

Logopädie / Sprachheilpädagogik 2024/25

Kursunterlagen 1. Teil (HS 24)

Prof. Dr. phil. E. Hartmann

Aufbau der Veranstaltung

- I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen der Logopädie / Sprachheilpädagogik
- II Sprach- und Kommunikationsstörungen
- III Historische Aspekte zur Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung
- IV Handlungsfelder und Organisationsformen
- V Aufgabenbereiche im Überblick
- VI Erfassung und Diagnostik
- VII Prävention
- VIII Beratung
- IX Therapie
- X Qualitätssicherung und EBP

Lernziele:

Die Studierenden erwerben Grundlagenkenntnisse über die interdisziplinäre Fachdisziplin Logopädie bzw. Sprachheilpädagogik; sie lernen weiter die wichtigsten Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kennen. Sie erhalten überdies einen Überblick über logopädische Handlungsfelder, Organisationsformen, Aufgabenbereiche und rechtliche Grundlagen der sprachtherapeutischen Tätigkeit.

Evaluation:

Ausserhalb der Unterrichtseinheit durchgeführte mündliche Prüfung von 15 Minuten (**Juni 2025**).

Pflichtlektüre für die Evaluation (auf Moodle):

- Beushausen U. (2016): Grundlagen und Merkmale der Qualitätssicherung. In: Grohnfeldt, M. (2016) (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Bd. 1: Stuttgart: Kohlhammer, 65-76.
- Grohnfeldt, M. (2016): Beratung und Gesprächsführung in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (2016) (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Bd. 1: Stuttgart: Kohlhammer, 232-246.
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2016): Zur Bedeutung der ICF. In: Grohnfeldt, M. (2016) (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Bd. 1: Stuttgart: Kohlhammer, 48-61.
- Sachse, S. & Spreer, M. (2016): Allgemeine Kriterien und Grundlagen der Diagnostik. In: Grohnfeldt, M. (2016) (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Bd. 1: Stuttgart: Kohlhammer, 113-125.

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

„Sprachgestörte Menschen“ im Fokus unterschiedlicher Disziplinen

Fachleute/Praxis

- ✓ Logopäden
- ✓ Sprachheilpädagoginnen
- ✓ Sprachheillehrer
- ✓ Klinische Linguistinnen
- ✓ Sprechwissenschaftler
- ✓ Neurolinguisten
- ✓ Aphasiologinnen
- ✓ Neuropsychologen
- ✓ Phoniaterinnen
- ✓ u. a.

Disziplinen

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Logopädie und Sprachheilpädagogik als verwandte Fachdisziplinen

- ⇒ In den deutschsprachigen Ländern (ohne Schweiz) wird zwischen
Logopädie und Sprachheilpädagogik unterschieden

Gemeinsamkeiten der Logopädie & Sprachheilpädagogik



(Grohnfeldt; Ritterfeld 2016)

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Logopädie

- Ursprünglich: Paramedizinischer Heil- und Hilfsberuf
- Heute: Eigenständige Fachdisziplin, die für die *Diagnostik, Prävention, Therapie, Beratung* und *Rehabilitation* von sprachgestörten Menschen zuständig ist
- Handlungswissenschaft mit Bezugswissenschaften Medizin, Linguistik, (Heil-)Pädagogik, Psychologie und Soziologie

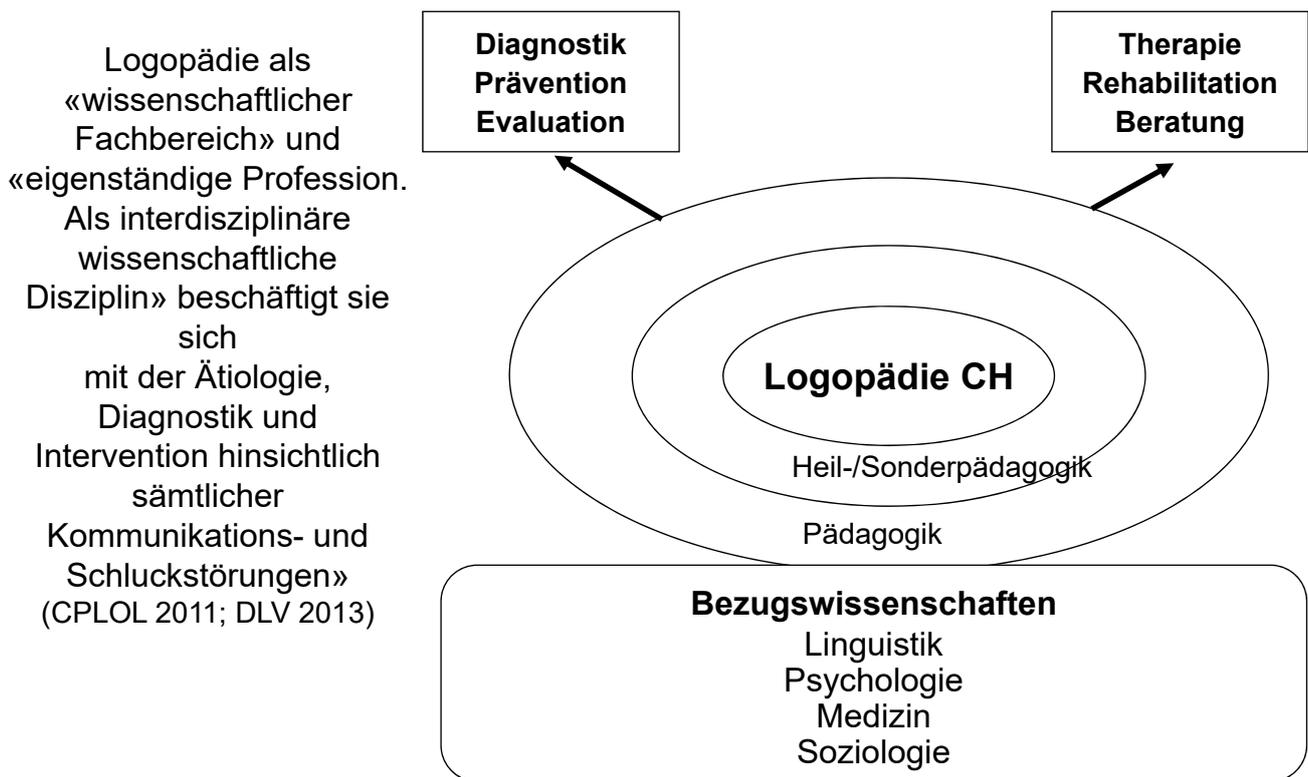
I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Sprachheilpädagogik

- Sprachheilpädagogik versteht sich als heilpädagogische Disziplin
- Sprachheilpädagogik ist eine interdisziplinäre Fachdisziplin, die auf theoretischer und praktischer Ebene für die *Diagnostik, Prävention, Erziehung/Bildung, Therapie, Beratung* und *Rehabilitation* von sprachgestörten Menschen zuständig ist
- Handlungswissenschaft, die sich auf Bezugswissenschaften wie *Medizin, Linguistik, Psychologie* und *Soziologie* beruft

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Logopädie in der Schweiz



I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Logopädie als wissenschaftliche Disziplin

Anfänge & Aufbau
Ab 1900

Logopädie als praktisch tätige Profession

Ausbau
Ab 1950

Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft

Konsolidierung &
Emanzipation
Ab 1980

Logopädie als angewandte Integrationswissenschaft

Akademisierung &
Internationalisierung
Ab 2000

Logopädie als «**wissenschaftlicher Fachbereich**» und «**eigenständige Profession**. Als **interdisziplinäre wissenschaftliche Disziplin**» beschäftigt sie sich mit der Ätiologie, Diagnostik und Intervention hinsichtlich sämtlicher Kommunikations- und Schluckstörungen» (CPLOL 2011; DLV 2013)

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Was ist / braucht eine wissenschaftliche Disziplin?

«Wissenschaft»



Wissen (Produkt)

Gesamtheit der theoretischen und empirischen Erkenntnis einer Disziplin hinsichtlich ihres Gegenstandsbereichs



Forschung (Tätigkeit)

Systematischer Prozess der Erkenntnisgewinnung unter Anwendung wissenschaftlicher Prinzipien und Methoden



Institutionen (System)

Forschende und Lehrende, die wissenschaftliche Erkenntnisse generieren, synthetisieren, kommunizieren und (kooperativ) implementieren

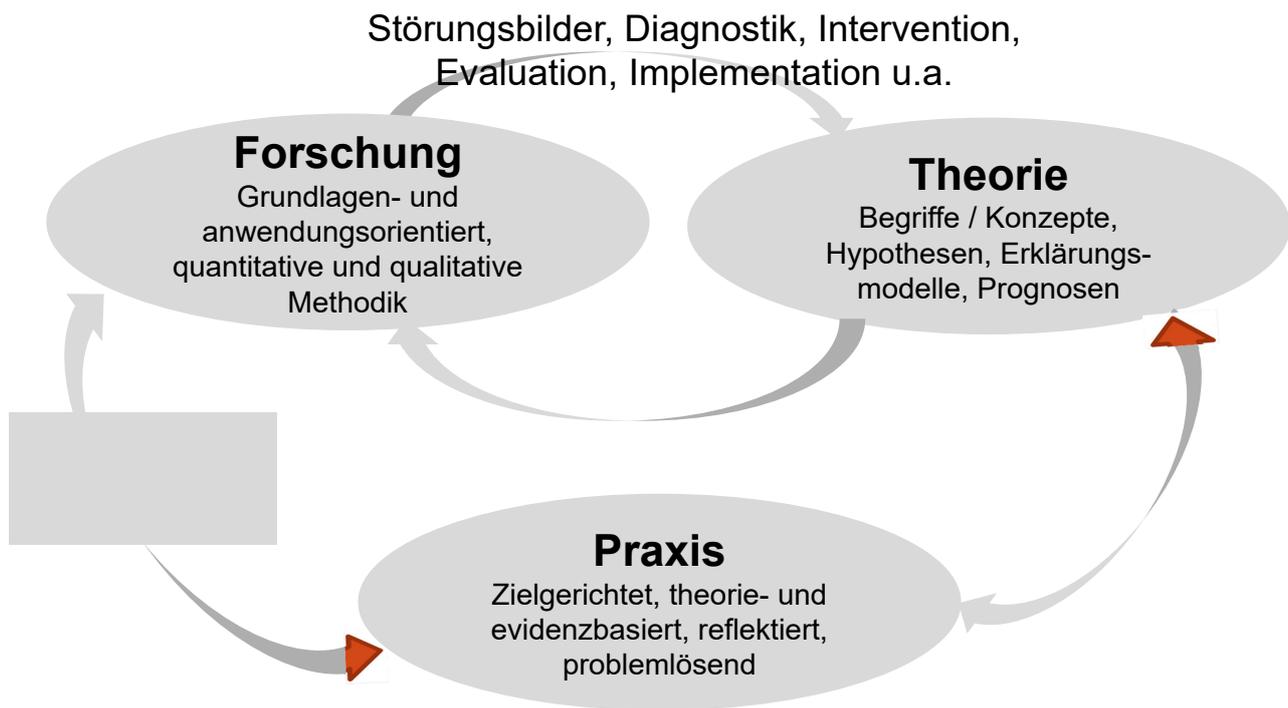
I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Aufgaben von Wissenschaft / Forschung (Haynes & Johnson 2009)

- Theoriegeleitete Analyse von Phänomenen → Forschungshypothesen
- Empirische Überprüfung und Replikation
- Anspruch auf Allgemeingültigkeit/Generalisierung
- Probabilistisches Wissen
- Experimentelle Kontrolle: Bsp. Sprachkompetenz b. Mädchen/Knaben
- Bemühen um Objektivität, intersubjektive Nachvollziehbarkeit
- Transparenz/öffentlicher Charakter von Forschung

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Reziprozität von Wissenschaft und Praxis



I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Parallelen zwischen Forschung & Praxis (Haynes & Johnson 2009)

Diagnosis	Research	Treatment
Interview & Case History	Review Literature	Review History and Test Data
Select Assessment Tasks	Form Hypothesis/ Design Study	Choose Treatment Regime
Administer Tests/Observe	Gather Data	Gather Data on Treatment Response
Score Tests	Analyze Data	Organize Treatment Data for Interpretation
Integrate and Interpret Results	Interpret Data	Determine If Treatment Is Effective
Recommendations for Treatment	Discuss Results and Make Recommendations	Recommendations for Future Treatment
Write Report	Write Article	Write Report

I Disziplinäre und wissenschaftliche Grundlagen

Bedeutung von Forschung für die Logopädie (mod. Haynes & Johnson 2009)



II Sprach- und Kommunikationsstörungen Störungsbegriff

Verschiedene Normen zur Definition von «Störung»

- Statistische Norm
- Funktionale Norm
- Subjektive Norm
- Soziale Norm
- Ideale Norm

In der Logopädie werden Störungen oft anhand eines Systems von diagnostischen Kriterien definiert, in das mehrere Normvorstellungen einfließen.

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Störungsbegriff

z. B. "Social (Pragmatic) Communication Disorder" DSM-5: (APA 2013)

A Persistent difficulties in the social use of verbal and nonverbal communication as manifested by all of the following:

1. Using communication for social purposes, such as greeting, sharing information
2. Changing communication to match context or needs of listener
3. Following rules for conversation and storytelling, such as taking turns in conversation, rephrasing, knowing how to use verbal and nonverbal signals to regulate interaction
4. Understanding what is not explicitly stated (e.g. inferences) and nonliteral or ambiguous meaning of language (e.g. idioms, humor, metaphors)

B Deficits result in limitations in effective communication, social participation, relationships, academic achievement, or occupational performance

C Onset of the symptoms in the early developmental period - but deficits may not become fully manifest until social communication demands exceed limited capacities

D Symptoms are not attributable to structural language problems, ASD, intellectual disability, global developmental delay, or another mental disorder

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Sprachstörung: Ober- und Unterbegriff

Der Begriff ***Sprachstörung*** wird unterschiedlich verwendet:

Oberbegriff: Alle Formen von Störungen der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit:

Sprachstörungen i. e. S., Sprechstörungen, Redeflussstörungen, Stimmstörungen u.a.

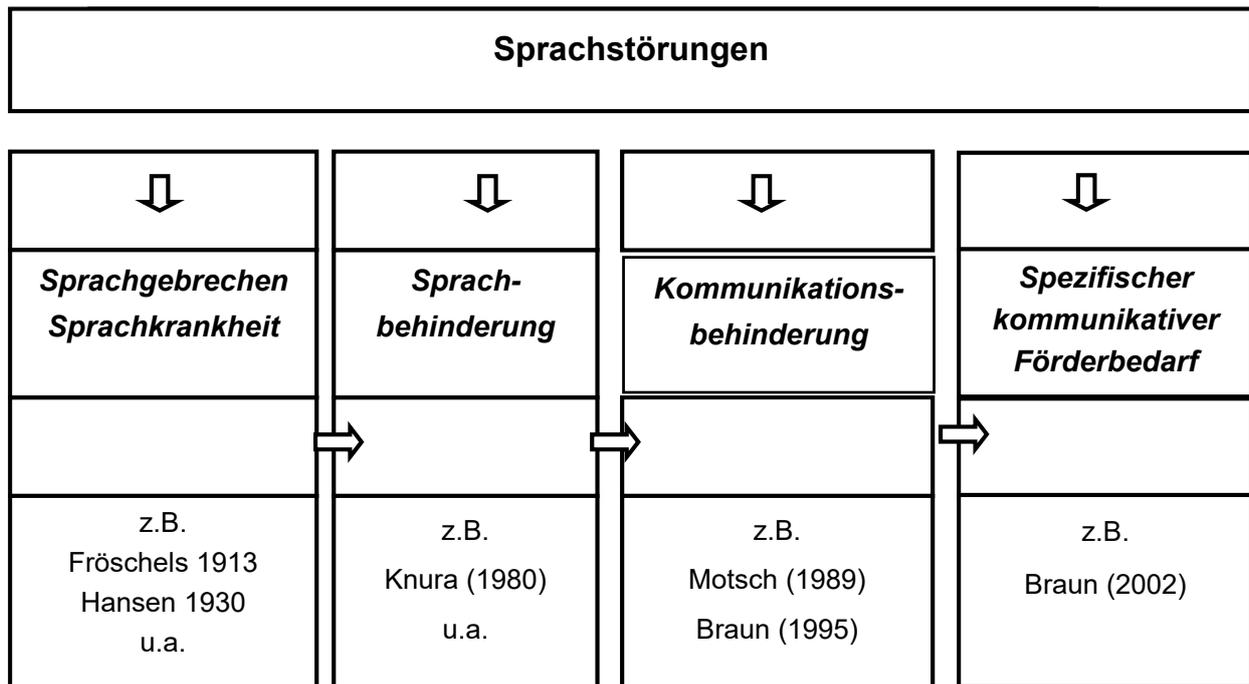
Unterbegriff: Spezifische Formen von Störungen der sprachlichen

Kommunikation, d.h. Sprachstörungen i. e. S.:

Aphasie, Sprachentwicklungsstörungen, lexikalische Störungen, Legasthenie/LRS u.a.m.

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Sprachstörung: Begriffswandel nach Braun (2002)



II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Sprachstörung als Sprachbehinderung

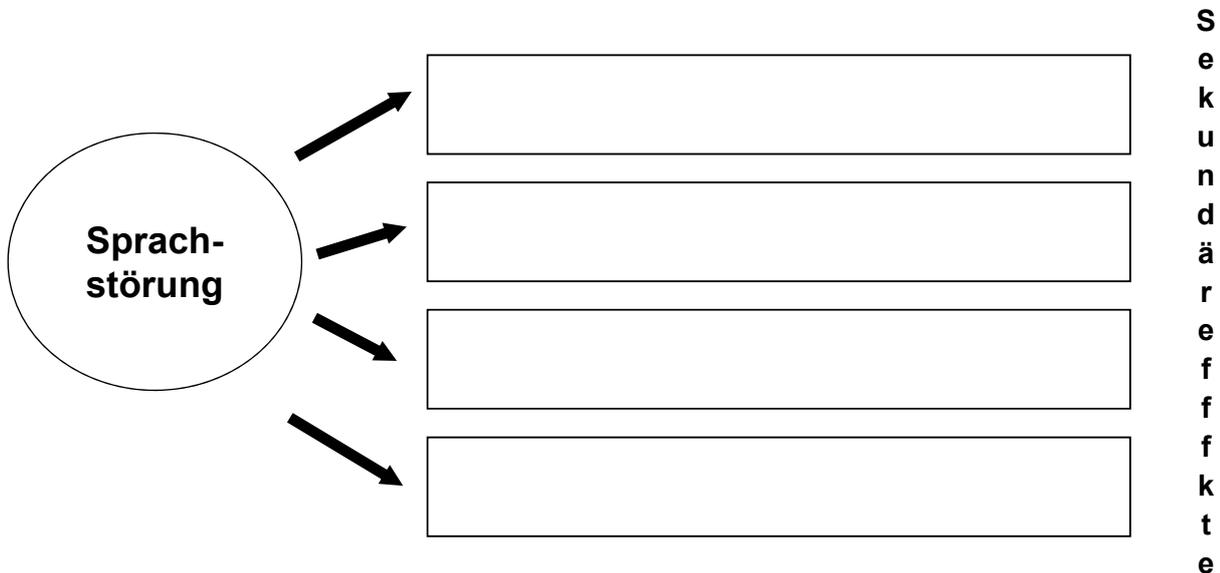
Sprachbehinderung als umfängliche, schwerwiegende und langfristige individuelle Sprachbeeinträchtigung ist zwar primär ein medizinischer und/oder psychologischer Sachverhalt, wird aber pädagogisch relevant, wenn sie Erziehung und Bildung in ihren Möglichkeiten gefährdet und verstellt. Als sprachbehindert gilt, wer infolge einer Sprachstörung in der sprachlichen Kommunikation, im Sozialverhalten und insbesondere in seinem Lernen soweit beeinträchtigt ist, dass seine Teilhabe am Leben der Gesellschaft wesentlich erschwert ist, und besondere pädagogische Förderung notwendig wird

(Braun 2012)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

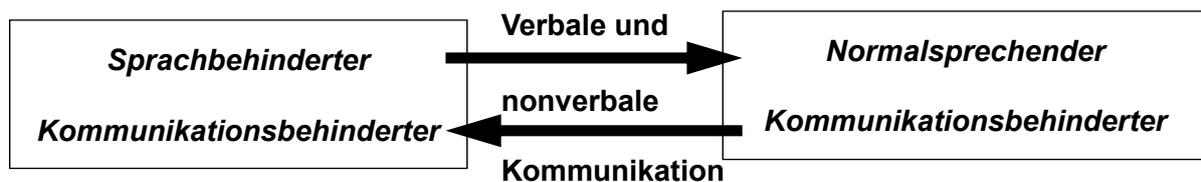
Sprachstörung als Sprachbehinderung

Sprachbehinderung = bedeutsame Sprachstörung + negative Effekte



II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Sprachstörung als Kommunikationsbehinderung



- Sprachbehinderung ist keine individuelle Gegebenheit
Kommunikationsbehinderung ist wesentlich von den Kommunikationspartnern abhängig: Schweregrad, Verursachung, Auswirkungen, Ressourcen für Verringerung/Behebung
- Wie behindert sich der Sprachbehinderte und seine Kommunikationspartner fühlen, bestimmen das Ausmaß der Kommunikationsbehinderung

(Motsch 1998)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Sprachstörung als spezifischer sprachlicher Förderbedarf



- Grundlegender Verständniswandel erfolgt in der integrationspädagogischen Sichtweise, die im Sinne des Normalisierungsprinzips den Behinderungsbegriff überwinden will und eine Dekategorisierung der von Behinderungen Betroffenen anstrebt
- Hinwendung zu einem ökosystemischen Behinderungsbegriff, wonach Behinderungen als Auswirkungen von Schädigungen unter bestimmten Umweltbedingungen aufgefasst werden
- Im Mittelpunkt des Interesses steht nicht mehr die Sprachbehinderung eines Menschen, sondern sein spezifischer sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich Sprache und Kommunikation (Braun 2012)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Klassifikation von Sprachstörungen

Ziele

- Vielfalt von sprachlich-kommunikativen Störungsbildern ordnen, systematisieren, überschaubar machen
- Voraussetzung für die Planung von Interventionen
- Sicherung der Verständigung zwischen Fachpersonen (intra- und interdisziplinär)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Klassifikation von Sprachstörungen

Probleme

- Unterschiedliche theoretische Konzepte, unter denen Sprachstörungen als komplexe Phänomene analysiert werden
- Um Sprachstörungen vollständig zu klassifizieren, müssen physiologische, psychologische, linguistische, kommunikationstheoretische u.a. Kriterien verwendet werden, die uneinheitlich sind
- Beim gegenwärtigen Forschungsstand bleiben viele Fragen offen; zur Zeit gibt es keine einheitliche und universal anerkannte Klassifikation von Sprachstörungen

II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Klassifikation von Sprachstörungen

Medizinisch–ätiologische Klassifikation

Erfolgt primär ursachenorientiert, z.B. zentrale Ursachen (Aphasie) vs. periphere Ursachen (z.B. LKG-Spalte)

Symptomatisch–phänomenologische Klassifikation

Erfolgt anhand von wahrnehmbaren Sprachauffälligkeiten, die nach bestimmten Funktionen (z.B. Sprache, Sprechen, Rede, Stimme) zu Syndromen zusammengefasst werden (Stottern, Poltern, Artikulationsstörung u.a.)

Sprachwissenschaftliche Klassifikation

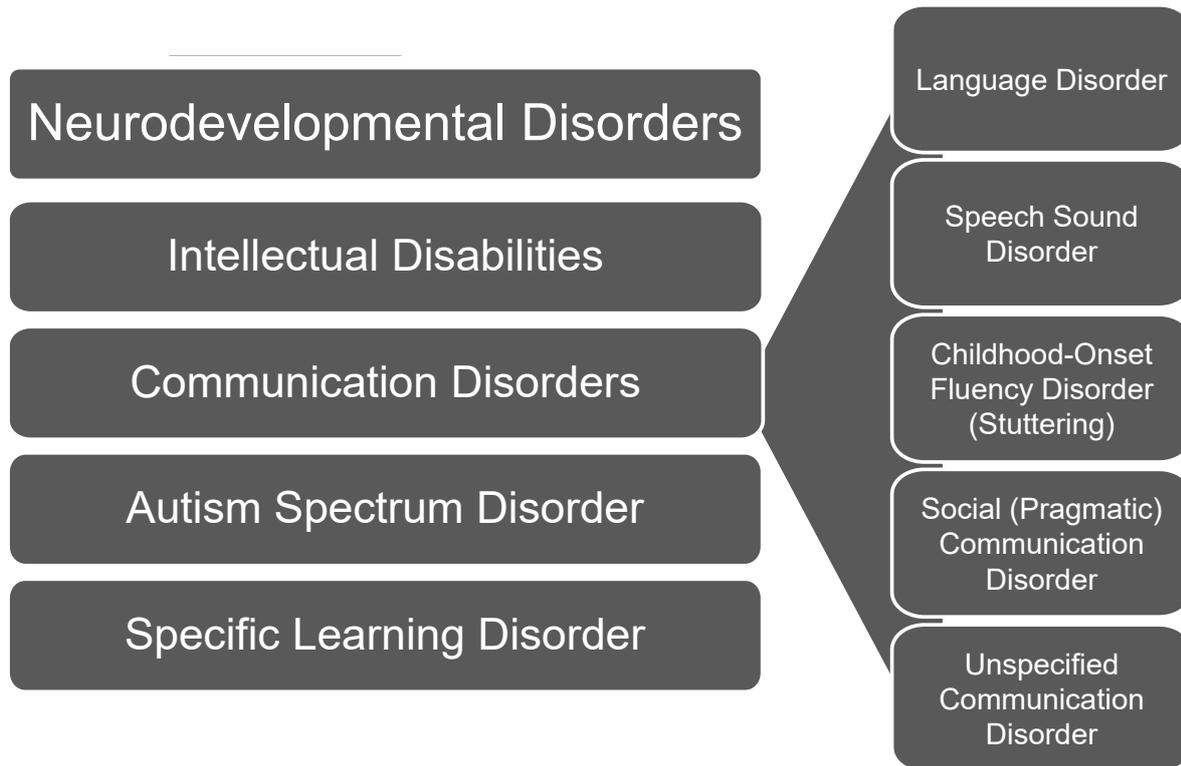
Erfolgt aufgrund Struktur und Regelsystem der Sprache: Phonologie/Phonetik, Grammatik, Lexik/Semantik, Pragmatik

ICF-basierte Klassifikation

Erfolgt mehrdimensional anhand eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells

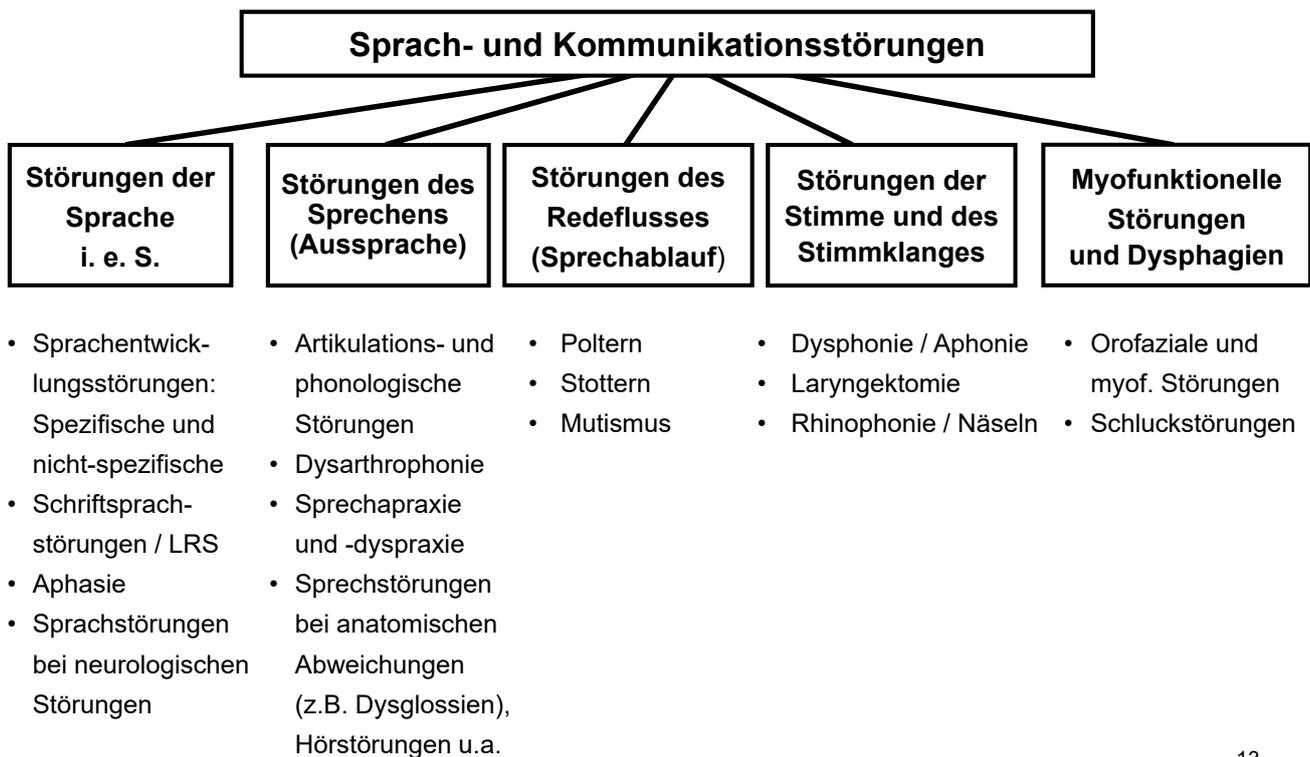
II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Symptomatisch–phänomenologische Klassifikation: DSM V (APA 2015)



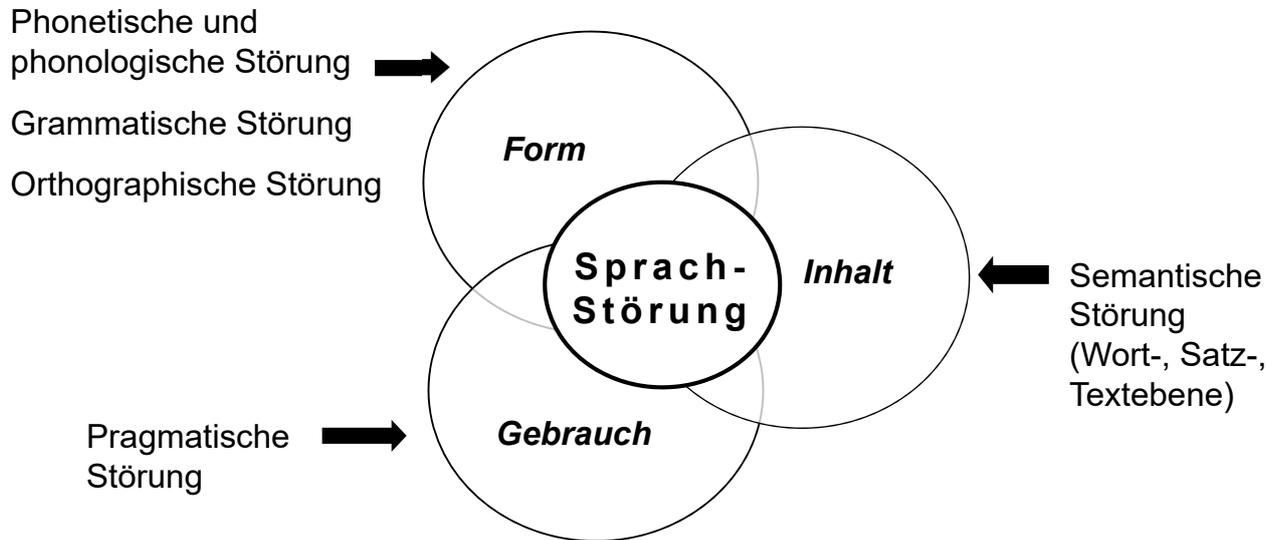
II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Symptomatisch–phänomenologische Klassifikation



II Sprach- und Kommunikationsstörungen

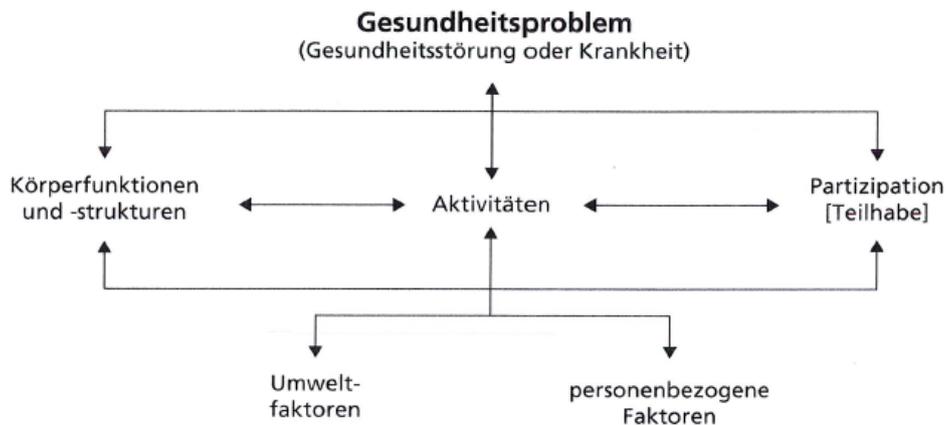
Sprachwissenschaftliche Klassifikation (Bloom; Lahey 1984)



II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Klassifikationsmodell der WHO: ICF

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health".
Bio-psychosoziales Modell



II Sprach- und Kommunikationsstörungen

Klassifikationsmodell der WHO: ICF (Grötzbach 2016)

Ebene der Funktionsfähigkeit und Behinderung

Körperfunktion	<ul style="list-style-type: none">• physiologische und psychologische Funktionen, z. B. Motorik, Muskelkraft, Sehen, Stimme, Sprechen• Funktionsschädigung: Erschwernis oder Unmöglichkeit einer Körperfunktion
Körperstruktur	<ul style="list-style-type: none">• anatomische Bestandteile des Körpers, z. B. Gehirn, Muskel, Kehlkopf, Zunge• Strukturschädigung: Abweichung oder Verlust der Organstruktur
Aktivität	<ul style="list-style-type: none">• selbstständige Durchführung einer Aufgabe oder Handlung, z. B. radfahren, eine Unterhaltung führen, lesen• Beeinträchtigung der Aktivität: Es ist unmöglich oder erschwert, eine Handlung selbstständig zu initiieren oder auszuführen
Partizipation	<ul style="list-style-type: none">• Einbezug in soziales Leben, in Gesellschaft und Umwelt, z. B. Hobbys, Rolle im Familienleben, Arbeit, Schule• Beeinträchtigung der Partizipation: Einschränkungen beim Wahrnehmen sozialer Rollen und beim Einbezug ins Alltagsleben

Ebene der Kontextfaktoren

Umweltfaktoren	<ul style="list-style-type: none">• physische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit ihren unterstützenden oder hinderlichen Auswirkungen, z. B. Familienangehörige, Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsbedingungen• Bewertung von Barrieren (hindernd) und Förderfaktoren (unterstützend)
Personbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• individuelle Eigenschaften und Merkmale, die nicht Bestandteil des Gesundheitsproblems sind, z. B. Alter und Geschlecht, Bildung, Bewältigungsstil, Temperament• Erfassung der persönlichen Ressourcen und Erschwernisse, keine Bewertung/Klassifikation



Fallbeispiel Daniel

Körperebene

Aktivitätsebene

Partizipationsebene

Anamnese Daniel, Hafner (2001)

3. Anamnese

Als Daniel und ich uns zum ersten Mal begegneten, war der Junge 10;2 Jahre alt. Das heißt, er hatte 10 Jahre „Lebenserfahrung“, die seine kleine Person geprägt und gebildet haben, so wie sie nun vor mir stand und wie ich sie kennenlernen sollte. Mir war klar, daß ich so etwas wie Verständnis für Daniel nur aufbauen konnte, indem ich mich mit seiner kurzen Biographie vertraut machte. Mein Interesse galt Vergangenen, wie z.B. Entwicklungsverläufen in verschiedenen Bereichen, besonderen Ereignissen oder Erfahrungen, und selbstverständlich dem darauf beruhenden Aktuellen, wie z.B. seinen verschiedenen Lebensräumen mit den entsprechenden (Bezugs-) Personen (sozialen Bindungen), seinen Vorlieben und Stärken ebenso wie seinen Problembereichen. Kurz gesagt, wollte ich mir ein Bild von Daniels Lebenswirklichkeit machen können.

Bevor ich von meinen Erfahrungen mit Daniel selbst berichte, möchte ich festhalten, was ich aus anderen Quellen erfahren konnte. Diese Informationen erhielt ich durch geplante und sich spontan ergebende (Telefon-) Gespräche mit den Eltern, mit der Studentin, die Daniel seit 2 Jahren sprachtherapeutisch betreute, mit der Klassenlehrerin, der Erzieherin im Kinderhort, sowie weiteren Personen, die Umgang mit Daniel hatten (z.B. Schullektor, Pädagogische Assistentin, Schul- und Spielkameraden). Weiteres Wissen bezog ich aus Gutachten, Testergebnissen und Schulzeugnissen. Diese „Recherchen“ sollten es mir ermöglichen, in meinem Umgang mit Daniel seine Lebensbezüge, Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale zu berücksichtigen.

3.1 Familie

Daniels Familie besteht aus den Eltern, einer 2 Jahre jüngeren Schwester und einem 6 Jahre jüngeren zweieiigen Zwillingsgeschwisterpaar.

Der Vater ist aus beruflichen Gründen oft mehrere Tage, manchmal sogar Wochen nicht zu Hause. Er verhält sich der Ehefrau und den Kindern gegenüber sehr streng und autoritär. Um sich durchzusetzen, wendet er auch körperliche Gewalt an, neben anderen Mitteln, wie Schimpfen, Schreien, Drohen und Strafen.

Die Mutter ist nicht berufstätig. Sie erzieht die Kinder nicht so streng wie der Vater, erteilt ihnen jedoch in extremen Konfliktsituationen auch körperliche Strafen. Insgesamt erfahren Daniel und seine drei Geschwister eine inkonsequente Erziehungshaltung.

Erschwerend kommen die engen Wohnverhältnisse und die schwierige materielle Situation hinzu. Gegen den Wunsch der Eltern hält eine Mitarbeiterin des Jugendamtes den Kontakt mit der Familie durch Telefongespräche und Hausbesuche aufrecht und versucht, in Konfliktsituationen Beratung und Entscheidungshilfe zu bieten.

Daniels Beziehung zu seinem Vater ist ambivalent. Einerseits sind Vorbildfunktion und Identifikation mit ihm stark und Daniel ist sehr stolz auf seinen Vater, andererseits bestimmen Gefühle der Angst und der Ablehnung die Beziehung. Zu seiner Mutter hat Daniel ein ausgeglicheneres affektives Verhältnis. Die Bindung zwischen den Geschwistern ist ziemlich eng. Sie spielen trotz des Altersunterschieds viel und gerne zusammen.

3.2 Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung

Während der Schwangerschaft lebte die Mutter in Scheidung von ihrem ersten Ehemann. Daraus ergab sich für die Schwangere eine starke psychische Belastung. Außerdem litt sie in dieser Zeit unter einer Nierenfunktionsstörung. Die Geburt verlief normal.

An Daniels Entwicklung in den ersten Lebensjahren kann sich die Mutter nicht detailliert erinnern. Da seine allgemeine Entwicklung den Eltern nicht auffällig erschien, gab es für sie auch keinen Anlaß zu besonderer Aufmerksamkeit oder gar Besorgnis. Er konnte mit 0;4 Jahren die Flasche halten, mit 0;6 krabbeln und mit 0;11 laufen. Daniel litt auch unter keinen ernstesten Krankheiten. Die Befunde eines Hörtests und eines Sehtests fielen normal aus.

3.3 Vorschulische und schulische Laufbahn

Ab seinem fünften Lebensjahr besuchte Daniel ein Jahr lang einen Kindergarten. Mit 6;7 Jahren wurde er vom Schuleintritt zurückgestellt und an der „Schulvorbereitenden Einrichtung für stark Sprachbehinderte“ angemeldet. Hier wurde er betreut, bis er im Alter von 8;1 Jahren in die 1. Klasse der Sprachheilschule aufgenommen wurde. Das 1. Schuljahr mußte Daniel wegen erheblicher Schwierigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen wiederholen. Mit 10;1 Jahren, dem Zeitpunkt als ich ihn kennenlernte, waren seine schulischen Leistungen ausreichend, um in die 2. Klasse der Sprachheilschule eingestuft werden zu können.

Gleichzeitig mit dem Schuleintritt wurde Daniel auch in einem Kinderhort angemeldet, wo er nachmittags eine regelmäßige Hausaufgabenbetreu-

ung und abwechslungsreiche Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten zusammen mit anderen Kindern erhielt.

Außerdem erfuhr Daniel während der ersten beiden Schuljahre einmal wöchentlich eine zusätzliche Förderung durch einen Studenten und eine Studentin. Die Ziele waren: Verbesserung des Konzentrationsvermögens, Überwindung der Lese-Rechtschreibschwierigkeiten und als grammatisches Lernziel die kongruente Verwendung der Kopula „sein“ in Zweitstellung.

3.4 Kognitive Entwicklung

3.4.1 Intelligenz

Daniels Intelligenz wurde zum erstenmal im Alter von 6;7 Jahren gemessen. Dabei erschien er dem Testleiter als aufgeweckter Junge mit guter Auffassungsgabe und hoher Konzentrationfähigkeit. Er erreichte im S.O.N.¹⁰ einen IQ von 103. Ein halbes Jahr später wurden der CFT und der HAWIK mit Daniel durchgeführt. Dabei verhielt er sich aufgeschlossen und arbeitete bereitwillig mit. Daniel erreichte im CFT einen IQ von 80 und im HAWIK den IQ 81, wobei auffällt, daß Verbalteil (IQ 72) und Handlungsteil (IQ 89) ziemlich weit auseinanderklaffen. Die Ergebnisse in folgenden Teilbereichen waren ungenügend: akustischer Kurzzeitspeicher, visuo-motorische Koordination, Arbeitstempo, Konzentrationfähigkeit, Zergliederungsfähigkeit und räumliches Vorstellungsvermögen.

Ein weiteres halbes Jahr später erreichte Daniel im RAVEN und im DVET durchschnittliche Werte (Grade 50 und Prozentrang 42) und eine Wiederholung des S.O.N. ergab einen IQ von 106.

Zusammenfassend kann man sagen, daß sich Daniels gemessene Testintelligenz im unteren Bereich der Normalitätsbreite befindet. Sie weist jedoch nicht (eindeutig) auf eine Lernbehinderung hin.

3.4.2 Schulische Leistungen

3.4.2.1 Arbeitshaltung

Alle drei Lehrkräfte, deren Klasse Daniel im Laufe der Zeit besucht hatte, beschrieben ihn als willigen und fleißigen Schüler. Er ging mit Schwung an alle Aufgaben heran und bemühte sich eifrig, sie zu erledigen. Er kann dabei zielstrebig und selbständig arbeiten. Daniel nahm interessiert und

aktiv am Unterricht teil. Er fiel durch seine rege Mitarbeit angenehm auf und überraschte oft mit logischer Kombinatorik. An einem beständigen Arbeitsverhalten dieser positiven Art hinderte ihn jedoch sein geringes Konzentrationsvermögen. Daniels Aufmerksamkeit war kurz und sprunghaft. Er ließ sich schnell von neuen Reizen ablenken und schweifte gerne mit seinen Gedanken ab. Dadurch waren seine Leistungen großen Schwankungen unterworfen. Besonders mündlichen Phasen des Unterrichts (z.B. Unterrichtsgespräch) konnte er nur kurzzeitig folgen. Bei längerem Zuhören war er überfordert.

3.4.2.2 Lesen

Das Lesen bereitete Daniel von Anfang an große Schwierigkeiten. Nach dem 1. Schuljahr hatte er noch Unsicherheiten in der Buchstabenkenntnis. Die Lesetechnik an sich hatte Daniel verstanden, sinnerfassendes Lesen gelang ihm jedoch noch sehr schlecht.

Auch nach der Wiederholung der 1. Klasse hatte er noch Probleme mit dem Lesen. Das Lesetempo war sehr niedrig. Er konnte einzelne Wörter und kurze Sätze nur mit Mühe erlesen. Textganze bewältigte er nicht.

3.4.2.3 Schreiben

Anfangs schrieb Daniel recht verkrampft und ungleichmäßig, so daß die Wiedergabe der Buchstabenform sehr ungenau war. Mit der Zeit erfaßte er die Buchstabenform, seine Schreibbewegungen wurden zügiger und flotter und er konnte sein Schriftbild verbessern.

Die Leistungen im Rechtschreiben sind noch immer großen Schwankungen unterworfen. Seine Schwierigkeiten beim Durchstrukturieren und Speichern von Wortgestalten sind noch immer erheblich.

3.4.2.4 Rechnen

Im Alter von 7 Jahren konnte Daniel noch nicht zählen. Auch bei seiner Einschulung mit 8;1 Jahren verfügte er nur über eine unsichere Zahl- und Mengenvorstellung. Es fiel ihm schwer, die Beziehung zwischen Anzahl und Ziffer zu erfassen. Auch für einfache Rechenoperationen benötigte Daniel lange Zeit Anschauungshilfen, mit denen er die Aufgaben rein mechanisch löste.

Zwar kann Daniel auch heute noch neue Recheninhalte nur langsam erfassen, aber durch Übung erreicht er ein angemessenes Rechentempo. Auffällig ist sein großes Leistungsgefälle. Manchmal gelingen ihm die einfachsten Aufgaben nicht, dann wieder rechnet er sicher und selbständig.

¹⁰ Die Tests werden als bekannt vorausgesetzt.

3.4.2.5 Andere Leistungsbereiche

Ein ganz anderes Bild bieten Daniels Fähigkeiten auf anderen Gebieten. Die Fachlehrerin betont immer wieder Daniels überdurchschnittliche Mitarbeit, sein großes Interesse und sein oftmals überraschendes Wissen im Heimat- und Sachkundeunterricht. Im Werkunterricht ist Daniel hochmotiviert und leistungsstark. Arbeitstempo, Ausdauer und Genauigkeit verhalten ihm schon öfter zu hervorragenden Leistungen, für die er besonderes Lob erhielt. Ebenso legt er im Sportunterricht großen Eifer und Ehrgeiz an den Tag. Erfolg und Spaß hat Daniel auch im Musikunterricht wegen seines guten rhythmischen Empfindens und seiner Freude am Singen.

3.5 Sozioemotionale Entwicklung

Über Daniels erste fünf Lebensjahre berichten die Eltern, daß er schon immer ein sehr kontaktfreudiges Kind gewesen sei, das sich gut durchsetzen konnte. Bei Konflikten hingegen reagierte er oft mit Weinen und wandte sich mit seinem Kummer an die Eltern. Daniel spielte mit allen Kindern gerne und ausdauernd, vor allem aber mit seinen Geschwistern.

Im Sprachheilkindergarten fügte er sich nach anfänglichen Schwierigkeiten im Sozialverhalten gut in die Gruppe ein und fand seinen Stellenwert in ihr.

In der Schule¹¹ zeigte er viel Offenheit und Kontaktfreude gegenüber Mitschülern und Lehrern. Sein Verhalten war jedoch manchmal recht unausgeglichen und wechselte zwischen einfühlender Hilfsbereitschaft und angriffslustiger Ausgelassenheit. Eine verbale Lösung der Konflikte, die sich daraus zwangsläufig ergaben, gelang Daniel in den seltensten Fällen.

In der neuen Klassengemeinschaft fiel es Daniel durch sein freundliches und heiteres Wesen leicht, neue Kontakte zu knüpfen. Er ging mit seinen Mitschülern kameradschaftlich um. Seine Lebhaftigkeit störte den Unterricht, und der Lehrer versuchte Daniels Aktivitäten gelegentlich zu zügeln. Einerseits bemühte sich Daniel, die vereinbarten Klassenregeln einzuhalten, andererseits gelang ihm dieses häufig nicht, und es wurden ihm massiv die Grenzen seines Verhaltens gesetzt.

Auch im darauffolgenden Schuljahr (dem Zeitpunkt, als ich Daniel kennenlernte) sprengte Daniel oft den Rahmen, und die Lehrerin nahm rigorose Grenzsetzungen vor, damit er sich adäquat verhielt. Fiel diese Außenkontrolle weg, so kam es bei Daniel zur Entladung. Er reagierte schon bei

geringen Anlässen aufbrausend und aggressiv. In der Klasse versuchte er, mit Muskelkraft zu imponieren. Mit seinen 10 Jahren war er seinen 7- bis 8-jährigen Mitschülern tatsächlich körperlich überlegen. Er suchte auf dieser Ebene Anerkennung, indem er oft und manchmal unkontrolliert zuschlug.

Auch in der Kindertagesstätte fiel Daniels Aggressivität auf. Ihr steht sein ausgesprochen liebes und nettes Verhalten gegenüber, sein Bemühen alles recht zu machen und seine Hilfsbereitschaft Kindern und Erwachsenen gegenüber.

3.6 Sprachliche Entwicklung

Obwohl Daniel schon 10 Jahre alt war, von denen er knappe 4 Jahre unter sprachheilpädagogisch fachkundiger Obhut verbracht hatte, erwies es sich als ziemlich schwierig, seine Sprachentwicklung zu rekonstruieren, bzw. eine zusammenhängende Beschreibung seiner aktuellen sprachlichen Fähigkeiten zu erhalten¹². Um aus den leider oft wenig aussagekräftigen und zudem lückenhaften Informationen ein möglichst nachvollziehbares und aufschlußreiches Bild von Daniels Sprache zu schaffen, habe ich die Einzeldaten nach den Aspekten Disposition, Phonetik/Phonologie, Morphologie/Syntax und Kommunikation geordnet, wobei ich möglichst unverfälscht den Wortlaut der sprachbehindertenpädagogischen Fachgutachten übernommen habe.

3.6.1 Dispositionelle Faktoren

Daniels Vater machte eigenen Aussagen zufolge eine verzögerte Sprachentwicklung durch. Zudem hatte er erhebliche Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Während seine Sprache sich bis zur Unauffälligkeit hin verbesserte sind seine Probleme mit dem Lesen und Schreiben auch heute noch gravierend.

Die Mutter berichtet auch von einer verzögerten Sprachentwicklung, die vermutlich mit ihrer Kindheit im Waisenhaus zusammenhängt. Auch sie hat heute keinerlei Sprachprobleme¹³.

¹² In der Schule stellte man mir Daniel als „rätselhaften“ und „hoffnungslosen“ Fall vor.

¹³ Ein Gespräch mit der Mutter fand am 18. April 1998 statt.

3.6.2 Phonetisch-Phonologische Ebene

Einige allgemeine Informationen vorweg. Daniel sprach die ersten Wörter mit ca. 2 Jahren. Den Eltern erschien seine Sprache ab dem 4-ten Lebensjahr auffällig. Als mit 6;7 Jahren die Einschulung anstand, wurde bei Daniel eine „sehr starke Sprachbehinderung“ festgestellt, und zwar in Form einer „extrem starken Sprachentwicklungsverzögerung“. Seine Sprachproduktionen waren meist völlig unverständlich. Die bedeutenden Sprachprobleme hatten mittlerweile auch noch zu „tonoklonischen Symptomen“ geführt.

Auf der Lautebene ließen sich im Alter von 6;7 Jahren folgende Beobachtungen machen: Daniel stammelte die Laute 'r', 'sch', 's', 'x', 'z' und deren Verbindungen. Es ließen sich „paralalische Elemente“, wie z.B. 'd/g' und 't/k' feststellen. Mit 7;2 Jahren stammelte Daniel immer noch sehr. Nach einem Jahr Artikulationstherapie im Sprachheilkindergarten artikuliert er seine Sprache wesentlich verständlicher. Im Anlaut war das 'sch' fast schon in der Spontansprache vorhanden, das 's' war angebildet und das 'r' wurde immer deutlicher. Während der ersten zwei Schuljahre hatte Daniel noch Schwierigkeiten mit dem 'r', besonders in Verbindung mit anderen Konsonanten.

Als ich die Therapie mit Daniel begann, hatte er seine Schwierigkeiten auf der phonetisch-phonologischen Sprachebene überwunden.

3.6.3 Morpho-Syntaktische Ebene

Bei der ersten Überprüfung von Daniels Sprache im Alter von 6;7 Jahren fiel sein „erhebliches wortmorphologisches Defizit“ auf. Seine „nahezu agrammatische Sprache“ ließ sich wie folgt beschreiben: Daniel „verwendete praktisch nur Infinitive, verdrehte Satzteile usw.“¹⁴. Mit 7;2 Jahren litt Daniel noch immer an einem „ausgeprägten Dysgrammatismus“ und auch bei seiner Entlassung aus dem Sprachheilkindergarten mit 7;10 Jahren hatte sich seine grammatische Kompetenz trotz therapeutischer Bemühungen nur unwesentlich verbessert. Er sprach in der Spontansprache meist im Infinitiv und seine Satzstrukturen waren „bei weitem nicht altersgemäß“.

Nach den zwei Jahren in der Sprachheilschule konnte mir als aktuellster Stand der Dinge nur berichtet werden, daß Daniels Dysgrammatismus seit langem stagniere.

3.6.4 Kommunikationsverhalten

Daniel wurde auch noch mit 7 Jahren selbst von den engsten Familienangehörigen kaum verstanden. Bei Nachfragen zog er sich verletzt zurück oder versuchte, auf ein anderes Thema abzulenken. Im Sprachheilkindergarten verhalf ihm die Artikulationstherapie zu mehr Verständlichkeit. Die Freude daran verbesserte seinen Sprachumsatz. In der Schule war Daniels Mitarbeit meist rege, doch konnte er sich aufgrund seiner sprachlichen Probleme nur schwer verständlich machen. Die Schwierigkeiten betrafen nicht nur seine Rolle als Sender, auch als Sprachempfänger hatte er Probleme. Die Sprachverständnisschwierigkeiten erschwerten ihm das Erfassen von Lernstoff und Arbeitsanweisungen.

Daniel zeichnete sich schon immer durch sein großes Mitteilungsbedürfnis aus. Er sprach mit Freude, meist ohne Scheu und viel mit jedem, wobei es ihm jedoch in seiner stürmischen Art oft schwer fiel, sich an die Gesprächsregeln zu halten.

Auch im Kinderhort fiel der Erzieherin Daniels Drang zu sprechen auf, wobei er sich jedoch anfangs unsicher verhielt und ein deutliches Störungsbewußtsein zeigte. Er erzählte ihr, daß man ihn des öfteren nicht versteht, daß er manchmal ausgelacht wird, und daß er von den Eltern schon oft aufgefordert wurde, in Gegenwart fremder Menschen nach Möglichkeit zu schweigen. Seine sprachlichen Unzulänglichkeiten waren Daniel demnach sehr bewußt.

Während Daniel im unverbindlichen Gespräch einen offenen und interessierten Eindruck machte, vermochte er in der konkreten Leistungssituation jedoch nicht, die Antwort zu formulieren. Er konnte beim Sprechen mit Konzentration in der Übung richtige Sätze erbringen. Z.B. im Heimat- und Sachkundeunterricht konnte er Satzmuster mit kleinen Hilfen wiedergeben, was er jedoch kaum in seine tägliche Sprache umsetzte.

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

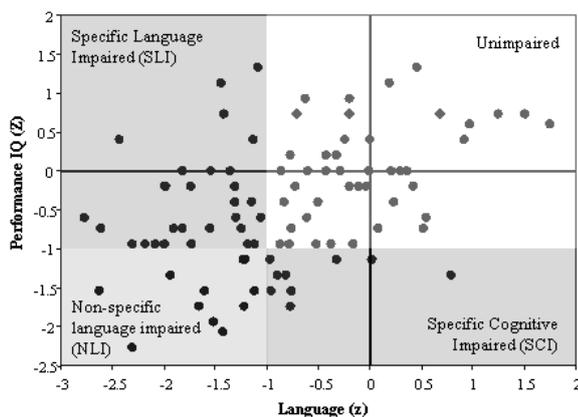
Spezifische Sprachentwicklungsstörung

Prototypische Merkmale

- Spracherwerb deutlich verspätet, verlangsamt, stockend, undifferenziert, desynchronisiert; *signifikantes Sprachdefizit*
- Formale Sprachstrukturen (Grammatik, Phonologie) sind stärker betroffen als Semantik und Pragmatik: Ausnahme SPD
- Verständnis ist relativ besser als Produktion
- Diskrepanz zwischen sprachlicher und nichtsprachlicher Entwicklung
- Keine anderweitigen Primärbeeinträchtigungen
- Gestörter Spracherwerb wird zu einem Risiko- und Belastungsfaktor für eine harmonische Gesamtentwicklung

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Spezifische Sprachentwicklungsstörung



✓ Keine mentale Retardierung (nonv. IQ)

✓ Keine Sinnesschädigung

✓ Keine neurologische Schädigung

✓ Keine motorische Behinderung

✓ Kein Autismus, keine sozio-affektive Primärstörung

✓ Keine Deprivation („normale Umwelt“)

Diagnostik:

- Mehrdimensional
- Interdisziplinär
- Methodenkombination

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Spezifische Sprachentwicklungsstörung



II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Spezifische Sprachentwicklungsstörung

Erklärungsansätze

Kognitionshypothese

Umwelt- oder Interaktionshypothese

Sprachverarbeitungshypothese

Biologie-Hypothese / Genetik

Fazit:

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie

- Erste Studie von Cotard (1861):
Kindliche Aphasie wurde als selten betrachtet
- Studie von Clarus (1874):
 - ☞ Kein seltenes Phänomen
 - ☞ Prognose ist nicht sehr gut, aber vor allem schwierig
 - ☞ Rechte Hemisphäre kann Sprachfunktionen der linken übernehmen
- Erste grosse Studie des 20. Jahrhunderts (Guttmann 1942):
 - ☞ Kinder mit Aphasie zeigen ‚typische Verarmung der Sprache in Kombination mit einer Sprechabneigung‘
 - ☞ Kindliche Aphasie ist kein seltenes Phänomen
- Circa 3000 Kinder/Jugendliche erleiden pro Jahr eine Aphasie (BRD)
- Bisher wenig Beachtung durch Grundlagen- und Therapieforschung
- Wachsendes Interesse in Fachkreisen

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie

„Bei kindlicher Aphasie handelt es sich um den Verlust einer schon erworbenen Sprachfähigkeit. Der Begriff (...) wird auch auf beeinträchtigte Kinder angewendet, die die Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen haben. Allerdings muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass es sich bei einer Aphasie um einen Abbau oder Verlust vorhandener Sprachfunktionen handeln muss. Darin zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zu Sprachentwicklungsstörungen, da kindliche Aphasien nach bzw. während eines zunächst normal verlaufenden Spracherwerbs eintreten und die Folge eines klar umschriebenen Ereignisses sind“ (Kubandt 2009)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie

- Hauptursache: Schädel-Hirn-Traumata (80%)
- Weitere Ursachen:
 - Schlaganfälle
 - entzündliche Gehirnprozesse (Meningitis/Enzephalitis)
 - Hypoxien (Sauerstoffmangel des Gehirns)
 - Hirntumoren
- Kommt es unabhängig von der Ursache zu einer Läsion der sprachdominanten Hemisphäre, so ist die Wahrscheinlichkeit für eine Aphasie ebenso hoch wie bei Erwachsenen.

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie

Alle Aphasieformen bei Erwachsenen sind auch bei Kindern möglich:

- *Flüssige Aphasien*: Wernicke-A. u.a.
- *Nicht-flüssige Aphasien*: Globale A., Broca-A.

Aber: Obwohl sich die Symptomatik bei Kindern und Erwachsenen ähnelt, unterscheidet sich das kindliche Störungsbild zumindest darin, dass noch nicht vollständig automatisierte Funktionen gestört sind.

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie



II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Kindliche Aphasie: Prognose

- Ätiologie:
 - Nach SHT relativ gut, besser als nach Entzündungen
 - Nach Schlaganfall noch besser (vgl. Martins/Ferro 1991)
- Läsionsgrad
- Aphasiotyp: Flüssig vs. nicht-flüssig
- Im Vergleich zu Erwachsenen: im chronischen Stadium oft noch lange Zeit Verbesserungen möglich (Plastizität!)
- Effektive Therapieangebote

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

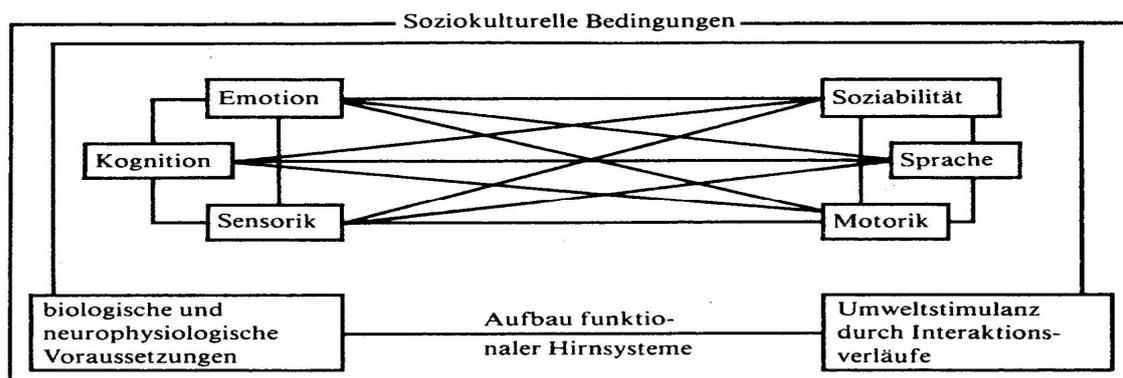
Intellektuelle Beeinträchtigung

Kernkriterien

- Signifikant unterdurchschnittliche Intelligenz
- Starke Einschränkung der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: *Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmung, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit*
- Beginn der Störung liegt vor 18 Jahren

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Intellektuelle Beeinträchtigung



- ☞ *Sprach- und Kommunikationsstörungen*
- ☞ *Periphere und zentrale Wahrnehmungsstörungen (v.a. auditiv, visuell, taktil)*
- ☞ *Motorische Bewegungsstörungen, Stereotypien*
- ☞ *Körperliche Läsionen, gesundheitliche Probleme*
- ☞ *Emotionale und soziale Entwicklungsdefizite*

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Intellektuelle Beeinträchtigung

- Sprachentwicklung mehr oder weniger verzögert (quantitativ)
- Mehrere oder alle Bereiche der lautsprachlichen Entwicklung betroffen
- Strukturelle Entwicklung innerhalb verschiedener Bereiche folgt normaler Entwicklungslogik
- Qualitative Unterschiede zur normalen Sprachentwicklung im Sinne unausgewogener Sprachprofile
- Syndromspezifische Unterschiede

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Intellektuelle Beeinträchtigung

Syndrom / Häufigkeit	Merkmale
Down Syndrom 1/750 Geburten	<ul style="list-style-type: none">• Visuelle Leistungen > Sprache / auditive Verarbeitung• Pragmatik / Wortschatz > andere Sprachbereiche• Adaptives Verhalten > IQ• Kommunikativ, sozial
Williams Syndrom 1/25'000 Geburten	<ul style="list-style-type: none">• Stärken im Bereich Sprache und auditive Verarbeitung• Sprache > Pragmatik• Visuelle und motorische Schwächen• Sehr freundlich, emotionale Kompetenzen
Fragiles-X-Syndrom 1/4000 Buben	<ul style="list-style-type: none">• Sprache > visuelle Kompetenzen• Lexikon > andere Sprachbereiche• Relativ gutes adaptives Verhalten• Evtl. autistische Probleme, Hyperaktivität, Ängstlichkeit
Angelman Syndrom 1/20000 Geburten	<ul style="list-style-type: none">• Massive Sprachprobleme, oft nonverbal, SV variabel• Unangemessenes Lachen• Fröhlicher Charakter• Hyperaktivität und Schlafprobleme

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Autismus-Spektrum-Störung

Bleuler 1911

Autismus zur Beschreibung schizophrener Patienten mit starker Selbstbezogenheit. „**Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Innenlebens**“

Kanner 1943

Kinderpsychiater prägt den Begriff *frühkindlicher Autismus*
⇒ **Kanner-Syndrom**

Asperger 1944

Kinderarzt beschreibt Patienten mit schweren sozialen Kontaktstörungen als *autistischen Psychopathen*
⇒ **Asperger Syndrom**

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Autismus-Spektrum-Störung: Klassische Trias nach DSM-IV

- ✓ Beeinträchtigung der sozialen Interaktion
- ✓ Störungen der Kommunikation (verbal/nonverbal)
- ✓ Eingeschränktes Repertoire an Aktivitäten und Interessen, stereotypes, repetitives Verhalten

Zudem: Beginn zumeist vor dem 3. Lebensjahr, keine andere TE

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Autismus-Spektrum-Störung: DSM V

- Kontinuum/Spektrum autistischer Störungen
- Begründung: Keine qualitativ klar unterscheidbaren Subgruppen, vielmehr quantitative Unterschiede in der Ausprägung autistischer Verhaltensweisen
- Spektrum reicht von Asperger-Störung bis autistischer Störung mit schwerer geistiger Behinderung (Kanner-Syndrom)

II Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Kindern

Autismus-Spektrum-Störung

- 50 - 60% (?) der Autisten erlangen keine Sprachfähigkeiten
- Kommt es zum Spracherwerb, verläuft dieser verzögert, teilweise abweichend mit besonderen Merkmalen
- Phonologische und grammatische Entwicklung ist strukturell weitgehend normal
- Semantik/Lexikon entspricht etwa normalen Kindern gleichen kognitiv-sprachlichen Standes
- 1/5 der Erwachsenen spricht relativ unauffällig

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Frühe Entwicklung in Antike und Mittelalter

- ☞ Sprachheilpädagogik und Logopädie haben eine gemeinsame historische Entwicklung, die mit einer identischen Vorgeschichte beginnt, im Verlauf der weiteren Entwicklung aber differentielle Disziplinen hervorgebracht hat

Herodot
490 - 430 v. Chr.

Biographische Geschichten über stotternden Bathos und stummen Sohn des Königs Krösus

Aristoteles
384 - 322 v. Chr.

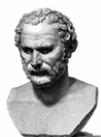


Unterscheidet drei Formen gestörten Sprechens

- Lallen (traulotes): Unfähigkeit, Laute zu bilden
- Stottern (ischnophonia): Unfähigkeit, eine Silbe schnell mit einer anderen zu verbinden
- Stammeln (psellotes): Auslassung von Lauten oder Silben

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Frühe Entwicklung in Antike und Mittelalter



Demosthenes
384 - 322 v. Chr.

Volksredner mit gestörter Sprechweise und Stimmchwäche: Versuch, sich selber zu therapieren (Kieselsteine im Mund und Bleiplatte auf den Thorax)

Galenus
129 - 199

Differenzierung zwischen Störungen der Stimmgebung und Fehler der Lautbildung

Antikes Wissen wird ins Mittelalter überliefert:

- Byzantinische Medizin (Oreibasios, 326-403)
- Arabische Medizin (Avicenna, 980-1037)
- Klerikale Medizin durch Mönchsärzte

Therapievorschläge:

- Medizinischer Art (diätetische, operative Therapie)
- Didaktisch-rhetorischer Art (systematische Artikulations- und Stimmbehandlung)

500 - 1600

Stagnation

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Frühe Entwicklung in Antike und Mittelalter



„Anstelle der antiken Ursachenannahmen und Massnahmen traten nun religiöse oder mythische Deutungen der Sprachbehinderungen. Sprachbehinderung wurde entweder als Zeichen dämonischer Besessenheit, als Strafe oder Auszeichnung Gottes angesehen. Je nach Auffassung hatte man Angst oder Ehrfurcht vor Sprachbehinderten. Hilfsversuche entsprangen diesen Grundhaltungen nicht. In dieser ‚finsternen Zeit‘ wurden Sprachbehinderte Gegenstand von Hexenverfolgungen und -verbrennungen, von Austreibungen und körperlichen Züchtigungen. Bestenfalls gerieten sie in die Hände von Quacksalbern“

(Motsch 1986, 75-76)

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Sprachpathologische Forschung in der Frühen Neuzeit

*Hieronymus
Mercurialis*
1530-1606

Theoretische Abhandlung ‚De puerorum morbis‘ als
1. systematische Gesamtdarstellung ärztlichen Wissens
und Handelns bei kindlichen Sprachstörungen:

- Enthält alle häufigen Sprachstörungen: z. B.
Stummheit, Stottern, Stammeln
- Hinweise auf therapeutische Interventionen:
körperliche Ertüchtigung, Stimmbildung u.a.



17. Jhd.

Zeitalter der wissenschaftlichen Revolution

Bacon
1561 - 1626

Beobachtungen zum Stotterverhalten in Abhängigkeit
von Kontextvariablen

Descartes
1596 - 1650

Analogisiert die Funktion der Sprechorgane mit Abläufen
aus der Mechanik

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

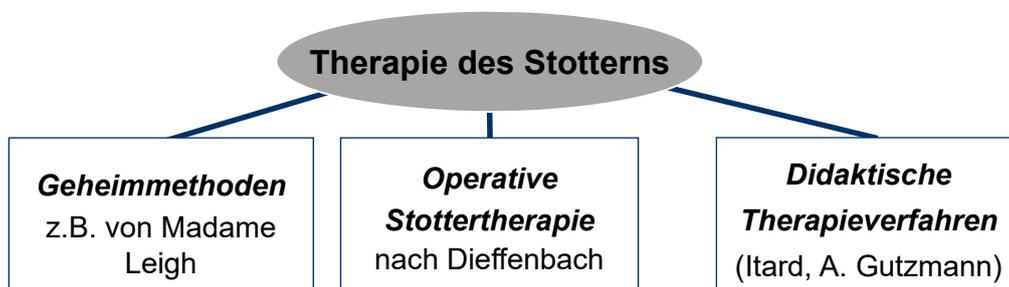
Operative und didaktische Behandlung des Stotterns im 18./19. Jhd

- ☞ Geschichte der Sprachtherapie lässt sich in den Anfängen als Geschichte der Stottertherapie charakterisieren. Obwohl Schulthess schon 1830 zwischen Stottern und Stammeln differenzierte, kreisten die Bemühungen um spezielle Heilverfahren fast ausschließlich um das Stottern



III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Operative und didaktische Behandlung des Stotterns im 18./19. Jhd



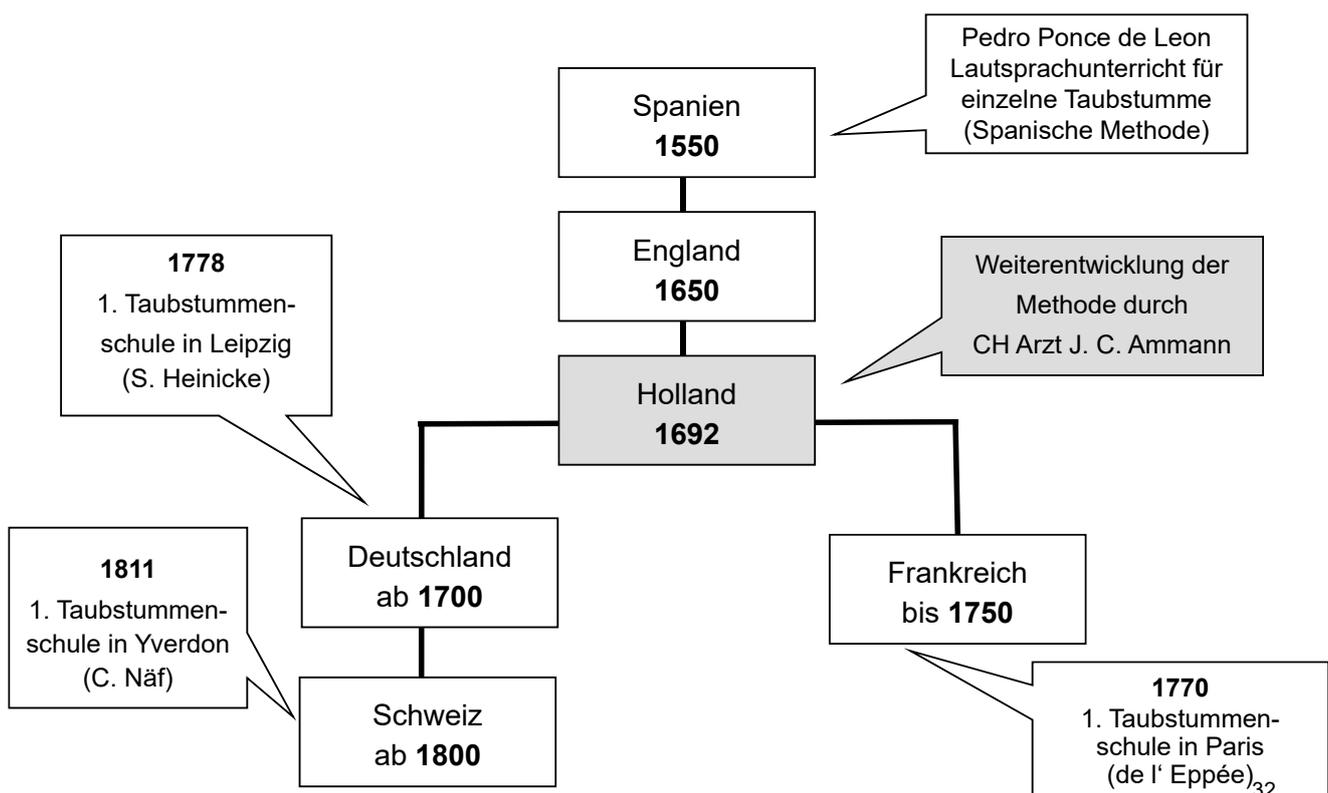
III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Operative Therapien

- Fatale Fehlschläge der operativen Eingriffe lassen Zweifel an medizinischen Therapien aufkommen und lähmen das Interesse der Mediziner an der Sprachtherapie
- Taubstummen- und Sprachärzte übernehmen die Betreuung von ‚Sprachgestörten‘
- Sie erkennen den funktionellen Charakter von Sprachstörungen und bevorzugen den Einsatz didaktischer Heilverfahren

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Frühe didaktische Therapien: Verbreitung der Lautsprachmethode



III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Frühe didaktische Therapien

Amman
1669 - 1724

Dissertation enthält eine differenzierte phonetische Systematik:

- Basis für Lautspracherziehung Gehörloser/Schwerhöriger
- Klassifikation von Sprachfehlern und Anweisungen zur Korrektur

Heinicke
1727 - 1790

- Übernimmt Methode von Amman und begründet die erste dt. Taubstummenanstalt in Leipzig (Keimzelle des Sprachheilwesens)
- Behandelt sprachgestörte Kinder und Jugendliche mit didaktischen Verfahren



Itard
1774 -1838

Taubstummenarzt veröffentlicht erste Zusammenstellung der didaktischen Verfahren zur Heilung des Stotterns:

- Artikulations-, stimm- und atemtherapeutische Methoden
- Sprechrhythmisierende und -koordinierende Verfahren

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Anfänge des dt. Sprachheilwesens am Ende des 19. Jhd.

Durchführung didaktischer Heilverfahren erfolgt in **Sprachheilanstalten**, wo v.a. stotternde Personen behandelt werden, z. B.:

Guggenmoos Sprachheilanstalten in Halein (1816)

Denhardt Sprachheilanstalten in Burgsteinfurt (1869)

☞ Aufgrund fragwürdiger Erfolge der Anstaltsbehandlung und ungenügender Voraussetzungen der Schule kommt es gegen Ende des 19. Jhd. zur Einrichtung von öffentlichen Sprachheilkursen für Schulkinder

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Sprachheilkurse als eigenständige Organisationsform

Sprachheilkurse sind wenig erfolgreich. Hohe Rückfallquote v.a. bei stotternden Kindern nach kurzfristigen Effekten. Gründe für Misserfolge:

- *Methodische Mängel*: Therapiemethoden nicht angemessen
 - *Konzeptuelle Mängel*: zu kurze Kursdauer, ungünstige Kurszeiten
 - *Kein Transfer* auf Sprechsituationen außerhalb der Heilkurse
- ☞ Einrichtung von *Sprachheilklassen*, die später zu *Sprachheilschulen* vereinigt werden

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Sprachheilpädagogik und Nationalsozialismus

- Nazizeit: Stagnation der sprachheilpädagogische Entwicklung, obgleich der Sprachheilschule wegen ihrer Erfolgsaussichten eine Sonderstellung zukam
- Sprachheilschule als „rechte Erziehungsanstalt im Sinne des Dritten Reiches“ (Geissler 1934)
- Konzeptuelle Fehlentwicklung der Sprachheilpädagogik, die sich der faschistischen Erziehungsideologie verschreibt
- Sprachheilschule „schützt die Volksgemeinschaft vor dem Anwachsen im Erwerb gehemmter, sozial gefährdeter Volksgenossen. Der nationalsozialistische Staat müsste sie also fördern, da vollwertiger Nachwuchs sein höchstes Gut ist“ (Geissler 1935)

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Legitimation der Sprachheilschule im dt. Faschismus

(Kolonko; Krämer 1992)



III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Wiederaufbau und Ausbau des Sprachheilwesens nach 1945

ab 1945

☞ Wiederaufbau von Sprachheilklassen (und -schulen)

Ausbauphase ab den 60er Jahren

- Starke Zunahme von Sprachheilschulen, bis 1995 Verdreifachung der Institutionen
- Einrichtung von Sprachheilheimen erreicht in den 70er Jahren ihren Höhepunkt
- Ausbau ambulanter Angebote und der Beratung

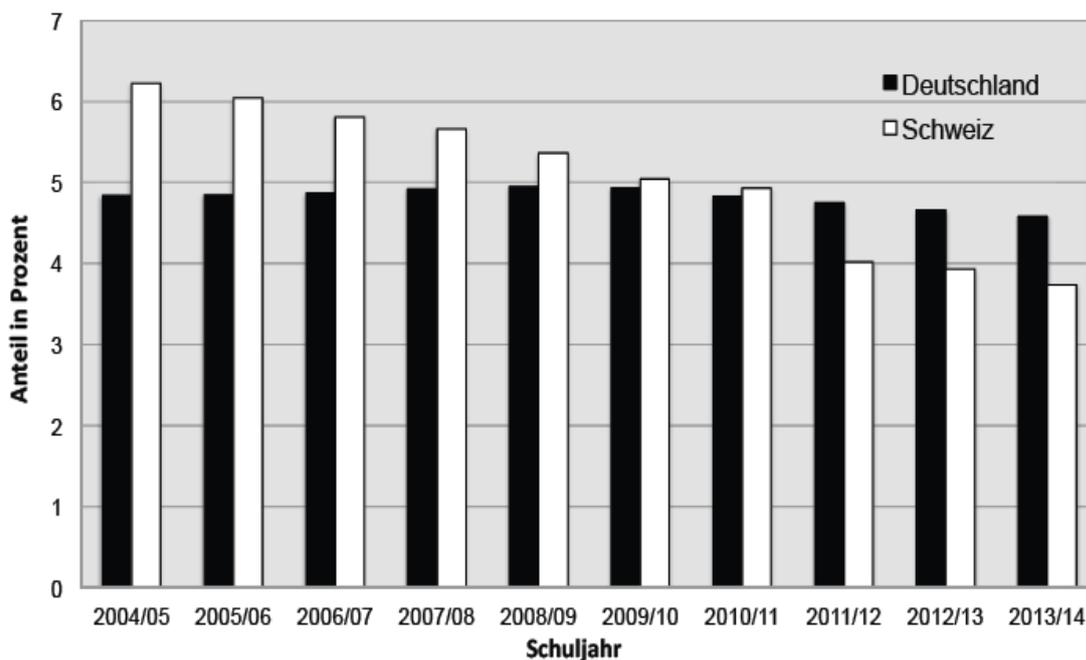
III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Entwicklung integrativer Organisationsformen

Deutscher Bildungsrat 1973	<ul style="list-style-type: none">• Gutachten mit Forderung nach „weitmöglich gemeinsamer Unterrichtung von Behinderten und Nichtbehinderten“
ab 1990	<ul style="list-style-type: none">• Intensivierung der Frühförderung• Öffnung der Grund- und Sprachheilschule zur gegenseitigen Kooperation• Einrichtung integrativer Organisationsformen wie Regelklasse mit Ambulanzlehrer, integrative Grundschule, Integrationsklasse u.a., Förderzentren

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung

Entwicklung integrativer Massnahmen in der CH (Bless 2017)

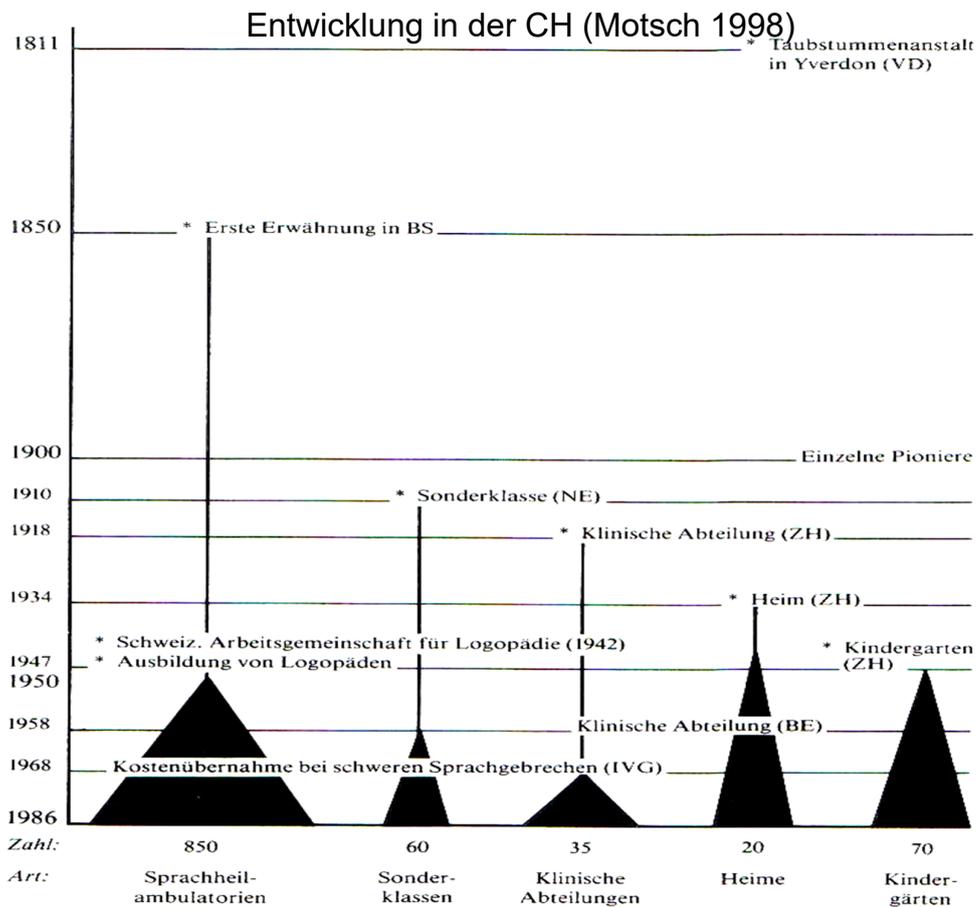


Datenquellen

– Bundesrepublik Deutschland: Kultusministerkonferenz, Dokumentation Nr. 210, Februar 2016

– Schweiz: Datensatz des Bundesamtes für Statistik

III Historische Aspekte: Theoriebildung, Praxis und Institutionalisierung



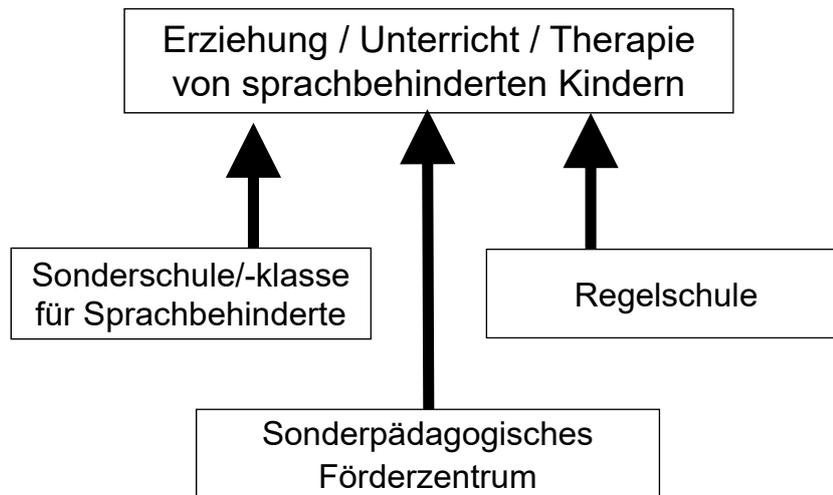
IV Handlungsfelder und Organisationsformen

Überblick



IV Handlungsfelder und Organisationsformen

Schulbereich: Überblick



IV Handlungsfelder und Organisationsformen

Sprachheilschule: Merkmale

- Sondereinrichtung für dominant Sprachbehinderte
- Stationäre und/oder ambulante Angebote
- Teilweise mit angegliedertem Sprachheilkindergarten
- Durchgangsschule: Besuch während der Grundschulzeit
- Unterricht nach dem Lehrplan der Regelschule
- In der Regel tägliche Sprachtherapie (Einzeltherapie)
- Zusätzliche Therapieangebote (Psychomotorik u.a.)

IV Handlungsfelder und Organisationsformen



Sprachheilschule: Vor- und Nachteile

+	-

IV Handlungsfelder und Organisationsformen

Beiträge der Logopädie zur Integration

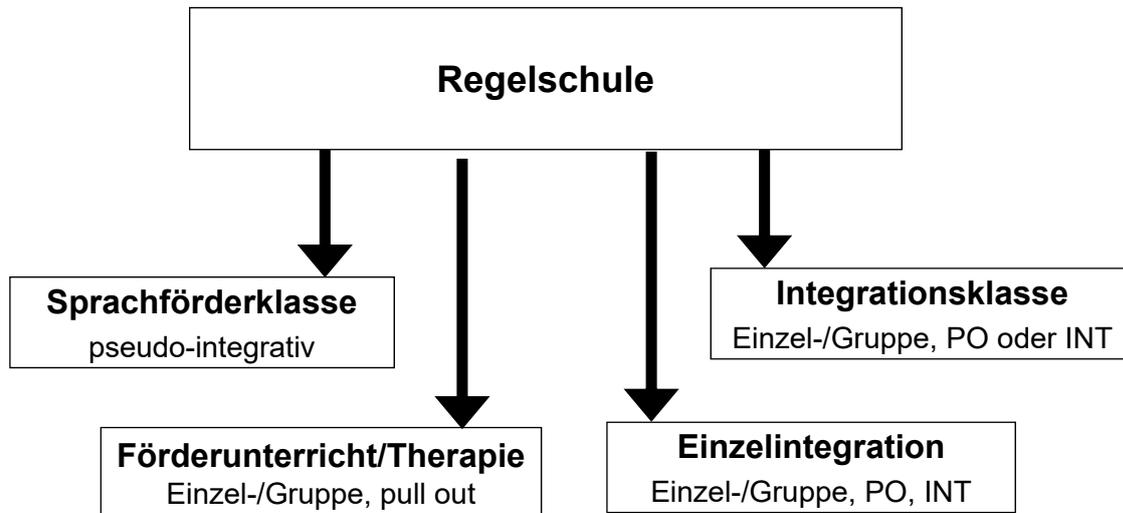


- Bewährte ambulante Therapieangebote im Regelschulbereich
- Intensivierung von Früherfassung und Frühtherapie von Sprachstörungen
- Erprobung klassenbasierter logopädischer Interventionen im Regelschul- und Sonderschulbereich

→ 2. Semester

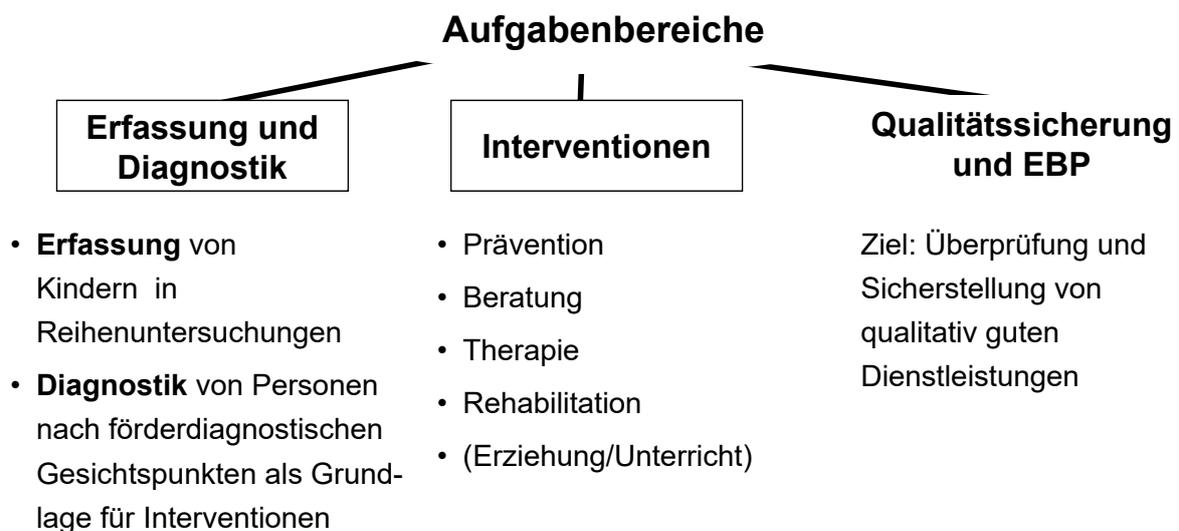
IV Handlungsfelder und Organisationsformen

Regelschulbereich



V Aufgabenbereiche im Überblick

Überblick

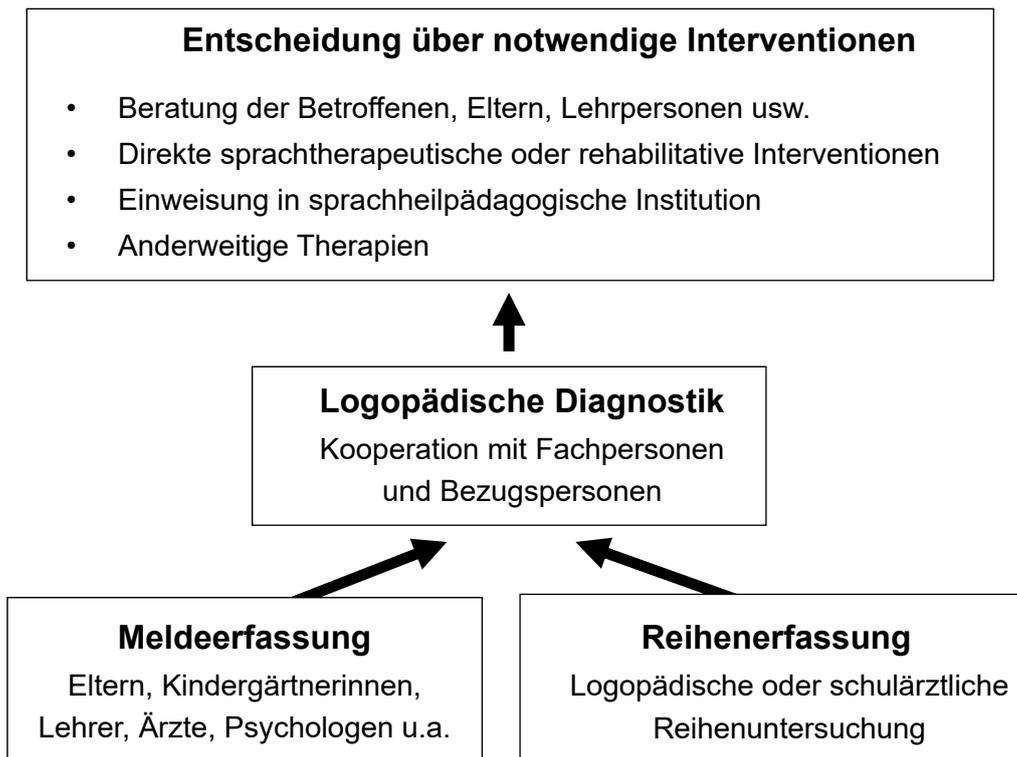


Sonstige Aufgabenbereiche

Lehre/Ausbildung (Praktikumsleitung u.a.), Fortbildung, Forschung u.a.

VI Erfassung und Diagnostik

Formen der Erfassung



VI Erfassung und Diagnostik

Logopädische Reihenuntersuchungen im Kindergarten

- ✓ Vorinformation für Kindergärtnerin und Eltern
- ✓ Alle Kinder werden individuell untersucht (evtl. Kleingruppe)
- ✓ 15 – 20 Minuten pro Kind
- ✓ Sprachprüfung: Spontansprache (Bildergeschichte), Nachsprechen (von Sätzen, Wörtern), Benennen von Bildern (Artikulation und Wortschatz), Aufträge ausführen
- ✓ Evtl. „Motorische Auflockerung“
- ✓ Auswertung der Beobachtungen, Besprechung mit KG und ggf. Eltern
- ✓ Ggf. weiterführende Abklärung und spätere Therapieindikation

VI Erfassung und Diagnostik



Logopädische Reihenuntersuchungen im Kindergarten

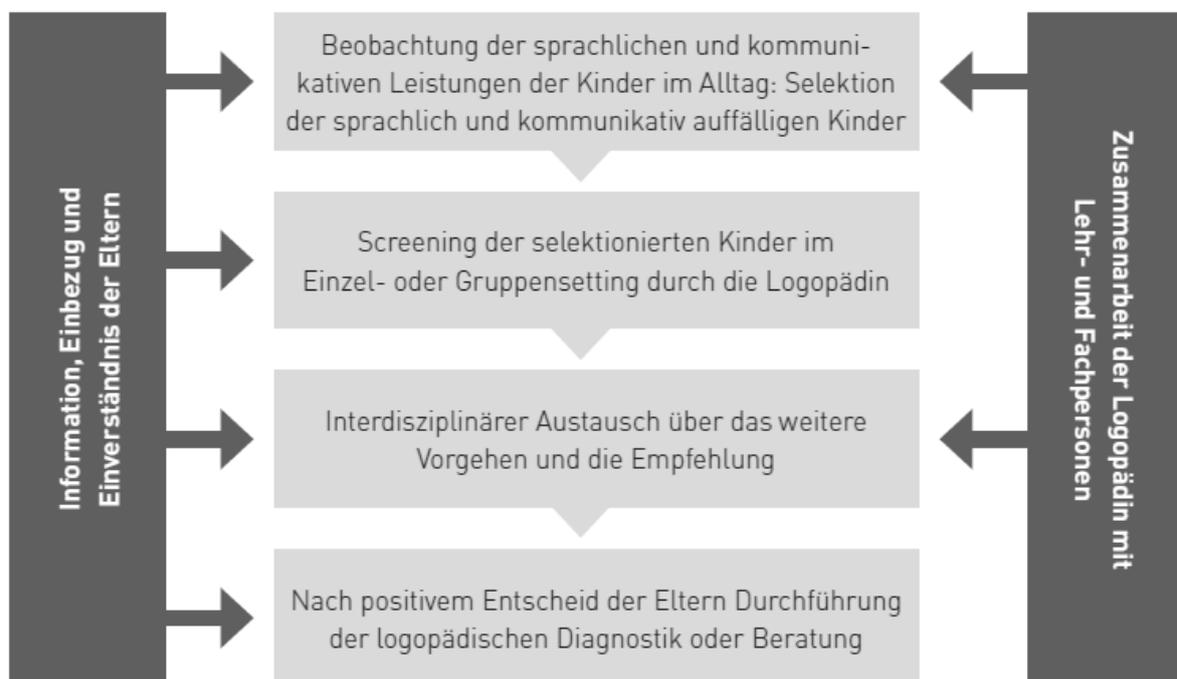
Überlegen Sie sich:

Vorteile?

Nachteile?

VI Erfassung und Diagnostik

Empfohlene Alternative zur Reihenuntersuchung (DLV 2018)



VI Diagnostik

Definition/Begriff der Diagnostik

Traditionell: Grundlagen für genaue Beschreibung des Störungsbildes im Sinne einer Klassifikation liefern

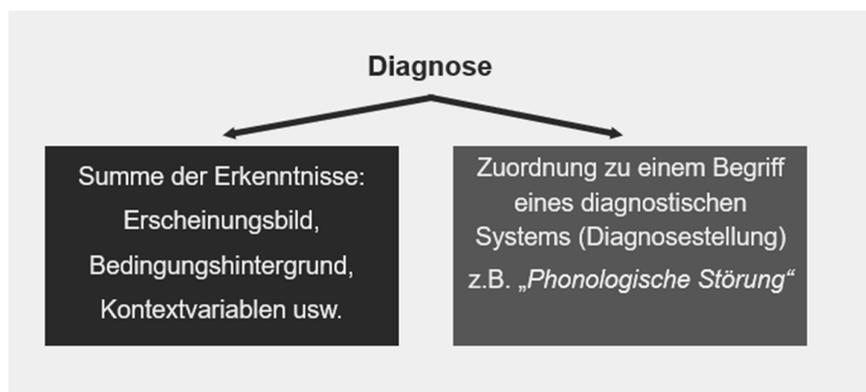
Aktuell: Diagnostik bezieht sich auf ...

- Vorgang der Unterscheidung und Beurteilung, wobei der Prozess des Durchschauens (*dia*) auch das Erkennen (*gnosis*) des dahinter Liegenden beinhaltet
- Zusammenhänge mit Fragestellungen der Intervention sind immanent
- Zielsetzung konzentriert sich auf Erkennen, prozessuale Beurteilung und optimale Förderung sprachgestörter Menschen (Grohnfeldt 2012)

VI Diagnostik

Definition/Begriff

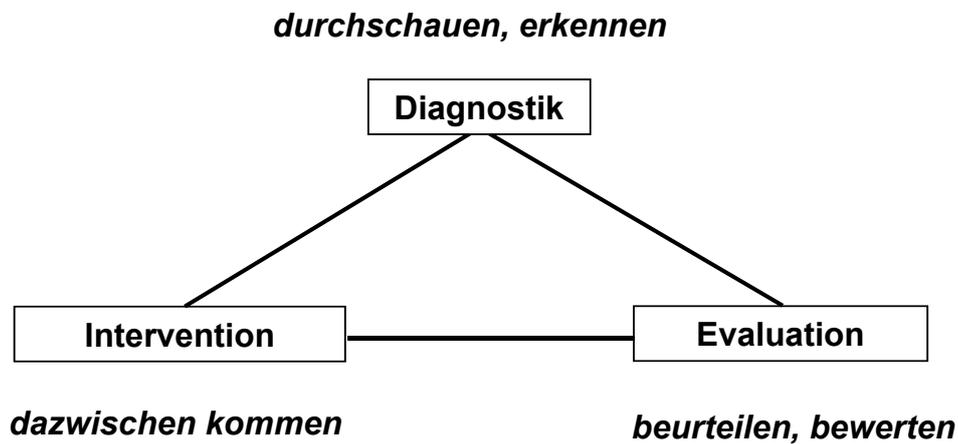
Diagnose = Ergebnis des diagnostischen Prozesses
Es sind zwei Begriffe zu unterscheiden (Uexküll 1996):



VI Diagnostik

Vernetzung mit Intervention und Evaluation

Diagnostik – Intervention – Evaluation sind eng aufeinander bezogene Aufgabenfelder der Logopädie / Sprachheilpädagogik



VI Diagnostik

Veränderungen im diagnostischen Verständnis - Paradigmenwechsel

1. Selektions- und Klassifikationsdiagnostik (bis 1970er Jahre)	
✓ statisch, isoliert	✓ defizitorientiert (individuell)
✓ normorientiert	✓ monokausal
✓ quantitativ	✓ institutionsbezogen

2. Förderdiagnostik (ab 1980er Jahre)	
✓ prozessual und hypothesengeleitet	✓ fähigkeitsorientiert
✓ einzelfallbezogen (subjektiv)	✓ komplexes Bedingungsgefüge
✓ qualitativ (und quantitativ)	✓ therapie- und förderrelevant

3. Systemdiagnostik (ab 1990er Jahre)	
✓ prozessual und hypothesengeleitet	✓ kontext- und umfeldbezogen
✓ interaktional	✓ vernetzt



VI Diagnostik

Leitfragen und Ziele

Fragen

Ziele

- Beschreibung des Störungsbildes und des aktuellen, sprachlichen und nichtsprachlichen Entwicklungsstandes
- Klassifikation und Zuordnung zu einer diagnostischen Etikette
- Analyse von möglichen verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren
- Erfassen von Reaktionen und Bewertungen des Betroffenen und seines Umfeldes
- Auswirkungen im Leistungs-, Verhaltens- und Sozialbereich
- Ergänzung bisheriger Befunde durch weitere Abklärungen
- Überweisung an andere Fachpersonen



VI Diagnostik

Leitfragen und Ziele

Fragen

Ziele

- Einschätzung von Entwicklungs- und Lernpotentialen sowie Ressourcen
- Beurteilung der Therapiebedürftigkeit, begründete Indikation
- Ggf. weitere Maßnahmen prüfen und einleiten
- Ableiten von Schwerpunkten und Zielen der Intervention
- Auswahl und Anordnung von geeigneten Methoden

VI Diagnostik

Prinzipien

- ✓ Therapierelevantes Erkenntnisinteresse
- ✓ Prozessorientiertes und hypothesengeleitetes Vorgehen
- ✓ Mehrdimensionalität -> ICF
- ✓ Multiperformanz
- ✓ Methodenkombination
- ✓ Biographische Orientierung / Individualisierung
- ✓ Interdisziplinarität und Kooperation
- ✓ Professionelles und verantwortungsvolles Handeln

VI Diagnostik

Phasen der förderdiagnostischen Prozessdiagnostik (Grohnfeldt 2013)

1. Eingangsdagnostik als Siebssystem (Screening)
2. Strukturbezogene Diagnostik im engen Sinn:
Sprach- und Entwicklungsdiagnostik, Analyse des
Bedingungshintergrunds u.a.
3. Entscheidungsfindung und -begründung (Diagnosestellung),
Interventionsplanung
4. Kontinuierliche Diagnostik wecks Evaluation und Optimierung der
Intervention

VI Diagnostik

Hypothesengeleitetes Vorgehen

Welche Hypothesen über das Störungsbild formulieren Sie aufgrund der folgenden Vorinformationen?

Ramon, 3 Jahre, Besuch einer Spielgruppe, Heilpädagogische Früherziehung seit 1 Jahr

Susanne, 1. Klasse, in Logopädie seit Kindergarten

Peter, 3. Klasse (Kleinklasse), Heilpädagogischer Stützunterricht seit Einschulung

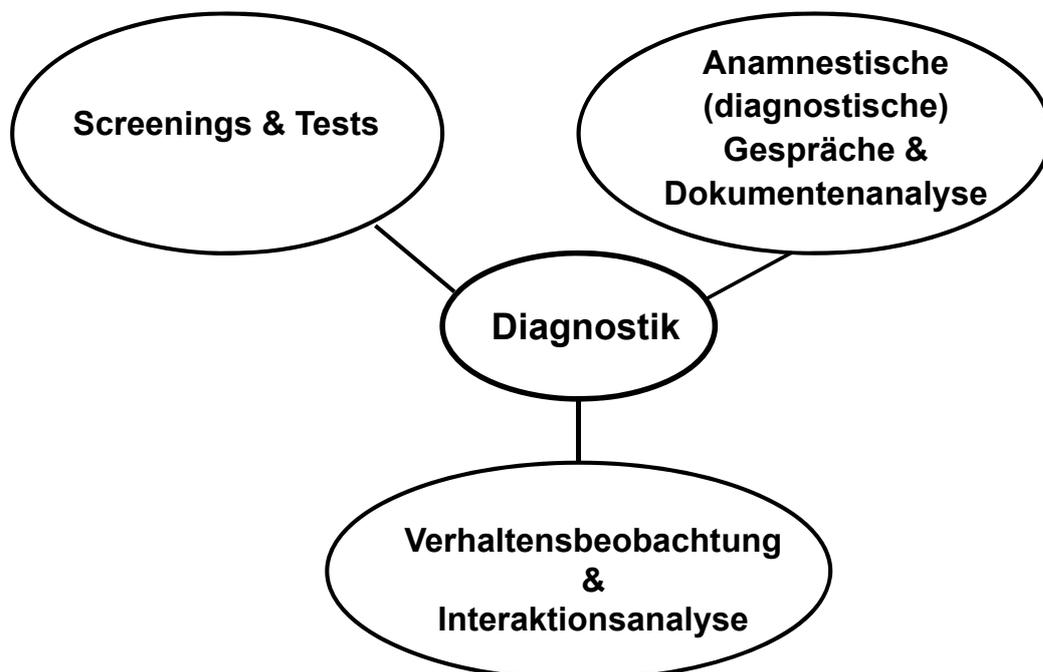
Miguel, Kindergarten, bisher Deutschzusatz für Fremdsprachige

Oliver, 2. Realklasse, bisher keine Logopädie

Hans, 3, 5 Jahre, Physiotherapie und audiopädagogische Früherziehung seit 2. Lebensjahr

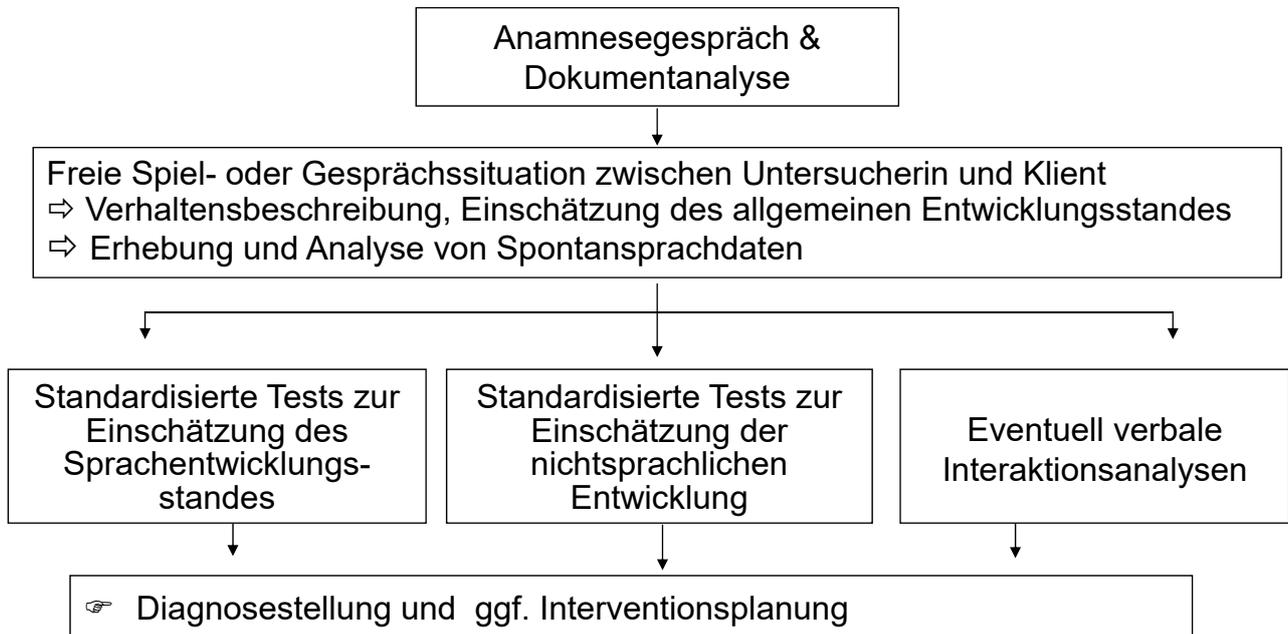
VI Diagnostik

Methoden: Überblick



VI Diagnostik

Methodenanordnung im diagnostischen Prozess

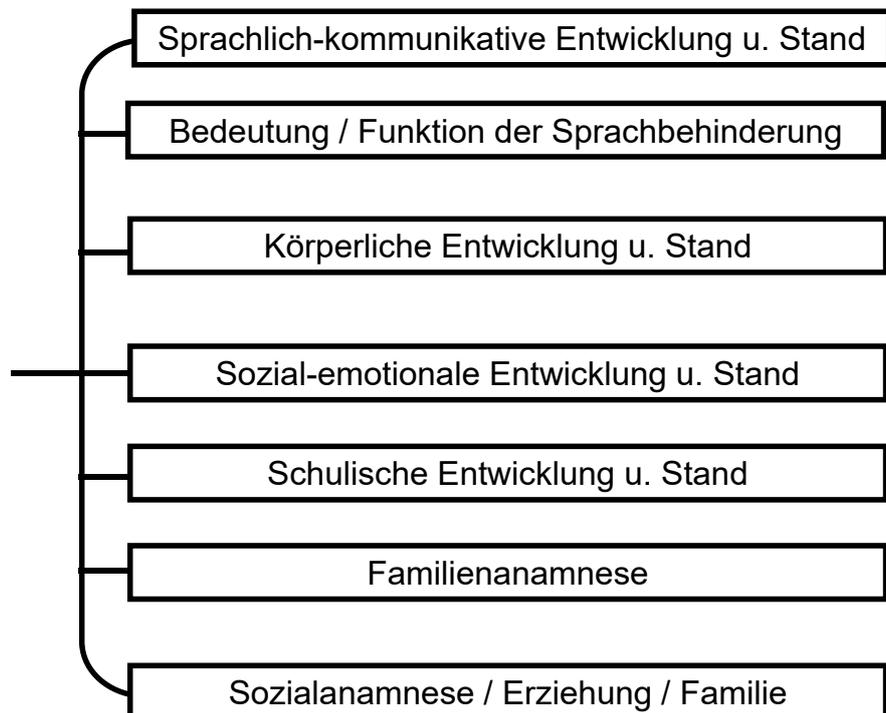


VI Diagnostik

Mögliche Inhalte von anamnestischen Gesprächen



**Zielbereiche
diagnostischer
Gespräche**



1 Sprachliche und kommunikative Entwicklung / Stand

Nonverbale Kommunikation im Frühdialog, Lallen, erste Worte, Einwortsätze, Mehrwortsätze, aktuelle Sprachkompetenzen, sprachliche Besonderheiten und Probleme, pragmatische Kompetenzen (sich sprachlich wehren, nein-sagen ...)

2 Lebensbedeutung und Funktion der Sprachbehinderung

Anfang der sprachlich-kommunikativen Auffälligkeit, Weiterentwicklung, Folgen, Reaktionen der Familienmitglieder, schweregradmäßige Einschätzung durch Familienmitglieder und Betroffene, Leidensdruck der einzelnen, bisherige Maßnahmen und Coping-Strategien, Erwartungen des Sprachbehinderten und seiner Bezugspersonen an die Therapeutin u.a.

3 Körperliche Entwicklung / Stand

Schwangerschaft, Geburt, Verhalten als Säugling, Sitzen, Stehen, Gehen, Sauberkeit, motorische Geschicklichkeit, Kraft, körperliche Ausdauer, Gesundheit (Krankheiten, Krisen, Sehen, Hören, Unfälle, Spitalaufenthalte)

4 Sozial-emotionale Entwicklung / Stand

Lächeln, Trotzalter, Fremdeln, Kontakt zu Eltern, Kontakt zu Geschwistern, Freunden und Kameraden, emotionale Probleme, soziales Verhalten zu Hause, Verhalten Fremden gegenüber, Charaktermerkmale (labil, impulsiv, selbstsicher, ehrgeizig ...), Frustrationstoleranz

5 Lern- und Schulentwicklung

Konzentration und Ausdauer, kognitiver Stil, Lernverhalten und -fähigkeit, Fleiß, Ansprüche an sich, Kindergarten- und Schuleintritt, kognitive Schwierigkeiten und Stärken, Lieblingsfächer, Einstellung zur Schule, Hausaufgaben, Kameraden, Verhältnis zur Lehrperson, Qualität des Unterrichts

6 Familienanamnese

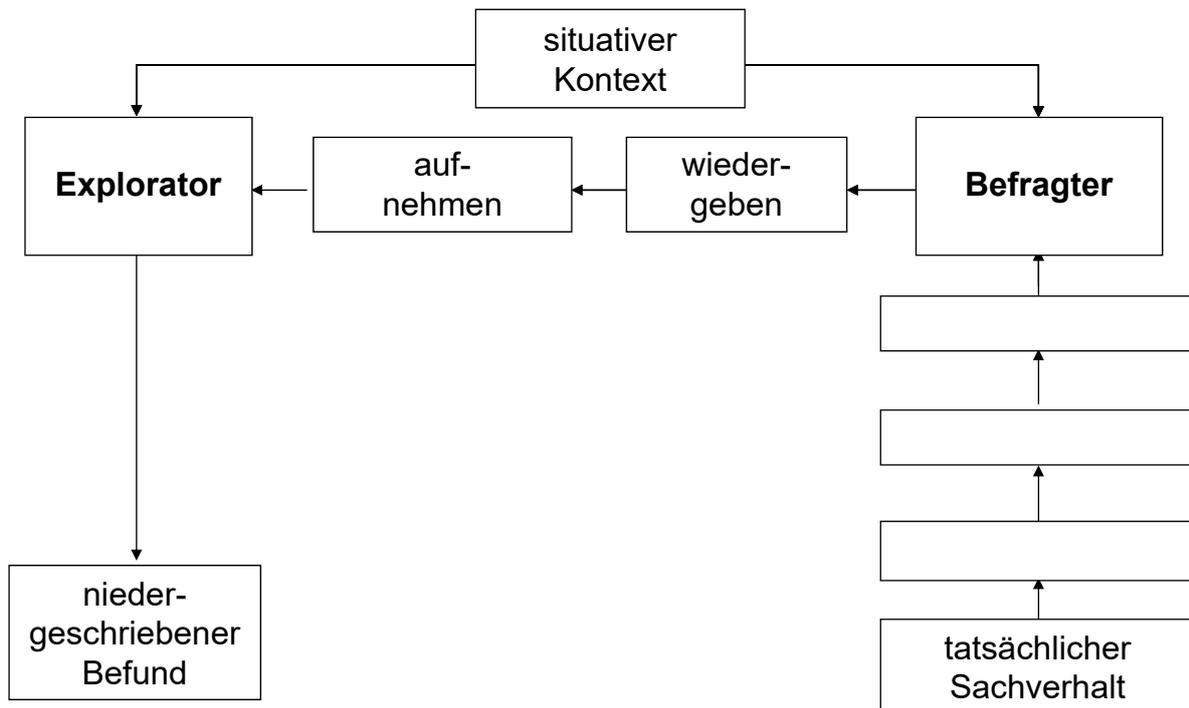
Krankheiten und insbesondere Hör- und Sprachbehinderungen in der mütterlichen und väterlichen Familie, Sprach- und Schriftsprachkompetenzen und -probleme von Geschwistern

7 Sozialanamnese / Erziehung / Familie / Umwelt

Erziehungseinstellungen und -praktiken der Eltern, Beziehung zum Vater, zur Mutter und zu den Geschwistern, andere Miterzieher, familiäre Belastungen und Probleme, ökonomische und wohnungsmäßige Familiensituation, kultureller Hintergrund

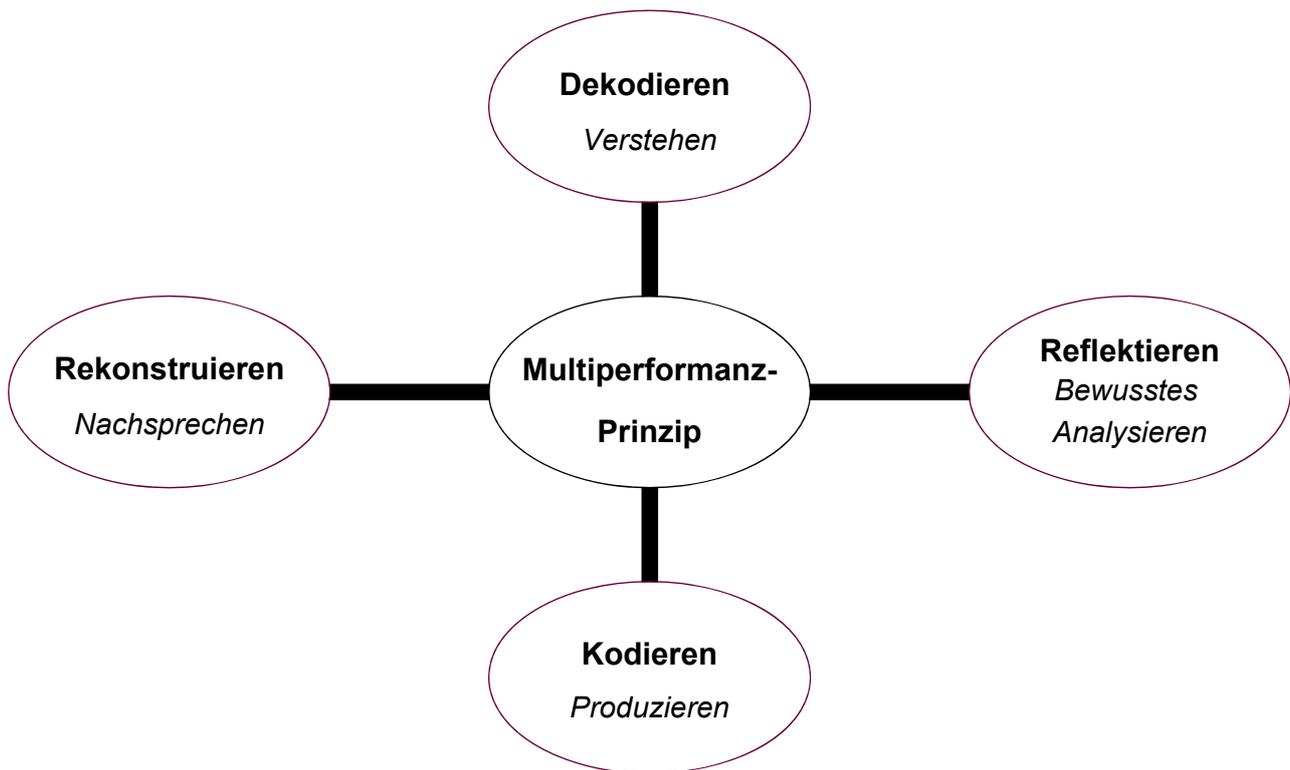
VI Diagnostik

Mögliche Beeinträchtigungen anamnestischen Materials



VI Diagnostik

Multiperformanzprinzip



VI Diagnostik

Tests – welche Kriterien sollten sie erfüllen?

1. Die theoretischen Grundlagen des Verfahrens sind ausführlich beschrieben.
2. Die Verfahrenshinweise sind so detailliert, dass verschiedene Personen den Test allein aufgrund dieser Verfahrenshinweise in vergleichbarer Weise durchführen, auswerten und interpretieren können.
3. Die Zuverlässigkeit wird über die Retest-Methode bestimmt.
4. Die Bestimmung der Validität berücksichtigt die diagnostische Fragestellung und die Zielgruppe für das Verfahren.
5. Die Normstichprobe umfasst mindestens 250 Personen pro Altersbereich bzw. Subgruppe.
6. Die Normstichprobe entspricht der Referenzgruppe der Zielpopulation des Tests und stammt aus mehr als zwei Bundesländern / Regionen.



VI Diagnostik

Kompetenzen des Diagnostikers (Jäger 1983)



VI Diagnostik

Bericht (Befund)

Logopädische Diagnosebericht ...



- professionelle Antwort eines Experten auf Fragen, zu denen er aufgrund von Fachwissen, Forschungsstand und Erfahrung Stellung nimmt
- nachprüfbare schriftliche Dokumentation der (Eingangs-)Untersuchung und der daraus gewonnen Erkenntnisse, wobei der Bericht den Kriterien eines juristischen Dokumentes gerecht werden soll
- Visitenkarte fachlicher und kommunikativer Kompetenz der Diagnostikerin

VI Diagnostik

Aufbau eines logopädischen Berichts (Schoor 2012)

1. Berichtkopf

Gutachterin: Name, Vorname, Adresse

Adressat: Name des Empfängers (Institution, Auftraggeber)

Proband: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Erziehungsberechtigte, evtl. Versicherung

Untersuchungsanlass und Fragestellung: Zuweisende Person, Auftrag und Ausgangsfragen

Zusammenfassende Diagnose: Klassifikation des Störungsbildes, Diagnose mit Leit- und Begleitsymptomatik

VI Diagnostik

Aufbau eines logopädischen Berichts (Schoor 2012)

2. Untersuchungsbericht

Diagnostische Verfahren und Quellen

Anamnestiche Informationen, Dokumentanalyse, Verhaltensbeobachtung,

Testverfahren u.a.

Durchführung der Untersuchung

Abfolge der diagnostischen Schritte, aufgetretene Störungen u.a.

VI Diagnostik

Aufbau eines logopädischen Berichts (Schoor 2012)

3. Untersuchungsergebnisse

Anamnese

Sprachliche Entwicklung und sprachstörungsbezogene Befunde

Spontansprache, Kommunikation/Pragmatik, Phonetik/Phonologie, Lexikon/Semantik, Syntax/Morphologie, Stimme, Redefluss, Sprachverstehen, schriftsprachliche Kompetenzen u.a.

Sprachrelevante Basisfunktionen (nichtsprachliche Bereiche)

Auditive Aufmerksamkeit, Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistungen, (sprech-) motorische Leistungen, symbolisch-kognitive Kompetenzen, sozial-emotionales Verhalten u.a.

VI Diagnostik

Aufbau eines logopädischen Berichts (Schoor 2012)

4. Zusammenfassende Interpretation (Diagnose) und Schlussfolgerungen

- Zusammenfassung der sprachlichen und nichtsprachlichen Kompetenzen und Störungsbefunde
- Klassifikation und Benennung: Diagnose mit Leitsymptomen
- Beurteilung der Therapiebedürftigkeit / Indikation
- Prognose (optional)
- Förderschwerpunkte und sprachtherapeutische Massnahmen

Beispiel eines logopädischen Diagnoseberichts (nach dem Aufbauschema von Schoor 2002, vgl. Skript)

1. Berichtkopf

Untersucher: A.B., dipl. Logopädin

Empfänger: Frau XY, dipl. Logopädin

Proband: Muster, Jan, 17.1. 1988 (Alter 6; 2 J.), Kinderheim Muster, XYZ Land, Erziehungsberechtigte Frau Vreni Muster (Mutter)

Untersuchungsanlass: Sprachdiagnostik als Basis für Therapieplanung

2. Untersuchungsbericht

2.1. Diagnostische Quellen und Verfahren

Ausgehend von vorhandenen anamnestischen Vorinformationen wurden die folgenden diagnostischen Verfahren zur genaueren Bestimmung des aktuellen Entwicklungsstandes im Bereich der Sprache und der sprachrelevanten Basisfunktionen eingesetzt: Verhaltensbeobachtung, Spontansprachanalyse, informelle und standardisierte Prüfverfahren. Tests spielten im diagnostischen Prozess eine untergeordnete Rolle, da es sich zeigte, dass Jan zu ausgeprägtem Ablenkungsverhalten tendiert, wenn er direkt zum Ausführen bestimmter Verhaltensweisen aufgefordert wird. In Anbetracht seiner Abneigung gegenüber fremdbestimmten und hoch strukturierten Interaktionen wurde der kindliche Entwicklungsstand v.a. anhand teilnehmender Verhaltensbeobachtung und spielerisch verpackter informeller Verfahren zu erfassen versucht. Die Interpretation der Beobachtungen und Befunde erfolgte auf der Basis sprachentwicklungspsychologischen Wissens und diagnostischer Erfahrungen des Untersuchers.

2.2 Durchführung der Untersuchung

Die diagnostischen Untersuchungen erfolgten in drei 40-minütigen Sitzungen innerhalb von 14 Tagen im Januar 1994. Während in den ersten beiden Sitzungen primär die Verhaltensbeobachtung und die Spontansprachanalyse als diagnostische Methoden zur Anwendung kamen, wurden in der dritten Sitzung zielgerichtet sprachbezogene Prüfverfahren durchgeführt. Jan kooperierte während der verschiedenen Untersuchungen insgesamt recht gut. Sein teilweise sprunghaftes Verhalten erschwerte den diagnostischen Prozess nicht wesentlich.

3. Untersuchungsergebnisse

3.1 Anamnese

An anderer Stelle dokumentiert

3.2 Sprachliche Entwicklung und sprachstörungsbezogene Befunde

Spontansprache und Kommunikation

Die Spontansprache fällt durch weitgehend unverständliche Wort- und Satzproduktionen auf, die in erster Linie durch phonologische Probleme bedingt werden. Die Schwerverständlichkeit der Aussprache geht einher mit deutlichen Auffälligkeiten in den Bereichen Satzbau und Wortbildung (soweit beurteilbar).

Aber auch Probleme der Wortwahl und der Wortfindung sind beobachtbar. Das Sprachverstehen des Jungen scheint eindrucksmässig deutlich besser zu sein als seine Sprachproduktion.

Die beeinträchtigte Spontansprache scheint die Kommunikationsbereitschaft von Jan nicht wesentlich einzuschränken. In den diagnostischen Situationen erweist sich Jan dem Untersucher gegenüber insgesamt als kommunikativ. Seine anfängliche kommunikative Zurückhaltung (kurzer Blickkontakt, reaktives Verhalten) überwindet Jan bald. Er setzt Sprache ein, um Wünsche und Absichten kund zu tun, Kooperation zu signalisieren, Einfluss zu nehmen und Informationen zu gewinnen. Die nonverbale Kommunikation (Körpersprache, Gestik, Mimik, Blickverhalten) und das nichtsprachliche Interaktionsverhalten (z.B. Nähe-Distanz-Regulierung) lassen keine nennenswerten Entwicklungsauffälligkeiten erkennen. Mutistische oder autistische Verhaltensweisen sind nicht beobachtbar.

Aufgrund der schwer verständlichen Spontansprache kommt es in der verbalen Kommunikation mit dem Untersucher immer wieder zu Nicht- oder Missverstehenssituationen. Jan bemerkt, wenn er nicht verstanden wird. Er zeigt in solchen Situationen kommunikatives Ausweichverhalten bzw. Anzeichen von kommunikativer Verunsicherung. Sein Störungsbewusstsein scheint aber nur vage ausgebildet zu sein.

Phonetik und Phonologie

Bei weitgehend unverständlicher Spontansprache kann Jan alle Vokale, Umlaute und Diphthonge sowie die meisten Konsonanten des Sdt. isoliert korrekt bilden. Auffällig sind die interdental artikulierten Zischlaute /s/ und /ts/, die im Kindergartenalter allerdings noch recht oft fehlerhaft gebildet werden. Die sch-Artikulation ist eher schwach und weist akustische Merkmale einer lateralen Lautbildung auf. Der vordere r-Laut wird nur schwach gerollt, velares /r/ kann nicht gebildet werden.

In Anbetracht des umfangreichen Lautinventars und der unauffälligen Sprechmotorik des Jungen (s.u.) wird vermutet, dass es sich primär um eine phonologische Entwicklungsstörung handelt. Die durchgeführte phonologische Prozessanalyse kindlicher Wortproduktionen (Bildbenennungen) unterstützt diese Hypothese. Die der beeinträchtigten Aussprache zugrunde liegenden phonologischen Vereinfachungsprozesse sind vielfältig und betreffen mehrere Phoneme bzw. Phonemverbindungen. Zu den auffälligsten phonologischen Vereinfachungen zählen die *Vereinfachung von Konsonantenverbindungen* (u.a. /br/, /bl/, /fl/, /scht/, /pl/, /pr/), die *Vorverlagerung* (/ch/, /sch/, /g/, /kch/) und die *h-Substitution* von diversen Konsonanten (Frikative, Affrikaten, Nasale, Liquidae) in der Anlautposition (Prozess der Öffnung). Vor allem der funktionell stark belastete Öffnungsprozess führt zu zahlreichen Homonymen (hinde=Chinde/winde/finde/binde; hange=Schlange/fange/Zange u.a.). Im Gegensatz zu den anderen phonologischen Prozessen muss der Prozess der Öffnung als untypisch betrachtet werden.

Während Jan in der Sprachproduktion zahlreiche phonologische Kontraste neutralisiert (Bildung von homonymen Wortformen), ist er in der Regel fähig, Minimalpaare (z.B. Maus-Haus; Keller-Teller) korrekt zu differenzieren (Bildwahlmethode). Aus der Überprüfung resultieren keine Hinweise auf Probleme der phonematischen Differenzierungsfähigkeit.

Demgegenüber zeigt sich eine reduzierte Kapazität des sprachlichen Kurzzeitgedächtnisses. Im Mottier-Test erzielt Jan nicht altersgemässe Leistungen beim Nachsprechen von sinnlosen Silben und Silbenfolgen. Auch beim Nachsprechen von Wortreihen erzielt er eine Leistung unterhalb der Erwartung (Wortspanne = 2, Kindergartenalter: 3 – 4). Schwierigkeiten in der kurzfristigen Speicherung von sprachlichem Material werden auch beim Nachsprechen von Sätzen evident (s.u.).

Lexikon und Semantik

Jan verfügt über ein produktives Lexikon, das es ihm ermöglichte, subjektiv Bedeutsames (Gegenstände, Personen, Tiere u.a.) sprachlich zu benennen. Gleichwohl fallen in seinem aktiven Wortschatz gewisse Lücken auf. Dies zeigt sich dann, wenn der Junge gewisse (abgebildete oder reale) Objekte nicht spontan benennen kann (z.B. Segel, Muschel, Arm, Knie). Weitere Hinweise auf Schwierigkeiten im Lexikon liefern folgende Beobachtungen: Tätigkeiten, Objekte und Eigenschaften werden manchmal mit Hilfe von unpräzisen Formulierungen und sprachlichen Ganzheiten umschrieben (z.B. die so machen, das da oben sein, der da so sein u.a.). Zudem werden Oberbegriffe durch funktionale Umschreibungen ersetzt

(zum Spielen, alles essen kann, u.a.) und Wörter teilweise durch: allgemeine unspezifische Oberbegriffe (z.B. Rose=Blumen; Tennisball=Ball; Apfelbaum=Baum), Wörter aus demselben semantischen Feld (z.B. Säbel=Messer; Hahn=Huhn; runterrutschen- runterfahren) oder funktionale Umschreibungen (z.B. Kurve-runde Schiene) ersetzt. Weiter werden Lautmalereien (z.B. tik-tak=Uhr) oder Wortneuschöpfungen verwendet, um bestimmte Gegenstände sprachlich zu bezeichnen (z.B. Skilift=Schneelift).

Darüber hinaus ist auf gelegentliche Wortfindungsschwierigkeiten hinzuweisen, die aber relativ leicht zu deblockieren sind (durch Vorgabe von Anfangslauten, Aufforderung, den gesuchten Begriff zu umschreiben), Wortabrufprobleme scheinen eine eher untergeordnete Problematik im Erscheinungsbild der kindlichen Sprachstörung darzustellen.

Interessant ist, dass Jan viele Wörter, über die er expressiv nicht verfügt, verstehen kann, was - wie im phonologischen und grammatischen Bereich - auf Diskrepanzen zwischen rezeptiven und expressiven Kompetenzen hinweist. Der Junge versteht viele Objektwörter aus verschiedenen semantischen Feldern, er ist bspw. in der Lage, genannte Gegenstände, Tiere und Personen in Bilderbüchern zu zeigen. Allerdings ist Jan eine Reihe von Substantiven noch nicht bekannt (z.B. Muschel, Pilot, Mechaniker, Anker u.a.). Dass das Verständnis wichtiger Oberbegriffe (z.B. Möbel, Tiere, Spielsachen, Esswaren, Fahrzeuge) vorhanden ist, zeigt sich darin, dass Jan Bildkarten weitgehend korrekt nach diesen Kategorien sortiert. Keine besonderen Auffälligkeiten lassen sich im Verstehen von Handlungswörtern beobachten. Der Junge kann im Allgemeinen einfache, verbal vorgegebene Handlungen real oder symbolisch ausführen oder auf Abbildungen zeigen. Häufige Färb-, Form-, Ausdehnungs- und Qualitätsbezeichnungen (rot, gelb, blau, grün, weiss, rund, viereckig, dreieckig, krumm, lang, kurz, dick, dünn u.a.), gewisse komparative Formen (z.B. länger, grösser, dicker, kleiner) und Mengenadjektive (viele, wenig, alle, keine, eins, zwei, drei) scheinen keine Verständnisschwierigkeiten zu bereiten. Jan versteht auch die Präpositionen "auf, in, unten, neben, vorne, hinten" verstehen, während ihm die Begriffe "links" und "rechts" noch nicht bekannt sind. Diagnostisch bedeutsam ist, dass Jan sein fehlendes lexikalisches Wissen häufig offen legt ("auch nicht wissen") oder nach dem Namen von Dingen fragt („Wie säge?“).

Zum Satzverständnis ist anzuführen, dass der Junge auf kurze situative und nicht-situative Handlungsanweisungen meistens adäquat reagiert. Wird er mit "unsinnigen" Anweisungen (z.B. „Kämme das Krokodil mit der Laterne“) konfrontiert, signalisiert er nonverbal (z.B. mit dem Zeigefinger an die Schläfe tippen) oder verbal ("geh nid"), dass die Aussagen irgendwie "komisch" sind. Auf einfache Fragen, die seinen Erfahrungshorizont berücksichtigen und keine komplexen sprachlichen Reaktionen verlangen (z.B. Wie heisst dein Bruder? Wo wohnt deine Mutter?), kann Jan in der Regel angemessen antworten.

Bei der gezielten Überprüfung des Satzverstehens mit dem schweizerdeutschen Bishop-Test werden 31 von 36 Sätzen im ersten Durchgang richtig interpretiert, was als altersentsprechende Leistung gewertet wird. Falsche Antworten sind möglicherweise durch Ermüdungserscheinungen und/oder impulsive Reaktionen des Jungen bei einzelnen Testitems mitbedingt.

Anzumerken bleibt, dass aufgrund des eingesetzten diagnostischen verfahren subtile Probleme bei der Verarbeitung morpho-syntaktischer Informationen nicht erfasst und daher auch nicht ausgeschlossen werden können. Das Wort- und Satzverstehen sind Bereiche, die es weiterführend noch genauer zu untersuchen gilt.

Syntax und Morphologie

Beim Nachsprechen von Sätzen (Subtest HSET) erzielt Jan einen Testwert im untersten Leistungsbereich. Offensichtlich werden seine grammatischen Probleme aber vor allem in der Spontansprache, deren Verständlichkeit durch ausgeprägte phonologische Probleme beeinträchtigt wird. Um differenziertere Aussagen über den morpho-syntaktischen Spracherwerbsstand zu gewinnen, wurde eine Spontansprachprobe (184 Äusserungen) nach dem Verfahren von *Penner et al.* (1992) ausgewertet. Die Ergebnisse für die Satzstruktur zeigen folgendes:

- Neben Ein- und Zweiwortäusserungen produziert Jan vor allem Mehrwortsätze (Aussage- und Frage- und Aufforderungssatz). Nebensätze werden keine beobachtet.

- Der Anteil von Äusserungen mit Verben liegt bei 60 %. Auffällig ist, dass in den satzwertigen Äusserungen oft obligatorische verbale Elemente (u.a. Hilfsverb u.a.) fehlen. Lediglich in 30 % der verbhaltigen Sätze treten flektierte Verben auf. Bei den übrigen Elementen handelt es sich um Infinitive oder um Partizipien (z.B. „gange“, „gseh“).
- Korrekt flektiert werden neben einigen Hauptverben (z.B. schauen, fahren, holen, kommen, glauben) vereinzelt auch Modalverben (könne, welle, müesse), Hilfsverben (ha, tue) sowie kopulare und possessive Verben (haben, sein). Zielsprachliche Konjugationen sind in deklarativen Sätzen hauptsächlich bei Subjekten der 3. Ps. Sg. beobachtbar. Demgegenüber erscheinen Verben in Verbindung mit anderen Subjekten oft unflektiert in Finalstellung.
- Flektierte Verben stehen in deklarativen Sätzen bevorzugt in der Verbendstellung. Die restlichen Verben erscheinen am Satzanfang, in der Verbzweit- oder in der Verbdrittposition. Jan beherrscht die bei komplexen Verben (z.B. an-halten, um-fallen) erforderliche Trennung von Präfix und Verbstamm noch nicht. Solche Verben realisiert er unzerlegt am Satzende.
- Negationspartikel wie „nid“ oder „nüme“ erscheinen in der für Nebensätze typischen präverbalen Stellung.
- Jan kann Routinefragen (z.B. "Was ist das?", "Wo ist...?") und nicht-ideomatische Fragetypen ("Wem gehört das?" usw.) noch nicht zielsprachlich bilden; zwar realisiert er das Fragepronomen, die verbalen Elemente erscheinen jedoch oft unflektiert am Ende des Fragesatzes (z.B. „Wo dä isch?“).
- Ein weiteres Merkmal seiner Grammatik ist die relativ hohe Rate an Auslassungen von Subjekten (v.a. 3. Ps. Sg. und Pl).
- Gelegentlich kommt es zu Auslassungen von Präpositionen und Reflexivpronomina sowie zu Vertauschungen von Hilfsverben (z.B. ist=hat) und Pronomina (z.B. dir=du).

Nach diesen Ergebnissen entspricht die Satzstruktur des Jungen der grammatischen Erwerbsphase I (bei sprachunauffälligen Kindern ca. 24 Mt.) nach Penner et al. (1992).

Die Analyse der Nominalphrase ergibt ebenfalls einen klaren Entwicklungsrückstand. Der Artikel wird nur selten realisiert. Werden Artikel verwendet, so sind sie fehlerhaft („das Baum“, „dä Mueter) oder zielsprachlich („dä Chrane“, „dä Maa“). Einzelne Quantoren („viel“, „all“), Possessivpronomen („mine“, „dis“) und die korrekte leere Determinerposition bei unzählbaren Nomen ("Rouch") sind zu beobachten. Diese Befunde sprechen insgesamt dafür, dass die Nominalphrase des Sdt. noch nicht vollständig erworben ist (Erwerbsphase I nach Penner et al. 1992).

Da aufgrund der Sprachanalyse keine Phaseninkonsistenzen erkennbar sind, scheint eine weitgehend ausgeglichene Entwicklungsverzögerung der Grammatik vorzuliegen.

Stimme, Redefluss

Die Stimme von Jan ist unauffällig, wenngleich seine Prosodie in der Spontansprache etwas flach, monoton wirkt. Redeflussprobleme im Sinne des Stotterns oder Polterns fallen nicht auf. Hingegen sind gelegentliche Phrasen- und Wortwiederholung sowie Satzabbrüche mit Neustarts und Umformulierungen zu beobachten. Tonische Symptome (Lautdehnungen, Blockaden u.a.) sind in der spontanen Rede des Jungen nicht festzustellen.

3.3 Sprachrelevante Basisfunktionen

Die Untersuchung sprachrelevanter Basisfunktionen konzentrierte sich hypothesengeleitet auf die Bereiche *auditive Verarbeitung, Mundmotorik und Kognition*.

Auditive Verarbeitung

Jan verfügt über eine gute periphere Hörfähigkeit (audiometrische Untersuchung oB). Zur näheren Überprüfung seiner akustischen Differenzierung wird ein Hörlotto durchgeführt, bei dem ab Tonband vorgespielte Geräusche (Wasserplätschern, Tierstimmen, u.a.) identifiziert werden müssen. Der Junge ist

motiviert und konzentriert. Er zeigt keine Schwierigkeiten, das Gehörte den richtigen Bildern zuzuordnen. Allerdings benennt er die identifizierten Geräuschquellen nicht immer korrekt (Güggu=Huhn u.a.). Im Gegensatz dazu ergeben die Untersuchungen eindeutige Hinweise auf eine reduzierte auditive Merkspanne. So gelingt es Jan nicht, mit Schlaghölzern rhythmische Muster nachzuklopfen, obwohl er zwischen langen und kurzen Schlägen unterscheidet. Schwierigkeiten hat er auch bei der Kurzzeitspeicherung von akustischen Sequenzen (Klänge verschiedener Musikinstrumente); werden mehr als zwei Reize nacheinander angeboten, so kann Jan unmittelbar danach nicht mehr alle Klangquellen zeigen, oder er verwechselt die Abfolge der Reize. Auffälligkeiten im auditiven Kurzzeitgedächtnis zeigen sich auch bei sprachlichem Material (s. o.). Diese Befunde bestätigten die in früheren Abklärungen festgestellten Schwierigkeiten des Jungen in der auditiv-sprachlichen Kurzzeitspeicherung.

Mundmotorik

Die gezielte Nachahmung mundmotorischer Bewegungsmuster verweigert Jan zuerst. Erst als die Überprüfung eingebunden in ein Mundmotorik-Lottospiels erfolgt, ist er bereit, die verlangten Zungen- und Lippenbewegungen auszuführen. Es ergeben sich keine Hinweise auf eine relevante Einschränkung der isolierten Bewegungsfähigkeit und der sequentiellen Bewegungskoordination der Sprechorgane. Zu erwähnen sind leichte Mitbewegungen im Gesicht (Augen, Stirne) beim Ausführen mundmotorischer Abläufe. Weiter ist Jan in der Lage, Schnalzgeräusche zu erzeugen und mit einem Trinkhalm zu trinken oder leichte Objekte anzusaugen (Federn u.a.). Weiter gelingt es ihm, grosse und kleine Seifenblasen zu bilden. Trotz eher schwachen Mundschlusses ist er fähig, Ballone mit Blasventil aufzublasen.

Da sich keine Hinweise auf relevante mund-/sprechmotorische Beeinträchtigungen ergeben, erhärtet sich die Hypothese, dass die kindliche Aussprachestörung primär phonologischer Natur ist.

Kognition

Jan kann Klassifikationen nach einem Merkmal vornehmen (z.B. Mosaikplättchen nach Formen oder Farben sortieren), Relationen zwischen eindeutig unterscheidbaren Mengen bestimmen ("viel-wenig", "mehr-weniger") und Eins-zu-Eins-Zuordnungen vornehmen (z.B. jeder Puppe ein Bonbon zuordnen). Er kann weiter auf Bildern dargestellte Handlungssequenzen erkennen (3- bis 4-teilige Bildergeschichten legen), Raum-Lage-Beziehungen erfassen und reproduzieren (Plättchenmuster nachlegen) und sich an Regelspielen mit geringem Komplexitätsgrad (Memory u.a.) beteiligen. Zudem ist der Junge fähig, mit Hilfestellung Lösungsprozesse hinsichtlich konkreter Problemstellungen (z.B. konstruktive Tätigkeiten) zu planen und die zur Problemlösung erforderlichen Mittel zu antizipieren (Vorwegnahme, dass es zum Verschluss eines Brio-Schienenstrangs auch gekrümmte Schienen braucht usw.).

Jan zeigt Interesse an Funktionsspielen (z.B. Spiel mit dem Kran) und an Symbol- bzw. einfachen Rollenspielen, bei denen er selbst gewählte (meistens dominante oder bedrohliche Rollen) einnimmt. Auffallend ist, dass er von sich aus bestimmte Themen (verstecken/suchen, kämpfen/töten u.a.) immer wieder aufgreift. In seinem spontanen Spiel tauchen gewisse Handlungsmuster oft in gleicher oder ähnlicher Weise immer wieder auf (Tendenz zu stereotypem Spiel). Das kindliche Spielverhalten weist auch impulsive Tendenzen auf.

Die Zeichnungen von Jan haben eine geringe strukturelle Differenziertheit. Die Auswertung einer Menschenzeichnung nach *Vogt* (1973) ergibt im Bereich der zeichnerisch-symbolischen Kompetenzen einen Entwicklungsrückstand von einem halben Jahr.

Das Welt- oder Allgemeinwissen des Jungen scheint eindrucksmässig nicht altersentsprechend zu sein. Bspw. weiss Jan nicht, wer Pipi Langstrumpf ist oder wo Löwen leben. Positiv ist, dass Jan Interesse bekundet für seine materielle und soziale Umwelt und für die Klärung von Sachverhalten, die er noch nicht durchschaut hat.

Obwohl die Untersuchungen gewisse kognitive Teilschwierigkeiten aufzeigen, ergeben sich keine Hinweise auf einen erheblichen Rückstand der allgemein-intellektuellen Entwicklung im Sinne einer geistigen Behinderung. Diese Einschätzung deckte sich mit den Feststellungen von anderen Fachpersonen (Kinderpsychologin, Früherzieherin, Logopädin), welche die nonverbale Intelligenz von Jan im (unteren) Normalbereich einordneten. Nicht ausgeschlossen wird, dass Jan u.a. auch aufgrund seiner Sprachbehinderung ein hohes Risiko für die Ausbildung einer schulischen Lernbehinderung trägt.

4. Zusammenfassende Interpretation (Diagnose) und Schlussfolgerungen

4.1. Sprachliche und nichtsprachliche Kompetenzen und Störungsbefunde

4.2. Klassifikation und Benennung des Störungsphänomens (Diagnose)

4.3. Beurteilung der Therapiebedürftigkeit / Indikation

4.4. Ggf. Therapieschwerpunkte

VI Diagnostik

Mögliche Probleme von diagnostischen Gutachten (Schoor 2012)

Mit diagnostischem Gutachten können nicht leicht zu korrigierende, lebensbedeutsame Entscheidungen getroffen werden. Auftraggeber und Verfasser müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein.

Schriftliche Kommunikation kann misslingen, wenn der Empfänger



VI Diagnostik

Abfassen von diagnostischen Berichten

- ✓ sich verständlich ausdrücken, Aussagen belegen
- ✓ alle Informationsquellen kennzeichnen
- ✓ Qualität der Information verdeutlichen: objektive Daten, subjektive Information oder Hypothese
- ✓ Herkunft diagnostischer Interpretationen durchsichtig machen: Erfahrungswissen, wissenschaftliche Interpretation u.a.
- ✓ Belastete Beurteilungen/Entscheidungen nicht zu gesicherten Aussagen machen, z.B. erwartungswidrige Befunde, Störung der Testdurchführung
- ✓ Hypothesen nicht durch Nachschieben unbelegter Informationen stützen
- ✓ Blick eher auf Stärken als auf Defizite richten
- ✓ Nicht in die Rolle des Besserwissers schlüpfen
- ✓ Text so formulieren, dass ihn alle Beteiligten ohne Aggression und Schuldgefühle akzeptieren können

VII Prävention

Ziele

Präventive Massnahmen zielen darauf ab,

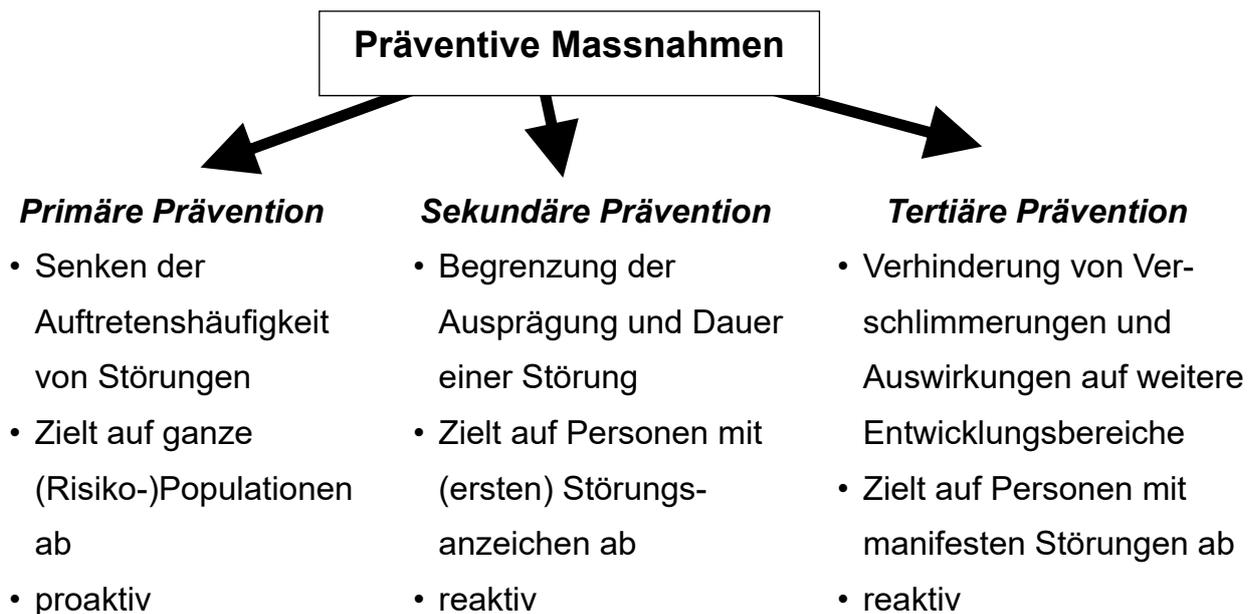
- Sprachstörungen zu verhindern
- Ausmass von manifesten Sprachstörungen zu begrenzen
- Folgeprobleme zu vermeiden oder in Grenzen zu halten

→ Entsprechend werden drei Formen der Prävention unterschieden:

Primäre, sekundäre und *tertiäre* Prävention

VII Prävention

Formen



VII Prävention

Kernbereiche der Logopädie

- Sprachentwicklungsstörungen

- LRS/Lernprobleme

- Stimmstörungen

VII Prävention

Von Sprachentwicklungsstörungen

- Prävention von frühkindlichen Hirnschädigungen, audiogenen Sprachstörungen (Frühtherapie bei Hörstörungen) u.a.

- Sprachliche Frühinterventionen (ab 24 Mt.)
 - ☞ Anleitung und Trainings von Eltern: sprachförderndes Verhalten, dialogisches Vorlesen

 - ☞ Verschiedene sprachtherapeutische Konzepte
 - Entwicklungsorientierter Ansatz nach Barbara Zollinger
 - Curriculares Programm nach Zvi Penner
 - Late-Talker-Therapiekonzept von Claudia Schlesiger
 - U.a.

Prävention von Sprach- und Kommunikationsstörungen

Um welche Formen der Prävention von Sprachstörungen (Sammelbegriff) handelt es sich bei folgenden Massnahmen?

Versorgung eines schwerhörigen Kleinkindes mit Hörgeräten

Logopädische Beratung einer heiseren Lehrperson

Informationsveranstaltung für Eltern über normale und gestörte Sprachentwicklung

Sprech- und Stimmerziehung für angehende Lehrpersonen und Logopädinnen

Sprachtherapie mit Alzheimer-Patienten

Alphabetisierungskurs für Erwachsene

Logopädische Weiterbildung für Kindergärtnerinnen