



Die Sprachheilarbeit spricht auch die Sprache der Praxis

Die *Sprachheilarbeit (SHA)* ist gewachsen – zu einer Fachzeitschrift mit peer-reviewing und Beiträgen aus der qualitativen und quantitativen Forschung. Ein Instrument, auf dem die innerdisziplinären Fachbereiche ihre verschiedenen Töne erklingen lassen können. Wie ein Violoncello vielleicht, das alle vier Saiten zum Klingen bringt: von den Haupt- über die Magazinbeiträge, den Mitteilungs- bis zum Verbandsteil – wohl gestimmt über dem Resonanzkörper des Theorie-, Praxis- und Berufsbezugs einer angewandten Wissenschaft. Theoretische *und* praktische Relevanz sollen für die Rubriken der *SHA* kritische Merkmale sein: Die Einteilung in Haupt- und Magazinbeiträge ist keinesfalls als eine in Theorie und Praxis gedacht! Das hat die Redaktion schon bei der Einrichtung des Beirats der Zeitschrift im Jahr 2002 betont.

Manche Leser finden jedoch, dass die *SHA* die Sprache der Praxis eher verlernt hat. Sie vermissen Beiträge mit konkretem Praxisbezug. Und so ist die Redaktion stetig dabei, das Cello nachzustimmen. Allmählich scheint der Klang unseres Instrumentes in diesem Sinne runder zu werden. Auch die Originalbeiträge zur Diagnostik von Wagner (S. 54) sowie Hansen & Iven (S. 71), ebenso wie die Arbeiten von Bogner et al. (S. 65) und Ehlers (S. 79) im Magazineil der vorliegenden Ausgabe tragen dazu bei.

Offensichtlich haben aber dennoch diejenigen, die in ihrem Berufsalltag Therapie und Unterricht in die Praxis umsetzen, weniger Mut, ihre Kenntnisse für die Fachöffentlichkeit aufzuschreiben, als diejenigen, die in Wissenschaft und Forschung arbeiten. Warum ist das so, obwohl Redaktion und Leser immer wieder das Interesse an Praxisbeiträgen und an der Theorie-Praxis-Ausgewogenheit bekräftigen?

An mangelndem Ideenreichtum liegt es jedenfalls nicht. Als die dgs-Landesgruppe Bayern einen Autorenaufruf für das neue bayerische Mitteilungsblatt „Praxis Sprache“ startete, vermochte sie so viele fundierte Beiträge von Praktikern zu gewinnen, dass es die Redaktion der *SHA* in Staunen versetzt hat. Darauf vereinbarten die Initiatorinnen der „Praxis Sprache“ und die Redaktion der *SHA* eine Kooperation. Zwei der eingereichten Beiträge – Materialien für den konkreten Unterrichts- und Therapiealltag zum Thema Akkusativ – werden nun in der Rubrik „Therapieraum/Klassenzimmer“ im vorliegenden Heft veröffentlicht. Die dadurch erfolgte Ausweitung dieser Rubrik soll dokumentieren, warum es lohnend sein kann, den Mut zum Aufschreiben von z.B. Therapiespielen oder exemplarischen Unterrichtsstunden aufzubringen! Ganz im Sinne des Neustarts dieser Zeitschrift werden „die Leser aus den verschiedenen Fachgruppen dabei erfahren, wie verwandt didaktische Methoden von Einzeltherapie und schulischer Arbeit sein können – und handfeste Tipps für die nächste Therapie und Schulstunde bekommen.“ Und so ist die *SHA* auch auf ihrem Weg, „die zwei ‚Welten‘ Sprachheilschule sowie Sprachtherapie in Ambulanz und Klinik stärker zu vernetzen, mehr Synergien zu bilden“, wieder ein Stück weitergekommen (vgl. Maihack/Zupp, „Auf ein Wort“, *SHA* 4/2009).

Dr. Karin Reber, Dr. Franziska Schlamp-Diekmann, Claudia Schmaußner (Vorstand der dgs-Landesgruppe Bayern) & Dr. Ulrike de Langen-Müller, (Redaktion *Sprachheilarbeit*)

Magazin

Originalbeiträge

Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 **54**
Lilli Wagner

Frühpädagogische Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern im Alter von 2-3 Jahren **65**
Raphaella Bogner, Christiane Wiedemann-Mayer & Jana Jakob

Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF **71**
Bernd Hansen & Claudia Iven

Intensivmedizin – ein Handlungsfeld nicht nur für Physiotherapeuten?! **79**
Janine Ehlers

Therapieraum/Klassenzimmer **83**
Presseschau **91**
Aus der Redaktion **91**
Rückblicke **92**
Persönliches **92**

Mitteilungen **93**

Aktuelles **96**
Aktuelles dbs **96**
Aktuelles dgs **100**
Termine **103**





Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 als differenzialdiagnostisches Abgrenzungsmittel für russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder

Lilli Wagner, München

Zusammenfassung

Die hohe Relevanz einer frühzeitigen sprachlichen Diagnostik sowie die damit verbundene Chance von frühestmöglichen Interventionen für die Gesamtentwicklung von ein- und mehrsprachigen Kindern hat die Fachwelt längst erkannt (Lüdtke & Kallmeyer 2007 b). Auf Grund der Abgrenzungsproblematik in der Zweitsprache Deutsch zwischen mangelnden Deutschkenntnissen und einer Sprachentwicklungsstörung besteht besonders bei Kindern, die wenig oder kaum Deutsch sprechen, die Notwendigkeit, ein Screening in der Erstsprache durchzuführen. Das Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern – SCREEMIK 2 – ermöglicht es durch das Konzept der computergestützten Umsetzung den monolingual deutschsprachigen Sprachtherapeuten, ohne Übersetzer wichtige Informationen über den Sprachstand eines zweisprachigen Kindes in seiner Erstsprache zu erhalten. Das Verfahren ist nicht nur praktikabel und ökonomisch, sondern hält auch im hohen Maße den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen Stand. Es ist für russischsprachige und türkischsprachige Kinder im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren normiert und wie die empirischen Befunde belegen reliabel und valide.

1 Problemstellung

Im Vorschulalter ist der Spracherwerb für die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit von zentraler Bedeutung (Grimm 2003). Störungen der Sprachentwicklung wirken sich häufig negativ auch auf den psychosozialen Bereich aus und stellen bei monolingualen wie auch mehrsprachigen Kindern ein großes Risiko für die Gesamtentwicklung dar. Die Notwendigkeit, eine Sprachentwicklungsstörung frühzeitig zu erkennen, zu diagnostizieren und zu therapieren, liegt auf der Hand: eine rechtzeitige und erfolgreiche Sprachtherapie im Vorschulalter stellt einen wichtigen präventiven Beitrag dar, wodurch spätere schulische und psychosoziale Probleme von vornherein vermieden werden können.

Deutschlandweit (vgl. z.B. Rothweiler, Kroffke & Bernreuter 2004), aber auch international (Cloud 1994) ist sich die Fachwelt darüber einig, dass eine Sprachentwicklungsstörung sich einzelsprachenspezifisch in allen Sprachen eines mehrsprachigen Kindes ausdrückt. Die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung setzt daher bei einem zweisprachigen Kind unbedingt die Überprüfung seines sprachlichen Entwicklungsstandes in beiden Sprachen voraus. Im Idealfall sollte für die Untersuchung der Erstsprache ein zweisprachiger Sprachtherapeut aus dem Sprachraum des Kindes hinzugezogen werden, „möglichst von gleicher regionaler und ethnischer Her-

kunft mit Kenntnissen des Dialekts, Soziales und der Lebenssituation des Kindes und seiner primären Bezugsgruppe“ (Jedik 2002, 147).

Die Ergebnisse einiger empirischer Studien (vgl. z.B. Lengyel 2001) lassen jedoch den Schluss zu, dass in der Praxis für die Sprachdiagnostik von mehrsprachigen Kindern bilinguale und bikulturelle Fachkräfte in der Regel nicht zur Verfügung stehen. Die Praxis stellt Anforderungen an die Entwicklung entsprechender Instrumente. Vor diesem Hintergrund wurde das **Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern (SCREEMIK2)** entwickelt mit der Zielsetzung, den Praktikern ein auf der einen Seite ökonomisches und praktikables und auf der anderen Seite innovatives und wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Verfügung zu stellen, um zweisprachige (hier: russisch-deutsche und türkisch-deutsche) Vorschulkinder mit einer Sprachentwicklungsstörung frühzeitig erfassen und gegebenenfalls fördern zu können.

Der große Vorteil eines Screenings in der Erstsprache ist, dass es bei Kindern eingesetzt werden kann, die sich noch am Anfang des Zweitspracherwerbs befinden, wenn die Zweitsprachkompetenzen noch überhaupt keinen Schluss über die Sprachentwicklung des Kindes zulassen. Wenn das Kind beim SCREEMIK2 deutliche Beeinträchtigungen auch in seiner besser entwickelten Erstsprache zeigt, liegen begründete Hinweise

für eine zugrunde liegende Sprachentwicklungsstörung vor. Eine Sprachtherapie kann zeitlich früh ansetzen, ohne dass wertvolle Zeit verloren geht. Zu berücksichtigen gilt, dass computergestützte Verfahren für Kinder ab dem Alter von ca. vier Jahren am besten geeignet sind. Aus diesem Grund wurde SCREEMIK2 für russisch-deutsche und türkisch-deutsche Kinder im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren normiert. Das Screening wurde für deutschsprachige Fachpersonen konzipiert, die über keine Kenntnisse der Erstsprache des Kindes verfügen und richtet sich professionsübergreifend an alle Berufsgruppen, die sprachtherapeutisch tätig sind.

2 Linguistische Grundlagen

Der Spracherwerbsprozess kann als ein strukturbildender Prozess (Grimm 2001) verstanden werden, wobei die Strukturebenen Phonetik, Phonologie, Morphologie, Syntax, Lexikon sowie die pragmatische Komponente bei jeder Äußerung beteiligt sind und parallel verarbeitet werden müssen.

Das vorliegende Screening greift die verschiedenen Strukturebenen – im engeren Sinne Phonetik, Morphologie (russisch-deutsche Version) und Lexik – auf und nimmt Bezug auf den normalen Spracherwerb der hier relevanten Erstsprachen Russisch und Türkisch. Dabei orientiert sich das Verfahren an gesprochener Sprache



Frühpädagogische Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern im Alter von 2-3 Jahren mit dem „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ (Buschmann 2006)

Raphaela Bogner, Achern

Christiane Wiedemann-Mayer, Oberkirch

Jana Jakob, Oberkirch



Zusammenfassung

Bei der frühpädagogischen Begleitung von Eltern mit sprachauffälligen Kindern wird an der sonderpädagogischen Beratungsstelle für entwicklungsverzögerte und sprachauffällige Kinder in Oberkirch seit 2006 das „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ von Buschmann (2006) eingesetzt. Dieses Elterntraining, bereits in wissenschaftlichen Studien evaluiert, ist konzipiert für sogenannte late talkers, also für 2-3-jährige Kinder mit einer Sprachentwicklungsverzögerung. Zentrales Anliegen des Trainings ist die kompetente Einbindung von Eltern in den Spracherwerbsprozess, um das Entstehen einer Sprachentwicklungsstörung zu verhindern. Mit diesem Beitrag soll gezeigt werden, dass sich das evaluierte Elterntraining entwicklungsfördernd und ressourcenschonend in die Arbeit einer Beratungsstelle integrieren lässt.

1 Einleitung

Der Spracherwerbsprozess hat seine Basis in biologisch-physiologischen Prozessen und sozial-interaktiven Erfahrungen. Können sich Kinder nicht ausreichend auf solche Erfahrungen stützen oder sind die biologischen Voraussetzungen nicht ausreichend differenziert, besteht ein Risiko für die weitere sprachliche Entwicklung. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sprachtherapeutische Interventionen frühzeitig, d.h. bereits im Kleinkindalter anzusetzen.

2 Frühzeitige Diagnose von Risikokindern

Sprachentwicklungsverzögerungen müssen frühzeitig erkannt werden, damit sie nicht chronifizieren. Orientiert man sich an den kritischen Entwicklungsphasen nach Locke (Locke 1997), so kann von einem Zeitfenster ausgegangen werden, in dem Sprache optimal erworben werden kann. Dieses Zeitfenster erstreckt sich bis zu einem Alter von ca. drei Jahren. Nach dieser Zeit sind die physiologischen Voraussetzungen für

den Spracherwerb weniger günstig, d.h. der Spracherwerbsprozess verläuft langsamer und ineffektiver. Erfolgt keine frühzeitige therapeutische Begleitung, besteht ein hohes Risiko für längerfristige Schwierigkeiten im Spracherwerb mit der Gefahr der Chronifizierung bis ins Schulalter und darüber hinaus (Conti-Ramsden & Durkin 2007). D.h. je früher man Risikokinder erkennt, umso früher kann man sie fördern und umso größer ist die Chance, eine bleibende Entwicklungsverzögerung zu verhindern (Grimm 1999).

Grimm fordert auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 2004, dass bereits bei der U6 und U7 die Eltern mit Hilfe eines Sprachentwicklungsfragebogens in die Sprachstandsdiagnostik ihrer Kinder miteinbezogen werden. Insbesondere mit dem ELFRA-2, aber auch dem ELAN (Bockmann & Kiese-Himmel 2006) wie auch dem SBE-2-KT (Suchodoletz 2008), stehen praktikable Instrumente zur Verfügung, um Risikokinder frühzeitig im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung U7 im Alter von 21-24 Monaten zu identifizieren. Kinder, die hierbei als Risikokinder erfasst werden, sprechen mit 24 Mo-

naten noch keine 50 Wörter (late talkers). Für ca. 30 % dieser Kinder besteht nach Grimm (1999) ein signifikantes Risiko, dass sie im Vorschulalter eine spezifische Sprachentwicklungsverzögerung (SSES) mit gravierenden Folgen für die weitere kognitive und psycho-soziale Entwicklung ausbilden.

3 Förderung der Risikokinder

Bis in die jüngste Zeit erfahren Kinder, die eine deutlich verzögerte Sprachentwicklung aufweisen, leider zu wenig qualifizierte Förderung. Vorherrschend ist nicht nur in Deutschland das „Konzept“ des „wait and see“ (Buschmann & Jooss 2007). Auf neuere Förderansätze und Modelle wird im Folgenden näher eingegangen.

3.1 Systemischer Ansatz

Kinder entwickeln sich in komplexen sozialen Beziehungssystemen, die untereinander verknüpft sind und sich wechselseitig beeinflussen (Pretis 2005). Um eine wirksame Förderung eines Kindes zu erreichen, müssen alle Beteiligten (Kind, Eltern, Erzieher,



Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF

Bernd Hansen, Flensburg & Claudia Iven, Bergheim



Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag betrachtet die Diagnostik des Stotterns bei Kindern unter der patientenorientierten Perspektive, die die ICF annimmt. Ein Blick in die fachwissenschaftliche Grauzone des Übergangs zwischen Sprechunflüssigkeiten und Stottern verdeutlicht, dass differenzialdiagnostische Sicherheiten in vielen Fällen nicht eindeutig zu gewinnen sind. Vor diesem Hintergrund werden methodenkritische Betrachtungen der aktuellen Versuche

angestellt, Stottern bei Kindern quantitativ erfassen zu wollen, insbesondere mit Hilfe des 3%-Kriteriums (u.a. Natke 2005, Sandrieser & Schneider 2008) und des Stuttering Severity Instruments (Riley 1994). Abschließend erfolgt ein Ausblick auf diagnostische und therapeutische Erfordernisse, wenn man entsprechend der ICF methodenflexibel und an Klientenzielen orientiert arbeiten möchte.

Einleitung

Die fachwissenschaftliche Sicht auf das Phänomen Stottern beeinflusst die Definition dessen, was unter Stottern verstanden wird, die Interpretation von Studienergebnissen und die Auswahl von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Wenn z. B. die Überzeugung besteht, dass es sich beim Stottern um eine neurophysiologisch erklär- bare Sprechablaufstörung handelt, so ist eine Stotterdiagnostik mit EEG und Kernspintomograph ebenso folgerichtig wie die Therapie mit Neuroleptika und motorischem Sprechablauftraining (Angerstein 2008). Liest man aus Studien mit Subgruppen heraus, dass sich grundsätzlich alle Kinder der Veränderung ihres Sprechens bewusst sind (Sandrieser 2009, 161), kann schlüssig begründet werden, dass für alle Kinder eine direkte, symptommodifizierende Therapie geeignet ist. Die aktuelle Forschungslage zum Thema Stottern konzentriert sich allerdings oft auf Details des Störungssystems und liefert z.T. diffuse, sich widersprechende

Ergebnisse, so dass abschließende Sicherheiten noch überhaupt nicht formuliert werden können (vgl. z. B. Conture et al. 2001, Boshardt 2008). Das wird bei dem sehr heterogenen, individuell ausgeprägten und variablen Störungsbild wahrscheinlich auch so bleiben: es gibt keine Pauschal-Lösungen für ein nicht pauschalisierbares Phänomen.

Die individuelle Symptomatik, deren Schwankungen und Auswirkungen auf den kommunikativen Alltag sowie die Klientenbedürfnisse werden dabei oft nicht ausreichend berücksichtigt. Selbstverständlich ist Grundlagenforschung richtig und wichtig, sie darf aber nicht im Sinne einer „pars pro toto“-Haltung dazu führen, dass von erforschten Teilaspekten auf das Gesamtphänomen geschlossen wird und therapeutische Konzepte propagiert werden, die die Komplexität des Stotterns auf einige wenige Kriterien reduzieren.

Gerade in der Therapie des Stotterns bei Kindern zeigen sich in den letzten Jahren verstärkte Tendenzen zu Programmen, deren Abläufe weitgehend standardisiert

sind (vgl. u.a. Onslow, Packman & Harrison 2003, Sandrieser & Schneider 2008). Solche Programme entsprechen durchaus den aktuellen Bestrebungen nach Evidenzbasierung und der Suche nach Effektivitäts- und Effizienznachweisen. Problematisch erscheinen jedoch die in diesen Programmen verwirklichten Tendenzen zur Vereinheitlichung und Standardisierung des individuellen Störungssystems Stottern. Die operationalisierte Vorgabe von Therapie-Schritten soll in diesem Beitrag zur Diskussion gestellt werden. Wir möchten damit anregen, scheinbare Sicherheiten zu hinterfragen und den Blick von der Oberflächensymptomatik weg auf eine auch in der International Classification of Function, Disability and Health (ICF, DIMDI 2005) erkennbare Perspektive zu lenken, die die stotternde Person in ihrem kommunikativen Kontext ernst nimmt. Aus einer solchen „therapiesteuernden Diagnostik“ (Johannsen 2003, 159) lassen sich Vorgehensweisen ableiten, die mit flexibler, wissenschaftlich begründeter Methodenvielfalt arbeiten und daher eine fachkompetente



Intensivmedizin – ein Handlungsfeld nicht nur für Physiotherapeuten?!

Janine Ehlers, Kerpen

Fortschritte in der Intensivmedizin verändern und beeinflussen immer mehr die Patientenklientel in der ambulanten und stationären Therapie. Die Anzahl von schwerst betroffenen Patienten, insbesondere tracheotomierten und beatmeten Patienten, steigt. So sehen sich Sprachtherapeuten und Ergotherapeuten mehr und mehr mit technologieabhängigen Menschen konfrontiert, sei es im klinischen oder außerklinischen Bereich. Diese Tatsache und die Budgetierung der zu verordnenden Heilmittel, machen fundiertes und tiefgreifendes Wissen über die Behandlung dieser spezifischen Patienten unabdingbar.

Relevanz der Ergotherapie und Sprachtherapie in der Frührehabilitation

In den letzten Jahren konnte eine Steigerung der Bedeutung frühzeitig einsetzender therapeutischer Maßnahmen beobachtet werden. Der Aufbau von Frührehabilitations-Stationen veränderte bestehende Rehabilitationskonzepte maßgeblich. Auch der Rehabilitationsphase F als Langzeitrehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende und zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind, wird zunehmend Bedeutung



Abbildung 1: Sicheres Kanülenhandling ist Basis einer effizienten Dysphagietherapie

beigemessen. Obwohl Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten als unabdingbarer Bestandteil des multiprofessionellen Teams in der Frührehabilitation angesehen werden (Wullen & Karbe 1999), ist die theoretische Auseinandersetzung mit intensivmedizinischen Handlungsfeldern in Wissenschaft und Ausbildung nahezu ausgeblieben (Heidler 2007, Winkelmann 2008). Im Unterschied zur „nachgestellten“, an die Akutbehandlung anschließenden Rehabilitation, bei der rehabilitative Maßnahmen erst beginnen, wenn sich der Patient in stabilem Allgemeinzustand befindet, definieren Wullen und Karbe (1999) Frührehabilitation als die möglichst frühe Verbindung von Intensivpflege und rehabilitativer Therapie. Schwer beeinträchtigte Patienten, die völlig von fremder Hilfe abhängig sind, werden zum individuell frühestmöglichen Zeitpunkt rehabilitativ behandelt. Hier stellen sich zunächst zwei Fragen: Warum sollte Ergotherapie und Sprachtherapie schon auf der Intensivstation beginnen? Und wie sollte Sprachtherapie und Ergotherapie in intensivmedizinischen Handlungsfeldern gestaltet sein, um effizient wirksam zu sein?

Die Beantwortung der ersten Frage nach dem „Warum“ von früher Therapie wird durch Studien zur Neuroplastizität eindrücklich belegt. Neurotrophe Faktoren unterstützen die Neubildung synaptischer Verbindungen zwischen Nervenzellen und werden unmittelbar nach einer Läsion des ZNS in besonders hoher Konzentration produziert und transportiert. Die Fähigkeit zur neuronalen Plastizität ist also gerade in der frühen Phase nach der Schädigung besonders hoch! (vgl. Stein et al. 2000)

Eine randomisierte kontrollierte Studie von Schweickert et al. (2009) bei beatmeten Patienten auf einer Intensivstation zeigt, dass eine Kombination aus Unterbrechung der Sedierung und zeitgleichem Beginn ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Behandlung schon in der Frühphase zu einem besseren Outcome führt, als die alleinige



Abbildung 2: Vertikalisierung trotz Tetraspastik und Kontrakturen

auf Intensivstation übliche Standardpflege. “A strategy for whole-body rehabilitation – consisting of interruption of sedation and physical and occupational therapy in the earliest days of critical illness – was safe and well tolerated, and resulted in better functional outcomes at hospital discharge, a shorter duration of delirium, and more ventilator-free days compared with standard care“ (Schweickert et al., 2009). In einem begleitenden Kommentar fordern Jakob und Takala (2009) deshalb, dass Ergotherapie neben der Physiotherapie in der Behandlung kritisch erkrankter Patienten eine zentrale Rolle spielen sollte.

Diese Forderung lässt sich durchaus auch auf sprachtherapeutische Handlungskontexte ausweiten. Dysphagien und die damit verbundenen Risiken finden nicht nur in neurologischen Arbeitsfeldern immer häufiger Beachtung. Bei tracheotomierten und beatmeten Patienten erhält die sprachthera-