantragen zu können, benötigen die Patienten ein Rezept von ihrem behandelnden Facharzt. Da sich das Verfahren bei den Krankenkassen mitunter über Monate hinziehen kann, ist es notwendig, auf eine frühzeitige Beantragung zu achten. Ist eine Sprachaufnahme dringend erforderlich, besteht die Möglichkeit, die Kosten zunächst eigenständig zu tragen. Bis jetzt wurden über 160 Stimmaufnahmen aufgezeichnet und über 80 individuelle Sprechprogramme erzeugt. Dabei handelt es sich sowohl um Männer- und Frauenstimmen als auch um ältere und junge Patienten, die aus vielen Regionen des deutschen Sprachraums stammen. Es ist für alle Interessenten möglich, die verschiedenen Stimmbeispiele bei dem Hersteller des Programms (siehe www.Meine-eigene-Stimme.de) anzuhören und mit den Originalaufnahmen akustisch zu vergleichen. So

kann konkret verglichen werden, wie ähnlich die Programmstimmen zu den Originalstimmen sind.

Diskussion

Es gibt mehrere Studien und Publikationen (Deary et al. 2003, Tesak 2001, Wilson et al. 2002), die zeigen, dass die psycho-sozialen Folgen nach dem Verlust der Sprechfähigkeit gravierend sind. Nicht nur der Betroffene, sondern auch der Partner, die Familie, der Freundes- und Arbeitskreis sind von dieser Veränderung betroffen und werden auf eine harte Probe gestellt. So kommt es oft für alle Beteiligten und nicht nur für den Betroffenen zu vielfältigen Veränderungen des Alltags.

Nicht selten führt die fehlende Möglichkeit der Kommunikation zur sozialen und/oder beruflichen Isolation und Depressionen, zu Angstgefühlen, Verzweiflung und auch zu Aggressionen (Tesak 2001). Aufgrund der sprachlichen Auffälligkeiten (verlangsamtes Sprechen, undeutliche Artikulation), die mit fortschreitender Erkrankung zu beobachten sind und sich verstärken, werden Betroffene von ihren Mitmenschen oft als betrunken oder geistig behindert eingestuft. Dies führt dazu, dass sie Kontakte vermeiden, Gesprächen aus dem Weg gehen und sich schließlich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Hier geht eine wichtige soziale Funktion verloren.

Die vorgestellte Software ermöglicht es dem Patienten, obwohl er nicht mehr selbstständig sprechen kann, seine eigene Stimme für die Kommunikation mit seiner Umgebung zu nutzen. Auch für die Familien der Betroffenen ist es offensichtlich, dass sie mit der gewohnten Stimme besser umgehen können als mit fremden Standard-Computerstimmen. Die Patienten und ihre Angehörigen, die diese Hilfe erhalten haben, geben im Regelfall eine sehr zufriedene Rückmeldung zu diesem Sprechprogramm. Selbst wenn ihre Stimme bei der Aufnahme schon etwas angegriffen war, wurde sie einer anonymen Standard-Stimme vorgezogen.

Unter den vielen positiven Rückmeldungen von Patienten hier ein Zitat von Frau D. (Ehefrau des Patienten Herrn D.): „Also ich find' halt auch, dass es schön ist, wenn seine Persönlichkeit erhalten bleibt, dass er mein Mann bleibt, so wie ich ihn vor 40 Jahren kennengelernt habe und wie ich ihn auch so eben in Erinnerung behalten will, wenn's mit der Stimme eben so wird, dass er nicht mehr selber reden kann.“ (TV Sendung ARD 16.10.2008, 20.15 Uhr).

Literatur

- Deary I. J., Wilson, J. A., Carding, P.N. & Mackenzie, K. (2003): The dysphonic voice heard by me, you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 28, 4, 374 – 378.
- Heuser, M. K. H. (1998): Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Stuttgart: Schattauer.
- Koppetsch, S. (2004): Orofaziale Rekonstruktionen nach Mundboden- und Zungenteilresektion. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.
- Koppetsch, S. (2006): Orale Tumore. Idstein: Schulz Kirchner.
- Masuhr, K. F. (1996): Neurologie. Stuttgart: Hippokrates.
- Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2008): Krebs in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Druckhaus.
- Roche Lexikon Medizin (1987): München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Schindelmeiser, J. (2008): Neurologie für Sprachtherapeuten. München: Urban & Fischer.
- Tesak, J. (2001): Grundlagen der Aphasitherapie. Idstein: Schulz Kirchner.
- TV Sendung ARD vom 16. 10. 2008, 20.15 Uhr: Die Große Show der Naturwunder.
- Wilson, J. A., Deary, I. J., Millar, A. & Mackenzie, K. (2002): The quality of life impact of dysphonia. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 27, 3, 179 – 182.
- Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B. & Schröter-Morasch, H. (1998): Dysarthrie – Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Georg Thieme.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Sabine Koppetsch absolvierte das Studium der Sprechwissenschaften, Semiotik und DaF. Seit 1997 ist sie als Dozentin und Wissenschaftlerin an verschiedenen Bildungs- und Forschungseinrichtungen tätig, promovierte 2004 an der HU Berlin und ist seit 2007 als Dekanin (Fakultät Gesundheitswissenschaften) an der IB-Hochschule Berlin tätig.

Prof. Dr. Sabine Koppetsch
Mail: sabine.koppetsch@ib-hochschule.de
Post: IB-Hochschule Berlin
Gerichtstr. 27, 13347 Berlin

Dr. Eduardo Mendel wurde 1953 in Chile geboren. Er machte seinen PhD der Physik in den USA. Programmiermethoden waren wesentlich in seiner wissenschaftlichen Arbeit und Lehre an Universitäten in Kanada, Israel und Deutschland. Seit 2000 hat er das Sprechprogramm „Meine-eigene-Stimme“ entwickelt.

Dr. Eduardo Mendel
Mail: mendel@uni-oldenburg.de
Post: Meine-eigene-Stimme
Zietenstr. 24, 26131 Oldenburg

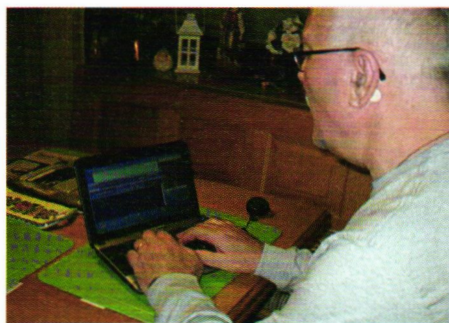


Abbildung 3: Herr D. bei der Benutzung des Sprechprogramms (eigene Aufnahme)

Therapieraum / Klassenzimmer

Schwerpunkt: Satz- und Anweisungsverständnis

Hintergrundinformationen

Monika Eiber & Wilma Schönauer-Schneider, München¹

Grundlagen zum Satz- und Anweisungsverständnis

Das korrekte Verstehen von Sätzen und Anweisungen ist eine wesentliche Voraussetzung für kommunikativen und schulischen Erfolg. Dabei bezeichnet **Satzverständnis im weiteren Sinne** die Entschlüsselung des Inhalts einer Äußerung aufgrund der grammatischen Bezüge zwischen den Schlüsselwörtern, wobei der situative Kontext und das Weltwissen zu Interpretation des Gesagten herangezogen werden. Die Analysesysteme werden vom phonologischen Arbeitsgedächtnis und der metasprachlichen Kontrollinstanz „Monitoring des Sprachverstehens“ beeinflusst (Gebhard 2008). Für Kinder mit Sprachverständnisstörungen (SVS) besteht somit die Möglichkeit, Verständnislücken durch außerlinguistische Informationen zu kompensieren.

Im Hinblick auf SVS auf Satzebene wird häufig die **engere Definition von Sprachverständnis** angewendet: das rein linguistische Dekodieren grammatischer Strukturen ohne Einbezug von situativem Kontext und Weltwissen (vgl. Amorosa & Noterdaeme 2003).

Normale Entwicklung des Satzverständnisses

Im Laufe der Sprachentwicklung erwerben Kinder zunehmend komplexere Strategien, um Sätze zu verstehen. Tabelle 1 gibt einen kurzen Überblick über die Satzverständnisstrategien.

Gestörte Entwicklung des Satzverständnisses

Bereits im Kindergartenalter fallen SVS häufig dadurch auf, dass die Kinder auf Fragen bzw. Anweisungen nicht reagieren oder einfach nur mit „Ja“ oder Echolalien („Hast du Hunger?“ Ki: „Hunger.“) antworten. Im Schulalter verharren diese Kinder auf den pragmatischen und Wortreihenfolgestrategien. Dabei bereiten ihnen v.a. folgende

Strategie	Alter	Beschreibung
Schlüsselwortstrategie	12-18 Monate	Kind reagiert auf Schlüsselwörter
Pragmatische Strategie	ca. 2 Jahre	Kind ergänzt eigenes Weltwissen
Wortreihenfolgestrategie	ca. 3;6 Jahre	Kind interpretiert alle Sätze nach der Satzstellung: S V O („Aktor zuerst“)
Grammatische Strategie	ca. 5 Jahre	Kind nutzt syntaktische Informationen, versteht u.a. irreversible Passivsätze
Ereignisfolgestrategie	ca. 6 Jahre	Kind versteht komplexe Sätze, deren Äußerungsreihenfolge nicht der Reihenfolge der Handlungen entspricht

Tabelle 1: Entwicklung des Satzverstehens

Satzstrukturen Probleme (u.a. Endres & Baur 2000):

- Hohe Anzahl relevanter Informationen im Satz
- Negation (*ohne, alle außer...*)
- Präpositionen (*vor, hinter...*)
- Passiv (*„Der Hund wird von der Katze gejagt.“*)
- Perfekt (*„Peter hat ... gekauft.“*)
- Konjunktionalsätze, v.a. komplexe Temporalsätze mit *bevor/nachdem*

Praktische Konsequenzen für die Intervention

Kinder mit SVS degradieren Sprache häufig zum unbedeutenden Hintergrundgeräusch. Die Auseinandersetzung mit formalgrammatischen Strukturen setzt jedoch die Einsicht in die repräsentative und kommunikative Funktion von Sprache voraus. Diese kann durch motivierende Sprachspiele grundgelegt werden. Für das darauf aufbauende spezifische Satzverständnisstraining gelten folgende Gestaltungsprinzipien (vgl. Eiber 2010):

- Spezifizierung des sprachlichen Inputs: Modellierungstechniken, Chunking, Reduzierung des Sprechtempos, Kontrastierungen (z. B. Aktiv – Passiv)
- Kommunikativ eingebettete Satzmuster (z. B. Zootiere nach Anweisung aufstellen)
- Metasprachliche Methoden (z. B. Einsatz von Schriftsprache, Fett- und Farbdruck

relevanter linguistischer Merkmale, Metagespräche)

- Einsatz von Symbolen (z. B. Verbotsschild bei Negation) und Gesten
- Gleichbleibende Handlungsformate (z. B. Ausagieren von Spielanweisungen, Bildersuchrätsel)

Unterstützend könnte ein Training des phonologischen Arbeitsgedächtnisses sowie des Monitorings des Sprachverstehens wirken.

Literatur

- Amorosa, H. & Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Endres, R. & Baur, S. (2000): Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisleistungen (IVÜS). Die Sprachheilarbeit 45, 64-71.
- Eiber, M. (2010): Interventionsansätze bei spezifischen Satzverständnisstörungen im Grundschulalter. München: Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der LMU München.
- Gebhard, W. (2008): Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Status und Diagnostik im klinischen Kontext. München: Herbert Utz Verlag.

¹ Eine ausführliche Fassung dieses Beitrags ist nachzulesen in: dgs-Landesgruppe Bayern (Hrsg.): Praxis Sprache. Themenheft Satz- und Anweisungsverständnis, 2/2010, 1. Jahrg., September 2010. <http://www.dgs-ev.de/bayern>

Anweisungsverständnis im Unterricht

Franziska Schlamp-Diekmann¹

Sprachlicher Förderschwerpunkt:

kurze Sätze und Anweisungen verstehen, zeitliche Abfolgen verstehen, auditive Merkfähigkeit fördern

Altersstufe: Jahrgangsstufen 1 – 9

Ein Großteil des Unterrichts basiert auf sprachlichen Anweisungen und Arbeitsaufträgen, die auch Kinder mit rezeptiven Störungen verstehen müssen, damit sie dem Unterricht folgen können. Im Folgenden werden Beispiele aufgeführt, wie man das Satz- und Anweisungsverständnis im Unterricht unterstützen kann.

Aufmerksamkeit sichern

Bevor im Unterricht Arbeitsaufträge erklärt werden, sollte stets eine „Zuhör-Atmosphäre“ geschaffen werden. Dazu ist es wichtig, die **Aufmerksamkeit der Schüler zu sichern**. Eine Möglichkeit ist das Prinzip „Give me Five“: Die Lehrkraft hebt die ausgestreckte Hand hoch. Auch die Schüler heben ihre Hand als Zeichen der Aufmerksamkeitszuwendung. Erst wenn alle Schüler ihre Zuhörbereitschaft signalisieren, wird der Arbeitsauftrag erklärt.

Klare Strukturen und Rituale schaffen

Eine weitere Voraussetzung für gutes Zuhören sind **klare Strukturen und Rituale**. Damit wird ein Rahmen geschaffen, in dem sich auch rezeptiv beeinträchtigte Kinder zu rechtfinden und sich sicher fühlen und ihre Aufmerksamkeit auf das Neue richten können.



Unser Tag:

MATHEMATIK
DEUTSCH
PAUSE
PCB
PCB
PAUSE
SPORT

Abbildung 1: Ritualisierter Rahmen der Freiarbeit

nen, in dem Fall auf die Arbeitsanweisung. Um diesen notwendigen sicheren Rahmen herzustellen, kann man z. B. zu Beginn des Unterrichtstages einen **Tagesplan** (Piktogramme oder Schrift, s. Abb. 1) an einer Seitentafel visualisieren und besprechen. Auch bei der **Freiarbeit**, Arbeit an Stationen oder an der Lerntheke bieten Rituale eine große Hilfe für sprachverständnisgestörte Kinder. Wichtig ist auch hier, dass die Abläufe und Strukturen gleich bleiben und sich die Schüler so auf neue Lerninhalte konzentrieren können.

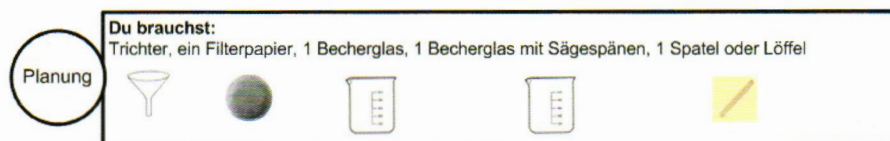


Abbildung 2: Unterstützung des Anweisungsverständnisses durch Piktogramme in der 7. oder 8. Jahrgangsstufe

Anweisungen klar und deutlich formulieren

Das **klare und deutliche Formulieren** von mündlichen oder schriftlichen Anweisungen und Arbeitsaufträgen ist eine wichtige Grundlage für das Verstehen. Um der oft eingeschränkten auditiven Verarbeitungsfähigkeit der Schüler Rechnung zu tragen, sollten die Anweisungen **kurz und knapp** formuliert sein und nur einfache Hauptsätze enthalten, z. B.:

1. Gehe in deine Gruppe.
2. Lies den Arbeitsauftrag genau durch.
3. Hole die Versuchsgegenstände vom Materialtisch.
4. Führe den Versuch durch.
5. Schreibe die Ergebnisse auf.
6. etc.

Wichtig ist dabei eine **einfache Wortwahl**, d. h. die verwendeten Wörter sollten dem kindlichen Wortschatz entsprechen. Bei komplexeren Arbeitsaufträgen, z. B. Versuche in Sachfächern, unterstützen **Piktogramme** das Anweisungsverständnis (vgl. Abb. 2).

Um beispielsweise den Versuchsaufbau in PCB/HSU zu veranschaulichen, sind **Skizzen** eine gute Hilfestellung für Schüler mit eingeschränktem Sprachverständnis.

Mehrere Arbeitsschritte sollten stets in der **Ereignisreihenfolge** aufgeführt werden. Damit wird dem Schüler die zeitliche Abfolge seiner Handlungen verdeutlicht. Besonders hervorgehoben wird die Reihenfolge der Arbeitsschritte durch das **Nummerieren** der Anweisungen. Eine weitere Möglichkeit ist, **Konjunktionen** zu verwenden: Als Erstes ..., dann ..., jetzt.

Ab Klassenstufe 3 können **Temporalsätze als handlungsbegleitendes Sprechen** die zeitliche Struktur der Arbeitsschritte zusätzlich hervorheben. Möchte man beispielsweise die Arbeitsweise der Schüler während

einer Lerntheke besprechen, so kann die Reihenfolge des Vorgehens durch einen Temporalsatz ausgedrückt werden:

Wenn du eine Aufgabe erledigt hast, **dann** kontrollierst du sie.

Wenn du die Aufgabe kontrolliert hast, **dann** hast du sie auf deinem Laufzettel ab.

Die **Arbeitsaufträge sollten stets in gleichem Wortlaut formuliert** werden, d. h. gleiche Anweisungen für immer wiederkehrende Methoden und Handlungen z. B. das Vorgehen an der Lerntheke, die Versuchsdurchführung in Sachfächern oder das Bearbeiten eines Lesetextes.

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten:

- verstärkt Gestik einsetzen, z. B. die Reihenfolge von Arbeitsschritten mit Fingern verknüpfen
- Visualisierung nutzen, z. B. Aufträge schriftlich fixieren und nummerieren
- Arbeitsaufträge wiederholen lassen, wenn nötig auch mehrmals.

Fazit

Die aufgezeigten Methoden fördern die rezeptiven Kompetenzen der Schüler nur dann, wenn sie im Unterrichtsalldag kontinuierlich angewendet werden.

¹ Eine ausführliche Fassung dieses Beitrags ist nachzulesen in: dgs-Landesgruppe Bayern (Hrsg.): Praxis Sprache. Themenheft Satz- und Anweisungsverständnis, 2/2010, 1. Jahrg., September 2010. <http://www.dgs-ev.de/bayern>

Die Komplexität mündlicher Anweisungen

Siegrun Jahn, Vaterstetten & Susan Schelten-Cornish, Pfaffenhofen a.d. Ilm¹

Die Häufigkeit kindlicher Sprachstörungen liegt laut Grimm (1999) bei 6–8%; etwa die Hälfte weist auch rezeptive Störungen auf (Gebhard 2001). Diese Kinder können Anweisungen nicht altersgemäß ausführen. Hinzu kommen viele Kinder mit Migrationshintergrund, die mit verschiedenen Diagnosen in Behandlung sind. Die hohe Informationsdichte bei Anweisungen sowie auch die Relevanz der Morphologie führen gerade bei Mehrsprachigkeit zu Verarbeitungsproblemen. Zum Beispiel können viele Kinder, deren Erstsprache artikellos ist, die Bedeutung der fast identischen Anweisungen: „Ruf das Mädchen“ und „Ruf die Mädchen“ nicht altersgemäß wahrnehmen.

Die Therapie erfolgt sprachspezifisch, denn ein Training basaler auditiver Leistungen führt nicht zu höheren sprachlichen Leistungen (v. Suchodoletz 2006). So besteht eine Therapie des Anweisungsverstehens aus der systematischen Erarbeitung der einzelnen Bestandteile: Die jeweiligen Inhaltswörter, die hier typischen Funktionswörter und das Verständnis konkreter Anweisungen mit zunehmendem syntaktischen Schwierigkeitsgrad. Um bei der Übung des Anweisungsverstehens systematisch vorzugehen, kann die Komplexität nach dem informellen Verfahren geschätzt werden, das in der folgenden Tabelle erläutert wird. Artikel/Co-

pula/Hilfsverben werden mit Nomen/Verb/Satzergänzung als Ganzes gezählt.

Literatur

- Gebhard, W. (2001): Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. München: Utz.
- Grimm, H. (1999): Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe.
- v. Suchodoletz, W. (2006): Neue Studien zeigen: Training auditiver Funktionen für sprachgestörte Kinder ohne Nutzen. Forum Logopädie 20, 5, 18–23.

Punktzahl	Inhalt der Anweisung	Beispiel	Punktzahl des Bsp.
Je 1	Bedeutungstragendes Inhalts- oder Funktionswort oder Satzteil (Nomen, Verb, Adjektiv, Adverb, Pronomen, Zeitbestimmung, Ortsbestimmung/Richtungsangabe, Mengenangabe usw.) bei einfachen, früh gelernten Wörtern	Hör zu./ Hole deine Schuhe./ Hole deine weißen Schuhe aus dem Eingang.	=1 1+1+1=3 1 + 1 + 1 + 1 + 1 =5
Je 2	Bedeutungstragendes Inhalts- oder Funktionswort oder Satzteil (Nomen, Verb, Adjektiv, Adverb (auch je, jeweils, jedesmal), Pronomen (auch jede/r/s), Zeitbestimmung, Ortsbestimmung/Richtungsangabe, Mengenangabe, usw.), bei später gelernten/spezialisierten/zusammengesetzten/umgangssprachlichen Wörtern/Fremdwörtern	Hole die Turnschuhe/ Sandalen/ Clogs. Du musst deine alten Treter auftreiben.	1 + 2 = 3 1+1+1 + 1 + 2 + 2 = 8
2	Negativa/Wörter mit einschränkender Funktion	Hole keine dreckigen Schuhe!	1 + 2 + 1 + 1 = 5
2	Bedeutungsänderung, die durch minimale Morphologie angezeigt wird	Gib den Mädchen die Schuhe.	1 + 2 + 1 = 4
1 Je 1-2	Und (+ zusätzlicher Inhalt)	Hole die Schuhe und putze sie blitzblank.	1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 2 = 7
2 Je 1-2	Oder (+ zusätzlicher Inhalt)	Hole die Schuhe oder die Gummistiefel.	1 + 1 + 2 + 2 = 6
3	Alle anderen Konjunktionen, Relativpronomen, Konjunkionaladverbien usw., die Haupt- und Nebensätze verbinden	Wenn du fertig bist, hole die Schuhe.	3+1+1 + 1 + 1 = 7
2	Umgekehrte Äußerungsreihenfolge	Hole die Schuhe, sobald du fertig bist.	1 + 1 + 3 + 1 + 1 + 2 = 9
2	Mehrteilige Anweisung	Hole die Schuhe, suche Schuhcreme und fange an zu putzen.	1+1 + 1 + 2 + 1 + 1 + 1 + 2 = 10

Abbildung 1: Informelles Verfahren zur Quantifizierung der Komplexität von Anweisungen

¹ Eine ausführliche Fassung dieses Beitrags ist nachzulesen in: dgs-Landesgruppe Bayern (Hrsg.): Praxis Sprache. Themenheft „Satz- und Anweisungsverständnis“, 2/2010, 1. Jahrg., September 2010. <http://www.dgs-ev.de/bayern>

Instruktionsverständnis bei Aphasie

Katja Hußmann & Walter Huber, Aachen

Instruktionen oder Handlungsanweisungen spielen bei der Diagnose und in der Therapie von Aphasien durchgängig eine wichtige Rolle. Oft werden akut erkrankte Patienten schon auf der Stroke Unit mit komplexen Anweisungen konfrontiert, wie z.B. „Berühren Sie mit der linken Hand Ihr rechtes Ohr“. Gelingt eine korrekte Ausführung nicht, dann wird dies häufig als gestörtes Sprachverständnis interpretiert. Dabei wird übersehen, dass zwischen Verarbeitung von Input und Output zu unterscheiden ist.

Im angeführten Beispiel ist der sprachliche Input wenig redundant, d.h. es kommt darauf an, jedes einzelne Wort und seine Beziehungen genau zu erfassen. Außerdem ist die Input-Information aus der alltäglichen Kommunikation wenig vertraut und der situative Kontext gibt keine Hinweise, aufgrund derer der Inhalt erschlossen werden könnte. Schließlich stammen die Schlüsselwörter der Anweisung – Hand, Ohr, links, rechts – aus engen semantisch-lexikalischen Feldern, was bei Aphasie wegen der großen Ähnlichkeit leicht zu Verwechslungen führt. Je weniger redundant und kommunikativ vertraut, desto schwieriger ist das Verstehen der sprachlichen Struktur einer Instruktion bei Aphasie. Dies gilt für Testanweisungen in der klinischen Diagnostik ebenso wie für Gebrauchsanleitungen im Alltag.

Auch die Output-Seite, nämlich das Ausführen der geforderten Handlungen, kann bei Aphasie zu herausragenden Schwierigkeiten führen. Initial hat die Mehrzahl von Patienten mit Aphasie eine begleitende Apraxie, also eine Störung der Bewegungsplanung. Dies führt in leichten Formen dazu, dass die Bewegung unsicher und mit Korrekturen ausgeführt wird, in schweren Formen ist eine Initiierung der Bewegung unmöglich, oder es kommt zu Verwechslungen in den Komponenten der Handlung, also z.B. in der Bewegungsrichtung oder im Ziel der Bewegung. Die Patienten greifen statt ans Ohr an die Stirn, oder machen amorphe, schlecht zu deutende Bewegungen. Oft kann bei einer falsch ausgeführten Handlung nicht eindeutig entschieden werden, ob die Ursache in einer aphasischen Störung des Sprachverstehens liegt, oder in einer apraktischen Störung der Bewegungsplanung und -ausführung. Darüber hinaus fordert die Koppelung von Input und Output einer Instruktion immer auch die Aktivierung des Arbeitsgedächtnisses, um einer-

seits die sprachlichen Inhalte kurzfristig zu behalten und um andererseits die einzelnen Handlungsschritte zeitlich und räumlich zu koordinieren. Je nach Art und Ausmaß der Hirnschädigung können diese Funktionen zusätzlich zu Aphasie und Apraxie beeinträchtigt sein. Man spricht dann von einer kognitiven Störung des Instruktionsverständnisses.

Diagnostisches Vorgehen

Welche Möglichkeiten gibt es, genaueren Aufschluss über Art und Ausmaß der jeweiligen Störung zu erhalten? Die sprachlichen Formulierungen können redundant gestaltet und durch Vormachen der Zielbewegung unterstützt werden. Dabei ist es möglich, durch systematische Variation gezielt das Ausmaß der Verständnisstörung oder Störung der Bewegungsplanung zu überprüfen. Die Anweisung kann in mehreren Schritten erfolgen, z.B. „Heben Sie Ihre linke Hand, bewegen Sie sie am Gesicht vorbei, legen Sie sie auf die rechte Schulter, berühren Sie jetzt Ihr rechtes Ohr“. Erst wenn solche redundanten, schrittweisen Aufforderungen nicht gelingen, muss man davon ausgehen, dass zusätzlich zu aphasischen Sprachverständnisstörungen und zur apraktischen Störung der Bewegungsplanung eine kognitive Störung des Instruktionsverständnisses vorliegt. Leider werden solche schrittweisen Stimulierungen der Anweisungen in gängigen Testverfahren nicht berücksichtigt. Erste Ansätze dazu finden sich im Aachener Aphasie Bedside Test (AABT; Biniek 1997) sowie im Bielefelder Aphasie Screening (BIAS; Richter et al. 2006).

In der logopädischen/sprachtherapeutischen Prozessdiagnostik sind differenzialdiagnostische Abklärungen des Instruktionsverständnisses eine notwendige Voraussetzung. Bei allen Kontrolluntersuchungen

der gestörten Sprache bzw. von kognitiven Begleitstörungen bei Aphasie ist die Möglichkeit einer Instruktionsverständnisstörung immer zu berücksichtigen (vgl. Huber et al. 2006). Deshalb ist es notwendig, dass die Aufgaben möglichst sprachunabhängig erklärt werden, insbesondere durch Vormachen des Untersuchers oder durch unterstützende Piktogramme. Werden die Antworten der Patienten nur zufällig gegeben oder führt mehrfaches Vormachen nicht zu verbesserter Leistung, kann der jeweilige Untersuchungsabschnitt nicht gewertet werden: Das Vorliegen einer über Aphasie bzw. Apraxie hinausgehenden kognitiven Störung des Instruktionsverständnisses kann nicht ausgeschlossen werden. Die Anforderungen des Arbeitsgedächtnisses zusammen mit denen des Sprachverstehens und der Bewegungsplanung überfordern die innere Verarbeitungskapazität der aphasischen Personen; die Reaktionen werden unkontrolliert und zufällig.

Den Ausschlag geben bei Aphasie die Störungen des **Sprach**verstehens: häufig sind selbst schwer gestörte aphasische Personen in der Lage, **bildliche** Instruktionen rasch und gut zu verstehen. Ein Beispiel ist die Bildversion des Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI-Aphasie; Engell et al. 2003), bei dem mögliche soziale Einschränkungen durch Piktogramme vorgegeben werden und die Patienten mit Hilfe eines einfachen Antwortschemas das Ausmaß der jeweiligen Beschwerde einstufen können.

Literatur

- Biniek, R. (1997). Akute Aphasien. Aachener Aphasie-Bedside-Test. Stuttgart: Thieme.
- Engell, B., Hütter, B. O., Willmes, K., & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17, 4, 383-396.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme.
- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006). BIAS – Bielefelder Aphasie Screening. Hofheim: NAT.

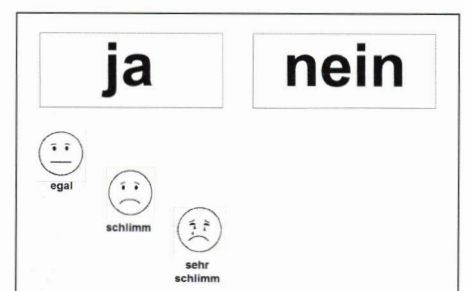


Abbildung 1: Item und Antwortschema aus der Bildversion des ALQI-Aphasie (Engell et al. 2003)

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Videospiel und Schriftsprachkompetenz

Waldemar von Suchodoletz

Die Autoren der Studie wollten herausfinden, wie sich das Spielen auf einer Spielkonsole auf Schulleistungen auswirkt. Sie schenken Jungen der 1. bis 3. Klasse, deren Eltern sich mit dem Gedanken trugen, ihren Kindern eine Spielkonsole zu kaufen, eine Spielkonsole mit drei Spielen. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt nach vier Monaten spielten die Kinder immer noch täglich 40 Minuten und hatten zusätzliche Spiele, die zum Teil nicht altersadäquat waren, erworben. Im Vergleich zur Wartegruppe waren die Leistungen der Spielkinder in Lese- und Rechtschreibtests (nicht in Mathematik) signifikant schlechter und die Lehrer gaben häufiger Schulprobleme an. Im Gegensatz zu allen bisherigen Untersuchungen zum Thema ist diese Studie von hoher methodischer Qualität (Randomisierung usw.) und damit von hoher Aussagekraft. Sie belegt erstmals einen kausalen Zusammenhang zwischen Videospiel und Schulproblemen. In früheren Studien war offen geblieben, ob nicht ein umgekehrter Zusammenhang besteht, d.h., dass Kinder mit Schulproblemen vermehrt Videospiele nutzen. Sie zeigt zudem, dass negative Effekte auf die Schriftsprachkompetenz schon nach relativ kurzer Zeit auftreten. Diese und ähnliche Studien wurden von Spitzer in der Zeitschrift *Nervenheilkunde* (29, 2010, 263-266) in einem Editorial referiert. Dieses Editorial ist frei abrufbar unter: <http://www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/nervenheilkunde/inhalt/archiv/issue/1067/manuscript/12983/show.html>

Interdisziplinäre Behandlungsteams: Das SES-Kind in der Ergotherapie

(CI) Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen befinden sich oftmals parallel zur sprachtherapeutischen auch in ergotherapeutischer Behandlung. In der Zeitschrift *ergopraxis* ist in der Juni-Ausgabe ein Beitrag erschienen, der Ergotherapeutinnen die Besonderheiten im Sprachverstehen und in der Kommunikationsfähigkeit von

SES-Kindern erläutert und praxisorientierte Tipps zur Therapie-Kommunikation gibt. In anschaulicher Weise wird erläutert, warum eine Anweisung wie „Paula, hol mal den dicken Pinsel, der in dem blauen Topf auf der Fensterbank steht“ vom Kind mit SES meist mit fragenden Augen und mit inadäquater Reaktion quittiert wird. Die Autorinnen erklären prägnant und mit vielen Beispielen, wie sich eine SES auf Sprachverstehen und Sprachproduktion auswirkt und wie die Ergotherapeutin ihre Sprache darauf einstellen kann, indem sie z. B. komplexe Aufgaben in einzelne Schritte unterteilt, die die Aufmerksamkeit und Hörmerkspanne des Kindes nicht überfordern. Zusätzlich werden Tipps zur Kommunikations-Motivation und zur Verständnissicherung gegeben, indem z. B. einfache Formulierungen, Symbole oder Schrift genutzt werden. Der Artikel bietet eine sehr übersichtliche Kurz-Darstellung zur SES-Problematik und lässt sich im interdisziplinären Förderkontext gut zur kollegialen Information einsetzen. (Ehlert, H. & Otten, M. (2010): *Den Spaß am Sprechen fördern*. *ergopraxis* 3, Heft 6, 16-19)

Warum tratschen Affen nicht?

(CI) In einem Interview mit Julia Fischer, Professorin für Kognitive Ethologie an der Universität Göttingen, geht die Zeitschrift *Forschung & Lehre* (Heft 6/2010, 396-397) der Frage nach, warum Affen miteinander kommunizieren, streiten, sich vertragen, voneinander lernen, sich an ihrer sozialen Umwelt orientieren – sich aber nicht miteinander oder übereinander unterhalten. In ihren Feldstudien mit Pavian- und Meerkatzenhorden hat Prof. Fischer untersucht, wie die Tiere ihren hordenspezifischen Kommunikationssignalen Bedeutung zuweisen und z. B. lernen, was ein bestimmter Ruf vorher sagt, z. B. ob der Alarm vor einem Angriff von oben (Adler) oder aus dem Gebüsch (Leopard) warnt. Die Kommunikation der Gruppe hat eine hohe Bedeutung für die soziale Organisation: „Affen machen den ganzen Tag fast nichts anderes, als ihre Artgenossen zu beobachten. Viele Menschen machen das auch und dann klatschen sie darüber, die Paviane aber nicht.“ Trotzdem gewinnen sie offenbar aus diesen Beobachtungen „gute Vorstellungen davon, wer hochrangig ist und wer nicht, wer mit wem verwandt ist und wer sich gegenseitig unter-

stützt.“ Warum es dabei aber an der Sprache hapert, bezeichnet Prof. Fischer als die „Eine Million Dollar-Frage“ zum Zusammenspiel von Neurophysiologie, Anatomie, genetischer Steuerung, Neurolinguistik und sozialer Kognition. Die Bedeutung der Genetik, z. B. des als sprachentwicklungs-relevant bekannten FoxP2-Gens, verweist sie auf den Rang einer notwendigen, aber wahrscheinlich nicht hinreichenden Voraussetzung zur Entwicklung der Verbalsprache. Wie sich auch ohne diese genetische Voraussetzung und ohne Verbalsprache Symbolsysteme bilden und wie die Affen sich damit in ihrem komplexen sozialen System verständigen, ist Gegenstand weiterer Forschungsprojekte, die unter anderem die Bereitschaft erfordern, „sich bei 45 Grad im Schatten durchs Gestrüpp zu schlagen, Skorpione aus seinen Schuhen zu schütteln oder plötzlich einem Löwen gegenüber zu stehen. Eine gewisse Abenteuerlust ist da ganz hilfreich.“ Sprach- und Kommunikationsforschung kann so spannend sein!

Im gleichen Heft von *Forschung & Lehre*, das den Titel „Sprache und Wissenschaft“ trägt, finden sich ebenfalls lesenswerte Beiträge von W. Frühwald („Menschwerdung durch Sprache“, 392ff), A. Friederici („Passt das Verb zum Nomen? Wie der Mensch Sprache versteht“, 398f.), U. Ammon („Über Deutsch als Wissenschaftssprache“, 400ff) und ein Interview mit dem Literaturwissenschaftler M. von Koppenfels zum (wissenschaftlichen) Arbeiten mit und an der Sprache: „Langeweile ist unverzeihlich“, 404 f.

Forschung & Lehre 6/2010 Themenheft „Sprache und Wissenschaft“

Liebe Leserinnen und Leser,
wenn auch Sie etwas Interessantes für diese Rubrik gefunden haben, freut sich die Redaktion sehr über Ihre Beiträge!
Bitte senden Sie Ihren Text an
redaktion@sprachheilarbeit.eu.

Medien / Rezensionen

Und was ist mit der Sprache der Erzieherinnen? Eine exemplarische Spielesammlung zum „Förderinstrument Erziehersprache“

Ausgehend von Anke Westdörps Artikel in der SHA 1/2010, in dem gleichermaßen fundiert wie umfassend die „Möglichkeiten des gezielten Einsatzes der Lehrersprache in kontextoptimierten Lernsituationen zum sprachfördernden Unterricht“ beschrieben werden, ist zu fragen: Gilt das alles nicht ebenso für die Sprache der Erzieherinnen bzw. für all' jene, denen Kinder anvertraut sind, die einer spezifischen Unterstützung für ihre sprachliche Entwicklung bedürfen? Die Rolle der Modellperson für das lexikalische Lernen samt der korrekten Sprachverwendung neuer lexikalischer Einträge ist kaum zu überschätzen! Aus gutem Grund wird deshalb bei den Eltern anderer Herkunftssprachen so intensiv dafür geworben, ihre Kinder recht früh Vorschuleinrichtungen anzuvertrauen. Dabei bedarf es gegenwärtig sicher größter Anstrengungen, die so entstehenden Förderpotenziale wirklich auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang ist auf ein Lehr- und Lernmittel zu verweisen, in dem für die anspruchsvolle Aufgabe einer sprachlichen Modellperson in exemplarischer Weise Anleitung und konkrete Hilfe geboten wird. Obzwar Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen im Allgemeinen recht genau wissen, *was* und *wie* etwas zugunsten sprachförderlicher Wirkung zu sagen ist, ist es doch außerordentlich schwierig, das anderen pädagogisch Tätigen knapp und anschaulich zu verdeutlichen.

Doris Senff, eine kreative Grundschulpädagogin mit ungewöhnlichem Gespür für individuelle sprachförderliche Einflussnahme, hat jahrelang in mehrsprachigen Fördergruppen *spielend* Erfahrungen gesammelt und ihre Schützlinge dabei so erfolgreich unterstützt, dass man die „Senff-Kinder“ oft an ihrer hörbar besseren Sprechweise (z. B. durch den Gebrauch der Artikel) erkennen konnte. Ihre speziell den Grammatikerwerb unterstützende Herangehensweise veranlasste den Schubi-Verlag (wie später auch den Schroedel-Verlag für die Entwicklung der „DaZ-Werkstatt“), sie um Mitarbeit bei der Herausgabe von Sprach-Fördermaterialien zu bitten. So entstand durch jahrelange

Bemühungen ein Mappenwerk, das näher kennenzulernen von dieser Stelle aus allen Einrichtungen, die dem zentralen Auftrag der Sprachförderung verpflichtet sind, dringend angeraten wird. Eine solche Empfehlung, die für die Arbeit mit Zweitsprachlernenden ebenso wie für muttersprachlich zu fördernde Kinder gilt, kann ausgesprochen werden, weil Wesen und Inhalte einer frühen, gruppenbezogenen Sprachförderung nahezu deckungsgleich sind.

Was ist das Hervorstechende an dieser Spielesammlung gegenüber den anderen in Hülle und Fülle vorliegenden Materialien? Drei Merkmale sind es vor allem, für deren Verständnis eine knappe Beschreibung des Gegenstands der Rezension notwendig ist: Die drei A4-Mappen unter dem gemeinsamen Titel „SPIELEN und SPRECHEN – Mit Lottos, Dominos, Memos und Quartetten Deutsch lernen“ widmen sich zugunsten der Wortschatzerweiterung den Themen „Spielzeug, Schulsachen, Nahrungsmittel“ (1), „Körper, Kleidung, Haus“ (2) und „Natur, Tiere, Pflanzen“ (3). Das Augenfälligste jeder Mappe sind die 30 Kopiervorlagen für Kärtchen mit schwarzen Umrisszeichnungen zu jenen Nomen verschiedener Sachgebiete, die der eigentliche Spielgegenstand sind, wobei auf der Rückseite jeder Vorlage eine sehr genaue, gut zu lesende Spielanleitung mit den exakten sprachlichen Vorgaben, differenziert nach den Schwierigkeitsgraden A, B und C, zu finden ist. Bestehend ist die klare Aufteilung des Textes nach den lexikalischen und grammatischen Anforderungen, den praktischen zur Spielvorbereitung und –durchführung sowie abschließend pädagogischen Tipps zur Variation oder Ergänzung der Spiele, denen allesamt der reiche Erfahrungsschatz der Autorin zugrunde liegt.

Aus Marketinggründen, was einem günstigeren Preis jedoch abträglich ist, hat der Verlag einen Anhang mit sechs farbigen Kartons hinzugefügt, so dass der Interessierte nach dem Ausschneiden der Kärtchen jedes Spielformat sofort an einem Beispiel in der von der Autorin empfohlenen Weise erproben kann. Wie die Kinder an das Spiel-

len herangeführt werden sollten, was dem Hantieren mit den Kärtchen sprachlich vorausgehen muss, das steht beispielhaft komprimiert im Einführungsteil von ca. acht Seiten, womit das erste Unterscheidungsmerkmal genannt ist:

- In der Einführung wird knapp geschildert, wie die Kinder Verben, Adjektive und Nomen im Umfeld der Spielhandlungen unmittelbar *erfahren* und wie diese mit *Sprechhandlungen* verknüpft werden können. Danach werden mehrere originelle Spielformen, z. T. mit Gegenständen oder deren Nachbildungen, erläutert, die das unmittelbare *Begreifen* jener Wörter sichern sollen, die später in den Spielkärtchen wieder auftauchen werden. Ihr Kennenlernen erfolgt von Anfang an mit dem zum Nomen gehörenden Artikel, wozu auch das Markieren in einer der Artikelfarben rot, blau oder gelb für die drei Genera (an anderer Stelle auch als die „Farbpunktmethode“ beschrieben) gehört. Erst am Ende der Einführung stehen allgemeingültige praktische Tipps und methodische Hinweise für die nachfolgenden Lotto-, Memory-, Quartett- und Domino-Kopiervorlagen, wozu das Ausmalen des Kartenrahmens in der entsprechenden Genusfarbe gehört oder auch das Aufkleben von Farbpunkten. Die Fertigstellung der Kärtchen und Spielvorlagen erfolgt erfahrungsgemäß am besten zusammen mit den Kindern, weil sie mit ihrem eigenen Material besonders gern spielen und es sorgfältiger behandeln.
- Das zweite Merkmal dieser Spielesammlung bezieht sich auf deren Anspruch einer systematischen Grammatikförderung. Das verlangt eine äußerst sorgsame Auswahl der im Spiel verwendeten Nomen, die zum einen der lexikalischen Erweiterung dienen sollen, also inhaltlich „passen“ bzw. erlebbar sein müssen und zu Gesprächen ermuntern sollen, zum anderen werden sie unter dem Aspekt ihrer grammatischen Einbettung ausgewählt – ob sie sich für die vorgeschlagenen Frage-Antwort-Formate im Spiel eignen, die bspw.

Antworten im Nominativ (A), im Akkusativ (B) oder – bei Schwierigkeitsgrad C – mit unbestimmtem Artikel erfordern. Es werden auch Sprechhandlungen für die morphologisch-syntaktisch genaue Singular-Plural-Unterscheidung evoziert. Die Mappen führen von der vollständigen Benennung im Nominativ bis zur richtigen Artikelverwendung bei Wortzusammensetzungen, bei Lokalbestimmungen oder sogar bis zur korrekten Bildung von Adjektiv-Attributen. Manchmal erscheinen innerhalb eines Spiels *nur* männliche, weibliche oder sächliche Nomen, damit die jeweilige Form intensiv gehört und gesprochen werden kann. In anderen Spielen wird auf eine Ausgewogenheit der einzelnen Genus-Anteile geachtet, damit die verschiedenen Sprachformen häufig genug nebeneinander erscheinen und bei Sortier- und Ordnungsaufgaben keine „Ungerechtigkeit“ entsteht.

Eine Begleiterscheinung scheint mir ganz besonders für das Material zu sprechen: Durch seine schlüssige, gut lesbare Aufbereitung für die Erzieherinnen (u. a. pädagogisches Personal) hinsichtlich der sprachlichen Gestaltung der einzelnen Spielabläufe eignet es sich ausgezeichnet zum Bewusstmachen der den Spielsituationen innewohnenden Förderpotenziale. Zugleich werden Erwachsene mit einem elementaren „Handwerkszeug“ ausgerüstet, das sie künftig zu einer wirkungsvolleren sprachlichen Modellperson machen kann.

- Das dritte Merkmal klingt wenig spektakulär, ist aber bedeutsam im praktischen Gebrauch: die Schlichtheit und Praktikabilität des Materials einerseits und seine Exzellenz in der Gestaltung andererseits. Die ständige Wiederholung der allgemein

bekannten und beliebten Spielformate ist gewiss ein großer Vorzug, denn er erspart Erklärungen bei der Einführung lexikalisch neuer Spiele. Alle Aufmerksamkeit kann sich stattdessen auf die Sprechhandlung, das „schöne Sprechen“, richten, was bei *diesen Spielen* ein selbstverständliches gemeinsames Ziel von Kindern und Erwachsenen ist – darüber muss man sich allerdings im Vorfeld einig geworden sein! Neben der schon erwähnten überzeugend aufbereiteten Sprach-Begleitung durch die Erwachsenen bezieht sich die exzellente Gestaltung vor allem auf die eindeutigen, die Gegenstände prägnant charakterisierenden, alles Überflüssige vermeidenden Umrisszeichnungen auf den Kärtchen zu den im Spiel verwendeten Nomen. Spürbar am Verlagsprodukt ist seine Herkunft aus der „Handarbeit“ der Autorin mit ihrer geschickten Einbeziehung der Kinder bei den Vorarbeiten (ausmalen, ausschneiden, umrahmen, bekleben). Dass zu jeder Mappe eine CD mit sämtlichen Kopier- und Blankovorlagen für eigene Spielentwicklungen gehört, die auch als Arbeitsblätter zu nutzen sind, erweitert die Einsatzmöglichkeiten des Materials beträchtlich, so dass sich die Investition auch bei einem knappen Budget lohnen dürfte.

Eine Überlegung zum Schluss: Obwohl es kommunikativ nicht notwendig ist, erweist sich der große Vorteil einer von Anfang an die *Artikel der Nomen* konsequent einbeziehenden Sprechweise (mindestens regelmäßig in solchen speziellen Spielsituationen) später beim Schriftspracherwerb. Weil den Kindern die vorrangig in der Schriftsprache verwendeten Strukturen (vollständige Sätze beim Fragen und in einigen Spielfor-

maten) sowie die die verschiedenen Fälle markierenden Artikel in ihrer semantischen Bedeutung geläufig geworden sind, ist zu erwarten, dass ihnen das Erschließen der Texte später deutlich leichter fallen wird und sie so zu höheren Kompetenzstufen im Lesen fähig sein werden. Darin liegt ja derzeit zweifellos das brennendste Problem allzu vieler Schüler mit Migrationshintergrund. Eine weite Verbreitung solch intensiver Sprachförderung, wie sie durch D. Senffs Material angeregt wird, wäre deshalb höchst wünschenswert.



Rezension

Doris Senff: Mit Lottos, Dominos, Memos und Quartetten Deutsch lernen. SPIELEN UND SPRECHEN, Spielzeug, Schulsachen, Nahrungsmittel, SCHUBI 2007 (Best-Nr. 10292), Körper, Kleidung, Haus SCHUBI 2008 (Best-Nr. 10293), Natur, Tiere, Pflanzen, SCHUBI 2009 (Best-Nr. 10294), je Mappe € 27,85

Verfasser

Dr. Karla Röhner-Münch, Berlin

Aphasie und Familienkommunikation

In diesem Buch wird zum ersten Mal eine deutschsprachige empirische Studie über den Gesprächsalltag von Familien, in denen ein erwachsenes Mitglied von Aphasie betroffen ist, vorgestellt. In den ersten 18 Monaten nach Beginn der Aphasie nahmen 12 Familien bei sich zu Hause Gespräche auf Video auf. Ergänzt wurden diese Aufzeichnungen durch Interviews mit den Projektmitarbeiter/innen.

Ziel der Studie war es diesmal nicht vordringlich, die Auswirkungen sprachlicher Defizite zu eruieren oder den Transfer

der Übungen aus der Aphasietherapie zu evaluieren, sondern zu beleuchten, welche multimodalen Lösungsmöglichkeiten für die Aufrechterhaltung der kommunikativen Teilhabe von den Familien selbst im Laufe des Anpassungsprozesses gefunden wurden. Interessant ist hier der Ansatz des offenen Dialogs zwischen Untersucher/innen und den Betroffenen, d.h. es ist ausdrücklich erwünscht, von den Betroffenen und ihren Erfahrungen zu lernen. In dem vorliegenden Buch soll ein Teil dieses Wissens jeweils anhand von konkreten transkribierten Bei-

spielen der Interaktionen im Alltag auch einem größeren Kreis, v.a. Fachtherapeut/innen zugänglich gemacht werden.

Inhalt:

- 1) Ein anderer Blick auf Aphasie – Einführung in die Grundlagen der Analyse von Aphasie im Gespräch
- 2) Miteinander im Gespräch bleiben – Grundzüge des Aphasie-Managements in familiären Alltagsgesprächen
- 3) Die Rolle von Gesten im Verhältnis zur sprachlichen Verständigung bei Aphasie

- 4) Moderation von Gesprächen des Aphasikers mit dritten Gesprächspartnern (meist Kinder oder Besucher) durch die sprachgesunde Partnerin
- 5) Korrigieren und Üben
- 6) Familiäre Adaptationsprozesse im Laufe der Zeit – Längsschnittbetrachtung: ein Paar und eine Familie im Gespräch
- 7) Coping-Strategien: Bewältigung der Aphasie als partnerschaftliche Aufgabe aus psychologischer Sicht
- 8) Konsequenzen für eine am Alltag orientierte Aphasitherapie

Die Besonderheit der für die Analyse herangezogenen Gespräche ist, dass sie zu Hause mit meist vertrauten Personen und somit auch in einem örtlichen Kontext stattgefunden haben, der stützend für die Verdeutlichung der Gesprächsinhalte mit herangezogen werden konnte. Die Tatsache, dass die Betroffenen ihre Privatsphäre fremden Blicken auf diese Weise geöffnet haben, zeugt wohl von einer besonderen Aufgeschlossenheit dieser Familien und ihrer Hoffnung, auf diese Weise durch den Austausch ihre kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern. Vielleicht sind dadurch auch mehr positive Verständigungsbeispiele entstanden, als es bei einer „zufälligen“ Auswahl der Fall gewesen wäre. (Dies als Trost für alle, die sich gelegentlich mit weit weniger einsichtigen und flexiblen Aphasie-Patienten und deren Angehörigen zu befassen haben.)

Über außerhäusliche Gespräche wurde lediglich in den Interviews berichtet; sie stellen andere Anforderungen und verschieben meist auch die Last der Verständigungssicherung noch mehr in Richtung der sprachgesunden Ehefrau. Auch steht das sog. „face work“, also das Bemühen, die Interaktion für alle Beteiligten möglichst normal erscheinen zu lassen, dabei noch mehr im Vordergrund als zu Hause.

Dieses Spannungsverhältnis zwischen dem face work auf der einen Seite und der

tatkräftigen Vermeidung von Vagheiten und Missverständnissen, die aber die Defizite des Aphasikers offensichtlich machen und so latent gesichtsbedrohend wirken auf der anderen Seite, zieht sich durch das ganze Buch. Die Bewusstmachung dieses Balanceaktes ist auch durchaus als Appell an alle Aphasiotherapeut/inn/en zu verstehen, immer beide Aspekte im Blick zu behalten und sich nicht ausschließlich auf die Erarbeitung sprachlich eindeutiger Formulierungen zu konzentrieren.

Für wen ist das Buch hauptsächlich geeignet?

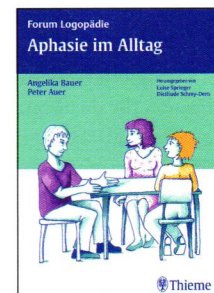
Im rückwärtigen Klappentext heißt es: für Logopäden, Sprachtherapeuten, Studierende dieser Fachrichtungen, in der Neurorehabilitation tätige Mediziner und Psychologen, Angehörige und Betroffene. Meiner Einschätzung nach ist es eine Gewinn bringende Lektüre für Fachkräfte, die sich neben dem Interesse für die Verständigung im Alltag bei Aphasie auch auf eine Einführung in die Fachterminologie und Arbeitsweise der Konversationsanalyse einlassen. Für Angehörige kann ich es mir eher anhand einzelner Beispiele im Kontext von Beratungsgesprächen vorstellen, für die meisten Betroffenen ist es wohl zu hoch gegriffen.

Das Buch ist sehr klar und übersichtlich gegliedert: Die Kapitel sind im Inhaltsverzeichnis aussagekräftig beschrieben, Modelle sind anschaulich grafisch dargestellt und prägnante Zusammenfassungen und Merksätze sind zwischen roten Linien mit Ausrufezeichen markiert. Die Transkripte sind jeweils grau unterlegt und entsprechen den eingangs erläuterten Konventionen; besonders hilfreich sind in diesem Zusammenhang die Zeichnungen, die die Position der Gesprächsteilnehmer zueinander und ihre für das Verständnis bedeutsame Gestik darstellen.

Wer bei dem eingängigen Titel „Aphasie im Alltag“ ein Set von Ratschlägen erwartet,

die sich unmittelbar in die eigene therapeutische Praxis umsetzen lassen – womöglich noch gegliedert nach ICF-Kriterien – wird enttäuscht werden. Ein Verdienst des Buches ist meines Erachtens aber gerade die nachdrückliche Aufforderung, in jedem einzelnen Fall genau zu beobachten und in Kooperation mit den Betroffenen herauszufinden, wo ihre speziellen Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen in Bezug auf die Verständigung liegen und wie der gesamte Lebenskontext in diese Erwägungen mit einbezogen werden kann.

So betrachtet lässt sich aus dem Buch eine Fülle von Anregungen für die Gestaltung der Aphasiotherapie und die Beratungsgespräche mit Angehörigen gewinnen. Ich würde mir auch wünschen, dass diese Sicht auf Aphasie im Alltag eine breite Berücksichtigung in der Ausbildung künftiger Sprachtherapeut /inn/en findet.



Rezension

Bauer, Angelika & Auer, Peter (2009)
Aphasie im Alltag
Stuttgart: Thieme
167 S., 39,95 Euro
ISBN 9783131424310

Verfasserin

Eva-Maria Engl-Kasper, München

Rezensentinnen¹ gesucht!

Die Redaktion erreichen immer wieder Angebote von Verlagen, neu erschienene Bücher und Materialien 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 bzw. (Therapie-)Materials eine differenzierte Besprechung vornehmen, die in der Regel ein bis zwei Manuskriptseiten nicht überschreitet.

Folgende Bücher bzw. (Therapie-)Materialien liegen der Redaktion vor:

- Norina Lauer: Aphasie-Selbsthilfe. Konzepte, Strukturen und Empirie.
- Wolfgang Wendlandt: Abenteuer Stottern. Ganzheitliche Wege und integrati-

ve Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie.

- Wiebke Scharff Rethfeldt: Sonderpädagogische Feststellung der Sprachkompetenz mehrsprachiger Kinder vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenssituation und der schulischen Anforderung.
- Antoni Lang & Margarete Saatwaber: Stimme und Atmung. Kernbegriffe und Methoden des Konzeptes Schlawhorst-Andersen und ihre anatomisch-physiologische Erklärung.
- Janina Scholz: Lingozin. Materialsammlung zur Aphasitherapie.
- Silvia Pixner: Dyskalkulie. Ein Ratgeber für Eltern, Lehrer und Therapeuten.
- Claudia Iven & Barbara Kleissendorf (Hrsg.): St-t-tt-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation.

Wenn Sie an der Rezension eines dieser Medien Interesse haben, melden Sie sich bitte bei folgender Adresse:
sha@foerster-ho.de

Ihnen wird dann umgehend das Buch bzw. Material 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 Medium in Ihren Besitz über!

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

Die Redaktion

¹ Das jeweils nicht markierte Geschlecht ist mitgemeint.



Verstanden werden

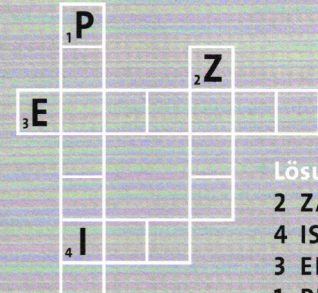
Unterstützte Kommunikation hilft Menschen mit Sprachbeeinträchtigungen sich lautsprachlich auszudrücken und fördert die Entwicklung ihrer eigenen lautsprachlichen Fähigkeiten. REHAVISTA versorgt Sie mit hochwertigen Geräten und unterstützt Sie umfassend mit Beratung und Service – deutschlandweit. Nehmen Sie Kontakt zu uns auf, wir helfen Ihnen gerne!

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

REHAVISTA
einfach.kommunizieren.

Z A R B

Arbeitsblätter – kreativ und schnell erstellen



Lösung:
2 ZARB
4 IST
3 EINFACH
1 PFIFFIG

ZARB erstellt attraktive Übungen und anspruchsvolle Tests aus Ihren deutschen oder fremdsprachlichen Texten. Aufgaben zum Textaufbau, Inhaltsverständnis, Satzbau, zur Grammatik und Rechtschreibung entstehen ganz einfach per Mausklick! In Microsoft Word integriert. Zum Beispiel Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken-, Schüttel-, Schlangen- und Fehlertexte.

hans
zybura
software

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

Nachbarschaften

Experten in eigener Sache: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.



Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V. (BVSS) ist die Interessenvertretung stotternder Menschen in Deutschland und mit ihrer Informations- und Beratungsstelle in Köln die zentrale Anlaufstelle rund um das Thema Stottern. Gegründet wurde die BVSS im Jahr 1979 aus der damals noch neuen, stetig wachsenden Selbsthilfebewegung heraus – von Betroffenen für Betroffene.

Motivation der lokalen Stotterer-Selbsthilfegruppen war und ist es, ihr Geschick selbst in die Hand zu nehmen und sich als Betroffene innerhalb des Gesundheitswesens zu emanzipieren. Mit der Gründung einer überregionalen Organisation und der Einrichtung einer Bundesgeschäftsstelle war die Stotterer-Selbsthilfe vor 30 Jahren eine der ersten Selbsthilfe-Initiativen, die sich professionalisiert hat. Zugleich bedeutete dies die Ausweitung der Arbeit auf die Belange aller stotternden Menschen in Deutschland mit dem Ziel, ihre Lebenssituation zu verbessern und dem Entstehen von Stottern entgegenzuwirken.

Aktuell gehören acht Landesverbände sowie rund 80 lokale Selbsthilfegruppen zur BVSS. Zu den Mitgliedern zählen Betroffene und Angehörige, inzwischen aber ebenso selbstverständlich zahlreiche Fachleute aus den therapeutischen Berufen.

Teil der gesundheitlichen Versorgung

Die BVSS und ihre Gruppen sind Teil der gesundheitlichen Selbsthilfe, womit die persönliche Betroffenheit im Sinne einer chronischen Erkrankung, körperlichen oder geistigen Behinderung oder Beeinträchtigung gemeint ist. In den Stotterer-Selbsthilfegruppen erlernen Betroffene gemeinsam Wege zur Bewältigung der Sprechunflüssigkeit. Die regelmäßigen Treffen schützen den Einzelnen aber auch vor der Isolation und die Gruppe ermutigt ihn, einen (selbst-)bewussten Umgang mit dem Stottern zu erreichen.

Hilfe im Einzelfall und Stimme für Viele

Zahlreiche Ratsuchende wenden sich täglich an die Informations- und Beratungsstelle der BVSS, deren Leistung vom Versand hilfreicher Informationsmaterialien über die Förderung des Erfahrungsaustauschs bis hin zu einer individuellen Fachberatung zu

Therapie und Selbsthilfe reicht. Die BVSS setzt darüber hinaus mittel- und langfristige Projekte um, die gezielte Aufklärung leisten und konkrete Hilfestellung für Betroffene und Angehörige bieten.

Vom Fortbildungsprogramm für Therapeuten bis zur Früherkennung

Generell begreift die Stotterer-Selbsthilfe die therapeutischen Berufe und ihre Fachverbände als Partner. Um deren Arbeit vor Ort zu unterstützen, bietet die BVSS daher ab 2011 Fortbildungen für Stottern behandelnde Therapeuten an. In Ergänzung zu bereits bestehenden Fortbildungsprogrammen kann die Betroffenenorganisation dabei wertvolle Erfahrungen und Ergebnisse aus der langjährigen Selbsthilfetätigkeit an die Therapeuten weitergeben.

Auch das bundesweite Therapeutenverzeichnis, das die BVSS in einem mehrjährigen, vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekt erstellt, dient der Verbesserung der therapeutischen Versorgungslage. Das in einer umfangreichen Erhebung erstellter Verzeichnis bietet eine verlässliche Quelle für die Suche nach einem qualifizierten Stottertherapeuten und einen schnellen Überblick über mögliche Anlaufstellen zur Stottertherapie im Umkreis.

Eines der grundlegenden Anliegen der BVSS ist jedoch eine wirkungsvolle Früherkennung. Je früher Stottern erkannt wird, umso früher kann eine fachgerechte Therapie einsetzen und umso größer und nachhaltiger ist der therapeutische Erfolg. Das Dilemma: Bis heute gibt es keine evaluierten Verfahren zur Früherkennung des Stotterns. Die BVSS hat daher zwei Hochschulen (Aachen und Frankfurt) mit der Entwicklung entsprechender Verfahren beauftragt. Das Vorhaben, das auch eine umfassende Untersuchung von insgesamt 1.600 Vorschulkindern beinhaltet, beginnt bereits im Herbst 2010.

Stottern und Schule

Schule ist ein weiteres Feld, in dem sich die BVSS besonders stark engagiert, denn das schulische Umfeld wirkt sich zu häufig negativ auf den Erfolg der Stotterbehandlung aus. Die BVSS hat jetzt ein von ihr initiiertes bildungsrechtliches Gutachten veröffentlicht, in dem der Anspruch auf und die inhaltliche

Gestaltung einer sonderpädagogischen Förderung und eines Nachteilsausgleiches für stotternde Schüler herausgestellt wird. Auch auf diese Weise verfolgt die BVSS das Ziel, ein therapieunterstützendes schulisches Umfeld zu erreichen.

Finanzierung

Die gemeinnützige BVSS e. V. ist zur Finanzierung ihrer Arbeit und zum Erhalt ihrer Angebote auf öffentliche Fördermittel sowie auf die Beiträge ihrer Mitglieder und Sponsoren angewiesen. Zwar werden die Vorhaben der BVSS von Gesundheitsministerium, Rentenversicherung, Aktion Mensch und Krankenkassen hoch geschätzt und häufig finanziell unterstützt, doch die aktuelle Wirtschaftslage hat die Fördertöpfe zunehmend erschöpft, was auch die BVSS zu spüren bekommt. Die Unterstützung der Projektarbeit in Form von Mitgliedschaften und Spenden gewinnt daher eine zunehmende Bedeutung.

Dr. Matthias Kremer & Ulrike Genglawski

Information und Beratung:

- kostenfreies Informationsmaterial
- individuelle Fachberatung
- Fortbildungen zur Stottertherapie
- Bundesweites Therapeutenverzeichnis
- Kontakt zu Stotterer-Selbsthilfegruppen
- Fachbücher und Therapiefilme
- Unterrichtsmaterial „Stottern“

Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.

Informations- und Beratungsstelle
Zülpicher Straße 58, 50674 Köln
Telefon 0221 - 139 1106
info@bvss.de, www.bvss.de

Für Studierende

Promotion?!

Das wachsende Interesse an wissenschaftlicher Forschung während und nach dem sprachtherapeutischen Hochschulstudium hat die studentischen Vertreterinnen des dbs auf Fragen gestoßen, die jeder/jede angehende Doktorand/in vor der konkreten Planung eines Promotionsprojektes für sich beantworten sollte.

Knigge-Illner (2002) weist auf die Bedeutung der Motivation für den erfolgreichen Abschluss einer Promotion hin und konnte zeigen, dass hierbei insbesondere intrinsische Motive wichtig sind. Folgende Fragen sollten demnach positiv beantwortet werden:

- Habe ich Freude am wissenschaftlichen Arbeiten?
- Habe ich ein persönliches Interesse an einem bestimmten wissenschaftlichen Thema?
- Habe ich eine Vorliebe für eigenständiges Arbeiten und für das Verfassen von Texten?

Ist die Motivation zur Promotion überprüft und ein interessantes Thema gefunden, stellt sich zunächst die Frage nach der Finanzierung des geplanten Projektes. Es lassen sich vor allem drei Möglichkeiten unterscheiden, von denen wiederum weitere wichtige Aspekte abhängig sind:

1. Die Hochschule als Arbeitgeber: Als wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in an einer Universität kann im Rahmen ver-

schiedener Anstellungsformen (z. B. Planstellen oder Drittmittelstellen) eine Promotion durchgeführt werden. Abhängig vom Umfang und der Ausrichtung der jeweiligen Stelle können Lehrverpflichtungen, Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung und Unterstützung der vorgesetzten Professur in Forschung und Lehre Bestandteil des Tätigkeitsprofils sein.

2. Eine weitere Möglichkeit stellt die Finanzierung durch ein Stipendium dar. Ein solches Stipendium wird von einer Reihe von Stiftungen direkt auf Bewerbung des/der angehenden Doktoranden/in vergeben. Desweiteren können Graduiertenkollegs der Hochschulen oder der DFG (www.dfg.de) die Finanzierung mittels einer Förderung übernehmen. Eine Übersicht über die verschiedenen Stiftungen findet sich unter www.begabtenfoerderungswerke.de.
3. Auch eine Finanzierung durch eine Beschäftigung außerhalb der Universität ist möglich. Über eine (meist Teilzeit-) Beschäftigung in einer außeruniversitären Forschungseinrichtung oder in einer forschungsfernen Tätigkeit können die notwendigen finanziellen Mittel erworben werden.

Bei der Suche nach einer geeigneten Stiftung bzw. nach einer geeigneten Stelle an

einer Universität oder außeruniversitären Forschungseinrichtung ist neben den bereits genannten Internetseiten die Seite des deutschen Bildungsservers (www.bildungs-server.de) hilfreich.

Auf der Webseite www.zeit.online.de kann unter der Rubrik *Karriere* gezielt nach Stellen und Stipendien gesucht und ein Job-Newsletter eingerichtet werden.

Viele weitere Aspekte, die bei der Planung einer Promotion bedacht werden müssen, wie z. B. die Suche nach dem geeigneten Doktorvater oder der passenden Doktermutter sowie die Erstellung eines Exposés werden detailliert und hilfreich von Knigge-Illner (2002) und Nünning & Sommer (2007) thematisiert.

Carina Lüke, Jenny Mews & Margarethe Ammon, Studentische Vertreterinnen des dbs

Literatur

Knigge-Illner, H. (2002). *Der Weg zum Dokortitel. Strategien für die erfolgreiche Promotion*. Frankfurt: Campus.

Nünning, A. & Sommer, R. (2007). *Handbuch Promotion. Forschung – Förderung – Finanzierung*. Stuttgart: J.B. Metzler.

Persönliches

Nachruf Klaus Ortgies



Wir gedenken Klaus Ortgies, der nach längerer Krankheit im Alter von 86 Jahren gestorben ist.

Klaus Ortgies war Leiter der Bremer Gehörlosenschule und hat so als Ortgies III die 1827 vor fünf

Generationen von seinen Vorfahren begonnene Familientradition fortgeführt.

Seine Schule an der Marcusallee umfasste neben der Gehörlosenabteilung auch Hör-

klassen und ab 1959 auch wieder die zeitweilig selbständige Schwerhörigen- sowie die Sprachheilabteilung. Er hat es verstanden, die verschiedenen Interessen zu koordinieren und ein lebendiges Schulleben zu gestalten.

Von 1959 bis 1972 war er dgs-Landesvorsitzender in Bremen, hat Bremen im Bund vertreten und die Landesgruppe Bremen weiter aufgebaut. Klaus Ortgies hat zusammen mit seinem Kollegium 1970 in Bremen den 9. dgs-Bundeskongress „Sprachstörungen und Mehrfachbehinderungen“ organisiert und durchgeführt.

Unter seiner Schulleitung verselbständigte sich die Sprachheilabteilung, was letztlich zur Gründung eigener Sprachheilschulen in der Stadt und in Bremen-Nord und den Neubauten Thomas-Mann-Straße und Färberstraße führte. Das alles ist inzwischen Geschichte. Diese Schulen sind aufgelöst und in integrativen und inklusiven Schulmodellen aufgegangen.

In einer würdigen Trauerfeier hat die Familie, haben Freunde und Kollegen Klaus Ortgies am 28. Juli 2010 verabschiedet.

Prof. Dr. Gerhard Homburg

Zum Zusammenhang von Sprechen und Denken bei Aphasie

Mit großem Interesse habe ich das Interview von Frau Dr. de Langen-Müller und Herrn Professor Teichmann in der *Sprachheilarbeit* gelesen (3/2010). In Anbetracht der Tatsache, dass die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Sprechen und Denken in der neueren Aphasieforschung nahezu tabuisiert wurde, ist es außerordentlich zu begrüßen, dass es offensichtliche Impulse gibt, sich für die Aufklärung dieses Zusammenhangs einzusetzen – insbesondere das Herangehen von Professor Teichmann aus philosophischer und aphasischer Sicht. Mit Herrn Teichmann bin ich der Meinung, dass es nötig ist, die allgemein vorherrschende Lehrmeinung diesbezüglich zu korrigieren und damit zur Verbesserung der Therapie von Aphasikern beizutragen (vgl. Teichmann 2009).

In Kürze: In der kulturhistorisch fundierten Psycholinguistik steht das Sprechen des Menschen im Mittelpunkt. Der Mensch wird immer in wechselseitiger Interaktion betrachtet, in seiner Sozialität. Sprechen zeigt sich in unterschiedlichen Weisen, so im äußeren (mündlichen) Sprechen, im inneren Sprechen sowie im schriftlichen Sprechen.

Die kulturhistorische Psycholinguistik befasst sich mit den grundlegenden Funktionen des Sprechens für andere, d.h. kommunikativen Prozessen, sowie des Sprechens für sich selbst, d.h. intellektuellen Prozessen. In diesen Funktionen des Sprechens und den Möglichkeiten der Richtung (nach außen und nach innen) werden Sprechen und Denken als verknüpft betrachtet (vgl. Vygotskij 2002).

Dies führt meines Erachtens zu einer insgesamt weiteren und reicheren Sicht auf den Menschen, als eine Betrachtung aus rein kognitiver Perspektive. Eine Aphasie zu haben bedeutet – kulturhistorisch denkend – nicht einen isolierten Verlust des „Sprachschatzes“ (nach Saussure), sondern einen Verlust geteilten Sprechens, Handelns, Denkens und Bewertens. Der Begriff Aphasie ist damit immer sozial gemeint und betrifft den Menschen an sich.

Seit einigen Jahren befasse ich mich sowohl theoretisch als auch empirisch mit dem inneren Sprechen (Werani 2009). Neben gesunden Probanden setzt sich meine Arbeit auch mit aphasischen Menschen auseinander (vor allem in der Tradition Goldsteins und Lurijas gedacht).

Ein kurzes Beispiel sei an dieser Stelle genannt: In einer explorativen Studie konnte ich zeigen, dass es bei Aphasikern ebenso wie bei wortkargen Gesunden zu Kapazitätsproblemen kommen kann, wenn das Sprechen mit seinen vermittelnden Funktionen dem Denken nicht zur Verfügung gestellt wird oder nicht mehr zur Verfügung gestellt werden kann. Auch bei der Analyse der Qualität der Fehler bei den verwendeten Raven-Matrizen tritt die von Goldstein beschriebene „Katastrophenreaktion“ auf.

Wesentlich finde ich die Ergebnisse meiner Forschung vor allem hinsichtlich therapeutischer Interventionen. Denn Aphasiker – das möchte ich behaupten – brauchen jenseits einer systematischen Sprachschule eine umfassende Sprech-Denk-Therapie, die in Handeln und Bewerten eingebettet ist. Verstehensprozesse sind immer in situative Kontexte eingebettet, weshalb bei Aphasikern ein Grundverständnis im Umgang mit Anderen (z.B. konventionalisierte Floskeln) erhalten ist. Das Symbolsystem Sprache ermöglicht jedoch eine Abstrahierung, eine Ablösung vom unmittelbaren Kontext, weshalb Verstehen auf abstrakter Ebene – jenseits von vielfach wiederholten Konventionalisierungen – erschwert wird. Die vermittelnde Funktion des Sprechens geht beim Aphasiker zu einem gewissen Grad verloren. Deshalb kann angenommen werden, dass Sprechen in abstrahierter Form oder gar Sprechen zur Reflexion beeinträchtigt ist.

Ich finde es überaus erstrebenswert, ein Herangehen an die Thematik Sprechen und Denken bei Aphasie zu wagen und gemeinsam mit Betroffenen die theoretische und empirische Forschung voranzutreiben und schließlich neue Perspektiven für die Aphasologie zu öffnen.

Literatur:

- Teichmann, H. (2009): Der Zusammenhang von Sprache und Denken – eine philosophische Abhandlung unter Beachtung einer Aphasie. Selbstverlag.
- Vygotskij, L.S. (2002): Denken und Sprechen. Weinheim und Basel: Beltz.
- Werani, A. (2009): Inneres Sprechen – Weiterentwicklung eines theoretischen Konzeptes auf empirischer Grundlage. Habilitationsschrift, LMU-München (derzeit in Vorbereitung zur Publikation).

Dr. Anke Werani, München

Prüfpflicht bei Verordnungen: Wer kontrolliert wen?

Liebe Mitglieder,

wenn Sie schon seit einiger Zeit im Gesundheitswesen tätig sind, werden Sie aus eigener leidvoller Erfahrung wissen, dass die Bürokratie stetig zunimmt. Besonders zeitraubend ist die ständige Absprache bzw. Rücksprache mit verordnenden Ärzten wegen fehlerhaft ausgefüllter Verordnungen.

Leider hat auch die Gesetzgebung und Rechtsprechung der letzten Monate kein hoffnungsvolles Signal gesetzt. Im § 91 Abs.6 SGB V ist die grundsätzliche **Geltung der Heilmittelrichtlinien auch für die Leistungserbringer** durch das sog. *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung* festgeschrieben worden. Die bisherige Auslegung, dass nur der Arzt die Heilmittelrichtlinien direkt zu beachten hat, ist damit nicht mehr haltbar. Daraus folgt, dass die Regelungen und Vorgaben zum Verordnungsinhalt vom Therapeuten jetzt unmittelbar zu beachten und einzuhalten sind.

Gleichwohl bestehen die Verträge zwischen dem Berufsverband und den Kassenverbänden weiter. Darin sind zum Teil abweichende Vorgaben vereinbart, die auch höchst notwendig sind, um z. B. bei den längeren Unterbrechungsfristen eine sinnvolle und wirtschaftliche Heilmittelversorgung überhaupt erst zu ermöglichen. Der dbs wird sich vehement dafür einsetzen, dass auch weiterhin notwendige und sinnvolle Ausnahmen von den praxisfernen Heilmittelrichtlinien zustande kommen.

Eine weitere Verschärfung der bürokratischen Anforderungen hat das Urteil des Bundessozialgerichts vom 27.10.2009 zum Thema der **Prüfpflichten des Therapeuten bei fehlerhaften ärztlichen Verordnungen** gebracht. Die AOK Baden-Württemberg hatte einer Physiotherapeutin die Vergütung einer Behandlung verweigert, da die zugrundeliegende Verordnung nicht den Heilmittelrichtlinien entsprechend ausgestellt war. Der Sachverhalt ging durch alle Instanzen und wurde letztlich vom Bundessozialgericht zu Ungunsten der Therapeutin entschieden (wir haben auf der dbs-Homepage darüber ausführlich berichtet). Das Gericht führte aus, dass der Heilmittelerbringer den Inhalt der ärztlichen Verordnung insoweit prüfen muss, als er Leistungen zu Lasten der

Krankenkasse nur erbringen darf auf Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben. Diese grundsätzliche Überprüfungspflicht ergibt sich auch aus den Heilmittelrichtlinien (s. o.).

Aus diesem Grundsatzurteil ergeben sich nun verschiedene Konsequenzen für den therapeutischen Alltag. Einige Kassenverbände haben die Gunst der Stunde genutzt und umgehend (zum Teil bevor die Urteilsbegründung vorlag) Prüflisten erstellt, bei deren Nichteinhaltung Vergütungsabsetzungen vorgenommen werden sollen. Dies geht nach unserer Überzeugung eindeutig zu weit. Laut BSG-Urteil müssen die ärztlichen Angaben für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie vorliegen. Dies darf aber nicht bedeuten, dass jeder kleinste Fehler beim Indikationsschlüssel oder der ungenauen Bezeichnung des Heilmittels zu irreparablen Absetzungen führt. Eine solche Konsequenz lässt sich aus dem Urteil keinesfalls ziehen.

Es wird nun die Aufgabe des dbs in den nächsten Monaten sein, mit den Verbänden der Krankenkassen auf der Bundes- und

Landesebene praxisgerechte Lösungen zu vereinbaren. Die Termine sind bereits fest vereinbart. Schließlich geht es nicht nur um die Vermeidung von unnötiger Bürokratie in den Praxen, sondern auch um das Interesse der Versicherten, die andernfalls mit fehlerhaften Verordnungen nicht behandelt werden können. Der dbs wird auch die Gesundheitspolitik in die Diskussion einbinden: **Es kann nicht richtig und sinnvoll sein, dass der Arzt als Verteiler im System eine unangefochtene Stellung als Verordner hat und gleichzeitig der Therapeut die Haftung für fehlerhafte Verordnungen übernehmen muss!**

Akademische Sprachtherapeuten werden sicher bereit sein, mehr Verantwortung im System zu übernehmen. Voraussetzung ist aber, dass man ihnen auch mehr Befugnisse, zum Beispiel bei der Verordnung und Diagnostik, zubilligt. Wie auch sonst im Leben und Rechtsverkehr sollte man nur für Dinge haften müssen, die man auch zu verantworten hat.

Mit herzlichen Grüßen

RA Volker Gerrlich, Bundesgeschäftsführer

Aus der Geschäftsstelle

Mögliche Insolvenzen von Krankenkassen und deren Folgen

Liebe Leserinnen und Leser,

derzeit erreichen uns in allen Medien erschreckende Nachrichten über drohende Insolvenzen von Krankenkassen. Welche Folgen eine solche Insolvenz dann haben wird, erfährt man, wenn überhaupt, nur bezüglich der Versicherten selbst. Was aber ist mit den Leistungserbringern? Bekommen diese das ihnen zustehende Geld oder nicht? Muss man dazu eine Forderung anmelden und gibt es dann Rangfolgen, nach denen die Rechnungen beglichen werden? Bestehen vielleicht sogar Fristen, in welchen man seine Forderungen anmelden muss? Dies alles sind Fragen, die Sie sich sicherlich so oder ähnlich stellen oder gestellt haben und die wir Ihnen im Folgenden gerne beantworten möchten.

Alle Forderungen, die gegenüber einer zahlungsunfähigen Krankenkasse bestehen, sind gesichert und werden vollständig beglichen werden, denn die übrigen Krankenkassen einer Art – beispielsweise alle BKKen – sind gesetzlich verpflichtet, die bereits bestehenden Ansprüche gegenüber der zahlungsunfähigen Krankenkasse zu übernehmen. Dies geschieht, ohne dass der Leistungserbringer diesbezüglich etwas veranlassen müsste. Das bedeutet, dass Sie die Rechnungen weiter bei der Abrechnungsstelle der insolventen Krankenkasse einreichen können und diese dann durch die anderen Kassen beglichen werden. Für Sie als behandelnde Therapeuten ändert sich also nichts. Die Forderungen müssen auch nicht extra angemeldet werden, auch eine Rangfolge bei der Bezahlung der Rechnungen gibt es nicht. Sie müssen

auch keine besonderen Fristen einhalten, es gelten keine verkürzten Fristen für eine Abrechnung mit einer zahlungsunfähigen Krankenkasse.

Sollten, was nicht zu erwarten ist, alle Krankenkassen einer Art zahlungsunfähig werden, müssen die restlichen gesetzlichen Krankenkassen die Forderungen der insolventen Krankenkassen übernehmen und ausgleichen.

Für Sie bedeutet dies, dass Ihre Ansprüche in jedem Fall gesichert sind und dass Sie

ohne zusätzlichen Aufwand einfach ganz normal, wie immer, Ihre Patienten behandeln und anschließend Ihre erbrachten Leistungen abrechnen können, ohne sich fragen zu müssen, ob die Krankenkasse des Patienten möglicherweise bald zahlungsunfähig sein könnte oder nicht.

Mit herzlichen Grüßen

Rain Jasmin Höll, dbs-Rechtsabteilung

Die Rente ist sicher?!?



(CI) Vor allem für Freiberufler stellen sich rund um die Altersversorgung viele Fragen: Wann und wie geschieht die bestmögliche Absicherung für das Alter? Welche staatlichen Fördermöglichkeiten gibt es? Wie viel Flexibilität ist beim Ansparen möglich, wenn die Praxis mal bessere, mal schlechtere Umsätze erwirtschaftet? Und aktuell zum Jahresende: Kann man jetzt noch in einen Vorsorgeplan einsteigen?

Der dbs freut sich, mit Herrn Fresenborg einen Autor für eine Informationsreihe über Vorsorgemodelle gewonnen zu haben, den viele Mitglieder als Ansprechpartner von den dbs-Symposien, dgs-Kongressen etc. kennen. Er ist ein unabhängiger Spezialist für alle Versicherungs- und Finanzfragen und unter www.mosaik-gmbh.de für Anfragen oder weitergehende Informationen erreichbar.

Altersvorsorgemodelle für Freiberufler

Teil I: Die steuerlich geförderte private Basisrente

Die Beiträge zur Basisrente können 2010 zu 70% von der Steuer abgesetzt werden. Dieser Steuervorteil steigt jährlich um 2% an, so dass ab 2025 die Beiträge zu 100% von der Steuer abgesetzt werden können. Neben dem

so genannten Regelsparbeitrag besteht die Möglichkeit, flexible Sonderzahlungen in den bestehenden Vertrag zu leisten, um die Gesamt-Ansparsumme zu erhöhen.

Beispiel:

Ende November stellt sich heraus, dass aufgrund der guten Ertragslage der Praxis mit Einkommenssteuer-Nachzahlungen zu rechnen ist. Durch die Sonderzahlung könnte nun rückwirkend für dieses Praxisjahr ein weiterer Teil der fälligen Einkommenssteuer für die persönliche Altersvorsorge umgewandelt werden.

Maximal 20.000 € jährlich (zusammen veranlagte Verheiratete 40.000 €) können jährlich als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Auch die wichtige Absicherung der Arbeitskraft (Berufsunfähigkeitsversicherung) kann mit eingeschlossen werden. Die Flexibilität, mit der Sonderzahlungen möglich sind, gilt auch für den Fall, dass wirtschaftlich schlechtere Zeiten herrschen: der Regelsparbetrag kann verringert oder zeitweise ganz ausgesetzt werden.

Bei Rentenbeginn (frühestens ab dem 60. Lebensjahr) wird eine lebenslange Rente gezahlt. Im Todesfall kann die Rente an den Ehepartner oder die Kinder ausgezahlt werden. Die private Basisrente unterliegt der nachgelagerten Besteuerung, in der Regel ist aber der persönliche Steuersatz im Rentenalter deutlich geringer.

Fazit:

Die private Basisrente ist eine interessante Vorsorgeform mit steuerlicher Förderung während der Ansparphase, mit der Freiberufler und Selbstständige einen Teil der persönlichen Altersvorsorge flexibel gestalten können.

Herbert Fresenborg
Versicherungsfachwirt

dbs-Fortbildungsprogramm 2011

Das dbs-Fortbildungsprogramm mit vielen neuen Angeboten steht bereits jetzt online für sie unter www.dbs-ev.de zur Verfügung. Alle dbs-Mitglieder werden es in den nächsten Tagen per Post erhalten.

10% Frühbucherrabatt: Für Anmeldungen, die bis zum 31.12.2010 eingehen, gibt es 10% Rabatt. (Ausgenommen sind die Weiterbildungsreihen, das dbs-Symposium, der AN-Tag, das Praxisinhabertreffen und die Praxis-Zertifizierung.)

Qualitätsstandards-dbs, Praxiszertifizierung: Aufgrund der großen Nachfrage bieten wir zwei Kurse zur Praxiszertifizierung an, die im März und im Oktober 2011 in München und in Duisburg stattfinden werden.

PROMPT jetzt auch beim dbs: Die PROMPT-Instruktorin und Sprachtherapeutin Elisabeth Kuegeler-Wolters bietet im April 2011 in Duisburg einen intensiven Einführungskurs in die PROMPT-Methode zur Behandlung sprechmotorischer Störungen an (z.B. Entwicklungsdyspraxien, Sprechapraxien). Im Mittelpunkt steht die Praxis der verschiedenen „Prompting Levels“ (Parameter, Syllable, Surface), das Aufzeigen der Motor Speech Hierarchy (Sprechmotorischen Behandlungshierarchie) und die Anwendung der System Analyse Observation Checkliste (Beobachtungsbogen zum Sprechmotorischen System), so dass die Teilnehmer am Ende des Kurses in der Lage sind, die Stärken und Schwächen des motorischen Sprechsystems eines Patienten zu analysieren und eine therapeutische Intervention zu planen. Das PROMPT-Handbuch und die Demonstrations-DVD sind im Workshop-Preis enthalten.

Weiterbildungen Dyskalkulie und Legasthenie: Unsere erfolgreichen LRS-Weiterbildungen (Basiskurs und zertifizierter LRS-Kurs nach BVL-Standard) und unsere neu etablierte Dyskalkulie-Weiterbildung bieten die Möglichkeit, das Behandlungsspektrum -auch außerhalb der GKV- zu erweitern.

Wir freuen uns, Sie auch im nächsten Jahr wieder in unseren Fortbildungen begrüßen zu dürfen und stehen Ihnen bei Fragen und Anregungen gerne zur Verfügung.

Dr. Barbara Giel
dbs-Fortbildungsreferentin

Liebe dbs-Mitglieder,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der vpl lädt Sie herzlich zum 4. Herbsttreffen Patholinguistik am 20. November 2010 in Potsdam ein. Tagungsort ist der Campus Griebnitzsee der Universität Potsdam, welcher sich im Stadtteil Babelsberg befindet.



4. Herbsttreffen Patholinguistik

Lesen lernen Diagnostik und Therapie bei Störungen des Leseerwerbs

20. November 2010 Potsdam

Das diesjährige Schwerpunktthema „Lesen lernen“ bietet vier Vorträge zum ungestörten Leseerwerb sowie zur Diagnostik und Therapie bei seinen möglichen Störungen. Sylvia Costard (Universität zu Köln) wird im Eröffnungsvortrag den Verlauf des ungestörten Leseerwerbs skizzieren. Anschließend stellt Nicole Stadie (Universität Potsdam) kognitiv-orientierte Erklärungsansätze bei Entwicklungsdyslexie vor und Christiane Ritter (ebenfalls Universität Potsdam) berichtet über die Therapie von Leseschwierigkeiten bei älteren Grundschulkindern. Kristina Moll von der University of York (GB) zeigt in ihrem Vortrag Assoziationen und Dissoziationen von Störungen des Lesens und des Rechtschreibens auf.

Alle Referentinnen werden ausgehend von der derzeitigen Forschungslage eigene Diagnostik- und Therapieansätze vorstellen. Wie immer wird Zeit für Fragen und Diskussionsbeiträge aus dem Publikum sein.

Im zweiten Teil des Herbsttreffens wird das Spektrum Patholinguistik das Schwer-

punkthema erweitern und ergänzen. Aktuelle Arbeiten von promovierten und promovierenden Patholinguistinnen und Patholinguisten werden in Kurzvorträgen vorgestellt. Außerdem wird es wieder thematisch offene Posterpräsentationen geben.

Auf der Homepage <http://www.herbsttreffen.vpl-online.de> finden Sie neben dem ausführlichen Programm auch die Möglichkeit zur Online-Anmeldung. **Für dbs-Mitglieder gelten bis zum 5. November reduzierte Teilnahmegebühren.** Außerdem möchten wir Sie auf die Möglichkeit zur kostenfreien Kinderbetreuung hinweisen. Für die Teilnahme am 4. Herbsttreffen Patholinguistik erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte.

Wir hoffen, Sie am 20. November in Potsdam begrüßen zu dürfen und freuen uns auf einen lebhaften Kenntnis- und Gedankenaustausch.

*Ihr Verband für Patholinguistik
AG Herbsttreffen*

dbs-Symposium mit dem Plus⁺

Liebe Mitglieder,

die Evaluation der dbs-Symposien in den letzten Jahren hat gezeigt, wie Sie als Mitglieder sich eine optimale Symposiumsstruktur wünschen. Um Ihrem Wunsch nach noch mehr Praxis nachzukommen, findet die Veranstaltung im Jahr 2011 erstmals als „**Symposium Plus**“ statt: Wir erweitern den Zeitrahmen um einen halben Tag, wodurch wir Ihnen vor dem eigentlichen Symposiumsbeginn zusätzlich sechs parallele Workshops anbieten können. Diese beschäftigen sich sowohl mit neurogenen Sprachstörungen als auch mit Spracherwerbsstörungen. Die Workshops können mit einem zusätzlichen Teilnehmerbeitrag zum Symposium hinzugebucht werden. Themen und Referenten finden Sie auf der folgenden Seite.

Ein weiteres Anliegen war es uns, die Mitgliederversammlung besser in das Symposium zu integrieren: Sie findet nun am Nachmittag des ersten Symposiumstages statt, so dass alle Anwesenden die Möglichkeit haben, daran teilzunehmen.

Ihre Pluspunkte beim Symposium 2011:

- **Praxis (optional, Workshops am Freitagvormittag)**
- **Zeitrahmen (ca. drei Stunden mehr)**
- **Mitgliederversammlung (in der Mitte des Symposiums)**



12. Wissenschaftliches Symposium

28. und 29. Januar 2011 an der LMU München

Sprachtherapeutisches Handeln im Arbeitsfeld Geriatrie

Störungsbilder, Diagnostik und Therapie

Freitag, 28.01.2011

08.00 Öffnung des Tagungsbüros

09.00 – 12.00 Symposium plus: Workshops

Dysphagie in der Geriatrie: Diagnostikmöglichkeiten und Therapie

Petra Pluschinski (M.A.), Bad Schwalbach und Sönke Stanschus (M.A.), Karlsbad/Langensteinbach

Lösungsorientierte Dysarthrietherapie im Kontext von Geriatrie

Dr. Barbara Giel, Köln

Kognitiv orientierte Aphasitherapie

Dr. Astrid Schröder, Potsdam

Late Talker: Diagnostik und Frühintervention

Dr. Claudia Schlesiger, Bamberg

Diagnostik und Therapie lexikalisch-semantischer Störungen im Schulalter

Prof. Dr. Christina Kauschke, Marburg

Kontextoptimierte Therapie zur Förderung früher grammatischer Fähigkeiten

Dr. Marc Schmidt, Luxemburg

12.00 – 12.45 Mittagspause

12.45 Eröffnung

Dr. Volker Maihack

Bundvorsitzender des dbs

Grußworte

13.00 Einführung in das Symposium

Prof. Dr. Martina Hielscher-Fastabend, Ludwigsburg

13.15 Der ältere Patient

Prof. Dr. Ingo Füsgen, Wuppertal

14.00 Neuropsychologische Veränderungen im Alter: Diagnostik, Prävention und Intervention

Prof. Dr. Elke Kalbe, Vechta

14.30 Kaffeepause und Posterausstellung

15.00 Dysphagie nach Schlaganfall = Dysphagie – Presbyphagie?

Janina Wilmskötter (MSc) und Sönke Stanschus (M.A.), Karlsbad/Langensteinbach

15.45 Probleme und Therapieansätze in der Ernährung multimorbider älterer Menschen

Dr. Sabine Reuter, Halle/Saale

16.30 – 20.00 Mitgliederversammlung des dbs

20.30 Eröffnungsabend ab 20.30 Uhr
Begegnungen, Gespräche und Buffet

Samstag, 29.01.2011

09.15 Begrüßung/Einführung

Barbara Geist (MSc), Frankfurt

09.30 Sprach- und Kommunikationsstörungen bei verschiedenen Demenztypen

Dr. Christina Knels, München

10.15 Semantisches und episodisches Gedächtnis bei Alzheimer-Demenz und primär progredienter Aphasie

Prof. Dr. Elisabeth Leiss, München

10.45 – 11.15 Kaffeepause und Posterausstellung

11.15 Neuropsychologie der Kommunikation. Befunde zum Zusammenhang verbaler und kognitiver Beeinträchtigungen.

Prof. Dr. Prisca Stenneken, Bielefeld

11.45 Sprachtherapie bei Demenz: Realistische Ziele und Vorgehensweisen

Dr. Barbara Romero, Bad Aibling, Berlin

12.30 – 13.15 Mittagspause und Posterausstellung

13.15 Sprechen im Alter, Sprechen nach Hirnschädigung: Zusammenhänge und Abgrenzungen.

Dr. Wolfram Ziegler, München

13.45 Verständlichkeit sichert Teilhabe – Ziele und Konzepte der Dysarthrietherapie bei Morbus Parkinson

Bernd Frittrang (M.A.), Coburg

14.30 Conclusio

Berthold Gröne (M.A.), Meerbusch

14.45 Podiumsdiskussion

15.45 Ausklang

Posterpräsentationen aus Forschung und Praxis während des Symposiums und in den Kaffeepausen

Anmeldung: dbs-Geschäftsstelle: Goethestr. 16, 47441 Moers;
Tel.: 02841 988919, Fax: 02841 988914 oder unter Homepage:
www.dbs-ev.de

Teilnehmerbeiträge Symposium: Mitglieder 130,- €; Studenten (Mitglieder) 90,- €; Nicht-Mitglieder und bei Anmeldung nach dem 01.12.2010 150,- €; Tageskasse 150,- €
Im Teilnehmerbeitrag sind beide Symposiumstage, die Pausenverpflegung und das Buffet beim Eröffnungsabend enthalten.

Teilnehmerbeiträge Workshop: bei Anmeldung bis zum 01.12.2010 60,- €; bei Anmeldung nach dem 01.12.2010 80,- €

dgs – Aktuelles, Information, Nachrichten

dgs gratuliert der Sprachheilschule Halle/Saale

Die älteste Sprachheilschule feierte in der Woche vom 14. bis zum 19. Juni in Halle (Saale) ihr einhundertjähriges Bestehen. Höhepunkt der Veranstaltungen, die mit einem Schulfest für die Schulgemeinde, einem Ehemaligentreffen und Unterrichtshospitationen umrahmt waren, war eine Feier mit Fortbildungsveranstaltung in der Martin-Luther-Universität zu Halle (Saale). Der Geschäftsführende Vorstand hatte aus diesem Anlass seine turnusmäßige Sitzung nach Halle gelegt und nahm somit zeitweise an den Festveranstaltungen teil.

Der 1. Vorsitzende, *Gerhard Zupp*, übermittelte der Schule, deren Schulleiterin *Antje Thielebein* zugleich die dgs als Lan-



Prof. Christa Schlencker-Schulte, Bundesvorsitzender Gerhard Zupp und die Schulleiterin Antje Thielebein (v.l.)

desvorsitzende von Sachsen-Anhalt vertritt, die Glückwünsche des Bundesvorstandes.

Zupp ermutigte Schüler und Eltern, Schule und Universität, sich für die Rechte der Behinderten auf qualifizierte Förderung einzusetzen und dem drohenden Abbau professioneller sprachheilpädagogischer Hilfen durch den Umbau des Schulsystems entgegenzustellen. Ähnlich klar äußerte sich Frau *Prof. Schlencker-Schulte*, indem sie darauf hinwies, dass inklusive Maßnahmen nicht zu erschwerten Entwicklungsbedingungen für Kinder mit Sprachbeeinträchtigungen werden dürfen.

Fritz Schlicker,
2. dgs-Bundesvorsitzender

Mitgliederversammlung der Landesgruppe Rheinland am 08.05.2010 in Düsseldorf

Am 08.05.2010 hielt die Landesgruppe Rheinland in der Kurt-Schwitters-Schule, Düsseldorf, unter reger Beteiligung ihre diesjährige Mitgliederversammlung ab. Der Vorsitzende der Landesgruppe, *Theo Schaus*, konnte zu Beginn den dgs-Bundesvorsitzenden *Gerhard Zupp* und zwei Seminargruppen des Studienseminars Solingen mit ihren Fachleiterinnen als Gäste begrüßen.

Die Veranstaltung begann am Vormittag mit dem vielbeachteten Vortrag von *Dr. Andreas Mayer*, Universität zu Köln, zum Thema: „Phonologische Bewusstheit - und sonst?“ Ausgehend von einem Fallbeispiel zeigte der Referent verschiedene Lesestrategien auf und leitete daraus Fördermaßnahmen in den Bereichen der phonologischen Bewusstheit sowie der automatisierten Worterkennung ab. Abgerundet wurde der sehr gelungene Beitrag durch konkrete Übungsbeispiele. Die vollständige Präsentation kann auf der Internetseite der Landesgruppe (www.dgs-Rheinland.de) heruntergeladen werden.

Der Vorstand über seine Arbeit im vergangenen Jahr und stellte die wichtigsten zukünftigen Vorhaben und Aktivitäten vor. Nach dem überzeugend präsentierten Kassenbericht des Rechnungsführers *Dieter Schönhals* und dem Bericht der Kassenprü-

fer wurde der Vorstand von der Mitgliederversammlung entlastet.

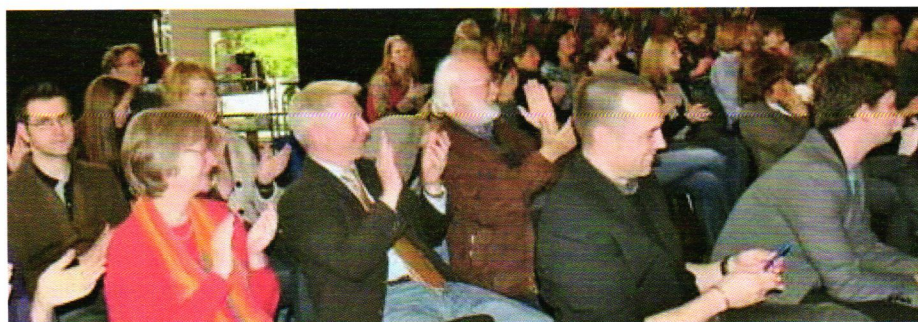
Anschließend wurden die 13 Delegierten der Landesgruppe für die Delegiertenversammlung am 22.09.2010 in Dortmund gewählt.

Die vom Vorstand eingebrachten Anträge zur Delegiertenversammlung hatten die Berücksichtigung des Elternwillens bei der Entscheidung über den Förderort, die Sicherstellung einer qualifizierten Ausbildung von sonderpädagogischen Lehrkräften im Förderschwerpunkt Sprache und die Verringerung der Zahl der Delegierten zum Inhalt. Alle drei Anträge wurden einstimmig verabschiedet und werden infolgedessen zur

Delegiertenversammlung in Dortmund eingereicht.

Das Thema „Kompetenzzentren für sonderpädagogische Förderung (KsF)“ war ein weiterer Diskussionspunkt. Eine vom Vorstand eingerichtete Arbeitsgruppe hatte dazu ein Positionspapier erarbeitet, das einstimmig verabschiedet wurde. Es kann ebenso auf der Homepage der Landesgruppe (s. o.) heruntergeladen werden. Der dgs-Bundesvorsitzende *Gerhard Zupp* begrüßte dieses Papier und betonte, wie wichtig es sei, dass die Landesgruppen zu schulpolitischen Entscheidungen in ihrem Bundesland Stellung beziehen.

Theo Schaus



Die Mitgliederversammlung der dgs LG Rheinland. In der Mitte Gerhard Zupp und Theo Borbonus

dgs international

Brasilien: JLU Gießen und dgs an der Bundesuniversität von Pernambuco

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik unterstützt eine begonnene Zusammenarbeit zwischen der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) und zwei Universitäten in Brasilien. Im Rahmen eines durch den DAAD unterstützten Aufenthaltes wurden Kontakte hergestellt zwischen dem Centro Academico de Vitória der Bundesuniversität von Pernambuco (UFPE) und dem Departamento de Fonoaudiologia der Katholischen Universität von Pernambuco (UNICAP). Dr. Jörg Mußmann von der JLU hielt an der UNICAP einen Vortrag zur „Stuttering Therapy and Therapeutic Assistance in Everyday Life“, diskutierte mit Fachkollegen über die verschiedenen sprachheilpädagogischen Versorgungssysteme in Brasilien und Deutschland und bereitete zusammen mit Dr. Maria Oliveira-Mußmann als weiterer Vertreterin der JLU mittelfristig eine Zusammenarbeit mit Profa. Dra. Nadia Azevedo im Rahmen eines Projektes mit dem Arbeitstitel „Life participated approach in speech and language therapy special education and health care“ vor.



Dr. Jörg Mußmann verlässt die UFPE nach erfolgreichen Gesprächen

In Victoria, ebenfalls im Nordosten von Brasilien, vereinbarten sie zusammen mit Profa. Dra. Isabel Spacov und Prof. Emerson Peter Centro vom Academico de Vitória der UFPE Eckpunkte für ein „Inclusive training and research program“ in Studiengängen für Health Professionals. Die Fachberatung und Curriculumentwicklung wird sich auch auf Ausbildungsbereiche zu Laryngektomie und LKGS beziehen.

Das Referat für Internationales der dgs unterstützt diese Zusammenarbeit durch Beratung.



Dr. Jörg Mußmann, Profa. Spakov, Dekanin Profa. Camra e Siqueira Campos, Prof. Emerson, Pro-Dekanin Profa. Zelyta, UFPE (v.li.n.re.)

Tansania: Das Land Niedersachsen unterstützt Sprachförderprojekte in Tansania

Im Frühjahr bereiste der damalige Chef der Niedersächsischen Staatskanzlei (CdS) und jetziger Leiter des Bundespräsidialamtes, Staatssekretär Dr. Hageböling, Tansania, um potenzielle Projekte für eine zukünftige Landesförderung zu eruieren. Die achtköpfige Delegation bestand aus führenden Vertretern der niedersächsischen Wirtschaft, der Kammern sowie der Wissenschaft und wurde vom deutschen Botschafter Dr. Herz aus Dar es Salaam begleitet. Neben vielfältigen Projekten u.a. zum Fährverkehr auf dem Tanganjikasee, zur Steuerharmonisierung oder zum Aufbau einer Handwerksorganisation besuchte die Delegation auch einen Tag lang die von Prof. Lüdtke, Leibniz Universität Hannover, geleiteten Sprachförderprojekte in den Usambara-Bergen, die bereits seit 2009 durch die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) mittels eines Kooperationsvertrages mit dem Sekuco-College der Tumaini-Universität unterstützt werden.



Staatssekretär Dr. Hageböling besucht die Schülerinnen und Schüler der Rainbow School

Erfreuliches Ergebnis dieser fact finding mission ist, dass ein neues nachhaltig konzipiertes Projekt zur wissenschaftlich evaluierten Aus- und Fortbildung von Fachkräften für Sprachförderung und -Therapie vom Land Niedersachsen unterstützt wird. Im Rahmen einer Exkursion der Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie wird zusätzliche humanitäre Hilfe des Landes in Form von diagnostischen und therapeutischen Materialien für das Kinderheim für Aids-Waisen und die Förderschule in Irente/Lushoto durch die Studierenden überbracht.



Die Leitung der tansanischen Universität empfängt die Delegation der niedersächsischen Staatskanzlei

„Mit Sprache teilhaben“

Positionspapier der dgs nach Auftrag aus HV 1/2010 zur UN-Behindertenrechtskonvention

Das Positionspapier entstand in der Arbeit der AG Inklusion des Hauptvorstandes der dgs. Prof. Glück legt unter maßgeblicher Mitarbeit von A. v. Berg, A. Leisner, J. Mußmann, T. Schaus, F. Schlicker, A. Theisel und G. Zupp das Papier zur Abstimmung in der

HV vor. Der vollständige Text kann auf der Internetseite der Bundes-dgs heruntergeladen werden.

Die dgs begrüßt und unterstützt in diesem Positionspapier ausdrücklich die Forderungen der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft, die auch für Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen ein größtmögliches Maß

an Selbstbestimmung und barrierefreier, gleichberechtigter Teilhabe ermöglicht. Diese Bemühungen werden in der Ausrichtung am Interesse und Wohl des Kindes im Kontext der Konvention über die Rechte der Kinder und der Menschenrechtskonvention interpretiert. Das Papier führt weiter aus:

„Das Bildungssystem in Deutschland steht vor der Aufgabe mit einer vorrangig inklusiv ausgerichteten Schulorganisation, diese Ziele auch und gerade für Schülerinnen und Schüler zu erreichen, deren Chancengleichheit durch erschwerte Lern- und Entwicklungsbedingungen mit Beeinträchtigungen in Sprache und Kommunikation bedroht ist. Kinder und Jugendliche z. B. mit Spracherwerbsstörungen, Aussprachestörungen oder Stottern erfahren in ihrer schulischen Bildung spezifische Barrieren. Sie haben daher einen spezifischen, sonderpädagogischen Unterstützungs- und Förderbe-

darf, dem durch personorientierte und systemische Maßnahmen Rechnung getragen wird. Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen mit der akademischen Qualifikation im Fach Sprachheilpädagogik setzen diesen Bedarf um in Angebote an allgemeinen Kindergärten und allgemeinen Schulen durch sprachheilpädagogisch gestalteten Unterricht und sprachheilpädagogische Therapie sowie in Beratung und Kooperation mit den Lehrkräften der allgemeinen Schule und den Erziehungsberechtigten. In besonders begründeten Fällen und auf Wunsch der Schülerinnen und Schüler bzw. deren Erziehungsberechtigter wird ein spezifisches Bildungsangebot an Kompetenzzentren mit Förderschwerpunkt Sprache bereit gestellt, das zeitlich befristet in Anspruch genommen werden kann. So ermöglichen diese Sprachheilpädagogen als integraler Bestandteil des allgemeinen Bildungssystems den Kindern

und Jugendlichen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen die chancengleiche Teilhabe an Bildung und Erziehung.“

In der Vollversion werden weiterhin folgende Kapitel ausgeführt:

- Inklusion im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention
- Besondere Maßnahmen zur Herbeiführung der Chancengleichheit
- Die Förder-Konferenz
- Inklusion von Anfang an: Frühförderung und Prävention
- Sprachheilpädagogisches Bildungsangebot
- Kompetenzzentrum „Sprache“
- Aus- und Weiterbildung: Fachspezifische Professionalität stärken!
- Mögliche Schwierigkeiten im Prozess der Inklusion
- Aufgaben des Fachverbandes

Tagung und Mitgliederversammlung in Thüringen

Inklusion und Förderschwerpunkt Sprache. Sprachheilpädagogik in einem inklusiven Schulsystem – Was ist zu tun?

Die ‚traditionelle Sprachheilpädagogik‘ ist derzeit aufgefordert, als spezialisierte pädagogische Domäne der Bildungs- und Erziehungswissenschaft ihre bildungstheoretisch begründbaren Ressourcen für ein sich in-

klusiv umstrukturierendes Schulsystem zu definieren. Was dafür zu tun ist, was zu tun bleibt, soll auf dieser **Tagung am 6.11.2010** diskutiert werden.

Beginn ist 9.00 in der Universität Erfurt, Philosophische Fakultät, Gebäude LG 4, Raum D01 und D08, Nordhäuser Str. 63, 99089 Erfurt.

Programm-Eckpunkte:

9:00 – 10:00 Begrüßung, Eröffnungsvortrag und Diskussion

10:15 – 11:45 Workshop: Inklusion und Sprache, Dr. Jörg Mußmann

12:00 – 13:30 Mitgliederversammlung

14:15-15:45 Workshop: LRS und künftige Förderschwerpunkte, Dr. Karla Röhner-Münch

Das vollständige Programm sowie Informationen zu den Tagungsbeiträgen etc. finden Sie auf der Internetseite der Bundes-dgs sowie der LG Thüringen: www.dgs-ev.de.

Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen ist in den zurückliegenden Jahren sehr erfolgreich gelaufen und ständig ergänzt worden. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte werden angeboten:

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



Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), Goldammerstr. 34, 12351 Berlin
Telefon: 030 / 661 6004, Telefax: 030 / 661 6024, Email: info@dgs-ev.de, Homepage: www.dgs-ev.de

Termine

Fortbildungsveranstaltungen von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
22./23.10.2010 Würzburg	Barbara Bogner: Grundlagen der Sprachtherapie bei Hörschädigung unter besonderer Berücksichtigung des Cochlea-Implantats (CI) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 25/2010
22./23.10.2010 München	Dr. Gudrun Bartolome: Die Funktionelle Dysphagie (FDT) – Aufbaukurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 38/2010
22.–24.10.2010 Hamm	Beate Birner-Janusch: TAKTKIN® Ein Ansatz zur Behandlung sprechmotorischer Störungen Ausbildungskurs – Kinder dgs-Doppelpunkt
29./30.10.2010 Leipzig	Manon Abbink-Spruit: Wie Bitte?? Poltern!? dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 64/2010
29./30.10.2010 Köln	Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch: Diagnose und Therapie grammatischer Störungen im Vorschul- und Schulalter dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A21/2010
5/6.11.2010 Hannover	Prof. C. Iven/Dr. B. Hansen: Stottertherapie mit Kindern: Aufbau-Supervisionsseminar dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 65/2010
6.11.2010 Duisburg	Janina Scholz: Berichte schreiben (Schwerpunkt SEV-Therapie) – Ein Praxisseminar dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 18/2010
6.11.2010 Köln	Dr. Stephanie Riehemann: Spracherwerbsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit (Grundlagen) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A22/2010
12./13.11.2010 Köln	Ursula Müller: Musik in der Sprachtherapie mit Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 19/2010
12./13.11.2010 Duisburg	Susan Schelten-Cornish: Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elterntaining: Konkrete Sprachtherapie mit spät sprechenden Kindern – die Bezugspersonen als Co-Therapeuten dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 34/2010
12./13.11.2010 Köln	Karen Motsch: Therapie kindlicher Aussprachestörungen updated dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A23/2010
12./13.11.2010 Hamm	Prof. Dr. Christian W. Glück: Diagnostik und Therapieplanung bei semantisch-lexikalischen Störungen mit dem WWT 6-10 dgs-Doppelpunkt
13.11.2010 Dortmund	Dr. phil. Petra Jaecks: Restaphasie – Diagnostik und Therapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 55/2010
13.11.2010 Hamm	Anne Poetter: Phonologische Bewusstheit: Diagnostik, Therapie und Förderung dgs-Doppelpunkt
13.11.2010 Köln	Miriam Thiemann und Nadine Diekmann: PECS und TEACCH-Praxisseminar im Kontext Unterstützter Kommunikation (Zertifikats-Aufbaukurs nach ISAAC-Standard) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A24/2010

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
19./20.11.2010 Hamburg	Susan Ott: Therapieplanung bei spezifischen Spracherwerbsstörungen: Der patholinguistische Ansatz in der Praxis dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 20/2010
19./20.11.2010 München	Dr. Gudrun Bartholome: Die Funktionelle Dysphagietherapie (FDT) – Aufbaukurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 39/2010
19./20.11.2010 Dortmund	Dr. Luise Lutz: MODAK – Kommunikative Aphasietherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 56/2010
27.11.2010 Köln	Petra Klindtworth: Mehr davon! Lautsprachunterstützende Gebärden in der Kommunikationsförderung – Aufbaukurs dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: A25/2010
03./04.12.2010 Köln	PD Dr. Katja Subellok und Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein: Selektiver Mutismus bei Kindern und Jugendlichen dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 66/2010
03./04.12.2010 Duisburg	Claudia Schlesinger: Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 21/2010
03./04.12.2010 Duisburg	Susan Schelten-Cornish und Hildegard Kaiser-Mantel: Aufbaukurs „Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternttraining“: Teil A und B dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 35/2010
04./05.12.2010 Hamm	Dr. Patricia Sandrieser: Mini-KIDS: direkte Therapie mit stotternden Kindern dgs-Doppelpunkt
10./11.12.2010 Hannover	Dr. Stephanie Kurtenbach: Sensorische Integration im Umfeld sprachtherapeutischer Praxis – Aufbaukurs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 6/2010
10./11.12.2010 Köln	Miriam Thiemann / Nadine Diekmann: Unterstützte Kommunikation – UK II, Teil 2: Und jetzt? Wie fange ich an? Wie geht es weiter? Methodisch-didaktische Aspekte beim Kommunizieren – Lernen mit unterstützenden Formen (Zertifikats-Aufbaukurs nach ISAAC-Standard) dgs-Landesgruppe Rheinland, Fortbildungsnummer: 26/2010
11.12.2010 Nürnberg	Barbara Dörffel: Mutismus – Beratung und Intervention dgs-Landesgruppe Bayern
Auf Abruf	Verschiedene Referent/Innen: Abenteuer Sprache – Eine Herausforderung für Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/innen Qualifizierungsmaßnahme für Sprachtherapeut(inn)en: Stimme, Stimmstörungen und Stimmtherapie dgs-Landesgruppe Niedersachsen Qualifizierungsmaßnahme für Lehrkräfte: Spezifische Sprachförderung im Unterricht im Förderschwerpunkt Sprache dgs- zentrales Fortbildungsportal

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

Veranstalter

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

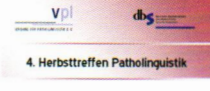
dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

„doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, Poststraße 61, 49477 Ibbenbüren Tel. 05451-15461,
info@dgs-doppelpunkt.de www.dgs-doppelpunkt.de

Fortbildungen anderer dgs-Landesgruppen:

Zentrales Fortbildungsportal der dgs: www.dgs-ev.de

Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Zeit und Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
22.-23.10.2010 Bielefeld		4. Bielefelder Symposium „Dysphagie“ Dysphagie bei spezifischen neurogenen Erkrankungen und kindliche Dysphagie www.arbeitskreis-dysphagie.de
4.11.-6.11.2010 Konstanz		FEES® hands-on Workshop bbz@klinikum-konstanz.de www.klinikum-konstanz.de/bbz
4.11.-6.11.2010 Bremen		21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) www.conventus.de/dgnr2010
4.11.-6.11.2010 Münster		10. Jahrestagung der GAB www.aphasiegesellschaft.de
6.11.2010 Erfurt		dgs-Tagung INKLUSION UND FÖRDERSCHWERPUNKT SPRACHE – Sprachheilpädagogik in einem inklusiven Schulsystem. Was ist zu tun? dgs-bgs@t-online.de
13.11.2010 Bad Nenndorf		15. Bad Nenndorfer Therapietag Dialog – Bewegung – Sprache: Therapie in verschiedenen sprachlichen Handlungsfeldern www.cjd-schlaffhorst-andersen.de
20.11.2010 Potsdam		4. Herbsttreffen Patholinguistik Lesen lernen – Diagnostik und Therapie bei Störungen des Leseserwerbs www.herbsttreffen.vpl-online.de
26./27.11.2010 Aachen		14. Aachener Kolloquium zur Logopädie neurolinguistik@ukaachen.de http://www.neurolinguistik.ukaachen.de

Lernen in Bewegung bringen

Dorothea Beigel

Bildung kommt ins Gleichgewicht

„Guten Morgen, liebes Knie ...“

Ein Gleichgewichtsprogramm zur Lernunterstützung

Das Projekt „Schnecke – Bildung braucht Gesundheit“, das in Zusammenarbeit des Hessischen Kultusministeriums, Arbeitsgebiet Schule & Gesundheit und der Hochschule Aalen durchgeführt wurde, belegt, dass Schüler des Primar- und des Sekundarbereichs gleichermaßen von Gleichgewichtsschwierigkeiten betroffen sind und dies eine Auswirkung auf ihre Zensuren zeigt. Schulnoten haben also nicht nur mit Sehen und Hören, sondern im besonderen Maße auch etwas mit dem Gleichgewicht zu tun.

Dieses Material bietet umsetzbares Handwerkzeug für den täglichen Schulalltag und ist mit einem Zeitaufwand von 1-3 Minuten pro Unterrichtsstunde ohne speziellen Raumbedarf in allen Klassenstufen und in allen Schulformen durchführbar. Es regt den Lehrer an, sich aktiv am „kleinen Bewegungsprogramm“ zu beteiligen, um das eigene Gleichgewicht zu pflegen und die Konzentration und die Lernmöglichkeit der Schüler zu fördern. Lernpraxen und Therapeuten werden Freude und Interesse an diesem Programm haben, zeigt es ihnen doch einfache Möglichkeiten, die eigene Förderung und Therapie sinnvoll zu ergänzen und Eltern auf Wunsch in das Programm aktiv einzubeziehen.

Medienpaket bestehend aus: Poster-Kalender DIN A3 quer, 12 Blatt, farbig, Ringbindung + Begleitheft 72 S., farbig, Format DIN A4, geh.; beides im Pappschuber / **Alter: ab 6**, ISBN 978-3-938187-53-1, **Bestell-Nr. 9404**, CHF 40,20, Euro 24,80



Dorothea Beigel

Beweg dich, Schule!

Eine „Prise Bewegung“ im täglichen Unterricht der Klassen 1 bis 10

Erprobte Bewegungseinheiten setzen direkt an der Stoffvermittlung einzelner Fächer an. Die Spiel- und Bewegungsangebote sind variabel und jederzeit altersangemessen einsetzbar,

ohne dass zusätzlicher Material- und/oder Raumbedarf im Unterricht entsteht. Der Praxisteil gliedert sich schwerpunktmäßig in die Bereiche Mathematik, Deutsch, Fremdsprachen und übergreifende Fächerangebote. Ergänzt wird das Angebot durch Brain-Gym®-Spiele, Minutenpausen, Mini-Sport-Bewegungen und Bewegungsangebote für das Lehrerzimmer. Das Buch liefert dem Anwender fundierte Unterstützung für Elternabende und Konferenzen.



„Um einer auf Lehrerseite häufigen Sorge gleich zu Beginn entgegenzutreten: Das Buch beschreibt nichts, was zusätzlich zum Unterricht zu leisten wäre. Es stellt auch keine einzige Unterrichtsmethode in Frage, sondern: 'Es bemüht sich, Lernen in der Schule mit Freude und Bewegung zu verknüpfen, Konzentration und Aufmerksamkeit zu pflegen'. 'Beweg dich, Schule!' gehört in die Hand jeder Lehrerin und jedes Lehrers in Grund- und weiterführenden Schulen. Also: kaufen, lesen, umsetzen!“ Detlef Träbert, Humane Schule

256 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband / **Alter: 6-16**, ISBN 978-3-938187-15-9

Bestell-Nr. 9367, CHF 36,90, Euro 22,80

Dorothea Beigel

Flügel und Wurzeln

Persistierende Restreaktionen frühkindlicher Reflexe und ihre Auswirkungen auf Lernen und Verhalten

Die Autorin gibt einen Überblick über die Sinnessysteme des Menschen und geht auf persistierende Restreaktionen frühkindlicher Reflexe ein. Sie beschreibt Möglichkeiten und Erfahrungen aus der Arbeit mit Bewegungsprogrammen zur Integration von Restreaktionen frühkindlicher Reflexe. In eigens hervorgehobenen Ratschlägen für Elternhaus, Kindergarten und Schule wird aus Sicht einer Pädagogin darauf hingewiesen wie Teilleistungsstörungen vorgebeugt werden kann und wie sie ausgeglichen werden können.

Ein Buch, das angesichts der immer schneller anwachsenden Zahl „auffälliger“ Kinder auf die pragmatischen Möglichkeiten eines Staatlichen Schulamtes hinweist. Angesichts der politischen Folgen aus der Pisa-Studie ist es als Plädoyer für eine gedeihliche Kindheit in Elternhaus, Kindergarten und Schule zu verstehen.

Es geht darum, die kindlichen „Wurzeln“ wachsen und gedeihen zu lassen und auf diese Weise den Kindern „Flügel“ zu geben, mit denen sie sich gesund und erfolgreich den Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft stellen können.

224 S., Format 16x23cm, fester Einband / **Alter: 1-10**, ISBN 978-3-8080-0535-4

Bestell-Nr. 1154, CHF 33,00, Euro 20,40



BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen | borgsmann publishing

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

Praxismaterial mit CD-ROM

Training der Lesegeschwindigkeit

Dr. Andreas Mayer

Blitzschnelle Worterkennung (BliWo) Grundlagen und Praxis

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

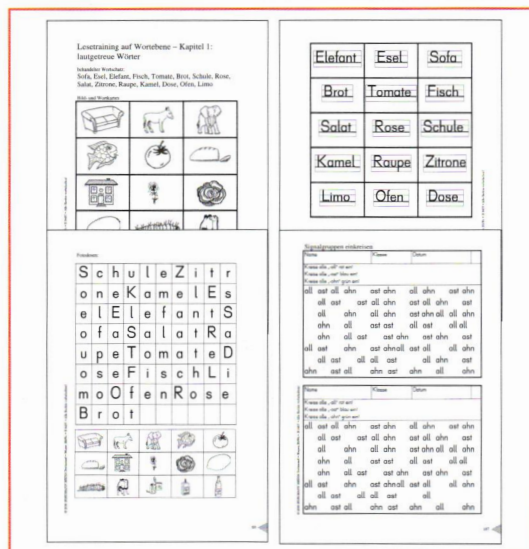
Dabei liegen die zentralen Schwierigkeiten von Kindern, die eine regelmäßige Orthographie wie die deutsche Schriftsprache erwerben, vor allem in der Automatisierung des Leseprozesses. Der kontextfreien direkten Worterkennung kommt auf dem Weg zum kompetenten Leser zentrale Bedeutung zu, da sie unmittelbar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

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

♦ 272 S. (davon 200 S. Kopiervorlagen), Beigabe: Kopiervorlagen zusätzlich auf CD-ROM + zusätzliche Vorlagen und kleine Übungsprogramme zur Verbesserung der Worterkennungsgeschwindigkeit, Format DIN A4, im Ordner / Alter: 6-10

ISBN 978-3-938187-57-9

Bestell-Nr. 9407, CHF 64,80, € 40,00



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

BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen



borgsmann publishing

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

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

Seminarüberblick:

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

- Dortmund 25.09.2010
- Hamburg 13.11.2010
- Wiesbaden 27.11.2010
- Wiesbaden 19.02.2011
- Dortmund 12.03.2011
- Berlin 28.08.2011
- Bonn 25.09.2011
- Bielefeld 16.10.2011

Diagnostik und Therapie von **Dysarthrien**

- Hamburg 02.10.2010
- Dortmund 19.03.2011
- Berlin 27.08.2011
- Bonn 24.09.2011
- Bielefeld 15.10.2011

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

- Hamburg 30.10.2010
- Wiesbaden 20.02.2011
- Dortmund 09.04.2011
- Berlin 26.08.2011
- Bonn 23.09.2011
- Bielefeld 22.10.2011

Videofluoroskopien – standardisierte und zeiteffiziente Durchführung und Auswertung von bei oro-pharyngealen Schluckstörungen

- 27.–28.11.2010 Dortmund

Weitere Informationen unter www.logo-seminare.de



Hier lang zum beruflichen Erfolg.

Wir informieren auch
zur Bildungsprämie.

Jetzt Förderung
vom Staat sichern!



Weiterbildungsplattform.de



DÜSSELDORFER
AKADEMIE

WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM

WEITERBILDUNGEN	Beginn	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten*
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,-
Fachtherapeut Kinder [®] – der 3. Durchgang	10. - 11.06.11	208	Matthias Grimm, Dorothee Haak	2780,-
SEMINARE	Termin	Ustd.	Referent	Kosten*
Die Schluckschlus - Ein Therapiekonzept für myofunktionelle Störungen im Vorschulalter	05. - 06.11.10	14	Kirsten Waschul	165,-
Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen (AVWS) im Vorschulalter	05. - 06.11.10	14	Manfred Flöther	165,-
Mit der Stimme werben – Marketingkompetenz - Voice Coach Modul V	08. - 11.11.10	32	Harald Panknin, Uwe Schürmann	410,-
Trachealkanülenmanagement und Dysphagie	19. - 20.11.10	14	Regina Lindemann	165,-
Patienten mit Hörgeräten oder CI in der logopädischen Praxis	19. - 20.11.10	14	Dorothee Haak	165,-
Diagnostik und Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche	25. - 26.11.10	16	Maja Ullrich	185,-
Dysarthrophonie – Refresher	11.12.10	8	Monika Willmschen	100,-
Praxis der SEV-Therapie auf Basis der Sensorischen Integration	21. - 22.01.11	13	Susanne Renk	215,-
Einführung in die klinische Dysphagiologie	25. - 26.02.11	14	Jochen Keller	165,-
Stimme als Modell in Unterricht, Training und Therapie Voice Coach Modul I	28.02. - 03.03.11	32	Harald Panknin, Uwe Schürmann	410,-
Kognitive Dysphasien	11. - 12.03.11	14	Dr. Maria-Dorothea Heidler	195,-
Die verbale Entwicklungsdyspraxie in der Logopädie	12.03.11	9	Cornelia Reuß	125,-
Praxisseminar: Therapie grammatischer Störungen	25. - 26.03.11	14	Sarah Schiffer-Kuhne	195,-
Mund-, Ess- und Trinktherapie (MET) im Kindesalter	25. - 26.03.11	14	Susanne Renk	215,-

Für unsere Seminare und Weiterbildungen erhalten Sie Fortbildungspunkte.

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

*in Euro

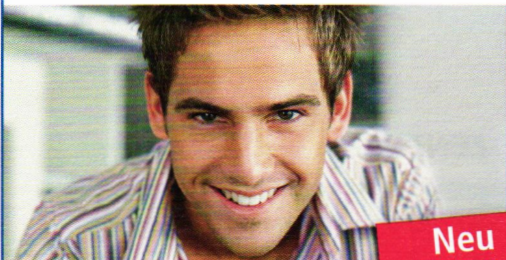
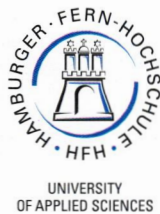
- **Ausbildung zur Gedächtnistrainerin/ zum Gedächtnistrainer**
Diese dreistufige Ausbildung nach ganzheitlicher Methode befähigt dazu, Gedächtnistrainingsgruppen zu leiten.
VA 70500F11
Kostenfreier Infonachmittag: 26.11.2010, 15h, VA 70501H10
- **Systemische Beratung in den Gesundheitsfachberufen**
Zwei Wochenendseminare mit Theorie und Praxis.
VA 70520F11
Kostenfreier Infonachmittag: 29.10.2010, 15h, VA 70520H10

Nutzen Sie Staatliche Zuschüsse von bis zu 500 € für Ihre Fortbildung bei uns!
Informationen unter www.bildungspraemie.info

Anmeldung, Seminarbeschreibungen:
N. Gerwien, ☎ 0421/ 44 99-748 n.gerwien@wisoak.de
Seminarinhalte: www.wisoak.de

Fordern Sie unseren Katalog an

Chancen nutzen – berufsbegleitend studieren.



Neu
ab 01.09.2010

Informieren Sie sich über unseren
berufsbegleitenden Sonderstudiengang

Health Care Studies (B.Sc.)

für Berufserfahrene

mit staatlicher Anerkennung und mindestens
10-monatiger beruflicher Tätigkeit in den Bereichen

- Ergotherapie,
- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege,
- Logopädie sowie
- Physiotherapie.

Infoline: 040/350 94 360

(mo.–do. 8–18 Uhr, fr. 8–17 Uhr)

www.hamburger-fh.de

diploma.de

Private staatlich anerkannte Fachhochschule

Bachelor Medizinalfachberufe

Zugangsberufe:
Physio-, Ergotherapeuten/innen
Altenpfleger/innen
Krankenpfleger/-schwester
Logopäden/innen u. a.

Doktoratsstudium

in Kooperation mit der UMIT

DIPLOMA FH-Nordhessen
Tel.: 0 56 52 / 58 77 70

Fernstudium (berufsbegleitend)



LIDCOMBE-PROGRAMM

FORTBILDUNG ZUR BEHANDLUNG FRÜHKINDLICHEN STOTTERNS

Dr. Christina Latterman und Bettina Freerk

Hamburg: 28.01.2011 - 30.01.2011

Heidelberg: 21.01.2011 - 23.01.2011

Weitere Informationen und Anmeldung: www.lattermann.net

tina@lattermann.net

bettina.freerk@arcor.de

Logopädin oder Sprachtherapeutin für vielseitige Aufgabenbereiche gesucht

- u. a.:
- stellvertretende Praxisleitung
 - Therapieansatz nach Zollinger
 - sel. Mutismus
 - Redeflussstörungen
 - Neurologie
 - Stimme

Interessante Informationen unter:
www.therapiezentrum-westerstede.de
Schriftliche Bewerbungen an:
Praxis Katrin Trappe
Gaststraße 19 a, 26655 Westerstede



Wir suchen eine

Logopädin / Sprachtherapeutin

Wir bieten: freundliches und engagiertes Team • ganzheitlicher Therapieansatz • großzügiger Fobitopf • QM • leistungsorientierte Bezahlung • Sekretärin • einen guten Ruf seit 1996.

Wir erwarten: Teamfähigkeit • Engagement • Offenheit • Freundlichkeit • Spaß an der Arbeit • Auto erwünscht.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
isula, Praxis für Logopädie J. Over, Pfalzgraf-Otto-Str. 21,
74821 Mosbach (liegt zwischen Heidelberg und Heilbronn)

Telefon 06261 2551 • logopaedie.over@t-online.de • www.isula-logopaedie.de

dbS-Informations- und Werbematerialien

NEU



„Sprachentwicklung ist mehr als ein Kinderspiel. Hilfen für Sprachanfänger“

Die zwölfseitige Broschüre richtet sich vor allem an Eltern und Erzieher oder Tagesmütter. Zunächst beschreiben die Autorinnen (Susan Schelten-Cornish und Hildegard Kaiser-Mantel) leicht verständlich Grundlagen der Sprachentwicklung wie Blickkontakt oder Gestik, die oftmals so selbstverständlich scheinen, dass man ihre hohe Bedeutung für den Spracherwerb vergisst. Anschließend wird in einzelnen Kapiteln die alltägliche Unterstützung der Sprachentwicklung in Produktion und Verständnis thematisiert, wobei sie sich auch an mehrsprachige Kinder und Familien richten. Mit vielfältigen Beispielen wird dem Leser verdeutlicht wie „sprachintensiv“ der Alltag mit Kindern ist und wie gut jede Interaktion zwischen Erwachsenem und Kind genutzt werden kann, um die Sprachentwicklung zu fördern, den kindlichen Spracherwerb zu unterstützen. Die anschaulichen Illustrationen von Elke Steinbach veranschaulichen die Informationen und machen Lust zu lesen und Kinder noch bewusster auf ihrem eigentlich so unbewussten Weg der Sprachentwicklung zu begleiten. Projektleitung von Dr. Ulrike de Langen-Müller (Referentin für Öffentlichkeitsarbeit) und Theo Borbonus (Referent für Bildung)

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

NEU



Mehrsprachigkeit

Die Broschüre „Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit“ ist ein Gemeinschaftsprojekt von dgs und dbS.

Sie gibt den Lesern einen Einblick in den Unterschied zwischen Erst- und Zweitspracherwerb und grenzt diesen vom bilingualen Spracherwerb ab. Anhand von Einzelfallbeispielen stellt sie exemplarisch diagnostische Parameter dar und gibt Hinweise zur Unterstützung der Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder.

Die Federführung für diese, auf dem aktuellen Stand der (Zweit-) Spracherwerbsforschung fußende, Publikation hatte Frau Dr. Drorit Lengyel, akademische Sprachtherapeutin dbS, übernommen.

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

dbS-Haftnotizblöcke



NEU

Preis je Haftnotizblock
zu je 50 Blatt in 68 x 70mm
= 0,50 € zzgl. Versandkosten

dbS-Terminblöcke



Preis je Terminblock
= 0,50 € zzgl. Versandkosten

dbS-Leinenbeutel



Preis je Leinenbeutel
= 1,00 € zzgl. Versandkosten

Die Broschüren, Flyer und Werbeartikel können Sie in der dbS-Geschäftsstelle bestellen. Gerne können Sie dazu unseren Bestellschein (<http://www.dbS-ev.de>) verwenden. | **Tel: 02841 / 988 919 - Fax: 02841 / 988 914 - info@dbS-ev.de**

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



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

Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

K 11772

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



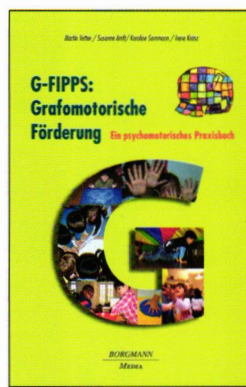
Andreas Leschnik

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



Martin Vetter / Susanne Amft / Karoline Sammann / Irene Kranz

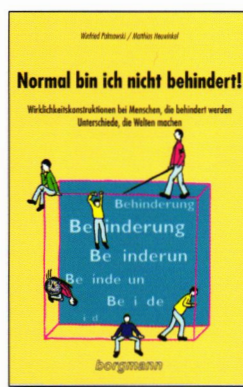
G-FIPPS: Grafomotorische Förderung

Ein psychomotorisches Praxisbuch

2010, 192 S., Format DIN A4, Klappenbroschur

ISBN 978-3-938187-52-4

Bestell-Nr. 9402, € 22,80



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

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

TIPP: Leseproben aller Neuerscheinungen im Internet ansehen unter:
www.verlag-modernes-lernen.de (Bestell-Nummer als Suchbegriff eingeben; PDF-Dateien Inhalt, Vorwort, Leseprobe herunterladen)

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