

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



Presbyphagie – im Alter wird alles schlechter?
Das alternde Schlucksystem als Vorbild für die
Dysphagietherapie

Janina Wilmskötter, Sönke Stanschus

Individualisierte Kommunikationsbücher
für die Sprachtherapie

Ralf Glindemann, Brita Krug

Hauptmerkmale eines entwicklungswirksamen Unter-
richtsangebotes für sprachbeeinträchtigte Kinder in der
Einschätzung von Experten

Anja Theisel, Christian W. Glück



Verbandsnachrichten dgs

Aus den Landesgruppen; dgs-Gütesiegel

Verbandsnachrichten dbs

Erfolge in der Akademisierungsdebatte;
Forschungssymposium; Praxistipp;
BKL im Bundesverband
Neurorehabilitation

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. 02841/9981910, Fax 02841/99819130
dbs-Fortbildungsabteilung: Tel. 02841/99819-20
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	Dr. Franziska Schlamp-Diekmann, Helene-Mayer-Ring 10, 80809 München, franziska.schlamp@gmx.net	Dr. 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	Sandra Neumann, Hamburg neumann@dgs-ev.de	Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Hamburg, Tel.: 040/7238390
Hessen	Karin Borgwald, Offenbach k.borgwald@dgs-hessen.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	Landesgeschäftsstelle, Susanne Fischer, 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 Schwarz, Blieskastel anice-vom-berg@t-online.de	s. Rheinland-Pfalz
Sachsen	Antje Leisner, Dresden dgs.sachsen@t-online.de	Katrin Philipp, Dresden philipp@dbs-ev.de
Sachsen-Anhalt	Antje Thielebein, Plößnitz antjethielebein@web.de	Beate Stoye, Halle stoye@dbs-ev.de
Schleswig-Holstein	Holger Kaack-Grothmann, Kiel kaack-grothmann@web.de	Nicola Schultheis, Kiel schultheis@dbs-ev.de
Thüringen	komm.: Fritz Schlicker (2. Bundesvorsitzender)	s. Sachsen
Westfalen-Lippe	Uta Kröger, Steinfurt u.kroeger@dgs-westfalen-lippe.de	Dr. Iris Knittel, Hagen knittel@dbs-ev.de

Sprachheilarbeit

Herausgeber

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

Satz und Gestaltung

Löer Druck GmbH, Schleeferstraße 14, 44287 Dortmund
Titelfoto: © Herby (Herbert) Me – Fotolia.com

Verlag

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG

Ein Unternehmen der **BORGSMANN® MEDIA GRUPPE**
Schleeferstraße 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. 11 vom 1.1.2012. Anzeigenleitung:
Gudrun Luck Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de, Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilkunde und akademische Sprachtherapie
www.sprachheilarbeit.eu

Redaktion

Dr. Uwe Förster, Hess. Oldendorf
Dr. Claudia Iven, Bergheim
Andreas Pohl, Laatzen
Anja Hackbarth, Frankfurt/M.
Dr. Michael Wahl, Berlin
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 zur 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. Reiner Bahr, Essen; Prof. Dr. Kerstin Bilda, Bochum; Prof. Dr. Gerhard Blanken, Erfurt; Prof. Dr. Otto Braun, Konstanz; Priv. Doz. Dr. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach; Dr. Ulrike de Langen-Müller, Passau; Prof. Dr. Iris Füssenich, Reutlingen; Dr. Barbara Giel, Köln; Prof. Dr. Christian Glück, Leipzig; Prof. Dr. Manfred Grohfeldt, 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. Ulrike M. Lüdtke, Hannover; Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch, Köln; Prof. 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 4 Hefte: Januar, April, Juli, Oktober.
(Anzeigenschluss: Heft 1-4 jeweils 1.12./1.3./1.6./1.9.)

Bezugsbedingungen

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

Copyright

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




Die *Spracheheilarbeit* erscheint seit zwei Jahren in neuem Gewand und neuem Konzept. Viel Zustimmung, Anerkennung und wissenschaftliche Reputation erfährt die SHA seitdem. Gemacht wird die Zeitschrift von Redakteurinnen und Redakteuren, die in ihrem Hauptberuf Sprachtherapeuten oder Sprachheillehrer, Wissenschaftler oder Schulleiter sind. Ein Ehrenamt soll das Leben bereichern – tut es meist auch – kann aber unter Umständen auch belastend wirken.


Genau das ist geschehen! Das Ehrenamt der Redakteurinnen und Redakteure unserer gemeinsamen *Spracheheilarbeit* wurde mehr und mehr zur Belastung für die Betroffenen. Eine fachwissenschaftlich hoch anerkannte, regelmäßig 6-mal im Jahr erscheinende Publikation wie die *Spracheheilarbeit* zu erstellen und gleichzeitig fortwährend erfolgreich das Niveau und das Erscheinungsbild derselben auch noch zu steigern, ist eine enorme Aufgabe. Schon lange schauen wir bewundernd und respektvoll auf diese Arbeit, die in den letzten Jahren von unseren Redakteurinnen und Redakteuren geleistet wurde, aber auch mit Sorge und der Frage: Wie lange geht das noch so? Nun geht es eben einfach so nicht mehr. Das Ausscheiden von Prof. Lüdtke im vorletzten Jahr, von Prof. Braun und Dr. Moriz im letzten Jahr und das von Dr. de Langen-Müller zum Jahresende 2011 haben uns deutlich gemacht, dass Veränderungen hier unumgänglich sind. An dieser Stelle möchten wir aber nicht vergessen, uns für die jahrelange intensive Arbeit der Redaktion ganz herzlich zu bedanken!

Hinzu kommen nun weitere Erschwernisse, mit denen jeder einzelne, aber auch jeder Verband zu kämpfen hat. Der Preisaufrtrieb aller Güter in den einzelnen Bundesländern hat sich deutlich beschleunigt. Die Lebenshaltungskosten im Land Baden-Württemberg lagen beispielsweise im Februar 2,4 Prozent über dem Vorjahreswert. Laut den Aussagen der Statistischen Landesämter stieg die Inflation zu Beginn des Jahres einer ersten Schätzung zufolge so stark wie seit zweieinhalb Jahren nicht mehr.

Warum erwähnen wir das? Nun, in diesen stürmischen Zeiten möchten wir Sie unbedingt weiterhin mit einer aktuellen, fachlich fundierten und in der Aufmachung attraktiven *Spracheheilarbeit* versorgen. Sie ist in der Diskussion einer sich verändernden bildungs- und gesundheitspolitischen Landschaft wichtiger denn je. Wir haben gehandelt. Konstruktive Anregungen der Redaktion aufgreifend, haben dbS und dGS in ihren jüngsten Gremiensitzungen umfassende Vorschläge zur Veränderung der *Spracheheilarbeit* und ihrer redaktionellen Arbeit eingebracht und solide Mehrheiten dafür gefunden. Für Sie, die Leser der *Spracheheilarbeit*, am augenscheinlichsten ist die Veränderung, dass zukünftig die *Spracheheilarbeit* 4- statt bislang 6-mal im Jahr erscheinen wird. Einmal pro Quartal werden Sie eine von der Seitenzahl und vom Inhalt her unveränderte SHA erhalten. Die zusätzliche Publikation spezieller Themenhefte wird eine feste Option, ebenso wie die geplante Publikation umfangreicherer „Doppelhefte“. Dies ist vor allem der Versuch, eine erträgliche ehrenamtliche Arbeitsbelastung für die Redaktion zu schaffen, verbunden mit der Möglichkeit, Kosten zu reduzieren.

Millionen Menschen tragen durch ehrenamtliche Tätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement zum Zusammenhalt in unserer Gesellschaft bei. Unsere Redakteure tun dies in einem ganz besonderen Maße, arbeiten sie mit uns gemeinsam doch letztlich zum Wohle und im Interesse von sprachlich Beeinträchtigten in unserem Lande. Wir bitten Sie um Verständnis für diese Veränderungen, wünschen unserer Redaktion weiterhin viel Kraft und Leidenschaft bei ihrer wichtigen Arbeit und Ihnen liebe Leserinnen und Leser, ebenso wie uns, weiterhin viel erkenntnisreiche Freude bei der Lektüre der *Spracheheilarbeit*.


Dr. Volker Maihack, dbS


Gerhard Zupp, dGS

Hauptbeiträge

Presbyphagie – im Alter wird alles schlechter? 2

Janina Wilmskötter, Sönke Stanschus

Individualisierte Kommunikationsbücher für die Sprachtherapie 12

Ralf Glindemann, Brita Krug

Hauptmerkmale eines entwicklungs-wirksamen Unterrichtsangebotes für sprachbeeinträchtigte Kinder in der Einschätzung von Experten 24

Anja Theisel, Christian W. Glück

Magazin

Originalbeiträge

Auf Wiedersehen Grundschule – Neue Schule, ich komme! 35

Irina Ruppert-Guglhör

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse 40

Link ins Internet 40

Medien 41

Rückblicke 44

Mitteilungen 45

Aus der Hochschule 45

Persönliches 46

Aus der Redaktion 53

Aktuelles

Aktuelles dbS 54

Aktuelles dGS 58

Termine 62



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



Presbyphagie – im Alter wird alles schlechter?

Das alternde Schlucksystem als Vorbild für die Dysphagietherapie

Presbyphagia – everything becomes worse with aging?

The aging swallowing system as a model for dysphagia therapy



Janina Wilmskötter, Karlsbad
Sönke Stanschus, Karlsbad

Zusammenfassung

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für die Ausbildung einer Schluckstörung deutlich an. Dies ist zum einen auf die Häufung von Erkrankungen im fortgeschrittenen Alter zurückzuführen und zum anderen auf normale physiologische Veränderungen des Schluckaktes während des gesunden Alterungsprozesses. Letzteres Phänomen wird mit dem Terminus „Presbyphagie“ bezeichnet. Bei hinzutretender Erkrankung stellt die Presbyphagie eine Prädisposition dar, die die Entstehung einer Dysphagie begünstigt. Aufgrund zahlreicher altersbegleitender neuromuskulärer Änderungen im gesamten Schlucksystem können bei älteren Personen an vielen Stellen funktionell-strukturelle Änderungen beobachtet werden, die sich vermeintlich negativ auf den Schluckvorgang auswirken. Die Frage, die sich für klinische Dysphagiologen ergibt, ist, wie das alternde Schlucksystem es dennoch schafft, die auftretenden Verschlechterungen dergestalt zu kompensieren, dass merkliche Gefährdungen der Atemwege und Beeinträchtigungen der Schluckeffizienz nahezu ausbleiben und das Schlucksystem weiterhin funktionsfähig bleibt. Hierbei spielen kompensatorische funktionelle Adaptationen des presbyphagischen Schlucksystems eine Rolle, die sich insbesondere im Bereich der Atemwegs- und -protektion abspielen. Diese Kompensationen im Rahmen des normalen Alterungsprozesses könnten möglicherweise Modell stehen für die Entwicklung neuer therapeutischer Ansätze in der Behandlung von dysphagischen Patienten.

Schlüsselwörter

Presbyphagie, Dysphagie, Physiologie, Rehabilitation, Kompensation

Abstract

Increased age substantially raises the risk of swallowing disorders. This is caused on one hand by an accumulation of diseases in advanced age and on the other hand by normal physiological changes of the swallowing system during the healthy aging process. The latter phenomenon is called “presbyphagia.” With a concurrent illness it constitutes a predisposition for dysphagia. As a consequence of several age-dependent neuromuscular changes in the swallowing system numerous functional and structural changes in the swallow of old people can be observed which will presumably have negative results on swallowing. For clinical dysphagiologists the question is how the aging swallowing system nevertheless is able to compensate for occurring deteriorations, so that no noticeable risk for the respiratory tract and swallowing efficiency can be detected in healthy older people. In this regard, compensatory functional adaptations of the presbyphagic swallowing system play a role especially in coordination and protection of the respiratory tract. These compensations within the normal ageing process may be understood as a model for the development of new therapeutic strategies in the treatment of swallowing disorders.

Keywords

Presbyphagia, Dysphagia, Physiology, Rehabilitation, Compensation

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

1 Einleitung

1.1 Zunahme der alten Bevölkerungsschicht

Die deutsche Wohnbevölkerung unterliegt in den nächsten 50 Jahren nach Angaben des statistischen Bundesamtes einer sukzessiven Zunahme des Anteils älterer Menschen. So stellen in 30 Jahren Personen, die 65 Jahre oder älter sind, bereits ein Drittel der gesamten deutschen Bevölkerung dar (siehe 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes, 2009). Die Zunahme alter Personen in Deutschland stellt vielfältige Herausforderungen an das gesamte Versorgungssystem. Aus Sicht des Gesundheitssystems machen alte Personen den größten Anteil der zu versorgenden Patienten aus: das Auftreten von Krankheiten und die pro Kopf anfallenden Krankheitskosten nehmen im Alter rasant zu (Statistisches Bundesamt 2010; siehe auch www.gbe-bund.de für weitere Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

1.2 Zunahme von Schluckstörungen im Alter

Parallel zur Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Wohnbevölkerung steigt das Auftreten von Schluckstörungen im Alter. Zahlen zur Auftretenshäufigkeit von Dysphagien im Alter sind schwierig zu ermitteln. Angaben zur Inzidenz schwanken zwischen 30 % und 68 %, je nach der jeweils zugrunde gelegten Definition einer Dysphagie, je nachdem in der Betrachtung zugrunde gelegten diagnostischen Vorgehen und je nach zugrunde gelegter Studienpopulation (vgl. Prosiel 2007; Kendall et al. 2004 b; Mendez et al. 1991; Steele et al. 1997). Dennoch scheint Übereinstimmung darin zu bestehen, dass insbesondere ältere institutionalisierte Menschen eine hohe Prävalenz von Schluckstörungen aufweisen (Prosiel 2007; Steele et al. 1997). So führten Steele und Kollegen bei 349 Bewohnern eines Altersheims (das Durchschnittsalter lag bei 87 Jahren) Mahlzeitensupervisionen durch und fanden auf der Grundlage klinischer Beurteilung bei 68 % aller Heimbewohner Hinweise auf eine Dysphagie (wie Husten, Würgen und/oder Erbrechen beim Essen, fehlender/langsamer Schluckvorgang und/oder orale Reste).

Wie Abbildung 1 darstellt, kann die Ursache der alterskorrelierten Zunahme von Dysphagien zwei Hauptursachen zugeschrieben werden:

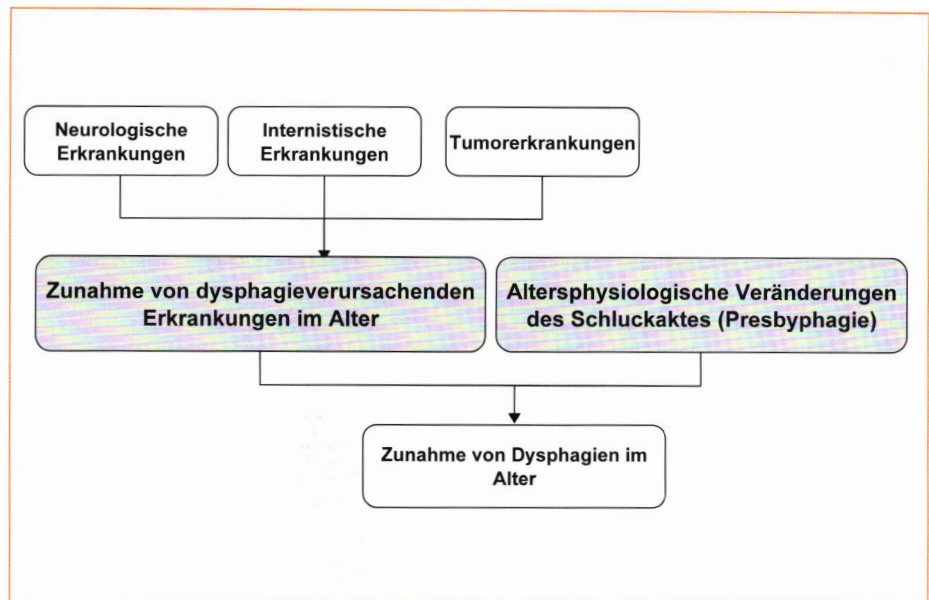


Abbildung 1: Zunahme von Dysphagien im Alter

- Einerseits treten im Alter vermehrt Erkrankungen auf (s.o.), darunter auch solche, die potentiell eine primäre oder sekundäre Dysphagie verursachen können (vgl. Volkert et al. 2004):
 - neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall (vgl. Berger 2001), Morbus Parkinson und Subkortikal-Arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE)
 - internistische Erkrankungen wie Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes und Refluxerkrankungen (vgl. Martino et al. 2011; Prosiel 2007; Kendall et al. 2004 b; Mendez et al. 1991)
 - Tumorerkrankungen
- Andererseits treten im Rahmen des gesunden Alterungsprozesses physiologische Veränderungen des Schluckaktes auf (Presbyphagie), die das Risiko erhöhen, bei hinzutretender Erkrankung eine Dysphagie zu entwickeln (vgl. Leslie et al. 2005; Strasser et al. 2000).

Im Zusammenwirken aller genannten physiologischen und pathophysiologischen Faktoren stellt die Gruppe geriatrischer Patienten für den klinisch arbeitenden Schlucktherapeuten in Zukunft das zu behandelnde Hauptklientel dar. Daher ist das genaue Verständnis der Synergie altersbegleitender Veränderungen und krankhafter Prozesse des Schlucksystems eine wichtige Voraussetzung, um eine adäquate und angemessene Behandlung gewährleisten zu können (Wilmskötter 2011). **Mangelnde Kenntnisse des Ausmaßes und der Auswirkungen einer Presbyphagie bergen das Risiko einer inkorrekten Diagnose und können im Ergebnis zu einer Überbehandlung von älteren Men-**

schen mit und ohne Schluckstörungen führen (vgl. Butler et al. 2009 b).

2 Presbyphagie

2.1 Veränderungen des Schlucksystems während des gesunden Alterungsprozesses

Als Presbyphagie werden altersspezifische Veränderungen des Schluckaktes bezeichnet, ohne dass eine Erkrankung und ohne dass damit primär eine Dysphagie als Folge einer solchen Erkrankung vorliegt. Die altersbedingten Veränderungen erstrecken sich sowohl auf morphologisch-anatomische Veränderungen als auch auf funktionell-biodynamische Veränderungen (Leslie et al. 2005).

Als Ursache für die im Alter eintretenden physiologischen Schluckaktveränderungen können spezifische körperliche Prozesse genannt werden, die u. a. zu einem generellen Kraftverlust der Schluckmuskulatur, insbesondere ab dem 60. Lebensjahr, führen können. Beispielsweise können eine Reduzierung des Muskeldurchmessers als Folge eines hormonellen Ungleichgewichtes und eine verminderte Nutzung der Halte- und Bewegungsmuskulatur zu einer altersbedingten Muskelatrophie beitragen (vgl. Burkhead et al. 2007). Weitere Ursachen können in neurogenen zentralen Veränderungen wie Änderungen in der kortikalen Schluckaktivierung (Humbert et al. 2009) und im Rückgang der Hypoglossus-Motoneuronen (Schwarz et al. 2009), in der Abnahme der Speichelpro-

duktion (vgl. Nagler & Hershkovich 2005), in der Abnahme der Bindegewebselastizität (vgl. Martino et al. 2011) und der Abnahme der oropharyngealen Sensibilität (Aviv et al. 1994) vermutet werden.

Die hier exemplarisch aufgeführten altersinduzierten körperlichen Veränderungen wirken sich auf wesentliche Funktionskreise aus, die für die Arbeit des Sprachtherapeuten relevant sind: auf die Stimmgebung, auf das Sprechen, auf die Atmung (siehe z. B. Ziegler 2011; Huber & Spruill 2008; Linville 1996; Hoit & Hixon 1987; Honjo & Isshiki 1980) und nicht zuletzt auf die Schluckfunktion.

Unter Betrachtung einzelner schluckrelevanter Strukturen können u. a. folgende in der Literatur diskutierte wesentliche Veränderungen aufgelistet werden, die für den Schluckvorgang spezifisch sind (Aufzählung angelehnt an Wilmskötter 2011):

- Zunge
 - Abnahme der maximalen Krafterzeugung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der notwendigen Krafterzeugung beim Schlucken: reduzierte Kraftreserve (Robbins et al. 1995)
 - Geminderte Zungenbasisretraktion (Logemann et al. 2002)
- Hyoid
 - Später einsetzende Hyoidverlagerung (weitläufig bezeichnet als spätere „Schluckreflextriggerung“), d. h. häufiger nicht vor Ankunft des Bolus im Hypopharynx (u. a. Martin-Harris et al. 2007; Kendall & Leonard 2001 a)
 - Längere Dauer zur Erreichung der maximalen Verlagerungsposition sowie Abnahme der Dauer des Anhaltens in der maximalen Verlagerungsposition unter Beibehaltung der Gesamtdauer der Hyoidverlagerung (Kendall & Leonard 2001 a)
- Larynx
 - Reduzierte supraglottische Sensibilität (Aviv et al. 1994)
 - Absenkung des Larynx (Leonard et al. 2004 b)
- Hyoid und Larynx
 - Larynxabstand zum Hyoid in Ruheposition erhöht (siehe oben: Larynxabsenkung) und Hyoid-Larynx-Approximation während des Schluckvorgangs reduziert (Leonard et al. 2004 a; 2004 b)
 - Muskelreserve der hyolaryngealen Bewegungen bei Männern geringer als bei Frauen (Logemann et al. 2002)
- Pharynx
 - Zunahme in Länge/Ausdehnung/Durchmesser (Leonard et al. 2004 b)

- Herabgesetzte Sensibilität (Aviv et al. 1994)
- Später einsetzende Pharynxkonstriktion in Relation zum Einsetzen des pharyngealen Transits (Kendall & Leonard 2001 b)
- Längere Oropharyngeale (OPT), Hypopharyngeale (HPT) und Pharyngeale (PT) Transitzeiten (Yokoyama et al. 2000; Leonard et al. 2004 a; Kendall & Leonard 2001 b)
- Oberer Ösophagusphinkter (Abnahme der Sphinktercompliance)
 - Reduzierte Öffnungsweite (Logemann et al. 2000; siehe aber Leonard et al. 2004 a für gegenteilige Befunde)
 - Reduzierter Ruhetonus (Herwaarden et al. 2003)
 - Zunahme der Häufigkeit von „CP bars“ (cricopharyngeale Engen) (Leonard et al. 2004 a)

Die aufgeführten körperlichen altersbegleitenden Veränderungen und ihre Manifestation als funktionelle Veränderungen prägen das Schlucksystem vor. Sie prädisponieren den alternden Menschen bei hinzutretender Erkrankung eine über eine Presbyphagie hinausgehende Dysphagie zu entwickeln. Das gesunde alternde Schlucksystem zeigt auch im Vergleich zum Schlucken junger Gesunder keine Schluckbeeinträchtigung in Form einer markanten Atemwegsgefährdung oder einer beeinträchtigten Boluspassage, die das Schlucken bestimmter Speisen oder Bolusvolumen verhindern würde. Symptomatisch für den Altersschluck ist zwar ein erhöhtes Auftreten von (in der Regel stillen) Penetrationen (insbesondere bei Flüssigkeiten, vgl. Daggett et al. 2006; Allen et al. 2010), allerdings kommt es eher nicht oder nur leicht vermehrt zum Auftreten von Aspirationen (e. d.; Butler et al. 2009 a; 2009 b). Das häufigere Eindringen von Speisen und Getränken in die Atemwege steht im Einklang mit Befunden von Aviv und Kollegen (1994), die eine Abnahme der pharyngealen und supraglottischen Sensibilität mit zunehmendem Alter fanden. Dieses Ergebnis korreliert zudem mit Befunden eines herabgesetzten Hustenreflex (vgl. Daggett et al. 2006) und einer später einsetzenden pharyngealen Schluckinitiierung im Alter. Desweiteren ist symptomatisch ein vermehrtes Auftreten von Residuen im Mundraum, in den Valleculae und in den Recessi Piriformes zu beobachten (Humbert et al. 2009; Leonard et al. 2004 a).

Insgesamt sind die Veränderungen des alternden Schlucksystems recht diskret und sollten keinen alleinigen Anlass für gesunde

alte Personen liefern, Schluckbeschwerden zu empfinden. **Da das alternde Schlucksystem jedoch durch die genannten physiologischen Veränderungen vorgeprägt ist, kann schon bei einer vergleichbar leichten hinzutretenden Erkrankung eine zusätzliche Schwächung von Körperfunktionen eintreten, die bei jungen Personen folgenlos bliebe, bei alten Menschen jedoch eine Dysphagie zur Folge hat.**

Interessanterweise zeigen insbesondere Männer ein höheres Risiko auf, im Alter eine Dysphagie auszubilden. Logemann und Kollegen (2002) fanden Hinweise, die für eine geringere muskuläre Reserve bei hyolaryngealen Bewegungen bei Männern im Vergleich zu Frauen sprechen. Im Gegensatz zu Frauen zeigten Männer mit zunehmendem Alter geringere Verlagerungsbewegungen des Hyoids und des Larynx. Werden alte Personen durch hinzukommende Erkrankungen geschwächt, scheinen daher insbesondere Männer durch ihren altersbedingten Verlust an Muskelreserve einem noch höheren Risiko für die Ausbildung von Dysphagien ausgesetzt zu sein.

2.2 Kompensationsmechanismen des alternden Schlucksystems

Wie zuvor beschrieben unterliegt das alternde Schlucksystem zahlreichen anatomischen und biodynamischen Restriktionen bzw. Verschlechterungen. Aus therapeutischer Behandlungsperspektive äußerst interessant stellen sich jedoch solche Veränderungen des Altersschluckes dar, die bestimmte Bereiche des Schluckens modifizierend kompensieren oder sogar verbessern. Diese beobachtbaren Änderungen im Schluckablauf sind vermutlich nicht primär Folge der neuromuskulär altersbedingten Verschlechterungen, sondern können als Eigenkompensationen der Schluckphysiologie eingestuft werden, die der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Schlucksystems dienen.

Bevor wir weiter unten näher auf einzelne dieser Eigenkompensationen eingehen, soll in einem kurzen Exkurs erläutert werden, warum manche der altersbedingten Änderungen des Schluckablaufs als Kompensationen eingestuft bzw. mit diesem Begriff kategorisiert werden können.

Bartolome (2006) beschreibt im Rahmen der Darlegung der Prinzipien und Methoden der funktionellen Dysphagie-therapie (FDT) mit kompensatorischen Therapieverfahren „Änderungen des Schluckverhaltens“ (S. 326). Die dort vorgestellten Therapieverfahren wie Haltungsänderungen (z. B. Kopfnei-

gung) und spezielle Schlucktechniken (z. B. kräftiges Schlucken) dienen nach der Autorin der Kompensation, mit deren Hilfe „der Bolustransfer trotz bestehender Funktionseinbußen so verändert“ wird, „dass effizientes und aspirationsfreies Schlucken möglich wird“ (S. 326). Somit handelt es sich bei diesen kompensatorischen Therapieverfahren um explizit als Behandlungsstrategien eingestufte Verfahrensweisen, die durch den Patienten, selbstständig, oder durch den Therapeuten vermittelt, eingesetzt werden, um durch eine bewusste Manipulation des Schluckverhaltens die damit angezielte Wirkung der Optimierung des Schluckens zu erreichen.

Die kürzlich in Wilmskötter (2011) vorgestellten und hier fortgesetzt als Kompensation bezeichneten altersbedingten Änderungen im Schluckablauf sind anderer Natur. Es handelt sich hierbei um in Studien zur Schluckphysiologie entdeckte altersbedingte Veränderungen. Ihr Nachweis gelang primär durch messtechnisch gewonnene Daten aus vergleichenden apparativen Untersuchungen des Schluckaktes gesunder Probanden unterschiedlicher Altersgruppen über eine Reihe unterschiedlichster Forschungsarbeiten.

Ausgehend von den hier vorgestellten Überlegungen ergeben einige der weiter unten vorgestellten physiologischen Veränderungen ein Muster in dem Sinne, dass sich diese vorteilhaft auf die Schlucksicherheit und Schluckeffizienz im gegebenen Rahmen des Altersschlucks auswirken. Diese unter diesen Umständen „positive“ Gruppe von Veränderungen steht einer anderen Gruppe mit eher negativen Auswirkungen von altersbedingten Veränderungen des Schluckablaufs ausgleichend gegenüber, so dass von einer sich gegenseitig aufhebenden, oder einer mindestens dämpfenden Wirkweise von Änderungen gesprochen werden kann. Das Ausmaß jeder dieser Veränderungen, ob positiv oder negativ, kann individuell unterschiedlich ausgeprägt sein, und unter anderem auch in Abhängigkeit von eingeschluckten Bolustypen und in Abhängigkeit der Ess- und Trinksituation variieren. Ebenso scheinen die Veränderungen in ihrem Wirkungsgrad – ob vermeintlich verschlechternd oder ausgleichend verbessernd – abhängig von dem sie einbettenden motorischen System. So kann die gleiche Veränderung einer Funktion (z. B. eine verlängerte laryngeale Verschlussdauer) für den Altersschluck eine Erhöhung der Sicherheit bedeuten, für den Normschluck einer jungen Person jedoch ein unnötiger Energieaufwand und damit Effizienzverlust.

Die Änderungen, die wir am Beispiel der Presbyphagie einer Gruppe mit „positiven“ Auswirkungen zurechnen wollen, weil sie vermeintlich „negative“ Auswirkungen anderer altersbedingter Änderungen ausgleichen, wollen wir als selbstregulative „Kompensationen“ oder als „Eigenkompensationen“ (s.u.) des Körpersystems begreifen. Diese Begriffsverwendung geschieht in Analogie zur angloamerikanischen Literatur, in der in zahlreichen Arbeiten ebenfalls diese Terminologie zur Beschreibung solcher Prozesse verwendet wird (siehe u. a. Leslie et al. 2005; Logemann et al. 2002; Kendall & Leonard 2001 a). Die selbstregulativen Kompensationen unterscheiden wir von den in Bartolome (2006; s.o.) bezeichneten Kompensationen insofern, als dass diese ohne bewusstes Zutun der betroffenen Person und ohne Zutun einer helfenden Person auftreten. Stattdessen erfolgen sie spontan, regelmäßig, stabil, präzise und quasi automatisiert als Folge kontinuierlich über die Zeit erfolgter physiologischer Anpassungsprozesse. Diese selbstregulativen Kompensationen können als Ausdruck der Fähigkeit des Körpersystems verstanden werden, Reserven zu mobilisieren, damit es trotz Alterung (bei ansonsten erhalten gebliebener Gesundheit) möglich bleibt, bestimmte lebensnotwendige Körperaktivitäten wie Schlucken weiterhin erfolgreich auszuführen. Von einem erfolgreichen Schlucken ist, um in den Worten von Bartolome (2006; s.o.) zu bleiben, sicherlich immer dann zu sprechen, wenn ein „effizientes und aspirationsfreies Schlucken“ von Speisen und Getränken gewährleistet ist. In diesem Wirkenerfolg unterscheiden sich die in Bartolome beschriebenen therapeutischen Kompensationen von denen an diesem Ort beschriebenen selbstregulativen und altersassozierten Kompensationen nicht.

Widmen wir uns nun im Folgenden einzelnen solcher von uns als „Kompensationsmechanismen des alternden Schlucksystems“ bezeichneten altersinduzierten gutartigen Änderungen des Schluckablaufes, wie sie sich aus dem Stand der klinischen Forschung zur Zeit ermitteln lassen.

Ein erster Kandidat für die Einstufung als selbstregulativer Kompensationsmechanismus des alternden Schlucksystems ist das Verhalten, dass im höheren Alter u. a. eine verlängerte intradeglutitive Apnoephase und eine verlängerte laryngeale Verschlusszeit auftreten (Rademaker et al. 1998; Leslie et al. 2005). Diese sind wahrscheinlich nicht Folge der im Alter eintretenden Muskelschwäche und verzögerten Reaktionszeit, sondern können als Kompensationen für die

im Alter auftretenden verlängerten pharyngealen Transitzeiten (Yokoyama et al. 2000; Leonard et al. 2004 a) und für die im Alter auftretende verkürzte Dauer der maximalen Hyoidverlagerung (Kendall & Leonard 2001 a) (vgl. Tabelle 1) verstanden werden. Ein weiteres Beispiel einer Eigenkompensation ist die bei alten gesunden Personen beobachtete höhere Maximal-Position des Hyoids. Dies kann als Kompensation für folgende altersinduzierte Änderungen von Schluckaktereignissen gedeutet werden (vgl. Kendall & Leonard 2001 a):

- Tiefere Larynxposition
- Verkürzte Dauer der maximalen Hyoidverlagerung
- Reduzierte Öffnungsweite des oberen Ösophagussphinkters (OÖS)

Die Deutung der höheren Maximal-Position des Hyoids als Eigenkompensation liegt nahe, da die genannten altersinduzierten Veränderungen allesamt in einem engen koordinativen Zusammenhang stehen:

So wird die Öffnung des OÖS u. a. direkt durch die Verlagerungsmechanik des Hyoids bewirkt (vgl. Daniels & Huckabee 2008). Weitere Überlegungen zu altersphysiologischen Prozessen, die als Kandidaten für Kompensationen verschlechterter altersbedingter Schluckaktprozesse eingestuft werden können, finden sich in Tabelle 1. Es sollte darauf hingewiesen sein, dass der Status der Überlegungen noch rein spekulativer Natur ist: Dies soll am Beispiel der Einstufung der tendenziell längeren Öffnung des OÖS als Kompensationsmechanismus als Folge der altersinduzierten verminderten Öffnungsweite erläutert werden. Eine verlängerte Öffnungsdauer kann ebenso als direkte Folge der von zahlreichen Autoren benannten beeinträchtigten Ösophagussphinktercompliance aufgrund einer Degeneration des cricopharyngealen Muskels interpretiert werden (vgl. Shaw et al 1995; Herwaarden et al. 2003). Für das Vorliegen einer Eigenkompensation sprechen nur indirekte Indizien: so finden sich neben einer verlängerten Öffnungsdauer auch eher erhöhte pharyngeale Kontraktionskräfte vor, die dem Effekt der reduzierten Öffnungsweite des ÖOS und der tieferen Larynxposition derart entgegenwirken, dass im Vergleich zu jungen Personen bei älteren Menschen nur geringfügig mehr orale und pharyngeale Reste feststellbar sind (Humbert et al. 2009; Leonard et al. 2004 a; Robbins et al. 1992).

Vermutlich sind die hier als Kompensationsmechanismen eingestufteten Schluckaktänderungen dafür verantwortlich, dass

das Schlucksystem im Alter trotz der Einschränkungen in diversen Schluckabläufen, die Sicherheit und Effizienz des Schluckens aufrecht erhält und ausreichend funktionsfähig bleibt.

So kann beispielsweise durch die effektive Kompensation des Systems auf Ebene der Atemwegsprotektion erklärt werden, warum es im Alter trotz vermehrtem Auftreten von Penetrationen zu einem kaum vermehrten Auftreten von Aspirationen kommt.

3 Implikationen für die Dysphagietherapie

3.1 Können Kompensationsmechanismen Ideengeber für die Dysphagietherapie sein?

In der rehabilitativen Dysphagietherapie steht bisher leider nur ein sehr begrenztes Methodenspektrum zur Verfügung, das in

der klinischen Praxis zudem häufig patientenspezifischen Restriktionen (wie z.B. der Limitierung von Kopfbewegungen bei halswirbeloperierten Patienten als Folge der (Teil-)Fixation von Halswirbeln durch Instrumentation (u.a. beim Shaker-Manöver ausschlaggebend) oder der Durchführungs-limitierung komplexer Schluckmanöver bei kognitiv beeinträchtigten Patienten) unterliegt. Umso wichtiger ist es daher, Ideen für neue Ansätze und Methoden zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wollen wir diskutieren, ob aus presbyphagischen Charakteristika mit besonderem Augenmerk auf die hier vorgestellten Kompensationsmechanismen (vgl. Wilmskötter 2011) neue Therapieansätze abgeleitet werden können.

Unser Ansatz, sich zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden an (beeinträchtigten) Schlucksystemen und damit assoziierten Kompensationsmechanismen zu orientieren, um so einen Ideen-Pool für die Entwicklung von Rehabilitationsstrategien herzustellen, ist in der Dysphagiologie nicht ohne Vorbild. So ergab sich das Masako-Manöver (Zungenhalte-Übung) durch Beobachtungen der Gruppe um Fujii und Kollegen (1995, 1996) bei Patienten mit Zungen(teil)resektionen nach Tumoren, die als Folge dieser Operation spontan (d.h. ohne therapeutisches Einwirken) eine verstärkte Vorwölbung der Pharynxhinterwand beim Schlucken im Vergleich zu Personen ohne Resektionen entwickelten. Die verstärkte Pharynxhinterwandbewegung stellte sich der Forschergruppe so als eine Kompensation für den bei dieser Patientengruppe ansonsten fehlenden Zungen-Rachen-Abschluss beim Schlucken dar. Fujii und Kollegen entwickelten daraufhin eine Übung, die die anatomischen Gegebenheiten dieser Patientenstichprobe zu simulieren suchte (durch das Einklemmen der Zunge zwischen den vorderen Zähnen). In einer sich daran anschließenden experimentellen Therapiestudie konnten sie bei gesunden Probanden dann ähnliche signifikante Effekte in der Vorwärtsbewegung der Pharynxhinterwand feststellen.

Ähnlich verhält es sich mit der in unserer klinischen Videofluoroskopie-Praxis häufig beobachtbaren verlängerten Larynxverlagerung u.a. bei Patienten mit einer geminderten Compliance des oberen Ösophagus-sphinkters. Eine Vielzahl von Patienten mit der genannten Dysfunktion stellen sich in der Videofluoroskopie bereits mit Strategien zur besseren Bewältigung des beeinträchtigten ösophagealen Abschluckens (z. B. längeres Halten des hyo-laryngealen Komplexes im Verlagerungsmodus) vor, obwohl zuvor

1. Funktionelle Beeinträchtigungen, die eine vermeintlich verschlechternde Wirkung haben	2. Funktionelle Beeinträchtigungen, die eine hypothetisch kompensierende Wirkung zu 1. haben
Verlängerte Oropharyngeale und Hypopharyngeale Transitzeit (Yokoyama et al. 2000; Leonard et al. 2004 a)	Verlängerte intradeglutitive Apnoephase (Leslie et al. 2005; Martin-Harris et al. 2005) Verlängerte laryngeale Verschlussdauer (Rademaker et al. 1998)
Kürzere Dauer der maximalen Hyoidverlagerung (Kendall & Leonard 2001 a)	Verlängerte intradeglutitive Apnoephase (Leslie et al. 2005; Martin-Harris et al. 2005) Verlängerte laryngeale Verschlussdauer (Rademaker et al. 1998) Hyoid nimmt höhere maximale Position ein (Effekt scheint abhängig von Bolusvolumen und Geschlecht) (Kendall & Leonard 2001 a; Leonard et al. 2004 b; Logemann et al. 2002; siehe jedoch Logemann et al. 2000, für gegenteilige Annahmen)
Spätere Initiierung des pharyngealen Schlucks (Martin-Harris et al. 2007; Kendall & Leonard 2001 a, Logemann et al. 2000; Robbins et al. 1992)	Tendenziell früher einsetzende intradeglutitive Apnoephase (Hiss et al. 2004) Früher einsetzender supraglottischer Verschluss (nachgewiesen bei Bolusmengen von 20ml) (Kendall & Leonard 2001 c; Kendall et al. 2004 a)
Tiefere Larynxposition (Leonard et al. 2004 b)	Siehe Spalte 1 Kürzere Dauer der maximalen Hyoidverlagerung
Reduzierte OÖS-Öffnungsweite (Logemann et al. 2000; Shaw et al. 1995; siehe aber Leonard et al. 2004 a für gegenteilige Befunde)	Siehe Spalte 1 Kürzere Dauer der maximalen Hyoidverlagerung; und: Tendenziell längere Öffnungsdauer des oberen Ösophagus-sphinkters, bei Frauen mehr als bei Männern (Leonard et al. 2004 a; Robbins et al. 1992; Logemann et al. 2002; aber siehe Logemann 2008 mit gegenteiliger Annahme)
Beeinträchtigte OÖS Compliance (Herwaarden et al. 2003; Logemann et al. 2000; Shaw et al. 1995)	Erhöhte und längere pharyngeale Kontraktion (Herwaarden et al. 2003, siehe aber Leonard 2004 a, für gegenteilige Ergebnisse)

Tabelle 1: mögliche Kompensationsmechanismen des Schluckaktes zur Atemwegsprotektion bei zunehmendem Alter (angelehnt an Wilmskötter 2011)

kein bewusstes oder explizites Training des Mendelsohn-Manövers stattgefunden haben konnte. Ebenso können wir in der Klinik der Schluckstörungen häufig kompensatorische Kopfhaltungen beobachten, die Patienten ohne zuvor erfolgte externe Intervention unbewusst einsetzen. Beispielsweise zeigen Patienten mit Defiziten in der Öffnung des oberen Ösophagusphinkters (OÖS) oftmals genau im Moment der intrasphinkterellen Boluspassage (auf Höhe des pharyngo-ösophagealen Übergangs) eine häufig nur diskrete und sehr kurze anterior verlagerte (inklinierende) Kinnbewegung, die möglicherweise unterstützende Zugkraft auf den OÖS während der Öffnungsphase mit sich bringt, und im Effekt das drohende Entstehen eines pharyngealen Restes erst durch diese Bewegung gerade noch vermeiden hilft.

Sowohl das Masako-Manöver, als auch das Mendelsohn-Manöver und spezifische Kopfhaltungen, die zum hochfrequent eingesetzten Repertoire eines Dysphagie-therapeuten gehören, finden ihre Analogie bei therapeutisch unbehandelten Patienten mit bildgebend dokumentierten Schluckstörungen. Die Liste solcher spontanen Kompensationsmechanismen kann fortgeführt werden. Auch wenn dieser Aspekt hier nicht im Mittelpunkt unserer Ausführungen steht, so halten wir in der Gesamtbetrachtung des spontanen Schluckverhaltens von Menschen die Frage für bedeutsam, inwiefern sich parallel zu den hier diskutierten schluckintegrierten Kompensationsmechanismen bei Patienten auch bewusste oder unbewusste adaptative Verhaltensweisen beobachten lassen. In Ergänzung zu den in Bartolome (2006) beschriebenen „Adaptiven Verfahren“ (z. B. diätetische Maßnahmen, vgl. S. 336 ff), die eine „Anpassung der Umwelt an die Behinderung“ bedeuten, und wiederum wie auch die von Bartolome (2006) beschriebenen therapeutischen Kompensationen Ausdruck methodisch fundierten schlucktherapeutischen Zutuns sind, finden sich bei vielen Dysphagie-Patienten häufig adaptive Verhaltensweisen, die ohne jeglichen Kontakt zu Schlucktherapeuten naiv in das spontane Ess- und Trinkverhalten eingeflossen sind. Viele Ideen und Konzepte zur Gestaltung und zum Aufbau einer Dysphagie-Diät in klinischer Anwendung, wie z. B. die Diätstufen für Dysphagiepatienten im SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (Hagenbrock & Ochmann 2011), erhalten Schlucktherapeuten u. a. durch Patienten, die von ihren eigenen Präferenzen beim Essen und Trinken berichten. Sofern anamnestisch gesichert, sind diese Präferenzen

oftmals nicht von Schlucktherapeuten beeinflusst und müssen in diesen Fällen als Eigenadaptionen verstanden werden. Eine Vielzahl von Patienten mit bereits länger andauernden Schluckstörungen (z. B. zervikale Dysphagien als Folge von Halswirbeloperationen, bei Vorliegen einer ALS, bei Vorliegen progredienter Schluckstörungen anderer Genesen, oder auch bei Vorliegen von Schluckstörungen in der Folge der Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren) kann auf der Grundlage spontanen und leidvollen, zum Teil auch recht sorgfältigen und methodischen Experimentierens genaue Angaben dazu machen, welche Konsistenzen und Volumen nur „schwer“ und welche „gut“ zu schlucken seien. Diese Angaben können Patienten machen, ohne dass sie je zuvor mit einem Schlucktherapeuten Kontakt gehabt hätten. Bei ähnlicher Ausprägung und Ätiologie der zugrunde liegenden Erkrankung decken sich häufig die Angaben der Patienten in der Nennung spezifischer Nahrungsmittel. Diese Erkenntnis wirkt nur auf den ersten Blick trivial: Anamnestische Angaben dieser oder ähnlicher Natur können dem Schlucktherapeuten zur eigenen Wissenserweiterung in dem komplexen Problembereich der Ernährung von dysphagischen Menschen dienen und folglich direkt zur systematischen Optimierung der in der klinischen Versorgung angebotenen Schluckdiäten genutzt werden.

Für die Entwicklung von Behandlungs- und Managementstrategien ist demzufolge das gezielte Aufgreifen und die Übernahme von spontanen Kompensationen und spontanen Adaptionen, die unsere Dysphagie-Patienten zeigen, um mit ausgeprägten Schluckstörungen zurechtzukommen, kein neues Konzept in der Dysphagie-therapie. Der Patient selbst kann und sollte, so unsere Auffassung, klinischen Dysphagiologen als Modell dienen. Die Bedeutung und das Potential eines solchen Vorgehens für die Entwicklung neuer Ansätze für die (rehabilitative) Dysphagie-therapie kann nicht überschätzt werden.

3.2 Presbyphagie als Ideengeber für Ansätze in der Dysphagie-therapie?

Ob und inwiefern das alternde Schlucksystem ebenfalls ein Vorbild analog zu den oben genannten Beispielen sein kann, ist Teil der nachfolgenden Diskussion. Unter dieser Betrachtungsweise scheint uns der Umgang des alternden Schlucksystems mit den altersinduzierten Veränderungen der Schluckabläufe besonders interessant.

Auffällig ist hierbei die überzufällig wirkungsvolle Ausbildung von Mechanismen, die strukturell-funktionellen Verschlechterungen entgegenwirkt. Ein Großteil der als Kompensationsmechanismen einstuftbaren Strategien scheint der direkten Atemwegsprotektion zu dienen. Z. B. wird zwar im Alter ein später einsetzender pharyngealer Schluck beobachtet, allerdings zeigen sich ebenso ein früher einsetzender Atemwegsverschluss und eine früher beginnende Apnoephase. Letztere können als Kompensationsmechanismen der tendenziell späteren pharyngealen Schluckinitiierung entgegenwirken. Ein weiteres Beispiel stellen die im Alter beobachtbaren verlängerten Bolustransitzeiten dar. Bolustransitzeiten beschreiben die Dauer, die der Bolus für die Passage durch bestimmte oropharyngeale Abschnitte benötigt. Im Alter benötigt der Bolus insgesamt länger für die Passage durch den Oropharynx. Die längere Präsenz in den oberen Atemwegen kann folglich die Gefahr für ein Eindringen des Bolus in die unteren Atemwege erhöhen. Allerdings gehen mit den verlängerten Transitzeiten folgende im Alter ebenfalls zu beobachtenden funktionellen Veränderungen einher, die als Kompensationsmechanismen einstuftbar sind, weil sie möglichen negativen Auswirkungen der verlängerten Transitzeiten entgegenwirken: eine verlängerte laryngeale Verschlussdauer und eine verlängerte Apnoephase.

Viele beobachtbare altersbedingte Veränderungen haben eine ähnliche Wirkrichtung, so dass es dem Kliniker fast so erscheint, als ob das Körpersystem bestimmte altersbedingte Veränderungen priorisiert. Diese „Priorisierung“ können sich Kliniker zum Vorbild für ihre Therapieplanung machen: obwohl zahlreiche biodynamische und anatomische Veränderungen im gesunden Alterungsprozess eintreten, die wie eine direkte Bedrohung für die unteren Atemwege wirken und weitere Einschränkungen in der Boluspassage im Ösophagusphinkterbereich und in der Schluckeffizienz¹ zur Folge haben, scheint das Schlucksystem im Alterungsprozess vorzugsweise solcherlei Feinjustierungen vorzunehmen, die sich synergistisch auf den Erhalt der Atemwegsprotektion auswirken. Das Phänomen der Presbyphagie liefert demnach Hinweise auf

¹ Die Schluckeffizienz beschreibt das Verhältnis zwischen dem durch den OÖS abgeschluckten Bolusanteil zur dafür benötigten oropharyngealen Bolustransitzeit. Bekannt ist, dass mit zunehmendem Alter der Schluckakt gemessen in Transitzeiten länger andauert und tendenziell mehr Residuen im Mundraum, den Valleculae und den Recessi Piriformes verbleiben. In Folge dessen kann von einer tendenziell geminderten Schluckeffizienz im Alter ausgegangen werden.

eine Priorisierung des Atemwegschutzes, um das Schlucksystem weiterhin funktionsfähig zu halten und macht sozusagen exakte „Vorschläge“, um mit spezifischen „Mängeln“ umzugehen. Diese Beobachtung natürlichen Kompensationsverhaltens könnte in der Behandlung von Dysphagiepatienten seinen Niederschlag finden. Das häufige in der Schluckbehandlung anzutreffende undifferenzierte Einsetzen von direkten Behandlungstechniken bei spezifischen Dysfunktionen (z. B. wie bei dem einst weit verbreiteten Einsatz der Thermal-Taktilen-Stimulation (TTS) zur Behandlung einer verspäteten Schluckinitiierung²) könnte ersetzt oder zumindest stetig ergänzt werden durch die Förderung adäquater kompensatorischer Mechanismen (z. B. der Förderung einer früheren Elevation der aryepiglottischen Falten oder eines früheren Beginns der Schluckapnoe). Für eine Fokussierung auf laryngeale Verschlussmechanismen in der Dysphagietherapie sprechen auch Befunde von Park et al. (2010). Sowohl für eine späte Initiierung als auch für die Dauer des Laryngealen Verschlusses (ILC=Initiation of Laryngeal Closure; LCD=Laryngeal Closure Duration) konnte ein Zusammenhang mit dem Auftreten von Aspiration bei Schlaganfallpatienten nachgewiesen werden. Aspirierende und Nicht-aspirierende Schlaganfallpatienten unterschieden sich zudem signifikant in Bezug auf die ILC.

Die Befundlage zur Presbyphagie als auch die exemplarisch genannte Studie von Park und Kollegen (2010) verweisen darauf, dass das Schlucksystem Aspiration insbesondere durch Justierungen an Mechanismen der Atemwegsprotektion, wie dem laryngealen Verschluss oder der intradeglutitiven Apnoephase, effektiv verhindern bzw. reduzieren kann. Dies erscheint zunächst trivial, nicht jedoch dann, wenn die Atemwegsprotektion in den Mittelpunkt der Schluckbehandlung zu rücken ist, auch wenn primär gar keine entsprechende Dysfunktion zugrundeliegt. **Eine Priorisierung der Entwicklung und des Einsatzes von rehabilitativen und/oder kompensatorischen Therapiestrategien, die den Atemwegsschutz zum Ziel haben, ohne dabei wie sonst in traditioneller Weise in der Therapie auf die**

primären funktionellen Dysfunktionen an anderen Stellen des Schluckapparates einzugehen, könnte für viele Dysphagie-Patienten von besonderem Nutzen sein.

Denn die neuromuskuläre Steuerung der Atemwegsprotektion beim Schlucken scheint bis zu einem gewissen Grad sehr flexibel und anpassungsfähig zu sein (dies zeigen presbyphagische Veränderungen, aber auch Veränderungen der Atemwegsprotektion bei unterschiedlichen Bolusvolumen (vgl. Daniels & Huckabee 2008)). Daher mag hier für den Schlucktherapeuten ein besonderes rehabilitatives Potential schlummern, das womöglich auf anderen strukturell-funktionellen Ebenen des Schluckaktes nicht zu erwarten ist. Insbesondere für ältere Patienten, die bereits vorgeprägte strukturell-funktionelle Änderungen aufweisen, kann diese Überlegung von hohem Nutzen sein. Folgende Empfehlungen könnten aus der Presbyphagie als Kompensationsmodell abgeleitet werden:

1. gegebenenfalls ist ein Versuch, eine adäquate funktionelle Kompensation einzuleiten, gewinnbringender, als sich auf die direkte Behandlung der zugrunde liegenden Dysfunktion zu konzentrieren
2. gegebenenfalls sollte zumindest bei Patienten mit einer Atemwegsgefährdung unabhängig von der zugrunde liegenden Dysfunktion und unabhängig von einer (ggf. vorübergehenden) vorliegenden Verschlechterung der Mechanismen in dem Bereich des Atemwegsschutzes stets das primäre Augenmerk auf direkte Mechanismen der Atemwegsprotektion gelegt werden (dies könnte Methoden umfassen, die verschiedene Ebenen der Atemwegssicherung betreffen, wie die Arytenoid-Bewegung, der Glottisverschluss, die Epiglottiskippung, die Schluckapnoe, etc.).

Bei Überlegungen zur Förderung der Atemwegsprotektionsmechanismen sollten synergistische anatomische Verbindungen des gesamten Schlucksystems nicht unterschätzt werden. So sind sekundär Effekte auf die Atemwegsprotektionsmechanismen auch durch die Förderung von Strukturen zu erwarten, die in neuromuskulärer Verbindung zum Larynxkomplex stehen. Beispielsweise beeinflusst die Hyoid Verlagerung und auch die Zungenbasisretraktion den laryngealen Verschluss, da die Epiglottiskippung u. a. durch diese Bewegungen bedingt wird. Der Glottisverschluss wird ebenso von der Larynx-elevation beeinflusst. Daher lassen beispielsweise Therapiemethoden wie das Kopf-Hebe-Manöver (Shaker-Übung; Shaker et al. 1997) oder das Mendelsohn-

Manöver, die primär die anteriore und/oder superiore Hyoid- und Larynx-Verlagerung fördern, darüber hinaus auch sekundäre Effekte auf der Ebene der Atemwegsprotektion erwarten. Allerdings wurde das Shaker-Manöver bislang noch nicht ausreichend detailliert im Hinblick auf seine Effektivität auf die einzelnen laryngealen Verschluss Ebenen untersucht, und auch für das Mendelsohn-Manöver konnten ebenfalls noch keine abschließend überzeugenden Daten für den Nachweis rehabilitativer Effekte präsentiert werden (zu einer Diskussion der Nachweisproblematik beim Mendelsohn-Manöver siehe Bauer & Peter 2011; 2009). Ein systematischer Nachweis solcher rehabilitativer Effekte sollte daher Teil zukünftiger Untersuchungen dieser Methoden sein.

Welche Methoden zum Zwecke einer rehabilitativen Therapie der Atemwegsschutzmechanismen schlussendlich eingesetzt werden können, ist unklar.

Systematische Evaluationen von rehabilitativen Therapiemethoden und ihrer Effektivität auf spezifischen Ebenen der Atemwegsprotektion, wie z. B. im Hinblick auf eine Verlängerung der laryngealen Verschlussdauer, einer zeitigeren aryepiglottischen Elevation, einer früheren oder längeren Apnoephase, fehlen unseres Wissens nach in der aktuellen Evidenzlage. Kompensatorische Strategien wie „chin tuck“ (Kopf zur Brust), Mendelsohn-Manöver oder (super-)supraglottisches Schlucken können im Moment der Anwendung der Behandlungstechnik eine vorübergehend veränderte Atemwegsprotektion erreichen (siehe z. B. Logemann 1986; vgl. Park et al. 2010). Ob und wie diese Maßnahmen zuverlässig durchführbar sind (siehe z. B. Steele et al. 2011 für eine Diskussion zur Anwendung des Kopf-zur-Brust-Manövers) und inwiefern sich die durch die Durchführung hervorgerufenen Änderungen der Physiologie auch langfristig ausbilden und damit rehabilitativen Charakters sind, ist noch nicht nachgewiesen. Lediglich einzelne, jedoch nur unzureichend evaluierte Rehabilitations-Methoden für die Atemwegsprotektion sind aktuell Bestand des Repertoires des Dysphagietherapeuten. Hierzu zählen u. a. Stimmlippen-Adduktionsübungen (vgl. Daniels & Huckabee 2008; Logemann 1986) deren Effektivität für den Schluckvorgang bislang jedoch noch nicht ausreichend belegt zu sein scheint. Vielversprechend, jedoch ebenso noch nicht mit überzeugender Evidenz als rehabilitative Methoden für die Atemwegsschutzmechanismen untermauert, sind u. a. das Respiratory Muscle Strength Training (RMST) und das Lee Sil-

² Die Thermal-Taktil-Stimulation (TTS) wurde u. a. von Logemann (1986) zur Behandlung einer verspäteten Schluckinitiierung vorgeschlagen. Allerdings konnten bisher lediglich kurzzeitige und keine anhaltenden Effekte im Beginn des pharyngealen Schlucks in Relation zur Bolusposition nachgewiesen werden (siehe u. a. Rosenbek et al. 1998), sodass die TTS aktuell als rehabilitative Therapiemethode keine Unterstützung mehr in der Evidenzlage findet (vgl. Rosenbek & Jones 2006 mit einer zusammenfassenden Diskussion).

verman Voice Therapy (LSVT) Programm (vgl. Rosenbek & Jones 2009).

In der klinischen Anwendung könnte das diskutierte Vorgehen wie bei folgendem Beispiel aussehen, dessen Management bei alten Dysphagie-Patienten durch Evidenz aus der Presbyphagie-Literatur abgeleitet ist. Kendall und Leonard (2001 a) konnten nachweisen, dass alte Dysphagie-Patienten (mit nicht weiter spezifizierter Dysphagie) ebenso wie gesunde alte Personen eine im Bewegungsausmaß vergrößerte Hyoid-Verlagerung zeigten als junge Personen. Die Autoren vermuteten dahinter eine notwendige Kompensation zur Minimierung des Effekts der kürzeren maximalen Hyoidverlagerung auf die Öffnung des OÖS. Allerdings konnten die Patienten diese Strategie nicht bei größeren Bolusmengen als 1ml aufrechterhalten, die alten gesunden Kontrollpersonen konnten dies hingegen schon. Abgeleitet aus diesen Befunden könnte eine sofort implementierbare Managementstrategie sein, dass kleine Schluckmengen empfohlen werden und große Schlucke vermieden werden sollten. Der Therapieplan hingegen sollte die Erkenntnis berücksichtigen, dass alte Personen sehr wohl zu großen Hyoid-Bewegungen in der Lage sind und eine Steigerung des Hyoid-Verlagerungsumfangs anzuzielen (z.B. mittels Kopf-Hebe-Übung nach Shaker et al.) ist. In der Konsequenz sollte therapeutisch vorwiegend das Training größerer Schluckmengen im Vordergrund stehen. Da eine Minderung im Bewegungsumfang des Hyoids u.a. auch eine Einschränkung der laryngealen Verschlussmechanismen nach sich ziehen könnte, könnten zusätzlich kompensatorische Mechanismen Teil der Therapie sein, wie z.B. die Förderung der Zungenbasisretraktion und/oder die Elevation und Adduktion der Aryhöcker zur Förderung des aryepiglottischen Verschlusses.

4 Zusammenfassung und Fazit

Während des physiologischen Alterungsvorgangs entstehen in Folge von gesamtkörperlichen anatomisch-strukturellen Änderungen auch funktionelle Anpassungen im Schlucksystem. Diese Veränderungen im deglutitiven Vorgang wirken an vielen Stellen auf den Beobachter zunächst als Folge von Verschlechterungen einzelner isolierter Bewegungen und Abläufe. Im Gesamtwirken scheint das Schlucksystem parallel dazu nichtsdestotrotz in der Lage zu sein, eine Reihe von Justierungen vorzunehmen, die diese vermeintlichen Verschlechterungen ausreichend und effizient kompensieren können, so dass deren negative Auswir-

kungen auf eine sichere Schluckpassage eines Bolus weitgehend neutralisiert werden. Diese effiziente und ökonomische Arbeitsweise des gesunden alternden Schluckaktes kann Vorbild für eine Wiederherstellung eines unter eingeschränkten Bedingungen ausreichend funktionierenden Schlucksystems sein. Nichts anderes entspricht den täglichen Herausforderungen eines klinisch arbeitenden Schlucktherapeuten: er muss im Rahmen eigener zeitlicher und personeller Restriktionen für Patienten Wege finden, wie diese trotz geminderter physischer und kognitiver Ressourcen, trotz häufig massiv verschlechterter funktioneller Gegebenheiten und trotz zahlreicher systemübergreifender Einschränkungen die Ess- und Trinkfunktionen zurückerlangen zu können, die bestmöglich den Wünschen und Zielen der Patienten entsprechen. Ein Vorbild für rehabilitative Wege dieser Art könnte das presbyphagische Schlucksystem sein. Möglicherweise kann ein Denken in Kategorien von rehabilitativen Kompensationsmechanismen in der Entwicklung von Therapiekonzepten Optionen liefern, die ein ausschließlich auf die Behandlung zugrunde liegender Dysfunktionen konzentriertes Vorgehen nicht liefern könnte. Dem Gedanken, dass nur Funktionen, die beeinträchtigt sind, behandelbar bzw. behandelt werden sollten, widerspricht u.a. der Natürlichkeit und der Eleganz des presbyphagischen Schlucksystems, aber auch der Klinik dysphagischen Schluckens bei zuvor unbehandelten Patienten, die bereits eigene spontane Anpassungen an die beeinträchtigten Funktionen oder Strukturen unbeeinflusst von Schlucktherapeuten vorgenommen haben (hier als Beispiel die von Fujii und Kollegen beobachteten größeren Pharynxbewegungen bei Patienten mit Zungen(teil)resektionen). Bei der Presbyphagie als Exempel können Kliniker beobachten, dass unbeeinträchtigte Funktionen auch „besser“ bzw. noch nützlicher werden können (besser im Sinne von unter gegebenen reduzierten Bedingungen noch effizienter ausgestaltet). **In Folge dieser Überlegungen erscheint es möglich, dass beeinträchtigte Funktionen, die nicht behandelt werden können oder aus vielfältigen Gründen nicht behandelbar sind (z.B. wenn der Patient die erforderliche Übung/das Manöver nicht durchführen kann) umgangen und eine Ersatz- bzw. Zusatzlösung durch die Förderung kompensatorischer Mechanismen geschaffen werden, die die weiterhin beeinträchtigte Funktion in ihrer negativen Wirkung dauerhaft und anhaltend neutralisiert.**

Ein zentraler Aspekt für ein solches

Vorgehen unter der Vorbildfunktion der Presbyphagie ist eine Fokussierung auf die Entwicklung rehabilitativer Therapietechniken zur Förderung selektiver Ebenen des Atemwegsverschlusses. Aktuell gibt es noch viel zu wenige Möglichkeiten für den Dysphagie-therapeuten laryngeale Verschlussmechanismen explizit therapeutisch anhaltend zu beeinflussen. Wie könnten wir z.B. explizit im Rahmen des Schluckvorgangs eine frühere Adduktion der Aryknorpel und frühere Elevation der aryepiglottischen Falten faszilitieren? Techniken zur Anbahnung eines früheren und eines länger andauernden Atemwegsverschlusses auf den verschiedenen laryngealen Ebenen (Glottis, Taschenfalten, aryepiglottische Falten, etc.) sind rar und in der Regel nur mit wenig Evidenz untermauert. Ein erster Schritt zur Auflösung dieses Problems könnte die genauere Evaluation von bereits bestehenden – bisher hauptsächlich als kompensatorisch und nicht rehabilitativ eingeordneten – Techniken, wie das supra-, supersupraglottische Schlucken, das Mendelsohn-Manöver und weitere Übungen und Manöver sein. Wichtig wären hier Überprüfungen der Effekte solcher Übungen und Manöver auf anhaltende Veränderungen der genannten Strukturen und Bewegungen. Hat z.B. das supraglottische Schlucken auch rehabilitative Effekte und verändert womöglich anhaltend und nicht nur im Moment der Ausführung die laryngealen Verschlussmechanismen (vgl. Daniels & Huckabee 2008, die darauf verweisen, dass bisher noch keine Studie Langzeiteffekte auf die Schluckphysiologie unter wiederholter Durchführung der Manöver untersucht hat)? Hinweise für rehabilitatives Potential mittels spezifischer Techniken, die den laryngealen Verschluss zum Ziel haben, liefert auch eine kurze Fallbeschreibung der Autorinnen Kendall und Leonard (2001 a). Bei einer Patientin mit Dysphagie und Penetration wurden fokussiert Techniken zum Atemanhalten und des frühen Atemwegsverschlusses durchgeführt (eine genauere Beschreibung der angewendeten Therapietechniken legten die Autorinnen leider nicht vor). Bei einer Reevaluation mittels Videofluoroskopie konnte ein deutlich früherer supraglottischer Verschluss ohne auftretende Penetration beobachtet werden. Solche Therapiemethoden erscheinen vielversprechend, wenn dadurch dem Dysphagie-therapeuten ermöglicht wird, seinen Fokus auf die rehabilitative Veränderung der Atemwegsprotektion lenken zu können, sei es aufgrund einer Beeinträchtigung in diesem Bereich, oder als kompensatorische Maßnahme oder aber als prophylaktisches

Vorgehen. Quellen für Ideen und Anregungen, wie wir unsere Vorgehensweisen in der Dysphagietherapie weiterentwickeln können, scheinen unsere Patienten selbst zu sein. Die von ihnen selbst ohne jegliche Therapie konzipierten Wege und Veränderungen, um ein beeinträchtigtes Schlucksystem bestmöglich funktionsfähig zu halten, müssen von uns Klinikern als Goldgrube für die Rehabilitation anderer Patienten und für die Entwicklung neuer Rehabilitationsübungen verstanden werden.

Literatur

- Allen, J.E., White, C.J., Leonard, R.J. & Belafsky (2010): Prevalence of penetration and aspiration on videofluoroscopy in normal individuals without dysphagia. *Otolaryngeal Head and Neck Surgery* 142, 2, 208-213.
- Aviv, J.E., Martin, J.H., Jones, M.H., Wee, T.A., Diamond, B., Keen, M.S. & Ritzer, A. (1994): Age related changes in pharyngeal and supraglottic sensation. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 103, 10, 749-752.
- Bartolome, G. (2006): Grundlagen der funktionellen Dysphagietherapie (FDT). In: Bartolome, G., & Schröter-Morasch, H. (Hrsg.) (3.Auflage): *Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation* (245-360). München: Urban & Fischer.
- Bauer, S. & Peter, S. (2011): Unterstützung beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers durch sEMG-Biofeedback. In: Hofmayer, A., & Stanschus, S. (Hrsg.): *Strukturierte Praxis und Forschung in der klinischen Dysphagiologie* (49-60). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Bauer, S. & Peter, S. (2009): Die Effektivität von sEMG-Biofeedback beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers durch nicht-dysphagische Probanden – eine Reliabilitätsstudie. In: Stanschus, S. (Hrsg.): *Studien in der Klinischen Dysphagiologie* (15-61). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Berger, K. (2001): Epidemiologie zerebrovaskulärer Erkrankungen. In: Hartmann, A., & Heiss, W.-D. (Hrsg.): *Der Schlaganfall – Pathogenese, Klinik, Diagnostik und Therapie akuter zerebrovaskulärer Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopf Verlag.
- Burkhead, L.M., Sapienza, C.M. & Rosenbek, J.C. (2007): Strength-Training Exercise in Dysphagia Rehabilitation: Principles, Procedures, and Directions for Future Research. *Dysphagia* 22, 251-265.
- Butler, S.G., Stuart, A. & Kemp, S. (2009 a): Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing in Healthy Young and Older Adults. *Annals of Otolaryngology & Rhinology* 118, 99-106.
- Butler, S.G., Stuart, A., Markley, L. & Rees, C. (2009 b): Penetration and Aspiration in Healthy Older Adults as Assessed During Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 118, 190-198.
- Daggett, A., Logemann, J., Rademaker, A. & Pauloski, B. (2006): Laryngeal Penetration During Deglutition in Normal Subjects of Various Ages. *Dysphagia*, 270-274.
- Daniels, S.K., & Huckabee, M.-L. (2008): *Dysphagia Following Stroke*. Clinical Dysphagia Series, Plural Publishing.
- Fujii, M. & Logemann, J.A. (1996): Effects of tongue holding maneuver on posterior pharyngeal wall movement during deglutition. *American Journal of Speech-Language Pathology* 5, 23-30.
- Fujii, M., Logemann, J.A. & Pauloski, B. (1995): Increased postoperative posterior pharyngeal wall movement in anterior oral cancer patients: Preliminary findings and possible implications for treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology* 4, 24-30.
- Hagenbrock, C. & Ochmann, C. (2011): Die Bedeutung der Diätetik innerhalb der klinischen Dysphagietherapie und Aspekte zur Implementierung in den klinischen Alltag. In: Hofmayer, A. & Stanschus, S. (Hrsg.): *Strukturierte Praxis und Forschung in der klinischen Dysphagiologie* (61-82). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- van Herwaarden, M.A., Katz, P.O., Gideon, R.M., Barrett, J., Castell, J.A., Achem, S. & Castell, D.O. (2003): Are Manometric Parameters of the Upper Esophageal Sphincter and Pharynx Affected by Age and Gender? *Dysphagia* 18, 211-217.
- Hiss, S.G., Strauss, M., Treole, K., Stuart, A. & Boutilier, S. (2004): Effects of Age, Gender, Bolus Volume, Bolus Viscosity, and Gustation on Swallowing Apnea Onset Relative to Lingual Bolus Propulsion Onset in Normal Adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 47, 572-583.
- Hoit, J.D. & Hixon, T.J. (1987): Age and speech breathing. *Journal of Speech and Hearing Research* 30, 351-366.
- Honjo, I. & Isshiki, N. (1980): Laryngoscopic and Voice Characteristics of Aged Persons. *Arch Otolaryngol* 106 3, 149-150.
- Huber, J.E. & Spruill, J. (2008): Age-Related Changes to Speech Breathing With Increased Vocal Loudness. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 51, 651-668.
- Humbert, I., Fitzgerald, M., McLaren, D., Johnson, S., Porcaro, E., Kosmatka, K., Hind, K. & Robbins, J. (2009): Neurophysiology of Swallowing: Effects of Age and Bolus Type. *J. Neuroimage* 44, 3, 982-991.
- Kendall, K.A., Leonard, R.J. & McKenzie, S. (2004 a): Airway Protection: Evaluation with Videofluoroscopy. *Dysphagia* 19, 65-70.
- Kendall, K.A., Leonard, R.J. & McKenzie, S. (2004 b): Common Medical Conditions in the Elderly: Impact on Pharyngeal Bolus Transit. *Dysphagia* 19, 71-77.
- Kendall, K.A. & Leonard, R.J. (2001 a): Hyoid Movement During Swallowing in Older Patients With Dysphagia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 127, 1224-1229.
- Kendall, K.A. & Leonard, R.J. (2001 b): Pharyngeal Constriction in Elderly Dysphagic Patients Compared with Young and Elderly Nondysphagic Controls. *Dysphagia* 16, 272-278.
- Kendall, K.A. & Leonard, R.J. (2001 c): Bolus Transit and Airway Protection Coordination in Older Dysphagic Patients. *The Laryngoscope* 111, 2017-2021.
- Leslie, P., Drinnan, M.J., Ford, G.A. & Wilson, J.A. (2005): Swallow respiratory patterns and aging: presbyphagia or dysphagia? *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* 60, 3, 391-395.
- Leonard, R., Kendall, K. & McKenzie, S. (2004 a): UES Opening and Cricopharyngeal Bar in Nondysphagic Elderly and Nonelderly Adults. *Dysphagia* 19, 182-191.
- Leonard, R., Kendall, K.A. & McKenzie, S. (2004 b): Structural displacements affecting pharyngeal constriction in nondysphagic elderly and nonelderly adults. *Dysphagia* 19, 133-141.
- Linville, S.E. (1996): The sound of senescence. *The Journal of Voice* 10, 2, 190-200.
- Logemann, J.A., Pauloski, B.R., Rademaker, A.W. & Kahrilas, P.J. (2002): Oropharyngeal swallow in younger and older women: Videofluoroscopic analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 45, 434-444.
- Logemann, J.A., Pauloski, B.R., Rademaker, A.W., Colangelo, L.A. & Kahrilas, P.J. (2000): Temporal and Biomechanical Characteristics of Oropharyngeal Swallow in Younger and Older Men. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 43, 1264-1274.
- Logemann, J.A. (1986): Treatment for Aspiration Related to Dysphagia: An Overview. *Dysphagia* 1, 34-38.
- Martin-Harris, B., Brodsky, M.B., Michel, Y., Lee, F.-S. & Walters, B. (2007): Delayed Initiation of the Pharyngeal Swallow: Normal Variability in Adult Swallows. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 50, 585-594.
- Martin-Harris, B., Brodsky, M.B., Michel, Y., Ford, C.L., Walters, B., Heffner, J. (2005): Breathing and Swallowing Dynamics Across the Adult Lifespan. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 131, 762-770.
- Martino, R.; Hammond, L., Knutson, P., Mascitelli, A., Powell-Vinden, B. & Tebbutt, T. (2011). In: Aere, C., Wilmskötter, J. & Stanschus, S. (Hrsg.): *Dysphagie-Management bei akutem Schlaganfall*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Mendez, L., Friedman, L.S. & Castell, D.O. (1991): Swallowing disorders in the elderly. *Clin Geriatr Med* 7, 215-230.
- Nagler, R.M. & Hershkovich, O. (2005): Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. *Archives of Oral Biology* 50, 1, 7-16.
- Park, T., Kim, Y., Ko, D.H. & McCullough, G. (2010): Initiation and Duration of Laryngeal Closure During the Pharyngeal Swallow in Post-Stroke Patients. *Dysphagia* 25, 3, 177-182.
- Prosiegel, M. (2007): Neurogene Dysphagien. Auch bei geriatrischen Patienten stehen zahlreiche effiziente schlucktherapeutische Maßnahmen zur Verfügung. *Focus Neurogeriatrie* 1, 2, 18-19.
- Rademaker, A.W., Pauloski, B.R., Colangelo, L.A. & Logemann, J.A. (1998): Age and volume effects on liquid swallowing function in normal women.

Journal of Speech, Language and Hearing Research 41, 2, 275-284.

Robbins, J.A., Levine, R.L., Wood, J., Roecker, E. & Luschei, E. (1995): Age effects on lingual pressure generation as a risk factor for dysphagia. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 50A, 5, 257-M262.

Robbins, J., Hamilton, J.W., Lof, G.L. & Kempster, G.B. (1992): Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology* 103, 823-829.

Rosenbek, J.C. & Jones, H.N. (2009): *Dysphagia in movement disorders*. San Diego, Oxford, Brisbane: Plural Publishing, Inc.

Rosenbek, J.C. & Jones, H.N. (2006): Sensorische Behandlung oro-pharyngealer Dysphagien bei Erwachsenen. In: Stanschus, S. (Hrsg.): *Rehabilitation von Dysphagien* (121-136). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Rosenbeck, J.C., Robbins, J., Willford, W.O., Kirk, G., Schiltz, A., Sowell, T.W., Deutsch, S.E., Milanti, E.J., Ashford, J., Gramigna, G.D., Fogarty, A., Dong, K., Rau, M.T., Prescott, T.E., Lloyd, A.M., Sterkel, M.T. & Hansen, J.E. (1998): Comparing treatment intensities of tactile-thermal application. *Dysphagia* 13, 1-9.

Schwarz, E.C., Thompson, J.M., Connor, N.P. & Behan, M. (2009): The Effects of Aging on Hypoglossus Motoneurons in Rats. *Dysphagia* 24, 40-48.

Shaker, R., Kern, M., Bardan, E., Taylor, A., Stewart, E.T., & Hoffmann R.G., Arndorfer, R.C., Hofmann, C. & Bonnevier, J. (1997): Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise. *American Journal of Physiology* 272, 6 Pt. 1, 1518-1522.

Shaw, D.W., Cook, I.J., Gabb, M., Holloway, R.H., Simula, M.E., Panagopoulos, V. & Dent, J. (1995): Influence of normal aging on oral-pharyngeal and UES function during swallowing. *American Journal of Physiology* 286, G389-G396.

Statistisches Bundesamt (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonzferenz am 18. November 2009 in Berlin.*

Statistisches Bundesamt (2010): *Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12, Reihe 7.2. Wiesbaden.*

Steele, C.M., Greenwood, C, Ens, I, Robertson, C. & Seidman-Carlson, R. (1997): Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia* 12, 1, 45-50.

Steele, C.M., Hung, D., Sejdic, E., Chau, T. & Fraser, S. (2011): Variability in execution of the chin-down maneuver by healthy adults. *Folia Phoniatr Logop.*, 63, 1, 36-42.

Strasser, G., Schima, W., Schober, E., Pokieser, P., Käder, A. & Denk, D.-M. (2000): Cervical Osteophytes Impinging on the Pharynx: Importance of Size and Concurrent Disorders for Development of Aspiration. *American Journal of Radiology* 147, 449-453.

Volkert, D., Lenzen-Großimlinghaus, R., Krysz, U., Pirlich, M., Herbst, B., Schütz, T., Schröer, W., Weinreb, W., Ockenga, J. & Lochs, H. (2004): *Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Enterale Ernährung (Trink- und Sondenernährung) in der Geriatrie und geriatrischen-neurologischen Rehabilitation. Aktual Ernährung Med* 29, 198-225.

Wilmskötter, J. (2011): *Dysphagie oder Presbyphagie? Klinische Differentialdiagnostik mittels Videofluoroskopie (VFS) zwecks Abgrenzung zwischen Pathophysiologie und Physiologie.* In: Hofmayer, A., Pluschinski, P. & Wasilewski, A. (Hrsg.): *Studien der Klinischen Dysphagiologie 2* (145-185). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Yokoyama, M., Mitomi, N., Tetsuka, K., Tayama, N. & Niimi, S. (2000): Role of laryngeal movement and effect of aging on swallowing pressure in the pharynx and upper esophageal sphincter. *Laryngoscope* 110, 434-439.

Ziegler, W. (2011): *Sprechen im Alter, Sprechen nach Hirnschädigung: Zusammenhänge und Abgrenzungen.* Vortrag auf dem 12. wissenschaftlichen Symposium des DBS am 29.1.2011 in München.

Internetquelle

URL: www.gbe-bund.de [Aufruf am 02.01.2011].

Logemann, J.A. (2008): *Changes in Normal Swallow with Age.* URL: http://americandysphagianetwork.org/Changes_in_Normal_Swallow_with_Age.pdf [Aufruf am 19.06.2011]

Korrespondenzadresse

Janina Wilmskötter
Abteilung Logopädie
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Guttmannstr. 1
76307 Karlsbad
eMail: janina.wilmskoetter@kkl.srh.de

Angaben zum Arbeitsgebiet:

Janina Wilmskötter studierte Klinische Linguistik an der Universität Bielefeld. Sie arbeitet seit 2009 im SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach und seit 2010 auch in der Logopädischen Praxis Martina Kuhn (Bruchsal) mit Dysphagie als Versorgungsschwerpunkt.

Sönke Stanschus studierte Neurolinguistik an der Universität Frankfurt. Er arbeitet seit 1991 als Klinischer Linguist in klinischen Einrichtungen, und ist seit 2004 Leiter des Karlsbader Schluckzentrums am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach.



An Sprache
wachsen!



Sprache macht
stark!



Sprich
uns an!

Messeposter der dgs

Ab sofort können in der dgs Bundesgeschäftsstelle die Messeposter der dgs bestellt werden. Kosten der Poster sind abhängig von der Größe und der abzunehmenden Menge. Bestellungen oder Anfragen bitte an: dgs-bgs@t-online.de oder Tel.: 030 - 661 6004 bzw. beckmann@dgs-ev.de richten. Die Poster sind jeweils noch mit einem blauen www.dgs-ev.de Aufdruck versehen. Darüber hinaus können die Landesgruppen der dgs auch die kompletten Bilddateien erwerben, um entsprechende Poster selbst zu drucken.



Individualisierte Kommunikationsbücher für die Sprachtherapie

Individualized communication books for speech therapy



Ralf Glindemann, München
Brita Krug, München

Zusammenfassung

Hintergrund

Im aktuellen Kontext der Forderungen nach partizipationsorientierter Sprachtherapie erhalten längst zum Standardrepertoire gehörende therapeutische Ansätze eine neue Bedeutung. In diesem Artikel wird dargestellt und ausführlich erörtert, dass Patienten, denen es aufgrund ihrer Symptomatik (Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie) nicht oder nur eingeschränkt gelingt, auf kommunikative Objekte zu referieren, durch spezifisch erarbeitete und individuell erprobte und geübte Kommunikationsbücher in die Lage versetzt werden können, wieder besser an ihren alltäglichen Lebenswelten teilzuhaben.

Fragestellung/Ziele

Es werden wichtige Aspekte theoretischer Hintergründe, die Funktionen der Individualisierung des Therapiematerials, Kriterien für eine Indikation, das Verfahren der Erstellung und Einübung sowie der Evaluation des Gebrauchs individualisierter Kommunikationsbücher dargestellt. Dabei werden Erfahrungen hinsichtlich möglicher Inhalte solcher Bücher systematisch und ausführlich beschrieben und die Möglichkeiten erörtert, mit ihnen im Patientenalltag erfolgreicher zu kommunizieren.

Methode

Um möglichst vielfältige Erfahrungen mit individualisierten Kommunikationsbüchern darstellen zu können, die anhand einer großen Patientengruppe gewonnen werden konnten, wurde auf einzelne Falldarstellungen bewusst verzichtet. Dadurch können mehr Variablen unterschiedlicher Bedingungen, verschiedener Vorgehensweisen und konkreter Gestaltungsmöglichkeiten von Kommunikationsbüchern beschrieben werden.

Abstract

Background

Given the current trend to more participatory speech therapy, therapeutic approaches that have long been standard practice are gaining in importance. This article describes how patients whose aphasia, dysarthria and speech apraxia severely limits their ability to communicate can be enabled to take a more active part in the activities of daily life by working with individualized communication books tested and practiced with them.

Aims

The article describes major theoretical arguments for individualized communication books. It includes the role of individualization of therapeutic material, criteria as to when individualized communication books are indicated and descriptions of their construction, use and evaluation. Our perspective on different options for the content of these books is systematically presented. We describe how they may make more effective communication possible with patients in the course of daily activities.

Methods

In order to comprehensively describe our diverse experience with individualized communication books based on a large patient collective we exclude individual cases. This allows the description of communication books with more variables under differing conditions.

Results

Using the described procedure we are able to propose a concept that allows the systematic construction and use of individualized communication books.

In der Sprachheilarbeit wird auf Genusmarkierungen wie in *PatientIn* oder *TherapeutInnen* zugunsten einer besseren Lesbarkeit grundsätzlich verzichtet. Die Autoren weisen aber darauf hin, dass bei entsprechenden Personenangaben im Text das jeweils nicht markierte Geschlecht mit gemeint ist.

Ergebnisse

Durch das beschriebene Verfahren gelingt es den Autoren ein Konzept zu entwerfen, mit dem Kommunikationsbücher durch ein behutsam und schrittweise aufbauendes, individualisiertes Vorgehen erfolgreich erarbeitet und systematisch geübt werden können.

Schlüsselwörter

Partizipations- und alltagsorientierte Sprachtherapie, kompensatorische Strategien in der Sprachtherapie, Sprachpragmatik, kommunikative Handlungen, Kommunikationsbuch.

Keywords

Participatory and routine activity-oriented speech therapy, compensatory strategies in speech therapy, pragmatics, communicative acts, communication book.

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

Danksagung: Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen des Sprachteams der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen, die bei der Entwicklung des hier vorgestellten Konzeptes mitgewirkt haben.

Individualisierte Kommunikationshilfen bei sprachlichen Referenzproblemen

Wenn Patienten mit Aphasie, Sprechapraxie oder Dysarthrie nicht in der Lage sind, für eine erfolgreiche Alltagskommunikation genügend korrekte Wortformen zu aktivieren und/oder verständlich zu äußern, gibt es die Möglichkeit, sie mit entsprechend vorbereiteten Abbildungssammlungen auszurüsten, damit sie dennoch auf Objekte in der Welt referieren können, über die sie etwas mitteilen wollen. Diese Sammlungen, die auch geschriebene Wörter, Piktogramme und Logos usw. enthalten können, sind unterschiedlich umfangreich, in der Regel nach semantischen Kriterien geordnet; z. B. sind dort Strichzeichnungen oder Fotos von Speisen, Kleidungsstücken oder Badezimmerartikeln abgebildet, auf die Patienten zeigen können, um mitzuteilen, was sie essen oder trinken möchten, welches Kleidungsstück man ihnen ins Krankenhaus mitbringen soll oder dass noch eine Zahnbürste fehlt etc.

Auf diese Weise wird Patienten ein effektives Hilfsmittel an die Hand gegeben, in einem gewissen Umfang trotz ihrer Symptome am Kommunikationsalltag ihrer Lebenswelten partizipieren zu können und damit ihre Autonomie zu stärken, wie es in der ICF gefordert wird (vgl. WHO 2001, Grötzbach & Iven 2009).

Es existieren bereits fertige Abbildungssammlungen, die man kaufen kann (vgl. dazu auch Döppler, Ostermann & Militzer 2003), z. B. den *Bild-Grundwortschatz* von Franke

(1993) und das *Kommunikationsbuch* von Schnelle (2001). In beiden sind schon einige Flächen zur persönlichen Gestaltung vorgesehen. Es gibt auch ein kleines Kommunikationsbuch des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) mit dem Namen *Pictocom* und das *Ohne Wörter Buch* des Langenscheidt-Verlages, das sich offenbar auch für Reisende in Länder eignet, deren Sprache man nicht beherrscht. In diesen und anderen Kommunikationsbüchern hat man einerseits Wert gelegt auf möglichst viele Eventualitäten, auf die ein Mensch unter erschwerten Kommunikationsbedingungen vorbereitet sein sollte, und andererseits auf ein handliches Format, um es leicht mitnehmen zu können. Außerdem liegt ein Kommunikationsbuch mit dem Namen *Logicon* vor (vgl. Nürnberger-Behrends 2004); hier soll durch entsprechende Auswahlmöglichkeiten den individuellen Bedürfnissen der Benutzer entgegen gekommen werden. Man sieht also, dass Kommunikationsbücher in gewisser Weise bereits zum Standard der Sprachtherapie gehören. Zusätzlich plädieren wir dafür, solche Materialien so individuell wie möglich zu gestalten.

Die Bedeutung der Individualisierung

Bei genauer Betrachtung ist der Nutzen vorgefertigter Kommunikationsbücher für den Interaktionsalltag teilweise durchaus eingeschränkt. So, wie auch nicht alle gesunden Menschen über denselben Wortschatz verfügen und in ihrem typischen Kom-

munikationsalltag nicht über die gleichen Sachverhalte kommunizieren müssen oder wollen, so benötigen auch Sprach-/Sprechpatienten zur Unterstützung ihrer Kommunikation möglichst ganz persönliche Abbildungssammlungen. Sie leben beispielsweise nicht im selben Ort, sind unterschiedlich alt, müssen in verschiedenen sozialen Umfeldern und Lebensbereichen zurechtkommen, kommen aus ganz unterschiedlichen beruflichen Kontexten, haben nicht dieselben Hobbys und interessieren sich für sehr verschiedene Themen. Männliche Patienten brauchen etwa Abbildungen von Kleidungsstücken für Männer (und zunächst nicht von geschlechtsspezifischer Kleidung für Frauen) und die meisten Menschen haben darüber hinaus einen persönlichen Stil sich zu kleiden und beispielsweise sehr verschiedene Vorstellungen von Bequemlichkeit und Mode. Wir haben beispielsweise auch die Erfahrung gemacht, dass Menschen hinsichtlich ihrer Ernährung sehr spezifisch und insgesamt deutlich verschiedene Vorstellungen haben, die auf Standardabbildungen typischer Speisen und Getränke nicht befriedigend erfasst werden können. Ähnliche Beobachtungen machen wir auch hinsichtlich vieler anderer semantischer Kategorien; z. B. möchten Patienten bei ganz unterschiedlichen Anlässen der Freizeitgestaltung kommunizieren oder an sehr verschiedenen Arten kultureller Veranstaltungen teilnehmen usw. Wer also erreichen will, dass solche Patienten unsere Kommunikationshilfen annehmen (können) und auch erfolgreich im Alltag verwenden, der muss sich dem Anspruch auf möglichst

individualisierte Kommunikationsbücher stellen.

Das ist im Zeitalter hoch entwickelter Abbildungstechnologien kein grundsätzliches Problem mehr. Wir verfügen heute leicht über die Vorteile der digitalen Fotografie, Scanner, Kopierer und Drucker sowie des Internetzugangs zu vielfältigen bildlichen Darstellungen aller Dinge in der Welt. Man könnte heute für fast jeden Patienten eine Sammlung von abgebildeten Referenzobjekten zusammenstellen, in der genau die Zahnpasta abgebildet ist, die dieser Patient täglich benutzt, in der er beispielsweise eine Abbildung der Hose vorfindet, die er tatsächlich und in genau dieser Farbe trägt, und worin die Cornflakes und der Kaffee dargestellt werden, welche ihm aus dem täglichen Konsum vertraut sind. Gleichzeitig muss man fragen, ob bei allen Zugeständnissen an Individualität nicht ein Basiswissen über Prototypen in unserer Welt existiert, die (mit einem geringen Abstraktionsvermögen) für möglichst viele Betroffene einen ersten Schritt zu einer effektiveren Kommunikation bedeuten können. Einerseits ist es offenbar gar nicht nötig, alle Items tatsächlich zu individualisieren: Ein Fußball ist schließlich ein *Fußball*, ein Suppenlöffel bleibt ein *Suppenlöffel*, auch wenn das Design variieren kann. Und ein Fernsehgerät erkennt man auch als Referenzobjekt, wenn ein anderer Typ oder Geräte von anderen Herstellern abgebildet sind. Andererseits zeigen unsere langjährigen Erfahrungen mit vielen Betroffenen, dass sie ihr Kommunikationsbuch tatsächlich deutlich besser annehmen und bei der Partizipation an ihren sozialen Lebenswelten konsequenter verwenden (können), wenn es so individuell wie möglich gestaltet ist.

Das liegt unter anderem sicherlich daran, dass die individuelle Zusammenstellung solcher Referenzsammlungen zusammen mit dem Patienten nicht nur einen hohen Identifikationsgrad mit dieser Kommunikationshilfe bewirkt, sondern indem die Patienten mit den Therapeuten selber entscheiden, welche Abbildungen sie (z. B. aus den im Internet angebotenen Alternativen) verwenden wollen und wie sie geordnet sein sollen, beschäftigen sie sich auch systematisch mit ihren kommunikativen Bedürfnissen und Möglichkeiten. Dabei werden gleichzeitig relevante semantische Kategorien und Relationen für eine erfolgreiche Anwendung erarbeitet. Im therapeutischen Prozess der Erarbeitung und Erprobung der individuellen Kommunikationsbücher, ihrer Modifikationen und Erweiterungen üben Patienten gleichzeitig, wie sie mit die-

sen Hilfen am effektivsten kommunizieren. Angehörige sind meistens sehr froh, durch die Einbeziehung in die Zusammenstellung der Kommunikationshilfe mit Fotos von Familienangehörigen, Freunden, Urlauben, Skizzen der Wohnung, des Gartens usw. eine aktive Rolle bei den Therapien zu erhalten. Nicht selten gelingt es ihnen dadurch, eine auf Verunsicherung und Überforderung basierende Hilflosigkeit leichter zu überwinden. Ein wichtiger Effekt bei dieser Einbeziehung ist außerdem, dass die Angehörigen die Kommunikationsbücher dann auch selber viel eher mit in die tägliche Kommunikation einbeziehen.

Wie stark man sich der Individualisierung des Materials therapeutisch stellen will, ist nicht zuletzt auch abhängig von (zeit-)ökonomischen Entscheidungen, denn die Zusammenstellung eines vollständig individualisierten umfänglichen Kommunikationsbuches ist ausgesprochen aufwendig und somit in der Therapie auch teuer, so dass die Kostenträger der Rehabilitation hier eher preiswerteren Varianten zustimmen würden. Entsprechende Entscheidungen lägen aber ohnehin nicht nur bei den Therapeuten oder den Kostenträgern, sondern sie sind auch abhängig von der Rechtslage hinsichtlich des Copyrights. Immerhin sind nicht alle im Netz zugänglichen Abbildungen für die Verwendung freigegeben, wenn wir sie und ihren Einsatz in unsere professionellen Therapien integrieren, die auch entsprechend abgerechnet werden. Wäre ein Patient in der Lage, sich selbst alle Abbildungen für sein persönliches individualisiertes Kommunikationsbuch (und damit für seine privaten Zwecke) herunter zu laden, sähen diese Einschränkungen wahrscheinlich anders aus.

Theoretischer Hintergrund

Bei der Begründung der therapeutischen Entscheidungen für die Erarbeitung eines individualisierten Kommunikationsbuches gehen wir zunächst von dem übergeordneten Ziel der Aphasietherapie aus, die kommunikativen Fähigkeiten unserer Patienten im Alltag verbessern zu wollen (vgl. z. B. Glindemann & Springer 1989, Glindemann & Springer 1995, Glindemann 1997, Tesak 2001, Springer 2008). Dazu sollen sprachsystematisch erarbeitete Fähigkeiten mit dem Ziel der Generalisierung und des Transfers in den Kommunikationsalltag erarbeitet werden. Grötzbach (vgl. 2010) beschreibt, dass es dabei nicht nur um die Reduktion sprachlicher Symptome geht, sondern von Therapiebeginn an auch um sprachliche Aktivitäten in realen Lebens-

welten. Damit sind die kommunikativen Erfordernisse des individuellen Alltags unserer Patienten angesprochen (vgl. ICF 2001), entsprechende Ziele liegen in der Partizipationsorientiertheit von Sprachtherapie begründet, die inzwischen durch die Verankerung im SGB Gesetzeskraft erhalten hat (vgl. Sozialgesetzbuch IX, Grötzbach & Iven 2009). Die vorgeschlagene Individualisierung der Kommunikationsbücher, wie sie in diesem Artikel dargestellt wird, geht auf besondere Weise auf die ureigenen Belange und konkreten kommunikativen Bedürfnisse jedes einzelnen Aphasiepatienten in seinen realen Lebenswelten ein. Kommunikationsbuchseiten werden erarbeitet im Hinblick auf kommunikative Bedürfnisse im engsten Umfeld von Partnerschaft und Familie (interpersoneller Interaktionen und Beziehungen; ICF d710-79) sowie für die bedeutenden Lebensbereiche der Betroffenen (ICF d810-899) und deren Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (ICF d910-d999) (vgl. Bucher & Boyer 2009).

Damit holt die ICF ein, was unter anderem von der Bogenhausener Arbeitsgruppe schon seit den neunzehnhundertachtziger Jahren praktiziert wird. Die Berücksichtigung der relevanten Alltagsdomänen unserer Patienten wurde zunächst mit dem Begriff der *ökologischen Validität* von Therapie bezeichnet (vgl. Glindemann 1999). Goldenberg, Pössl & Ziegler (2002; 3) sprechen auch von „*ökologischer Signifikanz*“. Der gesamte Ansatz der *Alltagsorientierten Therapie* (AOT, vgl. Götz & Höfer 1999), nach dem Therapeutinnen verschiedener Disziplinen (Sprachtherapie, Ergotherapie, Physiotherapie; teilweise auch Orthoptik) vor Ort in authentischen Situationen auf die Erfordernisse des zukünftigen Patientenalltags hinarbeiten, entspricht bereits diesen ICF-Forderungen. Was wir in unserem Konzept als *alltagsorientierte Diagnostik und Therapieplanung* bezeichnen (vgl. Glindemann, Ziegler & Kilian 2002), nennen Frommelt und Grötzbach heute (vgl. 2010) *kontextsensitiv*.

Liegt bei einem Patienten ein aphasisches Störungsbild vor und sind die Verarbeitungsprozesse für sprachliches Material produktiv und rezeptiv deutlich beeinträchtigt, gelingt es Betroffenen weder, sprachliche Mitteilungen eindeutig zu verstehen, noch sich selbst sprachlich treffend zu äußern (vgl. z. B. Huber, Poeck & Weniger 2000, Huber & Ziegler 2000, Glindemann 2006, Goldenberg 2007). Es kann zu ausgeprägten Wortfindungsstörungen kommen, zu phonematischen und/oder semantischen Paraphasien und Neologismen, zur Äußerung inhaltsleerer

Redefloskeln und Automatismen etc. Die möglichen Einschränkungen im Sprachverständnis führen oft zu Missverständnissen und großen Verunsicherungen. Es können auch weniger ausgeprägte Störungsprofile vorliegen, bei denen wir dennoch Wortformabrufstörungen und wenig erfolgreiches lexikalisches Suchen beobachten (vgl. Glindemann, Höfer & Krug 1997).

Auch wenn wir beispielsweise mit dem Konzept zentral-semantischer Störungen (vgl. Howard & Orchard-Lisle 1984) und dem postsemantischer Aktivierungsstörungen im phonologischen Ausgangslexikon (vgl. Kay & Ellis 1987) verschiedene Pathomechanismen für solche Wortabrufstörungen unterscheiden, die spezifische Hilfestellungen in der Therapie nahe legen könnten, erweisen sich klinisch bei vielen Patienten sowohl semantische als auch phonologische Fazilitierungen als hilfreich (vgl. Best & Nickels 2002, Lorenz & Ziegler 2004). In sinnvoll zusammengestellten individuellen Kommunikationsbüchern profitieren Patienten nicht nur kompensatorisch durch die abgebildeten Referenzhilfen, sondern es besteht auch die Möglichkeit, durch die Verarbeitung von im Zusammenhang mit semantischen Kategorien und Themen-seiten dargebotenen Items Aktivierungsroutinen für phonologische Wortformen zu unterstützen. Einen weiteren Fazilitierungseffekt können zusätzlich abgedruckte schriftsprachliche Benennungen der einzelnen Items unter den Abbildungen bewirken, so dass wir uns den Referenzproblemen unserer Patienten therapeutisch gleich auf mehrfache Weise annähern.

Kommunikative Handlungen lassen sich in mehrere Teilhandlungen untergliedern (vgl. z. B. Searle 1971, Austin 1972, Levinson 1994, Maibauer 1999). Zunächst gehen wir dabei von einem kommunikativen Ziel aus, das im Kontext einer Situation direkt im Zusammenhang mit einem gemeinsamen Thema zu interpretieren ist. Auf dieser Basis liegt schon auf vorsprachlicher Ebene eine Proposition vor (vgl. lat. *proponere* = vorgeben; also das vorsprachliche Format, das einer sprachlichen Äußerung vorgegeben ist oder zugrunde liegt). Die entsprechende Teilhandlung, in der dieses Format erstellt wird, nennen wir den *propositionalen Akt*. Dabei referieren wir auf eine Person, einen Gegenstand, einen Sachverhalt oder einen Zustand in der Welt, über den wir etwas zu präzisieren beabsichtigen, z. B. *Mein Sohn spielt Fußball*. Propositionale Akte bestehen also aus Referenz und Prädikation; im Beispiel stellt *Sohn* die Referenz auf ein propositionales Objekt dar (ein

Ding in der Welt, über das etwas ausgesagt werden soll), hier mit der zusätzlichen pronominalen Spezifizierung *mein*. Die dazu gehörige Prädikation ist: *spielt Fußball*. Auf der sprachlichen Oberfläche wird dieses vorsprachliche Format durch entsprechende lexikalisierte Zeichen realisiert, wir sprechen von einem *Äußerungsakt*. Dieser Äußerungsakt ist bei Sprach-/Sprechpatienten naturgemäß besonders schwierig, weil sie oft die dazu notwendigen Wortformen mit den notwendigen syntaktisch-morphologischen Markierungen nicht angemessen realisieren, nicht erfolgreich in eine grammatisch signifikante Reihenfolge bringen und/oder nicht verständlich äußern können. Chapey & Hallowell haben (2001) daran erinnert, dass schon Hughling Jackson (1878) Aphasie als Unfähigkeit charakterisiert hat, Propositionen sprachlich zu realisieren (auch wenn sich sein Begriff von propositionaler Sprache nicht in allen Bestimmungsanteilen mit der sprechakttheoretischen Definition deckt).

Diesen Problemen beim Referieren aufgrund sprachsystematischer Defizite könnten Patienten kompensatorisch (zumindest teilweise) dadurch entgegenwirken, dass sie für die fehlenden Wortformen schriftliche oder andere visuell-grafische „Stellvertreter“ ins Feld führen, wie sie in individualisierten Kommunikationsbüchern personenspezifisch gestaltet zu finden sind.

Die Frage, ob darüber hinaus auch noch die damit verbundenen intentionalen Teilakte der *Illokution* und *Perlokution* vollzogen werden können, würde erst relevant, wenn Referenz und Prädikation sprachlich gelungen sind. In unserem Beispiel könnte die Sprechende beabsichtigen, das sportliche Engagement in ihrer Familie darzustellen (Illokution), um zu erreichen, dass ihr Interaktionspartner beeindruckt ist (Perlokution).

Henne (1975) hat in Analogie zu den beschriebenen Teilakten kommunikativer Handlungen auf der Seite des verstehenden Gesprächspartners ein Konzept für Teilakte des Nachvollzugs der vorsprachlich-propositionalen Struktur, des Verstehens der (sprachlichen) Äußerung, der entsprechenden kommunikativen Absichten und intendierten Konsequenzeffekten entworfen. Auch in diesen Bereichen können bei Patienten nach Hirnschädigung therapierbare Symptome vorliegen, die das kommunikative Handeln beeinträchtigen. Murray & Chapey (2001) betonen für diesen Zusammenhang auch die kognitiven Dimensionen der Sprachverarbeitung beim Verstehen von Äußerungen und kommunikativen Handlungen.

Beobachten wir als Partizipationshindernis Störungen der Artikulation, geht es weniger um die sprachsystematische Aktivierung treffender phonologischer Wortformen, sondern um Probleme bei der Verständlichkeit ihrer Äußerung. Das bezieht sich bei den Sprechapraxien auf die Planung und Realisierung sprechmotorischer Einheiten und Muster (vgl. z. B. Vogel 2006). Beim Vorliegen dysarthrischer Störungsprofile handelt es sich um spezifische Beeinträchtigungen in den Funktionskreisen Sprechatmung, Phonation und/oder Artikulation und deren Verständlichkeit (vgl. z. B. Ziegler & Vogel 2010). Bei den sprechmotorischen Störungen haben die Patienten in der Regel wenige Probleme im Sprachverständnis und dem Nachvollzug der Intention. Die Kommunikation kann allerdings auch durch Mischformen verschiedener Störungsbilder beeinträchtigt werden. Insgesamt sind Kommunikationsbücher bei Symptomen indiziert, welche die Verständlichkeit artikulatorischer Äußerungen gefährden.

Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen können über die beschriebenen Symptome des Sprachsystems und der erfolgreichen Artikulation hinaus z. B. auch unter kognitiven Störungen leiden, die aufgrund von Einschränkungen des problemlösenden Denkens und Abstrahierens, der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen entstehen (vgl. z. B. Schuri et al. 1996, Mathes-von Cramon & von Cramon 2000, Murray & Chapey 2001, Goldenberg 2007). Sie verlieren dann in der Kommunikation die vorsprachlichen Konzepte und haben große Schwierigkeiten, sich kommunikativen Prozessen konzentriert und zielgerichtet zuzuwenden (vgl. Glindemann 2009). Bei solchen Patienten kann auch der Einsatz von Kommunikationsbüchern störungsanfällig sein, weil sie den Überblick über die thematische Struktur der Abbildungssammlung verlieren oder weil sie beim Blättern vergessen, was sie zeigen wollten oder weil sie das Thema nicht einhalten können. Diese Fähigkeiten können bei nicht zu deutlicher Ausprägung im Zusammenhang mit Übungen für den Einsatz von Kommunikationsbüchern mitgeübt werden. Bei Störungen der Fähigkeiten zur Abstraktion und Empathie kann es auch sein, dass sich Patienten nicht angemessen in die Rolle ihres Gegenübers versetzen können, um die Strategien für eine erfolgreiche Kommunikation angemessen einschätzen bzw. verstehen zu können (vgl. Goldenberg 2007, Glindemann 2006). Zusätzlich gibt es weitere Einschränkungen durch assoziierte Störungen wie etwa Handfunktionsstörungen (vgl. Herms-

dörfer 2010) und Apraxien (Goldenberg 1999, 2000, 2010), die schon das Blättern im Kommunikationsbuch und das zielgerichtete Zeigen auf einzelne Abbildungen erschweren können. Auch wahrnehmungspsychologische Beeinträchtigungen wie Hemianopsien (vgl. Kerkhoff 2000), visueller Neglect (vgl. z. B. Karnath 2000, Kerkhoff & Groh-Bordin 2010) oder Agnosien (vgl. z. B. Goldenberg 1997) beeinflussen den Umgang mit visuellen Vorlagen wie Kommunikationsbuchseiten und müssen dringend bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Hier empfiehlt sich jeweils eine intensive Zusammenarbeit mit den Therapeuten der entsprechenden Fachbereiche im interdisziplinären Team.

Indikation

Die Entscheidung für die Erarbeitung eines individualisierten Kommunikationsbuches hängt zunächst ab von der therapeutischen Einschätzung des sprachsystematischen, sprechmotorischen und neuropsychologischen Status des Patienten.

Als **Faustregel** kann man festhalten, dass die Erarbeitung und Einübung dann indiziert ist, wenn der Abruf der Wortformen stark und nachhaltig gestört ist und/oder wenn eine verständliche Artikulation auf absehbare Zeit therapeutisch für nicht erreichbar angesehen wird und das kognitive Leistungsniveau so gut ist, dass ein Patient in den Therapien in die Lage versetzt werden kann, eine größere Anzahl kommunikativer Items im Überblick zu behalten und bei deren Verwendung in der Alltagskommunikation halbwegs strukturiert vorzugehen.

Sollte sich bei den Voruntersuchungen beispielsweise mit der *Bogenhausener Semantik Untersuchung* (BOSU, Glindemann et al. 2002) herausstellen, dass bei einem Patienten über einen gestörten Abruf von Wortformen hinaus auch semantische Wissensstörungen vorliegen, muss zunächst durch intensive Übungen zum semantischen Sortieren sichergestellt werden, dass die Patienten überhaupt im Stande sind, die Bedeutung der Dinge in der Welt und deren Relationen untereinander halbwegs sicher einzuschätzen. Bevor dies nicht gelungen ist, werden die Patienten Kommunikationsbücher kaum gewinnbringend einsetzen können.

Individualisierte Kommunikationsbücher, deren mögliche Inhalte und methodische Erfahrungen bei der Erarbeitung mit den Patienten

Das Team der Sprachtherapeuten der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen hat in den letzten Jahren einen Standard für das im Folgenden dargestellte Vorgehen mit individualisierten Kommunikationsbüchern entwickelt:

Auf die erste Seite (und damit leicht auffindbar) gehört eine kurze und leicht verständliche Erklärung, auf die Patienten zeigen können, um (wie mit dem Aphasikerausweis) mitteilen zu können, dass sie eine Sprach-/Sprechstörung haben, die nötig macht, dass man langsam mit ihnen spricht und wenn nötig in dem vorliegenden Kommunikationsbuch auf Referenzobjekte zeigt, um mit dem Patienten kommunizieren zu können.

Grundsätzlich hat es sich als sinnvoll erwiesen, ebenfalls ganz vorn in diesem Kommunikationsbuch den Namen und Vornamen des Patienten abzudrucken. Selbst wenn Patienten mit schwersten expressiven und rezeptiven Störungen nicht sicher lesen können, sind sie nach systematischen sprachtherapeutischen Übungen mit dem Buch doch fast immer in der Lage, halbwegs zuverlässig auf hoch überlernte Wortformen wie den eigenen Namen und den ihrer Angehörigen zu zeigen. So haben wir auch routinemäßig Informationen über den Beruf, die Adresse, die Telefonnummer und das Geburtsdatum usw. aufgenommen. Außerdem gehört hier hin an prominenter Stelle die Angabe einer Bezugsperson (Lebens- oder Ehepartner/in etc.) mit Angabe einer Kontaktmöglichkeit wie Telefonnummer oder Anschrift. Es hat sich darüber hinaus bewährt, die Mitglieder der Familie und nächste Freunde vorn im Buch aufzunehmen. Auch hier sind Vor- und Nachnamen sinnvoll, oft auch Geburtsdaten und Telefonnummern. Wir versuchen in Kooperation mit den Angehörigen auch immer Fotos von diesen Personen des nächsten sozialen Umfeldes aufzunehmen. Dazu gehören immer wieder auch Fotos von Haustieren, von der Wohnung und von gemeinsamen Aktivitäten (Geburtsstagsfeiern, Grillpartys, Fußballspiele etc.). Manchmal ist es den Patienten auch wichtig, Fotos von beruflichen Kontexten z. B. vom Arbeitsplatz oder einen Auszug des Internetauftritts ihrer Firma aufzunehmen. Es gibt auch Patienten, die Abbildungen von Werkstücken in ihrem

Kommunikationsbuch haben möchten, die sie selber hergestellt haben. Andere haben zusätzlich ein Foto von ihrem Auto oder der Schule ihrer Kinder in ihrem Kommunikationsbuch. Auch ihre Hobbys sollten hier einen Raum zur (Selbst-) Darstellung finden.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, ein DIN-A-5 Ringbuch zu nehmen, das noch handlich genug ist, um immer mitgeführt werden zu können. Das Ringbuch kann ständig erweitert werden. Wir fügen Seiten in gelochte Prospekthüllen dieses Formats ein, damit die viel benutzten Seiten nicht unansehnlich werden. Außerdem kann man in diese Prospekthüllen auch andere Dinge stecken. Beispielsweise haben wir gesehen, dass ein Patient den Umschlag seines Lieblingsromans in seinem Kommunikationsbuch haben wollte und das Booklet seiner Lieblings-CD. Es können auch Schauspielerinnen, Sängerinnen, Orchester oder Bands dargestellt sein, die ein Patient gerne sieht und hört. Auch Abbildungen von Gemälden des Lieblingsmalers wurden schon aufgenommen und sogar Eintrittskarten von wichtigen Theater- und Konzertveranstaltungen wurden eingeklebt. Oft gibt es auch Fotos von Urlaubsreisen. Selbst die Sehenswürdigkeiten seiner Heimatstadt hatte ein Patient in sein Kommunikationsbuch aufgenommen, um die Bedürfnisse seines Lokalpatriotismus zu bedienen. Um auf Freizeitaktivitäten referieren zu können, sind Fotos von der Gartenarbeit, der Handballmannschaft, einer Skihütte, eines Lieblingsrestaurants oder eines Biergartens geeignet, auch eines Waldweges oder eines sommerlichen Strandes.

Natürlich handelt es sich bei vielen dieser Informationen um personenbezogene Daten, die einem Schutz unterliegen. Darum sollten die Patienten darauf achten, wem sie erlauben, diese Informationen zur Kenntnis zu nehmen. Dennoch haben wir keine Informationen darüber, dass jemand die kommunikative Notlage eines Patienten mit Aphasie ausgenutzt hat und indiskret mit solchen Informationssammlungen umgegangen sei.

Über die Angaben zur persönlichen Situation, über welche sich Betroffene oft mitteilen wollen (z. B. gegenüber ihren Mitpatienten im Krankenhaus, in einer Praxis oder im ganz normalen Kommunikationsalltag), legen wir mit unseren Patienten eine ganze Reihe von Kommunikationsbuchseiten zu alltagsrelevanten semantischen Kategorien an, von denen hier lediglich einige Beispiele skizziert sind:

Kleidung	z. B. geordnet nach Sommer- und Winterkleidung, alltägliche und festliche Kleidungsstücke, Arbeitskleidung, Freizeitkleidung usw.
Speisen und Getränke	geordnet z. B. nach Frühstück, Mittagessen und Abendbrot; eine Obst- und eine Gemüseseite, eine Seite mit den Lieblingspeisen etc.
Hygieneartikel	hier bietet es sich besonders an, die tatsächliche Marke der einzelnen Produkte beispielsweise des Lieblingsparfüms oder einer speziellen Handcreme auszuwählen, wie sie auch in der Werbung für solche Artikel abgebildet sind.
Geschäfte/Dienstleistungen	wie Arzt, Apotheke, Supermarkt, auch hier kann es für den Patienten hilfreich sein, mit realen Logos zu arbeiten, die einen hohen Vertrauheitsgrad besitzen.

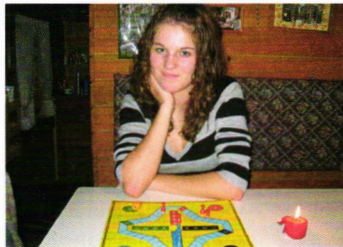
Wichtig ist auch die Möglichkeit auf Tätigkeiten referieren zu können, wie z. B.:

Haushaltstätigkeiten	z. B. Abbildungen vom Staubsaugen, Kehren, Bettenmachen, Kochen, Spülen, Waschen, Wäscheaufhängen, Rasenmähen etc.
Freizeitaktivitäten	Schwimmen, Wandern, Kegeln, Radfahren, Reiten, Musizieren, Kartenspielen, Skifahren usw.

Amelies Freizeit



Fotografieren



Spielen



Schwimmen



Trampolin springen



Fußball spielen



Wandern



Shoppen



Flohmarkt



Motorradfahren

Abbildung 1 zeigt eine Beispielseite mit Abbildungen und entsprechenden Beschriftungen. Hier ist eine Reihe von Tätigkeiten der Tochter einer Patientin abgebildet und benannt.

Wenn Patienten noch jüngere Kinder haben, kann man sehr gut auch für jedes Kind eine eigene Seite gestalten, auf der die aktuelle Situation bezüglich Schule, Klassenstufe, Freizeitaktivitäten, spezielle Interessen, Freunde usw. dargestellt wird.

Alle Abbildungen erhalten grundsätzlich Unterschriften. Das ist in der Regel eine eindeutige Benennung; unter der Abbildung einer Tasse Tee steht das Wort **Tee**, unter dem Foto eines Apfels steht das Wort **Apfel** usw. Für Tätigkeiten werden auch (nominalisierte) Verben verwendet: **Kochen**, **Fotografieren**, **Spazierengehen**. Zusätzlich können für Situationen und entsprechende Handlungen (vor dem Hintergrund von Scriptwissen; vgl. Schank & Abelson 1977) Titel wie **Ein kaufen** oder **Biergarten** verwendet werden. Zusätzlich zu diesem Standard kann es in (wenigen) speziellen Fällen sinnvoll sein, in einer anderen Farbe assoziierte Verben zu den Objekten aufzuschreiben; beispielsweise steht unter der Abbildung eines Messers das Wort **Messer**, darunter farblich abgesetzt das Verb **schneiden**, oder unter der Abbildung eines Vogels steht **Vogel** und das Verb **fliegen** etc. Das setzt allerdings voraus, dass die Patienten damit sprachlich und kognitiv nicht überfordert sind. Bei zweisprachigen Patienten haben wir Objekte auch schon mit Begriffen in beiden Sprachen versehen.

Für die grundsätzliche Aufnahme schriftsprachlicher Wortformen haben wir uns entschieden, weil sich gezeigt hat, dass auch Patienten mit Wortabrufproblemen nicht selten beim Zeigen auf Abbildungen unbewusst die treffende Benennung mitsprechen. Als ein Therapieziel, das über die Verwendung des Kommunikationsbuches hinaus weist, könnte sich dieses Phänomen behutsam als Benennleistung stabilisieren lassen. Dabei kann sich einerseits der Kontext des semantischen Feldes auf dieser Seite im Kommunikationsbuch faszilierend auswirken. Oft benannte Objekte, unter denen die Wortform schriftlich dargestellt ist, können andererseits zunehmend auch von Patienten mit dyslektischen Symptomen ganz oder teilweise erfasst werden. Das heißt, dass hier über die Erleichterung der Kommunikation hinaus gewissermaßen als Nebeneffekt auch am Wortformabruf und an der Erarbeitung des Schriftbildes mitgearbeitet wird.

Insgesamt ist es nach unserer Erfahrung wichtig, dass man zunächst mit wenigen Seiten beginnt und erst nach und nach Erweiterungen vornimmt. Das Tempo bei diesem Vorgehen bestimmt sich durch die Fortschritte im Umgang mit dem Buch. Wenn jemand bei der Erarbeitung und Einübung bestimmter wichtiger Seiten sehr lan-

ge braucht, ist das Grund genug, erst dann weiter zu gehen, wenn der Patient die bis dahin angelegten Seiten auf Nachfrage auch leicht finden und in der Kommunikation erfolgreich einsetzen kann. So sollte er mit seinem Kommunikationsbuch unter Bezug auf eine bestimmte Seite auf Fragen reagieren können: z. B. Was trinken Sie morgens? Wenn er dann die Frühstückseite aufsucht und eine Teetasse zeigt, und dieser Erfolg für mehrere andere Items einer Seite reproduzierbar ist, kann man eine neue semantische Kategorie mit ihm zu erarbeiten beginnen. Dabei ist das Ziel, dass er nicht nur auf Fragen antworten kann (was schließlich auch schon einen großen Fortschritt bedeutet), sondern dass er auch selbständig Seiten aufschlägt und durch Zeigen auf Abbildungen und Wörter etc. etwas mitteilt. Für die Erarbeitung von Fragen muss der Patient in der Lage sein, entweder auf ein eigens zum Fragenstellen abgebildetes Fragezeichen zu zeigen oder seine Frageabsicht nonverbal oder prosodisch usw. zu verdeutlichen.

Die Regel der permanenten Nutzung

Von Anfang an gilt die Regel, dass die Patienten ihre **Kommunikationsbücher grundsätzlich bei sich tragen** sollen, um sie so oft wie möglich einsetzen zu können – so gut es eben geht. Das bezieht sich besonders auf alle Therapien und Reha-Termine. Die Kolleginnen im interdisziplinären Therapeutenteam müssen darüber informiert werden und sollen im Zweifel auch nachfragen, wo das Kommunikationsbuch ist und dazu ermuntern, es auch einzusetzen.

Bei der Auswahl relevanter semantischer Kategorien und deren teilweise vielfältigen Hyponymen darf die Therapeutin nicht aus dem Auge verlieren, dass es zwar einerseits wünschenswert ist, möglichst viele Aspekte des Kommunikationsalltags zu bedienen. Andererseits muss der Umfang des Kommunikationsbuches den teilweise deutlich begrenzten kognitiven Möglichkeiten des einzelnen Patienten Rechnung tragen. Es nützt wenig, wenn wir ein seitenstarkes Kommunikationsbuch erarbeiten, in dem sich der Patient nicht mehr auskennt und den Überblick verliert. Entsprechende Hinweise sind möglichst schon vorab dem kognitionspsychologischen Befund zu entnehmen.

Es hat sich als erfolgreich erwiesen, wenn Patienten den kommunikativen Umgang mit

den Büchern auch mit ihren Angehörigen in der Therapie üben. Man sollte sich nicht scheuen, auch jüngere Kinder der Patienten mit in die Übungen einzubeziehen und ihnen eine Möglichkeit zur aktiven Kooperation zu geben. Angehörige sind normalerweise in der ersten Konfrontation mit Aphasie deutlich überfordert und es unterlaufen ihnen auch aufgrund von Fehleinschätzungen verschiedene Fehler, die von den Therapeuten behutsam angesprochen werden müssen, damit ein realistisches Verständnis der Symptomatik erarbeitet werden kann und die Angehörigen ihr Verhalten in der Alltagskommunikation modifizieren können. Dieses Vorgehen ist manchmal schon organisatorisch schwierig, weil Angehörige beispielsweise zu den Therapiezeiten arbeiten müssen, zur Schule gehen etc. und nicht zu den Therapien dazu kommen können. Wenn solche Übungen aber möglich sind, sollten sie unbedingt durchgeführt werden; sowohl die Angehörigen als auch die Patienten profitieren von diesen gemeinsamen Sitzungen in der Regel sehr.

Für sehr schwer betroffene Patienten sollte es leicht auffindbar eine Seite geben, auf der sehr groß *Ja* und *Nein* geschrieben sind; man kann das noch mit einem Plus und Minus ergänzen. Diese Seite wird benutzt, wenn Patienten Zustimmung und Ablehnung nicht adäquat äußern können. Manchmal sehen wir Patienten, die Nicken und sprachlich dennoch *Nein* äußern (oder umgekehrt); man spricht von Kanaldiskrepanz (vgl. z. B. Scherer 1979). Solche Symptome können selbst eine rudimentäre Kommunikation auf der Basis von einfachen Entscheidungsfragen erheblich stören. Mit dieser Ja-Nein-Seite muss man zunächst entsprechend üben, in dem die Therapeutin (abgestimmt auf die Sprachverständnisleistungen) solche Fragen stellt, auf die der Patient Zustimmung oder Verneinung zeigen kann. Beispielsweise fragt sie: *Tragen Sie eine Brille? Ist heute Montag? Schneit es draußen? Kommen Sie aus Berlin?* usw.

Zusätzlich gehören in ein Kommunikationsbuch z. B. Kalenderblätter (Jahreskalender), in die gemeinsam mit dem Therapeuten wichtige Geburtstage und andere Daten (Hochzeitstag, manchmal auch das Datum der Erkrankung, das geplante Entlassungsdatum usw.) eingetragen sind. Es hat sich auch bewährt, eine Liste mit Wochentagen, Monatsnamen und Jahreszeiten, Landkarten (Deutschland, Europa, Welt), Umgebungskarten des Wohnortes, öffentliches Verkehrsnetz, Fahrpläne usw. aufzunehmen. Auch eine Zahlentafel mit den Zahlen von 0 bis 9 und eine weitere von 0

bis 100 (gegebenenfalls in Zehnerschritten gegliedert) können sehr nützlich sein. Solche Seiten sind gerade wichtig, wenn Patienten aufgrund der Aphasie Probleme mit Zahlwörtern und numerischen Angaben haben. Hier eröffnet sich ein weites Feld für die Erarbeitung alltagsorientierter Therapieziele zu Akalkulien bei Aphasie (vgl. z. B. Claros-Salinas & Wilmes 2000, Goldenberg 2007). Zu diesen Seiten gehören auch Abbildungen von Uhren für analoge Zeitangaben und digital dargestellte Uhrzeiten. Auch Abbildungen von Geldstücken und -scheinen können für den Umgang mit Geld und Preisen im Alltag sehr nützlich sein. Weil viele Patienten mit Aphasie auch große Probleme beim Benennen von Farben haben (z. B. im AAT-Untertest Benennen, vgl. Huber et al. 1983), aber auch beim Verstehen von Farbadjektiven Fehler machen, sollte es eine Seite mit Farbtafeln geben. Es ist bekannt, dass Patienten mit Aphasie auch deutliche Probleme im semantischen Farbwissen haben können (vgl. Goldenberg 1995, Varney 1982, Glindemann et al. 2002), so dass sie auch Schwierigkeiten haben können, die treffende Farbe zu zeigen oder Schwarz-Weiß-Zeichnungen zu kolorieren. Sofern diese Symptome im konkreten Patientenalltag tatsächlich Probleme verursachen, sollten mit diesen Patienten bei der Erarbeitung dieser Seite zunächst spezifische Übungen zum Farbwissen durchgeführt werden. Alle diese Themen müssen in den Therapien sukzessiv und in der Regel ausgesprochen kleinschrittig erarbeitet werden, ehe weitere semantische Kategorien oder Themenseiten hinzugefügt werden können.

Wir verwenden im Kommunikationsbuch auch eine schematische Abbildung eines menschlichen Körpers, an der Patienten einem Arzt oder Angehörigen usw. beispielsweise schmerzhafte oder empfindungsgestörte Körperstellen zeigen können. Es sind auch Verpackungsetiketten von Medikamenten sinnvoll, wenn über deren Einnahme kommuniziert werden muss. Und es gibt über Fotos konkreter Personen hinaus symbolische Darstellung und Logos von alltagsrelevanten Fachberufen (z. B. Arzt, Krankenschwester, Physiotherapeutin oder Logopädin), von denen man sich helfen lassen möchte, zu denen man Kontakt haben möchte oder die um Rat gefragt werden sollen. Auch das Logo einer Apotheke sollte hier nicht fehlen.

Um all diesen Abbildungen eine möglichst übersichtliche Ordnung im Kommunikationsbuch geben zu können, ist es sinnvoll, möglichst rasch Registerblätter zur Einteilung von thematisch zusammengehö-

rigen Seiten einzufügen. Dadurch ermöglichen wir dem Patienten einen besseren Überblick über die Inhalte seines Kommunikationsbuches zu behalten und gesuchte Seiten sicherer und schneller aufzufinden. Viele Patienten neigen dazu, alle möglichen (und unmöglichen) Zettel in ihrem Kommunikationsbuch zu sammeln und aufzubewahren. In solchen Fällen sollten die Therapeuten darauf achten, regelmäßig (aus-)zu sortieren, zu systematisieren und gegebenenfalls auch die Reihenfolge der bisher erarbeiteten Seiten sinnvoll zu modifizieren.

Wenn die Patienten im Umgang mit dem Kommunikationsbuch geübt sind und kognitiv die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, stellen mehrschrittige, quasi satzwertige Aussagen mit Hilfe des Buches die kommunikativ anspruchsvollste und effektivste Anforderung dar. Auf die Frage an einen Patienten, was er am Nachmittag vor habe, könnte er beispielsweise im Buch zeigen, mit wem er wo und wann hinzugehen beabsichtigt. Er könnte die Abbildung eines Zahnarztes zeigen, dann eine Uhrzeit, dann auf das Foto seiner Mutter, die ihn begleiten soll. Oder er kann nach entsprechenden (teilweise langwierigen Übungen) von sich aus zeigen, dass er am Sonntag um 13.00 Uhr mit seinem besten Freund in sein Lieblingsrestaurant geht, um dort einen großen Salatteller zu essen.

Um solche komplex kombinierten Mitteilungen verstehen zu können, ist beim Gesprächspartner einerseits ein gewisses Kontextwissen notwendig; wir kennen das auch aus Gesprächen zwischen sprachlich ungestörten Partnern. Andererseits müssen wir davon ausgehen, dass solche mehrschrittigen Mitteilungen erfolgreicher sind, wenn der gesunde Gesprächspartner im Umgang mit dem Sprachpatienten und mit dem Kommunikationsbuch geübt ist. Hierbei ist besonders die Verständnissicherung wichtig, da sich bei mehrteiligen Aussagen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein oder mehrere Teile fehlerhaft zugeordnet oder gar völlig falsch verstanden werden. Bei schwerer gestörten Patienten kann es sinnvoll sein, die einzelnen Informationen jeweils schriftlich festzuhalten und anschließend gemeinsam zu überprüfen (Namen der beteiligten Personen, Tag, Uhrzeit, Handlung).

Gleichzeitig zeigt diese komplexeste Stufe der Partizipation mit dem Kommunikationsbuch, die nicht alle Patienten erreichen können, auch die Begrenztheit der kommunikativen Möglichkeiten. Differenzierte Argumentationen über abstrakte Sachverhalte wird man auch mit sehr detailliert erarbeiteten individuellen Kommunikationsbü-

Formale Aspekte
DIN-A5-Ringbuch, gelochte Prospekthüllen, Registereinlagen
Geordnet nach semantischen und thematischen Kriterien
Orientiert an den Erfordernissen des individuellen Alltags
Inhalte
Aphasikerausweis oder entsprechender Eintrag
Persönliche Daten, Fotos der Bezugspersonen
Referenzmittel: Kalender, Uhr, Landkarten, Fahrpläne, Zahlen, Farben etc.
Personenbezogene semantische Kategorien wie Speisen und Getränke, Kleidung, Hygiene, Haushalt, Geschäfte, Elektronik etc.
Individuell gestaltete Themenblätter: Haushaltstätigkeiten, Freizeitaktivitäten, Beruf, Kinder, Hobbys ,Urlaub etc.
Erarbeitungsschritte
Einzelitems, Vorschläge für den Kommunikationsalltag, Aussuchen von Abbildungen, Erarbeiten des Schriftbildes der Wortform
Übungen zum auditiven Verständnis, Lesesinnverständnis
Fragen durch Zeigen beantworten
Erarbeiten mehrerer Seiten
Auffinden der semantischen Kategorien und Themen
Auffinden der einzelnen Seiten
Kombinieren einzelner Items zu mehrgliedrigen Aussagen
Einbeziehung der Angehörigen bei Erarbeitung und Verwendung des Buches
Anwendungsstufen
Einzeltherapie, Gruppentherapie
in Therapie und Alltagskommunikation mit Angehörigen
im Stationsalltag
mit nicht vertrauten Therapeuten
in der alltagsorientierten Therapie vor Ort
mit Fremden

Tabelle 1: Individualisiertes Kommunikationsbuch im Überblick

chern nur ausgesprochen begrenzt führen können.

Das beschriebene individualisierte Kommunikationsbuch hilft nicht nur durch Zeigen zu kommunizieren, sondern Patienten haben die Dinge ihres Lebens vor der Erkrankung (bzw. deren symbolische Stellvertreter), die ihnen wichtig waren und sind, mit dem Buch immer bei sich. Dadurch ist es auch leichter, Anderen Merkmale der eigenen Person und ein persönliches Selbst-

konzept darzustellen. Menschen, die durch die Erkrankung auf lediglich rudimentäre Informationsmöglichkeiten stark zurückgeworfen sind, haben nicht selten das Bedürfnis, zu zeigen, wer sie vor der Erkrankung waren, wer sie sind, wie erfolgreich oder kreativ sie waren, wie sie leben oder gelebt haben. Diese Möglichkeiten sind mit einem Kommunikationsbuch dadurch gegeben, indem möglichst viele individuelle Dinge ihres Alltags und Lebens dargestellt werden.

Die Rolle der Kommunikationspartner im sozialen Umfeld

Erfahrungsgemäß macht es wenig Sinn, mit den Patienten und Angehörigen individualisierte Kommunikationsbücher zu erarbeiten, wenn deren Einsatz im Kommunikationsalltag nicht von allen Beteiligten akzeptiert ist. Wir haben beobachtet, dass die Patienten teilweise auch selber kompensatorische Strategien in der Kommunikation ablehnen, weil sie wieder uneingeschränkt sprechen können und damit im Alltag unauffällig sein wollen. Sie erleben oft viele von Therapeuten empfohlene Umwegstrategien als Stigmatisierung und Verletzung ihres Selbstverständnisses, die sie nur sehr schwer oder gar nicht akzeptieren können. Aber selbst wenn die Patienten bereit sind, sich auf entsprechende Strategien einzulassen, ist es außerordentlich wichtig, dass auch die Angehörigen die Verwendung solcher Strategien mittragen und sich selbst darauf einlassen. Auch die Kommunikationspartner der Patienten müssen die Kommunikationsbücher in ihrem Alltag ohne Vorbehalte einsetzen und die Betroffenen bei Referenzproblemen ermuntern, das Kommunikationsbuch zu benutzen. Wenn etwa die Ehefrau eines Patienten mit Aphasie deutliche Probleme damit hat, dass ihr Mann nun (vorerst) nicht sehr erfolgreich sprechen kann, sondern auf Abbildungen zeigen muss, wird dieser Patient die an sich gute Möglichkeit selbst kaum akzeptieren können. Wenn die Angehörigen meinen, dass es unter dem intellektuellen Niveau der Patientin sei, ein Kommunikationsbuch einzusetzen (z. B. weil sie Hochschullehrerin oder Direktorin einer Bank war), ist die aufwendige therapeutische Erarbeitung eines Kommunikationsbuches nicht indiziert. Nur wenn der Nutzen dieser Hilfe auch von allen Beteiligten erfasst werden kann und mitgetragen wird, ist es sinnvoll, ein solches Buch anzulegen. Darum halten wir es auch für außerordentlich sinnvoll, Kommunikationsübungen mit Angehörigen mit den erarbeiteten Büchern schon möglichst bald in die Therapien zu integrieren.

Die Einstellungen zu solchen Kommunikationshilfen sind nicht unveränderlich und variieren auch mit dem aktuellen Status im Prozess der Krankheitsbewältigung. Es kann gut sein, dass sich Patienten und Angehörige nach anfänglichen Zweifeln doch noch zu der Einschätzung entschließen, dass die Verwendung eines Kommunikationsbuches auf Dauer nützlicher ist als hilfloses Schweigen oder ständige kommunikative Krisen und Missverständnisse. Außerdem ist es durchaus sinnvoll, mit Patienten und Angehörigen

zu besprechen, dass man das Kommunikationsbuch zunächst auch als eine Art Übungs- oder Lehrbuch verstehen kann, mit dessen Hilfe erfolgreich kommunikative Handlungen erarbeitet werden können, welche die Benutzung des Buches auf Dauer vielleicht gar nicht mehr nötig machen. Auch deshalb schlagen wir vor, unter jeder Abbildung im Kommunikationsbuch das entsprechende Wort auch graphematisch darzustellen. Die Redundanz durch die Kombination von Abbildung und Schriftzug kann unter günstigen Bedingungen dazu führen, dass die Patienten zunehmend weniger Abbildungen zu benennen versuchen, sondern auch die Fähigkeit wieder erwerben, die schriftliche Wortform zu erlesen. Dieses Vorgehen bedeutet für viele Patienten und Angehörige eine erträglichere Perspektive, welche die Verwendung des Kommunikationsbuches in einem deutlich positiveren Licht erscheinen lässt.

den (Kommunikations-)Alltag zu kommen. Ein Kommunikationsbuch, in dem man blättert und zeigt, aus dem man vorliest usw., ist demgegenüber auffällig und mutet für den ungeübten Laien zunächst befremdlich an. Auch zu zeichnen oder kommunikative Gesten und Pantomimen einzusetzen wird von Patienten sehr unterschiedlich toleriert. Es gibt unter den Patienten mit globaler Aphasie solche, die die in den Therapien gelernten Kompensationsmöglichkeiten auch spontan und ohne Scheu einsetzen und damit im Alltag erfolgreicher sind als die mit den großen Skrupeln. Zusätzlich beobachten wir, dass Patienten mit eher frontalen Läsionen oft nicht genügend Flexibilität aufbringen, komplexe Kompensationsstrategien einzusetzen und dies auch deshalb oft ablehnen. Und es gibt Patienten, die sich bei der Verwendung von Kompensationsmedien lächerlich vorkommen und die versuchen, entsprechende Peinlichkeiten zu vermeiden.

Die Multifunktionalität von Kommunikationsbüchern

Individualisierte Kommunikationsbücher haben also vielfältige Funktionen:

- Einerseits können sie die Verständigung erleichtern, indem man auf Dinge in der Welt referieren kann, die man sprachlich zu realisieren nicht in der Lage ist.
- Andererseits haben wir gesagt, dass diese Bücher auch die Funktion von Lehrbüchern mit weiterführenden Therapiezielen übernehmen können, wodurch die Akzeptanz ihrer Verwendung stark verbessert wird.
- Eine wichtige Funktion stellen auch die semantischen Funktionen bei der Erarbeitung von Kommunikationsbüchern dar. Durch die Organisation nach Themen und semantischen Kategorien sind schon durch die Erstellung der Seiten und bei der späteren Suche nach einzelnen Items semantische Verarbeitungsschritte gefordert.
- Durch die abgedruckten schriftsprachlichen Benennungen können zusätzliche Fazilitierungseffekte erreicht werden.
- Zusätzlich sind die kognitiven Anforderungen nicht nur Grenzen bei der Verwendung dieser Bücher, sondern bei der Erstellung und Verwendung werden kognitive Fähigkeiten erprobt und geübt, so dass wir auch von kognitiven Funktionen der Kommunikationsbücher sprechen können.
- Durch die Individualisierung der Items können Patienten ihr Kommunikationsbuch auch zur Selbstdarstellung ihrer Person und ihrer persönlichen Verhältnisse verwenden, was sprachlich häufig sehr eingeschränkt möglich ist.
- Der Einsatz der Kommunikationsbücher ist zusätzlich für die Entwicklung des wechselseitigen Verständnisses in den neuen Interaktionsrollen hilfreich, die sich unter den Patienten und Angehörigen in der Interaktion entwickeln müssen.

Weil die Erfahrung lehrt, dass Patienten mit Aphasie (wie andere von Behinderung Betroffene auch) in hohem Maße daran interessiert sind, nicht mit ihrer Symptomatik aufzufallen, wünschen sich die meisten Patienten mit Aphasie nach den Therapien wieder so kommunizieren zu können, wie vor ihrer Erkrankung. Weil das oft kaum realisierbar ist, möchten sie in den Therapien mindestens erreichen, möglichst unauffällig (d. h. in der Regel: nicht stigmatisiert) durch

Sie nutzen Kommunikationsbücher nur ungerne und oft nur nach Aufforderung. Andere schämen sich zuerst und können sich dann im Verlauf der Rehabilitation doch mit dem Einsatz kompensatorischer Mittel anfreunden.

Döppler, Ostermann & Militzer (2003) sprechen in ihrer Arbeit über Kommunikationsbücher von einem *Akzeptanzproblem*. Zur Illustration berichten sie von einer Befragung von zehn ehemaligen Patienten

mit Globalaphasie und teilweise schwerer Sprechapraxie, von denen sieben zu Antworten bereit und in der Lage waren. Drei von den sieben Patienten (das ist keine befriedigende Datenlage, macht aber 42,8% aus) nutzten die Kommunikationsbücher auch nach Beendigung der Therapie weiter. Leider wird dazu nichts über den Zeitraum seit der Erkrankung oder dem Ende der Therapien mitgeteilt. Wir erfahren aber, dass sie die Bücher mindestens immer dann verwendeten, wenn es kommunikative Probleme gab. Im Gegensatz zu den Autoren halten wir dieses Ergebnis ihrer Befragung nicht für „ernüchternd“ (vgl. ebenda, 192), sondern wir meinen, dass 42% im Vergleich zu vielen anderen therapeutischen Methoden, bei denen man auch mit geringeren Erfolgsraten zufrieden ist, eine akzeptable Größenordnung darstellt. Döppler, Ostermann & Militzer (2003) haben noch weiter gefragt: Von den drei Patienten, welche die Kommunikationsbücher noch nutzten, verwendeten sie nur zwei auch außerhalb der häuslichen Umgebung. Das sind immer noch 28% der sieben Patienten, die geantwortet hatten. Einerseits sind wir (s.o.) über die Funktion als Kommunikationshilfe hinaus von vielfältigen anderen positiven therapeutischen Effekten schon während der Erarbeitung von Kommunikationsbüchern ausgegangen (z. B. als „Lehrbuch“ mit semantischen Übungen, als kognitive Strukturübungen, als schriftsprachliches Fazilitierungsmittel, als Selbstdarstellungsmedium, frühzeitige Einbeziehung von Partnern und Familien usw.). Andererseits gehen wir davon aus, dass die Betroffenen gelernt haben, das Kommunikationsbuch gezielt in den Situationen einzusetzen, in denen sie am ehesten davon profitieren. Das wird nicht zuletzt in kommunikativen Konfliktsituationen und meistens in Interaktionen in primären sozialen Umfeldern, d. h. meistens im häuslichen Kontext der Fall sein. Insofern ist die Ausbeute gar nicht so negativ zu bewerten. Allerdings steht aus, einmal eine Befragung einer größeren Patientengruppe mit einem differenzierten Fragenkatalog zur Verwendung von Kommunikationsbüchern durchzuführen.

Wie Döppler, Ostermann & Militzer (2003) sind wir der Meinung, dass die Herstellung von Akzeptanz (auch) Ziel und Inhalt der Therapie selbst sein muss. Wie für alle aufwendigen Kompensationsmedien muss schon während der Erarbeitung individualisierter Kommunikationsbücher systematisch daran gearbeitet werden, eine gute Motivation für ihren effektiven Einsatz zu gewährleisten.

Eine gelungene Individualisierung der Bücher ist nach unseren Erfahrungen der erste Schritt für eine gute Motivation, sie zu verwenden. Der zweite besteht in der Effektivität des Einsatzes, die durch die Gestaltung der Bücher ebenso erreicht wird wie durch das schrittweise Entwickeln, Einführen und Erproben der Bücher. Wenn Betroffene und deren Familien sich dadurch in die Lage versetzt sehen, trotz der Aphasie über ihre alltäglichen Belange, Bedürfnisse, Interessen, Vorstellungen und Hobbys, aber auch über besondere Eigenschaften und Sachverhalte kommunizieren zu können, wächst die Akzeptanz erheblich. Wenn zusätzlich gewährleistet ist, dass man mit ihnen effektiv kommunizieren kann, ohne sein Selbstkonzept in Gefahr zu bringen und ohne sein Gesicht als erstzunehmender Zeitgenosse zu verlieren, ist die Akzeptanz meistens erreicht. Darum sprechen wir nicht von einem Akzeptanzproblem, sondern von der *Herausforderung*, durch die behutsame und schrittweise Erarbeitung individueller Kommunikationsbücher und der systematischen Einübung *Akzeptanz zu erreichen*.

Kommunikationsbücher in Einzel- und Gruppentherapien

Wir gehen davon aus, dass es gerade wegen der Individualisierung dieser Kommunikationsbücher notwendig ist, die Erarbeitung der ersten Kommunikationsbuchseiten in Einzeltherapien vorzunehmen. Inwieweit dafür die Einbeziehung der Angehörigen wichtig ist, wurde oben bereits erläutert. Die ersten Erprobungen dieser Seiten werden oft gleich mit dem Therapeuten durchgeführt, mit dem sie erstellt worden sind. Das hilft unnötige Missverständnisse über die Verwendungweise zu vermeiden und möglichst schnell kleinere und größere Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

Unmittelbar der nächste Schritt ist, dass die Patienten ihre Kommunikationsbücher in Gruppentherapien mit anderen Patienten einsetzen. Dort können sie nicht nur sehen, dass und wie andere Patienten diese Bücher einsetzen, sondern sie können auch Anregungen erhalten, was andere mit ihren individuellen Seiten mitteilen können. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die Therapeutin der Gruppentherapie selbst ein individuelles Kommunikationsbuch besitzt, das einerseits als Modell dient, den Patienten die vielfältigen kommunikativen Möglichkeiten vorzuführen, die in einem Kommunikationsbuch aufgenommen werden können und andererseits die Akzeptanz zu erhöhen. Es passiert nicht selten, dass Patienten in Ein-

zeltherapien zu verstehen geben, dass sie eine bestimmte Seite, die sie bei anderen Patienten in der Gruppentherapie gesehen haben, auch in ihrem Buch haben möchten. Die Übungen in Gruppen, an denen mehrere Patienten mit Kommunikationsbüchern teilnehmen, haben sich als sehr nützlich für den einzelnen Patienten erwiesen und sind inzwischen Standard.

Der nächste Schritt ist, dass Patienten mit ihrem Kommunikationsbuch mit den Angehörigen kommunizieren. Besonders effektiv ist es in dieser Phase auch, wenn Patienten ihr Kommunikationsbuch immer wieder einmal ganz gezielt nicht mit ihrem vertrauten Sprachtherapeuten einsetzen, sondern in eigens dafür organisier-ten Therapiestunden mit einer Kollegin des Teams, die diesen Patienten normalerweise nicht behandelt. Hier kann beobachtet (und später rückgemeldet) werden, wie gut der Transfer in Situationen mit unbekanntem Gesprächspartnern funktioniert und welche Therapieziele noch nicht uneingeschränkt erreicht worden sind. Dabei wird mögliches Fehlverhalten sprachtherapeutisch kompetent beurteilt und gegebenenfalls unmittelbar behutsam modifiziert.

Im Anschluss daran kommunizieren die Patienten mit ihrem Kommunikationsbuch mit völlig unbekanntem Kommunikationspartnern. In der Klinik gibt es noch den Zwischenschritt der Kommunikation auf der Therapiestation und im Wartebereich der Tagesklinik. Wenn Patienten erst einmal ihren Mitpatienten und auch deren Angehörigen, der Krankenpflege und den Ärzten etc. Sachverhalte mit ihren Kommunikationsbüchern vermitteln konnten, ist in der Regel eine gute Akzeptanz für die weitere Verwendung erreicht.

Zusätzlich bieten wir unseren Patienten spezifische alltagsorientierte Therapien an (AOT, vgl. Götze und Höfer 1999), in denen sie in den Einzeltherapien gut vorbereitete kommunikative Aufgaben in realen Situationen erarbeiten. Bei diesen Übungen nach dem Konzept der wohnortnahen Rehabilitation gehen sie mit einer Therapeutin möglichst in den Stadtteil, in dem sie wohnen, um sich dort in den Geschäften, in denen sie auch sonst einkaufen, kommunikativ zu erproben. Die Bewältigung der Wege mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gehört (in Kooperation mit den Physiotherapeutinnen) zu diesem deutlich individualisierten therapeutischen Ansatz ebenso wie Aspekte der unabhängigen Haushaltsführung, die schwerpunktmäßig von den Ergotherapeutinnen erarbeitet werden. Beispielsweise kann hier im Zusammenhang mit dem

ergotherapeutischen Haushaltstraining in der Sprachtherapie ein Einkaufszettel erarbeitet worden sein, mit dessen Hilfe Zutaten zu bestimmten Gerichten vor Ort eingekauft werden, die anschließend unter therapeutischer Supervision und gestuften Hilfestellungen gekocht werden. Götze, Pössl & Ziegler (2005) konnten in einer Evaluierungsstudie mit unabhängigen Ratern nachweisen, dass die Patienten von diesem Therapieangebot nicht nur direkt profitierten, sondern in einer follow-up-Erhebung sechs Monate nach Ende der Therapie sich dauerhafte positive Effekte zeigten. Für Patienten mit Kommunikationsbüchern bieten sich in diesem Setting besonders viele Möglichkeiten, den Umgang mit dem Buch vor Ort zu erproben, Strategien hinsichtlich der Alltagsanforderungen zu spezifizieren, zielgerichtet zu modifizieren und bei Bedarf zu erweitern. Diese Kommunikationsübungen unter Supervision erfahrener Therapeutinnen eines interdisziplinären Teams stellen die komplexeste Vorstufe zur tatsächlichen Alltagskommunikation dar.

Vor- und Nachtest zur Verwendung des Kommunikationsbuches

Weil Therapieziele grundsätzlich auch überprüfbar sein sollen, müssen die kommunikativen Fähigkeiten der Patienten, mit dem erarbeiteten Kommunikationsbuch kommunizieren zu können, beurteilt werden. Dazu haben wir jeweils ein kleines Set von alltagsrelevanten Aufgaben zusammengestellt, das auf den Umgang mit dem individualisierten Kommunikationsbuch abgestimmt ist. Es wird von einem dem Patienten nicht vertrauten Sprachtherapeuten durchgeführt. Dabei kann man feststellen, ob und in welchem Maße der Patient von dem Kommunikationsbuch profitiert, wie schnell er semantische Kategorien und Themenseiten findet, wie zuverlässig er einzelne Items findet, wie sicher er typische Fragen beantworten kann und auch wie flexibel er mit ungeübten kommunikativen Aufgaben umgehen kann. Damit wird auch das Potential erfasst, das ihm noch zur Verfügung steht. Dazu wird überprüft, ob und wie sicher Verständnissicherungsroutrinen eingesetzt werden. Besonders bei mehrteiligen Aussagen erhöht sich erfahrungsgemäß die Wahrscheinlichkeit, dass ein oder mehrere Teile falsch verstanden werden.

Um nicht ständig neue, auf einzelne Patienten zugeschnittene Aufgaben zur Evaluation der Leistungen im Umgang mit dem

Kommunikationsbuch entwerfen zu müssen, verwenden wir inzwischen regelmäßig einen pragmatisch-funktionellen Test (PFD, vgl. Balazs, Wiesenberger & Glindemann 2010), der für die Untersuchung kommunikativ-pragmatischer Leistungen schwerer gestörter Patienten mit Aphasie ausgelegt ist. Auch hier werden personenbezogene Informationen abgefragt, die Fähigkeit zu widersprechen überprüft, schriftliches Handeln bewertet, der Umgang mit Logos, Piktogrammen und Schriftsprache eingeschätzt usw.

Resumee

Individualisierte Kommunikationsbücher in der vorgestellten Form erlauben Patienten mit Aphasie nach therapeutisch kleinschrittigem Vorgehen bei der Erstellung und Erprobung sowie nach intensivem Einüben der Verwendung in Einzel- und Gruppentherapien deutlich bessere Teilhabemöglichkeiten an der Alltagskommunikation in ihren primären sozialen Umfeldern. Die Integration der Bezugspersonen in diesen Erarbeitungs- und Nutzungsprozess hat sich als unabdingbar und durchaus gewinnbringend erwiesen. Der Grad der Individualisierung einzelner Items sollte vom Einzelfall abhängen. Nach unseren Erfahrungen ist bei vielen Patienten die Akzeptanz des Kommunikationsbuches um so größer, je persönlicher seine Gestaltung ausfällt und damit die Referenz auf möglichst viele individuelle Sachverhalte und Handlungen ermöglicht. Bei Vor- und Nachtests machen wir die Erfahrung, dass es sich in fast allen Fällen lohnt, individuell, behutsam und kleinschrittig vorzugehen.

Literatur

- Austin, J.L. (1972): Zur Theorie der Sprechakte. Deutsche Bearbeitung E. von Savigny. Stuttgart: Reclam.
- Balazs, V., Wiesenberger, A. & Glindemann, R. (2010): Interview zur pragmatisch-funktionellen Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD). Sprachheilarbeit, 2010, 5, 232-240.
- Best, W. & Nickels, L. (2002): From theory to therapy in aphasia: where are we now and where to next? Neuropsychological Rehabilitation 2002, 10, 231-247.
- Bucher, P.O. & Boyer, I. (2009): ICF in der Aphasie-therapie: Ambulante Rehabilitation. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.): ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis (61-78). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA) ohne Angabe eines Autors oder

eines Erscheinungsjahrs: PICTOCOM, Würzburg, Wenzelstr. 19.

- Chapey, R. & Hallowell, B. (2001): Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. In: Chapey, R. (Ed.): Language Intervention Strategies (3-17). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Chapey, R. (2001): Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Claros-Salinas, D. & Willmes, K. (2000): Störungen der Zahlenverarbeitung. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallesch, C.-W. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie. (521-536) Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Döppler, R., Ostermann, F. & Militzer, G. (2003): Kommunikationsbücher. In: Ostermann, F. (Hrsg.): Ohne Worte. Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie. EKN-Materialien für die Rehabilitation 12, (185-205). Dortmund, Borgmann.
- Franke, U. (1993): Bild-Grundwortschatz für Sprach- und Sprechbehinderte. Aphasiker, Anarthriker und Dysarthriker. München: Urban & Fischer.
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2010): Kontextsensitive Neurorehabilitation: Einführung in die klinische Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.): NeuroRehabilitation (4-22). Berlin: Springer Verlag.
- Frommelt, P. & Lösslein, H. (2010): NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin: Springer Verlag.
- Glindemann, R. (1997): Alltagsorientierung, kommunikative Handlungen und ökologische Validität. In: Widdig, W., Pollow, Th., Ohlendorf, I. & Malin, J.-P. (Hrsg.): Aphasologie in den Neunzigern (161-188). Freiburg i. Brsg.: HochschulVerlag.
- Glindemann, R. (2006): Aphasie-therapie und die Behandlung der nicht-aphasischen zentralen Sprachstörungen. In: Böhme, G. (Hrsg.): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 2: Therapie. 4. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Glindemann, R. (2009): Wenn sich Themen unkontrolliert entwickeln. Kognitiv-neurolinguistische Überlegungen zu weitschweifigen Äußerungen. Neurolinguistik 23, Heft 2 (erscheint nach Auskunft der Herausgeber 2011).
- Glindemann, R. & Springer, L. (1989): PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen. Ein integrativer Vorschlag zur Aphasie-therapie. Sprache, Stimme, Gehör 13, 88-192.
- Glindemann, R. & Springer, L. (1995): An Assessment of PACE therapy. In: Code, Ch. & Müller, D. (Eds.): The treatment of aphasia: From theory to practice. (90-107) London: Whurr.
- Glindemann, R., Höfer, B., Krug, B. (1997): Amnestische Aphasie. In: Gauggel, S. & Kerkhoff, G. (Hrsg.): Fallbuch der Klinischen Neuropsychologie. Praxis der Neurorehabilitation. Göttingen: Hogrefe.
- Glindemann, R., Ziegler, W., Kilian, B. (2002): Aphasie und Kommunikation. In: Goldenberg, G., Pös-

- sel, J. & Ziegler, W. (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag (78-97). Stuttgart: Thieme.
- Götze, R. & Höfer, B. (1999): AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Stuttgart: Thieme.
- Götze, R., Pössl, J. & Ziegler, W. (2005): Überprüfung der Wirksamkeit der Alltagsorientierten Therapie (AOT) bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. *Neurologie und Rehabilitation*, 11 (1), 13-20.
- Goldenberg, G. (1995): Aphasic patients' knowledge about the visual appearance of objects. *Aphasiology*, 9, 50-56.
- Goldenberg, G. (1997): Störungen der Objekterkennung und des bildlichen Vorstellens. In: Hartje, W. & Poeck, K. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie* (240-254). Stuttgart, New York: Thieme.
- Goldenberg, G. (1999): Apraxie. In: Hopf, H.C., Deuschl, G., Diener, H.C. & Reichmann, H. (Hrsg.): *Neurologie in Praxis und Klinik*. Band 1 (150-156). Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Goldenberg, G. (2000): Apraxie. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie*. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (452-461). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Goldenberg, G. (2007): *Neuropsychologie*. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation. 4. aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Goldenberg, G. (2010): Apraxie. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.): *Neuro-Rehabilitation* (329-336). Berlin: Springer Verlag.
- Goldenberg, G., Pössl, J. & Ziegler, W. (2002): Der Alltag als Richtschnur für Diagnostik und Therapie. In: Goldenberg, G., Pössl, J., & Ziegler, W. (Hrsg.): *Neuropsychologie im Alltag* (1-11). Stuttgart: Thieme.
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009): Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.): *ICF in der Sprachtherapie*. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis (23-37). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Grötzbach, H. (2010): Rehabilitation bei Sprach- und Sprechstörungen: Grundlagen und Management. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation* (339-349). Berlin: Springer Verlag.
- Henne, H. (1975): Sprachpragmatik. Nachschrift einer Vorlesung. Reihe: Germanistische Linguistik, 3. Tübingen: Niemeyer.
- Hermesdorfer, J. (2010): Handfunktionsstörungen: Assessment und Management. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation* (305-328). Berlin: Springer Verlag.
- Howard, D. & Orchard-Lisle, V. (1984): On the origin of semantic errors in naming: evidence from the case of a global aphasic. *Cognitive Neuropsychology* 2, 49-80.
- Huber, W., Poeck, K. & Weniger, D. (2000): Aphasie. In: Hartje, W. & Poeck, K. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983): *Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, W. & Ziegler, W. (2000): Störungen von Sprache und Sprechen. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie*. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (462-511). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Jackson, H.H. (1878): On affectations of speech from disease of the brain. *Brain* 1, 304-330.
- Karnath, H.-O. (2000): Vernachlässigung – Neglect. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie*. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (366-374). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Kay, J. & Ellis, A. (1987): A cognitive neuropsychological case study of anomia: implications for psychological models of wordretrieval. *Brain* 110, 613-629.
- Kerckhoff, G. (2000): Räumlich-perzeptive, räumlich-kognitive, räumlich-konstruktive und räumlich-topographische Störungen. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie* (411-429). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Kerckhoff, G. & Groh-Bordin, C. (2010): Höhere visuelle Funktionen: Neglect, Raumorientierung, Balint-Holmes-Syndrom und visuelle Agnosien. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation* (207-222). Berlin: Springer Verlag.
- Levinson, S.C. (1994): *Pragmatik*. Tübingen: Niemeyer Verlag.
- Lorenz, A. & Ziegler, W. (2004): Die Behandlung von Wortabrufstörungen bei Aphasie: Eine methodenvergleichende Studie zum Bildbenennen. *Spracheheilarbeit* 6, 276-283.
- Mathes-von Cramon, G. & von Cramon, D.Y. (2000): Störungen exekutiver Funktionen. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie* (392-410). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Maibauer, J. (1999): *Pragmatik*. Eine Einführung. Tübingen: Stauffenburg-Verlag.
- Nürnberger-Behrends, H. (2004): *Logicon*. Ein Kommunikationsbuch zur Verständigung mit Bildern. Immenhausen: Prolog-Verlag.
- Ohne Angabe eines Autors (1999): *Ohne Wörter Buch*. Berlin, München: Langenscheidt.
- Murray, L. & Chapey, R. (2001): Assessment of Language Disorders in Adults. In: Chapey, R. (Ed.): *Language Intervention Strategies*, 55-126. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Schank, R. & Abelson, R. (1977): *Scripts, Plans, Goals and Understanding*. An Inquiry into Human Knowledge Structures. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Schnelle, P. (2001): *Zurück zur Sprache, zurück ins Leben: Bilder zur Kommunikation und Sprachtherapie bei Aphasie*. München: Urban & Fischer.
- Scherer, K. (1979): *Kommunikation*. In: Scherer, K. & Wallbott, H. (Hrsg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten* (14-24). Weilheim und Basel: Beltz.
- Schuri, U., Wilson, B.A. & Hodges, J.R. (1996): Memory Disorders. In: Brandt, T., Caplan, L.R., Dichtgans, J., Diener, H.C. & Kennard, C. (Eds.): *Neurological Disorders: Course and treatment* (223-230). San Diego: Academic Press.
- Searle, J. (1971): *Sprechakte*. Ein sprachphilosophischer Essay. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Springer, L. (2008): *Therapeutic Approaches in Aphasia Rehabilitation*. In: Stemmer, B. & Whitaker, H.A. (Eds.): *Handbook of the Neuroscience of Language* (397-406). London, Amsterdam, Burlington, San Diego: Elsevier Science & Technology.
- Sturm, W., Herrmann, M. & Wallech, C.-W. (2000): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie*. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie. Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Tesak, J. (2001): *Grundlagen der Aphasitherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Varney, N.R. (1982): Colour association and „Colour amnesia“ in aphasia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 45, 248-252.
- Vogel, M. (2006): *Therapie der zentralen Sprechstörungen: Dysarthrie, Sprechapraxie*. In: Böhme, G. (Hrsg.): *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Band 2. Therapie. 4. Auflage. München: Urban & Fischer.
- World Health Organisation – WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organisation.
- Ziegler, W. & Vogel, M. (2010): *Dysarthrie*. Verstehen, Untersuchen, Behandeln. In: Springer, L. & Schrey-Dern, D. (Hrsg.): *Forum Logopädie*. Stuttgart: Thieme.

Korrespondenzadresse

Ralf Glindemann
 Brita Krug
 Klinik für Neuropsychologie
 Klinikum Bogenhausen
 Engelschalkinger Str. 77
 D-81925 München
 brita.krug@klinikum-muenchen.de
 ralf.glindemann@klinikum-muenchen.de

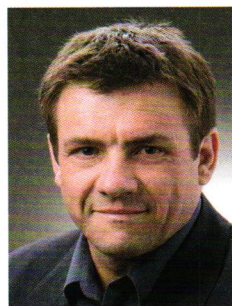
Dr. Ralf Glindemann, Neurolinguist, arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Neurologie der RWTH Aachen schwerpunktmäßig in den Bereichen Therapiefor-schung und kommunikativ-pragmatische Ansätze in der Aphasitherapie. Seit 1992 ist er der Leiter der Neurolinguistik in der Klinik für Neuropsychologie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

Brita Krug, M.A., studierte an der LMU München Psycholinguistik, Phonetik und Sprachheilpädagogik mit einem Abschluss 1984. 1987 schloss sie außerdem die Logopädieausbildung am Universitätsklinikum in Ulm ab. Seitdem arbeitet sie in der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen als Psycholinguistin. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die Behandlung von Aphasien, Gruppentherapien mit schwer gestörten Sprach- und Sprechpatienten sowie Aphasitherapien bei Patienten im Kindes- und Jugendalter.



Hauptmerkmale eines entwicklungswirksamen Unterrichtsangebotes für sprachbeeinträchtigte Kinder in der Einschätzung von Experten

Positive features of classroom-based intervention for language impaired children as observed by experts via a questionnaire



Anja Theisel, Stuttgart
Christian W. Glück, Heidelberg

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Rahmen der Debatte um inklusive Beschulung behinderter Kinder und Jugendlichen gewinnt die Frage nach den Merkmalen eines für sprachbehinderte Kinder gewinnbringenden Unterrichts und den dafür notwendigen Kompetenzen der Lehrpersonen neues Gewicht.

Fragestellung

Unabhängig von der Frage der inklusiven oder zeitweise separierenden Beschulung von Kindern mit Spracherwerbsstörungen ist die Frage nach den Qualitätsmerkmalen ‚guten‘ Unterrichts für diese Klientel von zentraler Bedeutung. Berichtet wird hier über die Ergebnisse einer Expertenbefragung zur Einschätzung der Bedeutsamkeit von Rahmenbedingungen, Merkmalen allgemeinen ‚guten‘ Unterrichts und der Lehrperson sowie zu Qualitätsindikatoren sprachheilpädagogischer, unterrichtlicher Praxis.

Methode

An der Fragebogenstudie, bei der deutschlandweit Experten in Aus- und Weiterbildung zu Qualitätsmerkmalen sprachheilpädagogischer Praxis befragt wurden, nahmen 74 Personen teil.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen u. a. die hohe Bedeutsamkeit fachspezifischer, auf die Lernentwicklung bei sprachlichen Behinderungen bezogenen Kompetenzen der Lehrperson. Zusammen mit der Befähigung in Kooperation und Beratung können diese einen qualitätsvollen, sprachheilpädagogischen Unterricht sicherstellen. Die Rahmenbedingungen müssen die Umsetzung dieser Kompetenzen ermöglichen, werden jedoch in ihrer Bedeutsamkeit nachrangig eingeschätzt.

Abstract

Background

In Germany the advantages of and the right to inclusive education as opposed to education in special schools are being discussed.

Aims

Independent of this discussion our approach focuses on the quality of instruction and classroom-based intervention with children with specific language impairment (SLI).

Methods

This article describes the results of a questionnaire study where experts were asked to rank and rate the importance of different aspects of the educational setting regarding developmental and educational progress. These aspects concern organizational framework, characteristics of good mainstream instruction, personal characteristics and qualifications of the teacher and the features of the classroom-based language therapy. Seventy-four experts from universities and teachers' colleges as well as institutions of further education took part.

Results

The results clearly show that experts attach great importance to knowledge of language impairment and expertise in dealing with it in a classroom setting. Together with competent counselling and cooperation, these requirements can establish good quality of instruction for children with SLI. Though the organizational framework was considered to be less important in this questionnaire, it is essential if qualified teaching is to be provided.

Schlussfolgerungen/Diskussion

Die Ergebnisse können Grundlage für weitere unterrichtsbezogene Forschung und empirischer Ausgangspunkt für die Entwicklung von Standards für die Beschulung sprachbeeinträchtigter Kinder sein.

Schlüsselwörter

Unterrichtsqualität, sprachheilpädagogischer Unterricht, Standards, Spezifische Sprachentwicklungsstörung, sonderpädagogischer Förderbedarf, Professionalität, Fragebogenuntersuchung

Conclusions

The results can be the basis for further research and the development of professional standards in education of children with language impairment.

Keywords

special needs education, specific language impairment, classroom based intervention, teacher qualification, quality of instruction, questionnaire study

Dieser Beitrag hat das peer-review-Verfahren durchlaufen.

Einführung

Die systematische Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluation der Qualität beruflicher Tätigkeit sind wesentliche Aspekte, die professionelle Tätigkeiten auszeichnen. Dementsprechend ist es ein Anliegen der mit schulischer Bildung befassten Hauptakteure wie z. B. der pädagogischen Fachkräfte vor Ort, der Organisatoren des Bildungssystems, der in der Ausbildung Tätigen, sowie nicht zuletzt der Fach- und Berufsverbände Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung zu treffen. Eine besondere Bedeutsamkeit entsteht dann, wenn sich in ändernden Rahmenbedingungen Aufgaben verschieben und Ziele der Tätigkeit dennoch weiterhin erreicht werden sollen.

Derzeit werden unter dem Stichwort „Inklusion“ Veränderungen in der Organisation und in den Inhalten sonderpädagogischer Unterstützungsformen meist auf der Basis normativer Vorstellungen diskutiert. Das gemeinsame Unterrichten von Kindern mit und ohne Behinderung wird dabei als für alle Beteiligten gewinnbringender und zudem kostensparender (Preuss-Lausitz 2011, 119) als segregierende Beschulung postuliert und Sonderpädagogen¹ bzw. Betroffene, die an der Sinnhaftigkeit „der weiteren Existenz von Sonderschulen ... festhalten“, werden als „Widersacher der Inklusion“ (Wocken 2010, 25) bezeichnet. In herausgehobener Wertschätzung institutionell-systemischer Ansätze wird die personorientierte, auf die spezifischen Bedürfnislagen von Betroffenen unterschiedlicher Behinderungen bezogene Sichtweise vernachlässigt. „The task is to examine, ... how inclusive education can be effective in meeting the different needs of individual children with disabilities and special educational needs“ (Lindsay 2007, 19).

Die Ergebnisse bisheriger Studien zur Effektivität inklusiver versus segregierender Beschulung „... do not provide a clear endorsement for positive effects of inclusion“ (a.a.O., 2). Zwar postuliert Preuss-Lausitz mit Verweis auf reformpädagogische Traditionen: „In der Förderschule gelten keine anderen, von der allgemeinen Schule unterschiedenen Formen guten Unterrichts. Das gilt auch für den allgemeinen Unterricht unter Einbeziehung behinderter Kinder und Jugendlicher“ (2011, 112). Die Ergebnisse der Metaanalyse von Grünke (2006) sprechen jedoch eine andere Sprache.

Die Frage, welche Bedingungen dazu beitragen, dass jeder Einzelne optimale Bildungschancen erhält, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, mag viele Antworten haben, da Lernvoraussetzungen, kulturelle, ökonomische sowie familiäre Gegebenheiten verschieden sind. Aus diesem Grund darf nicht allein die oft normativ geführte Debatte um Organisationsformen, sondern insbesondere die Auseinandersetzung mit Qualitätsmerkmalen sonderpädagogisch unterstützter Bildung die Weiterentwicklung schulischer Bildungsprozesse bestimmen.

Sprachheilpädagogen als die Experten für die Organisation von Bildungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen stehen zunehmend vor der Aufgabe, neben der Organisation eines besonderen Bildungsangebotes in besonderen Schulen (Förderschule Sprache) Elemente dieses besonderen Bildungsangebotes auch in der allgemeinen Schule umzusetzen. Unabhängig von der Frage der Organisationsform der Umsetzung sind die qualitativen Aspekte des unterrichtlichen Angebotes bedeutsam. Diese qualitativen Aspekte sollen in einem strukturierten, mehrstufigen Prozess herausgearbeitet werden, um als Standards für den Unterricht von Kindern mit Sprachent-

wicklungsstörungen gelten zu können. Mit fachlichen Standards beschreiben Vertreter einer Profession handlungsleitende Prinzipien. Diese können, bei entsprechender Beachtung, zur Qualitätssicherung in der pädagogischen Arbeit beitragen. Allerdings entheben Standards die Fachperson nicht der Notwendigkeit, diese einer situativen, einzelfallbezogenen, kritischen Reflexion zu unterziehen.

Wenn mit der vorliegenden Arbeit Standards für den Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern entwickelt werden sollen, so müssten diese auch widerspiegeln, was sonderpädagogische Bildungsangebote auszeichnet, was also das „Mehr“ oder „Anderere“ sprachheilpädagogischen Unterrichts darstellt, der mehr ist, als Unterricht an einer Grundschule kombiniert mit sprachtherapeutischer Intervention außerschulischer Fachkräfte. Und genau dieses Mehr soll einer empirischen Validierung unterzogen werden, da Erfahrungen subjektiv fast beliebig interpretierbar sind und „... deshalb höchstens als Hypothesen gedeutet werden [können], die durch experimentelle Forschungen erhärtet werden müssen“ (Wellenreuther 2008, 2).

Der hierfür von den Autoren in Zusammenarbeit mit der AG „Inklusion“ des Hauptvorstandes der dgs konzipierte, mehrstufige Entwicklungsprozess dieser Standards lehnt sich an die Entwicklung von Unterrichtsstandards der allgemeinen Schule an (Oser 2001). Er sieht vor, nach einer kritischen Literaturanalyse in einem hochinformativen Expertenfragebogen, die Merkmale guten Unterrichts herauszukristallisieren, die für Bildungsprozesse mit sprachbehinderten Kindern bedeutsam erscheinen, um in einem nächsten Schritt die bundesweit in der Praxis Tätigen zur Umsetzung eben dieser Merkmale zu befragen. Im Rahmen der längsschnittlichen Entwicklungsstudie von Kindern mit Spezifischer Sprachentwick-

¹ Die männliche Form schließt die weibliche, ebenso wie umgekehrt, in der Folge immer mit ein.

lungsstörung (Ki.SSES-Studie) bietet sich die Chance, die Entwicklungsrelevanz der gefundenen „Qualitätsmerkmale sprachheilpädagogischen Unterrichts in der empirischen Forschung“ zu prüfen. Diese Vorgehensweise und ihre Begründung sind im gleichnamigen Artikel der Autoren, der in Heft 5/6 2011 der Sprachheilarbeit erschienen ist, nachzulesen.

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Expertenbefragung vorgestellt werden.

Fragestellungen

Die grundsätzliche Frage ist die danach, welche Merkmale des Unterrichts mit sprachbeeinträchtigten Kindern neben der Bewältigung und dem Umgang mit der sprachlichen Beeinträchtigung im Zusammenhang stehen mit einem besonders guten Bildungsergebnis unter der Berücksichtigung positiver sozial-emotionaler Entwicklung.

Damit wird gleichzeitig nach dem gesucht, was die Essenz sprachheilpädagogischen Unterrichts ausmacht. Allerdings sind Unterrichtsprozesse gekennzeichnet durch eine hohe Anzahl offener und verdeckter potenzieller Wirkvariablen, die noch dazu in komplexer und dynamischer Wechselwirkung stehen. Um einzelne Wirkfaktoren(bündel) empirisch zugänglich zu machen, ist es notwendig, aus der Gesamtheit der Variablen die wahrscheinlich relevanten herauszuarbeiten, um den Blick auf konkrete Unterrichtsprozesse zu fokussieren. Auf der Grundlage einer modifizierten Fassung des Angebots-Nutzungsmodell von Unterricht nach Helmke (2009) wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Erfahrungen von Experten aufgreift, um überindividuell festzustellen, was viele aus ihrer Erfahrung heraus für besonders bedeutsam hinsichtlich der Bildung sprachbeeinträchtigter Kinder erachten.

Auf folgende Fragestellungen sollen Antworten gewonnen werden:

- Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern muss den Prinzipien guten Unterrichts folgen, allerdings evtl. in einer besonderen Gewichtung.

Welche der in der Literatur genannten Merkmale guten Unterrichts werden von Experten in Aus-, Fort- und Weiterbildung für besonders bedeutsam gehalten?

- Unterricht mit sprachbeeinträchtigten

Kindern zeichnet sich durch eine einzelfallorientierte, adaptive Gestaltung und durch die Einbeziehung spezieller, auch sprachtherapeutischer Methoden aus.

Für wie wichtig werden die in der Unterrichtsforschung der allgemeinen Schule als wesentlich erkannten Merkmale im Verhältnis zu den fachspezifischen, d.h. auf den Unterricht von Kindern mit SSES bezogenen Merkmalen eingeschätzt und welche erhalten besonderes Gewicht?

Welchen besonderen Gestaltungsmerkmalen und Methoden kommt im sprachheilpädagogischen Unterricht besondere Bedeutung zu?

- Sowohl in der Unterrichtsforschung als auch in der Therapieforschung wird der Fachperson ein überragender Einfluss auf Qualität und Wirksamkeit zugesprochen:

Welche Rolle spielt die Lehrperson selbst mit ihren Kompetenzen in unterrichtlichen Prozessen?

- Ein sonderpädagogisches Bildungsangebot geht meist auch mit einem erhöhten Ressourcenangebot einher, das unterschiedlich in Rahmenbedingungen des Bildungsangebotes umgesetzt wird:

Welcher Einfluss wird welchen Rahmenbedingungen beigegeben?

Methode

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen wurde Literatur zur Unterrichtsforschung in Regelschulen gesichtet (vgl. Helmke 2009, Weinert & Schrader 1986, Wellenreuther 2008, Moser & Tresch 2003, u.a.), um die dort für besonders wesentlich erachteten Merkmale ‚guten‘ Unterrichts sowie die damit zusammenhängenden Kompetenzen der Lehrperson herauszukristallisieren. Auch für Bildungsprozesse sprachbeeinträchtigter Kinder sind diese Einflussfaktoren zu beachten. Die Orientierung am ‚guten‘ Unterricht der allgemeinen Schule begründet sich sowohl in der Ausrichtung der Förderschule Schwerpunkt Sprache als vorwiegend zeitlich befristet separierende Schulform (Förderschule Schwerpunkt

Sprache als Durchgangsschule) und dem damit für diese Schulform meist gültigen Bildungsplan der allgemeinen Grundschule als auch in den zunehmenden Bestrebungen zu inklusiver Beschulung.

Darüber hinaus wurden die theoretischen und konzeptionellen Arbeiten im Bereich der Sprachheilpädagogik und die dort für wichtig erachteten Merkmale spezifisch sprachheilpädagogischen Unterrichts (vgl. Orthmann 1977, Werner 1975, Braun 1980, Grohnfeldt 1989, Bahr 2003, Trossbach-Neuner 1997, Baumgartner 1998, Mayer 2009, Schönauer-Schneider 2007, Seiffert 2008, Reber 2009, etc.) in den Blick genommen und für den Expertenfragebogen zusammengefasst. Neben diesen inhaltlichen Aspekten wurden Veröffentlichungen zum Einfluss von Rahmenbedingungen auf den Unterricht (vgl. Küster 1997, Kroppenbergs 2000, Gück & Holler-Zittlau 2001 u.a.) berücksichtigt.

Insgesamt bezieht sich der Fragebogen folglich auf ein Modell guten Unterrichts, wie es Helmke (2009, 73) als Angebots-Nutzungsmodell beschreibt (vgl. Theisel & Glück 2011), und das unter Berücksichtigung der für den Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern wesentlichen Faktoren entsprechend Abb. 1 modifiziert wurde. Der Fragebogen umfasst dementsprechend vier Bereiche an Einflussfaktoren:

1. Lehrperson mit den drei Schwerpunktbereichen: Wissen und Expertise, Schlüsselkompetenzen, personenspezifische Merkmale
2. Rahmenbedingungen
3. allgemeine Prozessmerkmale des Unterrichts
4. Qualitätsmerkmale für sprachheilpädagogische Praxis

All diese in der einschlägigen Fachliteratur als wesentlich befundenen Merkmale wurden durch Experten (der Aus- und Fortbildung von Lehrpersonen von Schülern und Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich Sprache) eingeschätzt und gewichtet. Da zu erwarten ist, dass die bereits empirisch geprüften Merkmale guten Unterrichts auch hier ihre Relevanz besitzen, sollte mit der Bearbeitung des Fragebogens sichtbar werden, welche besondere Bedeutsamkeit diesen im Unterricht sprachbeeinträchtigter Kinder zugeschrieben wird. Mit der Methode des Rankings wird eine undifferenzierte „alles-ist-wichtig“-Einschätzung ausgeschlossen. Die Items des vierten Bereiches (Qualitätsmerkmale sprachheilpädagogischer Praxis) konnten auf einer vierstufigen Skala in ihrer Bedeutsamkeit von sehr gering bis sehr hoch

Lehrperson

- Professionswissen
- fachliche, didaktische, diagnostische... Kompetenzen
- pädagogische Orientierungen / Grundhaltungen
- Erwartungen und Ziele
- Personenspezifische Merkmale (z. B. Engagement)

Sprachheilpädagogische Kompetenzen

- Spezielle unterrichts- und therapedidaktische Kompetenzen
- (sprach-) diagnostische Kompetenz
- verschiedene Sprachstörungen und deren Einfluss auf unterrichtliches Lernen betreffendes Wissen

**Unterricht (Angebot)**

- Prozessqualität des Unterrichts
 - fachübergreifend
 - fachspezifisch
- Qualität des Lehr-Lernmaterials

Sprachheilpädagogische Maßnahmen und Methoden

- Schaffung eines sprachlich kommunikativen Milieus
- Sicherung des Sprachverständnisses
- gezielte Lehrersprache
- therapeutische Phasen im Unterricht
- Anpassung der Medien
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Modellierungstechniken
- Monitoring des Sprachverstehens
- Strukturierungshilfen
- metasprachliche Reflexion
- sprachbegleitende Hilfen
- besondere Gestaltung der Interaktion
- regelmäßige Diagnostik
- Analyse des Unterrichtsstoffes bzgl. der sprachlichen Anforderungen und Lernmöglichkeiten

Rahmenbedingungen

eingeschätzt werden. Außerdem gab es die Möglichkeit, fehlende Aspekte zu ergänzen. Der Fragebogen kann unter www.ki-sses.de, Teilprojekte UEFA angesehen werden.

Stichprobe

Auf die Aufrufe zur Bearbeitung des Bogens entstand ein Rücklauf von 74 ausgefüllten Bögen, die zur Zielgruppe der in Aus- und Weiterbildung tätigen sprachheilpädagogischen Experten gehören. Unter den 74 Teilnehmern sind die Fachleiterinnen und Fachleiter der zweiten Phase mit 50% vertreten, Lehrkräfte, die in Fort- und Weiterbildung aktiv sind mit 27%, Lehrkräfte mit besonderer Expertise und Engagement z. B. in den dgs-Landesgruppen mit 22%, Schulleitungen mit 17%, die an einer Hochschule Lehrenden mit 8%, Funktionsträger (Schulämter, Beratungsstellen u.ä.) mit 2% ($N_1^2=60$, Mehrfachzuordnungen möglich). Fast $\frac{3}{4}$ dieser Personen (72%) arbeiten derzeit mit sprachbehinderten Kindern auch im Unterricht. Die Experten, die den Fragebogen bearbeitet haben, stammen aus 9 der 16 Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein) und haben ihre akademische Bildung an 9 verschiedenen (von derzeit 15) Studienstandorten erworben.

Die Anzahl der Fragebogenrückläufe ist erfreulich hoch. Dabei stammen die Rückmeldungen verstärkt aus der zweiten Phase der Lehrerbildung und weniger von den an den Hochschulen Lehrenden. Damit ist das im Folgenden dargestellte Bild zwar umfassend, aber eher für die Einstellung derer repräsentativ, die stärker in der täglichen Praxis sprachheilpädagogischen Unterrichts arbeiten. Der Fragebogen bietet somit eine breite Einstellungsmessung dessen, was guten sprachheilpädagogischen Unterricht ausmacht, und kann daher die Grundlage für weitere Untersuchungen sein (vgl. Ausblick).

Ergebnisse**Gesamteinschätzung**

In der Gesamteinschätzung der oben dargestellten vier Haupt-Einflussbereiche in ihrer Bedeutung für die Wirksamkeit des Unterrichtsangebotes für sprachbeeinträchtigte Kinder entsteht ein sehr klares Bild aus den Wertungen ($N_1=72$):

Am bedeutsamsten wird die Variable „Lehr-

² Wenn ein Item nicht von allen Teilnehmerinnen beantwortet wurde, wird das itemspezifische N_1 angegeben.

Abbildung 1: Ausschnitt des modifizierten Angebot-Nutzungsmodells von Unterricht

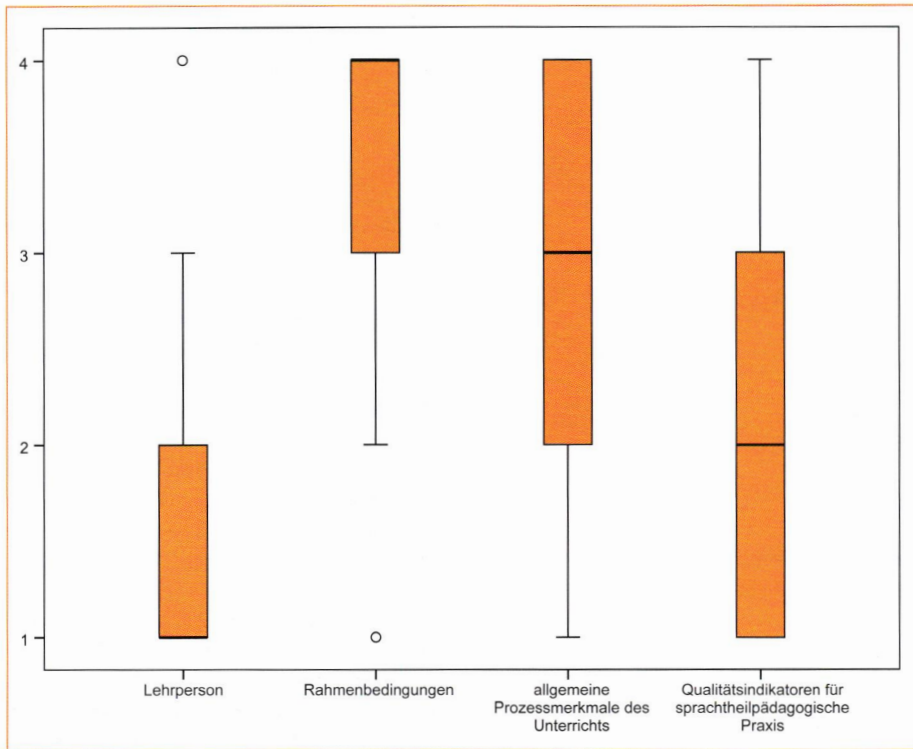


Abbildung 2: Ranking der vier Hauptmerkmale ‚guten‘, sprachheilpädagogischen Unterrichts

person“ eingeschätzt (Ranking Median 1,0). Gleich darauf folgen die „Qualitätsindikatoren für die sprachheilpädagogische Praxis“ in ihrer Bedeutung (Ranking Median 2,0). Auf Platz drei stehen die „allgemeinen Prozessmerkmale des Unterrichts“ (Median 3,0), dann die „Rahmenbedingungen“ (Median 4,0). Auch im Boxplot (Abbildung 2), das die Werteverteilung sichtbar macht, wird deutlich, dass zwar eine gewisse Varianz der Antworten vorliegt, dass aber gerade bei der Einschätzung der Bedeutsamkeit der Lehrperson und der Rahmenbedingungen starke Übereinstimmung besteht: Der dicke Strich in der Box zeigt den Median, also den Wert an, über und unter dem jeweils die Hälfte aller Wertungen liegen. Liegt also bei „allg. Prozessmerkmale“ der Median bei 3, so haben mindestens die Hälfte aller Befragten hier den Wert 3 oder 4, also den Rangplatz 3 oder 4 im Ranking, zugeordnet. Bei „Lehrperson“ liegt der Median sogar beim Minimumwert 1, da mehr als die Hälfte der Teilnehmer hier den Rankplatz 1 zugeordnet haben (Bodeneffekt), tatsächlich sind es sogar 64% der Befragten.

Detailauswertung Lehrperson

Der Hauptfaktor „Lehrperson“ gliedert sich in die Bereiche Schlüsselkompetenzen, Wissen und Expertise sowie personenspezifische Merkmale.

Schlüsselkompetenzen

Der hier übernommene Versuch der Klassifikation unterrichtsrelevanter Kompetenzen geht auf Franz E. Weinert zurück (in: Helmke 2009). Unter **diagnostischer Kompetenz** ist hier insbesondere prozessorientierte Diagnostik im Unterricht gemeint, auf die das Lernangebot immer wieder neu abgestimmt wird. Als **Fachkompetenz** ist das zu verstehen, was unter Wissen und Expertise im Folgenden näher aufgeschlüsselt wird. Unter **Klassenführungskompetenz** sind effektive Zeitnutzung, konsequenter Umgang mit Störungen sowie der Einsatz von Regeln und Routinen zu verstehen (vgl. Helmke 2009).

Die **Beziehungskompetenz** als die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen zu den Kindern aufzubauen, ihnen Akzeptanz, Interesse und Wertschätzung entgegenzubringen, die ihnen Sicherheit bieten und Mut zum Risiko machen, ist ein zentrales Merkmal sprachheilpädagogischer Professionalität und wurde daher im Kompetenzansatz zur Lehrperson ergänzt. Sie ist eine der wesentlichen Komponenten des ‚Classroom Assessment Scoring System (CLASS)‘, das Hamre, Pianta und Chomat-Mooney (2009) als Grundlage für Unterrichtsforschung vorschlagen.

Die Auswertung ergab im Hinblick auf die Kompetenzen der Lehrperson den höchsten Rangplatz für Beziehungskompetenz ($N_i=69$) und diagnostische Kompetenz ($N_i=66$). Von der Möglichkeit, jeweils wei-

tere Aspekte einzuführen, wurde von den Befragten zum Teil Gebrauch gemacht. Diese Nennungen werden hier beispielhaft mit eingebracht. Da sie jeweils nur von einer oder wenigen Personen genannt wurden, können sie ins Ranking nicht einbezogen werden.

Als weitere Kompetenzen wurden benannt: die Sprach- und Kommunikationskompetenz, die sicher auch eigene, über die Beziehungskompetenz hinausgehende Aspekte umfasst, sowie Teamfähigkeit und Kooperationsbereitschaft, die sich sowohl auf Aspekte des Unterrichts als auch auf den Unterricht übergreifende Aspekte bezieht.

Wissen und Expertise

Im Bereich von Fachwissen und Expertise werden die fachspezifischen, d. h. auf Unterricht, Förderung und Therapie von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen bezogenen Kompetenzen deutlich als besonders bedeutsam eingeschätzt (Median=1, $N_i=70$), die ja auch Grundlage der Qualitätsmerkmale sprachheilpädagogischen Unterrichts sind und so mit diesen in engem Zusammenhang stehen. Auf den nächsten Rangplätzen folgen fachübergreifendes, pädagogisches Wissen, dann Fachwissen im jeweiligen Unterrichtsfach und curriculares Wissen (vgl. Abb. 3).

Personenspezifische Merkmale

Von den aufgeführten personenspezifischen Merkmalen Engagement, Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion, Humor, subjektive Theorien (Ideen darüber, was guten Unterricht bzw. einen guten Lehrer ausmacht) und Einstellung gegenüber Behinderten wird das Engagement der Lehrperson (Bereitschaft zur Weiterbildung, Motivation, Enthusiasmus im Unterricht, ...) am bedeutendsten eingeschätzt ($N_i=68$). Dabei wird insbesondere die Bereitschaft zu Fort- und Weiterbildung hervorgehoben, dicht gefolgt von der Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion. Diese ist Grundlage stetiger individueller Weiterentwicklung und der differenzierten Wahrnehmung unterrichtlicher Prozesse in ihrer Wechselwirkung.

Die Bereitschaft, sich selbst fortzubilden und weiterzuentwickeln, eigenes Handeln immer wieder in Frage zu stellen und zu verändern, ist in Augen der Experten ein entscheidendes personenspezifisches Merkmal.

Detailauswertung Rahmenbedingungen

Zwar waren die Rahmenbedingungen in der Gesamteinschätzung aller Variablenbe-

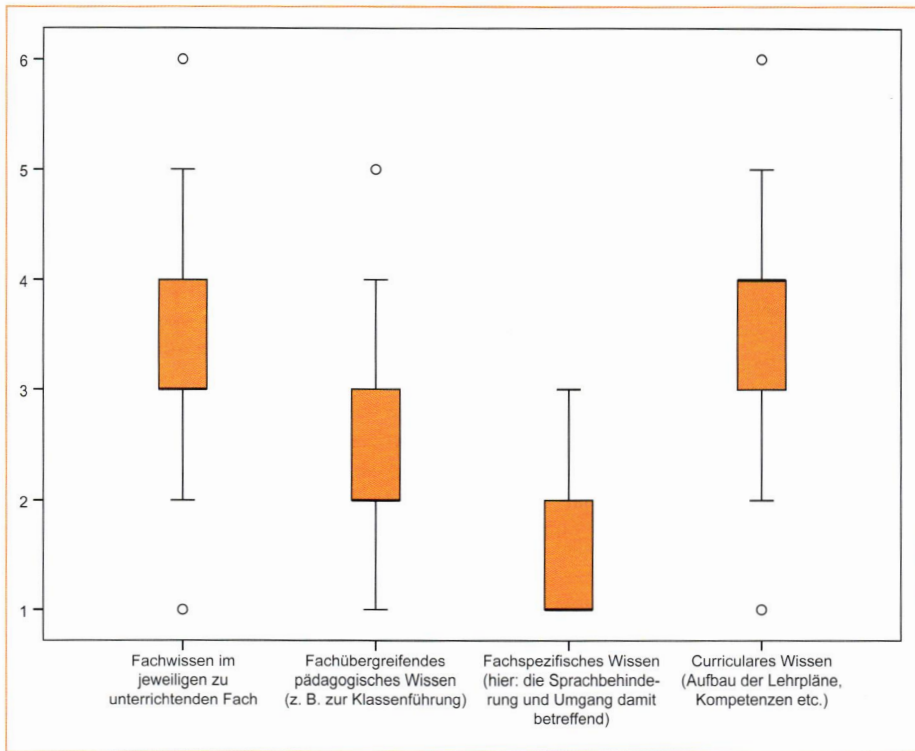


Abbildung 3: Ranking von Wissen und Expertise

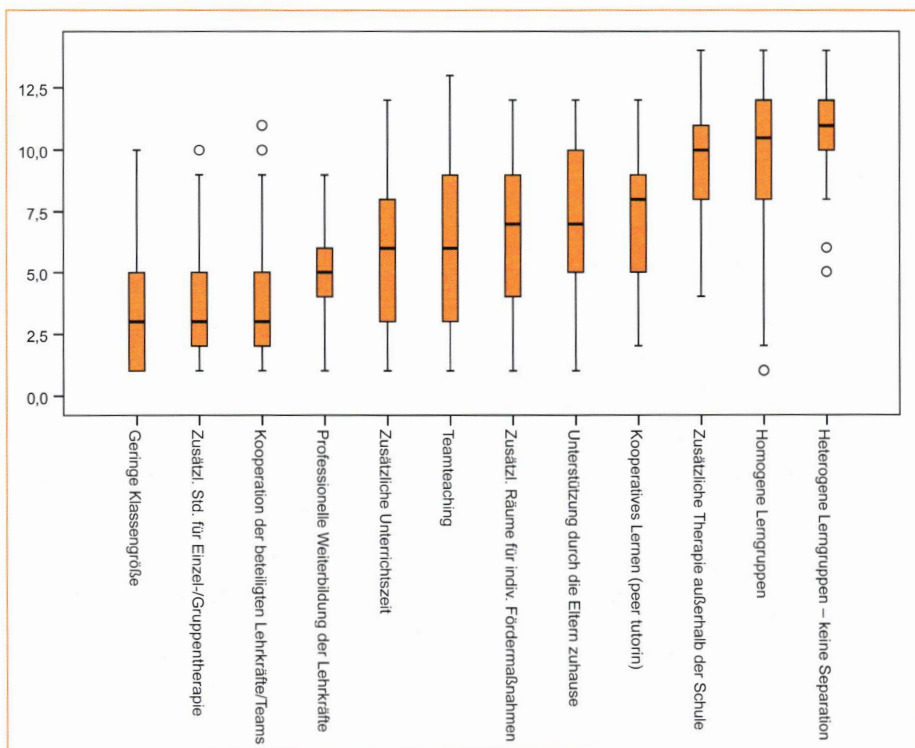


Abbildung 4: Rahmenbedingungen

reiche als ‚nachrangig‘ eingeschätzt worden (vgl. Interpretation), dennoch lohnt sich ein differenzierter Blick auf unterschiedliche Aspekte. Im Ranking der Rahmenbedingungen werden die Klassengröße, zusätzliche Stunden für Einzel- bzw. Kleingruppenförderung oder -therapie sowie die

Kooperation der an der Förderung beteiligten Lehrkräfte für besonders wichtig bewertet ($N_i=68-70$). Als weniger bedeutsam wird die Art der Beschulung (Förderschule, Grundschule) erachtet. Sofern also die anderen Rahmenbedingungen stimmen und insbesondere Kooperationsfähigkeit sowie

eine fachspezifische Ausbildung der Lehrperson gewährleistet sind, ist die Art der Beschulung nachrangig.

Allgemeine Prozessmerkmale des Unterrichts

Hier sollten Merkmale ‚guten‘, im Sinne lernwirksamen Unterrichts gewichtet werden, wie sie die Unterrichtsforschung im Bereich der allgemeinen Schule in den letzten Jahren als bedeutsam erkannte (vgl. Helmke 2009, Helmke und Schrader 1998, Wellenreuther 2008, Meyer 2007) und wie sie Tabelle 1 zu entnehmen sind.

In diesem Bereich war vielen der Befragten die Antwortmethode ‚Ranking‘ besonders schwergefallen, da die genannten Merkmale ja erwiesenermaßen alle bedeutsam in ihrem Einfluss auf unterrichtliches Handeln sind. Dies wird auch an der relativ großen Streuung der Antworten deutlich ($N_i=68-70$).

Die befragten Experten sehen im Blick auf sprachbehinderte Kinder das lernförderliche Klima (Median 3), dicht gefolgt von der Strukturierung des Unterrichts und der Schülerorientierung (Median 4) als besonders bedeutsam an.

Qualitätsmerkmale und -indikatoren für die sprachheilpädagogische Praxis

Qualitätsmerkmale und -indikatoren für die sprachheilpädagogische Praxis konnten auf einer vierstufigen Skala (sehr gering = 1, gering = 2, hoch = 3, sehr hoch = 4) in ihrer Bedeutsamkeit eingeschätzt werden. Für die Auswertung werden jeweils die Mediane als Mittelwerte zu Grunde gelegt ($N_i=72-74$).

Der Mittelwert sämtlicher genannten Indikatoren liegt über 3, d. h. die Bedeutsamkeit der genannten Aspekte wird durchweg als hoch eingeschätzt, womit die Experten, von denen der größte Teil selbst in der Praxis tätig ist, die theoretischen Überlegungen in der Literatur bestätigen.

Innerhalb der Wertungen können empirisch drei Kategorien differenziert werden (vgl. Abb. 5).

Die höchste, zugeschriebene Bedeutsamkeit (Median 4, d. h. mind. die Hälfte der Teilnehmer haben hier den Wert ‚sehr hoch‘ vergeben) erreichen die folgenden Merkmale:

- Schaffung und Gestaltung eines kommunikativen Milieus (u. a. durch positive Rückmeldung bei Kommunikationsversuchen, Schaffen fester Erzählzeiten etc.)
- Sicherung des Sprachverständnisses (u. a. durch Wiederholung oder Visualisierung von Arbeitsanweisungen)

Merkmale allgemeinen, guten Unterrichts
Klassenführung (Regeln, hohes Maß effektiver Lernzeit, Umgang mit Störungen)
Strukturierung des Unterrichts (vorangestellte Strukturierungshilfen, Mitteilung der Unterrichts- und Lernziele, vorbereitete Umgebung, ...)
Konsolidierung, Sicherung (Wiederholen und Üben)
Aktivierung (kognitiv, sozial, körperlich; z. B. selbstgesteuertes Lernen)
Motivierung (positive Leistungsrückmeldung, soziale Anerkennung, Schaffen motivationaler Selbststeuerung, ...)
Lernförderliches Klima (entspannte Lernatmosphäre, Abbau von Leistungsangst, konstruktiver Umgang mit Fehlern, Unterrichtstempo und Wartezeiten auf Schüleräußerungen)
Schülerorientierung (Orientierung an Interessen, Vorwissen, Motivation etc. der Schüler, Berücksichtigung von Schülerfeedback, affektiver Aspekt der Lehrer-Schüler-Beziehung)
Kompetenzorientierung (Orientierung an Bildungsstandards/Kompetenzen, d. h. Konzipierung des Unterrichts vom Ende her, Erfassung und Rückmeldung schulischer Leistungen, transparente Leistungserwartungen, ...)
Individuelles Fördern (Eingehen auf individuelle Besonderheiten, d. h. Individualisierung, Differenzierung, Vermeiden von Unter-, Überforderung, ...)
Angebotsvielfalt (überlegte Methodenvariation, Variation von Sinnesmodalitäten, ...)
Inhaltliche Klarheit (sprachliche Verständlichkeit, Passung von Vorwissen und neuem Stoff, ...)

Tabelle 1: Merkmale guten Unterrichts

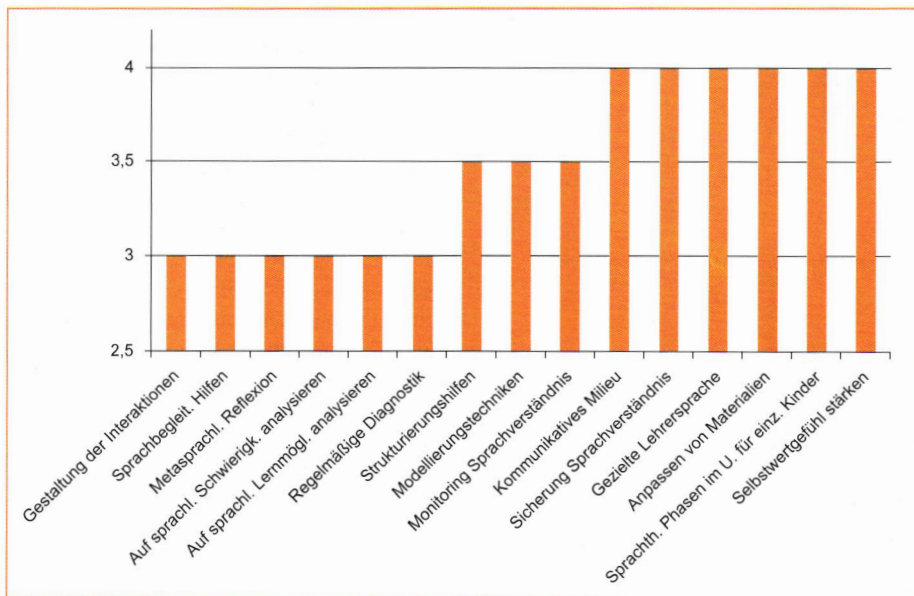


Abbildung 5: Bedeutsamkeit von Qualitätsmerkmalen sprachheilpädagogischen Unterrichts im Expertenrating (Median)

- Gezielter Einsatz der Lehrersprache (u. a. Klarheit, Präzision, Deutlichkeit, Sprechtempo, Betonung)
- Anpassen von Materialien an die Lernvoraussetzungen (u. a. durch Arbeitsblätter unterschiedlicher Schwierigkeitsstufen, individualisierte Hilfssysteme)
- Gezielte Planung und Durchführung sprachtherapeutischer Phasen für einzelne Kinder im Unterricht (u. a. durch Me-

thoden der Lautanbildung, Auswahl einer grammatikalischen Zielstruktur, regelmäßige Wortschatzarbeit)

- Stärkung des Selbstwertgefühls (u. a. durch Schaffen von Erfolgserlebnissen, Übergabe von Verantwortung)

Die Bedeutsamkeitszuschreibung zwischen sehr hoch und hoch (Median 3,5) wurde für folgende Merkmale ermittelt:

- Gezielter Einsatz von Modellierungstechniken (Sprachmodelle, die kindlichen Äußerungen vorausgehen oder nachfolgen)
- Monitoring des Sprachverstehens (u. a. durch Aufforderungen zum Nachfragen, Hinweise zum Signalisieren von Nichtverstehen)
- Einsatz von Strukturierungshilfen (u. a. ritualisierter Tagesbeginn, Raum- und Materialorganisation)

Auch wenn folgende Merkmale sprachheilpädagogischen Unterrichts etwas nachrangig genannt werden, so ist zu bedenken, dass für alle Merkmale insgesamt ein hohes Bedeutsamkeitsniveau festgehalten werden kann.

- Bewusste Gestaltung von Interaktionen in bestimmten Unterrichtsphasen (u. a. durch dyadische Schüler-Lehrer-Interaktion, Zusammensetzung von Gruppen)
- Einsatz von sprachbegleitenden Hilfen (wie z. B. Mundbilder, Handzeichen)
- Metasprachliche Reflexion (u. a. Nachdenken über die Form der Sprache, über hilfreiche Strategien, Einsatz von Schriftsprache)
- Analyse der Unterrichtsinhalte hinsichtlich sprachlicher Schwierigkeiten
- Analyse der Unterrichtsinhalte hinsichtlich sprachlicher Lernmöglichkeiten
- Regelmäßige Diagnostik des Sprachstandes, der Lernvoraussetzungen und Kompetenzen

Die genannten Merkmale waren im Fragebogen genauer durch Indikatoren spezifiziert, die ihrerseits gesondert bewertet werden konnten.

Innerhalb der genannten Merkmale werden folgende Indikatoren von über 70% der Teilnehmenden als sehr hoch (4) eingeschätzt und erhalten damit besonderes Gewicht:

- Visualisierung von Arbeitsanweisungen
- Aspekte der Lehrersprache: Klarheit, Präzision, Deutlichkeit, Sprechtempo, Betonung
- Regelmäßige Wortschatzarbeit: Wortbedeutung im Kontext sichern, Elaboration auf Inhalts- und Formebene
- positive Rückmeldung bei Kommunikationsversuchen
- Schaffen von Erfolgserlebnissen

Über 50% der Befragten sind sich einig, dass folgende Indikatoren eine sehr hohe Bedeutsamkeit (Wert 4) im sprachheilpädagogischen Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern aufweisen:

- Aufforderung zu Kommunikation, Spracheinsatz
- Schaffen fester Erzählzeiten
- Einsatz kommunikationsfördernder Sozialformen
- Wiederholung von Arbeitsanweisungen durch die Kinder
- Beantworten von Verständnisfragen z. B. nach Textlektüre
- Anbahnung einer Fragehaltung, Auffordern zum Nachfragen
- Methoden zur Lautanbildung, Methoden zur Überwindung phonologischer Prozesse
- Auswahl einer grammatischen Zielstruktur, Zielstruktur präsentieren, rezeptiv sichern, evozieren und modellieren
- Gezielt geplante dyadische Lehrer-Schüler-Interaktion (1:1)
- Ausgewählte Zusammensetzung von Gruppen für Peer-Interaktionen
- Beobachtungen im Unterricht, die in die Planung der nächsten Stunden einfließen
- Einsatz von Arbeitsblättern unterschiedlicher Schwierigkeitsstufen
- Individualisierter Einsatz von Hilfssystemen
- Ritualisierter Tagesbeginn
- Überblick über Tagesabläufe
- Raum-, Materialorganisation
- Hilfestellung zu selbstständigem Arbeiten
- Übergabe von Verantwortung
- Eingehen auf Schüleranregungen und -vorschläge

In diesem Bereich wurden von den Experten einige weitere wesentliche Indikatoren genannt, die allerdings nicht in das Rating einbezogen waren und an dieser Stelle deshalb nicht genannt werden. Sie finden Eingang in die Entwicklung des Lehrerfragebogens zum Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern.

Interpretation

Bildungsprozesse sind komplexe und dynamische Interaktionen von mehrdimensionalen Faktoren. Im Versuch guten, also lernwirksamen Unterricht für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen zu charakterisieren, wurde mit einem Fragebogen ein Ausschnitt des modifizierten Angebot-Nutzungs-Modells (vgl. Abb. 1) von A. Helmke in der Einschätzung von sprachheilpädagogischen Experten erfasst. Weitere Aspekte des Modells wie die Einflüsse der Familien und

des Lernpotentials der Schülerinnen und Schüler werden hier nicht thematisiert, aber in der Ki.SSES-Studie (s.o.) aufgegriffen.

Die Teilnehmer der Befragung nehmen deutliche Schwerpunktsetzungen hinsichtlich des Einflusses verschiedener Faktoren auf die Bildungsprozesse sprachbehinderter Kinder vor. Betrachtet man die Ergebnisse zusammenfassend, so erhält die Lehrperson mit ihrem fachspezifischen, d.h. hier sprachheilpädagogischen Wissen und ihrer Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, besonderes Gewicht. Dies hat enorme Konsequenzen für die Ausbildung, die im Bereich der Sonderpädagogik insgesamt um eine ausgewogene Verteilung von fachspezifisch-sonderpädagogischen und allgemein-inklusionspädagogischen Kompetenzen ringt mit der Gefahr, sich zu einem für alle sonderpädagogischen Förderbedarfe zuständigen, generalistischen Inklusionspädagogen zu entwickeln. Diese Debatte um fachspezifische versus generalistische Ausbildung ist nicht neu. Motsch postulierte 2009 im Rahmen des Versuches der Standardgewinnung über alle sonderpädagogischen Fachrichtungen hinweg, dass „eine Einschränkung und Verflachung der Studieninhalte i.S. fortschreitender Deprofessionalisierung“ (Motsch 2009, 240) im Hinblick auf die Bildung von Kindern mit SSES nicht wünschenswert sei.

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist diese fachspezifische Professionalität Grundlage gelingender Bildung sprachbeeinträchtigter Kinder und entscheidender als die zwar wichtigen, aber als nachrangig eingeschätzten Rahmenbedingungen. Letztere spielen insofern eine bedeutsame Rolle, als dass sie Zeit und Raum gewährleisten müssen, damit Lehrerinnen und Lehrer sich in kooperativer Weise Kindern individuell, z. B. in Einzel- oder Kleingruppensituationen, zuwenden können. Es muss der Lehrperson ermöglicht werden, jedes Kind mit seinen spezifischen Lernvoraussetzungen und -bedürfnissen kennenzulernen und Bildungsprozesse daran auszurichten (Klassengröße, Zusatzangebote). Insofern tragen Rahmenbedingungen dazu bei, dass fachspezifische Know-How wirksam werden zu lassen. Die Nachrangigkeit im Ranking ist hier so zu interpretieren, dass die Rahmenbedingungen zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung sind, Bildungsangebote für sprachbeeinträchtigte Kinder gewinnbringend zu gestalten. Auch unter besonders günstigen Bedingungen sind Lehrkräfte notwendig, die Zeit und Raum zu nutzen wissen, Bildungsangebote spezifisch auszurichten.

Die allgemeinen Prozessmerkmale guten Unterrichts, wie sie in der Unterrichtsforschung bisher als wesentlich erkannt wurden, werden ebenfalls als bedeutsam eingeschätzt, aber den sprachheilpädagogisch-spezifischen Merkmalen nachgeordnet.

Sowohl die Lehrperson mit ihrem fachspezifischen Wissen als auch die Gestaltung des Unterrichts unter Berücksichtigung bestimmter fachspezifischer Merkmale werden von den Experten in Aus-, Fort- und Weiterbildung, die selbst viele Jahre Erfahrung im Unterricht mit sprachbehinderten Kindern haben, als wesentlich betrachtet.

Diese Ergebnisse bestätigen Erfahrungen im Umgang mit sprachbehinderten Kindern, wie sie Troßbach-Neuner (1997) beschreibt. Kinder mit Sprachstörungen im gemeinsamen Unterricht „nutzen in geringem Maße die Freiräume zu (spontaner) Kommunikation, obwohl dem Austausch untereinander nichts im Wege stand. Sie wählten häufig Erwachsene als Gesprächspartner, da diese bereit und fähig waren, die kommunikativen Absichten zu verstehen und aufzugreifen“ (1997, 279). Der Erwachsene als Bezugsperson, der sich um wirkliches Interesse und Verständnis bemüht, gewinnt für Kinder, für die gelingende Kommunikation keine Selbstverständlichkeit ist, besondere Bedeutung. Kommunikation braucht gezielt geschaffene Räume und Zeiten, damit sie als positiv erlebt und geübt werden kann; normale Alltagssituationen sind dazu nicht immer dienlich.

Darüber hinaus haben die genannten Ergebnisse didaktische Konsequenzen. Die Lehrperson hat dann besonderen Einfluss auf das sprachliche Lernen der Kinder, wenn sie selbst in direkter, sprachlicher Interaktion mit ihnen steht. Dazu sind die Herstellung besonderer, kommunikativer Situationen und das Angebot gezielter sprachlicher Modelle notwendig, die auf die spezifischen Lernvoraussetzungen Einzelner abgestimmt sind. An den Merkmalen, die von über 70% der Teilnehmenden als hoch bedeutsam betrachtet werden, wird dies konkret deutlich:

- positive Rückmeldung bei Kommunikationsversuchen
- Visualisierung von Arbeitsanweisungen zur Sicherung des Sprachverständnisses
- Gezielter Einsatz der Lehrersprache unter Berücksichtigung von Klarheit, Präzision, Deutlichkeit, Sprechtempo, Betonung

- Regelmäßige Wortschatzarbeit (Wortbedeutung im Kontext sichern, Elaboration auf Inhalts- und Formebene, etc.) bei Planung und Durchführung sprachtherapeutischer Phasen für einzelne Kinder im Unterricht
- Schaffen von Erfolgserlebnissen

Matthias Grünke (2006) hat in einer Metaanalyse zur Wirksamkeit verschiedener Unterrichtsformen auf die Lernentwicklung von Kindern mit Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ deutliche Vorteile lehrkraftzentrierter, systematischer Förderung gesehen. „Der Tenor der vorliegenden Befunde zur effektiven Förderung von Kindern mit Leistungsschwächen besagt, dass im Hinblick auf die allermeisten Lernziele ein eher lehrkraftgesteuertes und gut geplantes Vorgehen angebracht ist, bei dem die Inhalte oder die Strategien explizit, redundanzreich und schrittweise vermittelt werden ... Und sie (die Schüler) erhalten eine sofortige und konkrete Rückmeldung“ (2006, 251). Dies kann auch für sprachbehinderte Kinder seine Gültigkeit besitzen, da sie ebenso wie die oben genannten Kinder, auch wenn sie nicht im genannten Sinne ‚leistungsschwach‘ sind, Schwierigkeiten haben, sich „Strukturen zu schaffen, zu planen, zu ordnen und strategisch vorzugehen“ (ebd.). Die Tatsache, dass die Experten beim Ranking der allgemeinen Prozessmerkmale der Strukturierung des Unterrichts besonderes Gewicht beigemessen haben, unterstützt diese Annahme.

Für den Unterricht mit sprachbeeinträchtigten Kindern bedeutet dies, dass der Bildungsauftrag insbesondere dann sichergestellt werden kann, wenn sich gezielt geplante und strukturiert durchgeführte, der sprachlichen Rehabilitation dienende Phasen mit Freiräumen zu kommunikativer Erprobung auf Grundlage einer wertschätzenden gefestigten Beziehungsbasis abwechseln.

Konsequenzen

Die zentrale Frage in der aktuellen Debatte um inklusive Beschulung wäre im Ergebnis dieser Fragebogenuntersuchung weniger die nach dem Beschulungsort, sondern vielmehr die nach der spezifischen Aus- und Weiterbildung derjenigen, die den Unterricht an unterschiedlichen Lernorten gestalten. Wissen und Expertise im sprachheilpädagogischen Gegenstandsbereich, zu unterrichts-, therapedidaktischen und (sprach-)diagnostischen Aspekten stehen in ihrer Bedeutsamkeit noch vor anderen Persönlichkeits- und Prozessmerkmalen des Unterrichts. Hieraus leitet sich ein Plädoyer

für eine hohe, spezifische Fachlichkeit ab, die den Tendenzen einer generalistischen Sonder- oder Inklusionspädagogik widerspricht. Den verschiedenen spezifischen Bildungsbedürfnissen von Kindern mit unterschiedlichsten Problemlagen kann eine Person allein nicht gerecht werden. Um eine qualitativ hochwertige Bildung gewährleisten zu können, bedarf es auch hinfort einer wissenschaftlich fundierten, an aktuellen Entwicklungen der jeweiligen Fach- und Bezugsdisziplinen orientierten Ausbildung in unterschiedlichen Schwerpunkten, die ihre Absolventen befähigt, diese Erkenntnisse pädagogisch sinnvoll und am Individuum orientiert in die Praxis umzusetzen. Gerade die inklusive Bildung braucht exklusive, pädagogische Kompetenz!

Die Ergebnisse dieser Befragung sind ein Plädoyer für die Professionalisierungsansätze in der Lehrerbildung, die sich in der US-amerikanischen Debatte von denen der Deregulierung abheben. Sie vertreten die These, dass anspruchsvolle, wissenschaftsbasierte Lehrerbildung zu gut qualifizierten Lehrern beiträgt, deren berufliches Handeln wiederum positiven Einfluss auf das Lernen der Schüler hat. Folgende Wirkungskette wird dabei gedacht:

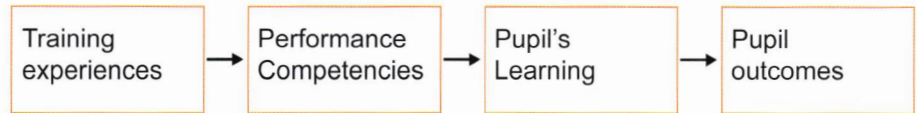


Abbildung 6: Wirkungskette Lehrerbildung (Terhart 2002, 11)

Der Ansatz der Deregulierung empfiehlt hingegen dem Staat, „sich aus der (inhaltlichen und finanziellen) Verantwortung für die Lehrerbildung zurückzuziehen: Es wird bezweifelt, ob es angesichts der unterstellten diffusen Wirkungsverhältnisse zwischen Lehrerbildung, Lehrerhandeln und Schülerlernen nicht sinnvoller wäre, staatlicherseits überhaupt keine Ausbildungsprogramme mehr zu definieren und zu finanzieren, sondern nur noch Zulassungsstandards zu benennen und Lehrerstellen auszuschreiben.“ (Terhart 2011, 12)

Ist die Fachkompetenz in der pädagogischen Ressource nicht mehr ausreichend entwickelt, so wie es sich in einigen Bundesländern abzeichnet, so muss diese Fachkompetenz durch externe oder interne, therapeutische Fachkräfte bzw. deren Assistenten eingebracht werden. Eine solche Organisation sprachtherapeutischer Unterstützung ist in vielen anderen Ländern, allerdings auch

in sehr verschiedenen praktizierten Umsetzungsformen, üblich (zur Verschiedenheit der Umsetzung in GB vgl. Lindsay et al 2010).

Die Einzigartigkeit des deutschen Bildungssystems, das bisher in der Ausbildung der Sonderpädagogen eine Kombination aus allgemeiner pädagogisch-fachlicher Kompetenz und fachspezifischer, sprachheilpädagogischer Expertise gewährleistet, bietet – vor allem für die Schülerinnen und Schüler mit bildungsrelevanten Sprach- und Kommunikationsstörungen – eine besondere Chance für deren Bildungserfolg. Um diese Kompetenz weiterhin bei den pädagogischen Fachkräften sicherzustellen, bedarf es struktureller Rahmenbedingungen, wozu u.a. ausreichende Studienanteile in den sonderpädagogischen Fachrichtungen der Lehramtsstudiengänge gehören. Wird dort, wo diese fachspezifische Kompetenz und günstige Rahmenbedingungen für die Umsetzung derselben vorhanden sind, eine empirische Überprüfung der Bildungserfolge sprachbeeinträchtigter Kinder vorgenommen, so entsteht damit ein Goldstandard, der zum Maßstab für die Evaluation der Bildungserfolge alternativer Modelle werden kann. Es wäre ein erster Versuch, die Leh-

rerbildung am Bildungserfolg der Schüler zu messen.

Ausblick

Aus der Studie ergeben sich weitere Forschungsfragen, denen nachgegangen werden sollte. Dazu gehört insbesondere die Frage nach den Kompetenzen, die Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften sichern muss. Welche werden in der Praxis in besonderem Maße gebraucht und wie können sie erworben werden? In welchem Zusammenhang stehen die für wesentlich erachteten Einflussvariablen mit der tatsächlichen Entwicklung sprachbeeinträchtigter Kinder?

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Befragung und den Rückmeldungen der Experten wurde ein Fragebogen für Lehrerinnen von sprachbeeinträchtigten Kindern in Schulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache und in inklusiven Beschulungsformen

erarbeitet. Dabei wurden aus den teilweise hoch-inferenten (pauschal zusammenfassenden) Merkmalen möglichst niedrig-inferente Indikatoren (konkrete Operationalisierungen) generiert, die sich einerseits in der Literatur finden, andererseits von den Expertinnen genannt und gewichtet wurden. Diese Merkmale werden einerseits nach dem IST-Stand, andererseits nach einem wünschenswerten SOLL-Zustand gewichtet. Durch diese Operationalisierung, die bei Studien wie PISA, TIMSS etc. fehlt, wird der Bezug zu konkreten Handlungen im Unterricht gewährleistet. Ein Aufruf, diesen Fragebogen auszufüllen, erfolgte in der Sprachheilarbeit 5/6 2011.

Er soll dazu dienen, die Passung der oben genannten, theoretisch für bedeutsam gehaltenen Merkmale und Kompetenzen mit der Praxis zu überprüfen und eventuelle Schwerpunkte der Praktiker herauszuarbeiten. Damit kann einerseits die Bedeutung, die Praktiker diesen Aspekten beimessen (SOLL) als auch die Beachtung, die diesen in der Praxis entgegen gebracht wird (IST), erfasst werden, was ein weiterer Schritt auf dem Wege zur Gewinnung von Standards für die Qualität des Unterrichts für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen wäre.

Allerdings ist der kompetenzorientierte Ansatz wie ihn z. B. Baumert, Weinert und Schrader verfolgen, nicht ausreichend, um das zu erklären, was die Lehrperson ausmacht und ihren Einfluss bestimmt. Hierzu sind im Blick auf die Lehrerprofessionalität auch für den Bereich der Sprachheilpädagogik Elemente des strukturtheoretischen Ansatzes (vgl. Werner Helsper), der den Umgang mit den vielen Widersprüchen des täglichen Lehrerhandelns als wesentliche Herausforderung betrachtet, und des berufsbiografischen Ansatzes (vgl. Ewald Terhart) in den Blick zu nehmen. Hierzu gehören Fragestellungen, inwiefern das Eingebundensein in ein Kollegium, positive kooperative Bezüge, die Möglichkeit fachlichen Austausches etc. die Qualität unterrichtlichen Handelns beeinflussen. Sie spielen beispielsweise für Entscheidungen zur Verortung der Sonderpädagogen im Schulsystem eine wesentliche Rolle.

Literatur

- Bahr, R. (2007): Sprachtherapeutischer Unterricht: Eine Perspektive für den Förderschwerpunkt Sprache. In: Kolberg, T. (Hrsg.): Sprachtherapeutische Förderung im Unterricht (130-143). Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumgartner, St. (1998): Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die Qualitätssicherung professionellen sprachtherapeutischen Handelns. Die Sprachheilarbeit 43, 243-259.
- Braun, O. (1980): Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht der Schule für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 25, 135-142.
- Grohnfeldt, M. (1989): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1 Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: V. Spiess.
- Grohnfeldt, M. & Schönauer-Schneider, W. (2007): Sprachheilpädagogische Aspekte des Unterrichts an unterschiedlichen Förderorten. In: Heimlich, U. & Wember, F.B. (Hrsg.): Didaktik des Unterrichts im Förderschwerpunkt Lernen (240-252). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grünke, M. (2006): Fördermethoden: Zur Effektivität von Fördermethoden bei Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen. Eine Synopse vorliegender Metaanalysen. Kindheit und Entwicklung 15, 239-254.
- Hamre, B. H.; Pianta R. C. & Chomat-Mooney L. (2009): Conducting Classroom Observations in School-Based Research. In L. M. Dinella (Hrsg.), *Conducting science-based psychology research in schools* (79-105). Washington DC, USA: American Psychological association.
- Helmke, A. (2009): Unterrichtsqualität und Lehrerprofessionalität – Diagnose, Evaluation und Verbesserung des Unterrichts. Zweite Auflage. Seelze-Velber: Kallmeyer in Verbindung mit Klett.
- Helmke, A. & Schrader, F.-W. (1998): Entwicklung im Grundschulalter. Die Münchner Studie "SCHOLASTIK". Pädagogik 50 (6), 24-28.
- Helsper, W. (2002): Lehrerprofessionalität als antinomische Handlungsstruktur. In: Kraul, M., Marotzki, W., Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn. Klinkhardt. 64-102.
- Holler-Zittlau, I. & Gück, M. (2001): Zum Verhältnis von Unterricht, sprachheilpädagogischer Förderung und Erziehung in der Sprachheilschule. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Die Sprachheilarbeit 46, 14-23.
- Hosenfeld, I., Helmke, A. & Schrader, F.-W. (2002): Diagnostische Kompetenz: Unterrichts- und lernrelevante Schülermerkmale und deren Einschätzung durch Lehrkräfte in der Unterrichtsstudie SALVE. Zeitschrift für Pädagogik (45. Beiheft), 65-82.
- Kroppenberg, D. (2000): Gemeinsames Leben und Lernen von Menschen mit und ohne Sprachbehinderung – Das Jahrtausend der Integration. In: Frühwirth, I. & Meixner, F. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik und Integration (33-52). Wien: Verlag Jugend und Volk.
- Küster, H. (1997): Integration und „Gemeinsamer Unterricht“ – die inhaltliche Gleichung zweier verschiedener Begriffe? Reflexionen aus sprachheilpädagogischer Sicht zur aktuellen bildungspolitisch – sonderpädagogischen Sicht. Die Sprachheilarbeit 42, 68-71.
- Lindsay, G., Dockrell, J., Desforges, M., Law, J. & Peacey, N. (2010): Meeting the needs of children and young people with speech, language and communication difficulties. *International Journal of Language and Communication Disorders* 45, 448-460.
- Lindsay, G. (2007): Educational psychology and the effectiveness of inclusive education/ mainstreaming. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 1-24.
- Lipowsky, F. (2007): Was wissen wir über guten Unterricht? Im Fokus: die fachliche Lernentwicklung. *Friedrich-Jahresheft* (25), 26-30.
- Lüdtke, U. & Bahr, R. (2000): Standards qualitätsorientierter Förderung sprachbeeinträchtigter Schülerinnen und Schüler: Ein Beitrag der AG Qualitätssicherung und -entwicklung schulischer Sprachheilpädagogik der dgs (Landesgruppe Rheinland). Die Sprachheilarbeit 45, 148-154.
- Mayer, A. (2003): Möglichkeiten der Sprach- und Kommunikationsförderung im Unterricht mit sprachentwicklungsgestörten Kindern. Die Sprachheilarbeit 48, 11-20.
- Mayer, A. (2009): Dimensionen sprachheilpädagogischen Handelns im Unterricht. Sprachheilarbeit 54, 108-118.
- Meyer, H. (2007): Übungen zum guten Unterricht: Eine Handreichung für Aus- und Fortbildung. Friedrich Jahresheft, 25 (Beilage).
- Motsch, H. J. (2009): Förderschwerpunkt Sprache: Stillstand oder zukunftsstaugliche Innovation? In: Prändl, S. & Wember, F. B. (Hrsg.): Standards sonderpädagogischer Förderung (233-245). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Oser, F. (2001): Standards: Kompetenzen von Lehrpersonen. In Oser, F. & Oelkers, J. (Hrsg.): Die Wirksamkeit der Lehrerbildungssysteme. Von der Allrounderbildung zur Ausbildung professioneller Standards (215-342). Zürich: Verlag Ruegger.
- Orthmann, W. (1977): Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22, 37-49.
- Preuss-Lausitz, Ulf (2011): Gutachten zum Stand und zu den Perspektiven inklusiver sonderpädagogischer Förderung in Sachsen. Online verfügbar unter <http://www.google.de/search?q=gutachten+zum+stand+und+zu+den+perspektiven+inklusive+sonderp%C3%A4dagogischer+f%C3%B6rderung+in+sachsen&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla.de:official&client=firefox-a>, zuletzt geprüft am 31.07.2011.
- Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2009): Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Romonath, R. (2001): Vergleichende Sprachheilpädagogik – die Entwicklung der Sprech- und Sprachpathologie in den USA. Die Sprachheilarbeit 46, 4-13.
- Schönauer-Schneider, W. (2008): Unterscheidet sich sprachheilpädagogischer Unterricht vom Unterricht der Allgemeinen Schule? Eine Pilotstudie zur Unterrichtssprache einer Sprachheillehrerin und einer Grundschullehrerin. Die Sprachheilarbeit 53, 324-333.
- Seiffert, H. (2008): Wie therapeutisch ist der sprachtherapeutische Unterricht? – Dimensionen sprach-

bezogener Intervention im Unterricht bei Schülern mit Förderbedarf Sprache. Die Sprachheilarbeit 53, 147-153.

Trossbach-Neuner, E. (1997): Entwicklungsorientierte Sprachförderung im Unterricht – Pädagogische Verpflichtung und Chance. Die Sprachheilarbeit 42, 277-288.

Terhart, E. (2002): Standards für die Lehrerbildung. Eine Expertise für die Kultusministerkonferenz. Institut für Schulpädagogik und allgemeine Didaktik Westfälische Wilhelms-Universität. Online verfügbar unter <http://www.google.de/search?q=ewald+terhart+berufsbiografischer+Ansatz&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla.de:official&client=firefox-a>, zuletzt geprüft am 04.10.2011.

Theisel, A. & Glück, C. W. (2011): Qualitätsmerkmale sprachheilpädagogischen Unterrichts in der empirischen Forschung: Aufruf zur Bearbeitung eines Lehrerfragebogens. Die Sprachheilarbeit, 56. Jahrgang (5/6), 269-274.

Weinert, F. E. & Schrader, F.-W. (1986): Diagnose des Lehrers als Diagnostiker. In: Petillon, H., Auffenfeld, A. & Wolf, B. (Hrsg.): Schülergerechte Diagnose. Theoretische und empirische Beiträge zur Pädagogischen Diagnostik. Festschrift zum 60.

Geburtstag von Karlheinz Ingenkamp (11-30). Weinheim und Basel: Beltz-Verlag.

Wellenreuther, M. (2008): Lehren und Lernen – aber wie? – Empirisch-experimentelle Forschungen zum Lehren und Lernen im Unterricht. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Werner, L. (1977): Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20, 77-83.

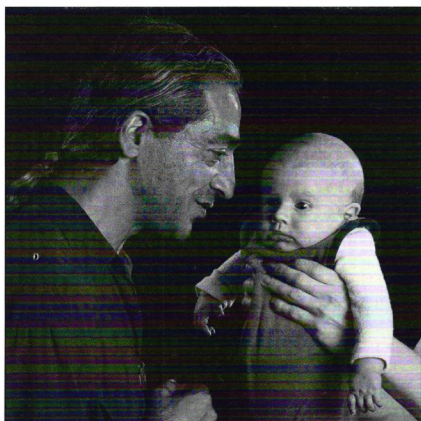
Wocken, H. (2010): Über Widersacher der Inklusion und ihre Gegenreden. Aus Politik und Zeitgeschichte 23, 25-31.

Anja Theisel arbeitet als Fachleiterin für den Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik am Staatlichen Seminar für Didaktik und Lehrerbildung in Stuttgart und bildet Lehramtsanwärterinnen mit dem Förderschwerpunkt Sprache aus. Im Rahmen des Forschungsprojektes Ki.SSES ist sie an einer engeren Vernetzung der verschiedenen Phasen der Ausbildung (Hochschule, Seminar und Schule sowie Schulverwaltung) beteiligt. Sie ist 1. Vorsitzende der dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg.

Prof. Dr. Christian W. Glück vertritt an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg das Fach Sprachbehindertenpädagogik. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Prävention, Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen auch im mehrsprachigen Kontext und beim Stottern. Gegenwärtige Forschungsprojekte: Längsschnittstudie Kinder mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung (Ki-SSES.de), Sprachliche Heterogenität an der Sprachheil- und Regelschule, Wortschatzdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern, Training der Genuszuweisung, TURS-Stotterstudie (www.sprachdiagnostik.de).

Korrespondenzadresse

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



An Sprache wachsen!

www.dgs-ev.de



Sprache macht stark!

www.dgs-ev.de



Sprich uns an!

www.dgs-ev.de



Auf Wiedersehen Grundschule – Neue Schule, ich komme!

Übergänge gestalten – fächerübergreifende Bausteine zur Vermittlung notwendiger Fähigkeiten für einen gut vorbereiteten Übertritt an die weiterführende Schule, erarbeitet in einer 4. Klasse einer Schule zur Sprachförderung*

Irina Ruppert-Guglhör, München

Zusammenfassung

Der Übertritt von der 4. Klasse in die weiterführenden Schulen ist für alle Beteiligten eine spannende Angelegenheit. Dabei birgt er sowohl Chancen als auch Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung der SchülerInnen. Damit die Kinder diesen wichtigen Entwicklungsschritt erfolgreich meistern, benötigen sie intensive Begleitung und neben den kognitiven Voraussetzungen vor allem sprachliche, soziale und emotionale Fähigkeiten. Eine Möglichkeit den Übergang positiv zu gestalten, wird in diesem fächerübergreifenden Konzept vorgestellt.

1 Einleitung

„Der Übergang von Klasse 4 nach 5 ist eine aufregende Sache“. Die Kinder „sollen sich für etwas anstrengen, von dem sie nicht wissen, was es ist, und sie sollen sich für etwas entscheiden, was sie sich nicht vorstellen können“ (Portmann & Schneider 1988, 7). Widersprüchliche Gefühle von Erwartung und Verunsicherung, Angst und Vorfreude und der doch spürbare Erfolgsdruck in Bezug auf die Übergangsentscheidung bestimmen die Gespräche unter den SchülerInnen, die Elterngespräche und den unterrichtlichen Alltag in der 4. Klasse von Beginn an.

Das Projekt „Auf Wiedersehen Grundschule – Neue Schule, ich komme!“ soll den Kindern mehr als die notwendigen kognitiven Voraussetzungen durch Wissensvermittlung mitgeben, und vor allem sprachliche, soziale und emotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die den Übertritt in diesen neuen Lebensabschnitt vorbereiten und erleichtern. Im Mittelpunkt stehen Zielsetzungen wie Angst aufgrund von Unsicherheit und Unklarheit zu nehmen und Mut, Selbstvertrauen und Zuversicht für diesen entscheidenden Schritt mitzugeben.

Dieses fächerübergreifende Konzept zieht sich durch die Aufbereitung der Lerninhalte wie ein roter Faden durch die verschiedensten Fächer. In Verbindung mit

Methoden der Erlebnispädagogik und des lösungsorientierten Ansatzes wurden Bausteine konzipiert, die je nach Ausgangslage der Klasse individuell umgesetzt und erweitert werden können.

Dieses Projekt soll Kindern in der Grundschulstufe helfen, den Übertritt als neue Entwicklungsaufgabe mit Zuversicht und Vorfreude auf sich zu nehmen und erfolgreich meistern zu können.

2 Notwendigkeit der Gestaltung des Übergangs

„Übergänge sind fester Bestandteil im menschlichen Lebenslauf. Sie markieren den Wechsel von einem alten in einen neuen Zustand, von einer alten in eine neue Rolle, von einer alten in eine neue Aufgabe, von einer Phase in die nächste Phase des Lebens“ (Speck-Hamdan 2006, 5). Im Bildungssystem sind Übergänge fest eingeplant, so auch der Übertritt von der Grundschule in die weiterführende Schule. Für SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf besteht bei entsprechender Eignung auch die Möglichkeit des Besuchs der Hauptschule, der Realschule und des Gymnasiums (vgl. bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2008). Übergänge im Lebenslauf als kritisches Lebensereignis bergen jedoch sowohl Chancen als auch Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Speck-Hamdan 2006). So ergibt sich die pädago-

gische Bedeutung der Übergangsgestaltung aus folgenden Gründen:

- gesellschaftliche Bedeutung des Übergangs als eine „der folgenreichsten Schaltstellen in der Schullaufbahn“ (Portmann 1996, 152)
- Doppelfunktion des Übergangs zwischen Abschied nehmen und dem Öffnen für neue Erfahrungen (vgl. Speck-Hamdan 2006)
- einschneidende soziale und emotionale Veränderungen aufgrund neuer Sozialgefüge und veränderter Leistungsbedingungen (vgl. Portmann & Schneider 1988)
- Übergang als Entwicklungsaufgabe mit soziokulturell verbindlichen Entwicklungsnormen und biologischen Veränderungen (vgl. Kammermeyer 2001)

Nach Bronfenbrenner (1981) vollzieht sich Entwicklung als „gegenseitige Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche“ (ebd., 37). Die Umwelt (Ökologie) versteht er als ineinander geschachtelte Systeme, denen jeweils Lebensbereiche zugeordnet sind. Übergänge und die Verbindungen bzw. Wechselbeziehungen (das sogenannte Mesosystem) zwischen den beteiligten Lebensbereichen haben nach Bronfenbrenner den stärksten Einfluss auf Richtung und Tempo der Entwicklung (ebd.).

Ausgehend von den Bedingungen für die Entfaltung des entwicklungsfördernden

* Exzerpt der Arbeit der Karl-Heil-Preisträgerin 2011

Potentials können für die Gestaltung des Übergangs von der Grundschule zur weiterführenden Schule folgende notwendige Maßnahmen abgeleitet werden:

- Kooperation mit und Unterstützung durch das Elternhaus
- Kooperation und Austausch zwischen Grundschule und weiterführender Schule
- Abstimmung von Unterrichtsanforderungen, -methoden und -arbeitsweisen zur Schaffung von Kontinuität und Anschlussfähigkeit
- Vermittlung notwendiger Fähigkeiten, um Rollenanforderungen meistern zu können
- Vermittlung von Informationen und Kenntnissen durch offene Gespräche, Ratschläge, Meinungsäußerungen
- Schaffung von Erlebnissen und Erfahrungen, z. B. durch Schulbesuche etc.

3 Ziele des Projekts

„Damit der Übergang seinen Schrecken verliert“ (Mitzlaff et al. 1989) richtet sich das in dieser Arbeit beschriebene fächerübergreifende Konzept an die Vorbereitung der Kinder auf die zu bewältigende Herausforderung. Da nach Heller (1979) nichtkognitive und situative Merkmale wie Arbeitshaltung, Lern- und Leistungsmotivation, Schul- und Prüfungsangst, Bildungsinteresse und Qualität von Unterricht in weit stärkerem Maße den Erfolg bzw. Misserfolg in den weiterführenden Schulen bestimmen (vgl. Portmann 1996) zielt das vorliegende Projekt auf die Vermittlung notwendiger sprachlicher, sozialer und emotionaler Fähigkeiten und Arbeitshaltungen.

So wurden auf der Basis der Klassensituation und der individuellen sprachlichen, emotionalen und sozialen Lernvoraussetzungen folgende Ziele definiert:

Sprachliche Lernziele

- Die Kinder sollen ihre Vorstellungen, Bedenken und Gefühle über ihre Zukunft verbalisieren und reflektieren.
- Die Kinder sollen sprachliche Informationen über die neue Schule einholen, Antworten verstehen und auswerten, damit unbegründete Ängste ab- und Zuversicht aufgebaut werden.
- Die Kinder sollen mit gleichaltrigen Kindern ins Gespräch kommen und angemessen Fragen stellen.
- Die Kinder sollen visuelle Informationen aus Karten entnehmen, auswerten und sprachlich durchdringen.

Ziele im Bereich emotionale Entwicklung und Arbeitshaltung

- Die Kinder sollen dem Entwicklungsstand angemessene Herausforderungen annehmen und damit umgehen lernen.
- Die Kinder sollen lernen mit Ängsten umzugehen und sich nicht entmutigen zu lassen.
- Die Kinder sollen erfahren, dass man mit Ausdauer und gegenseitiger Unterstützung jede Herausforderung meistern kann.
- Die Kinder sollen sich am eigenen Erfolg und am gemeinsamen Erfolg erfreuen.

Soziale Ziele

- Die Kinder sollen die Gruppe als Unterstützung und sich als wichtigen Teil der Gruppe erleben.
- Die Kinder sollen Kooperationsfähigkeit und Rücksichtnahme erlernen und Vertrauen in die Klassenkameraden gewinnen.

4 Inhaltliche Darstellung der Bausteine

Die Bausteine repräsentieren jeweils einen Themenbereich und enthalten teilweise verschiedene fachspezifische Inhalte, die an verschiedenen Stellen im Lehrplan der 4. Klasse zum Förderschwerpunkt Sprache 2001 verankert werden können. Die Zusammenfassung gibt eine Übersicht über den jeweiligen Baustein und die umgesetzten Inhalte.

Baustein: Mein neuer Schulweg

Mein neuer Schulweg

(2 UZE)

- Auffinden der neuen Schule im Stadtplan Münchens
- Beschreibung des neuen Schulweges (Fußweg, evtl. Fahrt mit öffentlichen Verkehrswegen)

Durch diesen Baustein sollen die SchülerInnen Sicherheit in der neuen Umgebung gewinnen und Selbstständigkeit erlangen. Der Schwerpunkt der hier geplanten Unterrichtseinheiten liegt auf der Nutzung der Symbolsprache in Karten, dem Nachvollziehen der Wege und der sprachlichen Durchdringung

durch die Beschreibung des neuen Schulweges. Zur Bewältigung der komplexen sprachlichen Anforderung erfolgt eine schrittweise Trennung in das Nachvollziehen des Weges entsprechend einem Ablaufplan anhand von Bildkarten und das Beschreiben des Weges im Sinne der sprachlichen Durchdringung mit Hilfe erarbeiteter Satzstrukturen. Dieser Baustein wurde im Rahmen der Unterrichtssequenz im Fach Geometrie „Karten, Lagepläne und Netzpläne lesen, Wege beschreiben“ entsprechend dem amtlichen Lernziel 4.1.1 *Raumerfahrung und Raumvorstellung* umgesetzt. Die intensive Arbeit am Schulweg wird dadurch begründet, dass das Schülerklientel der Schule zur Sprachförderung in der Regel nach der 4. Klasse nicht unbedingt eine weiterführende Schule im Schulpflicht besuchen wird, sondern sich in fremden Umgebungen orientieren und zurecht finden muss.

Baustein: Zusammen sind wir stark!

Zusammen sind wir stark!

(2 UZE)

Sport

- Spiele zur Gruppenbildung
- Spiele zur Förderung des Vertrauens zueinander

Sprechen und Gespräche führen

- Reflektieren der eigenen Stärken und Schwächen
- Interview in Partnerarbeit zu Stärken und Schwächen
- Erkenntnis: Jeder kann etwas. Keiner kann alles. Zusammen sind wir stark!

„Für eine gesunde Entwicklung von Kindern ist es u.a. wichtig, ein stabiles Selbstbewusstsein und ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dabei sind Vertrauen zu sich selbst sowie Vertrauen zu anderen, Team- und Kooperationsfähigkeit wichtig“ (Verein Programm Klasse 2000, 56), um den Übergang als Entwicklungsaufgabe erfolgreich zu bewältigen. Deshalb zielt dieser Baustein darauf ab, die Gruppe als hilfreiche Unterstützung bei Herausforderungen und sich als wichtigen Teil der Gruppe zu erfahren.

So werden im Fach Sport entsprechend den Lehrplanzielen 4.2.2 *Handeln in der Gemeinschaft* und 4.2.3 *Helfen, Unterstützen, Sichern* Spiele zur Gruppenbildung durchgeführt, die es den Kindern ermöglichen Teamarbeit, gegenseitige Verantwortung und Unterstützung zu erfahren und zu reali-

sieren. Voraussetzung für gewinnbringende Teamarbeit und Kooperation sind pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten. Deshalb liegt die besondere sprachliche Anforderung in der gegenseitigen Absprache zur Planung von gemeinsamen Zielen und Aufgaben. Dies erfordert sprachliches Eingehen auf Teammitglieder, überzeugende Formulierung von Änderungswünschen und die angemessene sprachliche Reaktion auf Kritik.

Im Fachbereich „Sprechen und Gespräche führen“ mit den amtlichen Zielen 4.1.1 *Einander erzählen und einander zuhören* sollen die SchülerInnen eigene Stärken und Schwächen erkennen, annehmen und verbalisieren. Im Rahmen eines Partnerinterviews sollen die Kinder mit Gleichaltrigen ins Gespräch kommen, angemessen Fragen stellen und erkennen, dass alle Stärken und Schwächen haben und man im Team viel erreichen kann.

Baustein: 5. Klasse – ich komme!

5. Klasse – ich komme!

(5 UZE + 2 Schulbesuche)

Sprechen und Gespräche führen

- Erarbeitung von Interviewregeln und Fragenkatalog
- Interview mit den Geschwistern zu ihrer Schule und Auswertung
- Schulbesuche mit Interviews

Heimat- und Sachunterricht

- Erarbeitung der weiterführenden Schulen und ihrer Besonderheiten
- Darstellung der verschiedenen Bildungswege

Für sich und andere schreiben

- Erarbeitung der Merkmale eines Briefes
- Brief an die Partnerklasse

Entsprechend den Forderungen aus dem entwicklungsökologischen Ansatz nach Bronfenbrenner (1981) zielt dieser Baustein auf die Vermittlung von Informationen und Kenntnissen durch offene Gespräche, Ratschläge, Meinungsäußerungen sowie die Schaffung von Erlebnissen und Erfahrungen, z. B. durch Schulbesuche. Auf der Basis der erworbenen Kenntnisse über die verschiedenen Bildungswege und deren Anforderungen im Fachbereich Heimat- und Sachunterricht formulieren die Kinder selbstständig Fragen zum nächsten Schuljahr im Sinne eines Fragenkataloges. Im

Bereich „Sprechen und Gespräche führen“ (4.1.2 *Sich und andere informieren*) erfolgt eine intensive Arbeit an pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten zur Durchführung eines Interviews mit den Geschwistern und für die Schulbesuche. Die Kinder sollen mit Gleichaltrigen ins Gespräch kommen und lernen, angemessen Fragen zu stellen. So soll den SchülerInnen die Möglichkeit gegeben werden selbstständig Informationen über die weiterführenden Schulen einzuholen, Antworten zu verstehen und auszuwerten sowie durch persönliche Kontakte über Schulbesuche in den verschiedenen Schularten leichter eine Vorstellung von der Arbeit in der 5. Klasse zu gewinnen. Eine besondere Rolle spielt auch die Partnerklasse aus der 5. Jahrgangsstufe, die einen intensiven persönlichen Kontakt über Briefwechsel (Fachbereich „Für sich und andere schreiben“) und den Schulbesuch ermöglicht. Hier können erlernte pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten in lebensnahen Gesprächssituationen erprobt werden.

Baustein: Vorstellungen von der eigenen Zukunft

Vorstellungen von der eigenen Zukunft

(5 UZE)

Sprechen und Gespräche führen

- Reflektieren von Bedenken und Gefühlen in Bezug auf das nächste Schuljahr (Ist-Stand, Zwischenstand, Abschluss-reflexion)
- Bilderbuch: *Der Wolf gibt nicht auf!* Erkenntnis: Mit Fleiß und Ausdauer kann man viel erreichen.

Für sich und andere schreiben

- Assoziationen zum nächsten Schuljahr
- Brief an die eigene Person in der Zukunft

„Über Informationen hinaus, die sie am besten im direkten Kontakt mit den weiterführenden Schulen erhalten können, brauchen die Kinder Hilfen zur Bewältigung von Ängsten und im Umgang mit ihren Gefühlen“ (Mitzlaff et al. 1989, 169). Dementsprechend liegt der Schwerpunkt dieses Bausteines auf der Versprachlichung und Reflektion eigener Gefühle, Ängste und Wünsche in Bezug auf das nächste Schuljahr mit Hilfe von sprachlichen Impulsen (Fachbereich „Sprechen und Gespräche führen“: 4.1.1 *Ein-*

ander erzählen und einander zuhören).

Als „Schätze für das nächste Schuljahr“ werden diese Gefühle auf Reflexionskarten festgehalten (s. Abb. 1) und als Ritual in der Schatzkiste in verschlossenen Briefumschlägen aufbewahrt. Als Abschluss erfolgt die Verfassung eines Briefes an die eigene Person in der Zukunft (Fachbereich „Für sich und andere schreiben“, 4.2.1 *Texte verfassen*). Kern dieses Bausteins ist die Unterrichtseinheit „Der Wolf gibt nicht auf!“ anhand des Bilderbuches „Der kultivierte Wolf“ (Bloom & Biet 2008). Dieser eigentlich gefährliche und hungrige Wolf beschließt aufgrund der Ablehnung durch die Bauernhoftiere ebenso wie diese kultiviert zu werden und das heißt lesen zu lernen. Mit Ehrgeiz, Durchhaltevermögen und trotz Niederlagen aufgrund von Kritik gibt er nicht auf und wird zu einem anerkannten Geschichtenvorleser. Durch vorstrukturierte Situations- und Handlungskontexte werden Möglichkeiten einer gezielten sprachlichen Förderung geschaffen. Am Beispiel des Wolfes werden dessen Gefühle sowie intendierte Fähigkeiten wie Mut, Ausdauer und Fleiß verbalisiert und auf die eigene Situation übertragen (s. Abb. 2).

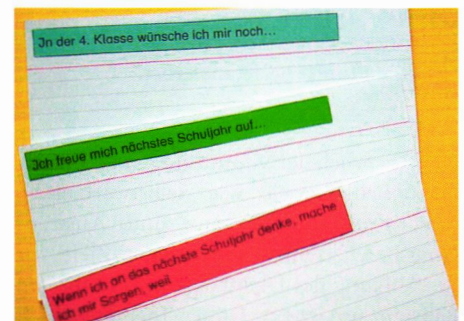


Abbildung 1: Beispiele für Reflexionskarten

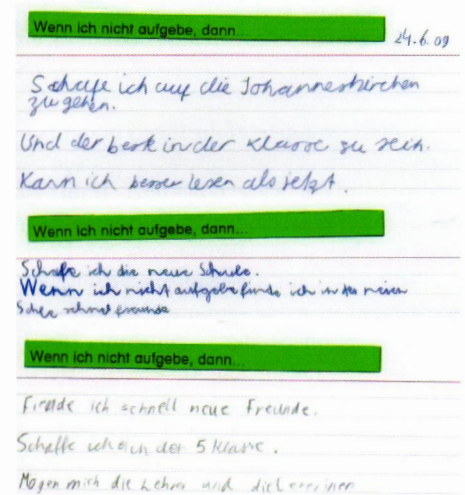


Abbildung 2: Beispiele für Leitsätze der SchülerInnen zu „Der Wolf gibt nicht auf!“

Baustein: Ich schaff's!

Ich schaff's!

(3 Projektstage, Tagesausflug + 1 UZE)

Erlebnispädagogische Inhalte

- Balancieren auf der Slackline, verschiedene Aufbauten
- Bewältigung eines Mutweges bei Nacht
- Spiele zur Gruppenbildung, Aufbau von Teamarbeit und gegenseitiger Unterstützung (Helfersystem)
- Abschluss: Ausflug in den Hochseilgarten (Kletterwald)

Sprechen und Gespräche führen

- Beschreibung der Herausforderung über notwendige Fähigkeiten
- Reflektieren der eigenen Stärken und Schwächen
- Formulieren von eigenen Lernzielen und Reflexion der Zielerreichung
- Transfer der Inhalte auf das nächste Schuljahr

Musik / Kunst

- Kinder-Mut-Mach-Lied
- Gestaltung von Kraftsteinen

Der Anspruch der Vermittlung individueller Persönlichkeitsziele wie Selbstwertgefühl, Mut, Frustrationstoleranz und Anstrengungsbereitschaft sowie sozialer Ziele zur Bewältigung des Übergangs wird in diesem Baustein umgesetzt. Dieser Themenbereich ist am umfangreichsten und tragend für das gesamte Projekt. Wesentliches Merkmal ist die Verbindung von Methoden aus der Erlebnispädagogik mit Anregungen und Ideen aus dem lösungsorientierten Ansatz „Ich schaff's!“ (Furman 2007).

Mittels Gruppenerfahrungen in der Natur werden in der Erlebnispädagogik soziale und persönliche Ziele umgesetzt. Dabei ist der Transfer entscheidender Faktor des Lernens und meint die Übertragung von Lernerfahrungen aus erlebnispädagogischen Aktivitäten in Lebenszusammenhänge und Alltagssituationen der Teilnehmer (vgl. Wikipedia). Entsprechend diesen Merkmalen werden entwicklungsangemessene Herausforderungen wie das Balancieren auf der Slackline sowie der Mutweg bei Nacht geschaffen. So können die Kinder handlungsorientiert und ganzheitlich Erfahrungen sammeln und individuelle sowie soziale Fähigkeiten für einen erfolgreichen Start

ins neue Schuljahr erlernen. Dabei steht die sprachliche Durchdringung und Reflexion dieser Erfahrungen im Vordergrund. Als Abschluss erfolgt der Transfer der Lernerfahrungen auf die Situation des Übergangs.

Im Fachbereich „Sprechen und Gespräche führen“ werden Elemente aus dem Konzept „Ich schaff's!“ (Furmann 2007) umgesetzt. Besondere sprachliche Anforderungen liegen in

- der Versprachlichung der Herausforderung über zu erlernende Fähigkeiten (z. B. Geduld, Ruhe, Ausdauer etc.)
- der sprachlichen Reflexion eigener Stärken und Schwächen und
- in der Formulierung individueller, kognensorientierter Ziele für den Tag (z. B. „Morgen will ich diese Fähigkeit üben ...“).

Deren Erreichung wird in der jeweiligen Tagesreflexion sprachlich und schriftlich evaluiert (s. Abb. 3).

In dieser Phase ist die Lehrersprache zur Evozierung kindlicher Äußerungen über Satzeinstiegshilfen und Formulierungshilfen als sprachliche Impulse besonders bedeutsam. Entsprechend dem Konzept von Furmann suchen sich die Kinder außerdem unter Anleitung jeweils andere Kinder als Helfer für ihr Tagesziel und erhalten eine Kraftfigur zur Identifizierung und zur Unterstützung bei der Zielerreichung. Entscheidend für den Lernerfolg aus den erlebnispädagogischen Aktivitäten ist der sprachliche Transfer der gelernten Fähigkeiten auf das nächste Schuljahr (s. Abb. 4).

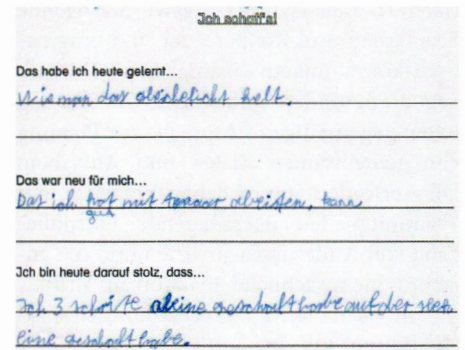


Abbildung 3: Beispiel für eine Tagesreflexion eines Schülers

Zur Umsetzung dieses Bausteins bietet sich ein Aufenthalt im Schullandheim an. Im Rahmen von drei Projekttagen mit dem Thema „Ich schaff's!“ können auch in Musik und Kunst passende Themen erarbeitet werden, wie das Kinder-Mut-Mach-Lied oder die Gestaltung von individuellen Kraftsteinen für das jeweilige Lernziel.

Höhepunkt dieses Bausteins ist der Besuch eines Hochseilgartens, der die gelernten individuellen sowie sozialen Ziele abverlangt. Auch hier steht die sprachliche Reflexion der Erfahrungen im Mittelpunkt. Besonders deutlich kann hier erarbeitet werden, dass man nur mutig sein kann, wenn man seine eigene Angst überwindet. Als Fahrt am Ende des Schuljahres bildet dieser Ausflug zusammen mit den Eltern einen gelungenen Abschluss des Schuljahres.



Abbildung 4: Tafelbild: Transfer der gelernten Fähigkeiten auf das nächste Schuljahr mit Kraftfiguren

5 Schlussgedanke

Damit die Chancen eines entwicklungs-fördernden Potenzials durch den Übertritt (vgl. Bronfenbrenner 1981) genutzt werden können, ist es wichtig, „dass Kinder und Eltern bei der Bewältigung des Übergangs professionell unterstützt werden“ (Faust 2005, 295) und der Übergang selbst zur „pädagogischen Aufgabe“ (ebd.) wird. Die Unterstützung und Kooperation mit den Eltern findet vor allem in Elterngesprächen und Beratungen zur Schullaufbahnentscheidung statt. Das beschriebene fächerübergreifende Konzept richtet sich an die Vorbereitung der Kinder auf die zu bewältigende Herausforderung. Durch gezielte Informationen über die weiterführenden Schulen und mögliche Bildungswege im Sachunterricht, durch die Vermittlung von wichtigen Fähigkeiten vor allem durch den Baustein „Ich schaff's!“ sowie den Austausch mit weiterführenden Schulen durch Schulbesuche und die Patenklasse werden Vorstellungen über die Anforderungen, die neue Umgebung und die Arbeitsweisen sowie Hilfen zur erfolgreichen Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe aufgebaut. So zeigen die Reflexionen der Kinder in der Projektklasse, dass diese die Vorfriede und die Offenheit für Neues beibehalten, insgesamt aber Zuversicht und eine positive Einstellung gewinnen. Ein Kind macht sich zum Beispiel keine Sorgen mehr darum, „nicht die Ruhe zu bewahren, weil ich schon fast alles weiß, was ich wissen muss.“ Außerdem nehmen die SchülerInnen mit „Ruhe zu bewahren, denn in der Ruhe liegt die Kraft.“, „Wenn du etwas nicht schaffst, gib nicht auf und mach das nächste“ oder „Sei hilfsbereit, dann helfen dir die anderen, wenn du Hilfe brauchst.“ Diese Antworten belegen zwar nicht, dass bestimmte Fähigkeiten wie Anstrengungsbereitschaft, Ruhe, Mut, Ausdauer, Hilfsbereitschaft von den Kindern erworben wurden, aber sie zeigen, dass das Projekt einen Anstoß bzw. bewusstes Umdenken bewirkt hat und den Kindern ein Wissen und die Sicherheit vermittelt hat, wie man mit Herausforderungen umgehen und sie auch meistern kann.

Für den Übergang vom Kindergarten in die Grundschule liegen viele Konzepte vor, für den „2. Übergang“ ist die Notwendigkeit zwar bewusst und zahlreich beschrieben, praktische Umsetzungen finden sich jedoch selten. Damit die SchülerInnen in der Grundschulstufe der (Förder-)Schulen mit Zuversicht und Vorfriede den Übertritt als neue Entwicklungsaufgabe auf sich nehmen, sind solche Projekte in der 4. Klasse unverzichtbar. Gerade aufgrund des besonderen

Förderbedarfs im sprachlichen, emotionalen und sozialen Bereich an den Schulen zur Sprachförderung bzw. den Förderzentren benötigen die SchülerInnen umfangreiche, gezielte Unterstützung für einen erfolgreichen Übertritt. Wichtig dabei zu bedenken ist jedoch, dass ein erfolgreicher Übergang in eine neue Schulform nicht nur von den Voraussetzungen des Kindes abhängt, „sondern ebenso sehr auch von der Lernatmosphäre, den schulischen Anforderungen, der Art und Weise, wie sie vermittelt werden, und dem Verhalten der neuen Lehrkräfte, kurz: von der Aufnahmebereitschaft der Schule“ (Portmann & Schneider 1988, 12). Deshalb ist eine Kooperation zwischen abgebender und aufnehmender Schule unverzichtbar. Es ist zu hoffen, dass die in der Grundschulstufe der (Förder-)Schulen in Bezug auf den Übergang aufgebauten Kompetenzen von den weiterführenden Schulen erkannt, weiterentwickelt und an die Kinder rückgemeldet werden.

Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2008): Welche Schule ist die richtige? Information für Eltern der Grundschule zum Übertritt an weiterführende Schulen, Schuljahr 2008/2009.
- Bekanntmachungen des bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus (Hrsg.) (2001): Lehrplan für die bayerische Grundschulstufe zum Förderschwerpunkt Sprache. München: Maß-Verlag.
- Bloom, B. & Biet, P. (2008): Der kultivierte Wolf. Oldenbourg: Lappan Verlag.
- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Faust, G. (2005): Übergänge in den Sekundarbereich. In: Einsiedler, W., Götz, M., Hacker, H., Kahlert, J., Keck, R.W. & Sandfuchs, U. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (291-296). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Furmann, B. (2007): Ich schaff's! – Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Kammermeyer, G. (2001): Schulfähigkeit und Schuleingangsdiagnostik. In: Einsiedler, W., Götz, M., Hacker, H., Kahlert, J., Keck, R.W. & Sandfuchs, U. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (253-263). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Mitzlaff, H., Portmann, R. & Wiederhold, K.A. (1989): Übergänge nach der Grundschule. Frankfurt am Main: Arbeitskreis Grundschule.
- Portmann, R. (1996): Jetzt trennen sich die Wege endgültig – Übergänge zu den weiterführenden

Schulen. In: Haarmann, d. (Hrsg.): Handbuch Grundschule, Band 1 (152-160). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Portmann, R. & Schneider, E. (1988): Brückenschläge – Von der Grundschule zu den weiterführenden Schulen. Heinsberg: Agentur Dieck.

Speck-Hamdan, A. (2006): Der Übergang in die Grundschule. Studienhelfer 11. BLLV-Hochschulreferat.

Verein Klasse 2000 e.V. (2008/2009): Klasse 2000, „Ich und die Anderen“ – Unterrichtsvorschläge für das 3. Jahr. Nürnberg.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Erlebnispädagogik> (01.09.2009).

Korrespondenzadresse

Irina Ruppert-Guglhör
Anni-Braun-Schule
Schule zur Sprachförderung (Hauptschulstufe)
Musenbergstr. 32
81929 München
Email: irina_ruppert@web.de

2002-2008 Studium der Sprachheilpädagogik auf Lehramt und Magister an der LMU München, Erweiterungs-fach: Beratungslehrerin

2008-2010 Referendariat in Oberbayern, Schule zur Sprachförderung an der Stielstraße (Grundschulstufe), München
Seit 09/2010 Sonderschullehrerin an der Anni-Braun-Schule, Betreuungslehrerin für Studienreferendare, Referentin für Fortbildungen in der dgs Landesgruppe Bayern

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Planlose Sprachförderung in Kindergärten

(CI) „Vorlesen reicht nicht. Planlosigkeit bestimmt die Arbeit in vielen Kindergärten“ überschreibt *Rose Götte* ihren Beitrag in der ZEIT vom 11.08.2011. Darin beschreibt sie, dass die Bundesregierung bis zum Jahr 2014 viel Geld ausgeben will, um mit der Initiative „Offensive Frühe Chancen“ Sprachförderung und Integration in Brennpunkt-Kitas voranzubringen, nämlich 400 Mio. Euro, und dass es bereits Leuchtturmprojekte gibt, die gezielte Sprachfördermaßnahmen durchführen. Daneben sieht es in der „normalen“ Kita aber oft anders aus, wie sie feststellt: „Im Vertrauen darauf, dass die Kinder dank ihrer Neugier und ihrem Wissensdrang sich quasi selbst fördern, wenn sie nur die notwendige Freiheit und etwas Material vorfinden, hat sich die Mehrheit der Kindertagesstätten inzwischen für das Prinzip „Offene Kita“ entschieden. ... In einem Raum befinden sich Baumaterial oder Puppen, in einem anderen Instrumente zum Wiegen und Messen, im nächsten Rhythmus- und Musikinstrumente ... Die Tätigkeit der Er-

zieherinnen beschränkt sich weitgehend darauf, die Kinder im Auge zu behalten, Streit zu schlichten und ansprechbar zu sein. Mit gezielter Sprachförderung hat das wenig zu tun. Eine Kindertagesstätte, die die Sprachförderung mehr oder weniger dem Zufall überlässt und sich ansonsten darauf beruft, dass ja auch vorgelesen und gemeinsam gesungen wird, kann die Erwartungen an eine programmatische Arbeit, eine gezielte Sprach- und Intelligenzförderung, möglichst dokumentiert und überprüfbar, nicht erfüllen.“

Statt dessen plädiert Götte für geplante Sprachhandlungsangebote, in denen konkrete Erfahrungen sprachlich genutzt werden, um gezielt Wortschatz, Grammatik und Kommunikationsfähigkeiten zu erweitern. Dafür allerdings bräuchte es Konzepte und spezifisch dafür geschultes Personal. „Wenn aber die gelenkte Zeit nur noch aus einem kurzen Stuhlkreis am Morgen oder einem gemeinsamen Lied besteht, während sich die Kinder die meiste Zeit an ihrem Lieblingsplatz im Gruppenraum x aufhalten, bleibt die Sprachförderung auf der Strecke.“

Zu wenig Sonderpädagogen und Lehrer für Inklusion

(CI) Am 02.09.2011 erschien im Kölner Stadtanzeiger ein Interview mit Udo Beckmann, dem NRW-Landesvorsitzenden des Verbandes Erziehung und Bildung. Er konstatiert, dass aktuell Stellen im Förderschulbereich und für den gemeinsamen Unterricht nicht besetzt werden können: „Es gibt einfach nicht mehr genug Studierende, die sich auf sonderpädagogische Förderung spezialisieren.“ Gefragt, ob Inklusion unter diesen Bedingungen überhaupt umsetzbar sei, schlägt er vor, bereits tätige Lehrer durch ein berufsbegleitendes Zusatzstudium zu qualifizieren und Studienalternativen anzubieten, so dass „Lehramtsstudenten der allgemeinbildenden Schulen nicht mehr nur zwei Fächer studieren können, sondern ein Fach und dazu eine sonderpädagogische Kompetenz.“

Link ins Internet

Lebensqualität mit Demenz und Aphasie

(CI) An der Katholischen Fachhochschule Mainz sind zwei Projekte angelaufen, in denen die Steigerung der Lebensqualität von Demenz- und Aphasiepatienten sowie deren Angehörigen gesteigert werden sollen. Für diese Projekte wurde ein „Transfercafé“ ins Leben gerufen, in dem pflegende Angehörige, Pflegepersonal, Therapeuten und Wissenschaftler gemeinsam nach Konzepten suchen und Schulungen anbieten. Für die demenzkranken Patienten entstehen Angebote, die alltagspraktische Fähigkei-

ten der Betroffenen steigern und somit die Belastungen der Pflegenden verringern sollen. Die Initiatorinnen, Prof. R. Stemmer und E. Quack, haben dazu das Projekt „ANAA+KO“ ins Leben gerufen: www.anaa-und-ko.de

Für Aphasiepatienten wurde das Projekt „narrativ“ von E. Schimpf angelegt: Hier soll ein Trainingskonzept entwickelt werden, das narrative Kompetenzen erweitern und damit die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen erhöhen soll. Auch über dieses Projekt wird im oben genannten Transfercafé berichtet: www.transfercafe-mainz.de

Andere Länder, andere Gesten

(CI) Auch nonverbale Kommunikation ist kulturspezifisch und kann zu Missverständnissen führen: Freundliches Winken wird mancherorts als üble Beleidigung aufgefasst, und auch Händeschütteln oder das Peace-Zeichen können auf direktem Weg in den Fettnapf führen. Gesten und Umgangsformen, die im Ausland peinlich werden könnten, finden sich unter www.geo.de/stolpersteine.

Hilfen für Kinder mit Rechenstörungen

Das Buch ist Bestandteil einer Ratgeberreihe für Angehörige, Betroffene und Fachleute. Dahinter steckt die Idee, dass Experten auf wissenschaftlicher Basis kurz grundlegende Kenntnisse und Hilfestellungen zu ausgewählten Themen aus medizinisch-therapeutischen Bereichen vermitteln. Bei dem Buch „Dyskalkulie“ von Silvia Pixner handelt es sich um einen 64-seitigen Ratgeber, der sich primär an Eltern richtet. Er soll darüber hinaus aber auch Therapeuten, Lehrern und anderen Berufsgruppen, die mit Kindern mit Rechenstörung arbeiten, hilfreiche Anregungen bieten. Silvia Pixner ist Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin. Sie erforscht die Entwicklung der Zahlenverarbeitung sowie die Entwicklung des Rechnens bei Kindern mit oder ohne Rechenstörung. Sie weist darauf hin, dass unterschiedliche Berufsgruppen oft von der gleichen Sache sprechen, dafür jedoch unterschiedliche Begriffe verwenden. Der Ratgeber verfolgt das Ziel, unter Verwendung einer gemeinsamen Sprache multiprofessionell zusammen zu arbeiten.

In dem Kapitel, wie Kinder lernen sich in der Welt der Zahlen zu orientieren, erklärt die Autorin, dass Kinder schon vor Schuleintritt im Rahmen von Alltagsaktivitäten spielerisch wichtige numerische Kompetenzen erwerben. So rezitieren sie beispielsweise einzelne Zahlwörter, lange bevor sie Objektmengen abzählen können. Diese zunächst zufällige Anordnung wird durch zunehmende Übung zur korrekten Abfolge der Zahlenwörter (= Prinzip der stabilen Reihenfolge). Das rezitierende Zählen ist noch nicht vergleichbar mit dem Zählen eines Schülers. Es besteht noch kein Verständnis für die dahinter stehende Zahl. Bei 3-4-jährigen Kindern lässt sich beobachten, dass die aufgesagten Zahlen und die gezählten Objekte noch nicht synchronisiert werden, was ein falsches Ergebnis zur Folge hat.

Kinder müssen lernen, dass zu jedem Objekt nur ein Zahlwort zugeordnet werden kann (= Eins-zu-eins-Zuordnung). Anhand eines Beispiels erklärt die Autorin, dass Kinder erst mit der Zeit begreifen, dass das Ergebnis des Zählens die zu zählende Menge widerspiegelt. Eine lineare Anordnung sei für das Kind einfacher als eine Anordnung der Objekte, die ungeordnet ist. Kinder nutzen zum Vergleich zweier Mengen auch

deren räumliche Ausdehnung. Die Autorin betont, dass solche Zählfehler bis zum 5. Lebensjahr eine Stufe der normalen Entwicklung sei. Raumvolumen und die Anzahl zu trennen sei ein Lernprozess, den Kinder erst erfahren müssen.

Wenn Kinder sicherer im Umgang mit Zahlen werden, wechseln sie von einer konkreten Mengenrepräsentation (= konkrete Objekte) zu einer abstrakten Repräsentation. Die Autorin spricht hier von einem mentalen Zahlenstrahl, dessen Anordnung zunächst noch eher ungenau ist. Sie empfiehlt Brettspiele, um die Orientierung auf dem mentalen Zahlenstrahl zu fördern. Spiele, bei denen Würfel mit Punkten verwendet werden, fördern zudem Muster aus dem Gedächtnis abzurufen.

Viele Kinder können bereits vor Schuleintritt die ersten Zahlwörter in der richtigen Reihenfolge sprechen und schreiben. Sie müssen noch lernen, dass mit Hilfe des gleichen Symbols unterschiedliche Größen dargestellt werden. (Eine 2 in 32 hat nicht die gleiche Wertigkeit wie eine 2 in 24.)

Eine große Hürde stellt für Kinder die Umwandlung von einem Zahlwort zur entsprechenden arabischen Zahl dar. Eine weitere Schwierigkeit, die vornehmlich in deutschsprachigen Ländern auftritt, ist die Besonderheit, dass bei zweistelligen Zahlen die Einer zwar vor den Zehnern gesprochen werden, jedoch beim Schreiben derselben arabischen Zahl diese Einer nach den Zehnern geschrieben werden (= Inversionsprinzip). Die Autorin betont an dieser Stelle, dass so genannte Zahlendreher noch kein Beweis für das Vorliegen einer Dyskalkulie seien.

Ein anderer Fehlertyp betrifft das Schreiben von Hundertern (für das Zahlwort „Zweihundert“ schreiben einige Kinder 2100). Die Autorin weist darauf hin, dass das Erlernen der Umwandlungsregeln von Zahlwörtern in Ziffern (und umgekehrt) wesentliche Voraussetzungen für den Erwerb weiterer rechnerischer Kompetenzen sei.

Nach einem kurzen Ausflug in die Neuropsychologie der Zahlenverarbeitung und Dyskalkulie gibt die Autorin Hinweise darauf, wie Eltern Schwierigkeiten des Kindes erkennen können. Sie ermuntert Eltern, die Entwicklung ihrer Kinder genau zu beobachten und empfiehlt, Situationen zu schaffen, in denen das Kind spielerisch die Welt

der Zahlen und Mengen entdecken kann. Auf keinen Fall sollte Leistungsdruck aufgebaut werden. Eltern würden dadurch nur das Gegenteil erreichen, nämlich Mengen und Zahlen mit negativen Gefühlen verbinden. Die Autorin erklärt, wie Eltern vor der Einschulung die vorgestellten Zählprinzipien mit einfachen Mitteln überprüfen können. Auch für Kinder, die bereits eingeschult sind, gibt sie Eltern Fragestellungen und Aufgaben an die Hand. Die Autorin betont, dass einzelne Hinweise nicht sofort eine Schwäche bedeuten müssen. Sollten sich die Hinweise jedoch häufen, empfiehlt sie, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

In einem weiteren Kapitel berichtet die Autorin darüber, wie eine Rechenstörung festgestellt wird. Eine umfangreiche Diagnostik führen geschulte Psychologen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater durch. Dabei wird festgestellt, ob die arithmetischen Fertigkeiten eines Kindes relativ zur allgemeinen Intelligenz deutlich unter dem Erwartungswert liegen. Man spricht von einer Rechenstörung, wenn das allgemeine Leistungsniveau und die spezifischen rechnerischen und basis-numerischen Leistungen eine starke Diskrepanz aufweisen.

Die Autorin gibt einen sachlichen Überblick über aktuelle Dyskalkulie-Tests. Darüber hinaus empfiehlt sie eine qualitative Fehleranalyse, um nützliche Hinweise für die weitere Interventionsplanung (= Förderdiagnostik) zu erhalten. Die Autorin gibt an, dass etwa vier bis sechs Prozent der Grundschulkinder eine Dyskalkulie haben. Um zu zeigen, dass nicht jeder Dyskalkuliker die gleichen Symptome zeigt, führt sie vier Fallbeispiele an.

In dem Kapitel Förderung und Therapie werden Eltern dazu aufgefordert, sich die unterschiedlichen Förder- und Therapiemöglichkeiten genau anzusehen. Es wird darauf hingewiesen, dass die entstehenden Kosten meistens an den Eltern hängen bleiben, da die Krankenversicherungsträger sie nicht übernehmen würden. Das Jugendamt springe nur ein, wenn ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stünden und eine „seelische Behinderung“ drohe oder bereits bestünde. Die Autorin stellt folgende Aspekte der Formen von Förderung vor: Gruppen- oder Einzelförderung, Nachhilfe sowie

die ganzheitliche Methode. Sie verzichtet dabei bewusst auf die Präferenz einer Form, da die Entscheidung, welche Therapieform für ein betroffenes Kind die richtige sei, von sehr vielen Faktoren abhängt. Eltern können sich auch an den Bundesverband für Legasthenie und Dyskalkulie e.V. wenden. Dies ist ein Elternselbsthilfeverband, der sich betroffener Eltern annimmt. Darüber hinaus gibt die Autorin einen Überblick über aktuelle Förderprogramme, Bücher und Lernspiele. Das Buch endet mit einem Kapitel darüber, was Eltern zu Hause für ihr Kind tun können. Es gibt Beispiele für Fin-

ger- und Würfelspiele, die Förderung des Zählens, Umgang mit Mengen, die Teil-Ganzes-Beziehung, Verständnis für das Basis-10-System, Faktentraining, visuell-räumliche Spiele, konzeptuelles Wissen sowie und das ist der Autorin abschließend wichtig zu erwähnen die Stärkung der Motivation.



Rezension

Pixner, S. (2010): Dyskalkulie. Ein Ratgeber für Eltern, Lehrer und Therapeuten. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag. ISBN 978-3-8248-0843-4. 64 Seiten. € 8,40.

Verfasserin

Tina Albers, Wunstorf

Diagnose und Therapie von Schluckstörungen

Dem Schulz-Kirchner Verlag ist zu danken, dass er mit Hilfe seiner Reihe Dysphagie-Forum und weiterer Veröffentlichungen der immer mehr zunehmenden Notwendigkeit einer Behandlung von Patienten mit erheblichen Schluckstörungen gerecht wird. Logopäden und Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz konnten in den letzten 15 bis 20 Jahren ihr Therapieangebot um diesen bedeutsamen Sektor erweitern. Auch in der Aus- und Weiterbildung entsprechenden Fachpersonals sind Logopäden und Sprachtherapeuten tätig. Mit dem hier zu rezensierenden einführenden Lehrbuch zur Dysphagie legen zwei junge Autorinnen einen knapp gefassten Überblick zur Physiologie des Schluckens sowie zur Diagnostik und Therapie von Dysphagien in unterschiedlichen Handlungsfeldern vor. Dabei verknüpfen sie den aktuellen Wissensstand zur Problematik mit eigenen praktischen Erfahrungen in der Therapie und Forschung, wodurch das Buch einen wichtigen Stellenwert für die tägliche therapeutische Arbeit und darüber hinaus für den wissenschaftlichen Fortschritt erhält.

Kapitel 1 beinhaltet die Anatomie und Physiologie des Schlucken, ergänzt durch Besonderheiten beim Säugling und alten Menschen. In ganz ausführlicher Weise wird die Schluckdiagnostik beschrieben, sowohl die von Logopäden und Sprachtherapeuten durchzuführenden Maßnahmen, als auch die von Ärzten zu absolvierenden apparativen Untersuchungen (Kapitel 2). Diesem Abschnitt werden die Symptomatologie und Ätiologie einer Dysphagie in Kurzfassung vorangestellt, für ein „Lehrbuch“ allerdings zu wenig ausführlich, was insbesondere die Ursachen betrifft. Alle Befunde werden in die Internationale Klassifikation der Funkti-

onsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (IFC, Stand Oktober 2005) eingeordnet. Ein Fallbeispiel schließt das 2. Kapitel ab.

Im 3. Kapitel, das sich mit der Therapie von Dysphagien beschäftigt, werden zunächst die zwei üblichen Vorgehensweisen Management (Sicherung einer umfassenden Versorgung der Patienten) und eigentliche Therapie (Veränderung oder Verbesserung des Schluckablaufs und der Nahrungsaufnahme sowie Verhinderung der Aspiration und anderer Komplikationen) unterschieden. Danach werden einige Therapieansätze beschrieben, von der funktionellen Dysphagietherapie (FDT) der bedeutendsten deutschen Pionierin der Schlucktherapie, G. Bartolome, über die Fazio-orale-Trakt-Therapie (F.O.T.T.®) der englischen Autorin K. Coombes, die Orofaziale Regulationstherapie des argentinischen Kinderarztes R. Castillo Morales, die Thermale Stimulation von Frau J. A. Logemann bis zur Basalen Stimulation nach A. Fröhlich. Unter der Überschrift „Wirkung von Dysphagietherapie“ (Kapitel 4) werden Möglichkeiten von Nachweisen einer Therapieeffizienz diskutiert. Die beiden letzten Abschnitte des Buches befassen sich mit der Therapie von Ess-, Mund- und Trinkstörungen bei Kindern in Abgrenzung zu den nichtdysphagischen myofunktionellen Störungen (Kapitel 5) und bei Erwachsenen mit demenziellen Erkrankungen (6. Kapitel). Zur Kindertherapie werden die Ansätze von R. Castillo Morales, von S. E. Morris/M. D. Klein, von T. Pörnbacher, von F. Yossem und von H. Müller beschrieben. Es ist allerdings schade, dass keine speziellen Maßnahmen bei Dysphagien infolge Hirninfarkten und anderer Erkrankungen des Erwachsenenalters berücksichtigt werden, die ja bekanntlich zu

den schwerwiegendsten Komplikationen bei diesem Patientenkreis zählen. Bei einer wünschenswerten Neuauflage wäre eventuell an eine diesbezügliche Ergänzung zu denken.

Als positiv ist hervorzuheben, dass neben einem ausführlichen Literaturverzeichnis im Anhang, das bis in das Jahr 2010 (!) reicht, zusätzlich am Ende eines jeden Kapitels die wichtigste Literatur aufgeführt wird. Auch aus didaktischer Sicht ist die Publikation von Geißler & Winkler sehr zu empfehlen: Neben einer übersichtlichen Gliederung des Ganzen sind die jedes Kapitel abschließenden Kontrollfragen, die aufschlussreichen Fallbeispiele, das Stichwortregister im Anhang, die klare, verständliche Diktion und das gesamte Layout sowohl für Studierende als auch für Praktiker bestimmt ein Gewinn. Das Buch kann jeder mit Dysphagien befassten Fachperson empfohlen werden.



Rezension

Geißler, M. & Winkler, S. (2010): Dysphagie. Ein einführendes Lehrbuch. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. ISBN 978-3-8248-0652-2. 156 Seiten. € 24,90.

Verfasser

Prof. Dr. Volkmar Clausnitzer, Emmerting

Stimmübungskonzept-Theorie und Methodik

Ein Stimmübungskonzept, das auf Rhythmusarbeit, Trommelbegleitung und musikalischen Anklängen beruht, mithin ein auditives, visuelles und taktiles Verfahren, in einem Buch beschreiben zu wollen, ist ein gewagtes Experiment. Nicht ohne Grund ist der Begründer der Akzentmethode Svend Smith und sind seine Schüler landauf und landab „gezogen“ und haben in Workshops direkt und unmittelbar die Methode vorgestellt. So existierte zunächst nur ein kleines Arbeitsbuch, das die Workshops begleitete, bis von Svend Smith und Kirsten Thyme „Die Akzentmethode und ihre theoretischen Voraussetzungen“ deutschsprachig 1980 im Spezial-Pädagogischen Verlag Flensburg erschienen.

Diese Publikation wurde 2003 abgelöst von der 1. Auflage des vorliegenden Titels der jetzigen Autoren, gefolgt von einer überarbeiteten Auflage 2007.

Die jetzt vorgelegte 3. Auflage wurde überarbeitet und erweitert, weiterhin begleitet von einer CD, welche die ursprünglichen Kassetten, die nur über die Workshops erhältlich waren, ablöste. Eingeschränkt wird die Freude über die auditive Begleitung lediglich durch die Tatsache, dass der Sprecher überartikuliert und in völlig unnatürlicher Intonation spricht, was das konzentrierte Zuhören sehr erschwert, während man Kirs-

tin Thyme-Frókjær nach kurzer Einhörzeit gut folgen kann.

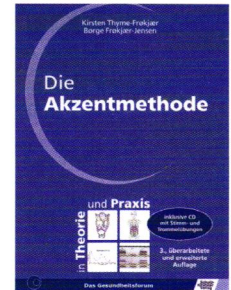
Da die Rezensentin Gelegenheit hatte, die Autoren dieses Buches als Workshopleiter „live“ zu erleben, gewinnt die Lektüre des Buches in Erinnerung an das Seminar eine große gestaltete Lebendigkeit. Aber auch ohne diese Möglichkeit beschreibt das Buch die Methode sehr nachvollziehbar. Die physiologischen Grundlagen der Akzentmethode mit der starken Belüftung der Stimmlippen werden dargelegt, Abbildungen veranschaulichen das Beschriebene und das Übungsprogramm bezieht sich immer wieder auf die physiologischen Voraussetzungen.

In der Einzelarbeit bleibt die Hörkontrolle während der Übungen gut erhalten, in der Gruppenarbeit ist eine sehr sorgfältige Eigenkontrolle notwendig, damit der „Gruppensog“ gemeinsam mit dem Trommelrhythmus nicht zu forcierter Stimmgebung verführt.

Seminarleiter/innen und Therapeut/innen, die mit der Akzentmethode arbeiten möchten, finden im Buch eine detaillierte Beschreibung der Übungen mit der Darstellung der erwarteten Wirkungen. Nach mehrmaligem Anhören der Klangbeispiele dürfte es keine Schwierigkeiten mehr machen, die Methode einzusetzen – sowohl

therapeutisch in der Stimmbehandlung als auch übungsorientiert zur Stimmkräftigung.

Der Rezensentin erscheint ein sorgfältiges Abwägen notwendig, in welcher Phase eines Übungsprozesses die Akzentmethode einsetzbar ist, um die gewünschten Effekte und keine Überlastung der Stimme zu erreichen.



Rezension

Thyme-Frókjær, K. & Frókjær-Jensen, B. (2011): Die Akzentmethode. Theorie und Praxis. Schulz-Kirchner Verlag: Idstein, 3. überarb. u. erw. Auflage incl. CD, 188 S., ins Deutsche übers. v. Stier, K.-H. u. Stückle, R.

Verfasserin

Prof. Dr. Christa M. Heilmann, Marburg

Rezensentinnen¹ gesucht!

Die Redaktion erreichen immer wieder Angebote von Verlagen, neu erschienene Bücher zu besprechen.

Wir möchten den Kreis der Kolleginnen und Kollegen erweitern, die Neu-Publikationen für unsere Fachzeitschrift der Leserschaft vorstellen.

Voraussetzung: Sie sollten innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt des Buches eine differenzierte Besprechung vornehmen, die in der Regel ein bis zwei Manuskriptseiten nicht überschreitet.

Folgende Veröffentlichungen liegen der Redaktion vor:

- Teichmann, Helmut (Hrsg.): Sprache und Denken. Das gewachsene Bedürfnis nach Dialektik in der Aphasietherapie-

beratung und -forschung. Eine philosophische Betrachtung.

- Hansen, B.; Iven, C.: Stottern bei Kindern. Ein Ratgeber für Eltern und pädagogische Berufe.
- Beushausen, U.; Haug, C.: Stimmstörungen bei Kindern.
- Schmitz, E.: „Wolle, der kleine Braunbär“ und „Wolle bei den Piraten“. Zwei Mitmachbücher zur Sprachförderung.
- Hammann, C.: Bei Stimme bleiben. Ein Ratgeber für Lehrer und Berufssprecher.
- Gusowski, A. et al.: Alltagssituationen in Bildern für Kinder.

Wenn Sie an der Rezension einer dieser Schriften 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 Werk in Ihren Besitz über!

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

Die Redaktion

¹ Das jeweils nicht markierte Geschlecht ist mitgemeint.

Rückblicke

Summer School des BKL 2011

Bad Nauheim ist nicht nur ein Ort, den man von fast allen Richtungen der Republik aus gut erreichen kann, sondern vor allem ein altherwürdiges Bad mit einer nicht versiegenden Heilquelle, an der schon seit Jahrhunderten oder sogar Jahrtausenden (wohl schon die Römer) berühmte und nicht berühmte Personen genesen wollten. Für die Teilnehmer der Sommerschule war es aber vor allem der Kurpark, der mit seinen alten Bäumen zu einer kleinen Erholung in den Pausen beitrug. Denn sich vier Tage lang mit einem Thema wie *Speech language pathology in dialogue with clinical neuropsychology* auseinanderzusetzen, ist einfach anstrengend und man bedarf danach ein wenig der Erholung, wenn nicht sogar einer Kur. Aber zu der durchweg konzentrierten und angelegten Stimmung der 32 Teilnehmerinnen trugen für den äußeren Rahmen die angenehme Unterbringung in dem Bildungshaus und die hervorragende Verpflegung bei.

Den Ablauf hatten die Organisatoren, Frank Ostermann und Bernd Frittrang, so strukturiert, dass man sich auf das kompakte Thema und die zwei Tage mit George Prigatano in Englisch mit einem Einführungsvortrag von Frank Regenbrecht und Thomas Guthke einstimmen konnte und die Sommerschule am Sonntag mit einer gemeinsamen Austauschrunde über ausgesuchte Fallbeispiele ausklang.

Frank Regenbrecht und Thomas Guthke stellten zu Beginn das Thema „nicht-apha-

sische Kommunikationsstörungen“ vor und führten dabei zunächst die Symptomatik und die diagnostischen Möglichkeiten, die es aus der Neuropsychologie und Sprachtherapie gibt, aus. Durch die daran angeschlossene Darstellung zweier Patientenbeispiele wurden die Schnittstellen beider Abteilungen sowohl in Bezug auf die Komplexität der Diagnostik als auch für die therapeutischen Möglichkeiten deutlich. Dabei zeigte sich vor allem, dass die Symptome gestörter Kommunikation weder nur der Sprachtherapie noch nur der Neuropsychologie zuzuordnen sind und daher der fachliche Austausch dringend nötig ist. Weiterhin ergab sich aus der anschließenden Diskussion auch, in welcher langen Tradition die Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex steht und wie problematisch nach wie vor die Begriffsfindung ist.

Mit dem Workshop von G. Prigatano wurde diese Diskussion direkt fortgesetzt: *This two-day workshop will present an opportunity for the two disciplines to discuss how a milieu-based „holistic“ neuropsychological rehabilitation model may be applied to some of the difficulties the speech and language pathologists face daily.* Als erste Annäherung an die Erklärungsmodelle der Neuropsychologie führte er am Freitag zunächst seine 13 Prinzipien der neuropsychologischen Rehabilitation aus, die er jeweils historisch einbettete und mit vielen Fallbeispielen veranschaulichen konnte.

Am Samstag behandelte Prigatano dann die für ihn entscheidenden Themen der emotionalen Probleme und solche der Motivation bei hirngeschädigten Patienten sowie das große Thema „Anosognosie“. Neben den kompakten Vorträgen entstand eine zunehmend engagiertere Diskussion mit dem Referenten. An den Abenden konnten dann in lockerer Runde der Austausch und die Diskussion, unter anderem zu den Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Ideen und Prinzipien Prigatanos, fortgesetzt werden.

Insgesamt konnte George Prigatano wohl bei allen Teilnehmerinnen das Verständnis wecken, dass es neben den symptomorientierten oder kommunikationorientierten Ansätzen auch notwendig ist, die emotionalen und psychischen Aspekte wahrzunehmen und in die Therapie einzubeziehen. Somit waren die Tage der Summer School mehr als nur eine Anregung zu einem neuen praktischen Vorgehen in der Therapie, sondern führten vielmehr dazu, die Anschauung auf den Patienten und dessen Funktionsdefizite zu erweitern. In diesem Sinne lässt sich wirklich sagen, dass von den Gedanken Prigatanos ein Funke auf uns übersprang.

Anna Hilbert, Hamburg

Nachtrag zum BKL-Workshop 2011

Essentieller Bestandteil aller BKL-Workshops ist seit jeher die Kombination aus Vorträgen und intensiven Seminaren. Letztere sind dem Verfasser des Beitrags für die letzte Sprachheilarbeit (Heft 5/6 2011) leider beim Kürzen abhanden gekommen. Hierfür erfolgen selbstverständlich die gebührende Entschuldigung sowie die Nennung der spannenden Veranstaltungen und der noch-

malige Dank an die Seminarleiterinnen und -leiter. Folgende Seminare fanden statt: *Schriftenreihe Sprache und Denken: Das gewachsene Bedürfnis nach Dialektik in der Aphasietherapie, -beratung und -forschung. Eine philosophische Betrachtung.* Helmut Teichmann, *Kreischa Störungsspezifisches Dysphagiemanagement: Evidenz-basierte Erstellung des The-*

rapieplanes auf Grundlage der Ergebnisse der videofluoroskopischen Schluckuntersuchung (VFS). Andrea Hofmayer, *Bad Tölz Alters- und störungsadäquate Spiele in der Sprachtherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.* Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstfeldbruck

Berthold Gröne

Aus der Hochschule

Einladung zum 11. Forum der Sprachheilpädagogik



(CI) Am 17.03.2012 findet an der Ludwig-Maximilians-Universität München das 11. Forum der Sprachheilpädagogik statt. Dabei handelt es sich um das **Jubiläumsforum zum 20-jährigen Bestehen des Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR)**, das von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt 1991 an der Universität zu Köln gegründet wurde und seit 2000 an der LMU München angesiedelt ist.

Aus der Forschungswerkstatt für die Praxis: 20 Jahre FSR

Einführungsvortrag

„... auf dem Weg: Eindrücke, Ergebnisse und Weiterentwicklungen“
(Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt)

Vorträge zu altersspezifischen Aufgabenstellungen

- **Frühbereich:** Besonderheiten in der sprachlichen Interaktion von Müttern und ihren zweijährigen Kindern mit spätem Sprechbeginn (Dr. Daniela Kiening)

- **Vorschulalter:** „Hä? Das geht doch gar nicht!“ Erste Forschungsergebnisse zum Monitoring des Sprachverstehens (MSV) im Vorschulalter (Dr. Wilma Schönauer-Schneider)
- **Schulalter:** Richtig schreiben lernen. Theoretische Grundlagen und Forschungsergebnisse (Dr. Karin Reber)
- **Erwachsenenalter:** Angehörigenbefragung als Bestandteil der Aphasiediagnostik (Sandra Schütz)

Workshops

- Sprachtherapeutische Diagnostik bei zweijährigen Kindern mit spätem Sprechbeginn (Dr. Daniela Kiening)
- „Hä? Das geht doch gar nicht!“ Diagnostik und Intervention zum Monitoring des Sprachverstehens (MSV) im Vorschulalter mit praktischen Beispielen (Dr. Wilma Schönauer-Schneider)
- Das Bayerische Einschulungssprachscreening (BESS). Stand der Entwicklung (Dr. Petra Stumpf)
- Forschungsarbeiten im Kontext der Mehrsprachigkeit (Dr. Vassilia Triarchi-Herrmann mit Elisabeth Kofler, Christa Zeba und Anne Zorn)
- Richtig schreiben lernen. Didaktisches Konzept, Umsetzungsideen und Praxismaterialien (Dr. Karin Reber)
- Kommunikationsorientierte Aphasietherapie (Sandra Schütz)

- Stimmklang und Sprechwirkung. Theoretische Ansätze und praktische Umsetzung (Dr. Iris Eicher)
- Methodenkombination in der Stottertherapie (Georg Thum)

Resümee und Ausblick

„... und wie geht es weiter?“
(Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt)

Leitung:
Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Tagungsort:
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstraße 13
80802 München

Anmeldung und Tagungssekretariat:
Annemarie Deisler, Leopoldstr. 13
80802 München
Fax: 089 – 2180 503
Mail : deisler@paed.uni-muenchen.de

Teilnehmergebühren:
40,- Euro bei Anmeldung bis zum 1.3.2012
50,- Euro an der Tageskasse
Studierende zahlen jeweils die Hälfte
Teilnahmebescheinigungen werden auf Wunsch im Tagungsbüro ausgestellt.

Programm und aktuelle Informationen sind unter www.edu.lmu.de/shp/ zu finden.

Personalia

(CG) In den vergangenen Monaten haben sich an einigen sprachheilpädagogischen Hochschulstandorten zahlreiche personelle Veränderungen ergeben. Sofern der Hochschulreferent hierüber Kenntnis erhalten hat, wird hier berichtet.

An der Universität zu Köln wurde Prof. Dr. Roswitha Romonath emeritiert. Prof. Romonath ist den Lesern u.a. durch ihre Arbeiten über Phonologische Aussprachestörungen, über die landesweite Studie zu sprachbehinderten Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern und über ihre international-vergleichenden Arbeiten wohl bekannt. Sie baute die Sprachheilpädagogik an der Universität Rostock auf und war zusammen mit Prof. Homburg mehrere Jahre

Vorsitzende der DozentInnenkonferenz der Sprachheilpädagogik. Mit ausdauernder Hartnäckigkeit verwirklichte sie die Einrichtung des BA-Studiengangs Sprachtherapie an der Universität zu Köln. Ein Wiederbesetzungsverfahren der Stelle läuft.

Prof. Dr. Franz J. Stachowiak emeritierte an der Universität Giessen. Er brachte mit seiner Berufung auf den neu gegründeten Lehrstuhl eine psycholinguistisch geprägte Sicht und die Akzentuierung der Aphasieologie in die Sprachheilpädagogik ein. Auch hier läuft das Wiederbesetzungsverfahren an der Universität Gießen.

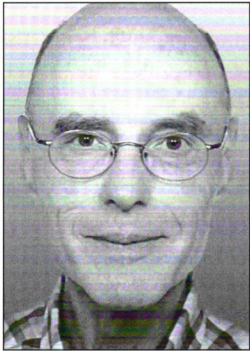
Die Universität Leipzig konnte Prof. Dr. Christian W. Glück für die Besetzung der Professur Sprachbehindertenpädagogik

gewinnen. Damit verlässt Prof. Glück die Pädagogische Hochschule Heidelberg. Das Wiederbesetzungsverfahren auch zu dieser Stelle läuft bereits.

An der Pädagogischen Hochschule übernimmt Herr Hubert Hatz die Akademische Ratsstelle von Dr. Anja Schröder, die in den Schuldienst wechselt.

An der Universität München beendete Herr Dr. Stephan Baumgartner krankheitsbedingt seinen Dienst. Er verstarb im September und es wird auf die Nachrufe in der SHA verwiesen. Die Nachfolge auf dieser Stelle übernahm Dr. Karin Reber.

Persönliches



Nachruf für Dr. Stephan Baumgartner

„Der Mensch ist erst wirklich tot,
wenn niemand mehr an ihn denkt“

Bertolt Brecht

Am 17.9.2011 verstarb im Alter von 63 Jahren Dr. Stephan Baumgartner.

Seit Beginn der Besetzung des Lehrstuhls für Sprachbehindertenpädagogik durch Prof. Dr. Anni Kotten-Sederqvist im Jahr 1974 war Stephan Baumgartner Mitglied des Lehrstuhls: zunächst als Wissenschaftlicher Assistent, dann als Akademischer Rat und Oberrat und schließlich als Akademischer Direktor. Bis zu seiner vorzeitigen Pensionierung am 1.4.2011 hat er nicht nur für die Weiterentwicklung des Faches in München, sondern für die Sprachheilpädagogik allgemein wesentliche Impulse gegeben.

Er hat den Weg der Sprachheilpädagogik in diesen 37 Jahren scharfsinnig und reflektierend begleitet, war Zeitzeuge des Aufbaus von Sprachheilschulen in den 1970er und 1980er Jahren und hat ihren Abbau in den letzten 20 Jahren sowie den Wandel zu behinderungsübergreifenden Förderzentren bei einer gleichzeitigen Verlagerung der Therapieangebote in den außerschulischen Bereich unmittelbar miterlebt. Dabei zeigte er sich diesen Entwicklungen gegenüber aufgeschlossen und versuchte, die sich eröffnenden Möglichkeiten neuer Aufgabenbereiche und Verfahrensweisen zu erkennen.

Fachlich beschäftigte er sich schon früh mit dem Stottern. Bis zuletzt war er Leiter der Stotterberatungsstelle am Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) in München. Ganz wesentlich war es ihm dabei, zu eigen-

ständigem Denken anzuregen. Durch die Mitarbeit der Studierenden und später auch Lehrbeauftragten wurden nicht nur für die Lehre wichtige Inhalte in Theorie und Praxis vermittelt, sondern auch ganz konkret den Betroffenen und ihren Angehörigen geholfen.

Das umfangreiche Werk seiner Buch- und Zeitschriftenbeiträge zeichnete sich durch kämpferischen Elan und eine ihm ganz eigene Formulierungskunst aus. Seit Mitte der 1990er Jahre ging er dabei in seinen Veröffentlichungen immer mehr auf Fragen zur wissenschaftlichen Struktur einer zukünftigen Sprachheilpädagogik ein. Seine Schriften waren von kritischer Konstruktivität, zuweilen geradezu aufrüttelnd und forderten die Fachwelt auf, sich mit Mut und Kraft neue theoretische und empirische Fundamente zu erarbeiten. Diese Sorge um die Geschicke der Sprachheilpädagogik und die Vernachlässigung des „pädagogischen Kerns“ waren im letzten Jahrzehnt häufig Gegenstand des Gesprächs am Lehrstuhl. Kritischer Diskurs, vertiefte Literaturkenntnis und Nachhaltigkeit der Argumentation wechselten mit dem ihm eigenen, trockenen Humor, der geeignet war, auch zugespitzte Situationen mit einer neuen Sichtweise wieder zu öffnen. Er konnte seine Kolleginnen und Kollegen immer wieder herausfordern und zu neuen Perspektiven ermutigen.

Die letzten Jahre wurden durch seine schwere Erkrankung überschattet. Mit großer Geduld ertrug er die damit verbundenen Einschränkungen und Schwä-

chungen seines Körpers. Doch er blieb stets aufrecht und von wachem Geist. Dieser reichte weit über das Fachliche hinaus und richtete sich auf die Beschäftigung mit Literatur, Musik und bildenden Künste.

Nun hat der Tod ihn eingeholt. Bei der Beerdigung hielt sein langjähriger Freund und Wegbegleiter Frieder Dannenbauer die Trauerrede. Ausgehend von der Abschiedsvorlesung am 1.7.2011 (s. Sprachheilarbeit 5–6/2011, S. 297) nannte er die Tugenden von Stephan Baumgartner: Tapferkeit, Mut, Ehrlichkeit und Treue. Eine große Trauergemeinde war von nah und fern gekommen, um ihm die letzte Ehre zu erweisen. Er wird in unseren Erinnerungen und Herzen einen festen Platz einnehmen. Er wird uns fehlen. Wir werden ihn nicht vergessen.

Für den Lehrstuhl

Manfred Grohnfeldt

Claudia Heinzl

Daniela Kiening

Karin Reber

Wilma Schönauer-Schneider

Sandra Schütz

mit

Frieder Dannenbauer

Christian Glück

Stephan Baumgartner ist tot!

Als die Nachricht vom Tod Dr. Stephan Baumgartners an einem Septemberwochenende viele von uns erreichte, wurde es still. Die Menschen, die an ihn gedacht hatten, mit ihm zusammengedacht, über ihn nachgedacht hatten oder durch ihn zum Nachdenken angeregt wurden, waren nicht alle überrascht – lange hatte seine schwere Erkrankung schon andauert – aber sie sind verstummt vor Wehmut und Trauer.

Wie hat es dieser feingliedrige, vornehme, stets höfliche, so empathische Mann und Hochschullehrer vermocht, die sprachtherapeutische, die sprachheilpädagogische Welt für diesen Moment zum Innehalten zu bringen?

„Sprachheilende Interaktionen in der pädagogischen Moderne“, SHA 40 (1995), 126-135, „Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik – ein Versuch“, SHA 39 (1994) 3, 140-151, „Sprachtherapie und Sprachförderung im Unterricht: Kritische Analyse und Konzeptbildung“, SHA 6 (2006) 2, 68-277 – drei von zahlreichen Beispielen, in denen er angeschrieben hat gegen die, die in der Sprachheilpädagogik glauben, statt zu wissen und in denen er angeschrieben hat gegen die, die Fakten mit Verständnis verwechseln. Er hat den Praktikern vorgehalten, theoriefeindlich zu sein und den Theoretikern zu wenig Erfahrung mit der sprachtherapeutischen Praxis zu haben. Er hat Repräsentanten akademischer Würden Eitelkeiten zu Lasten des Erkenntnisinteresses unterstellt und den Pragmatikern den Kotau vor den „Verhältnissen“ übel genommen. Er hat sich vehement für die Rechte der Studierenden auf bestmögliche fachliche Bildung eingesetzt und es kaum ertragen, wenn die geistige Höhe eines Argumentes die Komplexität des Gegenstandes unterließ.

Sein Hauptwerk „Kindersprachtherapie“ erschien 2008. Im Vorwort dazu steht geschrieben, warum er so wichtig für uns, für unser Fach war: „Baumgartner vernetzt oft nebeneinander stehende Denk- und Forschungstraditionen aus Psychologie und Linguistik, Sprachheilpädagogik und Medizin. Er verrückt Sichtweisen und irritiert Meinungsführer. Er lockt Widerspruch und zwingt zur Nachdenklichkeit über, selten hinterfragt, Gedachtes. Er knüpft Fäden so lange zusammen, bis der Zweck dieses Werkes erreicht ist.“

Ein an Teilhabe orientierter Humanismus, eine die Rechte und den Willen jedes Menschen wertschätzende Haltung lebte Stephan Baumgartner und forderte das auch von Anderen.

So wie er dachte und schrieb kein Zweiter in der Sprachheilpädagogik und akademischen Sprachtherapie.

Er war intellektuell, feingeistig, differenziert und unbestechlich in seinem Urteil. Er war zugewandt, zurückhaltend, warmherzig und abwägend in seinen persönlichen Begegnungen. Das alles sind distinktive Merkmale, die Stephan Baumgartner besonders machte.

„Wir verlieren mit ihm einen Kollegen, der unser Fach wie kaum ein anderer befragt und bereichert hat. In ihm paarte sich in besonderer Weise scharfsinniger (De-)Konstruktivismus und herzlich-anteilmehrende, trocken-humorvolle Fähigkeit zum situativen Re-Framing. Seine im Inhalt reflektierend-kritischen Arbeiten weisen stets Wege zur Weiterentwicklung auf und fußen auf der tiefen Erfahrung und weiten Sicht eines Erziehungswissenschaftlers UND Psychologen mit deutlich pädagogischen Ambitionen. Sie sind stilistisch auch beim Wieder-Lesen in ihrem kraftvoll-programmatischen

Duktus eine Ermutigung“, so charakterisiert zutreffend Christian Glück seinen ehemaligen Kollegen aus München in einem Brief an die Mitglieder der Dozentenkonferenz.

„Ich habe sehr viel in diesen Wochen geschrieben, was mir zur Sprachtherapie eingefallen ist und was mir für die Sprachtherapie wichtig erscheint. Ich habe den Text auch für mich persönlich und für meinen Erkenntnisgewinn geschrieben. Was vorliegt, ist ein inhaltliches, für einzelne Themen grundlegendes Spektrum, eine erklärende, analysierende und beschreibende Stoffsammlung. Sprachtherapie hat eine inhaltliche und eine formale, organisatorische Seite. Ersteres habe ich aus meinem Wissensstand heraus betont. Was du liest, ist umfassendere Grundlage, Verständnisgrundlage, nicht zusammengefasste Quintessenz“, schreibt Stephan Baumgartner drei Wochen vor seinem Tod.

Wir hatten seit längerem beschlossen, erneut gemeinsam zu publizieren. Zu sagen, was uns wichtig ist. Sein Text ist fertig geworden.

Er lässt uns wieder ein Stück ärmer zurück ... einsamer, mit seiner altmodischen Art von Intellektualität, Gründlichkeit, Verbindlichkeit, Bedachtsamkeit. Er fehlt, um unserem Fach, unserem Selbstverständnis Würde, Tiefsinnigkeit, Ehrlichkeit und Überraschung zu geben.

„Man will werden, nicht gewesen sein“, mit diesem Wort von Max Frisch hat er seine Abschiedsvorlesung an der Münchener Universität beendet.

Dies ist dir gelungen, Stephan!

Volker Maihack

Publikationen (Auswahl)

- Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.) (1992): Sprachtherapie mit Kindern, 1. Auflage München : Ernst Reinhardt
- Baumgartner, S. (2002): Sprechflüssigkeit. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern, 162-256. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt
- Baumgartner, S. (2002a): Heilen und Forschen am Beispiel der adaptiven Stottertherapie. Die Sprachheilarbeit 1, 18-26
- Baumgartner, S. (2002b): Kindliches Stottern und die Gestaltung sprachlicher Beziehungen. In: Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapie (Hrsg.): Stottern und Familie. Darmstadt: Libri Books on Demand, 101-124

- Baumgartner, S. (2002c): Störungen der Redefähigkeit: Stottern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 3, 205-222. Stuttgart: Kohlhammer
- Baumgartner, S. (2004): Die frühe Pädagogisierung der Sprachheilpädagogik. In: Baumgartner, S., Dannenbauer, F.M., Homburg, G. & Maihack, V. (Hrsg.): Standort Sprachheilpädagogik, 15-67. Dortmund: verlag modernes lernen
- Baumgartner, S. (2004a): Pädagogisierung als Beitrag zur fachlichen Identität der Sprachheilpädagogik. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 5, 53-69. Stuttgart: Kohlhammer
- Baumgartner, S. (2004b): Jetzt, nie oder wie? Die Sprachheilpädagogik im Gewirbel der universitären Sonderpädagogik in Bayern. Sonderpädagogik in Bayern 4, 217-228
- Baumgartner, S. (2004c): Sprachheilpädagogik ist Pädagogik und mehr. In: Baumgartner, S., Dannenbauer, F.M., Homburg, G. & Maihack, V. (Hrsg.): Standort Sprachheilpädagogik, 99-199. Dortmund: modernes Lernen
- Baumgartner, S., Dannenbauer, F.M., Homburg, G. & Maihack, V. (Hrsg.) (2004): Standort Sprachheilpädagogik. Dortmund: verlag modernes lernen
- Baumgartner, S. (2005): Zur sprachheilpädagogischen Identität am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Meixner, F., Rosenberger, K. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik up to date. Wien: ögs, 25-51
- Baumgartner, S. (2006): Sprachtherapie und Sprachförderung im Unterricht: Kritische Analyse und Konzeptbildung. Die Sprachheilarbeit 6, 268-277
- Baumgartner, S. (2006a): Zur Diskussion: Bachelor und Master: Eine fachliche Chance? Die Sprachheilarbeit 4, 190-193
- Baumgartner, S. & Glück, C. (2006): Stottern. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden Sprache-Sprechen-Stimme-Schlucken (418-439). München/Jena: Elsevier
- Baumgartner, S. (2008): Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung. München: Ernst Reinhardt.
- Baumgartner, S. (2008): Sprachstörungen. In: Opp, G. & Theunissen, G.: Handbuch der Schulischen Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Baumgartner, S. (2009): Akademische Ausbildungsqualität als Aufgabe der Sprachheilpädagogik für den Bachelor-Studiengang Sprachtherapie. Sprachheilarbeit 6, 269 - 273
- Baumgartner, S. (2010): Sprechverhaltens-therapie am Beispiel des Camperdown Programms. Sprachheilarbeit 6, 301-309
- Baumgartner, S. & Maihack, V.: „Sprachtherapie“ – ein Memorandum (in Vorbereitung)

Leiter der Schule Schlaffhorst-Andersen im Ruhestand

„... auch die längste Zeit geht zu Ende!“

Am 7. Juni 2011 hat die CJD Schule Schlaffhorst-Andersen Bad Nenndorf ihren Schulleiter Torsten Bessert-Nettelbeck nach 28 Dienstjahren mit einer auch musisch-künstlerisch eindrucksvollen Veranstaltung in den Ruhestand verabschiedet.



Die Schule bildet staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen aus, ein Beruf an der Schnittstelle von Therapie, Pädagogik und Kunst, dessen Konzept Bessert-Nettelbeck auch als ausgebildetem

Schulmusiker immer am Herzen lag. Hartmut Hühnerbein und weitere Vertreter des Schulträgers, des Christlichen Jugenddorfwerks Deutschlands e.V. (CJD), dankten ihm für seine langjährige hartnäckige, kritische und immer leidenschaftliche Arbeit.

Die Schule Schlaffhorst-Andersen in Eldingen bei Celle hatte 1984 zum Beginn der Tätigkeit Bessert-Nettelbecks im CJD 47 Schülerinnen und Schüler. Zu wenige, um die Schule wirtschaftlich zu führen. Torsten Bessert-Nettelbeck entwickelte am neuen Standort Bad Nenndorf zusammen mit der damaligen Studienleiterin Margarete Saatweber die Schülerzahl sukzessiv auf stabil etwa 130 Schülerinnen. Zu Beginn der 90-er Jahre wurde der Beruf des staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrers/-in von der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Durchführung von Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie zugelassen – ein Meilenstein für die Anerkennung der Berufsgruppe.

Auch als die Bundesanstalt für Arbeit vor etwa 10 Jahren die Förderung dreijähriger Berufsausbildungen einstellte, gelang es durch verstärkte Vertriebsbemühungen, die Schülerzahl insgesamt zu halten. Das

Konzept der Ausbildung mit den Schwerpunkten der Arbeit an Atmung, Stimme und Bewegung wurde gleichberechtigt mit der wissenschaftlichen Fundierung weiter entwickelt, die Abläufe des Schulalltags angepasst. Es folgten die Einführung des Qualitätsmanagements und die erste Zertifizierung 2005.

Die Vertreter des Trägers, der Landes-schulbehörde, Torsten Lindner als kommissarischer Leiter, Vertreterinnen der Mitarbeiterschaft und der Schülerinnen sowie die Vorsitzenden des Freundeskreises und des Berufsverbandes versprachen, in der Zukunft der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen gemeinsam Bewährtes und Richtiges weiterzuführen, sich neuen Anforderungen zu stellen und neue Wege zu gehen, wo dies notwendig sei. Das gemeinsame Ziel könne man nur gemeinsam erreichen: die Schule auf einer sicheren Basis in eine erfolgreiche Zukunft für ihre Absolventinnen zu führen.

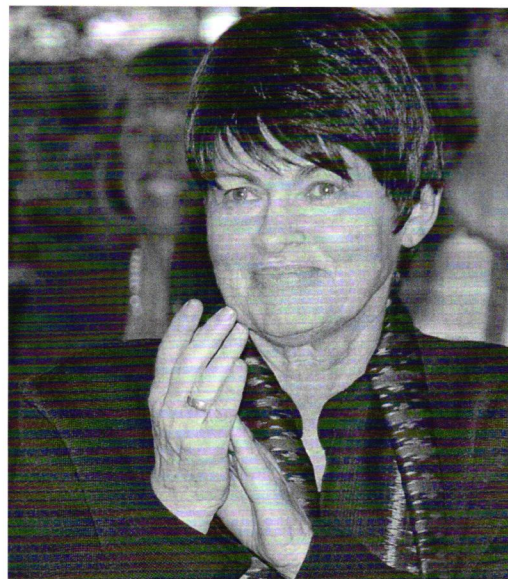
*Torsten Lindner
Komm. Einrichtungsleiter*

Dr. phil. Luise Springer

Leitende Lehrlogopädin

geboren am 12.09.1947 in Mödling bei Wien

gestorben am 11.08.2011 in Aachen



Ein Berufsleben lang hat Luise Springer die Logopädie und Sprachtherapie national und international nachhaltig beeinflusst. Sie war die führende Aphasiotherapeutin in Deutschland und hat durch eine Vielzahl von konzeptuellen und empirischen Originalarbeiten dazu beigetragen, die wissenschaftlichen Grundlagen der Behandlung von Menschen mit zentralen Sprach- und Sprechstörungen zu erweitern und deren Effizienz nachzuweisen. Sie war aktives Mitglied in wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB), Academy of Aphasia) und hat den Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker (BRA) im wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Von 1999 bis 2009 war sie Mitglied des kulturwissenschaftlichen Forschungskollegs an der Universität zu Köln.

Themen aus Dr. Springers fassettenreicher Forschung sind: Dissoziation von Lexikon und Grammatik, klinische Phasen der Aphasiotherapie, störungsspezifische Übungsmaterialien, Behandlung von Sprechapraxie, modifizierte PACE-Therapie, Reduzierte Syntaxtherapie (REST), AAT-Lernprogramm, BABar-Therapie, Aphasiker-Chat, Klinik und Rehabilitation der Aphasien sowie medienpezifis-

che Sprachperformanz. Ihre Forschung entstand im interdisziplinären Kontext, ihre Projektpartner waren Linguisten, Neurologen, Psychologen und Informatiker. Ihre Publikationsliste umfasst mehr als 60 Titel, und sie war Herausgeberin von einflussreichen Fachbuchreihen.

Als leitende Lehrlogopädin hat Luise Springer die hohe Qualität der berufspraktischen Ausbildung an der Aachener Lehranstalt für Logopädie seit ihrer Gründung im Jahr 1977 entscheidend geprägt. Ab 1991 hat sie die Entwicklung der akademischen Logopädie-Studiengänge an der RWTH Aachen (zunächst Diplom, seit 2008 BSc und MSc) mitgetragen und als hochgeschätzte Dozentin und Projektbetreuerin bereichert. Sie hat das Europäische Intensivprogramm viele Sommer lang begleitet.

Springer beachtete sorgfältig die berufspolitischen Aspekte ihrer Arbeit. Sie ist eine der Wegbereiterinnen der professionellen und der wissenschaftlichen Logopädie in Deutschland; dazu gehörte auch ein engagierter Austausch mit der akademischen Sprachtherapie. Im Juli dieses Jahres erhielt sie für ihre herausragenden Verdienste die Ehrenmitgliedschaft des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl).

Als Luise Springer Anfang 2010 die Diagnose einer schweren Krebserkrankung erfuhr, entschied sie sich zu kämpfen. Ihr blieben 16 Monate, in denen sie trotz körperlicher Schwäche und Schmerzen Projekte weiter betreute und zu Ende führte, in denen sie wichtige Impulse für eine neue multizentrische Aphasiotherapiestudie setzte. Mit Trauer und Bewunderung nehmen wir von ihr Abschied und bewahren ihr ein ehrendes Andenken.

Aachen im Oktober 2011

Walter Huber
stellvertretend für viele
Kolleginnen und Kollegen

Nachruf Professorin Friederike Meixner

Tradition ist die Weitergabe des Feuers
und nicht die Anbetung der Asche.

Gustav Mahler



Es ist eine traurige Pflicht, Abschied zu nehmen von einer außergewöhnlichen Frau, die seit einer ganzen Epoche nicht nur in Österreich die Sprachheilpädagogik maßgeblich geprägt hat. Schopenhauer sagt: „*Hindernisse überwinden ist der Vollgenuss des Daseins.*“ Professorin Friederike Meixner hat ihr Leben lang nach den eben zitierten Maximen Mahlers und Schopenhauers gehandelt. Ihr Leben war von Anfang an auf Pflichterfüllung, Menschlichkeit und Freude an der Arbeit mit jungen Menschen gerichtet, mochte dieses Leben für sie im persönlichen und beruflichen Alltag noch so schwer sein.

Sie war ein nur äußerlich ruhig erscheinender Mensch, der aber stets intensiv beobachtete, Veränderungen erspürte, direkt und richtig reagierte und damit viel Erfolg hatte. Das erste Mal begegneten wir uns während der allerersten Tagung von dgs und

ÖGS 1984 bei einer Rundfahrt im Hamburger Hafen auf der Senatsbarkasse. Es war Sympathie und gegenseitige Achtung auf den ersten Blick und wir beide haben viele Stunden miteinander verbracht in intensiven Gesprächen und während vieler Tagungen und Kongressen. Friederike war gern unter Menschen und ihre „menschliche Sprachheilpädagogik“ war für sie stets ein Stück Heimat. Sie konnte einen schon allein durch ihr Erscheinen neugierig machen auf neue Erkenntnisse ihres unermüdlich forschenden Geistes. Sie ist uns Jüngeren bleibendes Vorbild. Wer von uns hat sich wie sie schon getraut, im Selbstversuch zum Pseudo-Stottern Dinge des täglichen Bedarfs zu erstehen, um so, wie ein Stotterer selbst, den Weg zur Hölle und zurück auf sich zu nehmen. Aus derartiger Selbsterfahrung wuchs die Liebe zum jeweils als Individuum vor ihr

stehenden Kind oder Erwachsenen. In ihrer wissenschaftlichen und therapeutischen Ausrichtung und Wirkung steht sie für mich in der Linie eines Rothe oder Lettmayer, doch mögen Berufene diese Ebene würdiger bearbeiten. In ihrem Handeln, in ihrem Denken und Tun war sie autonom, sie war treu wie Gold und sie war ein Mensch, der dem Grundsatz folgte: Mehr sein als scheinen.

Und so nehmen die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, in guter direkter Nachbarschaft die Landesgruppe Bayern der dgs und in besonderem Maße ich selbst Abschied von Professorin Friederike Meixner, einem leuchtenden Vorbild und – ja, ganz sicher – von einem lieben Menschen.

Herbert B. Freisleben

Der Bundesvorstand der dgs trauert um Frau Prof. Friederike Meixner

Frau Prof. Friederike Meixner ist am 07.08.2011 im Alter von 83 Jahren verstorben. Sie war aktives Vorstandsmitglied im Bundesvorstand der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und regte immer wieder die intensive und freundschaftliche Zusammenarbeit mit der dgs an. So entstand die gemeinsame Fachtagung der ÖGS und dgs Ende

der 80er Jahre, die vom Bundesvorstand der dgs und der bayerischen Landesgruppe, federführend durch Herrn Bielfeld, Herrn Freisleben und Herrn Heilmann, gemeinsam mit dem Vorstand der ÖGS wechselweise in Österreich und in Bayern organisiert wurde. Es war ihr immer wieder eine Herzensangelegenheit, die Sprachheilpädagogik als wissenschaftli-

che Disziplin voranzubringen. Mit großem Wissen und viel Energie begleitete sie die Sprachheilpädagogik bis weit ins Pensionsalter. Viele Bücher, Fachbeiträge und Arbeitsmaterialien zu Spracherwerbsstörungen in Theorie und Praxis entsprangen ihrer Feder.

Ihre erste Veröffentlichung zum spracherwerbsgestörten Kind erfolgte

1957 in der Fachzeitschrift „Erziehung und Unterricht 10“ und es folgten weitere Veröffentlichungen zu sprachheilpädagogischen Themen in verschiedenen Fachzeitschriften. Immer nahm Frau Prof. Meixner Stellung aus der Sicht des sprachbehinderten Kindes. Ihr letzter Beitrag erschien 2007 in der Fachzeitschrift Heilpädagogik „Warum Zappelkinder immer zappeln“. Frau Prof. Meixner war auch Praktikerin. Mit vielen Arbeitsmaterialien zur Sprachförderung zeigte sich ihr theoretisches und praktisches Geschick. So erschien 1975 die Bildgeschichten „Denk mit! Sprich mit! 1–3“, die sie 1994 nochmals überarbeitet herausgab. Danach legte sie viele weitere Arbeitsmaterialien auf. Gut erinnere ich mich an die „KI KA KO Spiele zur Sprachförderung“, die 1994 erschienen oder auch die „Übungen zur Sprachprogramm-Gestaltung Klasse 2 bis 4 (1994–2004)“.

Als Autorin und Mitautorin bewies sie sich als Mitstreiterin der sprachheil-

pädagogischen Fachdisziplin. So erschien ihr erstes Buch 1980 „Beiträge aus der Arbeitstagung für Sprachheilpädagogik an Pädagogischen Akademien“. Es folgten weitere Bücher, 1984 ihr Buch „Sprachheilpädagogik in Vor- und Grundschule“ oder 1986 „Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern“, 2007 ihr letztes Buch „Franziska“.

Die vielen Publikationen, Arbeitsmaterialien und Bücher zeigen uns, dass sich Frau Prof. Meixner mit vielen sprachheilpädagogischen Themen auseinandergesetzt hat und wegweisend für die Sprachheilpädagogik gearbeitet hat. Ich möchte nur einige Themen nennen, die sich in ihren Artikeln und Büchern wieder finden: Stottern, Poltern, Spracherwerbsstörungen, Mehrsprachigkeit, Sprachheilpädagogik und Integration, Sprache und Bewegung, Sprachheilpädagogische Rhythmik, Sprachheilpädagogik und Mehrfachbehinderung, Zentrale auditive Wahrnehmungsschwäche, Schriftspracherwerb, Familientherapie

bei Sprachbeeinträchtigung und viele andere Themen.

Frau Irene Bauer, Vorsitzende der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, benannte Frau Prof. Meixner als „Grande Dame“ der Sprachheilpädagogik Österreichs. Die ÖGS Mitglieder widmeten Frau Prof. Meixner den 19. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 12.–15.10.2011 in Waidhofen.

Frau Prof. Meixner blieb der ÖGS und der dgs immer verbunden.

Die dgs trauert um eine kluge, wegweisende und gefühlvolle Sprachheilpädagogin, die die Zusammenarbeit beider Verbände immer wieder voran brachte, aber auch um eine Sprachheilpädagogin, die die Weiterentwicklung der Sprachheilpädagogik als ihre Lebensaufgabe ansah.

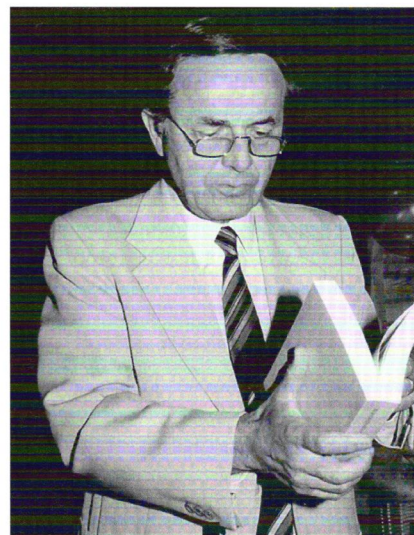
*Veronika Skupio
Geschäftsführender Vorstand der dgs*

Zum Gedenken an Gerhard Heese

Fach- und zeitgeschichtliche Anmerkungen

Lehrerinnen und Lehrer, die – mit dem verlockenden Angebot eines postgradualen Studiums bei vollem Gehalt – für die Arbeit an einer Hilfsschule oder einer Sprachheilschule gewonnen worden waren, trafen am heilpädagogischen, später sonderpädagogischen Institut der PH Hannover auf eine Dozentenschaft aus der ein Hochschullehrer besonders herausragte: der aus der Humboldt-Universität (s. Becker, K.-P. und Braun, O., 2000) nach Hannover berufene Gerhard Heese. Im Wintersemester 1957/58 hatte er den Auftrag angenommen, dort die sprachheilpädagogische Ausbildung aufzubauen. Ihm kam zu Gute, dass er zu diesem Zeitpunkt „... mehr als alle anderen veröffentlicht“ hatte. In Berlin „galt [er]... als einer, den man als hoffnungsvollen jungen Wissenschaftler bezeichnen könnte, mit dem man sich sehen lassen konnte.“ (Zitate aus einem

Interview von Sieglind Ellger-Rüttgardt, s.u.) Er war sowohl mit ost- als auch mit westdeutschen Kollegen vernetzt und setzte erste Akzente für einen rasanten Aufstieg des Faches Sprachheilpädagogik, später Sprachgeschädigten- und Sprachbehindertenpädagogik. Er gehörte zu den Wissenschaftlern mit den am stärksten ausgeprägten Kontakten in die Länder jenseits des zunehmend schwerer zu überwindenden „Eisernen Vorhangs“. Bei der Aufgabe, die damalige Isolation der Nachkriegsdeutschen abzubauen, engagierte sich in Niedersachsen der Internationale Arbeitskreis Sonnenberg (IAS, Braunschweig/St. Andreasberg/Harz) u. a. mit dem Angebot interdisziplinärer und internationaler Fachtagungen. Noch vor der Entdeckung der Ostkontakte als politische Aufgabe sorgte Gerhard Heese mit seinen Freundschaften und Kooperationen in diesem Rahmen dafür, dass neben



Gerhard Heese, gestorben am 11.08.2011

den skandinavischen und den westlichen Nationen auch die mittel- und osteuropäischen Länder einbezogen wurden.

In Hannover waren die pädagogischen, sprachwissenschaftlichen, oto-, rhino-, laryngologischen und phoniatrischen Grundlagen sowie das ausgeprägte Methodeninventar der Schwer-

hörigen- und der Gehörlosenpädagogik Ausgangspunkte für die Ausgestaltung der Lehr- und Forschungstätigkeit einer Sprachbehindertenpädagogik, die sich nicht auf die Lehrerbildung beschränkte, sondern die außerschulischen Tätigkeitsfelder selbstverständlich einschloss. Die zahlreichen Publikationen in dieser Zeit spiegeln ein breites inhaltliches Spektrum zwischen Grundlagenforschung, Kasuistik, diagnostischen, therapeutischen und schulischen Fragestellungen wieder (auf diese Zeit bezogene Literaturangaben sind beim Verfasser erhältlich). Charakteristisch waren Kooperationen mit Kollegen, sowie die Einbeziehung von Studierenden. Den letzteren wurden neben einer systematischen Lehre, auch Kenntnisse und Voraussetzungen vermittelt, die sie in Lage versetzten, lange vor der Etablierung der Ausbildung von Logopäden im Auftrag der Sozialadministration (BSHG, Sprachheilbeauftragte) sprachdiagnostische und -therapeutische Angebote im Sinne des Versorgungsauftrags des Gesundheitssystems sicherzustellen. Einige der Studierenden wurden aus ihren Landkreisen mit der ausdrücklichen Aufforderung entsandt, unbedingt den Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik zu wählen. In Hannover wurde versucht, den zunehmenden Ansturm zu begrenzen. Diejenigen, die es geschafft hatten, einen Platz zu ergattern, durchlebten dann eine Ausbildung, die neben der Strenge der neuen Sachstrukturen ein hohes Maß individueller Impulse für ihre spätere berufliche Karriere enthielt. Für viele wird die persönliche Ausstrahlung ihres Lehrers zeitlebens eine Rolle spielen.

Aus seiner Freundschaft mit Hans-Heinrich Wängler, einem renommierten Phonetiker, der dann 1978 aus den USA als sein erster Nachfolger nach Hannover berufen wurde, ergaben sich zusätzliche fachliche Akzente sowie eine zweisemestrige Lehrtätigkeit an der Universität von Boulder Colorado (1963/64). Sein ausgeprägter Pragmatismus erhielt dort weitere Impulse, die dazu beitrugen, dass er den Studierenden und Mitarbeitern, die dies hören wollten, in den aufkommenden zunehmenden Grundsatzdiskussionen konstruktiv-kritische Orientierungshilfen vermitteln konnte. Für Kinder mit

Behinderungen präferierte er die englischsprachige Bezeichnung „exceptional children“ – bei der Frage nach geeigneten außerschulischen Therapie- und Bildungsangeboten und nach angemessenen schulischen Strukturen ging es ihm gleichzeitig um die Bewahrung der durch die nationalsozialistische Diktatur zerstörten und desavouierten heil- und reformpädagogischen Ansätze und um eine Weiterentwicklung mit Augenmaß.

Im Sinne der in der Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstandenen „Verallgemeinerungsbewegung“ hat Gerhard Heese die Verbindung zu den benachbarten Arbeitsgebieten, zur Allgemeinen Pädagogik und zur Allgemeinen Behindertenpädagogik gesucht. Aufgrund seiner Publikationen war er zusammen mit Heinz Bach, Ulrich Bleidick, Andreas Möckel, Jacob Muth (Vorsitz), Anton Reinartz, und Světluše Solarová in den Ausschuss für Sonderpädagogik der Bildungskommission des deutschen Bildungsrates gewählt worden. Das Ergebnis, Empfehlungen „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ ist 1973 erschienen und spiegelt Positionen im Sinne einer größtmöglichen Integration wieder, die im deutschen Schulwesen z.T. auf Druck internationaler Gremien erst heute mehr oder minder konsequent umgesetzt werden.

Ideen einer spezifischen Verknüpfung von Forschung und Lehre sowie die Einrichtung entsprechender universitärer Organisationseinheiten mit Ernstcharakter gehen auf die Ära Heese in Hannover und auf einige seiner ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurück. Sprachtherapeutische Ambulatorien in Form wissenschaftlicher Einrichtungen konnten allerdings erst später realisiert werden (z.B. 1984 in Dortmund und 2007 in Halle-Wittenberg).

1973 erfolgte die Berufung von Gerhard Heese als Nachfolger von Hanselmann und Moor als Leiter des weltweit ersten universitären Instituts für Heilpädagogik (danach: für Sonderpädagogik) an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich. Bis zu seiner Emeritierung verfolgte er dort das Ziel der Etablierung einer konsistenten Sonderpädagogik/Behindertenpädagogik mit ausgewo-

genen Bezügen zur Forschung und zur Praxis. Modellcharakter hatte der 1976 ins Leben gerufene Beratungsdienst für Studierende mit einer Behinderung, der 2003 durch das Rektorat übernommen und 2007 in das Ressort „Akademische Dienste ...“ eingegliedert wurde. Heute gehören solche Einrichtungen zu den Qualitätsmerkmalen von Studienstätten. Ebenfalls modellhaft war die Schaffung von Beobachtungs- und Beratungsmöglichkeiten, die den Studierenden hausinterne und betreute Praxisbezüge bot und von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Qualifizierung genutzt werden konnte.

Das bisher noch nicht veröffentlichte Interview, das Sieglind Ellger-Rüttgardt 1999 mit Gerhard Heese geführt hat, enthält Hinweise auf die persönlichen Prägungen und Hintergründe: pietistische Einstellungen und Bildungseifer des Elternhauses, Einflüsse der Gewerkschaftsbewegung, Konfrontation mit den Lebenssituationen während der nationalsozialistischen Diktatur, Einberufung des 18-Jährigen zum Militärdienst, Überleben des Zusammenbruchs als Einzelgänger in den Wirren der letzten Kriegstage. Sofortiger Neuanfang: Lehrerbildung und Konfrontation mit den neuen ideologischen und machtpolitischen Verhältnissen in Berlin (Ost), Freundschaften (z.B. mit Peter Voigt). Die Entdeckung der Gehörlosen- und Sonderpädagogik als Rückzugsgebiet, neue Möglichkeiten des früh gestarteten Wissenschaftlers aus der DDR im Westen. Pragmatische Einstellungen und anteilnehmende Skepsis gegenüber gesellschaftlichen Veränderungen.

*Gregor Dupuis, Prof. Dr. (i.R.)
TU Dortmund, Fak. Rehabilitationswissenschaften*

*Bildquelle:
Prof. Dr. S. Heese-Solarová
(Světluše Solarová)
Freie Straße 43
CH 8032 Zürich*

Aus der Redaktion



Liebe Leserin, lieber Leser,

ich freue mich sehr, mich Ihnen als neue Redakteurin der *Sprachheilarbeit* vorstellen zu dürfen. Beim Lesen der Ausgabe 2/11 hat mich die Annonce „Verstärkung gesucht!“ sehr angesprochen.

Seit meinem Studium der Sonderpädagogik an der Universität Rostock interessiere

ich mich für sprachheilpädagogische Themen und Fragestellungen und habe die *Sprachheilarbeit* oft als Quelle für ansprechende und interessante Fachtexte nutzen können.

Nach meiner Arbeit als Sprachheilpädagogin an der deutsch-venezolanischen Begegnungsschule in Caracas bin ich nun seit mehreren Jahren an der Weißfrauenschule (Sprachheilschule in Frankfurt/M.) tätig.

Momentan arbeite ich an einer videobasierten Studie zur Erklärbarkeit von Schüler/innen mit Sprachbeeinträchtigungen in

einer jahrgangsgemischten Klasse 1/2. Beantwortet wird diese Dissertation von Barbara Asbrand (Goethe Universität Frankfurt).

Ich freue mich auf die Arbeit in der Redaktion.

Anja Hackbarth



Seit März 2011 bin ich Mitglied der Redaktion der *Sprachheilarbeit* und habe mittlerweile viele Einblicke in die Arbeit der Redaktion gewonnen. So bin ich unter Mitarbeit von Uwe Förster für dieses Heft der Endredakteur.

Darüber hinaus betreue ich seit August 2011 die Posteingangsstelle der Redaktion und

sorge für die Verteilung der eingehenden Post auf die jeweils zuständigen Redakteure.

Beruflich arbeite ich seit Mai 2000 als Förderschulrektor in einer Förderschule Schwerpunkt Sprache in Sehnde bei Hannover und werde künftig deshalb auch Autoren des schulischen Bereichs vorrangig betreuen.

Die Arbeit in der Redaktion bereitet viel Freude, wenn sie auch an feste zeitliche Arbeitsabläufe gebunden ist, die gelegentlich

mit dem Hauptberuf kollidieren. Besonders interessant sind der inhaltliche Austausch und die redaktionelle Mitarbeit im außerschulischen und therapeutischen Bereich der *Sprachheilarbeit*. Gerade die Mischung aus Theorie, Therapie und schulischer Praxis zeichnen die *Sprachheilarbeit* aus meiner Sicht als exzellente Zeitschrift aus.

Andreas Pohl



In Heft 3/2011 der *Sprachheilarbeit* habe ich mich Ihnen bereits schon einmal vorgestellt. Damals in meiner Funktion als neugewählter 2. Bundesvorsitzender des dbS. Heute möchte ich mich noch einmal bei

Ihnen vorstellen, diesmal als neuer Redakteur dieser Fachzeitschrift.

Ich bin Diplom-Patholinguist und habe 2007 im Fach Kognitionswissenschaften an der Universität Potsdam promoviert. Derzeit arbeite ich als wissenschaftlicher Mit-

arbeiter in der Klinik für Neurologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Die Entscheidung, aktiv an der *Sprachheilarbeit* mitzuarbeiten, habe ich spontan getroffen und freue mich das Redaktionsteam unterstützen zu dürfen. Ich bin mir bewusst, dass ein großer Berg an Arbeit vor mir liegt und bin gespannt auf die Aufgaben, die zu bewältigen sein werden. Ich wünsche mir, dass die *Sprachheilarbeit* weiterhin ein solch hochwertiges Produkt bleibt und Sie als Leser auch mit meiner zukünftigen Arbeit zufrieden sein werden.

Dr. Michael Wahl



Dr. Ulrike de Langen-Müller, unser langjähriges Redaktionsmitglied, ist mit Ablauf des Jahres 2011 aus der Redaktion ausgeschieden, s. *Sprachheilarbeit* 5/6 2011, S. 238. Wir freuen uns, dass sie uns ab dieser Ausgabe

als Beirätin und dbS-Öffentlichkeitsreferentin weiterhin zur Seite steht.

Die Redaktion

Akademisierung – Die Botschaft ist angekommen

Seit Jahrzehnten folgen Studienanfänger mit der Immatrikulation für Sprachheilpädagogik, klinische Sprechwissenschaft, klinische Linguistik, Patholinguistik oder auch – seit jüngerer Zeit – für einen der Studiengänge akademischer Sprachtherapie oder Logopädie einer Erkenntnis: Um sprach-, sprech-, stimm- oder schluckgestörte Menschen untersuchen, beraten und behandeln zu können, braucht man ein Hochschulstudium mit hohem Praxisbezug. Im Laufe des Studiums zeigt sich: Das Fachwissen ist hochspezialisiert und interdisziplinär angelegt und nur zu einem Teil den medizinischen Bezugsdisziplinen zu entnehmen, die bislang die Hoheit über das Fachgebiet beanspruchen. Im Lauf der Berufstätigkeit und spätestens mit den neuen Prüfvorschriften der GKV wird für viele Sprachtherapeuten deutlich, wie wichtig es ist, interdisziplinäres Arbeiten kompetent mit zu gestalten – auch auf Augenhöhe mit dem Arzt.

Aber hat diese Erkenntnis Gesundheitssystem und Politik ebenso erreicht? Seit vielen Jahren setzt sich der dbs – allen voran sein Bundesvorsitzender Dr. Volker Maihack – in ungezählten Gesprächen, Gremiensitzungen und Anhörungen für die akademische Sprachtherapie – vergleichbar internationaler Gegebenheiten – sowie für die arztgleiche Stellung von Sprachtherapeuten – vergleichbar den Psychotherapeuten in Deutschland – ein. Ende 2011 war der dbs Teilnehmer bei zwei Veranstaltungen auf Bundesebene, auf denen der Eindruck entstand, die Botschaft sei angekommen:

Neues dbs-Poster auf dem Gesundheitstag der Grünen

Am 24.09.2011 nahm die dbs-Schriftführerin Dagmar Ludwig am Gesundheitstag der Grünen Bundestagsfraktion in Berlin teil. Bundespolitiker, darunter MdB F. Kuhn und MdB Elisabeth Scharfenberg sowie Vertreter der Hochschulen, darunter die Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, und Prof. Ursula Walkenhorst, Vizepräsidentin der Hochschule für Gesundheit in Bochum, legten dar, warum die Qualität der Ausbildung und Leistungen der Gesundheitsfachberufe (GFB) derzeit besonders beachtet und starke Veränderungen erfahren wird. Beispielsweise blicke man in den USA bereits

auf 100 Jahre Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (GFB) zurück und trenne dort in dieser Gruppe schon lange nicht mehr zwischen Therapeuten- und Arztberuf. Krankheitsbilder mit zunehmender Multimorbidität machten Aufgabendelegation im Gesundheitswesen und die Mitsprache der GFB erforderlich. Von der Aufhebung des arztzentrierten Systems verspreche man sich geringere Kosten und damit weniger Abhängigkeit erfolgreicher Gesundheitsversorgung vom sozioökonomischen Status, ebenso wie eine bessere Koordination der Weiterbehandlung von Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

D. Ludwig präsentierte auf der Veranstaltung das neue Poster, das den dbs und seine Ziele darstellt, und kam mit den Gesundheitspolitikern darüber ins Gespräch. Sie nutzte die Gelegenheit, um auf die bereits bewährten Strukturen einer akademischen Sprachtherapie hinzuweisen. Auf dem hohen Professionalisierungsgrad, den wissenschaftlichen und interdisziplinären Erfahrungen akademischer Sprachtherapeuten in Deutschland könne ebenso wie auf der Bereitschaft zur Übernahme von Kostenverantwortung gut aufgebaut werden. Ludwig wirkte dem Eindruck entgegen, man habe es versäumt, rechtzeitig an die Hochschulen zu gehen. Vielmehr sei die bestehende akademische Sprachtherapie lange Zeit nicht beachtet worden, könne nun aber auch von der GKV anerkannte Strukturen zur Verfügung stellen – das Rad müsse nicht neu erfunden werden. Sie regte an, bereits im neuen Versorgungsstrukturgesetz den Patientenerstkontakt für Sprachtherapeuten fest zu schreiben.

Auch die Anliegen Status- und Gehaltsverbesserung erhielten prominente Unterstützung: Prof. T. Bals, Uni Osnabrück, und G. Dielmann, ver.di-Bundesverwaltung, forderten, dass sich die Vergütung nach der Qualifikation richten müsse. Mit Dr. H. Terpe, Obmann im Gesundheitsausschuss, vereinbarte Ludwig eine enge Zusammenarbeit in der Entwicklung von Positionspapieren und Argumentationslinien.

Bundesvorsitzender zu Gast beim Gesundheitsforschungsrat

Am 14.10.2010 war Dr. V. Maihack neben den Professorinnen Kerstin Bilda (Bochum),

em. W. Huber (Aachen), H.-J. Motsch (Köln) und Tanja Grewe (Idstein) geladener Gast, bei einem Symposium des Gesundheitsforschungsrates des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (GFR) in Berlin. Im Auftrag des GFR befasst sich eine Arbeitsgruppe mit dem Stand der Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Ziel ist es, Schwerpunkte zum Auf- und Ausbau der Forschung zu benennen, die für eine qualitativ hochwertige, integrative und für die Gesundheitsversorgung relevante Forschung in Feldern der GFB erforderlich sind.

Als ein Ergebnis der konstruktiven Diskussionen, in denen die Notwendigkeit von Aufgabenteilungen im arztzentrierten Gesundheitssystem Mehrheitsmeinung war, wurden die Möglichkeiten der im § 63 SGB V geschaffenen Modellvorhaben zur Akademisierung der GFB hervorgehoben. Der Vorsitzende des Forschungsrates betonte, dass die Sondersituation der Sprachtherapie in der Reihe der GFB zur Kenntnis genommen wurde und stellte die Vernetzung von Universitäten und Fachhochschulen, wie sie durch die dbs-Dozentenkonferenz praktiziert wird, als beispielhaft vor.

Maihack nahm dies zum Anlass, die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Dr. Carola Reimann, dahingehend um Unterstützung zu bitten, dass auch die akademische Sprachtherapie die Möglichkeit erhält, im Rahmen von Modellversuchen ihre besondere Expertise unter Beweis zu stellen. „Schließlich ist es der Logopädie/Sprachtherapie als bislang einziger Berufsgruppe in einem schon 2005 gemeinsam entwickelten Curriculum gelungen, grundständige universitäre Studiengänge, die zur Krankenkassenzulassung im Bereich Logopädie/Sprachtherapie führen, mit Fachhochschulangeboten und Fachschulen zu vernetzen“, argumentiert Dr. Maihack, „unserem Eindruck nach wären auch die Krankenkassen bereit, Modellvorhaben insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung zu unterstützen, wenn der Gesetzgeber entsprechende Voraussetzungen schaffen würde.“

Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse des Beratungsprozesses des GFR wird Anfang 2012 zu rechnen sein. Für die Antwort der Politik gibt es keinen Termin.

Ulrike de Langen-Müller

BKL rückt in den erweiterten Vorstand des BNR

Auf seiner Mitgliederversammlung am 22.09.2011 in Köln-Bonn hat der Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. eine Satzungsänderung beschlossen, die dem Bundesverband Klinische Linguistik den Status eines geborenen Mitglieds verleiht. Hierdurch ist der BKL gleichzeitig Mitglied des erweiterten BNR-Vorstands. Schon vor sechs Jahren hatte Frank Ostermann die Mitgliedschaft im BNR initiiert. Im BNR sind mehr als 100 Fachgesellschaften, Verbände, Träger von Klinikketten,

einzelne Einrichtungen, aber u.a. auch der VdK Deutschland, der Bundesverband für die Rehabilitation oder Interessenvertretungen Behinderter Mitglied. Die zentrale Aufgabe des Verbandes besteht in der Vertretung der gemeinsamen Interessen der an der Neurorehabilitation in Deutschland Beteiligten. Hierzu zählt der Kontakt zu und der Dialog mit den politisch Verantwortlichen im Lande. Der Vorstand hat während der letzten Jahre wiederholt Gespräche in Gesundheits- und Sozialministerium ge-

führt und sich in Ministeriumsfragen und Positionspapieren erfolgreich für die Belange der Neurorehabilitation eingesetzt. Mit der Änderung des Mitgliederstatus und der Mitgliedschaft im erweiterten Vorstand möchte der BKL-Vorstand den Dialog innerhalb des BNR intensivieren und eine aktivere Rolle im Austausch mit anderen, maßgeblichen Protagonisten der NeuroRehabilitation einnehmen.

Berthold Gröne

Erstes Alumni-Treffen von dbs und Universität Köln

Am 15.10.2011 fand mit erfreulich hoher Beteiligung das erste Ehemaligen-Treffen in Köln statt, zu dem die dbs-Landesgruppe Rheinland und der Studiengang Sprachtherapie der Universität zu Köln eingeladen hatten. Ca. 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ganz Deutschland kamen, um Studienkollegen und ehemalige Dozenten zu treffen. Als Ehrengäste waren u.a. Prof. Welling und Prof. Grohnfeldt angereist und viele ehemalige und aktuelle Mitarbeiter. Außerdem gaben viele „prominente“ dbs-Mitglieder ihrer ehemaligen Alma Mater die Ehre, die auch die Keimzelle von AGFAS und dbs war. Tatkräftig unterstützt wurde die Veranstaltung durch aktuell Studierenden.

Dieter Schönhals als dbs-Landesgruppenvorsitzender eröffnete den Tag und freute sich über die große Besucherzahl: Für die Organisatoren ein Beleg dafür, dass die Idee des „anderen“ Mitgliedertreffens erfolgreich war. Prof. Motsch begrüßte die Anwesenden ebenfalls herzlich und betonte die Bedeutung solcher Treffen für die gute Zusammenarbeit zwischen Universität und Praktikums-Partnern.

Als erster Programmpunkt wurde den Teilnehmern ein Fachvortrag von Tanja Ulrich geboten, die über ein Forschungsprojekt zur Therapie bei semantisch-lexikalischen Störungen berichtete. Anschließend stellte Dr. Sandra Neumann das Praktikumskonzept des BA Sprachtherapie vor, das für viele

der anwesenden Kooperationspartner der Universität von besonderem Interesse war. Nach den Vorträgen wurde der kommunikative Teil der Veranstaltung eröffnet: Am Buffet gestärkt widmeten sich die Teilnehmenden der Kommunikation und der Auffrischung alter Kontakte. Die Posterausstellung zu laufenden Forschungsprojekten, die Diashow zu den „guten alten Zeiten“ und die Info-Tische des dbs zur Kooperation zwischen Praxen und Studiengang waren dabei gern besuchte Anlaufstellen.

Die in dieser Form erstmalige Gelegenheit zum Wiedersehen und Informationsaustausch wurde von den Teilnehmern sehr gelobt: Die bei der Verabschiedung am häufigsten gestellte Frage war: Wann machen wir das wieder? Auch für den Studiengang war der Tag lohnend, weil rund 20 neue Kooperationspraxen für die Praktikumsbetreuung gewonnen werden konnten. So angespornt steigen wir in der Landesgruppe sicher bald in die Planung des nächsten Alumni-Treffens ein. Herzlichen Dank allen, die am Gelingen dieses Tages mitgewirkt haben!

Claudia Iven



Dr. Zellerhoff, Dr. Maihack, Prof. Grohnfeldt und Prof. Motsch (v.l.) sprechen über alte Zeiten

Aktion Fair – Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam im dbs

Praxistipp Gründungszuschuss

Liebe Mitglieder,

wenn Sie Ihre Selbständigkeit planen und zu diesem Vorhaben einen Gründungszuschuss beantragen möchten, sollten Sie die neuen gesetzlichen Vorgaben berücksich-

tigen. Denn die neuen Regelungen führen insgesamt leider zu einer geringeren finanziellen Förderung bei der Existenzgründung.

Die Gesetzesänderung sollte ursprünglich zum 1.11.2011 in Kraft treten. Nun hat

sich das Gesetzgebungsverfahren verzögert. Der genaue Termin, zu dem die geplanten Änderungen in Kraft treten werden, stand zum Druckzeitpunkt noch nicht fest. Erwartet wird das Inkrafttreten spätestens zum

Beginn des Jahres 2012.

Das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen wird folgende wichtige Änderungen für Existenzgründer mit sich bringen: Um einen Existenzgründungszuschuss zu erhalten ist es notwendig, dass Sie noch mindestens 150 Tage arbeitslosengeldbezugsberechtigt sind, bisher galt eine Grenze von 90 Tagen. Weiterhin verkürzt sich die 1. Förderphase, in welcher der Existenzgründer 300€ Zuschuss zum Arbeitslosengeld zusätzlich ausgezahlt bekommt, von neun Monate auf sechs Monate. Die 2. Förderphase, in welcher nur die 300€ ausgezahlt werden, verlängert sich von sechs auf neun Monate.

Neu wird zukünftig auch sein, dass man als Existenzgründer keinen garantierten Anspruch auf Förderung durch die Agentur

für Arbeit beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen haben wird. Vielmehr ist die Entscheidung bezüglich des „ob“ der Förderung nun eine Ermessensentscheidung der örtlichen Agentur für Arbeit. Welche Grundlage für die Ausübung des Ermessens von der Agentur für Arbeit zugrunde gelegt werden, ist noch nicht veröffentlicht.

Bei der Beantwortung der noch offenen Fragen im Bereich Existenzgründung durch

die neue gesetzliche Regelung und natürlich auch bei zusätzlichen Fragen hinsichtlich der Existenzgründung steht Ihnen die Rechtsabteilung des dbs zu den Hotlinezeiten oder per E-Mail gerne zur Verfügung.

Herzliche Grüße

Jasmin Höll, Justitiarin des dbs

Neue Servicepapiere zum Thema im Mitgliederbereich unter www.dbs-ev.de:

- „Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz“, mit Informationen zu den Rechten und Pflichten stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Praxen mit bis zu 10 Vollzeitmitarbeitern
- „Schwangerschaft“, zusammen mit dem Artikel aus der SHA 5 – 6/11: Schwangerschaft einer Mitarbeiterin – was ist zu tun?

LRS- und Dyskalkulie als Angebot der akademischen Sprachtherapie außerhalb der GKV

Fragen an Angelika Schindler, dbs-Referentin für LRS-Fortbildung und -zertifizierung

UM: Sie haben sich seit vielen Jahren auf die Diagnostik, Therapie und Beratung bei Lese-Rechtschreibstörungen spezialisiert. Wie kam es dazu?

Schindler: Viele Kinder mit phonologischen Problemen in der Vorschulzeit entwickeln Probleme beim Schriftspracherwerb. Anzeichen dafür können wir im Bereich der auditiven Wahrnehmung sowie des Wortabrufs mittlerweile frühzeitig erfassen, präventiv angehen und sprachtherapeutisch begleiten. Wenn sich bereits in der Schuleingangsphase ein gestörter Lese-Schreiblernprozess abzeichnet, ist es folgerichtig, dass sich Eltern an die behandelnde Sprachtherapeutin wenden. Schließlich knüpft der Erwerb der Schriftsprache an Vorläuferfertigkeiten aus der Sprachentwicklung an und entwickelt sprachliche Kompetenzen auf einem höheren Niveau weiter. Auf diese Weise wurde ich über die Anfragen der Eltern immer intensiver mit der Thematik Lese-Rechtschreibstörungen (LRS) konfrontiert.

UM: Hat das Studium Sie als akademische Sprachtherapeutin von Anbeginn an für die Therapie dieses Störungsbildes qualifiziert?

Schindler: Grundsätzlich sind wir mit dem Ausbildungsprofil der akademischen Sprachtherapie bestens vorbereitet. LRS sind jedoch spezifisch, so dass hier weiterführende Studien erforderlich sind.

UM: Sie haben bereits vor vielen Jahren selber Fortbildungen für Sprachtherapeuten zum Thema LRS angeboten.

Schindler: Die möglichst flächendeckende Therapieversorgung lese-rechtschreibgestörter Kinder war mir ein Anliegen. Außerdem halte ich es aus fachlicher Sicht für naheliegend, dass unser Berufsstand damit betraut wird. Das geht aber nur über zusätzliche Qualifizierung. Eine gut konzipierte Weiterbildung vermittelt die LRS-spezifischen Inhalte komprimiert, berücksichtigt die bereits im Studium erworbenen Fachkompetenzen und trägt somit zur Stärkung des Berufsbildes bei. Während meine ersten Seminare sich lediglich in dem üblichen Zeitumfang von einem Wochenende mit 16 USTD bewegten, haben wir mit unseren zertifizierten Weiterbildungsreihen, vor allem der „großen Kursreihe“ nach BVL-Standard, ein solides und mittlerweile seit sechs Jahren konstantes Angebot geschaffen, das sich in der Praxis bewährt hat. Dies wird uns durch die Rückmeldungen vieler Absolventinnen bestätigt.

UM: Was fasziniert Sie an der therapeutischen Arbeit mit lese-rechtschreibgestörten Kindern?

Schindler: Zum einen ist es die Komplexität des Störungsbildes, die in jedem Einzelfall erneut eine therapeutische Herausforderung darstellt. Zum anderen ist das Therapie-Ergebnis für den weiteren Bildungsweg und Lebenslauf des Einzelnen immens wichtig, so dass es einfach sehr befriedigend ist, als Fachtherapeutin einen Beitrag dazu leisten zu dürfen. Es ist schon toll zu

erleben, wie aus einem hochgradig lesegestörten Kind ein begeisterter Leser wird.

UM: Seit kurzem haben Sie die Dyskalkulie mit in Ihr Angebot aufgenommen. Aus welchem Grund?

Schindler: Es besteht eine hohe Komorbidität zwischen Dyskalkulie und LRS, insbesondere Lesestörungen. Außerdem werden Sprachrezeption und Mathematikverstehen miteinander in Zusammenhang gebracht. In unserer therapeutischen Tätigkeit gestalten sich auch hierbei effiziente Synergieeffekte. In der Tat waren es aber wieder die Kinder bzw. deren Eltern, die an uns herangetreten sind und mit beiden Problembereichen in einer Praxis versorgt werden wollten und damit den entscheidenden Impuls zur Beschäftigung mit der Thematik gegeben haben. In den letzten zwei Jahren erfuhren wir eine steigende Wahrnehmung der Dyskalkulie sowohl in der Fachwelt als auch seitens öffentlicher Kostenträger wie dem Jugendamt.

UM: Ja, der Finanzierungsaspekt – bekanntlich sind die LRS und die Dyskalkulie nicht im Heilmittelkatalog für Sprachtherapeuten aufgeführt. Welche Strukturen bestehen hierfür?

Schindler: Grundsätzlich sind diese Leistungen privat zu tragen, daher besteht ein privatwirtschaftlich ermitteltes individuelles Honorargefüge. Ich halte es für ungerecht, dass die Familien dies alleine finanzieren müssen, aber der Gesetzgeber

sieht momentan nichts anderes vor. Berücksichtigen muss man während des Aufbaus dieses Angebotes außerhalb der GKV natürlich von Beginn an kassen- und steuerrechtliche Aspekte, über die wir in unserer Weiterbildung hinreichend informieren, ergänzt durch unseren Mitgliederservice der dbs-Hotline. Im Laufe der Jahre wuchs die Kooperation mit öffentlichen Trägern verschiedener Städte bzw. Kreise. Insgesamt handelt es sich bei der Finanzierungsstruktur um ein gutes Mischverhältnis, das einem auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ein weiteres Standbein verschafft. Für die meisten Kolleginnen und Kollegen ist es ungewohnt, sich auf dem freien Markt zu

bewegen. Für unsere Mitglieder haben wir daher Servicepapiere entwickelt, die eine erste Orientierung bieten werden.

UM: Wann beginnen die nächste Kurse?

Schindler: Im Februar und April 2012.

UM: Vielen Dank für das Gespräch.

- Neues Servicepapier LRS im Mitgliederbereich unter www.dbs-ev.de
- Die Termine der LRS- und Dyskalkulie-Kursreihen finden Sie in der Rubrik Termine in dieser SHA.

Gemeinsames Symposium von dbs und dbl in Bochum

Am Samstag, dem 03.03.2012 findet an der Hochschule für Gesundheit in Bochum (HSG) ein gemeinsames Forschungssymposium des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) und des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) statt.

Den Einführungsvortrag zum Thema des Symposiums hält Prof. Kerstin Bilda (HSG). Es folgen sechs Bachelor- und Masterarbeiten sowie Promotionen zum Thema Evidenzbasierte Praxis und Forschung, die repräsentativ für den akademischen Ansatz

in Logopädie und Sprachtherapie sind.

„Mit diesem Symposium setzen sich beide Verbände mit Nachdruck gemeinsam für die Akademisierung der grundständigen Logopädieausbildung sowie die Anerkennung bestehender Hochschulstudiengänge der Logopädie/Sprachtherapie ein“, so dbl-Präsidentin Christiane Hoffschildt und dbs-Bundesvorsitzender Dr. Volker Maihack.

Nähere Informationen und Anmelde-modalitäten unter www.dbs-ev.de.

Heilmittelerbringer warnen: KBV gefährdet Sprachtherapeutische Versorgung

„Die Patientenversorgung darf nicht durch eine ungerechtfertigte Streichung von Heilmitteln aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefährdet werden“, warnen der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) und der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) in ihrer gemeinsamen Pressemitteilung. Sie nehmen damit Stellung zu der umstrittenen Forderung des Vorstandes

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Carl-Heinz Müller, Heilmittel, über die bisher keine entsprechenden Studien durchgeführt worden sind, künftig aus dem Heilmittelkatalog zu streichen. Die Pressemitteilung finden Sie unter http://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Pressemitteilungen/PM_dbs_dbl_KBV_PM_261011.pdf.

dbs-Newsletter – neuer Service für Mitglieder

Seit Ende letzten Jahres hat der dbs sein Service-Angebot für Mitglieder erweitert. Sechs bis acht Mal im Jahr erhalten Sie zukünftig den neuen Newsletter des Verbandes per E-Mail frei Haus. Mit ihm will die dbs-Geschäftsstelle Sie – auch zwischen dem dreimonatigen Erscheinen der dbs-Seiten in der *Sprachheilarbeit* – aktuell informieren und Ihre Aufmerksamkeit auf die Angebote der dbs-Homepage lenken. Bitte teilen Sie uns ggf. Ihre E-Mail-Adresse unter info@dbs-ev.de mit.

Call for papers

XXV. Workshop Klinische Linguistik

10. bis 12. Mai 2012 in Berlin

Seinen 25. Workshop veranstaltet der Bundesverband Klinische Linguistik e.V. (BKL) unter der Gastgeberschaft von Maria Bley in Berlin. Anmeldung und Infos zum Tagungsort unter: www.bkl-ev.de.

Der BKL lädt Fachleute aus Sprachtherapie, Linguistik, Medizin, Psychologie und verwandten Bereichen ein, aktuelle Beiträge zu allen Bereichen der Klinischen Linguistik und assoziierter Fachgebiete zu präsentieren.

Die Themen können allen Arbeitsfeldern der Klinischen Linguistik entstammen; neben aktuellen Forschungsfragen und -ergebnissen sind Beiträge aus der sprachtherapeutischen Praxis ausdrücklich erwünscht. Erbeten werden wissenschaftliche Vorträge und Falldarstellungen (20–30 Minuten) sowie Poster, die aktuelle Fragestellungen zur Diskussion stellen oder Ergebnisse langjähriger Erfahrung präsentieren.

Das einzureichende Abstract von etwa einer Seite soll folgendes enthalten:

- Titel des Beitrags
- Poster/Vortrag/Workshop
- Name und Anschrift des/der Vortragenden
- Thema und Ziel der Arbeit
- Methodik
- Ergebnisse und Ausblick
- Literaturangaben (max. 5)

Termin: bis 03.02.2012

Anschrift:
Bernd Frittrang
BKL-Geschäftsstelle
Schloss Hohenfels
96450 Coburg
Frittrang@medau-schule.de
www.bkl-ev.de

Maria Bley, Klinische Linguistin (BKL)
Brandenburg Klinik
Abt. Neurologie/Park Klinik
Brandenburgallee 1
16321 Bernau
bley@brandenburgklinik.de

Aus den Landesgruppen

Landesgruppe Niedersachsen

LAG Förder- und Inklusionspädagogik in Niedersachsen gegründet

Im September 2011 haben sich die Verbände Berufsverband deutscher Schwerhörigenpädagogen (BDH Niedersachsen), der Verband für Blinden- und Sehbehindertenpädagogen (VBS Bremen und Niedersachsen e.V.) und die dgs LG Niedersachsen e.V. zur Landesarbeitsgemeinschaft Förder- und Inklusionspädagogik zusammengeschlossen. Ziel der LAG ist die gemeinsame Positionierung dieser Verbände gegenüber Landespolitikern und dem Kultusministerium im Sinne einer qualitätsorientierten und fachkompetenten Informationspolitik zum Thema Förderung und inklusiv Beschulung in den Förderschwerpunkten Sprache, Hören und Sehen. Somit setzt sich in der Länderebene fort, was bereits seit vielen Jahren auf Bundesebene erfolgreich praktiziert wird: Eine Informationspolitik für Politiker ganz im Sinne der UN-Konvention. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die LAG die Landespolitik davon überzeugen kann, unter welchen Bedingungen eine inklusive Beschulung auch tatsächlich zu berufsqualifizierenden Schulabschlüssen führt, im Gegensatz zu einer sonderpädagogischen Grundversorgung, die lediglich unter finanziellen Einsparungen interessant erscheint. Dies wäre eine wichtige Aufgabe der gemeinsamen Arbeit der drei Verbände.

Herbsttagung der dgs LG Niedersachsen e.V.

Am 7. und 8.10.2011 fand die traditionelle Herbsttagung der dgs LG Niedersachsen e.V. in Hannover zum Thema: „Inklusion alternativlos?! Ja, Nein, Vielleicht! Konsequenzen für Bildung und Therapie“ statt. Mit diesem aktuellen Thema ging ein neues, kostengünstigeres Veranstaltungskonzept einher. Fünf Studentinnen standen als „Scouts“ für alle Teilnehmer stets zur Orientierung zur Verfügung. Darüber hinaus gab es zu den Workshops einen Austausch über niedersächsische Projekte im Rahmen der Förderung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher. Im inhaltlichen Teil der Veranstaltung wurden neben einer Podiumsdiskussion u. a. mit Prof. Dr. Glück und

dem Landesbeauftragten für Behinderte Herrn Finke eine Vielzahl an schulischen und therapeutischen Workshops zur Arbeit mit sprachbehinderten Kindern geboten. Im abschließenden Vortrag stellte Frau Prof. Dr. Lüdtkte mit ihrem Team die aktuelle Situation zum Thema Inklusion auch hinsichtlich der Ausbildungssituation vor.

Neuer Vorstand gewählt

Im Rahmen der Herbsttagung wurde am 7.10.11 ein neuer niedersächsischer Vorstand gewählt. Neue Vorsitzende ist Frau Susanne Fischer, Schulleiterin der Förderschule Schwerpunkt Sprache aus Celle. Der niedersächsische Vorstand konnte allerdings nicht auf allen Positionen neu gewählt werden, da nicht genügend Kandidaten zur Verfügung standen. So ist die Position des stellvertretenden Vorsitzes kommissarisch durch die Referentin für ambulante Sprachtherapie, Frau Brigitte Kuse, besetzt. Die Position der Schriftführung wird wechselseitig durch den gesamten Vorstand wahrgenommen. Andererseits ist der Vorstand der dgs LG Niedersachsen e.V. insgesamt ein personell gut besetztes Gremium. Die dgs wünscht dem niedersächsischen Vorstand ein erfolgreiches Arbeiten. Ausgeschieden aus dem Vorstand sind Andreas Pohl, Olaf Daum und Rainer Beckmann, die alle in anderen Funktionen die dgs Arbeit weiter begleiten werden.

Gesetzesentwurf der niedersächsischen Landesregierung zur Inklusion liegt endlich vor

Mehr Zeit fordert der Gesetzesentwurf der CDU/FDP-Regierung zur inklusiven Beschulung in Niedersachsen. Aus diesem Grund werden sämtliche Pläne zu einer inklusiven Beschulung behinderter Kinder zunächst auf das Schuljahr 2013/14 verschoben. Der Gesetzesentwurf nimmt dabei die zunächst einbezogenen sprachbehinderten Kinder aus der inklusiven Beschulung heraus, in dem das Elternwahlrecht Vorrang bekommt. Dies kann als Erfolg auch der dgs LG Niedersachsen e.V. gewertet werden, weil die Landesgruppe frühzeitig eine landesweite Arbeitsgemeinschaft schulischer Einrichtungen einberufen hat, um Maßnahmen für die Erhaltung von Qualitätsstandards zu überlegen. Eine dieser Maßnahmen bestand im Dialog zwischen Einrichtungen, Eltern und zuständigen Landtagsabgeordneten, um die geforderte Qualität der Beschulung sprachbehinderter Kinder zu verdeutlichen. Somit können Eltern wie bisher entscheiden, ob ihr Kind in der wohnortnahen Grundschule beschult wird oder im Förderzentrum Schwerpunkt Sprache. Einzelheiten werden durch die Anhörung des Gesetzesentwurfs erst noch zu klären sein. Zumindest wird nun der Fachkompetenz und der noch qualitativ höherwertigen Beschulung in einer Förderschule Schwerpunkt Sprache



Neuer Vorstand in Niedersachsen, v.l.n.r.: Erich Schlüter, Rechnungsführer und Vertreter der Fachberater; Irmgard Fricke, Referentin für vorschulische Einrichtungen; Simone Junggebauer, Geschäftsführerin; Brigitte Kuse, Referentin für ambulante Sprachtherapie und komm. 2. Vorsitzende; Susanne Fischer, 1. Vorsitzende und Referentin für schulische Einrichtungen; Wiebke Schöneberg, studentische Vertreterin; Anne Mieke Smits, Referentin für Fortbildung; Verena Roth, Referentin für Fortbildung, Prof. Dr. Ulrike Lüdtkte, Referentin für Hochschule

Respekt gezollt. Mittelfristig muss natürlich auch die Förderschule Schwerpunkt Sprache verstärkt Maßnahmen einleiten, um eine inklusive Beschulung wohnortnah zu ermöglichen.

Andreas Pohl

Landesgruppe Bayern

20 Jahre Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR)

1991 wurde die Forschungsstelle für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) an der Universität zu Köln gegründet, um bei einer Intensivierung des Theorie-Praxis-Bezugs verbesserte Möglichkeiten der Ausbildung zu schaffen. 1995 erfolgte die Erweiterung zu einem Forschungsinstitut, das seit dem Wechsel des Lehrstuhlinhabers im Jahr 2000 an die Ludwig-Maximilians-Universität in München geführt wird.

In diesen 20 Jahren gingen für die Weiterentwicklung der Sprachheilpädagogik und Neukonzeption des Faches Sprachtherapie von diesem Institut ganz wesentliche Impulse aus. Bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (u.a. Dr. Claudia Iven, Dr. Kerstin Weikert, Dr. Reiner Bahr, Dr. Jutta Breckow, Dr. Barbara Giel, Dr. Claudia Hammann, Dr. Friedrich Michael Dannenbauer, Dr. Stephan Baumgartner, Dr. Christian Glück, Dr. Daniela Kiening, Dr. Karin Reber, Dr. Wilma Schönauer-Schneider, Dr. Petra Stumpf, Dr. Iris Eicher, Dr. Vassilia Triarchi-Herrmann, Sandra Schütz) arbeiteten und

arbeiten hier neben mehreren abgeordneten Lehrerinnen und Lehrern sowie zahlreichen Lehrbeauftragten. Mehr als 1000 Diplom- und Magisterarbeiten, Examens- und Zulassungsarbeiten, Bachelor- und Masterarbeiten sowie 28 Dissertationen wurden hier angefertigt, wobei die Forschungsangebote das Spektrum der Sprachtherapie abdecken (siehe Abbildung).

Am 17.3.2012 wird im Rahmen des 11. Forums der Sprachheilpädagogik das 20jährige Jubiläum gefeiert (siehe Programminweis in diesem Heft). Vorträge und Workshops zu altersspezifischen Aufgabenbereichen aus dem Frühbereich, Vorschulalter, Schulalter und Erwachsenenalter geben einen Einblick in aktuelle Projekte. Posterpräsentationen u.a. von Studierenden ergänzen das Programm. Alle Interessentinnen und Interessenten, Ehemaligen und Beteiligten sind herzlich eingeladen!

Manfred Grohnfeldt

Landesgruppe Rheinland

Landesarbeitsgemeinschaft Sonderpädagogische Förderung und Inklusion Nordrhein-Westfalen gegründet

Die sonderpädagogischen Fachverbände Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH)-NRW, die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) Landesgruppen Rheinland und Westfalen-Lippe, der Verband für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik (VBS)-NRW und der Verband Sonderpädagogik (vds)-NRW haben, angeregt durch die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Behindertenpädagogik, Ende 2010 die Landesarbeitsgemeinschaft Sonderpädagogische Förderung und Inklusion Nordrhein-Westfalen (LAG SoFi-NRW) gegründet.

Die Fachverbände wollen mit ihrer von der Bundesarbeitsgemeinschaft abweichenden Bezeichnung deutlich machen, dass sie die aktuellen Bemühungen in NRW zur Umsetzung der UN-Konvention zur Verwirklichung von Barrierefreiheit und gesellschaftlicher Teilhabe unterstützen. Sie verstehen sich als Vertreter sonderpädagogischer Fachlichkeit zum Wohle von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderungen und möchten ihre Erfahrungen und Sachkenntnis aktiv in den Transformationsprozess einbringen. Die LAG will diesen Prozess inhaltlich mitgestalten und dazu beitragen, die hohen Standards sonderpädagogischer Förderung in allen Schul- und Bildungsformen in NRW zu erhalten und wei-

terzuentwickeln. Ihr Ziel ist die Vertretung gemeinsamer Positionen zur sonderpädagogischen Förderung bei parlamentarischen Gremien, Ministerien und Behörden sowie die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, die für die Rechte behinderter Menschen eintreten.

Die LAG hat inzwischen zahlreiche Gespräche mit den Sprecherinnen und Sprechern der Landtagsfraktionen der Ausschüsse Schule und Weiterbildung sowie Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport geführt. Darüber hinaus fand ein Gespräch mit dem Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport statt, an dem auch der Landesbehindertenbeauftragte für NRW teilnahm. Ein „Parlamentarisches Gespräch“ mit den Mitgliedern des Schulausschusses im Landtag ist für Ende November vorgesehen. Ein Gespräch mit der NRW-Schulministerin Sylvia Löhrmann ist für Dezember terminiert.

Die LAG erarbeitet z. Zt. ein Positionspapier, das in Kürze von der Internetseite der dgs-Rheinland (www.dgs-rheinland) heruntergeladen werden kann.

Theo Schaus

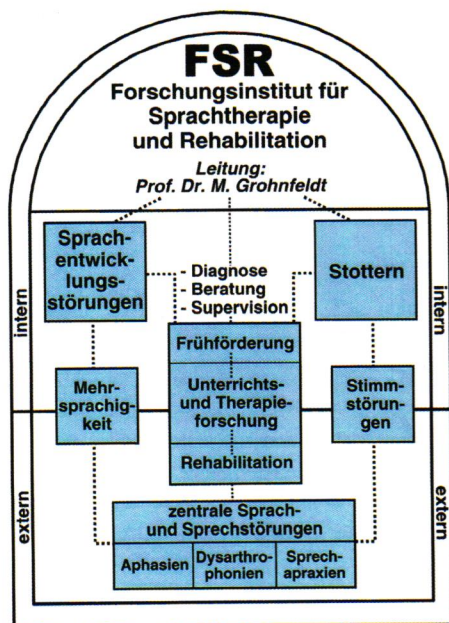
Landesgruppe Sachsen

Sächsischer Kunstpreis für Toleranz und Demokratie verliehen

Im Rahmen der Internationalen Demokratiekonferenz in Leipzig wurde am 14. Oktober 2011 ein Projekt des Hamburger Künstlers Rupprecht Matthies und dem „KunstRaum Dresden“ von Friederike Altmann am Förderzentrum Sprache Dresden mit dem „Sächsischen Kunstpreis für Toleranz und Demokratie“ geehrt. Der Künstler und die Initiatorin wurden dafür ausgezeichnet, dass das Konzept thematisch besonders auf die Lehrinhalte des Zentrums eingeht. Das Förderzentrum Sprache Dresden unterstützt Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf in den Bereichen der Laut- und Schriftsprache bei der Bewältigung der Anforderungen des sächsischen Lehrplanes für Grund- und Mittelschulen.

Die Sächsische Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst, Sabine von Schorlemer, begründete in ihrer Laudatio die Entscheidung der unabhängigen Jury:

„Die gesellschaftliche Botschaft künstlerischen Schaffens ist für das Zusammenleben in unserer offenen Gesellschaft essentiell. Grundwerte wie Toleranz und Demokratie stehen dabei im Mittelpunkt des heute vergebenen Preises. Mit dem Kunstprojekt des



KunstRaum Dresden am Förderzentrum Sprache haben es die Akteure um Initiatorin Frederike Altmann und Künstler Rupprecht Matthies geschafft, junge Menschen in das Projekt einzubinden. Zur Umsetzung hat der Künstler die Kinder und Lehrer des Förderzentrums Sprache Dresden direkt am Schaffensprozess beteiligt und so eine einzigartige Kombination aus Sprache und Kunst am Bau geschaffen.“

Die dgs-Landesgruppe Sachsen gratuliert allen am Projekt Beteiligten zu ihrem Erfolg, der das künstlerische Schaffen von Kindern mit sprachheilpädagogischem Förderbedarf in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung rückt.

Antje Leisner

Landesgruppe Baden-Württemberg

Vorstandswahlen

Auch in der Landesgruppe Baden-Württemberg wurde ein neuer Vorstand gewählt. Anja Theisel als Erste Vorsitzende, Alfred Kamuf als Zweiter Vorsitzender sowie Peter Arnoldy als Geschäftsführer, Hiltrud Schna-

bel als Schriftführerin und Dorothea Arnoldy als Kassenführerin. Birgit Traub wurde zur Referentin für Fortbildung gewählt. Das Referat für die Referendare besetzt Raphaela Müller. Monika Hartig-Gönnheimer, Kristina Brune, Margit Berg, Margoth Willer, Helga Otto, Martin Pick wurden für das Referat für besondere Aufgaben gewählt.



v. l. oben: D. Arnoldy, R. Müller, B. Traub, H. Schnabel, P. Arnoldy, K. Brune, A. Theisel, A. Kamuf, M. Willer, H. Otto (es fehlen M. Berg, M. Hartig-Gönnheimer, M. Pick)

Fachtagung in Heilbronn

Mit fast 200 Teilnehmern konnte die Landesgruppe mit den 6. Sprach-Heil-Bronner Tagen vom 7.-8. Oktober 2011 wieder ein breites Fachpublikum ansprechen. Aktuelle Studien, bekannte Referenten, sowie für

Schüler wichtige Zukunftsfragen wurden durch das breit angelegte Themenspektrum sehr fundiert und transparent angesprochen. Sowohl Theorie als auch Praxisbezüge kamen in vielfältiger Weise zum Tragen.

Der Fachtag wurde durch Ausführungen von Prof. Dr. Glück zu inklusiven Beschulungsformen im angloamerikanischen Raum, insbesondere zum RTI-Ansatz, und von Hubert Haaga, Vertreter des Kultusministeriums, in die aktuelle politische Diskussion eingebettet. Beide betonten die Notwendigkeit exklusiver Kompetenz in inklusiven Kontexten, da spezifische Bedürfnisse auch spezifischer Vorkehrungen und Unterstützung bedürfen. Die Sprachheilpädagogik in Baden-Württemberg hat sich auch hinsichtlich der Anschlussfähigkeit der Schüler an die Regelschulen als unstrittiges „Erfolgsmodell“ erwiesen, welches größtmögliche Akzeptanz bei Eltern und Schülern findet. Die Verantwortung aller Beteiligten in Schule, Politik und Elternschaft für die gewinnbringende Gestaltung von Bildungsangeboten für sprachbehinderte Kinder auch in Zukunft wurde deutlich hervorgehoben.

Anja Theisel

Aus dem Bundesvorstand

dgs-Gütesiegel „Die Gute Sprache“

Der Geschäftsführende Vorstand hat im Auftrag des Hauptvorstandes der dgs ein Grundkonzept für ein dgs-Gütesiegel erarbeitet. Das Grundkonzept dgs-Gütesiegel sieht vor, dass Spielmaterialien von der dgs begutachtet und mit dem dgs-Gütesiegel

„Die Gute Sprache“ ausgezeichnet werden. Es werden Materialien ausgezeichnet, die eine vorbildhafte und kindgerechte Spra-

che in den Vordergrund stellen und in ihrer Konzeption auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Sprachheilpädagogik beruhen.

Dazu wurden ein Logo, ein Flyer und ein Ausschreibungstext vom GV erstellt.

Um die Auszeichnung können sich Hersteller von Spielen bewerben. Die Begutachtung wird von dgs-Mitgliedern vor-

genommen und inhaltlich nach einem vom Geschäftsführenden Vorstand in Abstimmung mit dem Hauptvorstand erstellten Kriterienkatalog vergeben.

Nachfolgend können Sie den Ausschreibungstext lesen.

Der Geschäftsführende Vorstand

Ausschreibung dgs-Gütesiegel: „Die gute Sprache“

Ihren Auftrag als Fachverband erreicht die dgs, indem sie die ständige Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder in sprachheilpädagogischer Theorie und Praxis sowie den fachlichen Austausch mit anderen Verbänden vorantreibt, Fortbildungstagungen und internationale Kongresse veranstaltet, die Fachzeitschrift *Sprachheilarbeit* herausgibt sowie Informationsschriften und Fachlitera-

tur auflegt. Die Aufklärung der Öffentlichkeit über Sprachbehinderungen, auch im präventiven Sinne, und die Vertretung der Interessen der Sprachheilpädagogen, z. B. in Verhandlungen mit Ministerien und anderen Gremien, gehören ebenso zu den Aufgaben der dgs. Die dgs hat ihren Auftrag erweitert und



sich zum Ziel gesetzt, Spiele bzw. Materialien in ihrer sprachheilpädagogischen Wertigkeit mit einem Gütesiegel auszuzeichnen. Das dgs-Gütesiegel trägt den Namen „Die gute Sprache“. Dazu hat die dgs einen Katalog mit Kriterien erarbeitet. Diese orientieren sich an den Ebenen der Sprache sowie an der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes

und beziehen sich u.a. auf die Bereiche „Allgemeine Angaben zum Material“, „Materialverarbeitung“, „Sprachtragende Aspekte“ sowie „Sprachspezifische Aspekte“.

Die Beurteilung der Spiele wird von Experten aus Praxis, Universität und Forschung vorgenommen.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Begutachtung und die Verleihung des Siegels sowie den aktuellen Kriterienkatalog finden Sie unter <http://www.die-gute-sprache.de> bzw. <http://www.dgs-ev.de>.

Wenn Sie Interesse an einer Beurteilung Ihrer Materialien und der Verleihung des dgs-Gütesiegels „Die gute Sprache“ haben, dann bewerben Sie sich bitte per Mail bei der dgs: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., guetesiegel@dgs-ev.de

30. Kongress der
Deutschen Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik e.V.

Sprache im Lebenslauf

dgs-Kongress Bremen

Vom **20.-22.09.2012** findet der 30. dgs-Kongress in Bremen statt. Unter dem Motto „**Sprache im Lebenslauf**“ werden Vorträge, Seminare und Workshops zu Sprachstörungen, Diagnostik und Intervention in allen Lebensaltern angeboten, s. *Sprachheilarbeit* 5-6/2011, S. 302.

Call for Papers

Für den Kongress können **bis zum 31.01.2012** Abstracts für Übersichtsrefe-

rate, Vorträge, Workshops oder Diskussionsforen eingereicht werden.

Eine Abstract-Vorlage und weitere Referenten-Informationen können unter www.kongress-bremen-2012.de abgerufen werden.

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 Porto-kosten** 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 der dgs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
Verschiedene Termine und Orte	dbS-Weiterbildungsreihen LRS und Dyskalkulie , Gesamtleitung Angelika Schindler Zertifizierter LRS-Kurs nach BVL-Standard , Zertifikat „Dyslexietherapeut nach BVL“, Beginn 24./25.02.2012 LRS-Basiskurs , Zertifikat „Akademische LRS-Therapeutin dbS“, Beginn 24./25.02.2012 Dyskalkulie-Weiterbildung mit dbS-Zertifikat, Beginn 20./21.04.2012 dbS-Geschäftsstelle
10./11.02.2012 Köln	Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch: Förderung grammatischer Fähigkeiten mehrsprachiger und sprachbehinderter Kinder im inklusiven Unterricht (Kontextoptimierung) dbS-Landesgruppe Rheinland
Verschiedene Termine Hannover	Verschiedene Referent(inn)en: Qualifizierungsmaßnahme für Lehrkräfte: Spezifische Sprachförderung im Unterricht im Förderschwerpunkt Sprache 04.02.2012 (Modul 3: Uta Plickert) 17.03.2012 (Modul 4: Ulrich Stitzinger) 21.04.2011 (Modul 5: Ulrich Stitzinger) dbS-Fortbildungsportal
10./11.02.2012 Hannover	Bernd Frittrang: Sprachtherapie bei Morbus Parkinson Fortbildungsnummer: 38/2012 dbS-Geschäftsstelle
10./11.02.2012 Köln	Dr. Lilli Wagner: Differenzialdiagnostik, Sprachtherapie und Elternberatung bei mehrsprachigen Kindern Fortbildungsnummer: 17/2012 dbS-Geschäftsstelle
17./18.02.2012 Duisburg	Dr. Maria-Dorothea Heidler: Kognitive Dysphasien – Einteilung, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen Fortbildungsnummer: 39/2012 dbS-Geschäftsstelle
24./25. 02.2012 Hamm	Kerstin Schauß-Golecki: Diagnostik und Therapie kindlicher Aussprachestörungen dbS-Landesgruppe Westfalen-Lippe
24./25.02.2012 Hamm	Olaf Nollmeyer: Suppenlöffel und Sonagramm – Stimpädagogische Spielzeuge in funktionaler Stimmarbeit dbS-Landesgruppe Westfalen-Lippe
24./25.02.2012 Köln	Dr. Claudia Schlesiger: Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talker dbS-Landesgruppe Rheinland
Feb./März 2012 Hamburg	Katharina Knippers: KON-LAB III: Präpositionen und Sprachverstehen dbS-Landesgruppe Hamburg
16./17.03.2012 Hamm	Heiko Seiffert: Dimensionen sprachheilpädagogischer Intervention im sprachtherapeutischen Unterricht in der Förderschule Sprache dbS-Landesgruppe Westfalen-Lippe

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
01. – 03.03.2012 Duisburg	Elizabeth Kuegeler-Wolters und Karin Brinkmann: PROMPT Einführungsseminar : Theorie und Praxis der PROMPT-Behandlungstechnik Fortbildungsnummer: 40/2012 dbs-Geschäftsstelle
02./03.03.2012 Berlin	Dr. Michael Wahl und Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Einführung in Theorie und Praxis der Qualitätsstandards – dbs Fortbildungsnummer: 63/2012 dbs-Geschäftsstelle
02.03.2012 Hannover	Dr. Stephanie Kurtenbach: Frühe Sprachtherapie: Anbahnung primärdialogischer Kompetenzen Fortbildungsnummer: 01/2012 dbs-Geschäftsstelle
02./03.03.2012 Dortmund	Janina Scholz: SEV-Therapie ganz praktisch Fortbildungsnummer: 02/2012 dbs-Geschäftsstelle
02./03.03.2012 Köln	Dieter Schönhals: Qualifikation Sprache – Grundlagen dgs-Landesgruppe Rheinland
03.03.2012 Wuppertal	Leo Schmitz & Dagmar Schäfer: Über die Lautanalyse zum Aufbau der Schriftsprache dgs-Landesgruppe Rheinland
09./10.03.2012 Duisburg	Dr. Marc Schmidt: Grammatische Therapie im Vorschulalter Fortbildungsnummer: 03/2012 dbs-Geschäftsstelle
09./10.03.2012 München	Dr. Gudrun Bartolome: Funktionelle Dysphagietherapie (FDT) – Grundkurs Fortbildungsnummer: 27/2012 dbs-Geschäftsstelle
16./17.03.2012 Hamm	Ulrike Becker-Redding: Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe
16./17.03.2012 Moers	Dr. Elisabeth Wildegger-Lack: Therapie von Sprachentwicklungsstörungen im Grundschulalter Fortbildungsnummer: 04/2012 dbs-Geschäftsstelle
16./17.03.2012 München	Dr. Ernst de Langen: Pragmatisch-funktionale Messverfahren in der Aphasitherapie Fortbildungsnummer: 41/2012 dbs-Geschäftsstelle
16./17.03.2012 Bad Ems	Dr. Axel Kürvers: Sprachtherapie bei Zustand nach totaler Laryngektomie Fortbildungsnummer: 48/2012 dbs-Geschäftsstelle
17.03.2012 Köln	Ditmar Dörrie: AD(H)S – Umgang mit schwierigen Kindern in der Grundschule dgs-Landesgruppe Rheinland
23./24.03.2012 Dortmund	Nadine Diekmann/ Miriam Thiemann: Auch wer nicht sprechen kann, hat was zu sagen – Zertifikats-Einführungskurs nach ISAAC-Standard Fortbildungsnummer: 20/2012 dbs-Geschäftsstelle
23./24.03.2012 Köln	Dr. Maren Aktaş: Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung dgs-Landesgruppe Rheinland

Veranstalter

dbS-Geschäftsstelle, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel.: 02841 – 998191-20, Fax: 02841 – 998191-30, E-Mail: info@dbS-ev.de; Anmeldungen unter www.dbS-ev.de

dgs-Landesgruppe Rheinland, Birgit Appelbaum, Maria Juchacz-Str. 24, 47445 Moers
Tel/Fax: 02841 - 441 97; 0176 - 290 304 91, E-Mail: birgit.appelbaum@cityweb.de, www.dgs-rheinland.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

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

Tagungen, Messen und Kongresse

Datum, Zeit und Ort	Logo	Thema, Veranstalter, Ansprechpartner
27./28.01.2012 Marburg		13. Wissenschaftliches Symposium des dbS: Prosodie und Kindersprache www.dbS-ev.de
23./24.02.2012 Augsburg		5. Wissenschaftliche Tagung Autismus-Spektrum (WTAS) wtasorg@googlemail.com
03.03.2012 Bochum		Gemeinsames Forschungssymposium von dbS und dBl, Hochschule für Gesundheit: Evidenzbasierte Praxis und Forschung www.dbS-ev.de
17.03.2012 München		20 Jahre Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation – Jubiläumstagung an der LMU deisler@paed.uni-muenchen.de
22. – 24.03.2012 Würzburg		Würzburger Aphasie-Tage: Aphasietherapie – Nähe und Distanz www.aphasie-unterfranken.de
19. – 21.04.2012 Wien Österreich		Deutsch in Österreich Theoretische und empirische Aspekte der Variationslinguistik und Mehrsprachigkeitsforschung http://dioe.univie.ac.at
12.05.2012 Mainz		7. ivs-Stotterkonferenz Stottern und Emotionen – Redeflussstörungen im psychosozialen Umfeld www.ivs-online.de
30.05. – 01.06.2012 Bad Ischl, Österreich		Internationaler Kongress für familienzentrierte Frühintervention für Kinder mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit www.fcei2012.org
20. – 22.09.2012 Bremen		30. dgs-Kongress: Sprache im Lebenslauf www.dgs-kongress-bremen.de

Sprachheilpädagogik Logopädie

Andreas Mayer

Blitzschnelle Worterkennung (BliWo)

Grundlagen und Praxis

Die zentralen Schwierigkeiten von Kindern, die eine regelmäßige Orthographie wie die deutsche Schriftsprache erwerben, liegen 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. 2. Auflage, 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



Klaus Kleinmann

Das super-schlaue Rechtschreibtraining Orthographisches Bewusstsein schaffen mit System und Strategie – Klasse 3 bis 7

Dieses Material setzt auf der Stufe des Lernprozesses an, wo das phonematische Schreiben im Prinzip bekannt ist und ermöglicht darauf aufbauend die schrittweise Entwicklung eines orthographischen Bewusstseins. Wichtige Teilbereiche des orthographischen Schreibens werden in einer gut nachvollziehbaren Stufung vermittelt, wobei das Material auf eine neuartige Methodenvielfalt setzt. Vor allem Regeltraining, Wortbild- und Morphemtraining kommen in ausgewogener Form den vielfältigen Bedürfnissen noch nicht rechtschreibsicherer Schüler entgegen.

Systematische Wiederholungsangebote unterstützen den Lernerfolg genauso wie eine große Zahl lust- und sinnvoller Spielvorschläge, die direkt am Schreibprozess ansetzen und ein reichhaltiges Angebot an die verschiedenen Wahrnehmungskanäle machen.

Hübsche Texte erleichtern den Zugang zu den Übungseinheiten, bieten Lesestoff und altersgemäße Identifikationsangebote. Für LRS-Kurse liefert das Material einen klar strukturierten Lehrgang über zwei Schuljahre hinweg.

2. Auflage, 176 S., Format DIN A4, Ringbindung / Alter: 8-13
ISBN 978-3-938187-54-8, Bestell-Nr. 9405, € 19,80



Andreas Nickisch / Dolores Heber / Jutta Burger-Gartner

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bei Schulkindern Diagnostik und Therapie

Gerade, wenn Defizite erst im Schulalter erkannt werden, ist eine schnelle und kompetente Diagnostik und Therapie gefragt. Diese Materialsammlung verknüpft die Theorie mit der Praxis. Im theoretischen Teil werden die Grundlagen und Untersuchungsverfahren der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen anschaulich und verständlich dargestellt. Im Praxisteil findet die TherapeutIn Anleitung für einen strukturierten Therapieaufbau sowie viele Übungen auf Kopiervorlagen, um sowohl die Behandlungsstunden, als auch die Arbeit zu Hause sinnvoll und effizient zu gestalten.



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

„In meinen Augen ein unbedingtes Muss für alle diejenigen, die in der Praxis mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen arbeiten.“ *S. Cela, ergotherapie.de*
4., überarb. Auflage, 272 S. (davon 81 S. Kopiervorlagen), Format DIN A4, im Ordner / Alter: 6-12
ISBN 978-3-8080-0659-7
Bestell-Nr. 1915, CHF 56,40, € 34,80

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



D Ü S S E L D O R F E R
A K A D E M I E

WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM

WEITERBILDUNGEN ^{DA}	Beginnstermin	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten*
Fachtherapeut Neurologie ^{DA} – der 6. Durchgang	10. - 11.02.2012	250	Monika Willmschen	2980,-
Fachtherapeut Stimme ^{DA} – der 5. Durchgang	24. - 25.02.2012	196	Uwe Schürmann, Harald Panknin	2480,-
Fachtherapeut Kinder ^{DA} – der 4. Durchgang	26. - 27.10.2012	208	Matthias Grimm	2780,-
Voice Coach^{DA} – der 7. Durchgang Inhaltliche Schwerpunkte: · Auftragsklärung und die eigene Stimme als Visitenkarte und Modell · Ressourcenaktivierung und Stimmtechnik · Interventionsentwicklung und Stimmübungen · Fallarbeit, Prüfungscoaching, Prüfungskolloquium	08. - 11.02.2012	256	Uwe Schürmann, Harald Panknin	3480,-

SEMINARE	Termin	Ustd.	Referent	Kosten*
Grundlagen der Diagnostik und Therapie von AVWS und beginnender LRS im logopädischen Praxisalltag	10. - 11.02.12	15	Mareike Pohlmann	200,-
Wortfindungsstörungen bei Kindern erkennen und behandeln	09. - 10.03.12	14	Tanja Ulrich	195,-
Diagnostik und Therapie von LRS im logopädischen Praxisalltag (Fortsetzung vom 10. - 11.02.12, einzeln buchbar)	09. - 10.03.12	15	Mareike Pohlmann	200,-
Kognitive Dysphasien	16. - 17.03.12	14	Dr. Maria-Dorothea Heidler	210,-
Logopädie bei Morbus Parkinson	16. - 17.03.12	14	Christine Gebert	195,-
Visuelle Kommunikation für Praxen	20. - 21.01.12	14	Kathrin Schöps	195,-
Lemo- Modellorientierte Aphasiediagnostik und Therapieableitung	30. - 31.03.12	14	Katrin Häfner, Jaqueline Stein	220,-
Symptomorientierte Stimmtherapie	13. - 14.04.12	14	Wolfgang Tisch	198,-
Diagnostik, Therapie und Beratung bei bilingualen Kindern	14.04.12	9	Vasfi Nas	145,-
Diagnostik und Behandlung des Dysgrammatismus	19. - 20.04.12	16	Maja Ullrich	215,-
Auf den Spuren der eigenen Geschichte. Biografiearbeit - eine lebenswelt - und ressourcenorientierte Methode	20. - 21.04.12	12	Ulrike Ott	210,-
Trachealkanülenmanagement – eine Einführung	20. - 21.04.12	14	Regina Lindemann	185,-
Unterstützte Kommunikation - nach ISAAC-Standard (Inkl. Zertifikat)	20. - 21.04.12	16	Christiane Schmölling	255,-
Funktionales Stimmtraining - Erlanger Modell	27. - 28.04.12	14	Sabine Degenkolb-Weyers, Ingrid Visser	220,-
Aus der Praxis – für die Praxis	27. - 28.04.12	14	Birgit Müller-Kolmstetter, Carmen Barth	220,-
Orthografie - der Weg von der Prosodie zur Rechtschreibung	27. - 28.04.12	14	Harriet Dohrs	185,-
Praxisgründung 1,2,3	27. - 28.04.12	14	Ralph Fröhlich, Eva Reisgies	195,-
Die fiberendoskopischen Diagnostik nach FEES®-Standard	28.04.12	8	Jochen Keller	110,-
Diagnostik und Behandlung phonetischer und phonologischer Aussprachestörungen	10. - 11.05.12	16	Maja Ullrich	215,-
Praxis der Therapie von Kindern mit Lernstörungen	11. - 12.05.12	14	Martina Weigelt	195,-
Fütterstörung (FST) im Baby- und Kleinkindalter	11. - 12.05.12	13	Susanne Renk	235,-
Die verbale Entwicklungsdispraxie und KoArt	11. - 12.05.12	14	Ulrike Becker-Redding	230,-
Stottertherapie nach dem Konzept Pape/Tisch	01. - 02.06.12	13	Wolfgang Tisch	198,-
Morphologie und Syntax - Dysgrammatismus in Theorie und Praxis	01. - 02.06.12	14	Harriet Dohrs	185,-
Einführung in die klinische Dysphagologie	01. - 02.06.12	14	Jochen Keller	195,-
Diagnostik und Therapie von Restaphasie	02.06.12	8	Dr. Petra Jaecks	130,-
Diagnostik und Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche	14. - 15.06.12	16	Maja Ullrich	215,-
Atmung, Stimme, Osteopathie (Modul I)	14. - 16.06.12	25	Sven-Christian Sutmar	365,-

* In Euro

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

DAS EUFH med FORTBILDUNGSANGEBOT 2012

Termine Köln:

11.02. – 12.02.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Dys I – Dysgrammatismus:
Möglichkeiten und Methoden

10.03. – 11.03.

Saskia Konopatsch

Praxisseminar Grammatik
NEU! PEF (Praxisnahe und
Evidenzbasierte Fortbildungen)

17.03. – 18.03.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Wortschatz I – Der kindliche Wort-
schatzerwerb und seine Störungen

17.03. – 18.03.

Henrik Bartels

Alltagsorientierte Aphasie-
therapie nach dem Patholingui-
stischen Ansatz

02.06. – 03.06.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Dys II – Morphologische
Störungen und Störungen
der Textebene

06.10. – 07.10.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Wortschatz II – Die kindlichen
Wortfindungsstörungen

06.10. – 07.10.

Charleen Neumann

Praxisseminar Lexikon
NEU! PEF (Praxisnahe und Evi-
denzbasierte Fortbildungen)

Termine Rostock:

28.01. – 29.01.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Dys II – Morphologische Störun-
gen und Störungen der Textebene

21.04. – 22.04.

Ulrike Sick

Poltern: Theoretische Hinter-
gründe, Diagnostik, Therapie

02.06. – 03.06.

Doris Müller

F.O.T.T.

16.06. – 17.06.

Wenke Walther

Prosodie

30.07. – 03.08.

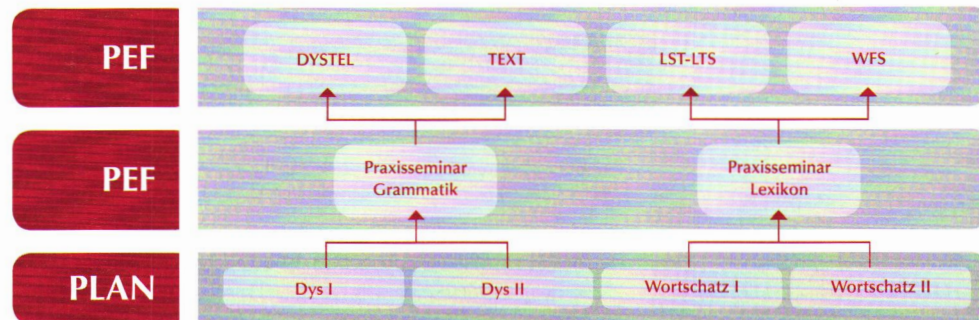
Prof. Dr. Julia Siegmüller

Kompaktseminar
Dysgrammatismus

27.08. – 31.08.

Prof. Dr. Julia Siegmüller

Kompaktseminar
Wortschatztherapie



PLAN: Fortbildungen basierend auf dem Patholinguis-
tischen Therapieansatz
PEF: Praxisnahe Evidenzbasierte Fortbildungen,
entwickelt von Prof. Siegmüller
(LIN.FOR Rostock) für die EUFH med



EUROPÄISCHE FACHHOCHSCHULE
FACHBEREICH ANGEWANDTE
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

LINFOR
LOGOPÄDISCHES INSTITUT
FÜR FORSCHUNG

Weitere Informationen unter
c.neumann@eufh.de,
0381-8087-263 oder
www.eufh-med.de

Petra Schuster

Funktionales Mundprogramm (FMP)

Nach einer kurzen theoretischen Einführung und der Darstellung der aktuellen logopädischen Forschungslage zum Thema Mundfunktionsstörungen widmet sich dieses Buch schwerpunktmäßig der Erläuterung der funktionalen Übungen des FMP. Diese Übungen orientieren sich am Padovan-Mundprogramm und arbeiten mit Teilen des von ihr empfohlenen Materials. Daher werden im theoretischen Teil in aller Kürze die therapeutischen Grundgedanken von Padovan beschrieben und eine klare Abgrenzung der Behandlungen vorgenommen. Als wichtigste Unterschiede sind zu nennen, dass das FMP keine neuronale Reorganisation anstrebt und nicht als komplettes Programm innerhalb einer umfas-

senderen Körpertherapie eingesetzt werden soll. Im Gegenteil, das FMP stellt eine reine Mundfunktionstherapie dar. Auch die individuelle Auswahl und Anpassung der Übungen für den jeweiligen Patienten ist im FMP gewünscht. Dazu werden für jede Übung Parameter beschrieben, anhand deren eine Entscheidung über das weitere Vorgehen in der Therapie erfolgen kann.

Kopiervorlagen für einen Dokumentationsbogen und ein Hausaufgabenheft runden das praxiserprobte Angebot ab.

- 64 Seiten, mit Kopiervorlagen, Format 16x23cm, Ringbindung

ISBN 978-3-8080-0677-1

Bestell-Nr. 1934, € 16,95

BORGSMANN MEDIA

verlag modernes lernen borgsmann publishing

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

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

NEU!



FORTBILDUNGSZENTRUM ANNASTIFT



ist die

Akademie Diakonische Dienste Hannover gGmbH
ein Unternehmen von: Annastift e.V.,
Ev. Diakoniewerk Friederikenstift und Henriettenstiftung

Anna-von-Borries-Str. 1-7, 30625 Hannover
Tel.: (05 11) 53 54-662 · Fax: (05 11) 53 54-672
mail: akademie@dhh-gruppe.de
www.ddh-akademie.de

2012

■ Praxisseminar zur Therapie grammatischer Störungen Tabea Uwah	03./04.02.
■ Gebärden-unterstützte Kommunikation Etta Wilken	10./11.02.
■ Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit Anna Kurth und Annegret Klassert	17./18.02.
■ Schritte in den Dialog – Sprachtherapeutische Frühintervention mit Eltern: Kompaktkurs Delia Möller	02./03.03.
■ Stimmtherapie nach Schlawffhorst-Andersen Beate Josten	03./04.03.
■ Syntaktische Störungen: Diagnostik und Therapie im patholinguistischen Ansatz Kathrin Riederer	20./21.04
■ Verhaltensauffällige Kinder in der sprachtherapeutischen Praxis Delia Möller	21./22.04
■ Diagnostik und Therapie kindlicher Aussprachestörungen Kerstin Schauß-Golecki	27./28.04.
■ Prosodie als Therapieschwerpunkt Wenke Walther	04./05.05.
■ Funktionale Stimmtherapie Katharina Feldmann	04./05.05.
■ Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talker Dr. Claudia Schlesiger	15./16.06.
■ Das OROFAZIALE SYSTEM Prof. Nelson Annunziato	17./18.06.
■ Stottertherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt	22./23.06.
■ NEUROvitalis – Trainerseminar Annette Mayer, Stephanie Kaesberg	30.06.

Wir fördern die Begegnung und den Austausch zwischen den medizinisch-therapeutischen und den alternativen Verfahren. Unser Gesamtprogramm 2012 senden wir Ihnen gerne zu.

LIDCOMBE-PROGRAMM



FORTBILDUNG ZUR BEHANDLUNG
FRÜHKINDLICHEN STOTTERNS

Münster: 27.01.2012 - 29.01.2012

Aachen: 03.02.2012 - 05.02.2012

Dr. Christina Lattermann: tina.lattermann@gmail.com
Bettina Freerk: bettina.freerk@arcor.de

Weitere Informationen und Anmeldung: www.lattermann.net

- Stellenausschreibung -

Logopäde/in, Sprachheilpädagoge/in

zum sofortigen Antritt einer Voll- oder Teilzeitstelle gesucht.

Frühförderzentrum Hennef · Place le Pecq 1 · 53773 Hennef
Telefon 02242/9090757 · info@kinderzentrum.eu

- Wir sind das interdisziplinäre Frühförderzentrum in Hennef und suchen eine/n Mitarbeiter/in, der/die das gute Arbeitsklima in unserem Hause unterstützt sowie selbständig und zielorientiert arbeitet. Vorerfahrung in der Arbeit mit Kindern ist von Vorteil. Durch die bahnhofsnahelage sind die Städte Köln und Bonn schnell erreichbar.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die oben angegebene Adresse.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung



Anzeigenschluss für Heft 2/2012
ist der 1. März

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

Heute schon gesurft?

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten
Stellen- und Fortbildungsanzeigen
erscheinen kostenlos auf unserer Internetseite.

www.verlag-modernes-lernen.de

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

dbS-Informations- und Werbematerialien



„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



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.

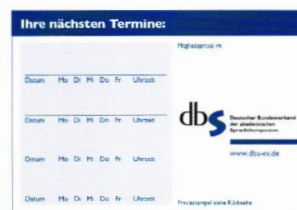
Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

dbS-Haftnotizblöcke



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

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie

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

K 11772

dgs | dbS

Hopp Hopp!

www.trialogo.de

Das neue Satzbauspiel ...

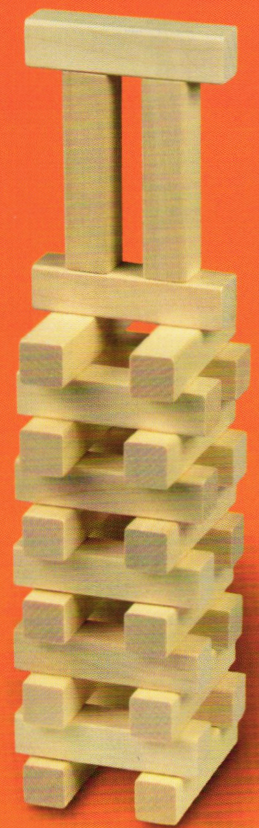
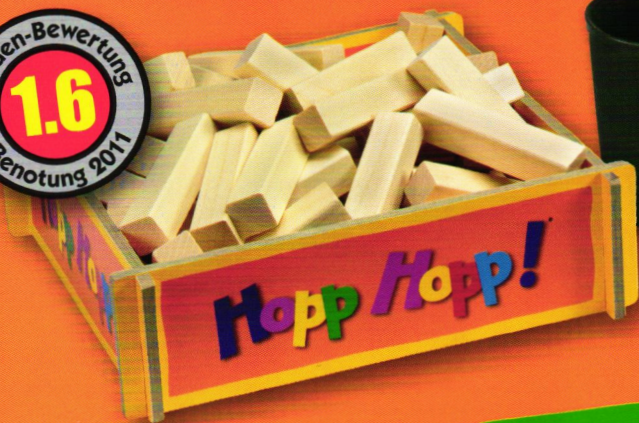
Unser neues HoppHopp!® bietet alle Möglichkeiten, um Sprachgefühl und Satzbau gezielt und vor allem mit Spaß zu fördern.

Vom einfachsten Satz mit Subjekt und Prädikat bis hin zum komplexen Satzgefüge mit Adjektiven, präpositionalen Bestimmungen oder sogar Nebensätzen können Sie nahezu alle Möglichkeiten der deutschen Sprache gezielt abbilden.

Die Spieler erwürfeln sich Bildkombinationen, die jeweils einen neuen Satz darstellen.

Wer diesen Satz richtig bilden kann, gewinnt tolle Holzbausteine für seinen Satzbau-Turm.

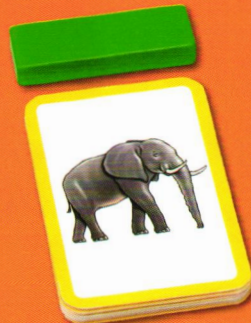
Je höher, desto besser! - Aber Vorsicht: Wenn der Turm umfällt, ist alles aus!
2 - 6 Spieler ab 4 Jahren.



Der Junge



malt



den Elefanten



auf dem Spielplatz



mit Wasserfarben.

64,90 €

Inkl. Mehrwertsteuer.
Inkl. Versandkosten.
3 Wochen Rückgaberecht.

TRIALOGO · Bücklein & Joeke! GbR
An der Linde 1 · D-78464 Konstanz
Telefon (+49) 07531-128360

TRIALOGO