

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie



Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei
Zwillingen / Teil II: Therapie nach DortMuT
Kerstin Bahrfeck-Wichitill, Anja Kresse & Katja Subellok

Diskussionsforum: Gaumensegelprothesen bei
Spaltbildungen
Susan Schelten-Cornish

Neurofunktionelle Reorganisation – die „Padovan-
Methode“ in der Sprachtherapie?
Christine Moser-Dobis



Verbandsnachrichten dgs
Parlamentarischer Abend; Aus den Landesgruppen

Verbandsnachrichten dbs
Ende zweier dbs-Dauerbaustellen;
Arbeitnehmer-Gehälter;
Neue Homepage

dgs | dbs

So erreichen Sie die Herausgeber
und die Landesgruppen der Verbände:

Geschäftsstellen:



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



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

Landesgruppen:

Bundesland	dgs-Vertreter/-in	dbs-Vertreter/-in
Baden-Württemberg	Anja Theisel, Bad Friedrichshall anja@theisel.de	Heide Mackert, Mosbach mackert@dbs-ev.de
Bayern	Claudia Schmaußer, Freising claudia.schmausser@web.de	Daniela Kiening, Haar kiening@dbs-ev.de
Berlin	Helmut Beek, Berlin beek@dgs-ev-berlin.de	Karsten Brase, Berlin brase@dbs-ev.de
Brandenburg	Michaela Dallmaier, Kolkwitz-Limberg m-s.dallmaier@t-online.de	s. Berlin
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, Platjenwerbe homburg@uni-bremen.de	Christiane Wellmann, Rotenburg wellmann@dbs-ev.de
Hamburg	Prof. Dr. Alfons Welling, Hamburg, wellinga@arcor.de	Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Hamburg, Tel.: 040/7238390
Hessen	Käthe Lemp, Darmstadt kaethe.lemp@darmstadt.de	Barbara Jung, Korbach jung@dbs-ev.de
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. Kirsten Diehl, Rostock kirsten.diehl@uni-rostock.de	Renske-Maria Hubert, Ribnitz-Damgarten hubert@dbs-ev.de
Niedersachsen	Geschäftsstelle, Simone Junggebauer, dgs-niedersachsen@dgs-ev.de	Sylvia Schmidt, Vechta schmidt@dbs-ev.de
Rheinland	Heinz-Theo Schaus, Essen schaus@dgs-rheinland.de	Dieter Schönhals, Kerpen schoenhals@dbs-ev.de
Rheinland-Pfalz	Birgitt Braun, Wörth am Rhein birgitt_braun@t-online.de	Dorothea Valerius, Trier valerius@dbs-ev.de
Saarland	Anice 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	Christiane Krause, Henningsleben krause-henningsleben@web.de	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 Sprachheilverfahren e.V. (dgs)
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

Satz und Gestaltung

Löer Druck GmbH, Schleefstraße 14, 44287 Dortmund
Titelfoto: © iQconcept – Fotolia.com

Verlag

verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG

Ein Unternehmen der INTER-SPRACHE BORGSMANN® MEDIA-GRUPPE
Schleefstraße 14, D-44287 Dortmund, www.verlag-modernes-lernen.de
Verkauf und Vertrieb: (0180) 5 34 01 30, Fax: (0180) 5 34 01 20
E-Mail: info@verlag-modernes-lernen.de

Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültige Preisliste: Nr. 10 vom 1.1.2010. Anzeigenleitung: Gudrun Luck Anzeigen: (0231) 128011, Telefax: (0231) 9128568, E-Mail: anzeigen@verlag-modernes-lernen.de, Herstellung: Löer Druck GmbH, Dortmund

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilverfahren und akademische Sprachtherapie
www.sprachheilarbeit.eu

Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Konstanz
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Passau
Dr. Uwe Förster, Hess. Oldendorf
Prof. Dr. Claudia Iven, Bergheim
Dr. Matthias Moriz, Olsberg
E-Mail: redaktion@sprachheilarbeit.eu

Mitteilung der Redaktion

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

Beirat

Dr. Reiner Bahr, Essen; Dr. Stephan Baumgartner, München; Prof. Dr. Kerstin Bilda, Bochum; Prof. Dr. Gerhard Blanken, Erfurt; Priv. Doz. Dr. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach; Prof. Dr. Iris Füssenich, Reutlingen; Dr. Barbara Giel, Köln; Prof. Dr. Christian Glück, Heidelberg; Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, München; Prof. Dr. Barbara Höhle, Potsdam; Prof. Dr. Hildegard Heitmann, Flensburg; Prof. Dr. Christina Kauschke, Marburg; Prof. Dr. Annerose Keilmann, Mainz; Prof. Dr. Annette Kracht, Landau; Prof. Dr. Ulrike M. Lütke; Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch, Köln; Priv. Doz. Dr. Michele Noterdaeme, Augsburg; Prof. Dr. Monika Rothweiler, Bremen; Prof. Dr. Klaus Sarimski, Heidelberg; Dr. Matthias Vogel, München; Dr. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg

Erscheinungsweise

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

Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 (CHF 78,00) einschl. Versandkosten und 7% MWST.
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilverfahren 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 Adressänderungen 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.



Dr. Susanne Voigt-Zimmermann (4. v. re.) im Kreise der nach Fulda gereisten Beiratskollegen (v. l. n. r.): Prof. K. Bilda, Dr. M. Vogel, Prof. A. Keilmann, Prof. M. Gronhfeldt, Dr. E. G. de Langen, Dr. R. Bahr, Prof. A. Kracht, Dr. M. Noterdaeme

Wohin entwickelt sich die Sprachheilarbeit?

Zur Beantwortung dieser Frage trafen sich am 13.11.2010 die Redaktion, die Herausgeber und der neu zusammengesetzte, stark erweiterte wissenschaftliche Beirat in Fulda. Die Neuausrichtung der *Sprachheilarbeit* fand ja zunächst ihren wahrnehmbarsten Ausdruck in der Erweiterung des Untertitels in „Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik UND Sprachtherapie“. Durch das fachliche und berufspolitische Zusammenrücken der akademischen Sprachtherapeuten im dbs erfuhr sie zusätzlich eine ‚Frischzellenkur‘. „Knackig“ beschreibt prägnant der dgs-Vorsitzende Gerhard Zupp den derzeitigen Reifungsgrad der *Sprachheilarbeit*. Doch schmeckt sie auch jedem/jeder Leser/in? Wie reif muss sie werden, um den nationalen und auch internationalen Geschmack zu treffen? Und wird sie zukünftig auch „Impact Factor“-verwöhnten Gourmets munden?

Vor allem die Diskussion des ‚Hauptgangs‘, nämlich der Hauptbeiträge, verdeutlichte die unterschiedlichen Auffassungen zur Wissenschaftlichkeit einer Fachzeitschrift. Von allen Teilnehmern wurde deshalb eine Profilschärfung der *Sprachheilarbeit* gewünscht, aber auch eine inhaltliche Erweiterung. Der Generationenwechsel sollte sich ebenso abbilden wie die zunehmende internationale Verknüpfung der Berufs- und Wissenschaftslandschaft. Geplant sind deshalb weitere Themenhefte, Gastredaktionen und die Veröffentlichung internationaler Forschungsergebnisse, warum nicht auch englischsprachige Artikel! Auch dem Wunsch vieler Leser/innen nach Beiträgen aus dem ärztlichen Bereich soll Rechnung getragen werden. Das Repertoire umfasst also zukünftig sowohl gute alte Hausmannskost als auch innovative Gerichte einer internationalen crossover-Küche: innovativ, stärkend, gehaltvoll UND gut bekömmlich.

Resümierend darf ich Ihnen also von einer zunächst ergebnisoffenen, dann ausgesprochen anregenden, vorurteilsfreien und zielgerichteten Diskussion berichten. Die Sitzung war ein bedeutsamer Schritt von einer eher distanzierten Gutachtergruppe zu einer dem gemeinsamen Themen- und Leserkreis verpflichteten Mitarbeitergruppe, die sowohl hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit und des Praxisbezuges als auch der Begutachtung an der corporate identity der *Sprachheilarbeit* mitwirken. Ich rufe Sie auf, sich anzuschließen, sich in die fachliche und wissenschaftliche Diskussion einzubringen. Es lohnt sich! Für Sie, für uns, für die sprachgestörten Menschen, denen wir uns verpflichtet fühlen, für die wir uns tagtäglich engagieren.

Susanne Voigt-Zimmermann

Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann
Universität Heidelberg

Magazin

Originalbeiträge

Gemeinsam schweigsam:
Selektiver Mutismus bei Zwillingen
Teil II: Didaktische Überlegungen und
Konkretisierungen für die Sprachtherapie
nach DortMuT (Dortmunder Mutismus-
Therapie) **2**

Kerstin Bahrfeck-Wichitill, Anja Kresse,
Katja Subellok

Die prothetische Behandlung der
velopharyngealen Insuffizienz bei
Spaltbildungen. Ein Diskussionsbeitrag **10**

Susan Schelten-Cornish
Mit Kommentaren von M. Vogel und R. Sader

Neurofunktionelle Reorganisation –
Die „Padovan Methode“ als therapeu-
tische Möglichkeit in der Sprach-
rehabilitation? **18**

Christine Moser-Dobis

Therapieraum / Klassenzimmer **23**

Daten und Zitate aus
Fach- und Tagespresse **24**

Medien / Rezensionen **25**

Nachbarschaften **28**

Rückblicke **29**

Mitteilungen **32**

Aktuelles

Aktuelles dbs **36**

Aktuelles dgs **40**

Termine **42**



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



Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen

Teil II: Didaktische Überlegungen und Konkretisierungen für die Sprachtherapie nach DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie)¹



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



Zusammenfassung

Ausgehend von Überlegungen zu zwillingspezifischen Besonderheiten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eines selektiven Mutismus (siehe „Teil I: Gemeinsam schweigsam“, Heft 3/2010) wird in diesem Beitrag der Fokus auf die Sprachtherapie mit selektiv mutistischen Zwillingen gelegt. Basierend auf Ideen aus der Fachliteratur, Aussagen von befragten Mutismustherapeuten sowie dem Rahmenkonzept der Dortmunder Mutismus-Therapie (DortMuT) werden didaktische Überlegungen zur Berücksichtigung bzw. zum Nutzen der Zwillingskomponente abgeleitet. Neben einem Angebot verschiedenartiger Beziehungsmuster gilt es insbesondere, die jeweilige Ich- und auch Paar-Identität oszillierend zu fokussieren sowie die spezielle Dynamik innerhalb der Zwillingsbeziehung einzubeziehen. Vignetten aus der Sprachtherapie des Zwillingspaares „Emma und Paula“ veranschaulichen schließlich das konkrete therapedidaktische Vorgehen.

Teil I dieser Veröffentlichung:

Subellok, K., Kresse, A. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2010): Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen. Teil 1: Spezifische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens. Sprachheilarbeit 55, 110-120.

Einleitung: Dynamik des gemeinsamen Schweigens

Die siebenjährigen eineiigen Zwillinge Paula und Emma kommen wegen ihres selektiven Mutismus seit sechs Monaten einmal wöchentlich in das Sprachtherapeutische Ambulatorium. Sie freuen sich auf die Stunde, verhalten sich inzwischen offen und mitteilbar, aber schweigen immer noch konsequent. Erfahrungsgemäß können viele mutistische Kinder in diesem Therapiestadium unsere Hilfen zum Sprechen gut annehmen und

umsetzen. Durch intensive Beziehungsarbeit und Stärkung ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugung erwachsen bei ihnen Motivation und Zutrauen, den Weg aus dem Schweigen zu meistern. Da bei Emma und Paula keine gravierenden familiären oder sonstigen Belastungsfaktoren die Hartnäckigkeit des Schweigens erklären könnten, überwiegt mehr und mehr die Vermutung, dass das Sprechen aus der eigenen Entscheidung der Kinder heraus aufgrund der Zwillingskonstellation nicht gelingen wird. Auch wenn es scheint, als sei es nur noch ein kleiner Schritt, würde ihn keines

der beiden Mädchen unabhängig von der anderen tun. Offensichtlich benötigen sie einen offensiveren Entwicklungsimpuls.

Zu Beginn jeder der Stunden „erzählen“ Frau Bahrfeck und Paula sowie Frau Kresse und Emma in ihrem jeweiligen Therapieraum immer von der vergangenen Woche, indem die Fragen der Therapeutinnen durch Nicken, Kopfschütteln oder Schreiben beantwortet werden. Danach wird meist etwas zu viert

¹ Unterstützt durch das Sprachtherapeutische Ambulatorium der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund wurde diese Arbeit realisiert.

gespielt. Aber heute gibt es vorher noch etwas Wichtiges zu besprechen: „Jetzt haben wir bald Osterferien und wir haben uns überlegt, dass ihr bis zum Sommer mit uns sprecht!“ Paula schaut irritiert, Emma im anderen Raum ebenso. Damit haben sie nicht gerechnet, sie wirken angespannt und wissen nicht, wie sie mit dieser Vorgabe umgehen sollen. Genau das sprechen wir an: „Das ist jetzt erst mal ganz neu und du weißt noch gar nicht, wie du das finden sollst, oder? Bisher sind wir immer prima ohne Sprechen zurechtgekommen, aber mit Sprechen wäre das alles noch einfacher und ganz viele Dinge machen noch mehr Spaß. Es ist nach so einer langen Zeit nicht einfach für dich (und für deine Schwester auch nicht), auf einmal mit dem Sprechen anzufangen. Und manchmal ist es leichter, wenn das dann die Erwachsenen bestimmen.“

Wir empfinden es als sehr ungewohnt, für die Kinder festzulegen, bis wann sie mit uns zu sprechen haben. Gleichzeitig haben wir den Eindruck, durch unsere Unterstellung, dass sie beide gemeinsam und zeitparallel mit dem Sprechen beginnen werden, nun den Raum für weitere Veränderungsprozesse eröffnet zu haben. Während die beiden zu Beginn der Therapie zur Kontaktaufnahme, Stärkung ihrer Individuationsressourcen und Gestaltung selbsteigener Entwicklungsräume bewusst getrennt wurden, müssen sie nun wieder zusammengebracht werden. Nur so können sie als Paar mit unserer Hilfe das Ziel des Sprechens als ein gemeinsam zu meistern des Anliegens angehen. Den Schritt zum Sprechen wird nicht jede für sich, sondern nur das Zweierteam zusammen tun.

Dass zwillingspezifische Besonderheiten als mögliche Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des selektiven Mutismus bei eineiigen Zwillingen angenommen werden können, wurde im ersten Teil von „Gemeinsam schweigsam“ (Subellok et al. 2010) hypothetisch formuliert und anhand einer informellen Befragung von logopädischen und sprachtherapeutischen Fachpersonen abgesichert. Neben einer allgemeinen Disposition kristallisieren sich entsprechend der Expertenmeinungen eine erschwerte Individuationsentwicklung sowie enge Zwillingsbeziehung als besonders relevant heraus. Auch besteht Übereinstimmung darin, dass diesen zwei Faktoren im sprachtherapeutischen Prozess Rechnung getragen werden muss, um dem Schweigen erfolgreich begegnen zu können.

Wie diese zwillingspezifischen Besonderheiten nun konkret im Therapiegeschehen berücksichtigt werden können, ist Gegenstand dieses zweiten Beitrags von „Gemeinsam schweigsam“. Der Blick in die

einschlägige Fachliteratur zur Sprachtherapie bei selektivem Mutismus (Brand 2009, Bahr 2006, Feldmann & Kramer 2009, Hartmann 2008, Katz-Bernstein 2007, Lepper & Braun-Scharm 2009) liefert dafür bisher nur wenig Anhaltspunkte. Deshalb wurden in der in Teil I vorgestellten Untersuchung die Therapeuten ebenso nach etwaigen Spezifika für die Zwillingstherapie gefragt. Diese zusammengefassten und diskutierten Ergebnisse münden in didaktischen Überlegungen für die Sprachtherapie mit selektiv mutistischen Zwillingen, welche innerhalb des Rahmenkonzepts der Dortmunder Mutismus-Therapie (DortMuT, Katz-Bernstein et al. in Vorber.) anzusiedeln sind. Vignetten aus dem Therapieprozess von „Emma und Paula“ veranschaulichen Möglichkeiten einer methodischen Umsetzung und Konkretisierung zwillingspezifischer Aspekte, die auf dem Weg der beiden zum Sprechen nicht hätten vernachlässigt werden dürfen.

Besonderheiten der Sprachtherapie bei selektiv mutistischen Zwillingen

Trotz nur wenig therapeutischer Erfahrungen, welche sich in Fachliteratur sowie bei unserer Therapeutenbefragung (vgl. Subellok et al. 2010) herauskristallisieren, zeichnen sich einige Kernpunkte in der Sprachtherapie mit selektiv mutistischen Zwillingen ab.

Einstimmig wird die Bedeutsamkeit einer Förderung der Ich-Identität des einzelnen Zwillings in den dokumentierten Fallbeispielen (vgl. Mora et al. 1962, Sharkey, 2006; Tachibana 1982, Kroppenberg 1987) wie auch in den Antworten der befragten Fachpersonen betont. In der allgemeinen Literatur zu Zwillings- und Mehrlingskindern finden sich dazu – gerade bei Kindern mit einem eher schüchternen Naturell und bislang wenig Kontakt zu anderen – Empfehlungen zur Trennung dieser in Kindergarten und Schule, um ihre Selbstständigkeit sowie die Kommunikation außerhalb der Zwillingsgemeinschaft zu fördern (Züllig 2007). Weiter könne dem Einzelnen so ein individueller Raum geschaffen werden, in dem es ihm möglich sei bzw. es notwendig werde, eigenständig Entscheidungen zu treffen. Die Trennung der Zwillinge innerhalb des Therapiesettings wird von fast allen Fachpersonen (aus Fachliteratur und Befragung) als erste strukturelle Methode gewählt, um dieses übergeordnete Therapieziel zu erreichen. Es wird berichtet, dass betroffene Zwillinge in gemeinsamen Situationen zur

Aufrechterhaltung des Schweigens neigen. Gemeinsam sei es leichter zu schweigen als alleine. Ohne eine Trennung, so vermutet Kroppenberg (1987), käme es zur Stagnation des Therapieprozesses. Die befragten Therapeuten wie auch die Autoren der Falldokumentationen setzen die Trennung der Kinder recht unterschiedlich um. Mora et al. (1962) sowie Sharkey (2006) empfehlen zwei unterschiedliche Therapeuten für selektiv mutistische Zwillinge, um die Möglichkeit individueller Erlebniswelten zu schaffen sowie die Selbstdifferenzierung des Einzelnen zu fördern (Mora et al. 1962). Sharkey und Mitarbeiter (2006) vermuten sogar, dass mit nur einer Therapeutin für beide Kinder die Zwillingsgemeinschaft noch verstärkt werden könnte. Dennoch zeigt unsere Befragung hinsichtlich der praktischen Umsetzung, dass – vermutlich aus pragmatischen Erwägungen heraus – auch ein Setting mit nur einem Therapeuten und getrennten sowie gemeinsamen Sitzungen gewählt wird.

Neben dieser strukturellen Methode zur Förderung der Individualität des einzelnen Zwillings betonen die befragten Fachpersonen, dass ebenso die einzelnen Therapieschritte sowie Kommunikationsangebote an jedes Kind angepasst werden sollen. Neben den bislang eher das Schweigen aufrechterhaltenden Auswirkungen der Zwillingsbeziehung auf den selektiven Mutismus wird die enge Zwillingsgemeinschaft von den Befragten ebenso als Motor für die Entwicklung der Kinder gesehen. So könne sich eine „natürliche“ Konkurrenz, die wie bei jedem Geschwisterpaar auch zwischen Zwillingen herrscht (vgl. auch Züllig 2007), positiv auf die Fortschritte hin zum Sprechen auswirken. Gelingt dem einen ein Entwicklungsschritt, scheine es für den anderen ein Ansporn zu sein, es diesem nachzutun. Einen besonderen Fokus erhält die Konkurrenz zwischen Zwillingen bei einer weiteren Therapeutin aus dem deutschsprachigen Raum. Laut Elternbericht reiche es sogar, nur einen Zwilling zu behandeln. Der andere würde dann automatisch nachziehen (Elternkommentar der Familie K. aus Mainhausen, abrufbar unter <http://www.mutismus-therapie.de/12.html>).

Mora und Mitarbeiter (1962) schlagen weiter vor, selektiv mutistischen Zwillingen Material anzubieten, welches eine Auseinandersetzung mit der eigenen Identität fördere. Beispielsweise verwenden sie dazu bestimmte Wortlisten und Bildmaterial zu den Themen Identität und Zwillingsdasein, mit welchen die Kinder zur Kommunikation und zum kreativen Erfinden von Geschichten angeregt werden sollen.

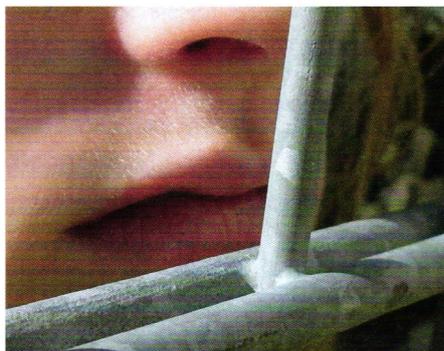
DortMuT: Fokussierung der therapeutischen Beziehung

Die Dortmunder Mutismus-Therapie (Katz-Bernstein et al., in Vorb.) basiert auf dem Therapiekonzept von Nitza Katz-Bernstein, das durch jahrelange und intensive Erfahrungen mit selektiv mutistischen Kindern und Jugendlichen im Sprachtherapeutischen Ambulatorium der TU Dortmund weiterentwickelt wurde (vgl. etwa Bahrfeck-Wichitill & Subellok 2005, Bahrfeck-Wichitill 2007a, Bahrfeck-Wichitill 2007b, Schröder 2007). Entsprechend der interaktiven sozialen Konstitutionshypothese der Sprachentwicklung als theoretische Grundlegung werden Kinder (und Jugendliche) als „soziale Akteure“ (Tomasello 2006) verstanden, die über den Erwerb (sprachlicher) Handlungskompetenzen aktiv-partizipierende Teile der Gesellschaft werden und sind. Demzufolge ist ein wichtiger Kern von DortMuT die Fokussierung der dyadischen Beziehung von Kind und Therapeut. Damit sich das Kind als „sozialer Akteur“ erfahren und diese Rolle kompetent ausgestalten kann, stellt sich der Therapeut, flexibel im Hinblick auf bestimmte Bedarfe des Kindes, als kommunikatives Gegenüber zur Verfügung. Neue Beziehungserfahrungen eröffnen dem Kind neue Lernwege und Verhaltensweisen, die einer Verdichtung des mutistischen Kommunikationsmusters entgegenwirken und es aufbrechen. Erprobt im Rahmen vielfältiger, bislang nicht erlebter Interaktionen lernt das selektiv mutistische Kind schließlich, kommunikative Verantwortung zu übernehmen und sich als sozial-kompetenter Akteur zu begreifen.

An dieser Stelle werden zum besseren Verständnis unserer Arbeit mit selektiv mutistischen Zwillingen Wesensmerkmale der therapeutischen Beziehung anhand des Umgangs mit impliziten Botschaften selektiv mutistischer Kinder an ihre Therapeuten (Katz-Bernstein 2007) gekennzeichnet.

Akzeptanz: Beweise mir, dass ich auch so okay bin!

Schweigende Kinder und Jugendliche haben bereits viele Situationen erlebt, in denen andere erfolglos versucht haben, sie zum Sprechen zu bewegen: man probiert es freundlich, überredend, etwas versprechend, später dann häufiger Druck aufbauend und drohend (vgl. auch Garbani Ballnik 2009). Nahezu alle Eltern fragen ihre Kinder irgendwann, warum sie denn mit bestimmten Personen bzw. in bestimmten Situationen nicht sprechen, während sie es doch



Im Schweigen gefangen

ansonsten können und tun. Die Kinder erhalten damit die Botschaft, dass etwas mit ihnen nicht stimmt und verändert werden muss. Auch erfahren sie die Hilflosigkeit der anderen im Umgang mit ihrem Schweigen, wodurch ihre eigene Unsicherheit noch verstärkt wird und wenig Zuversicht in Richtung einer Veränderung des Problems entstehen kann.

Bereits innerhalb des Erstkontaktes und darüber hinaus wird für die schweigenden Kinder bzw. Jugendlichen ein „Safe Place“ (Katz-Bernstein 1995) geschaffen, ein sicherer Platz, an dem sie zunächst in ihrem So-Sein mit dem jeweiligen Verhalten akzeptiert werden. In Bezug auf das Sprechen werden verbal oder nonverbal zwei zentrale Botschaften vermittelt: „Es ist zunächst in Ordnung, wenn du schweigst!“ – und: „Du hast sicher einen guten Grund (gehabt), das zu tun!“ Für die Kinder bzw. Jugendlichen ist es vor allem oftmals sehr neu, dass das Schweigen nicht nur „in Ordnung“ ist, sondern auch als subjektiv sinnvolles Verhalten angesehen wird. Die sich im Rahmen der Therapie entwickelnde Idee, aus einer bestimmten Lebenserfahrung heraus klug und sich selbst schützend gehandelt zu haben, stärkt sie und schafft eine Basis an Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die später für den Weg aus dem Schweigen zum Sprechen hin benötigt wird.

Anpacken: Hilf mir aus dem Schweigen!

Steht die Akzeptanz des Schweigens anfangs zwar im Vordergrund, so existiert für schweigende Kinder und Jugendliche dennoch gleichermaßen der starke Wunsch, die Therapie möge ihnen helfen, sprechen zu können. Diese Motivation ist für sie mehr oder weniger spürbar bzw. oft durch Ambivalenzen überdeckt. Deshalb wird jedem schweigenden Kind bzw. Jugendlichen unterstellt, dass das Grundbedürfnis zu spre-

chen immer vorhanden ist. Entlang der Möglichkeiten und Grenzen werden Angebote in diese Richtung gemacht und Hilfen gegeben.

Hier ist eine interaktive und ressourcenorientierte Arbeit gefragt, die gleichzeitig das Symptom „anpackt“, aber auch Schutz gewährt, indem sie den Betroffenen die Kontrolle über die Situation belässt (vgl. Katz-Bernstein et al. 2009). Gemeinsam wird überlegt, wo die Motivation zum Sprechen am größten und die Angstüberwindung am niedrigsten sein könnte. Es werden Möglichkeiten erarbeitet, wie konkret erste kleine Schritte aussehen könnten, und entschieden, welche davon bald in Frage kommen, welche vielleicht später und welche erst gar nicht.

Erfahrungsgemäß haben die Kinder bzw. Jugendlichen ein sehr gutes Einschätzungsvermögen in Bezug auf ihre Möglichkeiten, Vorlieben und Grenzen. Sie können selbst viel besser als der Therapeut einschätzen, welcher Schritt mit wem und wann gelingen könnte und welcher nicht. Auch übt dieses Vorgehen die Fähigkeit zur Eigenreflexion und stärkt ihr Zutrauen in sich selbst. Letztendlich ist es nicht der Therapeut, der ihnen sozusagen das Symptom nimmt, sondern sie selbst sind es, die aus eigener Kraft den Weg aus dem Schweigen bewältigen.

Durchhaltevermögen: Bitte halte durch, auch wenn ich es nicht kann!

Das Schweigen ist ein hartnäckiges Symptom, das fest in das Selbst integriert ist. Selbst dann, wenn der Wunsch zu sprechen deutlich empfunden und vermittelt wird, existieren Ambivalenzen und Schutzmechanismen, die in aller Regel irgendwann zu Stagnationen und Widerständen im Therapieverlauf führen.

Wir unterstellen den schweigenden Kindern und Jugendlichen, dass sie grundsätzlich niemals in ihrem Vorhaben zu sprechen von uns aufgegeben werden möchten. In der Therapie ist eine Gratwanderung gefragt: Wie viel Loslassen und Pausieren ist notwendig? Wie viel Durchhalten bzw. Anstoß braucht es, um den Widerstand zu überwinden? Innerhalb der therapeutischen Beziehung geht es besonders in diesen schweren Phasen immer wieder um eine Rückversicherung des Therapeuten beim schweigenden Kind oder Jugendlichen, ob sein hypothesengeleitetes Vorgehen noch stimmig ist oder neu angepasst werden muss. Nicht selten bedarf es einer Stärkung therapeutischer Zuversicht und Kreativität mittels supervisorischer Hilfe.

Paula und Emma

Die hübschen und begabten 7-jährigen Mädchen sind bei ansonsten unauffälliger Entwicklung bereits als Kleinkinder eher schüchtern und schweigsam. Im Kindergarten wird erstmalig die Diagnose „selektiver Mutismus“ gestellt. Das Schweigen wird in die Schulzeit hinein getragen. Sie besuchen Parallelklassen einer Grundschule, erbringen gute Leistungen, sind beliebt und verabreden sich regelmäßig. Überhaupt ist die Familie in einen festen Freundes- und Bekanntenkreis eingebunden. An einer beendeten heilpädagogisch-psychologisch ausgerichteten Therapie nahmen die Zwillinge nur ungern teil, da „die (Therapeutinnen) sowieso nichts machen, damit wir in der Schule sprechen können“.

Wirken Paula und Emma zunächst beinahe identisch, werden mit der Zeit ihre Unterschiede in Aussehen und Charakter deutlich. Zwei Individuen mit einer ganz speziellen engen Verbindung zeigen sich: Paula ist der ruhigere, aber auch dominantere Zwilling. Sie macht vieles mit sich selbst ab und hat eine große Durchsetzungskraft. Emma ist der offener und kommunikativere Part mit oftmals heiterer Grundstimmung. Mittlerweile kann sie schon besser ihre eigenen Wege gehen, während Paula am liebsten immer Emma in ihrer Nähe hätte.

In der **Diagnostik** (Katz-Bernstein & Zaepfel 2004, Katz-Bernstein 2007) zeigt sich anfangs folgendes Bild des Schweigens:

Symptomdiagnostik: Paula und Emma sprechen mit ihren Eltern und Hannah, ihrer ausgesprochen kommunikativen einjährigen Schwester, mit einigen Verwandten und Bekannten, insbesondere mit Kindern. Im Unterricht flüstern sie inzwischen mit ihren besten Freundinnen, mit anderen Kindern und Lehrern sprechen sie nicht. Fremden Situationen und Personen gegenüber verhalten sie sich schüchtern bis eingefroren. In vertrauten Kontexten sind sie non-verbal offener, doch schweigsam.

Strukturdiagnostik: Bei der Entstehung des Schweigens scheinen neben der grundsätzlichen Schüchternheit Faktoren des Zwillingseins bedeutend zu sein. Paula und Emma sind im Kleinkind- und Kindergartenalter aufgrund ihrer Ähnlichkeit und Attraktivität einer erhöhten, von ihnen oftmals als unangenehm empfundenen Aufmerksamkeit von Fremden ausgesetzt (Subellok et al. 2010). Die Verständigung untereinander erfolgt non-verbal, wobei bereits früh der Eindruck entsteht, dass sich beide gegenseitig bezüglich des Sprechens und Schweigens kontrollieren (ebd.).

Systemdiagnostik: Beide Eltern sind kommunikativ, wobei die Mutter als Kind auch schüchtern war. Während der Kindergarten-

und frühen Schulzeit der Zwillinge übernimmt sie überwiegend die sprachlichen Anforderungen für die beiden. Mittlerweile hat sie ihr Verhalten zugunsten einer größeren Selbstständigkeit der Kinder reflektiert und verändert.

Die bisher sechsmonatige **Sprachtherapie** lässt sich grob in vier Phasen beschreiben:

Auftauen und Sicherheit gewinnen: Beide kommen von Beginn an gerne. Sie haben ihre jeweils „eigene“ Therapeutin im eigenen Raum (ebd.). Durch die vertrauter werdenden Beziehungen und Abläufe öffnen sich die zuerst eingefrorenen Mädchen, werden lebendiger und verständigen sich schriftsprachlich.

Therapeutinnen überprüfen und Beweise einfordern: Wegen der - zumindest aus Kindersicht - erfolglosen heilpädagogischen Therapie muss für die beiden von Beginn an konkretisiert werden, wie hier mit dem Schweigen gearbeitet wird. Alle wichtigen Personen im Lebensumfeld werden sortiert: mit wem sprechen sie bzw. sprechen sie noch nicht, sind aber motiviert zu sprechen. Beide wählen unabhängig voneinander Personen aus, mit denen sie zuerst sprechen wollen und Möglichkeiten, wann und wie sie dies tun könnten. Einige Ideen setzen sie um, die meisten jedoch nicht, erweitern aber spannenweise selbstständig den Kreis der Personen, mit denen sie fortan sprechen.

Selbstwirksamkeit erfahren: Die bis dahin sehr angepassten Mädchen entdecken neue Seiten an sich. Sie zeigen besondere Freude daran, die Therapeutinnen hereinzulegen, Blödsinn zu machen und frech zu sein. Die meisten Aktivitäten werden jetzt zu viert durchgeführt. Beliebt sind Schneeballschlachten mit Tischtennisbällen, Schwerterkämpfe sowie Verstecken auf dem weitläufigen Uniflur. Beide Kinder erleben und genießen ihre Selbstwirksamkeit. Sie können jetzt im häuslichen Kontext auch wütend werden und argumentieren, während sie früher eher zu Rückzug neigten.

Zum Sprechen aufbrechen: Das Sprechen stellt sich trotz aller Fortschritte weder in Therapie noch Unterricht von selbst ein. Es wird immer deutlicher, dass sich die beiden gegenseitig am ersten Schritt zum Sprechen hindern. Als Emma beispielsweise davon erfährt, dass Paula ihrer Lehrerin mal mit „nein“ geantwortet hat, reagiert sie ausgesprochen wütend, woraufhin Paula ihre eigene verbale Aktion vehement dementiert. Mit einem offensiveren therapeutischen Vorgehen (siehe Einleitung) wird deshalb nun ein durch gegenseitige Abstimmungen gekennzeichnete weitgehend paralleler Entwicklungsprozess initiiert und gestaltet.

Abbildung 1: Paula und Emma

Paula und Emma: Didaktische Konkretisierungen zwillingspezifischer Besonderheiten in der Sprachtherapie

Im Rahmen der Therapie mit Paula und Emma tauchten und tauchen noch immer wieder Situationen auf, in denen die zwillingspezifischen Faktoren rund um das

Schweigen besonderer Berücksichtigung bedürfen. Im Folgenden werden wir unsere didaktischen Überlegungen bezüglich der Sprachtherapie mit selektiv mutistischen Zwillingen anhand verschiedener Kategorien und Beispielen aus der Therapie der beiden Mädchen bis zum ersten Wort im Therapieraum veranschaulichen. Eine begleitende systemische Arbeit mit Eltern und Schule steht während dieser Therapiephase

eher im Hintergrund und bleibt deshalb hier unberücksichtigt.

Angebot verschiedener Beziehungsmuster

Wir haben die Möglichkeit, mit Paula und Emma zeitlich parallel im **Zwei-Therapeuten-System** zu arbeiten. Dies ermöglicht den Kindern zunächst, jemand „Eigene“ für

sich zu haben, ebenso wie etwas „Eigenes“ in Abgrenzung von der Zwillingsschwester zu erleben und zu entwickeln.

Bereits nach der ersten Sitzung erklärt Emma zu Hause: „Und ich finde Frau Kresse toll und möchte nur zu der gehen!“, woraufhin Paula erwidert: „Und ich möchte nur zu Frau Bahrfeck, ich will nämlich auch gar nicht mit dir tauschen!“.

Paula und Emma nutzen das Angebot durch die Identifikation mit der jeweils eigenen Bezugstherapeutin sofort. Entsprechend entscheiden wir, die Sitzungen zunächst inhaltlich grob untereinander abzustimmen, aber ansonsten getrennt stattfinden zu lassen. Als gegen Ende der zweiten Therapiephase Paula und Emma gemeinsame Aktivitäten zu Viert wünschen, sind sie zunächst, wenn es um Paarbildungen innerhalb von Spielen geht, immer noch sehr auf ihre jeweilige Therapeutin bezogen. Innerhalb von Wettkampfspielen – Schneeballschlachten mit Tischtennisbällen, Schwerterkämpfen, Hindernisparcours für „Pferde“, Schatzsuchen, Murmelbahn-Strecken durch den Raum oder Rätselspielen – wählt Paula als Mannschaftspartner grundsätzlich Frau Bahrfeck und Emma Frau Kresse. Erst nach einer Weile ist eine längerfristig von uns angestrebte **Flexibilisierung der Beziehungsangebote** möglich (siehe dazu auch Abb. 2) – zuerst in der Form eines Zusammenschlusses der beiden Mädchen gegen die Therapeutinnen. Inzwischen können Allianzen in jeder Konstellation gebildet werden, wobei Paula wie Emma bei freier Wahl weiterhin in den meisten Fällen die Verbündung mit ihrer Bezugstherapeutin präferieren.

Mögliche Beziehungskonstellationen innerhalb der Wettkampfspiele:

„Ich und meine Therapeutin“

„Ich und meine Zwillingsschwester“

„Ich und die andere Therapeutin“

Bildung der jeweiligen Konstellationen durch:

Freie Wahl der Kinder

Losverfahren

Vorgabe des Abwechslens durch die Therapeutinnen

Abbildung 2: Mögliche Beziehungskonstellationen und deren Zusammenstellung

Oszillierende Fokussierung von Ich-Identität und Paar-Identität

Bereits das Zwei-Therapeutensystem führt zu einer **Stärkung der Ich-Identität** der



Gemeinsam schweigen und sprechen

Zwillinge in Abgrenzung zum jeweils anderen. Obwohl sie zu Beginn jede Therapiephase allein ohne die Schwester verbringen wollen, ist es ihnen dennoch wichtig, ihre Prozesse gegenseitig zu beobachten sowie untereinander abzustimmen und damit ein Gefühl von Kontrolle beizubehalten.

Im Rahmen des Erstkontaktes bzw. innerhalb der Anfangsphase der Therapie mit selektiv mutistischen Schulkindern stellen wir ihnen zwei zentrale Fragen, die sie auf einer Skala von 0-5 einschätzen sollen:

- Wie sehr möchtest du mit allen Menschen sprechen können, mit denen du es dir wünschst?
- Wie sehr glaubst du, dass du das schaffen kannst, wenn du eine Hilfe bekommst?

In der zweiten Therapieeinheit gibt Paula ihre Motivation, mit allen Menschen sprechen zu können, mit 1 an - Emma hingegen mit 4. Beide tauschen sich nach der Stunde darüber aus. Die Mutter berichtet später, dass Paula sehr irritiert auf Emmas hohe Motivation reagiert habe: „Wieso hast du denn 4 angekreuzt?!“ Emma zeigt sich daraufhin ebenfalls verunsichert.

Für uns ist damit deutlich geworden, dass wir aufgefordert sind, **auch die Paar-Identität zu würdigen** und damit immer wieder neu die aktuell **angemessene Balance** zwischen dem Fokus auf die Ich-Identität einerseits und die Paar-Identität andererseits zu finden.

Zentrale Interventionen innerhalb der Therapie werden immer unter den beiden Therapeutinnen abgestimmt und mit beiden Kindern zeitlich parallel durchgeführt – so beispielsweise auch die Mitteilung an Paula und Emma, dass sie in absehbarer Zeit mit uns sprechen würden (siehe auch Kapitel 1). Diese Entscheidung, die zunächst unsererseits getroffen wird, bedarf einer Zeit der Vorbereitung und Bearbeitung, bis sie zu einer aktiven Entscheidung der Mädchen selbst werden kann. In diesem Prozess muss jede für sich mit ihren Gedanken und Ge-

fühlen Platz haben und ernst genommen werden. Jedoch ist auch immer die Auseinandersetzung mit den jeweiligen Gedanken, Gefühlen und Entscheidungen der Schwester für beide wichtig.

So überlegen wir mit beiden, welche Gründe aus ihrer Sicht dafür sprächen, weiter zu schweigen und welche, mit dem Sprechen anzufangen. Aus der Erfahrung heraus, dass Kinder in diesem Alter ihre inneren Beweggründe noch nicht selbstständig in entsprechender Differenzierung reflektieren können, haben wir ihnen entsprechende Arbeitsblätter mit möglichen Gründen für und gegen das Sprechen aus ihrer Perspektive vorbereitet (Abb. 3). Wir wissen gleichzeitig, dass die Kinder sehr wohl in der Lage sind, ihre persönlichen Einschätzungen anhand der Vorgaben vornehmen zu können. Intuitiv wissen sie, was für sie zutreffend ist und was nicht. Dies lassen wir Paula und Emma mit Hilfe von Klebepunkten – zwei für „stimmt sehr“, einen für „stimmt ein bisschen“ und keinen für „stimmt gar nicht“ einschätzen.

Bei der Einschätzung der Gründe gegen das Sprechen fällt besonders bei Paula auf, dass sie große Angst („stimmt sehr“) hat, Emma könne eher als sie mit dem Sprechen beginnen. Ebenso hat sie Sorge („stimmt ein bisschen“), dass Emma sauer auf sie sein könnte, wenn sie selbst eher anfangen würde. Dies scheint sie – neben anderen Gründen – von dem entscheidenden Schritt zum Sprechen hin abzuhalten. Emma sieht das gelassener und wäre nach ihren eigenen Angaben auch nicht wütend auf Paula, wenn diese eher anfangen würde als sie. Im Anschluss an die Stunde überlegen wir jeweils gemeinsam mit den Kindern, die Ergebnisse von beiden auszutauschen, damit Paula und Emma sehen, was die jeweils andere denkt. Damit sind beide in der folgenden Woche einverstanden. Emma schaut zunächst irritiert, als sie liest, welche Ängste Paula in Bezug auf das frühere oder spätere Sprechen von einer von ihnen hat. Frau Kresse erklärt, warum Paula sich so fühlen könnte. Paula hingegen wirkt erleichtert und nachdenklich zugleich, dass ihre Schwester sich nach eigener Einschätzung keine großen Sorgen darüber macht, wer von beiden zuerst sprechen wird und damit auch nicht wütend auf sie wäre, wenn sie die Erste wäre.

Die Auseinandersetzung mit den Gründen für und gegen das Sprechen und dabei auch die Klärung der Ängste vor allem von Paula in Bezug auf eine zu große Eigenständigkeit und Ablösung von Emma führt bei beiden unabhängig voneinander zur Erkenntnis, dass das Sprechen ihnen letzt-

Gründe für das Sprechen

Wenn ich am Anfang etwas erzählen könnte, ginge das viel schneller als das Raten von Frau Bahrfeck/Frau Kresse oder mein Schreiben. Wir hätten viel mehr Zeit für lustige Spiele.

Ich könnte noch mehr Geschichten aus der Schule oder von Zuhause erzählen, auf die Frau Bahrfeck/Frau Kresse nie kommen würde.

Ich könnte in jeder Situation sagen, was ich möchte oder brauche, und bräuchte keinen Stift und kein Papier mehr.

Wir könnten noch andere tolle Spiele spielen, die ohne Sprechen gar nicht möglich wären (Frau Bahrfeck/Frau Kresse kennen da eine Menge, z.B. das Schimpfwörter-Spiel und noch viele mehr).

Die Spiele, die wir bisher gespielt haben, könnten noch lustiger werden (z. B. Namen rufen beim Tücher werfen).

Es wäre bei manchen Spielen witzig, sich gegenseitig zu veräppeln oder zu ärgern, indem man lustige Sachen sagt (z. B. „Du bist bestimmt nicht so schnell wie ich, du müde Schneckenoma!“).

Ich könnte noch besser sagen, was ich denke und mir wünsche oder nicht wünsche.

Wenn ich es hier schaffe zu sprechen, dann schaffe ich es bestimmt irgendwann auch in der Schule. Dann könnte ich bessere Noten bekommen.

Gründe gegen das Sprechen

Ich komme so gut ohne Sprechen zurecht, dass ich es hier gar nicht brauche.

Ich finde es eigentlich ganz lustig, dass Frau Bahrfeck/Frau Kresse immer vieles raten muss, weil ich nicht spreche.

Es ist einfach zu schwer, mit dem Sprechen anzufangen. Ich schaffe das nicht.

Es wäre komisch, auf einmal zu sprechen, wo ich hier doch immer geschwiegen habe.

Ich kann mir das gar nicht vorstellen, wie es wäre, hier zu sprechen.

Wenn ich hier spreche, erwarten alle, dass ich es dann auch bald überall anders können muss.

Ich habe Angst, dass Emma/ Paula vielleicht sauer ist, wenn ich schneller anfangen als sie.

Ich habe Angst, dass Emma / Paula vielleicht früher spricht als ich.

0 = stimmt gar nicht

1 = stimmt ein bisschen

2 = stimmt sehr

Abbildung 3: Mögliche Gründe für bzw. gegen das Sprechen

endlich mehr Vorteile bieten würde als das Schweigen. Von da an ist die Entscheidung zu sprechen bei beiden da, aber die Frage der Umsetzung muss noch geklärt werden. Auch hier verhandeln wir zunächst jeweils mit beiden allein. Paula und Emma sind sich einig, dass sie gleichzeitig beginnen und dies auch zusammen, das heißt in der Vierer-Konstellation, tun wollen. Um die Spielsituation zu klären, schicken wir jeder einen Brief mit einer Auswahl von Möglichkeiten (Abb. 4), wobei sie die jeweiligen Spiel- und Sprechideen durch Smilies anhand einer 5er-Skala bewerten sollten. Die von beiden als sehr gut oder gut bewerteten Spiele kommen in die engere Wahl.

„So, jetzt müssen wir zusammen überlegen, welches Spiel wir für die nächste Woche auswählen.“ Paula wählt ein Tierratespiel, bei dem die beiden Mädchen sich ein Tier auswählen sollen und Frau Bahrfeck bzw. Frau Kresse abwechselnd Fragen zu dem Tier stellen, die Paula und Emma mit „ja“ und „nein“ beantworten müssen. Emma entscheidet sich für Verstecken auf dem Uniflur, wobei die Versteckten versuchen sollen, an dem Suchenden unbemerkt vorbei zurück in den Therapieraum zu kommen und beim Anschlagen auf dem Tisch „frei“ zu rufen. Da wir ein gemeinsames Spiel für beide finden müssen, lösen wir: Paula gewinnt und auch Emma ist einverstanden.

Berücksichtigung der Dynamik innerhalb der Zwillingsbeziehung

Im Laufe der Therapie lernen wir Paula und Emma so gut kennen, dass wir Unterschiede nicht nur in ihrem Äußeren, sondern auch in den Persönlichkeiten ausmachen können. An sich ist Paula zwar der dominantere Zwilling, jedoch berichten die Eltern auch von verschiedenen Phasen der Mädchen, in denen mal mehr die eine und mal mehr die andere stärker sei. Können wir die **aktuelle Dynamik innerhalb der Beziehung** zwischen beiden ausmachen, versuchen wir sie **für den Therapieprozess zu nutzen**, indem wir die aktuell „Stärkere“ einen Schritt machen lassen, dem die andere folgen soll. Hier nutzen wir die Zwillingsbeziehung als nicht länger nur blockierenden, sondern aufgrund der **natürlichen Konkurrenz auch als befruchtenden Faktor**.

Paula entscheidet sich, für Therapie und Schule eine DVD aufzunehmen, auf der sie sprechen möchte. Diese Idee findet Emma toll und macht mit. Es entsteht eine gemeinsame DVD mit abwechselnden Filmsequenzen von beiden, in denen sie jeweils etwas aus der Lesefibel vorlesen und sich dabei zwischenzeitlich mit dem filmenden Papa unterhalten. Beide sind stolz und schaffen es, ihre Filme uns beiden sowie auch ihren Klassenlehrerinnen vorzuspielen.

In unseren Gesprächen über die aktuelle Stimmung, den Verlauf der letzten Woche und das bevorstehende Wochenende wird Emma zunehmend kommunikativer, indem sie Fragen von Frau Kresse nicht nur mit Nicken und Kopfschütteln, sondern auch durch Schreiben und Malen beantwortet. Paula lässt Frau Bahrfeck hingegen weiterhin so lange raten, bis diese jeweils die richtige Antwortvorgabe machen kann. Innerhalb eines Gespräches darüber zu Hause erklärt Paula, sie solle bei Frau Bahrfeck gar nichts schreiben, was nach dem Austausch zwischen Therapeutin und Mutter in der darauf folgenden Sitzung in der Therapie angesprochen wird. „Paula, hast du gedacht, du solltest hier nicht schreiben oder malen wie Emma? Das hast du dann aber falsch verstanden. Es wäre toll, wenn du auch schreiben würdest, dann können wir uns – so lange du hier noch nicht sprichst – viel einfacher unterhalten!“ Paula lächelt und schüttelt den Kopf. Es stellt sich heraus, dass sie noch nicht schreiben mag, weil sie das oftmals hilflose Raten der Therapeutin genießt.

Auch kurz vor dem Durchbruch zum Sprechen wollen wir uns die Dynamik zwischen Paula und Emma zu Nutze machen. Da Emma in dieser Phase deutlich kommunikativer ist als Paula und uns auch unbeschwerter und mutiger erscheint, wählen wir sie aus, im Rahmen des Tierratespiels als Erste eine Frage mit JA oder NEIN zu beant-

Galgenmännchen

Frau Bahrfeck und Frau Kresse denken sich abwechselnd ein Wort aus. Wir malen dann so viele Striche an die Tafel, wie das Wort Buchstaben hat. Emma (Paula) und du müsst Buchstaben raten. Wenn sie richtig sind, könnt ihr bald das Wort lösen. Sind sie falsch, dann malen wir immer einen Strich vom Galgenmännchen an die Tafel. Wenn ihr es schafft, das Wort heraus zu finden, dürft ihr euch von verschiedenen Preisen etwas aussuchen.

Verstecken mit Geräuschen

Ihr könnt aus dem Versteck heraus irgendetwas Lustiges rufen, z. B. Elefantengeräusche („Töröööh!“). Oder ihr könntet falsche Verstecke sagen („Bin in der Schublade!“).

Verstecken mit Freilaufen

Wenn wir Verstecken mit Freilaufen spielen, könnt ihr „Stopp“ rufen, sobald ihr an der Freilaufstation angekommen seid.

Tücherspiel

Wir sitzen jeder auf einem Stuhl. Einer steht in der Mitte, wirft ein Tuch hoch und ruft dabei den Namen von einem der anderen drei. Derjenige muss schnell aufstehen und versuchen, das Tuch zu fangen, bevor es runter fällt.

Murmelbahn

Wir bauen eine große Murmelbahn aus Heulrohren, Schaumstoffelementen, Seilchen usw. Jeder muss die Strecke mit seiner Murmel durchlaufen und wir stoppen die Zeit. Wenn man am Ziel angekommen ist, muss man „Stopp“ sagen.

Uno

Wir spielen zusammen Uno. Dabei sagt jeder immer die Farbe, die er sich wünscht. Außerdem sagt man „letzte Karte“ und „Uno“.

Fangen

Wir verteilen Stühle, Tische, Schaumstoffelemente und andere Materialien und spielen Fangen im Raum, ohne den Boden zu berühren. Wenn wir jemanden gefangen haben, müssen wir den Namen der Person sagen, damit immer alle wissen, wer wann dran ist.

Topf schlagen

Ein Topf mit einem Preis wird im Raum versteckt. Frau Kresse (Frau Bahrfeck) und ich haben die Augen verbunden. Wir müssen beide gleichzeitig den Topf suchen. Paula sagt „heiß“ und „kalt“ für Frau Bahrfeck, und Emma sagt es für Frau Kresse. Weil das gleichzeitig passiert, ist es für uns ganz schwer herauszufinden, wer was sagt und wer gerade in die richtige Richtung krabbelt. Mal sehen, wer von uns als Erster den Topf finden würde.

Zaubertrick

Ihr könntet uns den Zaubertrick mit dem Farbwürfel vorführen und müsstet dabei die Farbe benennen, die ihr riecht, hört und fühlt.

Tierratespiel

Du und Emma (Paula) denkt euch ein Tier aus, das ihr seid. Frau Bahrfeck und Frau Kresse müssen 5 Fragen stellen, auf die ihr „ja“ oder „nein“ antworten könnt (z. B. „Habt ihr ein Fell?“). Dann versuchen wir heraus zu finden, welches Tier ihr seid.

Vorlesen

Du und Emma (Paula) könntet kleine Texte aus dem Lesebuch aussuchen und sie uns vorlesen. Vielleicht könnt ihr sogar jede immer abwechselnd ein Wort vorlesen.

Abbildung 4: Mögliche Spiele für das erste Wort

worten. Trotzdem bleibt es bis zum ersten gesprochenen Wort spannend, ob wir mit dieser Einschätzung der Zwillingsdynamik und des Einstiegs in das Sprechen richtig liegen.

Schluss und Ausblick: Gemeinsam sprechen!

Nachdem wir lange auf diese Sitzung hingearbeitet haben, ist es nun endlich so weit: Emma und Paula möchten heute sprechen. Als sie sich auf ein gemeinsames Tier geeinigt haben, das wir nun erraten sollen, kann das Spiel beginnen. Frau Kresse stellt die erste Frage an Emma: „Hat das Tier ein Fell?“ Emma schweigt, Paula auch, ebenso bei der Wiederholung der Frage. Daraufhin schlagen wir verschiedene Alternativen vor, um die Situation leichter zu machen. Zunächst wird ein Sichtschutz erstellt – die beiden setzen sich in die Kuschelecke hinter der Kommode. Immer noch antwortet Emma auf die Frage nicht. Beide entschließen sich, beim nächsten Versuch gleichzeitig zu antworten, was zu-

nächst wieder nicht gelingt. Wir verstärken den Sichtschutz, indem die beiden sich eine Höhle bauen und schließlich wir noch im Zelt sitzen. Nach vielen Versuchen kommt auf unsere Frage endlich ein zaghaftes zweistimmiges, allerdings von einer der beiden angeführtes „nein“. Sie haben es gemeinsam geschafft!

In der Filmaufnahme sehen wir später, dass Paula hier die „Anführerin“ war und auch diejenige, die Emma bei den vorherigen Versuchen oft leicht geboxt hat, wenn diese nicht allein bzw. mit ihr zusammen antwortete. Sie zeigte auf beide und zählte mit den Fingern bis drei, um die Schwester zum gemeinsamen Antworten zu animieren. Schließlich ist es ihr gelungen!

Der schlussendlich doch von beiden gemeinsam gemeisterte Durchbruch zum Sprechen zeigt im Nachhinein noch einmal, wie hartnäckig das Schweigen zu zweit gewesen ist und wie viel intensive und sensible Vorbereitung es gebraucht hat, damit beide gemeinsam den ersten Schritt heraus wagen konnten. Bezüglich der aktuellen Dynamik haben wir uns verschätzt. Denn obwohl

Emma uns in den letzten Wochen kommunikativer und offener erschien, ist Paula diejenige, die den deutlicheren Entschluss zum Sprechen gefällt hatte. Im Folgenden wird es wiederum Emma sein, die immer öfter kleine und „nicht abgesprochene“ Schritte nach vorne macht. Eine zunächst irritierte Paula folgt ihr dann meistens, um nicht hinten anzustehen. Hier zeigt sich die enge Beziehung nicht mehr blockierend, sondern förderlich für den Therapieprozess.

Inzwischen sprechen Paula und Emma zwar in der Anfangssituation noch ein wenig zögerlich, aber im Verlauf der Therapiestunde spontan und frei mit uns. Aktuell arbeiten wir in enger Vernetzung mit Eltern und Klassenlehrerinnen am Transfer in die Schule. Auch hier ist Paula die Vorreiterin, die zuerst den Entschluss getroffen hat, mit ihrer Lehrerin zu sprechen. Da nun aber Emma Schwierigkeiten hat, dass Paula bereits weiter in ihrer Entscheidungsfindung ist als sie, will Paula auf die Schwester warten. Die beiden stellen sich mit unserer Hilfe eine gegenseitige Sprecherlaubnis für die

Schule aus und vereinbaren zwar verschiedene Sprechaufgaben, die aber am selben Tag von beiden Lehrerinnen umgesetzt werden und auf Anhieb gelingen. Das Sprechen im Rahmen der Klassengemeinschaft steht noch aus und wird das nächste vordringliche Ziel der Therapie sein.

Was Paula und Emma bislang für das Schweigen und Sprechen gelernt haben, wird sich verselbstständigenden und generalisierende Effekte zeigen. Sie werden die Erfahrungen auf andere Situationen übertragen können und immer besser in der Lage sein, ihr Leben miteinander und gleichzeitig unabhängig voneinander zu leben. Eine Sprachtherapie, die zwillingspezifische Besonderheiten berücksichtigt und entsprechende didaktische Elemente implementiert, bedeutet demnach mehr als „nur“ den einen Zwilling (zeitlich) unabhängig von oder gemeinsam mit dem anderen aus dem Schweigen herauszuführen. Über die direkten sprachtherapeutischen Interventionen wird – zwangsläufig – mit auf das „System Zwilling“ Einfluss genommen. Was beide Partner im „schweigenden System“ eng verbindet, verändert sich im „sprechenden System“ Schritt für Schritt zu Gunsten einer größeren (kommunikativen) Flexibilität und Autonomie des einzelnen „Systemteils“, und damit ändert sich auch das System insgesamt. Der Weg zum selbstbestimmten Zwillings-Individuum wird vorbereitet, eröffnet und schließlich auch „geprobt“.

Gestärkt durch die gemeisterten Leistungen und vor dem Hintergrund einer guten sozialen Einbettung in Familie und Freundeskreis haben Paula und Emma deshalb gute Chancen, das Schweigen vollständig zu überwinden. Ebenso sind sie hinreichend gut für ihren weiteren jeweils „eigenen“ gemeinsamen Lebensweg gerüstet.

Literatur

- Bahr, R. (2006): *Schweigende Kinder Verstehen - Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus*. 4. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Bahrfeck-Wichitill, K. & Subellok, K. (2005): *Kleine Freunde, verlorene Löwen und freche Elefanten: »Geschichten« aus dem Sprachtherapeutischen Ambulatorium*. In: Subellok, K.; Bahrfeck-Wichitill, K. & Dupuis, G. (Hrsg.): *Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis? Ausbildung akademischer Sprachtherapeutinnen in Dortmund*. Oberhausen: Athena.
- Bahrfeck-Wichitill, K. (2007a): *Juliens Haus, mein Haus und der Raum dazwischen*. In: Katz-Bernstein, N., Meili-Schneebeli, E. & Wyler-Sidler, J. (Hrsg.): *Mut zum Sprechen finden*. Therapie-

tische Wege mit selektiv mutistischen Kindern (122-140). München: Ernst Reinhardt.

- Bahrfeck-Wichitill, K. (2007b): *Ein Ende ohne Abschied - Phillip inmitten systemischer Verstrickungen*. In: Katz-Bernstein, N., Meili-Schneebeli, E. & Wyler-Sidler, J. (Hrsg.): *Mut zum Sprechen finden*. Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern (191-208). München: Ernst Reinhardt.
- Brand, H. (2009): *Mutismus - schweigende Kinder und Jugendliche im Gespräch*. Erfahrungen mit Gruppen. Lengerich: Pabst.
- Feldmann, D. & Kramer, J. (2009): *Die Erweiterung von Handlungsfähigkeit - ein grundlegendes Ziel in der systemisch-kooperativen Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus*. mitSPRACHE 3, 25-36.
- Garbani Ballnik, O. (2009): *Schweigende Kinder*. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hartmann, B. (Hrsg.) (2008): *Gesichter des Schweigens - Die Systemische Mutismus-Therapie/SYMUT als Therapiealternative*. 2. Aufl. Idstein: Schulze-Kirchner.
- Katz-Bernstein, N. (1995): *Das Konzept des "Safe Place" - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie*. In: Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (Hrsg.): *Praxis der Integrativen Kindertherapie*. Integrative Kindertherapie zwischen Theorie und Praxis. Bd. II. (111-141). Paderborn: Junfermann.
- Katz-Bernstein, N. & Zaepfel, H. (2004): *Ali und sein Schweigen - Aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Lehrbuch der Gestaltpsychotherapie (369-390). Wien: Facultas.
- Katz-Bernstein, N. (2007): *Selektiver Mutismus bei Kindern*. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. 2. überarb. Aufl. München [u.a.]: Ernst Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N., Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K. & Wagner, C. (2009): *Leonardo - Schweigen zwischen den Kulturen*. Einzelfallorientierte Förderung eines selektiv mutistischen Schülers. mitSPRACHE 3, 5-23.
- Katz-Bernstein, N., Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K. & Kresse, A. (in Vorbereitung): *DortMuT: Dortmunder Mutismus-Therapie*. Interaktion - Sprachhandlung - Vernetzung.
- Kroppenberg, D. (1987): *Das dialogische Moment im menschlichen Spracherwerb mit einer kasuistischen Studie über dreizehnjährige eineiige Zwillinge mit selektivem Mutismus*. In: Landesgruppe Rheinland (Hrsg.): *Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen* (284-299). Hamburg: Wartenberg.
- Lepper, H. & Braun-Schram, H. (2009): *Integrative Mutismus-Therapie (IMT)*. Mutismus.de 1, 12-15.
- Mora, G., DeVault, S. & Schopler, E. (1962): *Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 3, 1, 41-52.
- Schröder, A. (2007): *Alexander bleibt dazwischen*. In: Katz-Bernstein, N., Meili-Schneebeli, E. & Wyler-Sidler, J. (Hrsg.): *Mut zum Sprechen finden*. Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern (170-190). München: Ernst Reinhardt.

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

- Subellok, K., Kresse, A. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2010): *Gemeinsam schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen*. Teil I: Spezifische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens. Sprachheilarbeit, 55, 3, 110-120.
- Tachibana, R., Nakamura, K., Shichiri, K. & Usuda, S. (1982): *Elective Mutism in Identical Twins*. Japanese Journal of child and adolescent psychiatry, 23, 277-286.
- Tomasello, M. (2006): *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Original: *The Cultural Origins of Human Cognition*. Cambridge 1999).
- Züllig, T. (Hrsg.) (2007): *Zwillinge finden ihren eigenen Weg*. Fakten, Erfahrungen und Denkanstöße zur Individualisierung von Zwillingkindern. Vor- und Nachteile gemeinsamer und getrennter Einschulung. 5. überarb. Aufl. Oberglatt: Twinmedia.

Internetquellen

- Elternkommentar der Familie K.
URL: <http://www.mutismus-therapie.de/12.html>
(Aufruf am 07.06.2010).

Korrespondenzadresse

Dipl.-Päd. Kerstin Bahrfeck-Wichitill
Anja Kresse, B.A. Rehabilitationspädagogik
Priv.-Doz. Dr. Katja Subellok
Technische Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen
Postfach 500500
44221 Dortmund

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

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

Anja Kresse ist B.A.-Rehapaedagogin und arbeitet als wissenschaftliche Hilfskraft im Sprachtherapeutischen Ambulatorium der TU Dortmund. Sie ist in einer sprachtherapeutischen Praxis als Sprach- und Dyslexietherapeutin tätig und Studentin im Masterstudiengang Klinische Linguistik an der Universität Bielefeld. Schwerpunkte: selektiver Mutismus, Spracherwerbs- und Lese-Rechtschreibstörungen.

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



Die prothetische Behandlung der velopharyngealen Insuffizienz bei Spaltbildungen. Ein Diskussionsbeitrag

Susan Schelten-Cornish, Pfaffenhofen

Ziel dieses Beitrages ist es, eine Diskussion über eine in Deutschland weitgehend unbekannte Behandlungsmethode anzustoßen. Ich bin akademische Sprachtherapeutin (dbs) in niedergelassener Praxis in Pfaffenhofen/Ilm. Im Jahr 1976 schrieb ich meine Diplomarbeit an der Universität Marburg über die Behandlung von Gaumenspalten im englischsprachigen Raum.

Zu diesem Thema gehören auch Möglichkeiten der Sprachverbesserung *nach* der primären chirurgischen Behandlung. Die Bedeutung der akademischen Sprachtherapeuten bzw. Logopäden war dort wie hier, damals wie heute, sehr hoch. Die diagnostischen Verfahren, die chirurgischen Methoden und die Methoden der Sprachbehandlung haben sich dort wie hier natürlich in 30 Jahren erheblich weiterentwickelt.

Heute wie damals fehlt aber in Deutschland die Grundhaltung, dass eine prothetische Behandlung von velopharyngealer Insuffizienz aufgrund von Spaltbildung unter gewissen Umständen eine brauchbare Alternative darstellt. Dabei wurden Fortschritte auf dem Gebiet der prothetischen Behandlung von velopharyngealer Insuffizienz gerade in Deutschland durch Vogel und Sauerermann (Vogel et al. 1996) gemacht.

Diese Behandlung wird in England, Canada, den Vereinigten Staaten und anderen Ländern als alternative sprachverbessernde Behandlungsmethode *in Ausnahmefällen* angewendet. Damit hier keine Missverständnisse entstehen: Chirurgische Behandlung bleibt die Methode der Wahl.

Warum überhaupt von Prothesen sprechen? Laut der Selbsthilfevereinigung Wolfgang Rosenthal Gesellschaft (persönliche Korrespondenz, Februar 2009) bezeichnete Rosenthal¹ Prothesen als „eine Art Krücke“. Diese Beschreibung ist absolut zutreffend

für einen Behandlungsweg, der entweder nur in Ausnahmefällen oder nur vorübergehend gegangen wird. Bezeichnenderweise kommt aber auch die Orthopädie – auch in Deutschland – nicht ohne Krücken aus.

Was ist eine sprachverbessernde Prothese? Sie besteht aus einem vorderen und einem hinteren Teil. Der vordere, palatale Abschnitt aus zahntechnischem Acryl liegt am harten Gaumen an und wird durch Klammern aus einer Stahllegierung an den Zähnen gehalten.

Der hintere Teil erweitert die Prothese Richtung Rachenraum. Es gibt verschiedene Möglichkeiten für die Gestaltung dieses hinteren Teils. Er kann ein „Palatal Lift“ sein, welcher die Aufgabe hat, den weichen Gaumen anzuheben. Bei anderen Patienten trägt die Sprachprothese einen „speech bulb“ oder „Sprechbirne“. Diese gerundete Erweiterung der Prothese ragt in den Rachenraum hinein und ermöglicht einen Verschluss des Rachenraums auch dann, wenn der weiche Gaumen zu kurz ist. So kann mit der erhaltenen Restfunktion ein für das Sprechen ausreichender velopharyngealer Verschluss erzielt werden. Dieser Verschluss ergibt bekanntlich die Trennung von Nasen- und Mundraum und ist notwendig für eine normale Resonanz und Artikulation.

Die Nachteile einer Prothese sind: die Notwendigkeit der Anpassung an den Fremdkörper im Mund, die Notwendigkeit der Pflege, die Möglichkeit einer nachteiligen Auswirkung auf die Zähne bei nicht ausreichender Pflege, und die Notwendigkeit regelmäßiger Nachuntersuchungen. Bei Kindern besteht durch das Wachstum zusätzlich die Notwendigkeit der regelmäßigen Größenanpassung.

Die Vorteile einer Prothese sind eine schnelle Unterbindung von schlechten Sprechgewohnheiten und eine Förderung der oralen Stereognose. Auch übt eine Prothese keine nachteiligen Wirkungen auf das Wachstum aus, so dass sie in Fällen eingesetzt werden können, in denen negative

Auswirkungen von nach der Chirurgie bestehendem Narbengewebe zu befürchten sind. Schröter-Morasch & Ziegler (2005) berichten auch von der Möglichkeit einer stimulierenden Wirkung, so dass nach einiger Übung die Prothese in einigen Fällen nicht mehr notwendig ist. Auch Tachimura et al. (2002) berichten von einer Steigerung der Muskelaktivität durch die Prothese.

Eine gut angepasste, wirkungsvolle Prothese ist genauso abhängig von einem erfahrenen Prothodontisten wie ein gutes chirurgisches Ergebnis abhängig ist vom erfahrenen Operateur. Laut Bressmann² (persönliche Korrespondenz, November 2009) stellen in Canada einige Zentren, wie zum Beispiel das COMPRU (Craniofacial Osseointegration and Maxillofacial Prosthetic Rehabilitation Unit) in Edmonton, Canada, routinemäßig Prothesen für die Behandlung von velopharyngealer Insuffizienz her. In England gebraucht zum Beispiel das Great Ormond Street Hospital in London laut Sell et al. (2006) Prothesen bei den Fällen, in denen ein chirurgischer Eingriff kontraindiziert ist bzw. auch als vorübergehende Lösung.

Es muss immer betont werden: Der chirurgische Eingriff ist in aller Regel vorzuziehen. Denn die meist lebenslang andauernde Mitarbeit und Eigenverantwortung bei einem erfolgreichen Einsatz einer Prothese sind und bleiben erheblich. Prothesen stellen nur bei einigen der folgenden Patienten eine wirkliche Alternative dar:

- die eine Narkose nicht vertragen
- die nach der primären Reparatur erhebliches Narbengewebe aufweisen
- die einen chirurgischen Eingriff ablehnen
- die einen chirurgischen Eingriff aus medizinischen Gründen zeitlich aufschieben müssen

¹ Rosenthal, W., Kieferchirurg, 1882 – 1971, Namensgeber der Selbsthilfeorganisation, entwickelte neue Behandlungsmethoden, forderte interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.

² Bressmann, T., Associate Professor, Dept. of Speech-Language Pathology, University of Toronto; Adjunct Scientist, Research Institute of the Toronto Rehabilitation Institute; Editor, *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*; Lehrbeauftragter, Ludwigs-Maximilians-Universität, München.

- die persistierende Fistulae aufweisen
- die ein bleibend schlechtes sprachliches Ergebnis nach einer ersten sprachverbessernden Operation zeigen.

Spaltträger mit breiten Spalten mit Defizienz des weichen Gaumens, mit breiten Spalten mit hohem Vomer, mit neuromuskulären Defiziten, mit schlechten chirurgischen Ergebnissen (Mazaheri 2007) oder mit unerwünschten Folgen der Chirurgie (Artopoulou et al. 2005) können auch für eine prothetische Behandlung in Frage kommen. Auch in diesen Ausnahmefällen bleiben die Mitarbeitsfähigkeit und -bereitschaft sowie die Motivation entscheidend.

Im Laufe meines Berufslebens in Deutschland habe ich viele Lippen-Kiefer-Gaumen-Patienten behandelt. Nicht alle haben sich mit Sprachtherapie genügend verbessern können; so wurden einige zu sprachverbessernden Operationen überwiesen. Nach dem Eingriff war bei vielen, aber nicht bei allen, die Sprechweise ausreichend verbessert. Nochmalige Sprachtherapie konnte wieder nicht allen dieser Patienten helfen. Versuche meinerseits, bei letztendlich nicht ausreichenden sprachlichen Ergebnissen eine prothetische Behandlung anzuregen, scheiterten immer an der ablehnenden Haltung aller anderen an der Behandlung beteiligten Fachleuten. Nach Gesprächen mit ihnen konnten die Eltern nie zu einem Diagnosetermin überredet werden.

Zur Zeit habe ich ein siebenjähriges Mädchen mit durchgehender einseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in Behandlung. Beim chirurgischen Eingriff zur primären Korrektur der Spalte infizierte sich das Mädchen mit einem behandlungs-resistenten „Krankenhauseskeim“. Im Verlauf der schweren Erkrankung ging die Naht zum Teil wieder auf; die Wundheilung wurde insgesamt verschlechtert.

Das Mädchen ist motiviert und sprachbegabt; die Mitarbeit der Familie ist gut. Die anfangs unverständliche, stark hypernasale Aussprache mit multiplen Artikulationsfehlern hat sich sehr verbessert. Mit Hilfe einer verlangsamt Sprechgeschwindigkeit gelingt es nun, alle Laute in zusammenhängender Sprache richtig einzusetzen.

Eine velopharyngeale Insuffizienz ist allerdings noch gegeben. Der Stimmklang ist noch hypernasal; es entweicht Luft durch die Nase. So wurde bei der letzten Kontrolluntersuchung vom Chirurgen eine sprachverbessernde Operation vorgeschlagen, mit der unglücklich gewählten Formulierung: „Sie wollen doch ein perfektes Ergebnis für Ihr Kind!“ Die Eltern haben sich informiert und haben sich dann gegen diesen Eingriff ent-

schieden. Denn erstens haben sie die sehr schlechte Erfahrung der letzten Operation keineswegs vergessen.

Und zweitens liegt die Erfolgsrate der sekundären Eingriffe zur Sprachverbesserung lediglich bei etwas über 80%: verschiedene Quellen geben verschiedene Zahlen an (zum Beispiel Isotalo et al. 2007, Küttner et al. 2003). Tönz et al. (2002) zum Beispiel haben den sprachlichen Erfolg eines sprachverbessernden Eingriffes bei 23 Patienten durch Experten und Nichtexperten einschätzen lassen. Die Experten fanden, 87% der Kinder zeigten eine verbesserte Sprechweise nach dem Eingriff. Die Nichtexperten schätzten dagegen 83% als verbessert ein.

Die obige Formulierung eines „perfekten Ergebnisses“ ist auch deshalb unglücklich, weil nach Einschätzung der Experten **keines** der Kinder eine normale Sprache nach dem Eingriff erreichte. Die Schlussfolgerung der Autoren ist, dass eine Verbesserung, aber keine Normalisierung der Sprache von diesem Eingriff zu erwarten ist. Die Eltern des Kindes finden das Risiko zu hoch, um einen Eingriff mit dieser statistischen Erfolgserwartung vornehmen zu lassen. Sie möchten weiterhin Sprachtherapie durchführen lassen, weil sich die Sprechweise des Kindes bei jeder Therapiepause bis hin zu Unverständlichkeit verschlechtert.

Ich selber bin also jetzt in einem ethischen Dilemma. Bei motivierter Mitarbeit ist vieles über qualifizierte Sprachtherapie zu erreichen, aber fehlenden physiologischen Voraussetzungen ersetzt sie nicht.

In Deutschland wird die sprachverbessernde Prothese von vielen Experten „nicht als alternative ... Behandlung, sondern eher als nicht notwendig angesehen“ (Wolfgang Rosenthal Gesellschaft³, persönliche Korrespondenz, Feb. 2009). Diese Behandlungsmethode entspricht aber dem gegenwärtigen Stand der internationalen Forschung über velopharyngeale Insuffizienz. Und die betroffenen Ausnahmefälle gibt es auch hier.

Demzufolge ist in Deutschland eine Handlungsänderung notwendig, so dass Ausnahmefälle, denen die Chirurgie nicht helfen kann, routinemäßig auf eine prothetische Behandlungsfähigkeit hin geprüft werden.

Literatur

Artopoulou, I., Higuera, S., Martin, J., Stal, S., Chambers, M. (2005): Postsurgical use of prosthetic pa-

latal appliances. Two case reports. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 30 (2) 105 – 108.

Isotalo, E., Pulkkinen, J. & Haapanen, M. (2007): Speech in 6 Year Old Children With Sub-Mucous Cleft Palate. *Journal of Craniofacial Surgery*. 18(4), 717-722. <http://medpro.smiletrain.org/library/images/JCS18-4-717.pdf> Jan 2008.

Küttner, C., Brücher, J., Lüerßen, K., Ptok, M. & Hausamen, J.-E. (2003): Langzeitergebnisse nach Velopharyngoplastik bei Patienten mit Spaltbildungen des Gaumens. *Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie* 7 (2), 76 – 82.

Mazaheri, M. (2007): Prosthetic Speech Appliances for Patients with Cleft Palate, Cleft Lip and Palate. In: Berkowitz, S. (ed) *Cleft Lip and Palate, Diagnosis and Management* (719–733). 2nd Edition Berlin: Springer.

Schröter-Morasch, H. & Ziegler, W. (2005): Rehabilitation of impaired speech function (dysarthria, dysglossia) *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery* 4: Doc15. <http://www.egms.de/en/journals/cto/2005-4/cto000021.shtml> Jan 2008.

Sell, D., Mars, M. & Worrell, E. (2006): Process and outcome study of multidisciplinary prosthetic treatment for velopharyngeal dysfunction. *International Journal of Language & Communication Disorders* 41, 5 495-451.

Tachimura, T., Nohara, K., Fujita, Y. & Wada, T. (2002): Change in Levator Veli Palatini Muscle Activity for Patients With Cleft Palate in Association With Placement of a Speech-Aid Prosthesis. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 39, 5, 503–508.

Tönz, M., Schmid, I., Graf, M., Mischler-Heeb, R., Weissen, J., Kaiser G. (2002) *Blinded Speech Evaluation following Pharyngeal Flap Surgery by Speech Pathologists and Lay People in Children with Cleft Palate*. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 54, 288-295.

Vogel, M., Ziegler, W. & Saueremann, H. (1996): A redesign of the palatal lift prosthesis. Construction and outcome. Powell T. (ed) *Pathologies of speech and language. Contributions of Clinical Phonetics and Linguistics*. ICPLA, New Orleans.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Päd. S. Schelten-Cornish, B.A. (Hons.)
Akademische Sprachtherapeutin (dbs)
Zertifiziertes Mitglied der Canadian Assoc. of Speech-Language Pathologists and Audiologists
Holzmannstr. 14, Praxis: Quellengasse 6
85276 Pfaffenhofen

Susan Schelten-Cornish
Akademische Sprachtherapeutin, seit 1976 tätig in der Sprachtherapie und Therapiekonzeptentwicklung, seit 1980 eigene Praxis für alle Störungsbilder sowie mit den Schwerpunkten Stottern im Vorschulalter, spät sprechende Kinder, Erzählfähigkeit. Zu diesen Themen Publikationen und Fortbildungstätigkeit.
www.sprachtherapie-sc.de

³ Wolfgang Rosenthal Gesellschaft, Selbsthilfvereinerung für Lippen-Kiefer-Gaumen Fehlbildungen e.V.

Ein Kommentar aus der Sicht des Neurophonetikers: Die prothetische Behandlung der velopharyngealen Funktionsstörung bei dysarthrischen Sprechstörungen

Mathias Vogel, München

Einleitung

Eine dysarthrische Störung kann durch singuläre meistens jedoch durch multiple sprechmotorische Einschränkungen unterschiedlichen Ausmaßes gekennzeichnet sein. Relevante velopharyngeale Funktionsstörungen treten hingegen selten dissoziiert von Bewegungsstörungen der primären Artikulatoren (Unterkiefer, Lippen, Zunge) auf. Eine velopharyngeale Störung greift ab einem kritischen Ausmaß wie kaum eine andere Beeinträchtigung des Sprechapparats in die sprechmotorischen Prozesse ein. Ein unkontrolliertes Entweichen der Expirationsluft durch die velopharyngeale (vp.) Passage führt dazu, dass an den Hemmschwellen von Zunge und der Lippen nicht die charakteristischen Geräusche generiert werden. Dies kann zu massiver Verständlichkeitsminderung führen. Der geringe orale Luftstrom reduziert den sensorischen Input für Lippen und Zunge, sodass bei schweren dysarthrischen Störungen das Wiedererlernen differenzierter und zielgenauer Artikulationsbewegungen nicht erfolgen kann.

Das Problem der vp. Funktionsstörung und die Frage nach der adäquaten Behandlung umfassen völlig verschiedene Behandlungsansätze. Anders als für die Funktionen der primären Artikulatoren Lippen, Unterkiefer und Zunge bietet die konventionelle Übungstherapie relativ begrenzte Ansatzmöglichkeiten zur direkten Stimulation der velopharyngealen Bewegung. Operative Behandlungsverfahren (Velo-Pharyngoplastik) kommen mangels genügender vp. Restfunktion eher selten zum Einsatz.

Im Folgenden soll auf die Frage eingegangen werden, mit welchem Vorgehen ein effizienter vp. Verschluss erzielt werden kann.

Auswirkungen der velopharyngealen Funktionsstörung

Eine Funktionsstörung des Gaumensegels hat weitreichende Auswirkungen auf alle übrigen sprechmotorischen Funktionsein-

heiten. Die unzureichende Anhebung des Gaumensegels verändert je nach Störungsgrad nicht nur die Resonanz und die Lautcharakteristika, sondern auch die Bewegung und Koordination von Lippen und Zunge, der Atmung und des Kehlkopfs. Die veränderten aerodynamischen Verhältnisse reduzieren den akustischen Kontrast zwischen stimmhaften und stimmlosen bzw. geräuschhaften Segmenten. Nasaler Luftverlust und der daraus resultierende mangelnde intraorale Luftdruckaufbau hemmen je nach Störungsgrad der primären Artikulatoren (Unterkiefer, Lippen und Zunge) die Reorganisation differenzierter Artikulationsbewegungen. Die Erfahrung mit dem Behandlungsverlauf bei Patienten mit schwersten Artikulationsstörungen, die nach der Anpassung einer Gaumensegelprothese nach Jahren relativ erfolgloser logopädischer Therapie innerhalb von wenigen Wochen wieder gelernt haben zu artikulieren, unterstützt diese aerodynamisch begründete Hypothese. Der sensorische Input des Luftdrucks steuert sowohl den Grad der Konstriktion, den Lippen und Zunge zur Bildung von Verschluss- und Englauten normalerweise einnehmen, als auch das Timing. Wenn der Kontakt zwischen Artikulator und Artikulationsstelle unvollständig oder zeitlich verkürzt ist, liegt dafür die primäre Ursache nicht immer bei den Bewegungseinschränkungen von Lippen, Zunge und Unterkiefer. Bei zu geringem oralen Luftstrom ist eine stärkere Engebildung akustisch wenig wirkungsvoll und somit fehlt der Anreiz, über den Konstriktionsgrad von Halböffnungslauten hinauszugehen. Der daraus resultierende geringere Bewegungsaufwand und Ausformungsgrad erlaubt „schnellere“ Artikulationsbewegungen. Ein vorhandenes artikulatorisches Rückbildungspotenzial wird durch die Unterbrechung dieses Regelkreises nicht genügend aktiviert.

Fast regelhaft tendieren Patienten mit nasalem Luftverlust dazu, vermutlich als kompensatorische Reaktion, durchgängig stimmhaft mit einer Tendenz zu laryngealem Pressen zu sprechen und dabei unangemessen schnell und ungenau sowie voka-

lisierend zu artikulieren. Das durchgängige Phonieren führt zur Aufhebung der Kontraste zwischen stimmlosen (offene Glottis) und stimmhaften Lautfolgen. Die Kompensationshypothese wird durch die Erfahrung unterstützt, dass sobald der nasale Luftverlust, z.B. durch Aufsetzen einer Nasenklammer oder eben durch eine Gaumensegelprothese, gestoppt ist, die beschriebenen phonatorischen und artikulatorischen Symptome fast schlagartig abnehmen oder sogar verschwinden. Wahrscheinlich dient das Durchschleifen der Phonation, ebenso wie das vereinfachte und dadurch schnellere Artikulieren, dem Ziel, eine Sinnlichkeit ohne Atempause sprechen zu können. Die Glottis übernimmt weitgehend die Aufgabe, den ungehinderten Luftverbrauch zu steuern und als eine antagonistische Kraft zu den respiratorischen Kräften zu wirken, denn die expiratorischen Kräfte sind beim Sprechen in einen Regelkreis mit den artikulatorischen und laryngealen Hemmstellen eingebunden.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Yorkston et al. (2001) kommen in ihren Leitlinien zur Behandlung der velopharyngealen Funktionsstörung zu einem ernüchternden Urteil. Sowohl die vorliegenden Studien als auch Expertenmeinungen rechtfertigen nicht Stimulationsmethoden zur Hemmung oder Fazilitierung der Muskeln (Eis, Druck, Beklopfen, Streichen, Bürsten, passives Bewegen) sowie die Anwendung von nichtsprachlichen Übungsverfahren zur Kräftigung oder Luftstromkontrolle (ganzkörperliches Anspannen, Stoßen, Saugen, Pusten, Pfeifen, Blasen). Für operative Behandlungsmaßnahmen (einschließlich der Maßnahme zur Unterfütterung und Aufpolsterung der Rachenwände) können die Autoren die Indikation aufgrund schwacher Datenlage ebenfalls nur zurückhaltend stellen.

Eine operative Verengung der velopharyngealen Passage kann dann in Betracht gezogen werden, wenn durch geeignete introspektive (video-endoskopische) oder

bildgebende (röntgenvideographische) Verfahren genau bestimmt werden konnte, dass Gaumensegel und Rachenwände beim Sprechen genügend Restbewegung zeigen und zur Annäherung fähig sind. Eine Verbesserung der aerodynamischen Verhältnisse ist nur zu erwarten, wenn eine kritische Umlenkung des Luftstroms in den Mundraum durch die operativen Veränderungen in Kombination mit der muskulären Restfunktion erfolgt.

Die Anpassung einer Gaumensegelprothese (GSP) zählt zu den bewährten Methoden, um eine effektive Umlenkung des Luftstroms in den Mundraum zu erreichen. Es handelt sich allerdings um eine recht aufwändige Behandlungsform.

Die kritischen Faktoren bei der Anpassung einer Gaumensegelprothese sind die Verträglichkeit, die Wirksamkeit des velopharyngealen Abschlusses und der Zeitaufwand. Die Lösung dieser Probleme bestimmen die Motivation und Akzeptanz des Patienten für diese Maßnahme. Mit konventionellen, starren Konstruktionen sind diese Vorgaben nicht zufriedenstellend zu lösen. Selbst bei völliger Aufhebung der Willkürbewegungen des weichen Gaumens, der Rachenwände und der Zunge kontrahieren sich diese Muskeln beim Schlucken und anderen reflektorischen Manövern und drücken und reiben zwangsläufig gegen eine starre Extension. Nur bei einer Schädigung

des zweiten (peripheren) motorischen Neurons ist eine Abschwächung oder sogar Ausfall der reflektorisch und unwillkürlich ausgelösten Kontraktionen zu erwarten. Aber auch unter solch „günstigen“ Bedingungen ist mit normaler taktile Sensibilität oder Auslösbarkeit des Würgregreflexes und daraus resultierenden Unverträglichkeiten zu rechnen.

Die *Palatoflex*[™]-Prothese (Ziegler & Vogel 2010) erfüllt, verglichen mit anderen Gaumensegelprothesen, die gestellten Anforderungen nach unseren Erfahrungen noch am ehesten. Sie ist, was den Halteapparat betrifft, aufwändig und stabil konstruiert, damit sie an den oftmals unvollständigen Zähnen festen Halt findet und den täglichen Belastungen des mehrfachen Herausnehmens und Einsetzens standhält. Aufgrund der stabilen Konstruktion können wir die Konstruktion relativ filigran halten und decken den Gaumen in einem für die Artikulation nicht so kritischen Abschnitt ab. Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, wird der Gaumen durch den Halteapparat nicht in dem Artikulationsbereich abgedeckt, wo alveolare und präpalatale Konsonanten ihre Artikulationsstelle haben. *Palatoflex*[™] besteht im hinteren Abschnitt der Extension (Lamina) aus flexiblem Siliconkautschuk. Dieser Stoff hat nahezu ideale Eigenschaften. Er ist gewebefreundlich, beliebig formbar und passt sich durch hohe Elastizität perfekt an die anatomischen

Bedingungen an. Diese Eigenschaften garantieren eine hohe Erfolgsquote, was die Tolerierbarkeit und den velopharyngealen Abschluss betrifft. Das Behandlungsziel ist ein annähernd kompletter vp. Verschluss. In vielen Fällen zentral bedingter vp. Funktionsstörung ist mit wenig bis gar keinen Anhebungsbewegungen des Gaumensegels zu rechnen. Insofern ist es die Aufgabe des Prothetikers, einen kompletten Verschluss der vp. Passage zu erzielen. Die passive Anhebung des weichen Gaumens führt in den meisten Fällen zu keinem ausreichenden Verschluss der vp. Passage. Der notwendige intraorale Luftdruckaufbau ist dadurch nicht gewährleistet. Mit der flexiblen Lamina, die bis an die Rachenhinterwand reicht bzw. sich an diese anschmiegt, lassen sich die verbleibenden Lücken abdecken. Der komplette Verschluss kann zu Problemen mit den nasalen Konsonanten führen. Für diese Laute sollte normalerweise die Phonationsluft nasal abfließen können. Eine Normalisierung der Sprechfunktion ist aus diesem Grund nur annähernd zu erreichen. Bei ausgeprägten dysarthrischen Defiziten nehmen wir diesen Nachteil in Kauf. Ohne den sensorischen Input des oralen Luftdrucks können die feinmotorischen Fähigkeiten des Sprechapparates nicht oder nur unzureichend stimuliert werden. Nach unserer Erfahrung führen hingegen selbst der geringste nasale Luftverlust und der damit einhergehend orale Luftdruckabfall zu ungünstigen laryngealen, artikulatorischen und respiratorischen Anpassungen (Kompensationen). Die Möglichkeit, mit der Gaumensegelprothetik einen kompletten vp. Verschluss herbeizuführen, halten wir deshalb für einen entscheidenden Vorteil gegenüber der operativen Behandlung. Die GSP wird nur zum Sprechen getragen¹, danach nimmt der Patient die Prothese heraus und kann wieder frei durch die Nase atmen.

Unsere Erfahrungen mit der *palatoflex*-Technik beruhen überwiegend auf dem Einsatz bei mittlerweile über 150 dysarthrischen Erwachsenen. Darüberhinaus setzten wir diese Technik auch bei erwachsenen Patienten ein, denen Teile des weichen oder harten Gaumens nach Tumoresektion entfernt worden waren. Die wenigen Anpassungen, die wir bei Kindern mit Dysarthrie, bei ätiologisch unklarer vp. Dysfunktion oder submuköser Gaumenspalte vorgenommen hatten, blieben insofern erfolgreich, als diese



Abbildung 1: Ansicht einer Gaumensegelprothese Palatoflex[™] von oben. Sie besteht aus einem vorderen Teil, dem Halteapparat, und einem hinteren Teil, der Extension mit der Lamina. Der Halteapparat ist aus Stahl und besteht aus jeweils fünf Klammern. Diese aufwändige Konstruktion gewährleistet den nötigen Halt, um den Hebelkräften, die auf die Extension wirken, standzuhalten.

¹ Vorübergehend wird man zum Mundatmer, was von den meisten Patienten selbst dann in Kauf genommen wird, wenn sie Probleme mit der Speichelkontrolle haben.

sich nicht an den Fremdkörper gewöhnen konnten. Außerdem schienen diese Kinder bereits Anpassungen an die pathologischen aerodynamischen Verhältnisse entwickelt zu haben. Die abrupte Veränderung der aerodynamischen Verhältnisse schien sie eher zu irritieren als zu unterstützen. Ein weiteres Problem der Prothesenanpassung bei Kindern besteht darin, dass die Zähne bei Kindern noch kurz sind und eng stehen. Dadurch kann es schwieriger sein, der Prothese den nötigen Halt zu geben.

Zusammenfassung

Eine velopharyngeale Funktionsstörung kann sich dramatisch auf die Verständlichkeit und die Funktionsfähigkeit des Sprechapparates auswirken. Außerdem werden ohne den sensorischen Input des oralen Luftstroms und –drucks vor allem kompensatorische Prozesse und weniger die erwünschten motorischen Potenziale geweckt. Die Methoden konventioneller Übungsbehandlung scheinen nach Expertenmeinung selten erfolgreich zu sein und eher kompensatorische Verhaltensweisen zu festigen. Demgegenüber kann die prothetische Behandlung in relativ kurzer Zeit die Voraussetzung für eine effiziente logopädische Behandlung bewirken. Der Patient muss allerdings dafür einige Unannehmlichkeiten in Kauf nehmen. Nach unserer Erfahrung mit den bisher versorgten Patienten überwiegen die Vorteile die Nachteile.

Auf der Positivseite sind folgende Punkte zu nennen:

- Es muss (im Unterschied zum Einsatz der Velopharyngoplastik) keine velopharyngeale Restfunktion erhalten sein.
- Mit der elastischen Lamina von *palatoflex* ist ein vollständiger Verschluss herstellbar.

- Die prothetische Maßnahme ist reversibel: Ohne Risiko kann daher der Grundsatz realisiert werden, die GSP so früh wie möglich einzusetzen, um kompensatorische Mechanismen zu vermeiden und artikulatorische Potenziale zu stimulieren.
- Die Verletzungsrisiken sind gering.
- Gegenüber GS-Prothesen mit harter, nicht anschmiegsamer Extension bzw. Lamina ist die *palatoflex*-Technik verträglicher und präziser anzupassen. Mit der flexiblen Lamina können Lücken zwischen Gaumensegel und Rachenwand überbrückt werden.

Die Nachteile der GSP:

- Manche gewöhnen sich nur schwer an das Fremdkörpergefühl.
- Zum Essen muss die Prothese herausgenommen werden.
- Es muss durch den Mund geatmet werden.
- Die Speichelproduktion nimmt (meist vorübergehend) zu.
- Nasale Konsonanten werden entstellt, der Stimmklang kann hyponasal sein.
- Der orale Luftstrom demaskiert die artikulatorischen Fehler.
- Die Prothese muss gepflegt und gewartet werden.
- Vor allem jüngere Patienten stören sich an den kosmetischen Nachteilen.

Während der vergangenen 25 Jahre haben Langzeitverläufe gezeigt, dass nach einigen Jahren des Sprechens mit GSP manche Patienten auf die Prothese nicht mehr angewiesen waren. Diese Patienten hatten die Erfahrung gemacht, dass sich ihre Verständlichkeit ohne oder mit GSP im Alltag nicht mehr unterschied.

Bei einigen wenigen Patienten, die die GSP über einen längeren Zeitraum konsequent beim Sprechen getragen hatten, stellte

sich wieder Gaumensegelfunktion ein, jedoch ohne dass es zu einem kompletten vp. Verschluss kam. Diesen Patienten empfehlen wir die sprechunterstützende Operation (Velopharyngoplastik). In einzelnen Fällen hat die Operation zur Reduktion der Hypernasalität geführt. Eine Normalisierung der Resonanzverhältnisse und der Luftstromsteuerung war im Beobachtungszeitraum hingegen nie zu beobachten.

Literatur

Yorkston, K.M., Spencer, K.A., Duffy, J.R., Beukelman, D.R., Golper, L.A., Miller, R.M., Strand, E.A. & Sullivan, M. (2001): Evidence-Based Practice Guidelines for Dysarthria: Management of Velopharyngeal Function. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 9, 257-273.

Ziegler, W. & Vogel, M. (2010): *Dysarthrie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Korrespondenzadresse

Dr. Mathias Vogel
Klinik für Neuropsychologie
Städt. Klinikum Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Dr. Mathias Vogel, Neurophonetiker und Klinischer Linguist, arbeitet seit 1980 in dem Bereich der neurologisch bedingten Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen sowie auditiven Wahrnehmungsstörungen am Städtischen Krankenhaus Bogenhausen in der Abteilung für Neuropsychologie. Ein herausragender Schwerpunkt ist die Behandlung von jugendlichen und erwachsenen Patienten mit Dysarthrie nach neurophonetischen Prinzipien.

Zusammen mit dem Zahnarzt Heinz Saueremann hat er die bis dahin in Deutschland noch kaum praktizierte Anwendung der Gaumensegelprothetik eingeführt und über zwei Jahrzehnte weiter entwickelt. Die Ergebnisse der gemeinsamen Entwicklungsarbeit wurden in zahlreichen Fortbildungen und Fachtagungen sowie in Fachpublikationen vorgestellt.

Die prothetische Behandlung der velopharyngealen Insuffizienz bei Spaltbildungen aus der Sicht des Operateurs

Robert Sader, Frankfurt am Main

In Ergänzung zu dem Diskussionsbeitrag von Mathias Vogel, der umfassend die funktionellen Vor- und Nachteile einer Gaumensegelprothese wissenschaftlich fundiert darstellt, möchte ich folgende weitere Punkte aus Sicht eines Arztes diskutieren.

In Deutschland herrscht die Heilfreiheit, d.h. jeder Therapeut darf therapeutische Verfahren seiner Wahl einsetzen, solange der Patient hierzu ausreichend aufgeklärt wird und sein Einverständnis dazu erteilt. Die juristische Verantwortung über die Behandlung verbleibt aber dabei immer beim Behandler. Da die Indikation für eine sprechunterstützende Operation ebenso wie die Anfertigung einer Gaumensegelprothese immer zumindest gemeinsam mit dem Sprachtherapeuten gestellt wird, verbleibt ein entsprechend grosser Anteil an Verantwortung bei diesem. Wenn die Autorin (Frau Schelten-Cornish) aufgrund ihrer eigenen Erkenntnisse und der wissenschaftlichen Literatur der Meinung ist, hier eine echte Behandlungsalternative gefunden zu haben und bereit ist, die entsprechenden Konsequenzen zu tragen, muss dies so akzeptiert werden. Die Autorin schwankt allerdings die ganze Zeit in ihrer Argumentation: auf der einen Seite wird die Gaumensegelprothese als echte Behandlungsalternative dargestellt, auf der anderen Seite tritt sie Gegenargumenten mit der Begründung entgegen, es sei eine Methode nur für spezielle Fälle. Dieser Widerspruch sollte aufgelöst werden.

Allerdings bin ich nicht der Meinung, dass eine Gaumensegelprothese eine echte und sinnvolle gleichberechtigte Behandlungsalternative bei velopharyngealer Insuffizienz bei Gaumenspaltpatienten darstellt. Natürlich gibt es immer Extremfälle, bei denen konventionelle Therapieverfahren versagen und bei denen spezielle Verfahren eingesetzt werden müssen. Dabei handelt es sich aber explizit um Ausnahmen, die als solche dargestellt und begründet werden sollten. Es muss rückverfolgbar sein, warum gerade in einem speziellen Fall ein besonderes Verfahren eingesetzt werden musste. Die Autorin berichtet aber nicht über eine Ausnahmeindikation, sondern stellt die Gaumensegelprothese als echte Behandlungsalternative anhand eines Fallbeispiels eines 7-jährigen Mädchens dar. Bei dem gewähl-

ten Fallbeispiel bleiben aber viele medizinische Fakten absolut unklar bzw. es macht den Eindruck, dass willkürlich Argumente zusammengestellt wurden, um den Einsatz einer Gaumensegelprothese zu rechtfertigen: Welches waren die behandlungsresistenten Keime, die bei der primären Operation zu einer Wundinfektion geführt haben? Bei einer Re-Operation hätte man das Auftreten einer erneuten Wundheilungsstörung (abgesehen davon, dass eine erneute Infektion mit demselben Keim eher unwahrscheinlich ist) z.B. durch eine entsprechende Antibiotikagabe vermeiden können, denn es lag ja wohl keine generelle Störung der Wundheilung bedingt durch einen Immundefekt vor. Vielmehr handelt es sich nach der Beschreibung der Autorin mehr um ein Kommunikationsproblem (ungeschickte Formulierung des Behandlers eines angestrebten „perfekten Ergebnisses“) und einen damit verbundenen Vertrauensverlust zum behandelnden Arzt, als dass medizinische Gründe zwingend gegen eine Operation gesprochen hätten. Grundproblem schien hier also eher eine spezielle Operationsphobie zu sein, als dass echte medizinische Gründe verantwortlich waren. Dies hätte die Autorin genauer klären darstellen müssen.

Aber auch wissenschaftlich erscheint ein sinnvoller Einsatz einer Gaumensegelprothese bei Gaumenspaltpatienten fraglich:

Die Autorin beschreibt das von Vogel & Sauer mann entwickelte Verfahren einer Gaumensegelprothese zur velopharyngealen Rehabilitation, ohne darauf hinzuweisen, dass dieses Verfahren zur Rehabilitation von neurologischen Patienten mit neurogenen Gaumensegelbewegungsstörungen entwickelt wurde. Diese Patienten unterscheiden sich aber prinzipiell von Gaumenspaltpatienten, bei denen die velopharyngeale Problematik entweder durch einen zu kurzen Gaumen oder einen aufgrund von Narben bewegungsgestörten Gaumen bedingt ist, der jedoch eine vollkommen intakte Sensibilität und keine neurogene Bewegungsstörung aufweist. Bei neurologischen Patienten ist der Gaumen zudem ausreichend lang, besitzt aber eine eingeschränkte Elevationsbewegung ggf. verbunden mit einer Hyposensibilität oder verminderten taktilen Kinästhetik. Ein „palatal lift“ ist sicher bei

neurogenen Bewegungsstörungen gut möglich, bei einem zu kurzen Gaumen jedoch nicht hilfreich.

Durch Einsatz einer Gaumensegelprothese wird desweiteren ein Teil der Fläche des harten Gaumens im Bereich der palatalen Artikulationszone durch die Prothese bedeckt und damit sowohl der sensible Kontakt als auch die sensomotorische Rückkopplung zwischen Gaumendach und Zungenrücken (Phonation von /g/, /k/, /ch1/) erheblich erschwert. Es muss deshalb diskutiert werden, ob dies gerade für Gaumenspaltpatienten einen weiteren Nachteil bedeutet, da Gaumenspaltpatienten häufig auch unter Zungenfunktionsstörungen leiden wie z.B. einer Zungenrückverlagerung und Problemen bei der Plosivbildung. Dieses Problem könnte sich eventuell durch Behinderung des taktilen Kontaktes zwischen Zungenrücken und Gaumendach beim Tragen einer Prothese also sogar noch verschlechtern. Allerdings gibt es auch hierzu keine aussagekräftigen Daten.

Nicht diskutiert wird von der Autorin das häufige Problem, dass eine Gaumensegelprothese bei Patienten mit normaler Schleimhautsensibilität einen Würge reiz auslöst und dass eine Prothese durch Fremdkörpergefühl und Notwendigkeit der regelmässigen Reinigung eine Minderung der Lebensqualität bedeutet.

Die Autorin gibt auch eine Reihe von Gründen an, die gegen eine Operation und für eine Gaumensegelprothese sprechen. Die meisten dieser Angaben sind aber medizinisch nicht begründet und nicht nachvollziehbar und scheinen eher willkürlich aufgezählt worden zu sein, da sie auch nicht durch wissenschaftliche Literatur belegt bzw. belegbar sind:

- Eine generelle Narkoseunverträglichkeit ist nicht bekannt.
- Exzessive Bildung von Narbengewebe nach primärem Spaltverschluss, falls sie auftritt, gibt keinen Anlass für die Annahme, dass dies auch bei weiteren Operationen geschieht. Ausserdem können entsprechende Narbenbildungen in den meisten Fällen operativ korrigiert werden. Natürlich gibt es Ausnahmen, die jedoch dann speziell zu benennen sind.
- Eine Verschiebung einer Gaumenspal-

operation um einen längeren Zeitraum aus medizinischen Gründen dürfte ebenfalls ein ganz spezieller und extremer Sonderfall sein.

- Persistierende Restlöcher können im Rahmen einer sprechunterstützenden Operation mitverschlossen werden. Kleine funktionell nicht behindernde Restlöcher müssen nicht verschlossen werden.
- Bei einem schlechten sprechsprachlichen Ergebnis nach sprechunterstützender Operation sollte erst einmal überprüft werden, warum das Operationsziel nicht erreicht wurde: War die Operation falsch geplant oder falsch durchgeführt? Wenn die durch die sprechunterstützende Operation erzielte Gaumensegelverlängerung nicht zu einer Sprechverbesserung geführt hat, ist davon auszugehen, dass das Sprechproblem eine andere Ursache hatte. In diesem Fall dürfte auch eine Gaumensegelprothese zu keiner Sprechverbesserung führen.

Von den von der Autorin dargestellten Gründen verbleibt letztendlich nur ein einziger zu akzeptierender Grund, wenn nämlich der Patient bzw. seine Eltern einen operativen Eingriff nach Aufklärung aller Vor- und insbesondere Nachteile prinzipiell ablehnen. Dies muss im Rahmen der Patientenautonomie absolut akzeptiert werden. Allerdings ist dies ausdrücklich zu dokumentieren und von den Eltern ggf. unterschreiben zu lassen, um den Behandler zumindest aus einem Teil der juristischen Verantwortung zu entlasten.

Bei der Zitierung von angloamerikanischen Autoren sollte sich die Autorin des

besonderen gesundheitspolitischen Kontextes bewusst sein, nämlich dass Operationen in den USA und Kanada in viel geringerem Umfang als in Europa durchgeführt werden. Dies geschieht aber nicht, weil dort eine bessere medizinische Versorgung stattfindet, sondern weil in den USA und Kanada kein Sozialversicherungssystem existiert wie in Deutschland. Hier trägt der Patient alle Behandlungskosten allein. Da Operationen in der Regel viel teurer sind als z.B. prothetische Lösungen, werden häufig Kompromisslösungen angestrebt. Hier spielen also die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen eine ganz erhebliche Rolle bei der Therapiewahl, so dass nicht immer die beste Medizin Anwendung findet, sondern eine medizinische Kompromisslösung zwischen medizinisch Notwendigem und finanziell Tragbarem. Gottseidank ist das deutsche Gesundheitssystem noch nicht soweit! Auch gerade deswegen bin ich im Gegensatz zu der Autorin der Meinung, dass in Deutschland Kompromisslösungen nur speziellen Ausnahmefällen vorbehalten sein sollten. Das als Fallbeispiel gewählte 7-jährige Mädchen scheint aufgrund der angeführten Argumente hierzu nicht zu gehören.

Zusammenfassung

Eine Gaumensegelprothese zur Behandlung einer velopharyngealen Insuffizienz bei Gaumenspaltpatienten sollte medizinisch eine absolute Ausnahmeindikation darstellen und nur in speziell begründeten Fällen als Kompromisslösung angewendet werden. Daneben ist der einzige weitere Grund, der

für die Anwendung einer Gaumensegelprothese spricht, die Autonomie des Patienten, der einen operativen Eingriff grundsätzlich ablehnt und der diese Therapieform dann frei wählen kann, wenn ihm explizit und nachvollziehbar nicht nur die Vorteile, sondern vor allem auch alle ihm durchaus möglicherweise daraus erwachsenden Nachteile dieses Verfahrens deutlich gemacht wurden. Die juristische Verantwortung verbleibt prinzipiell beim Behandler, der diese Therapieform als Behandlungsalternative vorschlägt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader
Klinikum der J. W. Goethe Universität Frankfurt/Main
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt/Main

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. habil. Robert Sader ist Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie am Zentrum der Chirurgie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Das international bekannte Behandlungszentrum für Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist mit über 3.000 Patienten das größte Kompetenzzentrum seiner Art in Europa. Zuvor war Sader Leitender Oberarzt und persönlicher Stellvertreter des Klinikleiters in der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Basel.

Prof. Sader betont die Bedeutung der engen Zusammenarbeit nicht nur mit den benachbarten Disziplinen wie der HNO-Heilkunde oder der Kieferorthopädie, sondern auch mit nichtärztlichen Fächern wie der Logopädie oder der akademischen Sprachtherapie.

Erwiderung auf die Diskussionsbeiträge

Susan Schelten-Cornish, Pfaffenhofen

Ich danke den Kommentatoren für ihre ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik und möchte abschließend wie folgt Stellung nehmen.

Zum Beitrag von Dr. Vogel: Die Aussagen zum Erfolg von operativen bzw. auch Stimulationsbehandlungen sowie auch zu den Kompensationsmechanismen bei velopharyngealer Dysfunktion sind aufschlussreich. Herr Dr. Vogel berichtet auch, dass die wenigen Anpassungen, die bei Kindern mit Dysarthrie, ätiologisch unklarer velopharyngealer Dysfunktion oder submukö-

ser Gaumenspalte vorgenommen wurden, erfolglos blieben: die Kinder konnten sich nicht an den Fremdkörper gewöhnen.

Die prothetische Behandlung velopharyngealer Dysfunktion wird aber erfolgreich z.B. in Zentren wie Sunnybrook (Toronto, Canada), im COMPRU (Edmonton, Canada) oder im Great Ormond Street Hospital for Children (London, England) ausgeführt; bekannte Zentren in den USA werden hier nicht berücksichtigt (s. unten). Ein Grund für den ausbleibenden Erfolg der in Deutschland bei Kindern erfolgten Anpassungen

wäre unter Umständen bei der durch die *Palatoflex*[™]-Prothese unterbrochenen Nasenatmung zu suchen. Die *Palatoflex*[™]-Prothese soll eine effektive Luftführung bei zentral bedingten velopharyngealen Störungen ermöglichen. Hier ist mit wenigen bis gar keinen Anhebungsbewegungen zu rechnen. Bei anderen Sprachprothesen wird die Nasenatmung nicht unterbrochen, da noch mit einer Restfunktion zu rechnen ist.

Zum Beitrag von Prof. Dr. Sader: Die Anmerkung, dass ich nicht auf die Entwicklung der *Palatoflex*[™]-Prothese zur Rehabi-

litation von neurologischen Patienten hingewiesen habe, ist richtig. Dieser wichtige Unterschied könnte den ausbleibenden Erfolg der wenigen bei deutschen Kindern mit Spaltbildungen durchgeführten Behandlungen erklären.

Die Behauptung, dass Operationen im nordamerikanischen Raum in viel geringerem Umfang als in Europa vorgenommen würden, wird sich kaum mit Zahlen unterlegen lassen. Auch die Ausführungen zur weltweit anerkannten kanadischen allgemeinen Krankenversicherung entbehren der faktischen Grundlage. Bekanntlich verfügt auch England über eine allgemeine Krankenversicherung. Auch wenn die USA als Land ohne allgemeine Krankenversiche-

rung außen vor bleiben: Es sind in England und Kanada renommierte Behandlungszentren vorhanden, die eine prothetische Behandlung bei Ausnahmefällen von velopharyngealer Dysfunktion vornehmen. Eine Auswahl ist oben aufgeführt.

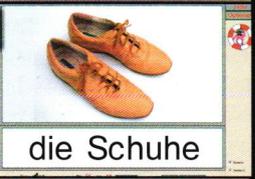
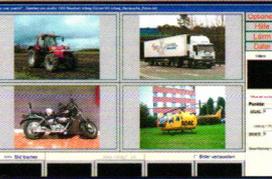
Die von mir angegebenen Indikationen für eine Prüfung auf Prothesenbehandlung stammen aus der einschlägigen Fachliteratur. Als akademische Sprachtherapeutin kann ich hier nur auf die Ausführungen anerkannter Experten verweisen (z.B. Sell et al. 2006, Mazaheri 2007).

Prof. Sader fasst zusammen: Eine Gaumensegelprothese zur Behandlung einer velopharyngealen Insuffizienz bei Gaumenspaltpatienten sollte medizinisch eine

Ausnahmeindikation darstellen. Dies unterstützt meine Ausführungen voll und ganz. Leider erwähnt er nicht, dass diese Möglichkeit in Deutschland gar nicht gegeben ist.

In meinem Beitrag habe ich Vor- und Nachteile der Gaumenspaltenprothese aufgeführt. Es sollen keine falschen Hoffnungen aufkommen: Die chirurgische Behandlung wird in allen Ländern aus guten Gründen vorgezogen. In anderen Ländern gibt es aber für die Ausnahmefälle, denen die Chirurgie nicht helfen kann, zumindest die Möglichkeit einer Behandlung durch erfahrene Prothetiker mit Sprachprothesen, die für die Behandlung von Spaltbildungen entwickelt wurden. Dies ist in Deutschland nach meiner Recherche nicht der Fall.

Software für die Praxis www.etverlag.de

<p>X Laute unterscheiden Anlaute, Inlaute, Auslaute bestimmen, Buchstaben, Bilder auditiv/visuell ordnen. 59,90 €</p> 	<p>X Sprachkompetenz 89,90 € Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Handlungen erfassen und versprachlichen.</p> 	<p>X Hören-Sehen-Schreiben Schriftsprachtraining für Kinder u. Erwachsene mit Schwächen im auditiven und/oder visuellen Bereich, erweiterbar. 69,90 €</p> 
<p>X Audio 1 fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch-Laut- und Wortebene, inkl. Richtungshören. 89,90 €</p> 	<p>X Elektrobliker Motivierende Leseanlässe für Silben, Wörter und Sätze, fördert Sprachverständnis und Konzentration. 59,90 €</p> 	<p>X UniWort Professionell Effektives Worttraining, intensives Einprägen, langfristiges Behalten, leicht erweiterbar.</p> 

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



Neurofunktionelle Reorganisation – Die „Padovan Methode“ als therapeutische Möglichkeit in der Sprachrehabilitation?

Christine Moser-Dobis, Dortmund

Zusammenfassung

In sprachtherapeutischen Praxen wird auch die Methode der neurofunktionellen Reorganisation nach Beatrice A. Padovan eingesetzt. Manche Ärzte wünschen die Anwendung ganzheitlicher Methoden, wie z. B. die Padovan-Methode und benennen genau diesen Schwerpunkt sogar auf Verordnungen. Die – wie viele wissenschaftlich nicht belegte Methoden – sowohl Befürworter als auch Kritiker an sich bindende Arbeitsweise der Waldorfpädagogin und Logopädin mag sich zwar von traditionellen Therapieansätzen in der Sprachheilpädagogik unterscheiden, gleichzeitig macht sie sich aber auch manche Erkenntnis namhafter Autoren

und Forschungsergebnisse zu Nutzen und zur Grundlage der eigenen Argumentation.

Vieles davon ist in der Sprachtherapie nicht unbekannt und bereits etabliert. Niemand streitet sich mehr ernsthaft über den Zusammenhang von Sprache und Bewegung oder über die Bedeutung der Qualität sprachlichen und kommunikativen Inputs. Die Erfolge, von denen Patienten, Eltern und Therapeuten berichten, sind nicht zu negieren, wenngleich Kritiker diese als individuell und in ihrer Ursache nicht hinreichend bewiesen kommentieren.

Zur Entwicklung der Methode

Beatrice A. E. Padovan arbeitete als Waldorflehrerin an einer Schule in Sao Paolo, als ihr Folgendes auffiel: Einigen der Kinder, die sie unterrichtete, fiel es besonders schwer, lesen und schreiben zu lernen. Padovan fragte sich, weshalb diese Kinder trotz der guten Methode des Lesen und Schreiben Lernens im Sinne der Waldorfpädagogik immer wieder Fehler machten und die Lust am Lernen verloren. Um mehr über die Problematik zu erfahren, bereiste sie die USA und Europa und kam zum ersten Mal in Kontakt mit der Diagnose der Lese-Rechtschreibschwäche (LRS).

Beatrice Padovan begann ein Studium der Logopädie und Phonoaudiologie. Sie befasste sich mit den Forschungsergebnissen des Neurochirurgen und Neurologen Temple Fay sowie den Auslegungen des Sonderpädagogen und Schulpsychologen Carl H. Delacato und den Studien des Mediziners Nelson Anunciato über Neuroplastizität. In diesem Zusammenhang und auf der Grundlage ihrer anthroposophischen Ausbildung entwickelte Padovan ihr Konzept der Neurofunktionellen Reorganisation.

Temple Fay – Neurologe und Neurochirurg

arbeitete mit Patienten, die eine Schädigung des ZNS aufwiesen und machte sich Gedanken darüber, wie sich die Peripherie des Körpers behandeln lässt, um das ZNS zu stimulieren und es zu reorganisieren. Im Rahmen einer Studie beobachtete man deshalb die natürliche Entwicklung von Kindern unterschiedlicher Kulturen sowie die Entwicklung des ZNS im Laufe der Evolution und zog Parallelen zwischen der Entwicklung des Kindes und dem Verlauf der Evolution. Hieraus entstand die Theorie, dass die Ontogenese (die Entwicklung des Individuums) die Phylogenese (die Entwicklung von der niederen zur höheren Spezies) wiederholt (Fay 1948).

So stellte man sich folgende Fragen:

- Wenn jede Struktur eine Bewegung verursacht, verursacht dann auch umgekehrt jede Bewegung eine Struktur?
- Kann das Nervensystem etwas, was es nie gelernt hat, später noch durch die Bewegung lernen?

Carl H. Delacato – Sonderpädagoge und Schulpsychologe

entwickelte das Prinzip der Neurologischen Organisation auf der Basis der Forschungsergebnisse von Temple Fay. Er beschreibt die Neurologische Organisation als jenen „physiologisch optimalen Zustand, wie er in seiner Vollkommenheit beim Menschen das Resultat einer vollständigen und ununterbrochenen ontogenetischen nervösen Entwicklung des Einzelwesens darstellt. Dieser Prozess wiederholt die phylogenetische Entwicklung des Nervensystems beim Menschen“ (Delacato 1966).

Nelson Anunciato – Neurowissenschaftler

forscht und doziert über den Zusammenhang von Neuroplastizität und Rehabilitation und kommt dabei auf den Nutzen zu sprechen, den neuroplastische Prozesse für die therapeutische Arbeit haben können. Padovan ergänzt ihr Konzept durch seine Forschungsergebnisse über die „Plastizität des Nervensystems“ (Anunciato 1998).

Rudolf Steiner – Philosoph und Pädagoge

repräsentiert als Begründer der Waldorfpädagogik ein Menschenbild, welches die Dreieinigkeit von Geist, Seele und Körper beschreibt. Somit propagiert Steiner die ganzheitliche Behandlung des Menschen auf allen Ebenen seines Daseins als grundlegendes Element therapeutischen Handelns. Die anthroposophisch orientierte Geisteshaltung wird auch in der Padovan-Arbeit in verschiedenen Punkten deutlich. Für das Behandlungskonzept von Beatrice Padovan wurde insbesondere die Steinersche Vortragsreihe „Gegenwärtiges Geistesleben und Erziehung – die wechselseitige Abhängigkeit von Gehen, Sprechen und Denken“ (Steiner 1923) zur Grundlage.

Im Zusammenhang mit ihrer anthroposophischen Ausbildung und den Lehren des Pädagogen und Philosophen Rudolf Steiner sowie dem Wissen über die physiologischen Entwicklungsphasen des Menschen bilden sich die vier Säulen der neurofunktionellen Reorganisation.

Neurofunktionelle Reorganisation

In der Verbindung der Hauptaussagen dieser vier Bereiche findet Padovan eine Antwort auf ihre Fragen und entwickelt die Übungsfolgen ihres Behandlungskonzeptes, ein holistischer Ansatz im anthroposophisch-ethischen Kontext, der eine Reorganisation des ZNS ermöglichen und Lücken schließen soll, die im Verlauf der kindlichen Entwicklung und der neurologischen Organisation entstanden sind.

Bei der Methode der *neurologischen* Reorganisation geht es somit zunächst um die Wiederholung der wichtigsten Phasen der motorischen Entwicklung durch die Körperübungen. Hierbei sollen basale Bewe-

gungsmuster, die entweder gar nicht oder in ihrer Qualität nur unzureichend entwickelt wurden, neu „überarbeitet“ werden.

Als Logopädin ist sich Padovan über die Bedeutung und das Zusammenspiel prälinguistischer Funktionen (Atmen, Saugen, Kauen, Schlucken) bewusst. Sie ergänzt die Körperübungen durch die Mundübungen, die in der weiteren *myofunktionellen* Arbeit bedeutsam für die Anbahnung des Sprechens und Artikulierens sind. So wird aus der *neurologischen Organisation* die *neurofunktionelle Reorganisation* nach Beatrice Padovan. Den Bogen zu ihrer Ausgangsmotivation – den Kindern mit Leserechtschreibschwierigkeiten – schlägt sie mit speziellen Hand- und Augenübungen, die sie insbesondere für die LRS-Therapie heranzieht.

Wie wirkt die Padovan-Methode?

Beatrice Padovan selbst stellt bisher wenig schriftliche Dokumente über ihre Arbeit zur Verfügung. Sie vermittelt ihr Wissen und ihr Konzept in mehrtägigen Kursen, in denen auch die neurophysiologischen Zusammenhänge erklärt und erläutert werden, die im Rahmen dieses Artikels allerdings nur verkürzt wiedergegeben werden können.

„Das beste Getränk für unseren Körper ist Wasser – die beste Nahrung für unser Gehirn ist die Bewegung.“

(Padovan, mdl. Überlieferung aus dem Seminar „Mundübungen“ vom 30.01.03)

Die Bewegung bildet den Schwerpunkt für die Neurofunktionelle Reorganisation nach Padovan. Im Rahmen der Behandlungen wiederholt Padovan grundsätzlich die natürliche Bewegungsentwicklung des Kindes

im ersten Lebensjahr, indem sie zunächst hauptsächlich motorische Übungen anbietet.

Durch die Wiederholung der Bewegungsabläufe soll sich das ZNS reorganisieren, d. h. fehlende oder defizitäre Strukturen werden im Sinne von „Bewegung schafft Struktur“ sozusagen neu abgelichtet. Die Information wird neu gespeichert und den genetischen Anlagen entsprechend genutzt. Eine Annahme ist hier, dass im Falle einer Hirnschädigung oder Entwicklungsverzögerung intakte Neuronen die Aufgaben geschädigter Neuronen „übernehmen“ – bzw. eine Aktivierung stattfinden kann, was natürlich einen langen Prozess bedeutet.

„Die neurologische Organisation ist ein dynamischer und komplizierter und dennoch natürlicher Prozess, der zu einer Reifung des Zentralen Nervensystems führt und den Menschen befähigt, sein genetisches Potenzial zur Entfaltung zu bringen.“

(Padovan, „Vortragsprogramm für den Kurs „Neurofunktionelle Reorganisation“)

Ein integratives Zusammenwirken unterschiedlicher Hirnareale ist die wichtigste Leistung des ZNS. Für seine Entwicklung ist die Aufnahme sensorischer Reize von entscheidender Bedeutung:

„Sensorische Reize sind die Nahrung des ZNS. Ein sensorisches System kann sich nur dann entwickeln, wenn es den Kräften ausgesetzt wird, die es aktivieren.“

(Brand, Breitenbach & Maisel 1988, 24)

Die Körperübungen folgen dem Verlauf der motorischen Entwicklung und wiederholen u. a. das Robben, Kriechen, Rollen bis hin zum Aufrichten. Sie beinhalten sowohl freie und homolaterale Bewegungen als auch Kreuzmusterbewegungen, durch die u.a. Verknüpfungen der beiden Hirnhälften stimuliert und kognitive Leistungen verbessert werden sollen. In ihrer Reihenfolge orientieren sich die Übungen an der Annahme, dass zunächst einfache (motorische) Muster als Basis für darauf aufbauende komplexere Abläufe erlernt werden müssen. Die meisten Reflexe werden von Rückenmark und Hirnstamm ausgelöst. Spastische Bewegungsmuster können durch den Einsatz rhythmischer Bewegungsmuster unterbrochen werden.

Ganz im Sinne eines mehrdimensionalen Entwicklungsmodells sollen die Übungen nicht isoliert als Funktionstraining



Abbildung 1: Die vier Säulen der Padovanarbeit

vollzogen werden. Sie erfolgen im Zusammenhang mit taktil-kinästhetischen, vestibulären, auditiven und visuellen Reizen. Ein wichtiger Aspekt ist die Begleitung der Übungen durch Verse oder Lieder, die den Bewegungsabläufen Rhythmus verleihen und so Höranregungen darbieten, gleichzeitig werden „**Sprach- und Gedankenwahrnehmungen stimuliert**“ durch das Bemühen Verse auszuwählen, „**die bedeutungsvoll und vielsagend sind.**“

(Padovan 2005, 255)

Rhythmen hören und wahrnehmen zu können, ist die Grundlage einer dualen Kommunikation.

Die Mundübungen – sollen die orofazialen Muskelfunktionen aktivieren und kräftigen und eine Reorganisation vegetativ-reflexer Funktionen ermöglichen.

Es werden spezielle Übungen zur Aktivierung und Kräftigung orofazialer Muskelfunktionen durchgeführt:

- Saugübungen
- Schluckübungen
- Kauübungen
- Atemübungen, Übungen zur Atemvertiefung
- Übungen zur Stimmgebung

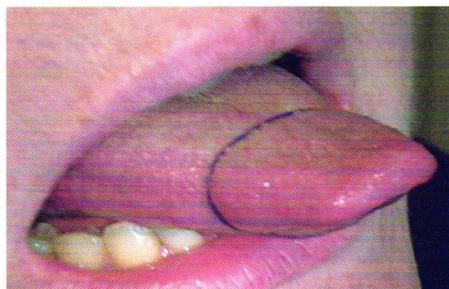


Abbildung 2: Zungengefängnis. Mit dieser Übung werden die Muskelfunktionen innerviert, die die Zunge spitz und breit werden lassen und die Rückwärtsbewegung forcieren. So unterstützt man z. B. die Lautbildungsfähigkeit im motorischen Sinne.

Obwohl je nach Grunderkrankung des Patienten bestimmte Übungen intensiver durchgeführt werden als andere, legt Padovan großen Wert auf eine vollständige Durchführung aller Übungen, weil alle zu übenden Funktionen Bestandteile des genetischen menschlichen Programms darstellen und zu der Gesamtheit des Menschen beitragen.

Weiterer Bestandteil der Methode sind **Augen- und Handübungen**, die auf ver-

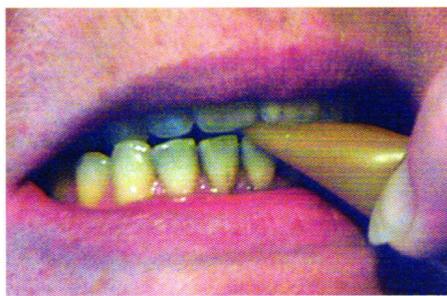


Abbildung 3: Kauschlauch. Mundübung zur Stimulierung physiologischer Kaumuster.

schiedenen Ebenen des Gehirns Verbindungen schaffen sollen und speziell auf den motorischen und sensorischen Cortex wirken. Sprechen ist ein feinmotorischer Ablauf. Beobachtet man, wie viele feine und diffizile Bewegungsabläufe die Zunge während der Artikulation durchläuft, kann man dies nachvollziehen. So ist es verständlich, dass feinmotorische

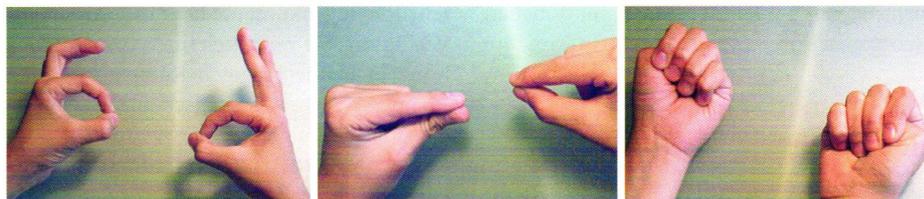


Abbildung 4: Handübungen

Bewegungsmuster die Zungenmotilität zusätzlich unterstützen. In der Literatur wird vielfach auf den Zusammenhang von Hand- und Fingerbeweglichkeit und Sprechfähigkeit hingewiesen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass mit den Übungen der Padovan-Methode von unten (an den Füßen begonnen) nach oben (mit den Augen und dem Kopf beendet) der Sinnesorganismus als Ganzes beachtet und behandelt wird.

Gerade im Hinblick auf die Mundübungen wird die Verwendung eines speziellen Saugers als Therapieinstrument häufig kritisiert, da es Übungen zur korrekten Zungenruhelage entgegenwirkt, einen „Schnuller“ im Mund zu haben. Padovan legt hier Wert auf die verbale Unterscheidung und erklärt den Patienten den Unterschied zwischen einem Therapiesauger und einem „Schnuller“ in ihrer Arbeit.

- Mithilfe des Saugers sollen frühe orofaziale Muskelfunktionen stimuliert und aktiviert werden. Dieser Vorgang dauert kurze Zeit und unterscheidet sich qualitativ vom stundenlangen „Schnullern“ wie bei spielenden oder müde gewordenen Klein-

kindern. Kein Patient soll den Therapiesauger über einen längeren Zeitraum und ohne zu Üben im Mund behalten.

- Padovan verwendet den Sauger ausschließlich **kurzfristig** und so wird er von ihren Patienten auch angenommen.

Grossweischede (2000, 71 ff) beschreibt diesen Teil der Therapie ausführlich in ihrer Diplomarbeit und erklärt auch Padovans Ansatz zur Entwöhnung von oralen Habits.

Wer kann mit dieser Methode behandelt werden?

Gemäß Padovan können alle Störungsbilder, die auf einer Störung des ZNS bzw. einer Störung der Hirnfunktion beruhen, mit dieser Methode behandelt werden. Eine entsprechende Diagnostik und Befunderhebung sowie ggf. eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt (z. B. bei Epileptikern)

oder mit der Physiotherapeutin (bei Cerebralpareesen oder Bewegungseinschränkungen) gehören auch hier zu einer qualifizierten und interdisziplinären Arbeit. Für den sprachtherapeutischen Bereich gilt nach eingehender Diagnose und Befunderhebung in Erwägung zu ziehen, ob die Padovan-Methode als Mittel der Wahl in Betracht kommt oder begleitend eingesetzt werden kann, um einen möglichen Wirkzusammenhang von Motorik und Sprache (Jackel 2006a und b, 2008) zu nutzen. Padovan selbst arbeitet seit mehr als 30 Jahren u. a. auch mit Wachkomapatienten sowie Patienten mit Schluckfunktionsstörungen jeder Altersgruppe.

Erste Erfolge zeigen sich erfahrungsgemäß weniger häufig am Symptom, sondern zunächst einmal nach etwa 1/2 Jahr an Veränderungen der Gesamtentwicklung und der Persönlichkeitsentwicklung; somit oft an Kleinigkeiten des Alltags, die ein Vorschreiten, eine Entwicklungsdynamik präsentieren. So berichten Eltern häufig, dass ihr Kind jetzt endlich nachts durchschlafen oder sich in seinem Umfeld mutiger und selbstsicherer zeige. Andere beschreiben ihr Kind als „plötzlich richtig aufgeräumt“ und meinen damit eine Veränderung, mit der die

„innere Ordnung“ des Kindes nach außen hin sichtbar wird.

Diskussion

Kritiker bewerten eine Grundannahme des Konzeptes, dass die Ontogenese die Phylogenese rekapituliere, als überholt. Die kindliche Entwicklung verlaufe „... wesentlich komplexer und variabler (verläuft), als früher angenommen“ (Karch et al. 1997, zit. in Ges. für Neuropädiatrie 1997). Padovan erzielt als Praktikerin aber Erfolge mit ihrer Arbeitsweise, die sie vor mehr als dreißig Jahren unter anderem auf dieser Grundannahme aufgebaut hat. In diesen Erfolgen sieht sie ihre Bestätigung:

„Wer dem folgt, was die Natur uns lehrt, erliegt nicht so leicht einem Irrtum.“

(Padovan, mündl. Überlieferung)

Zu Recht wird die fehlende Evidenz für die Methode kritisiert.

Lässt sich die Padovan-Methode evaluieren und wenn ja in welcher Form? Wie könnte eine Evaluationsstudie aussehen?

Könnte man mit bildgebenden Verfahren einen Wirkungsnachweis erbringen und wer trüge die Kosten dafür?

Aufgrund der Komplexität des Behandlungsansatzes und der behandelten Störungsbilder – zum Beispiel orofaziale Störungen geistig behinderter Kinder – stößt man bereits bei der Planung einer kontrollierten Studie mit großer Probandenzahl auf ethische und/oder methodische Schwierigkeiten.

Die Kommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie (1995) berichtet, dass Doman et al. (1960) bzgl. ihrer Studie mit zerebralparetischen Kindern große methodische Mängel vorgeworfen wurden, so zum Beispiel die

- mangelnde Aussagefähigkeit der Ergebnisse, da die Studie nicht prospektiv und im Vergleich mit einer Kontrollgruppe durchgeführt wurde;
- nicht überprüfte Validität der Untersuchungsmethode (eine Entwicklungsstufen-Skala);
- unklare Ausgangssituation der behandelten Kinder bzgl. deren Vorbehandlung.

Erforderlich wäre aber auf jeden Fall zunächst die systematische Publikation der Methode, damit darauf basierend zumindest kasuistische Darstellungen in Zusammenar-

beit von Grundlagenforschung und medizinischen Fakultäten wie der Neuropädiatrie und Neuroradiologie möglich würden.

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie bestätigt in ihrer Stellungnahme (1997, 5) „... dass sehr wohl (...) Teilbereiche innerhalb der komplexen zentralnervösen Vorgänge (...) durch die vorgegebenen Bewegungsschablonen“ angeregt werden sowie „... Sekundärfolgen, wie z. B. Kontrakturen bei Zerebralpareesen, gemindert oder verhindert werden“, betont aber gleichzeitig, dass es nicht möglich sei, „differenzierte motorische Lernprozesse anzuregen“. Das Schlagwort der „Neurologischen Organisation“ erwecke Hoffnungen, die in diesem Ausmaß nicht eingehalten werden können.“

Als Begründung heißt es dabei: „Entwicklungsfortschritte im eigentlichen Sinne lassen sich nach heutigem Wissensstand nur durch Anregung zu Eigeninitiativen erzielen“ (Schlack 1995, Hirschfeld 1996, zit. in Ges. F. Neuropädiatrie 1997, 5). Wäre in diesem Falle die Konsequenz, alle passiven Übungsmethoden innerhalb der Sprachrehabilitation in Zukunft sein zu lassen? Affolter/Bischoffsberger meinen dazu, „... dass die aufgenommenen Spürinformationen dieselben sind, egal, ob der Mensch sich selbst bewegt oder bewegt wird“ (1998, 219 f. zit. in Grossweischede, 2000, 42). Godell stellt fest: „Die Bewegungsabläufe die die Entwicklung leistungsfähiger Nervenbahnen fördern, erleichtern die stetige Entwicklung des Gehirns“ (zit. n. Grossweischede, 2000, 42).

Was die geforderte Eigeninitiative angeht, bemerke ich sowohl bei den Körper-, als auch den Mundübungen im Laufe der Behandlung eines in seiner Gesamt- und Sprachentwicklung stark beeinträchtigten Kindes immer wieder Momente des ganz selbst bestimmten Umgangs mit den Übungen – im Wachsen daran und damit. Eigeninitiative ist hier nicht ausgeschlossen und wird m. E. durchaus auch angeregt.

Die Wirksamkeit der Methode wird in der genannten Stellungnahme nicht einmal negiert, sie wird allerdings in Beziehung gesetzt mit der Wirksamkeit anderer weniger zeitaufwendiger und somit weniger kostenintensiver Verfahren. Insofern mag die Padovan-Methode tatsächlich weniger gut abschneiden. Wissenschaftliche Studien über Effektivität und Effizienz fehlen. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass oftmals solche Kinder zur Therapie gebracht werden, bei denen über Monate und Jahre hinweg klassische Methoden der Sprachtherapie oder Krankengymnastik nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben.

Ein entscheidender Vorteil ist die „Ganz-

heitlichkeit“ (wenn auch ein mittlerweile sehr strapazierter Begriff), mit der die Arbeitsweise konform geht. Die Padovantherapie ist nicht reine myofunktionelle Therapie, nicht einzig und alleine Artikulationstherapie, sie ist nicht isolierte Mund-, Ess- und Trinktherapie oder Wahrnehmungsförderung – sie kann alles zusammen sein. Und da „... das menschliche Nervensystem jedoch nur als Ganzes funktioniert, können Störungen konsequenterweise nur durch eine ganzheitlich angesetzte, interdisziplinäre Behandlung behandelt werden. Padovans Methode schlägt diesen Weg ein, indem sie Forschungsergebnisse und Anwendungen verschiedener Disziplinen in ihrer Methode vereint“ (Grossweischede, 2000, 96).

Resümee

Die Methode Padovans auf einer wissenschaftlichen Basis darzustellen und zu betrachten, ist meines Wissens vielfach gescheitert. Wissenschaftlich gesehen, gibt es lohnendere Projekte. Für mich als Praktikerin zeigt sich die Padovan-Methode dennoch als Bereicherung meines beruflichen Alltags. Als zusätzliche Möglichkeit der Behandlung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf setze ich die Methode am häufigsten ein, habe aber auch schon auf privatärztliche (kieferorthopädische) Anordnung eine Myofunktionelle Therapie nach Padovan durchgeführt und nach 15 Therapieeinheiten erfolgreich mit dieser Methode abschließen können.

Die Padovan-Methode bindet, wie viele wissenschaftlich nicht bewiesene Methoden, sowohl Kritiker als auch Verfechter an sich und baut in erster Linie auf die positiven Berichte und Erfahrungen von Therapeuten und betroffenen Eltern und Patienten. An dieser Stelle möchte ich Beatrice Padovan zitieren:

„Edward B. Le Winn sagt: ‚Das Potential eines normalen Organismus kann weder beobachtet noch gemessen werden. Das Restpotential eines Kindes mit einem Hirnschaden ist ebenso wenig messbar, wird aber auch ignoriert und unterschätzt.‘ Mit Hilfe der Neurofunktionellen Reorganisation kann man die Fähigkeiten des Menschen wiedergewinnen, entwickeln und verbessern.“

(Padovan, 2005)

Literatur

Annunziato, N. F. (1998): Plastizität des Nervensystems. In: Gschwend, G: Neurophysiologische Grundlagen der Hirnleistungsstörungen 1998, (115-121). Basel/Freiburg: Herder Verlag.

Brand, I., Breitenbach, E. & Maisel V.(1988): Integrationsstörungen. Würzburg: Verlag Maria Stern Schule.

Delacato, C. H. (1966): Diagnose und Behandlung der Sprach- und Lesestörungen. 7. Aufl. Freiburg im Breisgau: Hyperion-Verlag.

Doman, R.J., Spitz, E.B., Zucman, E., Delacato C.H., Doman, G.(1960): Children with severe brain injuries. *J Am Med Ass* 174: 119-124. Deutsche Übersetzung in: Doman, G. (1980). In: Kommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie zu Behandlungsverfahren bei Entwicklungsstörungen und cerebralen Bewegungsstörungen (1995) <http://www.kize.de/5-downloads/publikation02.pdf> (Aufruf am 19.05.10) Gesellschaft für Neuropädiatrie: Ausführliche Stellungnahme zur Behandlung von Bewegungs – und Entwicklungsstörungen nach Doman & Delacato. URL: www.neuropaediatry.com/uploads/media/Delacato_lang.pdf (Aufruf am 19.05.10).

Fay, T. (1948): Neurophysical aspects of therapy in cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine* 29, 327-334.

Grossweischede, K. (2000): Die Bedeutung der Padovan Methode in der Sprachheilpädagogik. Unv. Dipl. Arb. der Universität zu Köln, Heilpädagogische Fakultät.

Jackel, B. (2006a): Auch Sprache ist Bewegung. Vortrag: 5. Süddeutsches Symposium Physiotherapie und Logopädie: „Neuroplastizität zum (Be-) Handeln“, Fellbach (27.10.2007). URL: <http://www.birgit-jackel.de/> (Aufruf am 15.09.10).

Jackel, B. (2006b): Zur Bedeutung der Hirnforschung für Entwicklung und Lernen im Elementar- und Primärbereich. Hauptvortrag: Gesundheitsforum

Sophie-Scholl-Berufskolleg, Duisburg (20.5.2006). URL: <http://www.birgit-jackel.de/> (Aufruf am 15.09.10).

Jackel, B. (2008): Sprechen – Bewegen – Musizieren ein neurophysiologischer Mainstream. 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) in Cottbus (September 2008). URL: <http://www.birgit-jackel.de/> (Aufruf am 15.09.10).

Karch, D., Gross-Selbeck, G., Schlack, H.-G., Ritz, F. & Hanefeld, F. (1997): Behandlung von Entwicklungs- und Bewegungsstörungen nach der Methode von Doman und Delacato. In: Boltshauser E. et al. (1997) Aktuelle Neuropädiatrie 1996. Wehr: Ciba-Geigy Verlag. zit. in URL: www.neuropaediatry.com/uploads/media/Delacato_lang.pdf (Aufruf am 19.05.10).

Kommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie zu Behandlungsverfahren bei Entwicklungsstörungen und cerebralen Bewegungsstörungen (1995). <http://www.kize.de/5-downloads/publikation02.pdf> (Aufruf am 19.05.10).

Moser, C. (1995): Zur sprachtragenden Funktion von Wahrnehmung und Wahrnehmungsprozessen hinsichtlich einer spezifischen Wahrnehmungsförderung bei kommunikativ beeinträchtigten Kindern aufgezeigt an einer Einzelfalldarstellung. Unv. Dipl. Arb. der Universität Dortmund, FB 13.

Padovan, B. (2005): Die Methode der Neurofunktionellen Reorganisationsmethode. In: Doering, W., Dose, G. & Stadelmann, M. (Hrsg.): Sinn und Sinne im Dialog. (252 – 256) auszugsweise Neuauflage, Marburg: edition doering.

Padovan, B.: unv. Material aus dem Vortragsprogramm für den Kurs Neurofunktionelle Reorganisation, Übersetzung von Dr. Sonia A. L. Setzer und H. v. Treuenfels o. O., o. J.

Steiner, R. (1923): Gegenwärtiges Geistesleben und Erziehung: Ein Vortragszyklus, gehalten in Ilkley (Yorkshire) vom 5. bis 17. August 1923. Rudolf – Steiner Nachlassverwaltung – H.R. Niederhäuser (Hrsg.)1998. Dornach/Schweiz: Steiner Verlag.

Zusätzliche Literatur

weitere ausführliche Stellungnahmen:

Kommission zu Behandlungsverfahren bei Entwicklungsstörungen und zerebralen Bewegungsstörungen (1997) Vorbemerkungen. In: Boltshauser, E., Schmitt, B. & Steinlin, M. (Hrsg): Aktuelle Neuropädiatrie 1996 (475). Nürnberg: Novartis Pharma Verlag.

Karch, D., Hanefeld, F., Ritz, A. & Schlack, H.-G. (1997): Konduktive Förderung nach Petö. In: Boltshauser, E., Schmitt, B. & Steinlin, M.(Hrsg): Aktuelle Neuropädiatrie 1996, (476-484). Nürnberg: Novartis Pharma Verlag.

Karch, D., Groß-Selbeck, G., Hanefeld, F., Ritz, A. & Schlack, H.-G. (1997): Behandlung von zerebralen Bewegungsstörungen nach Doman und Delacato. Aktuelle Neuropädiatrie 1996 (485-497). Nürnberg: Novartis Pharma Verlag. benannt in URL: www.neuropaediatry.com/.../Stellungnahmen_Neuropaediatry_Bibliographie.doc (Aufruf am 19.05.10).

Korrespondenzadresse

Praxis für Sprachtherapie
Körner Hellweg 100
44143 Dortmund
Tel.: 0231 – 20 62 997

Dipl. Päd. Christine Moser-Dobis, Sprachheilpädagogin, Gestalttherapeutin, Fachtherapeutin Neurologie leitet zwei logopädische Praxen in Dortmund, arbeitet als Honorarärztin an zwei Fachseminaren für Altenpflege in Dortmund und Bochum und promoviert derzeit am Lehrstuhl „Theorie der Sondererziehung und Rehabilitation“ der TU Dortmund.

www.gesundheitszentrum-am-zehnthof.de

Therapieraum / Klassenzimmer

Modalverben und Kopula: Stundenprofil für 45 Minuten Einzeltherapie mit einem dreijährigen Kind

Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstenfeldbruck

Verwendetes Material für diese Therapieeinheit: Spielmaterial jeweils in den vier Farben rot, grün, blau und gelb (siehe Abbildung):

- Die Bären aus Plastik oder Holz sind die Hauptfiguren für das Symbol- und Rollenspiel.
- Die Bären „wohnen“ in Bäumen oder Häusern (= z. B. größere Sandkastenformen).
- Jeder Bär bekommt ein gestricktes oder aus Papier gebasteltes Bett in seiner Farbe.
- Bären aus dem Spiel „Farbbären“ vom Ravensburger Verlag sind die Kinder oder Geschwister der Hauptfiguren.
- Weitere Tiere aus Plastik oder Holz, z. B. Gänse oder Katzen, sind Freunde oder Bekannte, die auf Besuch kommen.
- Muggelsteine oder andere Plastikteile dienen als „Essen“.
- Mit Plastikbooten oder Autos fahren die Bären spazieren oder zum Einkaufen.

Setting im Therapiezimmer

- Kind und Therapeut bzw. Therapeutin sitzen am Tisch.
- Elternteil bzw. Bezugsperson des Kindes kann als stiller Zuschauer anwesend sein.

Farbzuordnung in Form eines Symbolspiels: Wer **muss** wohin? Wer **kann** was essen? Wer **will** wen besuchen? Der Bär **ist** blau. Der (andere) Bär **ist** rot. Der Bär **hat** Hunger. Er **will** etwas essen. Er **kann** das (=falsche Farbe) nicht essen. Der Bär **will** nicht schlafen, aber er **muss** schlafen.

Weiterentwicklung des Spiels:

Aus dem Symbolspiel entwickelt sich in der Regel ein kleines Rollenspiel, in dem die Bären darüber sprechen, was sie wollen und was nicht.

Der kleine Bär sagt: „Ich **will** nicht ins Bett!“

Der große Bär antwortet: „Du **musst** aber ins Bett! Es **ist** schon spät!“

Die Bärenfamilie **will** einen Ausflug machen. Alle Bären **müssen** (ins Boot) einsteigen. Sie **können** eine kleine Runde fahren. Jetzt **dürfen** alle Bären wieder aussteigen.

Anmerkungen:

- Mit dem Boot wird nur ein kleiner Kreis auf dem Tisch gefahren. Ein Spielsetting mit Hafen etc. ist nicht notwendig und sinnvoll, es würde die dreijährigen Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen überfordern und vom sprachlichen Input der Therapieeinheit ablenken.

- Das Übungs- bzw. Spielsetting muss für dreijährige Kinder bewusst klein und überschaubar gehalten werden, damit die Aufmerksamkeit des Kindes auf das Erkennen der Modalverben und Kopula gerichtet ist. Die Kinder haben oft allein mit der Farbzuordnung schon Probleme und dieses immer wiederkehrende Sortieren der richtigen Farben fasziniert und interessiert die Kinder sehr. An der Blickrichtung der Kinder und dem mehrmaligen Vergleichen der unterschiedlichen Bären mit ihren verschiedenen Farben kann man erkennen, wie viel Energie die Kinder für diese Zuordnungsaufgabe brauchen. Es ist damit ein ideales Feld für Modalverben.

Häuslicher Übungsvorschlag: Eltern und Kind sortieren Autos, Bausteine oder sonstige einfarbige Gegenstände nach den Farben. Meist ist es für das Kind einfacher, nur „eine Farbe“ als Hausaufgabe mitzugeben. Das Auto **ist** rot, der Hut **ist** rot. Die Erdbeere **ist** rot, jetzt **kannst** Du sie essen.

Erweiterung des Spielgeschehens: Die roten Bären besuchen die gelben Bären. Dieses Szenario ist jedoch meist erst in der dritten oder einer noch späteren Therapieeinheit zu diesem Thema sinnvoll. Die Kinder „zeigen“ dem Therapeuten mit meist grinsendem Gesicht, wenn sie spielerisch und sprachlich auf dieser Stufe weitergehen können.



Abbildung 1: Therapie-Materialien

Korrespondenzadresse

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack
Hochfeldweg 13
82256 Fürstenfeldbruck
Tel: 08141/33718
Email: info@wildegger-lack.de

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack arbeitet seit zwei Jahrzehnten als akademische Sprachtherapeutin in eigener Praxis. Sie war viele Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ludwig-Maximilians Universität beschäftigt und ist seit vielen Jahren in der Fortbildung zu den Themen kindliche Sprachentwicklungsstörungen und spezielle Spiele in der Sprachtherapie aktiv.

Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Sprachförderung für Migrantenkinder nahe zu wirkungslos

(CI) Die ZEIT (Ausg. 43, 21.10.2010, S. 40) berichtet unter der Überschrift „**Zu spät, zu kurz, zu abstrakt**“ von verschiedenen Studien, die die Effekte von Sprachförderprogrammen für Vorschulkinder mit Migrationshintergrund untersuchen. Mit großem Aufwand umgesetzt (allein in Hessen wurden über 50.000 Kinder gefördert), von den Eltern gut akzeptiert und mittlerweile in jedem Bundesland auf den bildungspolitischen Fahnen stehend hätten die Sprachfördermaßnahmen zu einem großen Erfolg werden können – aber leider stehen die Studienergebnisse dem entgegen:

- Eine vom hessischen Schulministerium in Auftrag gegebene und von der Universität Ulm durchgeführte Untersuchung sollte erheben, ob die Kinder in den Vorschulkursen besser lernen, wenn sie nach einem feststehenden Programm gefördert werden oder wenn es der einzelnen Erzieherin überlassen bleibt, wie sie das Sprachförderangebot gestaltet. Ergebnis: Bei beiden Verfahren sind die Auswirkungen auf die Sprachkenntnisse der Kinder gleich gering: Sie hinken ihren deutschsprachigen Altersgenossen weiterhin deutlich hinterher.
- Eine Studie der FU Berlin untersuchte die Erfolge von Sprachförderprogrammen in Brandenburg, die von speziell geschulten Erzieherinnen durchgeführt wurden: „Auch hier unterschieden sich die Fähigkeiten der Kinder kaum von jenen der Altersgenossen ohne besondere Förderung.“
- Die Landesstiftung Baden-Württemberg hat drei Jahre lang 200 Kinder nachverfolgt, die im Vorschulalter vier- bis fünfmal pro Woche eine halbe Stunde Deutschunterricht bekommen hatten, auch dies mit erschreckenden Ergebnissen: „Anscheinend war es egal, ob ein Kind an den Kursen teilnimmt oder nicht. Auch die Noten am Ende der Klassen eins und zwei unterschieden sich nicht: Sie waren bei geförderten wie bei nicht geförderten Migrantenkinder gleich schlecht.“

Schade um das viele Geld, aber noch schlimmer für die Kinder, dass nicht eher auf diejenigen gehört wurde, die seit Jahren vor der Ineffektivität des Gießkannenprinzips warnen und ihre Expertise angeboten haben. Dass eine unspezifische Sprachförderung, die als „eines für alle“-Programm auf alle scheinbar bedürftigen Kinder ausgedehnt wird, die Sprachlernbedürfnisse des einzelnen Kindes nicht trifft, liegt auf der Hand. Dass unspezifische Sprachförderung im Alter von fünf oder sechs Jahren zu spät kommt, ebenso. Dass eine im Schnellverfahren geschulte Erzieherin nur ein Programm anwenden kann, ohne recht zu wissen, was sie wie fördern möchte, wird in den Studien offensichtlich: „Um das zu lernen, reichen ein paar Vorträge über Sprache oder eine zweitägige Schulung nicht aus.“ Zu welchen Absurditäten des Förderverständnisses diese „Schulungen“ führen können, wird aus der baden-württembergischen Studie ebenfalls deutlich: In Videostudien zeigte sich z.B., dass eine Erzieherin sich zwar vor dem jeweiligen Kurs rege mit den Kindern austauscht, „dann aber klopft sie auf den Tisch, das Training beginnt, und die Kinder verstummen.“

Nach dieser ernüchternden Analyse der Fördererfolge bleiben schnelle Reaktionen der Bildungspolitiker nicht aus: In Hessen z.B. werden die Sprachförderkurse nun auf Vierjährige ausgeweitet, allerdings ohne zu hinterfragen, ob formalisierte Sprachförderprogramme überhaupt das richtige Mittel sind – eine Frage, die nach den Studienergebnissen eindeutig mit Nein beantwortet werden kann. Bessere Erfolge versprechen gezielte Sprachförderangebote, die in den Kita-Alltag integriert werden, wobei dies oft an der mangelnden Qualifikation des pädagogischen Personals und an ungünstigen Rahmenbedingungen scheitert: „Mal sind die Gruppen zu groß, mal fehlt Erzieherinnen die Zeit oder das Interesse. Nur selten bringt sie zudem ein ausgeprägtes Sprachbewusstsein mit.“

Der Artikel ist nachzulesen unter www.zeit.de/2010/43/B-Sprachtests (s. a. Kommentar unter www.dbs-ev.de).

Lebensqualität und Stottern

(CI) Das Journal of Fluency Disorders (JFD) widmet sich in seiner gesamten Ausgabe 3/2010 den Zusammenhängen von Lebensqualität und Stottern. Nach jahrzehntelangem Ringen um möglichst ‚harte‘ Fakten und Daten, die sich rund um das Phänomen Stottern sammeln ließen, ist unter dem Einfluss der ICF der stotternde Mensch mit seinen Alltags-Kommunikationsbezügen wieder im Zentrum der Betrachtung angekommen. Im Editorial zu dieser Sonderausgabe macht Ashley Craig deutlich, wie sehr diese Perspektive in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Stottern noch in den Kinderschuhen steckt.

Das JFD versammelt vier Hauptbeiträge zum Thema, die sich mit den Theorien und Modellen zum subjektiven Wohlbefinden befassen, aber auch mit wissenschaftlichen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zum Einbezug des Klienten-Alltags:

Cummins, R. (2010): Fluency disorders and life quality: Subjective wellbeing vs. health-related quality of life. JFD 35, 161-172.

Cruice, M., Worrall, L. & Hickson, L. (2010): Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. JFD 35, 173-189.

Yaruss, S.J. (2010): Assessing quality of life in stuttering treatment outcome research. JFD 35, 190-202.

Blumgart, E., Tran, Y. & Craig, A. (2010): An investigation into the personal financial costs associated with stuttering. JFD 35, 203-215.

Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse

Die Autorin, Lehrlogopädin mit einem Master in Soziologie (Essex, England), promovierte mit der vorliegenden Dissertation in der für vielseitige Quereinsteiger attraktiven, interdisziplinär angelegten theoretischen Medizin an der Universität zu Köln. Somit werden die für die Sprachtherapiewissenschaft ungewöhnlichen, dennoch bereichernden theoretischen Bezüge der Dissertation zu Soziologie, Sozial- und Arbeitspsychologie, Arbeitsmedizin, auch Sprachheilpädagogik nachvollziehbar. Explizit erfasst Hansens Erkenntnisinteresse Konzeptionen und Praxis der Arbeit von Ergotherapeuten und Hebammen. Ihr Forschungsziel ist aus einer interaktionistischen und personenbezogenen Perspektive heraus die verbesserte Theoriebildung und Konzeptionalisierung der ambulanten sprachtherapeutischen Tätigkeit.

Hansen will das sozialwissenschaftliche Konzept des Arbeitstyps für die sachanalytische Systematisierung und Explizierung der Arbeit im sprachtherapeutischen Prozess nutzen. Vor den theoretischen Rahmen des Interaktionismus wird in einem praktischen Teil die Arbeit der Therapeuten, Patienten und Angehörigen über einen Zeitraum von fünf Monaten in ausgewählten Therapieprozessen in einer ambulanten logopädischen Praxis analysiert. In der Tradition der qualitativen, datenpluralen Subjektforschung nimmt Hansen als Beobachterin teil, führt Gespräche, Leitfadeninterviews und erstellt Videoaufnahmen. Was in der Sprachtherapieforschung weltweit extrem selten ist, ermöglicht Hansen dem Leser: Einen vielschichtigen Einblick in die Aktivitäten und Aufgaben der professionellen und nicht-professionellen Akteure. In dem Datenmaterial der empirisch-rekonstruktiven, offenen und kontextbezogenen Feldforschung identifiziert Hansen vier zentrale Arbeitstypen: Kontaktarbeit, Ausrichtungsarbeit, Kooperationsarbeit und Veränderungsarbeit als grundlegende Dimensionen ambulanter Sprachtherapieprozesse. Diese Arbeitstypen realisieren die Akteure in jeweils differenziert beschriebenen spezifischen Hand-

lungsmustern, den sog. „Arbeitsmustern“. Anhand vieler Transkripte kann der Leser u.a. reflektierte Wertschätzungs-, Grenz-, Vermittlungs-, Erfolgs-, Entdeckungs-, Vertrauens-, Aktivierungs-, Balance- oder Bewusstseinsarbeit, wie sie im alltäglichen Therapieprozess erscheint, wieder und neu erkennen und in das eigene „clinical reasoning“ integrieren.

Hansens Forschungsergebnisse haben Nutzen und Konsequenzen für eine vertiefte Reflexion akademischer Sprachtherapie. Das Buch ist allen Sprachtherapeuten zu empfehlen, die gründlicher nachvollziehen wollen, was sie in ihrer Alltagspraxis beobachten und empfinden. Die Ergebnisse tragen zu einem klareren Selbstverständnis der akademischen Sprachtherapie in die Richtung personen-, situations- und sprachlernbezogener, interaktiver und Probleme lösender Arbeitsbündnisse zwischen allen Akteuren bei.

Therapeutisches Handeln zwischen den Akteuren ist vielschichtig und als solches auch zu dokumentieren und fachlich zu kommunizieren. Aufgeklärte und wissende Sprachtherapie verlässt eingeschlossene funktionell-symptomatische Ausrichtungen, öffnet die „black box“ des reduktionistischen bio-medizinisch begründeten Herstellens von Funktionen in die Richtung des größeren Kontextes des physikalischen und des phänomenologischen Körpers. Klassisch behaviorales Lernen erfährt in der sprachtherapeutischen Arbeit seine kognitive, emotionale und interaktionale Wende,

begründete Voraussetzung für ein sprachliches Sich-Selbstverändern.

Die systematische Reflexion therapeutischer Arbeit macht deutlich, dass professionelles Expertenwissen nur begrenzt bewusst und verbalisierbar, und der Arbeitstyp der Gefühlsarbeit kein sprachtherapeutischer Nebenschauplatz ist. Werden der Patient und seine Angehörigen als zentrale Akteure des Arbeitsgeschehens betrachtet und letzteres fokussiert evaluiert, ergibt sich aus der Tatsache, dass der Behandlungsprozess gleichzeitig zielorientiert und offen ist, eine theoretisch fruchtbare und für die Praxis wertvolle sensibilisierende Perspektive.



Rezension

Hilke Hansen (2009): Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Idstein: Schulz-Kirchner. ISBN 978-3-8248-0644-7. 411 Seiten, € 38.-

Verfasser

Dr. Stephan Baumgartner, München

Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung

Es ist erfreulich, dass dieses Büchlein nun schon in 3. Auflage erscheint (1. Aufl. 2000). Die Autorin, Frau Dr. S. Neumann, dürfte mit dieser Publikation, aber auch durch ihre Dissertation „Sprachtherapeutische Di-

agnostik bei Menschen mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. Entwicklung und Evaluation des sprachtherapeutischen Diagnostik- und Dokumentationsinventars ‚LKGSF komplex‘ für den deutschsprachi-

gen Raum“ (Verl. Dr. Kovac Hamburg, 2010), und andere Veröffentlichungen dazu beigetragen haben, dass die schon lange als notwendig erachtete Mitarbeit von Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz im interdisziplinären Betreuungsteam bei Kindern und Erwachsenen mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen sich immer besser durchsetzen konnte, und zwar vom ersten Lebenstag der Betroffenen an.

Im 1. Kapitel beschäftigt sich die Autorin mit dem wissenschaftlichen Forschungsstand zu den Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Nasen-Fehlbildungen (LKGSNF) – leider ohne die Berücksichtigung von Veröffentlichungen seit dem Ende der 90er Jahre, speziell zur Ätiologie und Prophylaxe, Embryologie, zum Erscheinungsbild und Formenreichtum, zur Prävalenz und schließlich zur LAHS-Codierung, die die Spaltbildungen kompatibel mit der ICD-10 klassifiziert. Diese Darstellung ist – wie im ganzen Buch – gut lesbar, klar und allgemeinverständlich sowie wissenschaftlich exakt. Das 2. Kapitel beschreibt mögliche Auswirkungen der LKGSNF auf das Kind sowie die Eltern und die familiäre Lebenssituation. Hier ist ein besonderer Vorzug der Publikation zu sehen: Die psychosoziale Gesamtsituation der betroffenen Familie steht im Mittelpunkt der Ausführungen, ohne dass die medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Fakten vernachlässigt werden. Das wird besonders deutlich, wenn Frau Neumann auf die Wechselwirkungen zwischen den unvollkommenen organischen Bedingungen und den so wichtigen Funktionen wie Atmen, Saugen, Kauen, Schlucken und Sprechen eingeht. Dabei werden solche myofunktionellen Dysfunktionen wie Mundatmung/Mundoffenhalten, eingeschränkte Mimik, fehlerhafte Zungenruhelage, der ganze Komplex der gestörten Aufnahme von Nahrung, Flüssigkeit und Speichel sowie die vielfältigen Auffälligkeiten von Sprache und Stimme (nicht zuletzt auf dem Hintergrund häufiger Hörstörungen) gebührend berücksichtigt.

Im 3. Kapitel wird die Notwendigkeit einer engen koordinierten interprofessionellen Frühbehandlung und -förderung (bis zum Beginn des 4. Lebensjahrs) deutlich. Es werden die Aufgaben der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der Kieferorthopädie, der allgemeinen Zahnmedizin, der HNO-Heilkunde und Pädaudiologie, der pränatalen und genetischen Beratung, der Sprachtherapie, der Psychologie und der Still- und Essberatung beschrieben. In einem 4. Kapitel erfahren die Leser Einzelheiten zur Frühförderung und Prävention von

Sprechauffälligkeiten, wobei die explizite Berücksichtigung der Stimmauffälligkeiten etwas zu kurz kommt. Die Frühförderung und Prophylaxe lässt die Autorin zu Recht schon im ersten Lebensjahr beginnen, und zwar nicht mit symptomorientierten Übungen, sondern zunächst mit Beratungen der Eltern zur Sprachentwicklung und deren engen Beziehungen zur Nahrungsaufnahme und ab etwa einhalb Jahren mit Übungen der „frühen MFT“ (Muskelübungen). Hier wird ein konzeptionelles Umdenken bezüglich der Frühförderung und Prävention von Sprechauffälligkeiten in einer interdisziplinären Herangehensweise deutlich, wobei den Eltern ein fundamentaler Platz eingeräumt wird. Diesen Zusammenhang möchte der Rezensent als einen besonderen Wert des Buches hervorheben.

Ein ausführlicher Anhang umfasst Antragshilfen für die Festsetzung des Behinderungsgrades und finanzieller Unterstützung sowie für die LKGSNF-Therapie nach den Heilmittelrichtlinien von 2004 (ob die nicht schon wieder überholt sind?), Hinweistabellen für die sprachliche Förderung durch die Eltern sowie Listen von Publikationen und Internetadressen. Das Literaturverzeichnis ist ausreichend, aber nicht aktualisiert, es enthält keine nach 2000 erschienenen Veröffentlichungen. Und die Unzulänglichkeiten der früheren Auflagen sind leider nicht behoben worden: z. B. fehlen einige im Text erwähnte Titel (Hochmuth 1978, Becker

1991, Trenchel 1977). Und es muss M. Seeman und nicht Seemann heißen.

Trotz dieser kleinen Mängel ist dieses Buch als Aufruf zur Durchsetzung einer flächendeckenden medizinisch-sprachheilpädagogisch-sozialen Betreuung der von LKGSNF-Fehlbildung Betroffenen in ganz Deutschland zu begrüßen und allen Interessierten (Fachleuten, Sozialarbeitern, betroffenen Familien) zu empfehlen.



Rezension

Sandra Neumann: Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. Die Möglichkeit der Prävention von Sprechauffälligkeiten. 3., überarb. und ergänzte Aufl. Schulz-Kirchner Verlag Idstein 2010. 156 S. 18,95 €

Verfasser

Volkmar Clausnitzer

Literacy im Kindergarten

Die sprachliche Förderung von mehr- und einsprachigen Kindern zählt zu den zentralen Aufgaben pädagogischer Fachkräfte im Elementarbereich. Dies wird auch in den verschiedenen Bildungsplänen des Elementarbereichs hervorgehoben. Doch wie kann diese Förderung so gestaltet werden, dass sie sich an den Voraussetzungen der einzelnen Kinder orientiert und an deren Lebenswelt ansetzt? Welche Schwierigkeiten können beim Erwerb sprachlich-kommunikativer Fähigkeiten auftreten? Diesen Fragen wird im Buch „Literacy im Kindergarten“ vertieft nachgegangen.

Ein besonderer Schwerpunkt des Buches bildet der Bedeutungserwerb und somit auch der Erwerb von Strategien zur Erweiterung des Wortschatzes. Hierbei regt ein im Buch beschriebenes Regelspiel das Kind dazu an, solche Strategien zu erwerben. Dies wird anhand der Arbeit mit einem Kind ver-

deutlicht. Das Spiel und die dazugehörigen Beobachtungsbögen können dabei sowohl zur Beobachtung als auch zur Förderung eingesetzt werden. Beides ist im Anhang als Kopiervorlage enthalten.

Ob und wie Kinder ihre sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten erweitern, kann durch weitere im Buch beiliegende Beobachtungsbögen festgehalten werden. Sie bieten die Möglichkeit, einen Einblick in die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten der einzelnen Kinder zu erhalten. Sie zeigen auch auf, welchen Unterstützungsbedarf die jeweiligen Kinder gegebenenfalls beim Erwerb sprachlich-kommunikativer Fähigkeiten aufweisen und wo im Rahmen einer Förderung angesetzt werden kann.

Doch wie können Kinder im Kindergarten sprachlich gefördert werden? Die Autoren gehen hierbei ausführlich auf das Konzept der Literacy ein. Im Rahmen die-

ser Darstellung wird auch die Bedeutung der Schrift im Elementarbereich hervorgehoben, wobei die schriftsprachliche Entwicklung von Kindern zusammenfassend dargestellt wird. Über welche Erfahrungen Kinder im Umgang mit Schrift und Lesen bereits verfügen, kann im Rahmen des beiliegenden Bilderbuchs „Toni feiert Geburtstag“ beobachtet werden.

Im Buch werden theoretische und auch bildungspolitische Bezüge hergestellt. Die beiliegenden Beobachtungsaufgaben wurden erprobt und evaluiert. Die dargestellten Inhalte werden durch zahlreiche Beispiele

aus dem Praxisalltag des Elementarbereichs ergänzt. Dies alles bietet pädagogischen Fachkräften sowohl die Möglichkeit der Reflexion der eigenen Arbeit als auch vielfältige Anregungen zur Gestaltung weiterer Förder- und Arbeitsprozesse.



Rezension

Iris Füssenich/Carolin Geisel:
Literacy im Kindergarten. Vom Sprechen zur Schrift (mit Bilderbuch). Ernst Reinhardt. München 2008, € 24,90

Verfasserin

Stefanie Wannemacher

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:

- Waltraud Kutej: Prävention von Stimmstörungen. Die Stimme als wichtiges Arbeitsinstrument in Sprechberufen.
- Inge Refisch: Sprechübungen mit Gedichten. Übungsvorlagen für Sprachthe-

rapie, Sprecherziehung, Stimmschulung und Deutschunterricht.

- Anja Schubert: Dysarthrie. Diagnostik – Therapie – Beratung.
- Helmut Teichmann und Frank Ostermann (Hrsg.): In zehn Jahren: Las Vegas! Berichte der Angehörigen, Freunde und Bekannten von Aphasikern in Erzählungen, Briefen, Tagebuchaufzeichnungen und Gesprächen.
- Helmut Teichmann (Hrsg.): Die Relation von Raum und Zeit und ihre neuronale Realisierung in der Sprache.
- Kirsten Thyme-Froekjaer, Boerge Froekjaer-Jensen: Die Akzentmethode.

Wenn Sie an der Rezension einer dieser Schriften Interesse haben, melden Sie sich bitte bei folgender Adresse:

redaktion@sprachheilarbeit.eu

Ihnen wird dann umgehend das Buch bzw. die Broschüre 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.

Nachbarschaften

15 Jahre Aphasie-Zentrum Josef Bergmann

Am 04. Juni 2010 hatten Frau Maria Bergmann, Werner Dornieden, Dr. Andreas Winnecken und die Mitarbeiter des Aphasie-Zentrums Josef Bergmann gleich zwei gute Gründe, mit namhaften Gästen aus Stadt und Land anzustoßen:

- 15-jähriges Jubiläum des Aphasie-Zentrums Josef Bergmann
- Erweiterung des Aphasie-Zentrums Josef Bergmann durch die Pflegeeinrichtung „St. Johannes-Gut“

Im Jahre 1989 hatte alles begonnen: Nach dem Tod des Unternehmers Josef Bergmann hat Frau Maria Bergmann, angeregt durch das persönliche Schicksal ihres Mannes, der nach einem Schlaganfall selbst von einer schweren Aphasie betroffen war, die „Stiftung Aphasie Josef Bergmann e.V.“ mit Sitz in Bonn gegründet. Vereinszweck war und ist die Förderung der Rehabilitation von Menschen mit Aphasie und deren Angehörigen in einem gemeinnützigen Verein.

Um für die Zukunft Erfahrungen zusammen zu tragen und damit eine geeignete Spezialeinrichtung für die Rehabilitation von Menschen mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen aufzubauen, gründeten der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (Würzburg), der Niedersächsische Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (Hannover), die Stiftung Aphasie Josef Bergmann e.V. (Bonn) und die Josef-und-Maria-Bergmann-Stiftung (Vechta) 1994 die gemeinnützige GmbH Aphasie-Zentrum Josef Bergmann in Vechta-Langförden.

Am 05. Mai 1995 wurde das Aphasie-Zentrum Josef Bergmann gGmbH offiziell eingeweiht. Die Einrichtung ist kooperatives Mitglied im Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.

Darüber hinaus kooperiert das Aphasie-Zentrum mit der Deutschen Schlaganfall-Hilfe (Gütersloh) und ist Mitglied im Neurologischen Klinikverband Weser-Ems.

Ziel des Aphasie-Zentrums ist die bestmögliche Wiedereingliederung von Menschen mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen nach einer hirnorganischen Erkrankung unter besonderer Berücksichtigung eines erworbenen Handicaps in Familie, Gesellschaft und Beruf.

Das Aphasie-Zentrum Josef Bergmann



Talkrunde: Dr. Winnecken (re.) im Gespräch mit Betroffenen

ist in der Bundesrepublik Deutschland die einzige modellhafte Einrichtung, die sich auf die Rehabilitation von Menschen mit Aphasie spezialisiert hat. Mit seinem besonderen Konzept ist das Zentrum weit über die Grenzen der Region hinaus bekannt geworden und steht allen Menschen, die nach einer erworbenen Hirnschädigung an Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen und motorischen Ausfällen leiden, therapeutisch und sozial-integrativ zur Verfügung.

Das Behandlungskonzept ist interdisziplinär angelegt und vereint Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationstherapie, handlungsorientierte Kreativtherapie, Hirn-Leistungs-Training, musische Veranstaltungen und systemische Beratung mit Ergotherapie und Krankengymnastik.

Die Behandlung der Patienten stützt sich auf die neuesten wissenschaftlich evaluierten Diagnostikinstrumentarien und Behandlungsmethoden in Einzel-, Dialog-, Gruppen- und alltagsorientierter Therapie.

Der Schwerpunkt des Aphasie-Zentrums liegt in vierwöchigen Intensiv-Therapien (Sprach-, Ergo- und Physiotherapie), in der Regel auch mit den Angehörigen. Im geschützten Bereich der Einrichtung werden kommunikative, kognitive und körperlich motorische Fertigkeiten beübt und der jeweilige Transfer in den Alltag erarbeitet (allein in der Sprachtherapie über neun Stunden pro Woche).

Mittlerweile beschäftigt die Einrichtung 80 Mitarbeiter/innen und versorgt allein in der Umgebung von Vechta täglich rund 75 Betroffene durch ambulante Therapien.

Über den eigenständigen Rechtsträger „St. Johannes-Gut gGmbH – Pflege und

Service-Wohnen im Aphasie-Zentrum“ ist die Einrichtung als vollstationäre neurologisch-therapeutische Pflegeeinrichtung mit integrierter Kurzzeitpflege von den Pflegekassen anerkannt worden. So konnte mit der Fertigstellung des dritten Bauabschnitts wieder ein wichtiger Baustein des Gesamtkonzepts umgesetzt werden. Durch den Neubau mit 34 Pflegezimmern und den dazugehörigen Gemeinschaftsräumen hat das Aphasie-Zentrum seine Aufnahmekapazität auf insgesamt 53 stationäre Plätze erhöht und weitere 2.800 qm Wohn- und Nutzfläche geschaffen.

Das St. Johannes-Gut steht nicht nur Menschen mit Aphasie zur Verfügung, sondern auch grundsätzlich allen pflegebedürftigen Personen in Langzeit-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Die Niedersächsische Sozialministerin Aygül Özkan dankte während des Festaktes in ihrer Ansprache der Stifterin Frau Maria Bergmann für ihr unermüdliches Engagement und lobte die Einrichtung als ein wichtiges Element im niedersächsischen Gesundheitswesen.

In einer Talkrunde mit Dr. Andreas Winnecken als Moderator berichteten die Betroffenen Herr Ulrich Wiethaus und Frau Kristi Mönkedieck sehr eindrucksvoll von ihrem Schicksal und von der Hilfe, die sie im Aphasie-Zentrum Josef Bergmann fanden.

Der stellvertretende Landrat und der Bürgermeister der Stadt Vechta würdigten in ihren Grußworten die Bedeutung der Einrichtung für die Region und das besondere Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Frau Monika Blunck sprach als Vorstandsmitglied im Namen des Bundesverbandes Aphasie e.V. ihre herzlichen Glückwünsche aus.

Am 5. Juni 2010 nutzten ca. 1.500 Besucher die Gelegenheit, durch eine Vielzahl von Angeboten die Konzeption des Hauses näher kennen zu lernen und die neuen Räumlichkeiten zu besichtigen.

Werner Dornieden
und Dr. Andreas Winnecken
Aphasie-Zentrum Josef Bergmann gGmbH

Rückblicke

Sprechwissenschaftler analysieren und optimieren Interpersonelle Kommunikation

Vom 7.–10. Oktober 2010 fand in den Gebäuden der traditionsreichen „Franckeschen Stiftungen“ in Halle die DGSS-Tagung „Interpersonelle Kommunikation – Analyse und Optimierung“ statt. Es handelte sich dabei um eine gemeinsame Veranstaltung des Seminars für Sprechwissenschaft und Phonetik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung. Mehr als 60 Vorträge, zusätzliche Posterpräsentationen und Workshops zu verschiedenen Themengebieten Interpersoneller Kommunikation fanden in insgesamt acht Sektionen statt.

Diese boten den nationalen und internationalen sprechwissenschaftlichen Fachvertretern, den jungen Absolventen und Studierenden der verschiedenen Ausbildungsgänge in Deutschland, aber auch den interdisziplinären Kooperationspartnern genügend Raum für einen intensiven fachlichen Austausch.

Für ausgewählte Themen der akademischen Sprachtherapie standen zwei Sektionen zur Verfügung, die von klinischen Sprechwissenschaftlerinnen geleitet wurden. In der Sektion „Kommunikationsstörungen“ wurde von der aktuellen stimmlichen und sprecherischen Ausbildungssituation von Lehramtsstudenten (*Dr. Lemke*) berichtet. Des Weiteren wurde der Einfluss gestörter Lehrerstimmen auf den Verstehensprozess bei Schülern (*Dr. Voigt-Zimmermann*) aufgezeigt, über Aktivierung psychischer Ressourcen durch Stimmübungen (*Merkel*) referiert sowie der Frage auf den Grund gegangen, welche Schlussfolgerungen ungeschulte Zuhörer aus der Stimme und der Sprechweise von Sprechern für den persönlichen Eindruck ziehen (*Dr. Pabst-Weinschenk*). Die Grundlagen und Bedingungen gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation (*Prof. Thiel*) waren ebenso Thema dieser Sektion wie das Kommunikationstraining bei neurogenen Sprachstörungen (*Dr. Kranich*) und die Fremd- und Eigeneinschätzung des Sprechens bei Foreign-Accent-Syndrom (*Dr. Wendt*).

Die Sektion „Kommunikationsförderung“ beschäftigte sich nach einem einlei-

tenden Vortrag zur Bedeutung primärdialogischer Strukturen in der Sprachförderung (*Dr. Kurtenbach*) mit aktuellen Konzepten der Kommunikationsförderung im Elementar- und Sekundar I-Bereich. Hierzu wurden Referenten und Referentinnen eingeladen, welche unmittelbar an der Konzeption, Durchführung und Evaluation der im folgenden benannten Programme beteiligt sind: Erzieherqualifizierung zur Erhöhung des sprachlichen Anregungsniveaus in Tageseinrichtungen für Kinder (*Beller*), Sprachförderliches Handeln von Erzieherinnen im Kita-Alltag – Sächsisches Landesmodellprojekt „Sprache fördern“ (*Dr. Schikora*), „Delfin 4“ in der Praxis in Sachsen-Anhalt (*Kreutzer*), Modellprojekt „K.i.D. – Kindertageseinrichtungen im Dialog“ (*Jaschinsky*), „Lesen, Reden, Schreiben“ – ein Forschungsprojekt zur Förderung der Schlüsselkompetenzen bei Schülerinnen deutscher und nicht-deutscher Muttersprache (*Prof. Gutenberg*) sowie Vorleseaktivität von Lehrkräften in der Sekundarstufe I (*Schünemann*). Diese Sektion verfolgte einerseits das Ziel, einen umfassenden Einblick in die Verschiedenheit und jeweilige Spezifität der vorgestellten Konzepte zu bekommen. Andererseits eröffnete sich ein konstruktiver Fachaustausch, welcher sich mit Fragestellungen zu Grenzen der Sprachförderarbeit im Elementarbereich und Abgrenzung zu sprachtherapeutischen Handlungsfeldern befasste.

Am Sonnabend (09.10.2010) fand dann das 5. Berufspolitische Forum der DGSS statt. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer war es ausschließlich von Hallenser Diplom-Sprechwissenschafts-Absolventen besetzt. Professionell und unterhaltsam moderiert vom Münsteraner Redakteur und Reporter *Matthias Menne*, berichteten sie über die verschiedenen Arbeitsgebiete von Diplom-Sprechwissenschaftlern. Die langjährige Vorsitzende des DBKS und ehemalige 2. Vorsitzende des dbS, *Dr. Susanne Voigt-Zimmermann*, berichtete von den spezifischen Anforderungen der Arbeit als akademische Sprachtherapeutin.

Den Organisatoren *Prof. Dr. Ines Bose* und *Prof. Dr. Baldur Neuber* vom Seminar für Sprechwissenschaft und Phonetik in

Halle, unterstützt von den Mitarbeitern und vielen Helfern aus der Studentenschaft des Seminars, war die Organisation einer Tagung gelungen, die sowohl inhaltliche Vielfalt und Qualität als auch genügend Raum zum fachlichen, kollegialen und freundschaftlichem Austausch bot.

Weitere Informationen zu den Tagungsinhalten finden Sie auf der Homepage der DGSS (www.dgss.de). Die Publikation der Beiträge ist für 2011 in einem Tagungsband der Reihe „Hallesche Schriften zur Sprechwissenschaft und Phonetik“ geplant.

Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann
Universität Heidelberg
Dr. phil. Stephanie Kurtenbach
Universität Halle-Wittenberg

„Schweigen und Sprechen im System“ – Förderung bei selektivem Mutismus

Mutismus-Tagung StillLeben e.V. am 11.10.2010

StillLeben
e.V. Hannover

Mit Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein aus der Schweiz referierte zur 2. Mutis-

mus-Tagung von StillLeben e.V. Hannover eine ausgesprochene Fachkraft vor etwa 100 Atem-, Sprech- und Stimmlehrern, akademischen Sprachtherapeuten, Logopäden, Psychologen, Erziehern, Ergotherapeuten und auch einigen Eltern. Der Veranstaltungsort war erneut die CJD Schule Schlaffhorst-Andersen in Bad Nenndorf.

In ihrem Vortrag beschäftigte sich Prof. Katz-Bernstein gemeinsam mit Dr. Anja Schröder von der Pädagogischen Hochschule Heidelberg mit den narrativen Fähigkeiten bei selektiv mutistischen Kindern. Im Zentrum stand die Förderung der interaktiven Erzählfähigkeiten bei mutistischen Kindern – eine Sache der Unmöglichkeit oder Chance auf dem Weg aus dem Schweigen?

Dabei stellten die beiden Referentinnen außerordentlich interessante und für die Therapie von mutistischen Kindern innovative Erkenntnisse aus ihrer gemeinsamen Forschung vor. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Spielentwicklung als Vorausläufer der Erzählfähigkeiten gelegt.

In der anschließenden Workshop-Phase setzte sich Anne Wichtmann (Bonn) mit dem Thema „Mutismus im System – System im Mutismus?“ auseinander. Eine Familie ist wie ein Mobilé: alle Gewichts- und Bewegungsänderungen des einzelnen Teils lassen das ganze System in Veränderung reagieren, schwingen oder auch erstarren. Anne Wichtmann stellte dar, dass das Schweigeverhalten eines Kindes in diesem Gleichgewicht ein sehr „schweres“ Argument ist und das kommunikative Klima der sozialen Gruppe (Familie, Kindergarten-Gruppe, Kommunikationspartner im Freundes- und Bekanntenkreis etc.) formt.

Kinder scheinen sehr unterschiedliche Beweggründe zu haben, um ihr Schweigen zu entwickeln. Häufig macht das mutistische

Verhalten in der Perspektive der Kinder Sinn, um sowohl eigene als auch familiäre Entwicklungsthemen zu bedienen. In dem Workshop wurden sowohl das sprachliche und psychologische Entwicklungsgeschehen als auch familiendynamische Aspekte des Phänomens „Mutismus“ in Beziehung zueinander gestellt.

Damit endete ein durch die Initiative StillLeben e.V. Hannover organisierter, gelungener Tag der praktischen wie theoretischen Auseinandersetzung mit diversen Inhalten zur Therapie von Kindern mit selektivem Mutismus.

Zu den Vorträgen und auch darüber hinaus wurden einige Interviews als Videotrailer produziert. Diese können auf der Seite www.selektiver-mutismus.de unter der Rubrik „Mediathek“ abgerufen werden.

Jens Kramer

Dialog – Bewegung – Sprache: Therapie in verschiedenen sprachlichen Handlungsfeldern

15. Bad Nenndorfer Therapietag der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen am 13.11.2010

Mit Prof. Dr. Wolfgang Praschak (Hamburg) und Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein (Schweiz) referierten zum 15. Bad Nenndorfer Therapietag des CJD-Instituts zwei Fachleute zu diesem Themenkomplex vor 200 Atem-, Sprech- und Stimmlehrern, akademischen Sprachtherapeuten und Logopäden. Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl musste der Tagungsort von der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen erneut in die Wandelhalle von Bad Nenndorf verlegt werden.

In seinem sehr anregenden Einführungs-Vortrag beschäftigte sich Wolfgang Praschak von der Universität Hamburg mit der vorsprachlichen Entwicklung und dem tonischen Dialog. „Auch wenn ich nicht sprechen kann, habe ich doch ganz viel zu

sagen!“ Kommunizieren heißt einerseits, verstanden zu werden, aber andererseits auch, sich ausdrücken und sich vermitteln zu können. Nur so sind Kenntnisse zu erlangen, die ein gelingendes Zusammenleben ermöglichen. Kommunikation ist deshalb ein Kulturgut, das auch dann zu vermitteln ist, wenn die Verständigung aufgrund spezifischer Beeinträchtigungen geschmälert sein sollte. Das gilt insbesondere dann, wenn aufgrund einer sehr schweren und umfänglichen Beeinträchtigung des sensorischen Handelns noch kein verbaler Austausch möglich ist und die gegenseitige Verständigung auf vorsprachliche Zeichensysteme aufbauen muss. Diese erwerben Menschen mittels tonischer Dialoge.

In der anschließenden Workshop-Phase setzten sich Dr. Katja Subellok und Kerstin Bahrfleck-Wichitil mit der Therapie von selektiv mutistischen Kindern auseinander.

Dr. Joachim Kutscher beschäftigte sich mit Menschen mit autistischer Informationsverarbeitung und -konstruktion. Prof. Dr. Anna Dorothea Brockmann thematisierte den haptischen Sinn in der Vorstellung ihrer Arbeit am Tonfeld. Der musiktherapeutische Dialog stand im Mittelpunkt der Präsentation von Elke Wehling. Dr. Maren Aktas beschäftigte sich mit der Fragestellung, wie standardisierte Sprachtests nutzbringend bei Kindern mit geistiger Behinderung eingesetzt werden können.

Im abschließenden Vortrag wurde von Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein das Thema „Spiel, Fiktivität und Humor in der Sprachtherapie“ ausgesprochen plastisch vorgestellt. Grundlegend war die Frage danach, wie sich die magische Fähigkeit entwickelt, eine Gleichzeitigkeit zweier Realitäten kommunizieren zu können und dadurch eine Paradoxie zu schaffen. Und darauf aufbau-



Prof. Katz-Bernstein beim Abschlussvortrag

end die Frage, wie es das Kind schafft, eine kontinuierliche fiktive Welt zu konstruieren und darin als sozialer Akteur zu agieren.

Damit endete ein durch das CJD Institut Schlaffhorst-Andersen organisierter, gelungener Tag der praktischen wie theoretischen Auseinandersetzung mit diversen Inhalten zum Themenkomplex „Dialog – Bewegung – Sprache: Therapie in verschiedenen sprachlichen Handlungsfeldern.“

Im Rahmen des Bad Nenndorfer Therapietages sind einige Interviews mit den Referenten und ein Tagungsvideo entstanden. Diese können auf der Seite www.stimmproffis.de betrachtet werden.

Der 16. Bad Nenndorfer Therapietag wird am 12. November 2011 von 10.00-18.00 Uhr stattfinden. Der Titel der Tagung lautet „**Stimme und Emotion – Therapie und Un-**

terricht im Gegenstandsfeld Stimme“. Mit Prof. Dr. Johan Sundberg aus Stockholm und Dr. Bernhard Richter aus Freiburg sowie Dorothea Gädecke, Dietlind Jacobi, Beate Josten, Julia Baumgardt und Prof. Dr. Ulla Beushausen, Wolfgang Saus und Dr. Antoni Lang werden erneut hochkarätige Referentinnen und Referenten erwartet.

Weitere Informationen unter: www.cjd-schlaffhorst-andersen.de

Jens Kramer

Arbeitsgruppentreffen der Padovan-Therapeutinnen Deutschland – Qualität durch Erfahrungsaustausch

Gemeinschaften leben davon, dass einzelne Mitglieder ihren Beitrag leisten. Dass wir uns zu der Persönlichkeit entwickelt haben, die wir heute sind, verdanken wir den Begegnungen und dem Dialog mit unseren Kollegen. Im Austausch der Erfahrungen teilen wir Wissen und erweitern gleichzeitig auch das eigene Wissensspektrum.

Bereits zum dritten Mal traf sich daher die Arbeitsgruppe der Padovan-Therapeutinnen Deutschland im Oktober 2010 in der Integrativen Kindertagesstätte Zingsheim. Es nahmen Therapeuten und Ärzte teil, die eine Zertifizierung der „Neurofunktionellen Reorganisation“ nach Beatriz Padovan anstreben. Voraussetzung für die Teilnahme war, alle bislang in Deutschland angebotenen fünf Module besucht zu haben und sich somit automatisch im Zertifizierungsprozess zu befinden. Ziel des Treffens war ein qualifizierter Austausch der Therapeutinnen untereinander sowie die Selbsterfahrung mit dieser speziellen Therapie. Als besonders



Die Teilnehmerinnen des 3. Padovan-Treffens

hilfreich empfanden die Therapeuten aus integrativen Kindergärten, Klinik, Kinder- oder Erwachsenentherapie in freier Praxis die Arbeit in Kleingruppen. So konnte jeder Therapeut die Arbeitsweise anderer Therapeuten kennen lernen und die Therapie an sich erfahren. Jeder, der die Bewegungen und Wirkung der Therapie an sich selbst gespürt hat, wird die Übungen nicht ein-

fach mechanisch ausführen, sondern wird sensibler, behutsamer und gewissenhafter mit dieser Methode umgehen. Alle Therapeuten des Arbeitskreises sind sich einig: sie werden ständig bestrebt sein, ihr Wissen zu erweitern und den Erfahrungsaustausch zu suchen. Damit wollen sie langfristig Qualitätsstandards für diese Therapieform schaffen und der Methode die therapeutische Berechtigung erarbeiten, die ihr gebührt.

Hiermit sind alle Interessierten, die bereits alle fünf Module absolviert haben, herzlich zu künftigen Treffen des Arbeitskreises zur Padovan-Methode eingeladen. Nähere Informationen zu der Therapiemethode finden Sie unter www.padovan-therapeutInnen.de. Hier können Sie auch persönlich mit uns in Kontakt treten und Informationen zur Methode oder zu nächsten Treffen erfragen.

Sabrina Pfeiffer

Aus der Hochschule

Studiengänge der Akademischen Sprachtherapie

Immer häufiger gelingt direkte Zulassung durch den Spitzenverband der GKV

Jenny Mews, Claudia Iven, Ulrike de Langen-Müller

Die Zeiten wandeln sich: Durch den Bologna-Prozess angestoßen haben sich auch die klassischen Diplom- und Magisterstudiengänge, die für sprachtherapeutisches Handeln qualifiziert haben, zu Bachelor- und Masterstudiengängen umstrukturiert. Die neuen Studiengänge orientieren sich nicht nur an den traditionellen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen, wie sie in der Sprachheilpädagogik, der Klinischen Linguistik, Patholinguistik oder Klinischen Sprechwissenschaft bestehen. Sie setzen ebenso die international gültigen Ausbildungsstandards und das von allen sprachtherapeutischen Berufsverbänden verabschiedete „Gemeinsame Ausbildungsprofil Sprachtherapeutin“ (Die Sprachheilarbeit 2001, S. 36) um. Da dieses Ausbildungsprofil auch den Zulassungsempfehlungen der Krankenkassen zugrunde liegt, gelingt es immer mehr Studiengängen, dass ihre Absolventen direkt vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zugelassen werden.

In direktem Zusammenhang mit dieser erfreulichen Entwicklung steht ein „Meilenstein in der Berufslandschaft“: die Verabschiedung des *dbs-Leitbildes Akademischer Sprachtherapeut/Akademische Sprachtherapeutin* (Sprachheilarbeit 4/2010, 209). Das darin gezeichnete Profil der akademischen Sprachtherapie gewinnt für die Studierenden am jeweiligen Hochschulstandort ein ganz eigenes Gesicht: Mittlerweile kann man an vielen Orten einen Abschluss in akademischer Sprachtherapie erwerben, der von

den Krankenkassen anerkannt wird (oder aktuell im Zulassungsverfahren steht) und zumindest zu einer Teilzulassung als Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V führt: In Bielefeld, Dortmund, Halle (Saale), Hannover, Köln, Marburg, München und Potsdam sind Studiengänge entstanden, die die im Leitbild formulierten, international gültigen Anforderungen erfüllen. Darüber hinaus gibt es neben den Aufbau-Studiengängen für staatlich geprüfte Logopädinnen zwei grundständige akademische Logopädiestudiengänge in Bochum und Idstein, deren Absolventen ebenfalls der Gruppe der akademischen Sprachtherapeuten angehören. Die Lehrstuhlvertreter aller dieser Zugangswege zur akademischen Sprachtherapie waren an der Entwicklung des Berufsleitbildes beteiligt.

In Kooperation mit den studentischen Vertreterinnen des dbs, allen voran Jenny Mews als studentische dbs-Beirätin, ist ein erster Überblick entstanden, der Informationen zu den Studiengängen der akademischen Sprachtherapie, den dort vergebenen Abschlüssen und den damit erreichten Teilgebieten der Krankenkassenzulassung gibt (s. Tab. 2). Die GKV-Zulassung erfolgt dabei entweder in einzelnen Teilgebieten oder als Vollzulassung für alle Störungsbilder (s. Tab. 1).

Weitere Informationen zu den Studienstätten, ihren besonderen Angeboten und den Schwerpunkten in Lehre und Forschung finden Sie auf der dbs-Homepage www.dbs-ev.de sowie in einer folgenden Ausgabe der *Sprachheilarbeit*.

Indikationsbereich nach §124 SGB V	Störungsbilder
SP1 – SP3 und SF	Entwicklungsbedingte Störungen und Rhinolalien
SP4	Sprachstörungen bei hochgradiger Schwerhörigkeit und Cochlear Implantat-Versorgung
SP5/SP6	Aphasie, Dysarthrie und Sprechapraxie
RE1/RE2	Stottern und Poltern
ST1 – ST4	Stimmstörungen
SC1/SC2	Kau- und Schluckstörungen
Vollzulassung	alle oben genannten Störungsbilder

Tabelle 1: Zulassungsbereiche für Studiengänge der akademischen Sprachtherapie

Studiengänge der akademischen Sprachtherapie		
Hochschule/Studiengang/Website/ studentische Ansprechpartner des dbs	Abschlüsse	GKV-Zulassungsbereiche nach § 124 SGB V
Universität Bielefeld Klinische Linguistik http://www.uni-bielefeld.de Studentische Vertretung: Jenny Mews jennymews@web.de	Bachelor of Science Klinische Linguistik 7 Semester	Teilzulassung SP 1-3 und SF, SP5/6, SC1/2 Mögliche Zusatzqualifikation: „Neurorehabilitation“
	Master of Science Klinische Linguistik 3 Semester	Vollzulassung in Verbindung mit vorherigem Bachelor of Science Klinische Linguistik (s.o.)

Mitteilungen

Studiengänge der akademischen Sprachtherapie		
Hochschule/Studiengang/Website/ studentische Ansprechpartner des dbS	Abschlüsse	GKV-Zulassungsbereiche nach § 124 SGB V
Technische Universität Dortmund Rehabilitationspädagogik mit Schwerpunkt Sprachtherapie http://www.fk-reha.uni-dortmund.de Studentische Vertretung: Jelena Goltz jelena.goltz@tu-dortmund.de Michaela Miebach michaela.miebach@tu-dortmund.de Svenja Zauke svenja.zauke@tu-dortmund.de	Bachelor of Arts 6 Semester	Einzelfallprüfung: Teilzulassung SP 1-3 u. SF, RE1/2, SC1/2 Nur Einzelfallzulassung möglich nach Zusatzqualifikation von 18 ECTS-Punkten, da bislang keine Studiengangs-Zulassung durch die GKV erfolgte.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Sprechwissenschaft http://www.sprechwiss.uni-halle.de/ Studentische Vertretung: Helena Witschas helena.witschas@googlemail.com Anke Bergt anke.bergt@gmx.de	Konsekutiver Studiengang aus Bachelor of Arts und Master of Arts Spezialisierung Theorie und Praxis der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen 10 Semester	Teilzulassung beantragt SP 1-3 und SF, SP4, RE1/RE2, ST1-4 für den Master-Abschluss
Leibniz Universität Hannover Sonderpädagogik mit Profil Sprachtherapie http://www.uni-hannover.de	Bachelor of Arts Sonderpädagogik mit Profil Sprache und Kommunikation 6 Semester	Teilzulassung SP1-SP3 u. SF, SP4
	Master of Arts Sonderpädagogik und Rehabilitationswissenschaften, Schwerpunkt Sprach- und Kommunikationstherapie 4 Semester	Vollzulassung
Universität zu Köln Speech & Language Therapy http://www.hf.uni-koeln.de	Bachelor of Arts 6 Semester	Vollzulassung beantragt
Philipps-Universität Marburg Speech Science/ Spezialisierung Klinische Linguistik http://www.uni-marburg.de Studentische Vertretung: Karin Lohmann Lohmann.karin@gmail.com Silke Model s.model@sprachsprechen.eu	Master of Arts Speech Science - Klinische Linguistik 4 Semester (in Kombination mit dem BA <i>Sprache und Kommunikation</i> der Uni Marburg, 6 Semester)	Teilzulassung SP1-SP3 und SF, SP5/SP6 und SC1/SC2
Ludwig-Maximilians-Universität München Sprachtherapie http://www.edu.lmu.de/shp/ Studentische Vertretung: Hanna Jakob Hanna.Jakob@gmx.de Daniela Bartmann daniela.bartmann@googlemail.com	Bachelor of Arts 6 Semester	Vollzulassung
Universität Potsdam Patholinguistik http://www.ling.uni-potsdam.de Studentische Vertretung: Stefanie Düsterhöft stefanie.duesterhoeft@googlemail.com Maja Stegenwallner Maja.Stegenwallner@gmx.de Özlem Yetim yetim@lernfix.com	Bachelor of Science 7 Semester	Teilzulassung SP1-3 und SF, SP4, SP5/SP6, RE1/RE2, SC1/SC2
grundständige Logopädie-Studiengänge		
Hochschule/Studiengang/Website/ Ansprechpartner	Abschlüsse	GKV-Zulassungsbereiche nach § 124 SGB V
Hochschule für Gesundheit Bochum Logopädie http://www.fh-gesundheit.de	Bachelor of Science 7 Semester	Vollzulassung durch studiengangs-integrierte Staatsprüfung Logopädie
Hochschule Fresenius Idstein und Zweigstelle Hamburg Logopädie http://www.hs-fresenius.de	Bachelor of Science Logopädie 8 Semester	Vollzulassung

Link ins Internet

Elternfragebogen zahlreich übersetzt

(vS/UM) Der SBE-2-KT, ein Elternfragebogen zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen im Alter von zwei Jahren (Suchodoletz, W. v. & Sachse, S. (2009): *Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)*), liegt inzwischen in zahlreichen fremdsprachigen Versionen vor. Durch die Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Wissenschaftlern in Deutschland konnten bislang Versionen in folgenden Sprachen erarbeitet werden: arabisch, bosnisch/kroatisch/serbisch, bulgarisch, englisch, französisch, griechisch, hebräisch, italienisch, niederländisch/flämisch, norwegisch, polnisch, portugiesisch/brasilianisch, rumänisch, russisch, schwedisch, schweizerdeutsch, slowakisch, nieder- und obersor-

bisch, spanisch, thailändisch, türkisch, ukrainisch und ungarisch. Wer Möglichkeiten zur Übertragung in weitere Sprachen hat, kann sich melden:

suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de
<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/SBE-2-KT.pdf>
<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/sprachentwicklung.php>.

Internet-Foren für Eltern mit „besonderen“ Kindern

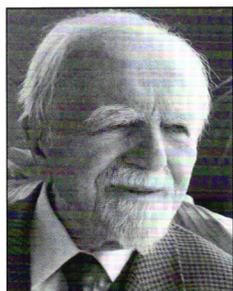
(CI) Auf der Homepage des Kindertherapie-netzes ist unter dem Stichwort „Sorgenkids“ für Eltern von kranken, behinderten oder förderbedürftigen Kindern ein expertengestütztes, kostenloses Netzwerk entstanden. Hier finden alle, die als Angehörige oder beruflich mit „besonderen“ Kindern zu tun

haben, Unterstützung durch Mit-Betroffene und fachliche Hilfe von Experten, z.B. bei Fragen zu Diagnosen, Symptomen, Syndromen, Erkrankungen oder Handicaps. Hinweise auf spezielle Therapie- und Förderangebote, Einrichtungen, Rechtsfragen oder Hilfsmittel ergänzen das Informationsangebot. Fachleute mit themenbezogenen Berufen, die Eltern und andere Betroffene unterstützen möchten, können sich in diesem Forum als „Experten“ freischalten lassen. Das Online-Angebot des Kindertherapie-netzes hilft darüber hinaus bei der Suche nach Ärzten und Therapeuten und informiert über Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten.

www.kindertherapienetz.de
www.sorgenkids.de.

Persönliches

Trauer um Professor Leischner



Am 17. September 2010 ist Professor Dr. Anton Leischner im Alter von 102 Jahren gestorben.

Anton Leischner war ein international anerkannter Forscher von hohem Rang.

Mit seinem Tod geht eine wissenschaftliche Ära zu Ende, die ihre Wurzeln in der Prager Aphasologie hat. Seine mehr als 100 Publikationen umfassen den Zeitraum von 1930 bis 1998 und zeigen ihn bis ins hohe Alter als höchst kreativen vielseitigen Forscher und Lehrer. Auch sein fachübergreifendes Interesse an Kunst und Literatur spiegelt sich in seinen Arbeiten wider.

Wir verdanken ihm wichtige Erkenntnisse, die heute Basiswissen darstellen. So führte er z.B. schon sehr früh den Nachweis, dass Aphasien sich im Verlauf der Zeit ändern können. Von ganz besonderer Bedeutung ist seine Auffassung von Sprache als „sekundäre Hirnfunktion“: Sprache besitze keine umschriebene Lokalisation,

sondern sollte als eine Art Funktionsnetz gedacht werden, das sich über das ganze Versorgungsgebiet der mittleren Hirnarterie mit verschiedener Schwerpunktbildung ausbreite und je nach Entwicklungsstadien des Gehirns, aber auch je nach individueller zerebraler Grundstruktur, variere. Diese Auffassung kann heute durch bildgebende Verfahren gestützt werden.

Leischner war nach dem zweiten Weltkrieg ein Wegbereiter der wissenschaftlich fundierten, interdisziplinären Rehabilitation aphasischer Patienten in Deutschland. Als Erster zeigte er, dass Aphasietherapie bei ausreichender Dauer und Intensität erfolgreich ist und wies schon sehr früh auf die Probleme der Angehörigen aphasischer Patienten hin.

Leischner öffnete Nicht-Medizern die Klinik, suchte und förderte insbesondere Linguisten als Mitstreiter und schuf damit die Voraussetzungen für einen neuen Berufszweig, nämlich die „klinische Linguistik“. Ein erstes Dokument seiner Zusammenarbeit mit Linguisten ist die 1952 erschienene Monographie zu einem Fall von Agrammatismus (Leischner, A., Panse, F. & Kandler, G.: *Klinische und sprach-*

wissenschaftliche Untersuchungen zum Agrammatismus. Stuttgart: Thieme). Schon früh (1961) forderte er die Etablierung der vergleichenden Aphasieforschung als interdisziplinäre Aufgabe von Neurologie und Linguistik und leitete noch in hohem Alter 1987 ein entsprechendes Forschungsprojekt an der Abteilung für Sprachstörungen der Rheinischen Landesklinik in Bonn.

Sein Lebensweg spiegelt ein Stück deutscher Geschichte des 20sten Jahrhunderts wider:

Anton Leischner wurde am 22. Mai 1908 in Niklasburg, damals Österreich-Schlesien, heute Tschechische Republik, als jüngster Sohn eines Oberförsters geboren. Nach dem Abitur studierte er Medizin an der Deutschen Universität in Prag, wo er an der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik schon früh mit Aphasien, insbesondere mit polyglotten Aphasien, in Berührung kam. Prag, eine kulturell höchst lebendige Stadt, deren Einwohner oft mehrere Sprachen, nämlich deutsch, tschechisch aber auch jiddisch beherrschten, war prägend für den jungen Forscher, und das Thema der polyglotten Aphasien hat Leischner zeit seines Lebens beschäftigt.

Nach der Promotion 1933 folgte 1937 die Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und im Jahr 1941 die Habilitation. Seine Habilitationsschrift über die „Aphasie der Taubstummen“ erscheint 1943: Anhand der minutiösen Untersuchung eines Einzelfalles zeigt er auf, dass die Gebärdensprache ein eigenständiges Sprachsystem darstellt, das in besonderer Weise von Aphasie betroffen sein kann. Mit dieser Schlussfolgerung ist Leischner seiner Zeit weit voraus.

1945 wurde die Deutsche Universität in Prag aufgelöst. Leischner musste seine Heimat als Vertriebener verlassen und kommt schließlich nach Bonn. Seiner Heimat ist er stets verbunden geblieben, was auch seine unter einem Pseudonym verfassten Erzählungen zeigen.

Nach kurzer Zeit als niedergelassener Neurologe und Psychiater wird er ab 1948 als Oberarzt und Leiter der Neurologischen Abteilung des deutschen Lazarets in Langenberg (Rheinland) berufen. Ab 1953 ist er an der Rheinischen Landesklinik für Hirnverletzte, der Nachfolgeorganisation des Lazarets in Bonn, tätig. 1954 nimmt er seine Lehrtätigkeit wieder auf und wird 1957 zum ordentlichen Professor ernannt. 1962 kann Leischner eine eigene Station zur Behandlung von Patienten mit Aphasie in Langenfeld eröffnen. Dieser „klinischen Abteilung für Sprachgestörte“ folgt dann 1969

die selbständige „Rheinische Landesklinik für Sprachgestörte“ in Bonn, die er bis zu seiner Pensionierung 1975 leitete. Leischner konnte den Aufbau dieser Einrichtungen nur durchsetzen, weil er 1961 zum Leiter des neugegründeten Referates „Ärztliche Sprachheilbehandlung“ des Landschaftsverbandes Rheinland berufen wurde und es ihm in dieser Funktion gelang, sowohl den Bedarf an Therapieplätzen als auch den Erfolg der Sprachtherapie überzeugend nachzuweisen.

Neben seinen Lehrverpflichtungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn hielt Leischner Vorlesungen über „Sprachpathologie und -therapie“ am Heilpädagogischen Institut der Pädagogischen Hochschule in Köln. Da es zu diesem Zeitpunkt keine ausgebildeten Aphasietherapeuten gab, war es für ihn nur konsequent, selbst eine Grundlage für zukünftige Therapeuten zu schaffen.

Unter Leischners maßgeblicher Beteiligung wurde 1973 in Bonn die interdisziplinäre „Arbeitsgemeinschaft für Aphasieforschung und -behandlung“, die heutige „Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung“ (GAB), ins Leben gerufen. An den Tagungen nahm Leischner noch bis 2001 teil.

1975 wird Leischner pensioniert und hat endlich mehr Zeit zu forschen. Er schreibt sein Lehrbuch „Aphasien und Sprachent-

wicklungsstörungen“ (Thieme: 1979) und bleibt bis zu seinem 77-ten Lebensjahr auch noch als Hochschullehrer aktiv.

Leischner war ein konservativer Forscher im positiven Sinn, der unbeirrt von modischen Strömungen seinen Weg gegangen ist. Seine profunde Kenntnis der Geschichte der Aphasieforschung rettete bewahrenswerte Schriften vor dem Vergessen. Seine wissenschaftliche Neugier, seine Freude am Diskutieren und seine Formulierungskunst waren bis ins hohe Alter für ihn kennzeichnend. Leischners Schüler und Mitarbeiter haben von ihm lernen können, wie man auch in äußerst kontroversen Auseinandersetzungen offen und fair bleibt. Er hat stets die interdisziplinäre und internationale Zusammenarbeit aller Wissenschaftler über alle Grenzen und ideologischen Barrieren gefordert und gefördert. Wer die Zeiten des „kalten Krieges“ mit erlebt hat, weiß, welche große Leistung Leischner hier vollbracht hat. Der Achtung vor den Kulturleistungen anderer Völker widmete er sogar eine Erzählung, die zeigen soll, wie Ignoranz zwischenmenschliche Beziehungen zerstört. Diese Botschaft ist heute aktueller als je zuvor.

In Trauer und mit tiefer Achtung nehmen wir Abschied von Professor Leischner, einem großen Forscher und Lehrer.

Anneliese Kotten

dbs-Großbaustellen kurz vor Fertigstellung

Liebe Mitglieder,

schon oft haben wir über die Themen *Heilpraktikererlaubnis* und *Beihilfefähigkeit von akademischen Sprachtherapeuten* in den verschiedenen dbs-Publikationen berichtet. Zumeist ging es darum, die Probleme mit der jeweiligen Thematik zu schildern und den Einsatz des dbs für die Problemlösung zu versprechen. Es ist mir daher eine besondere Freude, über die aktuelle Entwicklung in den beiden Bereichen zu berichten, da die Einlösung unserer Versprechen jetzt Wirklichkeit geworden ist:

- Die eingeschränkte **Heilpraktikererlaubnis** in NRW für akademische Sprachtherapeuten wird zukünftig nicht mehr von den Gesundheitsbehörden verlangt.
- Die neuen **Beihilfavorschriften** des Bundes werden kassenzugelassene akademische Sprachtherapeuten vorsehen.

Mehr als zehn Jahre intensivster Verbandsarbeit stehen hinter diesen schlichten Sätzen!

Ich möchte daher beide Probleme nochmals kurz darstellen: In NRW musste eine Lösung für die Umsatzsteuerforderungen der Finanzämter gefunden werden. Die Politik bot uns nach zähem Ringen die Schaffung einer eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis an, die dann auch tatsächlich zur Umsatzsteuerbefreiung der sprachtherapeutischen Leistungen unserer Mitglieder geführt hat. Wenige Jahre später hat die Rechtsprechung und Finanzverwaltung die Umsatz- und Gewerbesteuerfreiheit der



Leistungen dann bereits aufgrund der bloßen Kassenzulassung festgestellt. Hier ist es die Ironie des Schicksals, dass bis dahin sämtliche Klagen einschließlich einer Verfassungsbeschwerde von Sprachtherapeuten erfolglos waren.

Mit der Heilpraktikererlaubnis war es aber wie mit den bösen Geistern, die, einmal gerufen, nicht mehr verschwinden wollen: Die Gesundheitsämter vor Ort bestanden weiterhin auf der Vorlage der Erlaubnis und von einer einfachen Erteilung nach Aktenlage war keine Rede mehr. Vielmehr wurde bei Nichtvorlage zum Teil mit Untersagungsverfügungen reagiert. Schon wieder ging es für einige Mitglieder um die nackte Existenz.

Aufgrund von zahlreichen Briefen, Telefonaten und Treffen im Gesundheitsministerium konnte schließlich im Jahr 2010 die Rechtsauffassung des dbs erfolgreich durchgesetzt werden: Wer eine akademische Ausbildung als Sprachtherapeut absolviert hat und von den Kassen gem. § 124 SGB V zugelassen ist, ist grundsätzlich qualifiziert und stellt keine Gefährdung für die Patienten dar, so dass eine weitere Erlaubnis auch nicht erforderlich ist. Nur wer ohne ärztliche Verordnung und damit außerhalb des sogenannten Delegationsverfahrens tätig wird, braucht auch zukünftig eine Erlaubnis, um die Heilkunde selbständig ausüben zu dürfen. So mag es für alle, die die Heilpraktikererlaubnis in den letzten Jahren erlangt haben, ein Trost sein, dass ihnen diese besondere Befugnis im Heilmittelbereich auch zukünftig verbleibt.

Auch der Anerkennung im Beihilferecht geht ein langes Ringen mit dem zuständigen Bundesinnenministerium voraus. Grundsätzlich sind in der Beihilfavorschrift nur

berufsrechtlich geregelte Berufe wie z.B. Physiotherapeuten oder Logopäden anerkannt gewesen. Bereits vor einiger Zeit hatten wir jedoch gehofft, durch die Aufnahme der klinischen Linguisten und „ähnlich qualifizierter Therapeuten“ (Zitat) in den Verordnungstext das Problem gelöst zu haben. Leider sah die Realität vor Ort anders aus, so dass wir eine Klarstellung im Text bewirken mussten. Zukünftig wird sich auch das Beihilferecht des Bundes auf die Kassenzulassung des Therapeuten beziehen. Die Kassenzulassung bekommt damit eine immer wichtigere Stellung im Rechtssystem der akademischen Sprachtherapie. Die neue Lösung im Bundesrecht ist umso bedeutender, wenn man berücksichtigt, dass viele Landesbeihilferegulungen auf den Bund Bezug nehmen und nach und nach die Formulierung übernehmen werden. Auch die bekannte Problematik bei der Erstattung von Leistungen an Postbeamte hängt letztlich an dieser Formulierung.

Die Lösung der beiden großen Probleme der letzten Jahre zeigt, dass die akademische Sprachtherapie im deutschen Gesundheitssystem fest verankert ist. Fester als wir es uns bei der Gründung des dbs im Jahr 1999 vorstellen konnten. Die Bearbeitung dieser dbs-Großbaustellen hat für den Berufsverband viel Zeit in Anspruch genommen, aber eben so viel Freude bereitet, daran mitgewirkt zu haben.

Der dbs ist mit Ihrer Unterstützung bereit für neue Ziele im Jahr 2011!

Mit herzlichen Grüßen

RA Volker Gerrlich
(dbs-Bundesgeschäftsführer)

dbs-Symposium 2011

Am 28./29.01.2011 fand in der Universität München das 12. Wissenschaftliche Symposium des dbs statt unter dem Titel: **Sprachtherapeutisches Handeln im Arbeitsfeld Geriatrie**. Für einen Bericht über das Symposium war der Redaktionsschluss dieser Ausgabe leider nicht mehr erreichbar. Sie dürfen sich deshalb auf einen ausführlichen **Bericht in der nächsten Ausgabe der Sprachheilarbeit** freuen.

BKL-Summer School: Speech Language Pathology in Dialogue with Clinical Neuropsychology

Zum Dialog zwischen Neuropsychologie und Sprachtherapie findet vom **21. – 24. Juli 2011 in Bad Nauheim** die BKL-Summer School unter der Schirmherrschaft des dbs statt. Main Speaker ist G.P. Prigatano aus Phoenix, USA. Alle weiteren Informationen und Anmeldung unter www.bkl-ev.de

Ende der Bescheidenheit: Faires Gehalt für gute Arbeit

Liebe angestellte dbs-Mitglieder,

laut den Ergebnissen der jüngsten **Studie zur Einkommens- und Vertragssituation angestellter Sprachtherapeutinnen 2010** sind 92 % von Ihnen weiblich. Wenn Sie in einer sprachtherapeutischen Praxis in Westdeutschland beschäftigt sind, haben 70 % von Ihnen ein monatliches Bruttogehalt von unter 2.500 Euro, im Osten bekommen 70 % sogar weniger als 2.000 Euro.

Glaukt man Bundesfamilienministerin Schröder, so sind Sie selbst schuld an Ihrer Einkommenssituation. Im „Spiegel“-Interview (45/2010) sagt sie: „Viele Frauen studieren gern Germanistik und Geisteswissenschaften, Männer dagegen Elektrotechnik – und das hat dann eben auch Konsequenzen beim Gehalt“. Die Logik dahinter mag manchem verborgen bleiben, nichtsdestotrotz häufen sich die Fälle, in denen hochqualifizierte akademische Sprachtherapeutinnen in das Lehramt oder einen völlig anderen Berufszweig wechseln, weil sie keine Chance auf einen finanziellen Aufstieg in ihrem erlernten Beruf sehen. Zum Großteil ist das System der Vergütungen von Sprachtherapie durch die Krankenkassen dafür verantwortlich, doch die Familienministerin verweist in o.g. Interview noch auf eine andere mögliche Ursache: „Hinzu kommt, dass viele Frauen auch einfach schlecht verhandeln. Viele sind froh, wenn ihnen der Wiedereinstieg ins Berufsleben gelingt – Hauptsache, der Job ist einigermaßen kompatibel mit der Familie. Genau das ist falsch! Wir Frauen glauben oft, wir müssten uns damit beliebt machen, dass wir bescheiden sind.“ Vermutlich liegt Frau Schröder mit dieser Aussage nicht ganz falsch. Anders ist es kaum zu erklären, dass es deutliche Unterschiede in der Entlohnung angestellter akademischer Sprachtherapeutinnen gibt – auch innerhalb von Regionen mit gleichen Kassensätzen. In der Beratung sowohl von Arbeitnehmerinnen als auch von Praxisinhaberinnen zeigt sich, dass viele gar nicht wissen, welche Maßstäbe sie bei der Entlohnung und der Ausgestaltung von Arbeitsverträgen anlegen sollen. Hier möchte Ihnen die dbs-Arbeitnehmervertretung helfen, so dass das Jahr 2011 für Sie unter dem Motto stehen sollte: „Ende der Bescheidenheit: Faires Gehalt für gute Arbeit“.

Bei der Mitgliederversammlung 2011 in München stellte die dbs-Arbeitnehmervertretung den Antrag, der dbs möge eine Aufstellung von „zu erwartenden Gehältern“ veröffentlichen, so dass nicht nur Ar-

beitnehmer, sondern auch Arbeitgeber eine Richtlinie für angemessene Bezahlungen erhalten. Grundlage dieser zu erarbeitenden Gehaltsempfehlungen wird u.a. die „Studie zur Einkommens- und Vertragssituation angestellter Sprachtherapeuten 2010“ sein. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie möchten wir Ihnen im Folgenden darstellen.

Gehalt von Angestellten in Praxen

Die durchschnittlichen Brutto-Monatsgehälter von Angestellten in sprachtherapeutischen Praxen finden Sie in Abb.1. Die angegebenen Gehälter wurden auf 40 Wochenarbeitsstunden hochgerechnet und Zusatzzahlungen zum Gehalt, z. B. Sondergratifikationen (außer Fortbildungszuschüsse) mit eingerechnet.

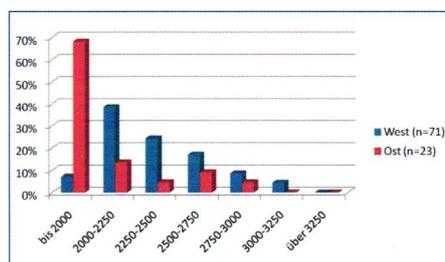


Abbildung 1: Monatliches Bruttoeinkommen Angestellte in Praxen

15 % der Befragten haben keine vertraglich geregelte Arbeitszeit, sondern werden pro Therapieeinheit bezahlt. Wir weisen eindringlich darauf hin, dass Angestelltenverträge ohne die Nennung einer Arbeitszeit gesetzlich nicht zulässig sind: Auch bei geringfügig Beschäftigten (sog. 400€-Jobs) muss diese im Vertrag angegeben werden.

Gehalt von Angestellten in therapeutischen Einrichtungen

37 % der Befragten sind in therapeutischen Einrichtungen, z. B. Kindergärten

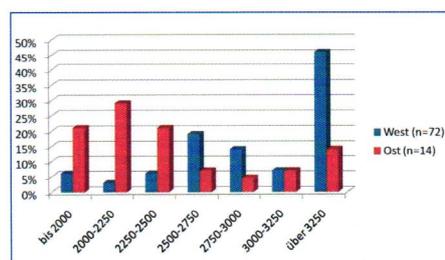


Abbildung 2: Monatliches Bruttoeinkommen Angestellte in therap. Einrichtungen

oder Reha-Kliniken angestellt. Die Durchschnittsgehälter sind hier wesentlich höher als in sprachtherapeutischen Praxen, es zeigt sich aber ebenfalls ein deutlicher West/Ost-Unterschied.

Gehaltsänderungen in den letzten 3 Jahren

Erfreulicherweise konnte der dbs in den vergangenen Jahren über eine Reihe von Erfolgen bei den Kassenverhandlungen berichten. Zwar bewegen sich diese meist im Rahmen weniger Prozente, doch sollte von solchen Verbesserungen für die Praxisinhaber auch etwas bei den Angestellten ankommen. Wie Abb. 3 zeigt, war dies aber nur bei 39 % der Angestellten sprachtherapeutischer Praxen in den letzten 3 Jahren der Fall.

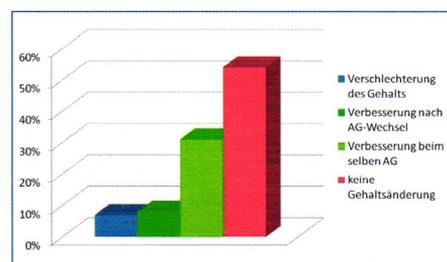


Abbildung 3: Gehaltsänderungen Angestellte in Praxen in den letzten drei Jahren

Weitere Auswertungen, u.a. auch zum brisanten Thema der sogenannten „Minusstunden-Regelung“, finden Sie im Bereich „Arbeitnehmer“ auf www.dbs-ev.de. Außerdem werden die Ergebnisse der Umfrage auch ein Schwerpunkt des berufspolitischen Teils während des **Arbeitnehmertags am 7.Mai 2011 in Hannover** sein. Näheres dazu im Internet und in der kommenden Ausgabe der *Sprachheilarbeit*.

Ralf von der Heide
dbs-Beirat für Arbeitnehmer

Die neue Homepage des dbs stellt sich vor

Seit dem 15.12.2010 zeigt sich die dbs-Homepage www.dbs-ev.de in einem neuen Design. Viele Serviceleistungen, Rubriken und Informationsportale bleiben erhalten, während die Struktur übersichtlicher ist und Informationen leichter zugänglich sind. Hier einige Neuerungen im Detail:

- 1) Das Login zum dbs-Mitgliederbereich befindet sich direkt auf der Startseite. Nach dem Login sehen Sie z.B. unter der Rubrik „Praxisinhaber“ oder „Arbeitnehmer“ weitere Informationen, die ausschließlich dbs-Mitgliedern zur Verfügung stehen.
- 2) Das Therapeutenverzeichnis mit eigenem Suchfeld befindet sich ebenfalls auf der Startseite.
- 3) Für jede Interessentengruppe (Landesgruppen, Arbeitnehmer, Praxisinhaber, Studierende, Betroffene und Angehörige) gibt es eine eigene Rubrik auf der Homepage. Dort finden Sie spezifische Informationen zu berufspolitischen Themen, Veranstaltungen oder Verweise zu Publikationen des dbs.
- 4) Informationen zur *Sprachheilarbeit*, zu den dbs-Tagungsbänden, zu Broschüren und Flyern sowie weiteren Veröffentlichungen des dbs finden Sie unter „Publikationen“. Das Inhaltsverzeichnis der jeweils aktuellen Ausgabe der *Sprachheilarbeit* erscheint nach Klick auf das aktuelle Cover.
- 5) Die Fortbildungen des dbs, das online-Anmeldeformular und vieles mehr können Sie ansehen, wenn Sie auf das neue dbs-Fortbildungs-Banner klicken.
- 6) Aktuelle Informationen stellen wir Ihnen in diesen Infokästen zur Verfügung, z.B. zu den Kassenverhandlungen, zu dbs-Veranstaltungen und weiteren fle-



xibel bestückten Inhalten. Hier werden Ihnen Informationen zur Verfügung gestellt, die längere Zeit relevant bleiben. Im Gegensatz dazu wechseln die Inhalte der „aktuellen Meldungen“ (Punkt 8) häufig nach wenigen Tagen.

- 7) Termine von Veranstaltungen des dbs und von Tagungen zur Sprachtherapie sehen Sie unter „Aktuelle Termine“. Auf der Startseite angezeigt werden immer die drei aktuellsten, weitere finden Sie mit dem Link „weitere Termine ansehen“.
- 8) Die dbs-Online-Redaktion und die Geschäftsstelle stellen Ihnen jederzeit aktuelle Informationen zur Verfügung. In

das „Archiv“ gelangen Sie über „weitere Meldungen“.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch unter www.dbs-ev.de! Hier noch alle Kontaktadressen zur Homepage:
 Fragen und Anregungen: online-redaktion@dbs-ev.de
 Änderungen Ihres Eintrags im Therapeutenverzeichnis: therapeutenverzeichnis@dbs-ev.de
 Stellenanzeige auf der dbs-Homepage: stellenanzeigen@dbs-ev.de

Barbara Geist
 i.A. der dbs-Online-Redaktion

„Sprachheilgipfel“ zur Zukunft des Faches

(CI) Am 17.12.2010 hatte Prof. Manfred Grohnfeldt nach München zum „Sprachheilgipfel“ geladen. Der dbs war durch Dr. Volker Maihack, Prof. Claudia Iven und die Justitiarin Jasmin Höll vertreten. Der Gastgeber und die Mitarbeiter des Lehrstuhls konnten außerdem die Repräsentanten folgender Verbände und Institutionen begrüßen: Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde; Prof. Schönweiler Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; Prof. Keilmann, Prof. Neumann

Medizinischer Dienst der Krankenkassen; Dr. Uphaus Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus; Ministerialrat Weigl, und CSU-Fraktion: MdL Eisenreich Hochschulen mit Studiengängen der akademischen Sprachtherapie: Prof. Leiss, München; Prof. Lütke, Hannover; Prof. Romonath, Köln; Prof. Stenneken, Bielefeld; Sprachtherapie- und Sprachheilpädagogikverbände: Prof. Glück, Dr. Reber, G. Zupp, dgs; M. Malzahn und J. Ottenbreit, dba; B. Gröne, BKL.

Vertreter des dbl, weiterer Hochschulen und des GKV-Spitzenverbandes waren ebenfalls eingeladen, konnten aber wegen der widrigen Wetterbedingungen nicht anreisen.

Eingangs betonte der Gastgeber, dass die Inklusionsdebatte die schulische Sprachheilpädagogik zu Veränderungen zwingt, bei denen zukünftig mehr Kooperation gefordert ist. Akademische Sprachtherapeuten seien dabei selbstverständlich für eine Tätigkeit in klinischen und schulischen Institutionen qualifiziert.

Die einmalig multidisziplinäre Runde diskutierte engagiert über zukünftige Zuständigkeitsbereiche und Ausbildungsanforderungen. So wurde z. B. von positiven bayerischen Erfahrungen mit Kooperationsprojekten von Schulen und Therapeuten berichtet. Man betonte, dass aus der Inklusions-Verpflichtung der UN-Behindertenrechtskonvention und aus der ICF-Forderung nach Berücksichtigung des Klientenkontextes

zwangsläufig neue Versorgungsstrukturen folgen: Förder- und Therapieangebote müssen sich intensiver am Unterstützungsbedarf des einzelnen Kindes orientieren und weniger an vorhandenen Institutionen. In enger Kooperation von sprachtherapeutischen, schulischen, sozialpädiatrischen, medizinischen und psychologischen Fachleuten muss ein Helfersystem geschaffen werden, in dem auch Sprachtherapeuten im Alltag

des Kindes, d. h. in Schule und Klassenzimmer arbeiten können.

Die Teilnehmer waren sich abschließend einig, dass eine Grundvoraussetzung für solche Helfersysteme darin besteht, dass sprachtherapeutische Maßnahmen nach einer so genannten 'Vier-Augen-Diagnostik' verordnet werden, an der Mediziner und Sprachtherapeuten gleichberechtigt beteiligt sind.

Erste Fortbildung zum dbs-Qualitätsmanagement

Am 03./04.12.2010 fand in Köln die erste Fortbildung zu den Qualitätsstandards des dbs (QST-dbs) statt, das von der AG Qualitätsmanagement erarbeitet wurde. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Sicherung einer hohen Qualität der sprachtherapeutischen Arbeit unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Leistungserbringers (vgl. Wahl et al., SHA 3/2010, S. 138ff). Die QST-dbs orientieren sich an vorhandenen QM-Systemen, jedoch werden Aspekte der eigenen Berufsqualifikation, des zu erbringenden Leistungsangebotes und speziell das Vorhandensein eines Mindestangebotes an Diagnostik- und Therapiematerialien in den Vordergrund gerückt.

Den 44 Teilnehmern wurden in zwei Gruppen die QST-dbs jeweils durch zwei Referenten der der AG Qualitätsmanagement vorgestellt. Die Fortbildung und ihre Inhalte fanden überwältigende Resonanz, denn fast alle Teilnehmer können sich vorstellen, das

QM-Verfahren bis zur Zertifizierung durchzuführen. Einige Stimmen der Teilnehmer dazu:

„Meine Erwartungen wurden übertroffen, und zwar bei weitem.“

„... beeindruckende Materialsammlung und -erstellung durch die QM-AG des dbs“

„Die Klarheit, Transparenz und der schöne positive Humor, mit dem das Thema vermittelt wurde“

„Vielen Dank für die umfangreiche Zusammenstellung von Diagnostikmaterialien und Unterlagen. TOLL!“

Christine Moser-Dobis, Praxisinhaberin aus Dortmund, schreibt:

„... Ängste mancher Teilnehmer, dass solche Standards ein Mehr an Verwaltungsarbeit und Organisation forderten, wurden sehr bald ausgeräumt. Schnell wurde klar, dass [...] die Einführung eines QM-Systems Entlastung bedeuten kann. Dabei soll das Rad nicht neu erfunden werden, viele der

besprochenen Aspekte sind bereits heute schon Standard in den Praxen. Es geht letztendlich darum, Bestehendes im Einzelfall noch weiter zu optimieren. Die unkomplizierte und kurzweilige Präsentation der Tagungsinhalte, immer wieder in Bezug gesetzt zu Möglichkeiten der praktischen Umsetzung [...] hoben die Vorteile eines derart strukturierten Praxisablaufes noch einmal besonders hervor.“

Die zweite Fortbildungsreihe startet am 25./26.03.2011 in München. Es sind wenige Restplätze verfügbar. In Duisburg wird es am 14./15.10.2011 noch einmal „Einführung in Theorie und Praxis der Qualitätsstandards-dbs“ heißen.

Die AG Qualitätsmanagement wünscht Ihnen einen guten Start in das neue Jahr! Herzliche Grüße,

Barbara Giel, Katrin Schubert, Michael Wahl und Elisabeth Wildegger-Lack

„Lesen lernen – Diagnostik und Therapie bei Störungen des Leseerwerbs“

Am 20.11.2010 trafen sich in Potsdam 230 vpl-Mitglieder und Gäste zum **4. Herbsttreffen Patholinguistik**, das sich zu einem festen Bestandteil im Tagungskalender entwickelt hat.

Prof. Dr. Sylvia Costard (Uni Köln), Dr. Nicole Stadie, Dr. Christiane Ritter (beide Uni Potsdam) und Dr. Kristina Moll (University of York) referierten zum Tagungsthema. Gegenstand intensiver Diskussionen war u.a. die Methode des rapid automatized naming (RAN) als möglicher Prädiktor für Lesestörungen. Bei älteren Grundschulkindern sollte zudem nicht nur die Lesegenauigkeit, sondern auch die häufig sehr langsame Leseschwindigkeit Gegenstand der Therapie sein. Weiterhin wurde deutlich, dass die Entwicklungsdyslexie kein einheitliches Störungsbild aufweist, so dass vielmehr von

Entwicklungsdyslexien ausgegangen werden sollte. Zudem wurde gezeigt, dass Lese-, Rechtschreib- und Rechenprobleme assoziiert, aber auch einzeln auftreten können. Somit muss die Annahme der WHO, dass es keine isolierte Lese Störung gibt (vgl. ICD-10), angezweifelt werden.

Im Spektrum Patholinguistik wurde traditionell die gesamte Bandbreite der patholinguistischen Forschung vorgestellt, z. B. zu visuell-orthographischen Verarbeitungsdefiziten, zur impliziten Prosodie beim Lesen, zur Rolle des Temporallappens bei der Stimmerkennung, zum McGurk-Effekt bei Aphasie und zu den Fokuspunkten 'auch' im Spracherwerb. In einer medialen Premiere referierte Dr. Saskia Kohnen via Skype aus Sydney/Australien, wo es bereits nach Mitternacht war. Auch mit den Posterprä-

sentationen wurde ein breites Themenspektrum geboten.

Videoschaltung nach Australien



Schon jetzt sind Sie alle herzlich zum **5. Herbsttreffen Patholinguistik** am 19.11.2011 eingeladen, das im Jahr des 10. Geburtstages des vpl e.V. stattfindet und allein dadurch etwas Besonderes werden wird.

*Yvonne Weber
Verband für Patholinguistik*

dgs – Aktuelles, Information, Nachrichten

Parlamentarischer Abend der Bundesarbeitsgemeinschaft Behindertenpädagogik (BAG)

Die deutlich gestiegene Beteiligung am Parlamentarischen Abend der BAG weist auf zunehmendes Interesse der Bundespolitiker an dem Angebot der Behindertenpädagogikverbände zu einem gemeinsamen Austausch hin. Der Parlamentarische Abend wird von der BAG unter Vorsitz der dgs alljährlich während einer Sitzungswoche des Bundestages und terminlich nahe am Internationalen Tag der Behinderten veranstaltet. Thema des Abends am 23.11.2010 war die Umsetzung der UN-Konvention über die Belange der Behinderten.

Die Verbände konnten in ihren Statements und in den anschließenden Gesprächen ihre Sorge um Verlust der Professionalität und Qualität der sonderpädagogischen Förderung Ausdruck verleihen, wenn – wie in einigen Bundesländern schon begonnen – sonderpädagogische Einrichtungen



G. Zupp (re.) im Gespräch mit Herrn Ralf Mytzek-Zühlke, dem Vertreter von Frau Scharsich aus dem Bundesministerium für Bildung

abgebaut oder geschlossen werden, bevor ein schlüssiges, dem behinderten Kind gegenüber verantwortbares, anderes Konzept entwickelt wurde. Dabei gibt die hohe Geschwindigkeit der Umsetzung gegen alle

Bedenken Anlass zur Sorge, dass am Ende nur der Abbau der Sonderschulen zähle und nicht die individuellen Belange des behinderten Kindes.

Für die Konzepte der Sprachheilpädagogik und ihrer Umsetzung in einer inklusiven Schule wurde angeregt, neue Wege zu gehen und alle Möglichkeiten gemeinsamen Lernens und Förderns zu wagen. „Inklusive Schulen“ könnten auch durchaus aus derzeitigen Förderschulen und Förderzentren mit deutlichen Schwerpunktsetzungen z.B. im Förderschwerpunkt Sprache hervorgehen. Um hier den festgestellten Konsens zu erweitern, erscheint es auch dringend notwendig, die Regelschule in die Gespräche mit einzubeziehen.

Fritz Schlicker

Landesgruppe Westfalen-Lippe: Vorstand neu gewählt

Am 30.10.2010 wurde im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlung in Hamm der Vorstand neu gewählt. Hermann Grus, seit 20 Jahren Vorsitzender der Landesgruppe Westfalen-Lippe, Stefanie Dierkes und Gabriele Frontzek (für das Amt der 2. Vorsitzenden) traten nicht mehr zur Wahl an.

Zur neuen Vorsitzenden wurde Uta Kröger gewählt, zweiter Vorsitzender ist nun Klemens Spanke. Gisela Gillmann löst Stefanie Dierkes als Schriftführerin ab. Die

Fortbildungsreferentinnen Birgit Westenhoff und Gabriele Frontzek wurden im Amt bestätigt, stellvertretende Fortbildungsreferentin ist Stefanie Höpfner. Dr. Iris Knittel ist weiterhin die Vertreterin der dgs-Landesgruppe.

Als Ausdruck des Dankes für das hohe, langjährige Engagement wurde im Rahmen der Mitgliederversammlung Hermann Grus zum Ehrenvorsitzenden der Landesgruppe ernannt.



Der neue Vorstand der LG Westfalen-Lippe (v.l.n.r.): Gisela Gillmann, Birgit Westenhoff, Klemens Spanke, Stefanie Höpfner, Uta Kröger, Gabriele Frontzek, Hermann Grus

Tagung und Mitgliederversammlung in Thüringen

In Erfurt fand am 6.11.2010 die Tagung „Inklusion und Förderschwerpunkt Sprache – Sprachheilpädagogik in einem inklusiven System“ statt. Die Junior-Professorin Solveig Chilla, Vertreterin der Pädagogik bei Störungen in Sprache und Kommunikation und Entwicklung von Sprachkompetenz am Institut für Sonder- und Sozialpädagogik der

Universität Erfurt, eröffnete die Tagung mit einem Vortrag zu Perspektiven des Faches. Am Vor- und am Nachmittag fanden zwei Workshops mit Dr. Karla Röhner-Münch und Dr. Jörg Mußmann statt.

Am Rande der Tagung fand eine außerordentliche Mitgliederversammlung der Landesgruppe Thüringen statt, die die bisherige

kommissarische Vorsitzende, Frau Christine Krause, eröffnete und anschließend mit neun anwesenden Mitgliedern die Beschlussfähigkeit feststellte. In der Versammlung wurde berichtet, dass bereits im April 2010 der damalige Landesvorstand entlastet wurde. Jedoch konnten keine Kandidaten aufgestellt werden, so dass keine Neuwahlen

durchgeführt wurden. Stattdessen erklärte sich der bisherige Vorstand mit Ausnahme der Rechnungsführerin bereit, die Geschäfte bis Ende des Kalenderjahres 2010 kommissarisch zu führen.

In einem bewegenden Appell richtete sich Dr. Karla Röhner-Münch, die als Gast der Mitgliederversammlung beiwohnte, an die Anwesenden. Sie erinnerte als ehemalige DDR-Bürgerin in einer kurzen Rede an die große Motivation, die Dynamik und das Tempo der gerade in Thüringen kurz nach dem Mauerfall wachsenden dgs-Landes-

gruppe. Dieses Engagement dürfe jetzt nicht aufgegeben werden.

Mit dieser Hoffnung wurden Neuwahlen angestrebt. Die Versammlung berief den dgs-Ehrenvorsitzenden, Herrn Kurt Bielfeld, zum Wahlleiter. Auf Antrag aus den Reihen der Mitglieder wurde der kommissarische Vorstand entlastet. Trotz der Vorstellung verschiedener, satzungsgemäßer Kandidaturmodelle, z.B. die zusammengefasste Wahl von Vorsitz, Kassen- und Schriftführung, fanden sich auch nach einer fünfzehnminütigen Unterbrechung der Wahl keine Kandidaten.

Der Wahlleiter folgte anschließend dem Angebot des Bundesvorsitzenden und stellte den Bundesvorstand als neuen kommissarischen Landesvorstand der LG Thüringen bis auf Weiteres zur Wahl. Ziel dieses Vorstandes soll die Neuwahl eines ordentlichen Vorstandes sein. Dieser Wahlvorschlag wurde bei einer Enthaltung einstimmig angenommen.

Dr. Jörg Mußmann

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 von dgs und dbs

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
18./19.02.2011 Duisburg	Dr. Luise Lutz: MODAK – Kommunikative Aphasietherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 31/2011
18./19.02. 2011 Hamm	Ingrid Visser und Sabine Degenkolb-Weyers: Funktionales Stimmtraining – Erlanger Modell dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
18./19.02.2011 Hamm	Dr. Silke Kruse: Natürlicher Grammatikerwerb und Dysgrammatismus dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
19.02.2011 Hannover	Prof. Dr. Christian Glück: Diagnostik und Therapie semantisch-lexikalischer Fähigkeiten von Grundschulkindern mit dem WWT 6-10 dgs-Landesgruppe Niedersachsen
26.02.2011 Hamburg	Katharina Knipper: Sprachförderung nach Kon-Lab (nach Dr. Zvi Penner) dgs-Landesgruppe Hamburg
11./12.03.2011 Duisburg	Karen Motsch: Therapie kindlicher Aussprachestörungen updated dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 01/2011
12.03.2011 Hamm	Dr. Wilma Schönauer-Schneider: Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
12.03.2011 Köln	Claudia Schlesinger: Sprachverstehen bei Kindern: Diagnostik und Therapieplanung dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 02/2011
12.02.2011 Halle	Dr. Karin Reber: Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts (WT 2011 - 012 - 05 LISA) dgs-Landesgruppe Anhalt
16. – 19.03.2011 Köln	Daniela Geier-Bruns: Grundkurs Akzentmethode (Module 1 und 2) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 40/2011
18./19.03.2011 Dortmund	Nadine Diekmann und Miriam Thiemann: Auch wer nicht sprechen kann, hat was zu sagen – Zertifikats-Einführungskurs nach ISAAC-Standard dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 18/2011
19.03.2011 Moers	Prof. Dr. Claudia Iven und Dr. Bernd Hansen: Praxis-Workshop Stottern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 51/2011
25./26.03.2011 Duisburg	Petra Simon: Hands-On in der Stimmtherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 42/2011
25./26.03.2011 Bad Ems	Dr. Axel Kürvers: Sprachtherapie bei Zustand nach totaler Laryngektomie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 43/2011
25./26.03.2011 München	Dr. Elisabeth Wildegger-Lack und Dr. Michael Wahl: Einführung in Theorie und Praxis der Qualitätsstandards-dbs dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 56/2011
25. – 27.03.2011 Hamm	Beate Birner-Janusch: TAKTIN, Ausbildungskurs – Kinder dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
26.03.2011 München	Verschiedene ReferentInnen: Fortbildungstag zum Thema „Wortschatz“ dgs-Landesgruppe Bayern
26.03.2011 Darmstadt	Wolfgang Schmitz: Rhythmusförderung mit Orff-Instrumenten in der Schule dgs-Landesgruppe Hessen

Datum und Ort	Referent, Thema, Veranstalter
01./02.04.2011 Hannover	Jeannine Schwytay und Saskia Konopatsch: Syntax-Therapie mit PLAN (nach Siegmüller und Kauschke, 2006) dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 03/2011
01./02.04.2011 Duisburg	Prof. Dr. Claudia Iven und Dr. Bernd Hansen: Praxis der Stottertherapie mit Kindern dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 47/2011
08./09.04.2011 Hamm	Ulrike Becker-Redding: Die verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
08./09.04.2011 Hamm	Dr. Wiebke Scharff-Rethfeldt: Bilingualismus – Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern unterschiedlicher Erstsprachen und Migrationshintergrund dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
08./09.04.2011 München	Holger Prüß: Therapie des Stotterns bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Fluency shaping): Ausbildung nach dem Konzept der Bonner Stottertherapie dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 48/2011
08. – 10.04.2011 Dortmund	Elisabeth Kügeler-Wolters und Karin Brinkmann: PROMPT Einführungsseminar: Theorie und Praxis der PROMPT-Behandlungstechnik dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 32/2011
09.04.2011 Gießen	Dr. med. H. Rosenkötter: Autismus – Ein Seminar für Lehrer und Therapeuten dgs-Landesgruppe Hessen
15./16.04.2011 München	Bernd Frittrang: Sprachtherapie bei Morbus Parkinson dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 33/2011
15./16.04.2011 Hannover	Antje Skerra: Semantisch-lexikalische Störungen – Diagnostik und Intervention dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 04/2011
16.04.2011 Berlin	Dr. Jenny von Frankenberg: Praxis-Workshop SES dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 52/2011
30.04.2011 Köln	Barbara Kleissendorf: Sprachliche Beeinträchtigungen bei Demenzpatienten: Vorstellung und Diskussion von Fallarbeiten dbs-Geschäftsstelle, Fortbildungsnummer: 34/2011
13./14.05.2011 Hamm	Dorothea Beigel: Restreaktionen frühkindlicher Reflexe und ihre Auswirkungen auf Sprache, Lernen und Verhalten dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.
14.05.2011 Hamm	Meike Otten und Wenke Walther: Prosodie als Therapieschwerpunkt dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

Veranstalter

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

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

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

„doppelpunkt“-Geschäftsstelle Ibbenbüren, c/o Birgit Westenhoff, 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
10. – 12.03.2011 Würzburg		14. Würzburger Aphasie-Tage hechtle@aphasie-unterfranken.de www.aphasie-unterfranken.de
24. – 26.03.2011 Göttingen		77. Kongress der DGSS Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde www.dgss-ev.org ckiese@med.uni-goettingen.de
04. – 09.04.2011 Gießen		9. Springschool „Funktionelle Kernspintomographie in der psychologischen Forschung“ www.bion.de
12. – 14.05.2011 Lund, Schweden		XXVIth Congress of the Union of European Phoniaticians (UEP) and the annual meeting of the Swedish Phoniatic Society (SFF) http://www.kongresslund.se/uep2011
19. – 21.05.2011 Schloss Rauischholzhausen		26. Arbeitstagung der Fachgruppe Psychologie der Kommunikation und ihrer Störungen Call for papers bis 20. März 2011 steinbrink@sowi.uni-kl.de
01. – 04.06.2011 Osnabrück		35. Fortbildungstagung Das Bobath-Konzept – konkret – sekretariat@bobath-vereinigung.de www.bobath-vereinigung.de
03./04.06.2011 Frauenchiemsee		Erste bayerische Autismustage boecker.daniela@josefinum.de
13./14.06.2011 Newcastle		Child Language Seminar 2011 cristina.mckean@ncl.ac.uk
21. – 24.07.2011 Bad Nauheim		Summer School in Clinical Linguistics des BKL www.bkl-ev.de
9. – 11.09.2011 Zürich		28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie kurse.ori@usz.ch

dbS-Informations- und Werbematerialien

NEU



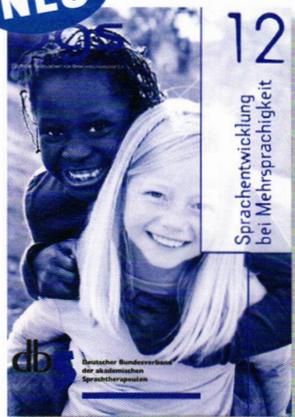
„Sprachentwicklung ist mehr als ein Kinderspiel. Hilfen für Sprachanfänger“

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

Projektleitung von Dr. Ulrike de Langen-Müller (Referentin für Öffentlichkeitsarbeit) und Theo Borbonus (Referent für Bildung)

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

NEU



Mehrsprachigkeit

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

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

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

Preis: 1,00 € je Broschüre zzgl. Versandkosten

dbS-Haftnotizblöcke



NEU

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

dbS-Terminblöcke



Preis je Terminblock
= 0,50 € zzgl. Versandkosten

dbS-Leinenbeutel



Preis je Leinenbeutel
= 1,00 € zzgl. Versandkosten



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

WEITERBILDUNGS- UND TRAININGSZENTRUM

WEITERBILDUNGEN ZUM FACHTHERAPEUT SM	Beginn	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten*
Fachtherapeut Kinder SM - das neue Konzept!!	10. - 11.06.11	208	Matthias Grimm, Dorothee Haak	2780,-

WEITERBILDUNG ZUM VOICE COACH Module I-IV einzeln buchbar	Beginn	Ustd.	Lehrgangsleitung	Kosten*
Modul I: Stimme als Modell – in Unterricht, Training und Therapie	28.02. - 03.03.11	32	Uwe Schürmann, Harald Panknin	410,-
Modul II: Stimme kompakt – Methodenkompetenz	28. - 31.03.11	32	Uwe Schürmann, Harald Panknin	410,-
Modul III: Erfolgreich sprechen und auftreten: Rhetorische Kompetenz	25. - 28.05.11	32	Uwe Schürmann, Dr. phil. Marita Pabst-Weinschenk	410,-
Modul IV: Ressourcenorientierte Interventionsentwicklung im Voice Coaching	14. - 17.09.11	32	Harald Panknin	410,-
Modul V: Mit der Stimme werben – Marketing Kompetenz	07. - 10.11.11	32	Uwe Schürmann, Harald Panknin	410,-
Modul VI: Voice Coaching im Prozess (Teilnahmevoraussetzung: Modul I-V)	5 x 3 Tage Frühjahr 2012	5x24	Uwe Schürmann, Harald Panknin	1580,-

SEMINARE	Termin	Ustd.	Referent	Kosten*
Die verbale Entwicklungsdyspraxie in der Logopädie	12.03.11	9	Cornelia Reuß	125,-
Kognitive Dysphasien	11. - 12.03.11	14	Dr. phil. Maria-Dorothea Heidler	195,-
Praxisseminar: Therapie grammatischer Störungen	25. - 26.03.11	14	Sarah Schiffer-Kuhne	195,-
Mund-, Ess-, und Trinktherapie (MET) im Kindesalter	25. - 26.03.11	13	Susanne Renk	215,-
Symptomorientierte Stimmtherapie	25. - 26.03.11	13	Wolfgang Tisch	195,-
Trachealkanülenmanagement und Dysphagie	08. - 09.04.11	14	Regina Lindemann	185,-
Praxis der Therapie von Kindern mit Lernstörungen	08. - 09.04.11	14	Martina Weigelt	190,-
Aphasie bei Kindern und Jugendlichen - Ursachen, Symptome, Diagnostik, Therapie....	08. - 09.04.11	14	Simon Friede	185,-
Praxisgründung 1, 2, 3 - Die Gründung einer logopädischen und/oder ergotherapeutischen Praxis	15. - 16.04.11	14	Ralph Fröhlich, Eva Reisgies	165,-
Wortfindungsstörungen bei Kindern erkennen und behandeln	15. - 16.04.11	14	Tanja Ulrich (ehem. Brüll)	185,-
Lemo – Modellorientierte Aphasiediagnostik und Therapieableitung	06. - 07.05.11	14	Katrin Häfner, Jaqueline Homburg (ehem. Stein)	195,-
HOT – Der handlungsorientierte Therapieansatz - Für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen	27. - 28.05.11	14	Marianne Reddemann-Tschaikner	210,-
Möglichkeiten der Modifikation von Stottern und Sprechen	28.05.11	8	Dr. Christine Metten	125,-
Diagnostik, Therapie und Beratung bei bilingualen Kindern	28.05.11	9	Vasfi Nas	135,-
Aphasie für Wieder- und Neueinsteiger	17. - 18.06.11	14	Andreas Schramm	165,-
Grundkurs Akzentmethode (Modul I und II) - Theorie und Praxis intensiv	17. - 18.06.11 (I) 14. - 15.10.11 (II)	15 15	Daniela Geier-Bruns	420,-
Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie	01. - 02.07.11	16	Dr. Ingrid Aichert, Anja Steiger	230,-
Van Riper aktualisiert	13. - 14.07.11	16	Andreas Starke	260,-
Fütterstörung (FST) im Baby- und Kleinkindalter	15. - 16.07.11	13	Susanne Renk	215,-
Myofunktionelle orofaziale Störungen	15. - 16.07.11	16	Ariane Kallus	210,-
Sensorisch-integratives Logopädiekonzept	02. - 03.09.11	14	Michaela Kreutz-Zimmermann	185,-
Elternarbeit und Elternberatung in der therapeutischen Praxis	02. - 03.09.11	16	Michaela Beyer	220,-
Aphasie oder Demenz?!	02. - 03.09.11	16	Andrea Schultze-Jena	200,-
Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern	17. - 18.09.11	14	Dr. Doreen Asbrock	195,-
Lese- und Rechtschreibstörungen (LRS) im Therapiealltag	16. - 17.09.11	14	Dr. Alexandra Wengenroth	195,-
Diagnostik und Behandlung des Dysgrammatismus	22. - 23.09.11	16	Maja Ullrich	195,-
Praxisseminar zur Therapie phonologischer Störungen	23. - 24.09.11	14	Tabea Uwah	185,-
Kindliche Stimmstörungen und ihre Behandlung	23. - 24.09.11	14	Helga Lohmann	185,-
Trachealkanülenmanagement und Dysphagie	23. - 24.09.11	14	Regina Lindemann	185,-
Kindliche Schluckstörungen	23. - 24.09.11	14	Judith Bledau-Greifendorf	195,-

*in Euro

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

WEITERBILDUNGEN

GRUNDLAGEN Integrative Lernförderung & Lerntherapie
HAMBURG Beginn: 15. April 2011
HEIDELBERG Beginn: 26. März 2011

Zertifiziert vom Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V.

Unsere weiteren Themen: Dyskalkulie, Attentioner, LERNCOACHING Grundschule und Sekundarstufe, KINDERTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN in der Lerntherapie

KREISEL e.V. · Ehrenbergstr. 25 · 22767 Hamburg · Tel 040 - 38 61 23 71
Weitere Informationen unter www.kreiselhh.de



ISST-UNNA
Fortbildungen
Kurstermine 2011

Kurs 1

Theorie und Praxis der Myo-Funktionellen-Therapie
(zweitägiger Kurs)
Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Termin: 08. April 2011 9.00 h – 17.00 h
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
135,00 € (incl. Getränke u. Mittagessen)

Kurs 2

FACE-FORMER-Therapie (FFT) und OSP (Orale-Stimulations-Platten) Cranio-Cervicales-Myofunktions-Modell – CCMF (Berndsen/Berndsen)
Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
Termine: 11.11.2011 – 12.11.2011 9.00 h bis 17.00 h
270,-€ (incl. Getränke u. Mittagessen)
Prüfungen zur Zertifizierung: 50,-€

Kurs 3

TAS – Trainingstherapie bei Apnoe und Schnarchen
Zweitägiger Kurs für Therapeuten und Ärzte, Zahnärzte mit Zertifizierung
Termin: 18.11.2011 – 19.11.2011 9.00 h – 16.30 h
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
420,-€ (incl. Getränke u. Mittagessen, Informations-, Demonstrations- und Therapiematerialien im Wert von 180,-€)

Kurs 4

Praxis der MFT
Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
Termine: nach Vereinbarung!
Hospitationstag: 80,-€

Kurs 5

Orofaziale Behandlungsansätze (für Fortgeschrittene)
Teilnehmer: Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden
Termin: 14.10.2011 9.00 – 17.00 Uhr
Leitung: Dr. K.-J. Berndsen / S. Berndsen
135,-€ (incl. Getränke und Mittagessen)

Kurs 6

Praxiskurs: Übungen zur Diagnose und Therapie craniocervikaler Dysfunktionen- Indikation zur Face-Former Therapie
Termin: 10.11.2011
Leitung: Dr. K.J. Berndsen / S. Berndsen / Mitarbeiter
Ort: ISST Unna, Wasserstr. 25, 59423 Unna
135,-€ (incl. Getränke und Mittagessen)

Information und Anmeldung:

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



DÜSSELDORFER
AKADEMIE

Weiterbildungs- und Trainingszentrum

Düsseldorfer Dysphagie Tage
in der Düsseldorfer Akademie
am 18. + 19. März 2011

Vorträge und Workshops zu der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

Themen und Referenten:

- Dysphagie- eine interdisziplinäre Herausforderung, **Jochen Keller**
- Neurogene Dysphagie: Physiologische Grundlagen und klinische Konsequenzen, **Dr. med. Tobias Warnecke**
- Diagnostik und Management von Nahrungsverweigerung, **Dr. Maria-Dorothea Heidler**
- Die fiberoendoskopische Schluckdiagnostik, **Jochen Keller**
- Das klinisch-logopädische Dysphagieassessment, **Astrid Friedl**
- Die radiologische Diagnostik (VFS), **Uwe Krauss**
- Trachealkanülenmanagement, **Anne Fechler**
- LSVT auch bei Dysphagie?! **Sriramya Somasundaram**
- Funktionelle Dysphagietherapie, **Angelika Kartmann**
- Physiotherapie und Logopädie – ein funktionierendes Team, **Regina Lindemann und Stefanie Katafias**
- Dysphagietherapie in der Pädiatrie, **Judith Bledau-Greifendorff**

Kosten: EUR 245,00

www.duesseldorfer-akademie.de oder Tel.: 0211-73779680



MEDAU-AKADEMIE

- **Qualifikation zum Legasthenie-Therapeuten**
Beginn: 18.-19. März 2011, insg. 6 Module
Kosten: 1.398,00 €
Leitung: Dr. Klaus Rothlauf
- **Qualifikation zum Fachtherapeuten für neurologische Störungen und Gerontologopädie**
Beginn: 15.-16. April 2011, insg. 8 Module
Kosten: 1.998,00 €
Leitung: Prof. Dr. Christian Trumpp

Die Qualifikation „Neurologie“ vermittelt u. a. auch Inhalte, um **Zulassungseinschränkungen** von Krankenkassen zu erweitern. Die Legasthenie-Qualifikation kann Grundlage für die **Kostenübernahme** von Behandlungen nach dem § 35a SGB VIII (Jugendamt) sein. Es werden Fortbildungspunkte sowie Credit-Points vergeben.

Weitere Fortbildungsveranstaltungen unter:
www.sbbz-coburg.de/Veranstaltungen

Medau-Akademie, Schloss Hohenfels, 96450 Coburg
Tel. (09561) 23510, Fax (09561) 235134, E-Mail: info@sbbz-coburg.de

Stellenanzeige

Sprachheilpädagogin

(mit Berufserfahrung) für vielseitige Aufgabenbereiche in der Frühförderung für ca. 32–38,5 Std. **gesucht.** (PKW erforderlich.)

Bewerbungen an:
Frühförderstelle VfF, Kohlhökerstr. 17, 28203 Bremen
oder per mail: info@fruehfoerderung-vff.de

Praxisbücher für Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten

Klaus Kleinmann

Das super-schlaue Rechtschreibtraining

Orthographisches Bewusstsein schaffen – mit System und Strategie
– Klasse 3 bis 7

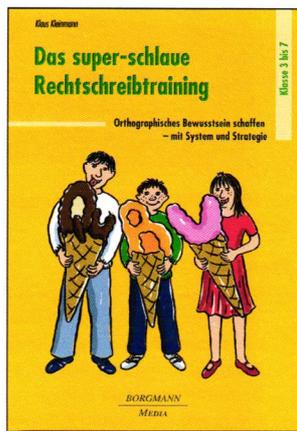
Dieses Material eignet sich hervorragend zur Rechtschreibförderung im Deutschunterricht und kann im Regelunterricht der Hauptschule bis zur 7. Klasse eingesetzt werden.

Es ist außerdem bestens geeignet zur Arbeit in LRS-Fördergruppen, schwerpunktmäßig in den Klassen 4 bis 6, sowie als unterrichts begleitendes Training für zu Hause. Es 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.

Das Vorgehen ist überschaubar und stringent. 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.

● 2. Auflage, 176 S., DIN A4, Ringbindung / **Alter: 8-13**
ISBN 978-3-938187-54-8 **Bestell-Nr. 9405, CHF 32,00, € 19,80**



Andreas Mayer

Blitzschnelle Worterkennung (BliWo)

Grundlagen und Praxis

Das Trainingsprogramm ermöglicht durch die hochfrequente Konfrontation mit einem exemplarischen Wortschatz in kindgemäßen abwechslungsreichen und motivierenden Spielen und Übungen den kontinuierlichen Ausbau des Sichtwortschatzes.

Durch die Fokussierung häufig vorkommender Graphemfolgen wird der Leseprozess auf sublexikalischer Ebene automatisiert. Diese Methode verspricht ein Generalisierungslernen hohen Ausmaßes, da die simultane Verarbeitung der Graphemfolgen die Erkennungsgeschwindigkeit zahlreicher Wörter lenken kann.

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

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



Silke Schönrade / Günter Pütz / Marc Wedel

Die Sprach-Abenteuer der kleinen Hexe

Sprache beobachten, verstehen, beurteilen, fördern

Eingekleidet in drei spannende Geschichten werden 24 Beobachtungssituationen vorgestellt, die elementare Bereiche kindlicher Sprachentwicklung erfassen.

So können beispielsweise Aussagen über Grob- und Mundmotorik, die Hör-Merkspanne, die auditive und visuelle Wahrnehmung, über Blickkontakt, räumliche Orientierung, Sprachverständnis, Sprachfähigkeit, Stimmqualität, Phonologische Bewusstheit, u.v.m. gemacht werden.

Diese bilden die Grundlagen für die vielfältigen Parameter in der Sprachentwicklung und sind in dieser Entwicklungsphase von großer Bedeutung.

Besonders hilfreich sind die klar strukturierten, übersichtlichen Beobachtungsbögen, die eine Grundlage für strukturierte Dokumentation bilden können, ein wichtiger Bestandteil für die Elternarbeit.

Darüber hinaus wird dem Thema „Mehrsprachigkeit“ Bedeutung geschenkt.

● 200 S., farbige Abb., 16x23cm, Klappenbroschur / **Alter: 3-6**
ISBN 978-3-86145-312-3 **Bestell-Nr. 8409, CHF 32,30, € 19,95**



Tanja Jungmann

Praxis der Sprach- und Kommunikationsförderung

Kommunikative und sprachliche Fähigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsmöglichkeiten. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde eine Vielzahl von Förderprogrammen bereits im Vorschulalter aufgelegt, die sich allerdings zumeist an Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) oder Kinder mit Migrationshintergrund richten.

Aber auch bei anderen Störungsbildern oder Behinderungen ist der Bereich der Kommunikation und der Sprache betroffen.

Daher werden in diesem Buch neben den „klassischen“ Anwendungsbereichen für Kommunikations- und Sprachförderung verschiedene Förder- und Therapiekonzepte und -programme für den Entwicklungsbereich Sprache vorgestellt, die spezifisch auf die Bedürfnisse von Menschen mit verschiedenen Behinderungen oder Beeinträchtigungen in den Entwicklungsbereichen Lernen und Verhalten zugeschnitten sind.

Dabei steht jeweils die folgende Frage im Vordergrund: „Wie kann Sprachförderung optimal an die Klientel und ihre besonderen Bedürfnisse angepasst und gestaltet werden?“

● Sept. 2011, ca. 180 S., 16x23cm, Klappenbroschur / **Alter: 0-10**
ISBN 978-3-938187-67-8 **Bestell-Nr. 9416, CHF 32,30, € 19,95**



2011

verlag modernes lernen

Schleefstr. 14 • D-44287 Dortmund • Tel. 02 31 - 12 80 08 • FAX 02 31 - 12 56 40
Gebührenfreie **Bestell-Hotline**: Tel. 0800 77 22 345 • FAX 0800 77 22 344
Leseproben, Rezensionen, Bestellen im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de

REHAB®

INTERNATIONAL

16. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Pflege, Prävention und Integration

Der Treffpunkt für alle Fachleute aus Therapie und Medizin in der Rehabilitation

Die REHAB ist mit über 500 nationalen und internationalen Ausstellern sowie rund 25.000 Besuchern seit über 32 Jahren die führende Leitmesse für medizinische und therapeutische Hilfen in Süddeutschland.

So ist sie alle zwei Jahre der wichtigste Treffpunkt für Fachleute aus der Reha- und Pflegebranche.

Insbesondere aber auch für Therapeuten, speziell für **Logopäden und Sprachtherapeuten**.

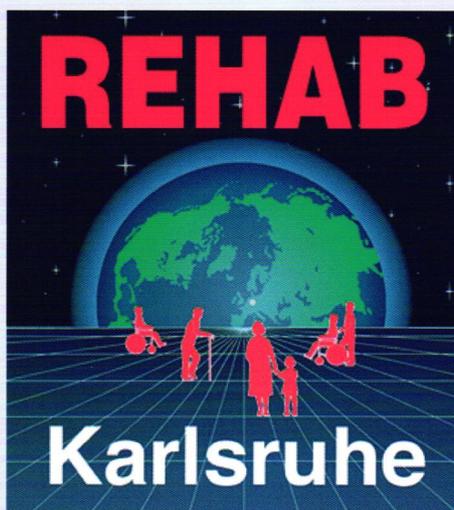
Durch den demografischen Wandel im Gesundheitswesen wächst die Nachfrage nach therapeutischen Leistungen überdurchschnittlich.

Im Zusammenwirken mit der medizinischen, neurologischen und psychologischen Rehabilitation entstehen neue Anforderungen an die Therapieberufe.

Hier bietet die REHAB als die führende „**Fachmesse für mehr Gesundheit**“ mit ihrem umfangreichen Angebot in den Themenparks, wie z.B.

„Medizintechnik“, „Medizinische Reha“, „Marktplatz Gehirn“, aber auch in dem „Forum Beruf“ eine lebendige Plattform für alle Fragen der Therapiepraxis, der Berufsorientierung und einer erfolgreichen Aus- und Fortbildung.

Die REHAB 2011 ist daher die Pflichtveranstaltung in diesem Jahr.



19. – 21. Mai 2011 • Messe Karlsruhe

REHAB® INTERNATIONAL

REHAB Veranstaltungs-GmbH

Schleefstraße 14 • D-44287 Dortmund

Tel.: +49-(0)180 500 92 26 • Fax: +49-(0)180 500 92 27

info@rehab-fair.com

Mehr und aktuelle Informationen
finden Sie unter

www.rehab-messe.de

Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik
und akademische Sprachtherapie

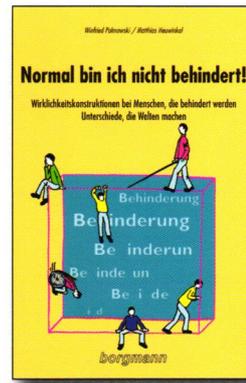
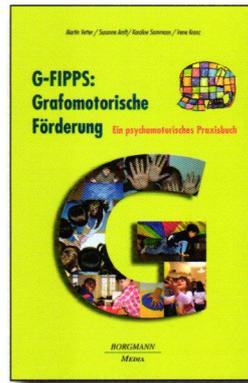
dgs | dbS

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

K 11772

Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

Ihre Praxis ist unser Programm!



Anton Hergenhan

Aggressive Kinder?

Systemisch heilpädagogische Lösungen

2010, 128 S., Format DIN A5, br

ISBN 978-3-8080-0656-6

Bestell-Nr. 1470, € 16,80

Andreas Leschnik

Trainingsprogramm für Kinder mit visuellen Wahrnehmungsstörungen

2010, 116 S., teilweise farbig, Beigabe: Arbeitsbögen zusätzlich auf CD-ROM, Format DIN A4, Ringbindung / Alter: 6-10

ISBN 978-3-8080-0655-9

Bestell-Nr. 1079, € 29,80

Jetzt wieder lieferbar:

Winfried Palmowski / Matthias Heuwinkel

„Normal bin ich nicht behindert!“

Wirklichkeitskonstruktionen bei Menschen, die behindert werden – Unterschiede, die Welten machen

3. Aufl. 2010, 312 S., Format 16x23cm, br

ISBN 978-3-86145-198-3

Bestell-Nr. 8403, € 19,50

Martin Vetter / Susanne Amft / Karoline Sammann / Irene Kranz

G-FIPPS: Grafomotorische Förderung

Ein psychomotorisches Praxisbuch

2010, 192 S., Format DIN A4, Klappenbrochur

ISBN 978-3-938187-52-4

Bestell-Nr. 9402, € 22,80

Andrea Herrmann-Streng

Laute Flaute – Stiller Sturm

Praxisbausteine zum Hören und Hinhören für Kindergarten & Vorschule

3. Aufl. 2010, 192 S., viele Illustrationen, Format 16x23cm, Ringbindung, ISBN 978-3-86145-282-9

Bestell-Nr. 8319, € 19,50

Erich Kasten (ohne Titel-Abbildung)

Progressives Gedächtnis- und Konzentrationstraining

2010, 232 S., Format 16x23cm, br

ISBN 978-3-938187-61-6

Bestell-Nr. 9412, € 17,90

TIPP: Leseproben aller Neuerscheinungen im Internet ansehen unter:

www.verlag-modernes-lernen.de (Bestell-Nummer als Suchbegriff eingeben; PDF-Dateien Inhalt, Vorwort, Leseprobe herunterladen)

BORGSMANN MEDIA



verlag modernes lernen **b** borgmann publishing

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

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