

„Sinn und Nutzen von Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen“

Replik zu dem Artikel von Erich Hartmann

in L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR, 18/4 (2010), S. 244-252

Sinn und Nutzen von Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen

ERICH HARTMANN



Meistens und leicht des Mundmotorikübungen

1. Begriffsklärung

Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern. Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Zusammenfassung
Mundmotorikübungen werden in der Logopädie und in der Sprachtherapie eingesetzt, um die Sprachentwicklung zu fördern. Diese Übungen zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Einleitung
Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Methodik
Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Ergebnisse
Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Schlussfolgerungen
Die Mundmotorikübungen sind eine wichtige Grundlage für die Sprachentwicklung und die Sprachtherapie. Sie zielen auf die Verbesserung der Mundmotorik ab, die für das Sprechen notwendig ist. Diese Übungen können in verschiedenen Formen durchgeführt werden, wie zum Beispiel durch das Spielen mit Tonclay, das Blasen von Seifenblasen oder das Tragen von Widerstandsbändern.

Aus der Kenntnis der Dissertation des Autors „Möglichkeiten und Grenzen einer präventiven Intervention zur phonologischen Bewusstheit von lautsprachgestörten Kindergartenkindern“ (Fribourg, 2001, veröff. Sprachimpuls, 2002) schätze ich Dr. Hartmann wegen der darin angewandten seriösen Arbeitsweise und wegen seiner kreativen Schlussfolgerungen. Nun hat er sich in dem oben genannten Artikel kritisch zum Einsatz oralmotorischer/myofunktioneller Übungen bei phonetischen Dyslalien geäußert. Dabei ist er nach meiner Auffassung etwas über das Ziel hinaus geschossen, den LogopädInnen, SprachheilpädagogInnen, Klinischen SprechwissenschaftlerInnen und anderen SprachtherapeutInnen zu empfehlen, „vorläufig auf Mundmotorikübungen zur Verbesserung der Sprechfähigkeiten zu verzichten“ (S. 251). Er räumt jedoch selbst ein, dass solche Übungen „in begründeten Einzelfällen durchaus wirksam sind“ (S. 251). Mit meinen folgenden Ausführungen möchte ich Dr. Hartmanns Argumentation widerlegen und den großen Wert solcher mundmotorischen Übungen, gerade bei phonetischen Dyslalien (also motorisch bedingten Aussprachstörungen), „rehabilitieren“.

- 1.) Zunächst stelle ich fest, dass sich der Verfasser in seiner Beweisführung fast ausschließlich auf einige wenige Autoren bezieht, zumal diese auch noch aus einer bestimmten Schule zu stammen scheinen und ihre Arbeiten im Wesentlichen im Zeitraum von 2005 bis 2008 veröffentlichten. Viele andere Studien, die sich im weiteren Sinne mit der Problematik „*nonspeech oral motor activity*“ versus „*speech oral motor activity*“ beschäftigen, hat er nicht berücksichtigt, zum Beispiel aus Japan, Brasilien, auch aus Europa. Vor allem hat Herr Dr. Hartmann die vielen Dissertationen, Bachelor- und Masterarbeiten der letzten Jahrzehnte, die die positiven Erfahrungen hunderter AnwenderInnen der Myofunktionellen Therapie verallgemeinerten und vielfach bestätigten, „vergessen“.
- 2.) Ich stimme der Forderung des Verfassers nach wissenschaftlicher Rechtfertigung einer therapeutischen (medizinischen, pädagogischen) Methode zu. Wenn aber ein Verfahren jahrzehntelang mit Erfolg eingesetzt wird, kann es doch nicht plötzlich aus dem Verkehr gezogen werden, es sei denn, es richtet Schaden an. Dann müssten auch manche

psychologischen Tests und Therapiemethoden erst einmal auf Eis gelegt werden, weil umfassende evidenzbasierte Nachweise fehlen, ganz abgesehen von den meisten pädagogischen Ansätzen. Da an größeren ProbandInnenzahlen erarbeitete vergleichende Studien und zwischen Behandlungsergebnissen und -zeiten nach einer traditionellen Dyslalie-therapie und einer durch MFT erweiterten Artikulationstherapie auszuweisen scheinen, wäre die genannte Auffassung von Dr. Hartmann dann genauso umstritten wie das von ihm angezweifelte, heute vielfach angewandte Vorgehen.

- 3.) Dass noch keine generell akzeptierte Definition für „mundmotorische Übungen“ besteht, hat aber nicht verhindert, dass solche Übungen in der Logopädie und der gesamten Sprachtherapie seit dem 19. Jahrhundert mit Erfolg eingesetzt wurden. (Übrigens kennen wir auch aus der Medizin und Psychologie die Tatsache der Uneinigkeit über Begriffsbestimmungen, obwohl die Verfahren bereits genutzt werden).
- 4.) Damit komme ich zum Kern der im Artikel aufgeführten Argumentation. Richtig ist, dass (allgemeine) oralmotorische Aktivitäten und sprechmotorische Aktivitäten Unterschiede aufweisen. Daraus aber den Schluss zu ziehen, dass mundmotorische Übungen bei der Behebung sprechmotorischer Defizite keinen Sinn hätten, halte ich für nicht stichhaltig. Es darf doch nicht vergessen werden, dass nach heute allgemein gültiger Auffassung die Sprechmotorik auf den Basisbewegungen beim Saugen, Kauen und Schlucken aufbaut, das heißt, dass die oralmotorische Aktivität die Grundlage für die beim Sprechen erforderlichen Muster bildet. Hier die „*task specificity-theory*“ heranzuziehen,

überzeugt nicht. Danach soll motorisches Verhalten nicht effektorspezifisch, sondern aufgabenspezifisch organisiert und kontrolliert werden. Man kann doch nicht in der Realität lebender Organismen die Effektoren, also die ausführenden Organe, von ihren Aufgaben, ihren Funktionen trennen. Hier wird das seit W. Roux immer wieder gerade in der Medizin und in der wissenschaftlich orientierten Logopädie, Sprachtherapie und Sprechwissenschaft anerkannte und vielfach bestätigte Grundprinzip der Wechselwirkungen zwischen Struktur und Funktion infrage gestellt. Dieses Prinzip geht bekanntlich vom Zusammenhang zwischen Form und Funktion aus, ohne einem von beiden ein Primat zuzubilligen, wie das in der „task specificity-theory“ zu sein scheint. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass diese Theorie genutzt wird, um eine vorgefasste Meinung zu bestätigen, nämlich dass die orofazialen Strukturen und ihre Bewegungsmöglichkeiten nicht für Basisübungen bei motorischen Sprechstörungen, speziell bei Dyslalien, nützlich sein können.

5.) Daher halte ich auch die Gegenüberstellung eines „*internalen Modells*“, das für die sprechmotorischen Abläufe gelten soll, mit einem „*externalen Modell*“ der allgemeinen oralen Funktionen für nicht stichhaltig. Der Verfasser scheint ja die Berechtigung eines solchen Dualismus selbst anzuzweifeln. Und dass beim Sprechen neben weiteren Voraussetzungen auch propriozeptive und teilweise visuell-räumliche Grundkompetenzen erforderlich sind (wie sie im Artikel nur für die „*externalen*“ Aufgaben reserviert werden), bestreitet heute in der wissenschaftlich geprägten Logopädie/Sprechwissenschaft niemand.

6.) Konsens besteht darüber, wie der Verfasser auch bestätigt, „dass mund- und sprechmotorische Aktivitäten dieselben oralen Strukturen involvieren“ (S. 247). Dass nun deren Bewegungsabläufe beim Sprechen und zum Beispiel beim Saugen und Schlucken unterschiedlich sind (wie sie sich ja auch beim Saugen und Kauen bzw. beim Artikulieren von Einzellaute und Wörtern unterscheiden), widerspricht doch in keiner

Weise der immer wieder zu beobachtenden Tatsache, dass mundmotorische Übungen die Überwindung von sprechmotorischen Defiziten erleichtern. Hier wird vom Verfasser der Entwicklungsaspekt vergessen. Die allgemeinmotorischen orofazialen Kompetenzen werden in der Phylogenese (ebenso wie beim Einzelmenschen in der Ontogenese) weiter entwickelt und qualifiziert bis zu den hochkomplexen Abläufen beim Sprechen. Dabei finden ganz unbestritten auch hirnorganische und hirnphysiologische Komplettierungen statt. Insofern unterscheiden sich tatsächlich allgemeinmotorische orale Aktivitäten und sprechspezifische Aktivitäten. Aber sie sind keine Gegensätze, die zu einer Ablehnung der basismotorischen Übungen bei motorischen Sprechdefiziten berechtigen. Insofern kann man sagen, dass sie bei aller qualitativen Verschiedenheit ähnlich sind, was im Artikel allerdings bestritten wird.

7.) Zum Entwicklungsaspekt und dessen Verknennung durch Dr. Hartmann ist noch zu ergänzen: Dass sich die beiden motorischen Modi allgemeine Bewegungsmuster und sprechmotorische Fähigkeiten schon um den neunten Lebensmonat des Kleinkindes differenzieren, spricht doch nicht gegen eine Vorläuferfunktion Ersterer bei der Entwicklung der Sprechmotorik, sondern eher für einen solchen Verlauf, wie das oben von mir als wissenschaftliches Allgemeinut deklariert wurde. Und dass sich einzelne für die Artikulation erforderliche Bewegungsmuster schon relativ zeitig und mit aufsteigender Entwicklungstendenz zeigen, beweist ebenfalls nicht die Unmöglichkeit einer Abhängigkeit der Sprechmotorik von der allgemeinen oralen Motorik.

8.) Als dritte Argumentationslinie wird die Ablehnung der sogenannten „*bottom-up, discrete skill theory of learning*“ (Teil-zu-Ganzem-Lernen, d. h. schrittweises Erlernen einer komplexen Fähigkeit durch Erarbeitung von Teilfähigkeiten) ins Feld geführt. Hier bezieht sich der Autor im Wesentlichen auf K. Forrest (2002, 2008), die sich selbst, au-



ßer auf zehn beobachtete Kinder, auf verschiedene Literaturquellen stützt, die sich fast alle als nicht überzeugend

erwiesen haben, wie ich in einer Entgegnung nachzuweisen versuche (www.ccmf.de, in Vorbereitung). Und dass ganze Generationen von TherapeutInnen (und PädagogInnen) ihre Erfolge mit einem schrittweisen Vorgehen erreicht haben und täglich erreichen, sollte doch von der Haltlosigkeit dieser Argumentation überzeugen.

9.) Auch zwei weitere herangezogene Publikationen hätten lieber nicht zitiert werden sollen. Die von Lass und Pannbacker (2008) analysierten 20 Veröffentlichungen über Auswirkungen von Mundmotorikübungen können den auch von Dr. Hartmann apostrophierten wissenschaftlichen Kriterien nicht genügen: elf Studien beschäftigen sich mit sprechspezifischen Outcome-Maßen, davon sind sieben Einzelfallstudien und vier Studien ohne Angabe der Anzahl der beteiligten Personen; und es handelte sich nur zum Teil um Artikulationsstörungen. Außerdem wird vom Verfasser in seinem Artikel nicht geklärt, ob es sich bei den erwähnten „*phonological disorders*“ tatsächlich um reine phonologische Dyslalien, um gemischte phonetisch-phonologische Artikulationsstörungen oder um nicht näher bestimmte Aussprachestörungen handelt. Wenn es um eine solch prinzipielle Fragestellung geht, wie sie hier mit einem Verdikt aller mundmotorischen Übungen bei phonetischen Dyslalien beantwortet wird, sollten nur Arbeiten mit an ausreichend großen ProbandInnenzahlen exakt vorgestellten Tatsachen einbezogen werden.

Auch die zweite herangezogene Übersichtsarbeit von McCauley et al. (2009) bringt keine klaren Aussagen, da die Autoren aufgrund der von ihnen zu berücksichtigenden unterschiedlichsten Indikationen für sprechspezifische mundmotorische Übungen zu dem Schluss kamen, dass „die Mundmotoriktherapie als wirksames Verfahren zur Verbesserung des Sprechens“ weder „zu unterstützen“ noch „zu verwerfen“ sei (S.

356, von Dr. Hartmann auf S. 250 zitiert).

10.) Weiter kann die aus Hacker und Wilgermein (2003, S. 155, im hier besprochenen Artikel auf S. 246) übernommene Behauptung, dass die praktischen oralmotorischen „Übungen in ihrer Auswahl zumeist keinen Bezug zum Alter und zum Entwicklungsstand eines Kindes erkennen“ lassen, nicht unwidersprochen bleiben. Dieser Mangel mag für die frühen myofunktionellen Übungssysteme gelten. Aber seit etwa 25 Jahren sind die meisten mundmotorischen Therapiesysteme individuumzentriert und entwicklungsproximal ausgerichtet. Hier sei nur auf den ebenfalls im Band 4 des von M. Grohnfeldt edierten Lehrbuchs der Sprachheilpädagogik und Logopädie publizierten Aufsatz des Ehepaars V. und H. Hahn verwiesen: Myofunktionelle Störungen – Beratung – Therapie – Rehabilitation (S. 350-359). Und: Für Vorschulkinder wurden spezielle myofunktionelle Übungssysteme entwickelt, ebenso für Erwachsene (z. B. E. Thiele, 1997, MFT, Katalog der Übungen zur neuromotorischen Funktionsregulation, Heidelberg: Hühig.).

11.) Schließlich beginnen die meisten bei phonetischen Dyslalien seit langem eingesetzten und auch von Dr. Hartmann erwähnten senso-motorischen Übungen der traditionellen phonetisch orientierten Artikulationstherapien (S. 251), so wie wir sie vor Jahrzehnten auch verwandt haben, mit Bewegungsaktivitäten der Artikulatoren. Ich möchte hier nur auf eine Sammlung solcher Übungen hinweisen, die seit 1938 bis 1989 zehn (!) Auflagen erlebte: H. Weinert (zuletzt mit R. Dittrich) „Die Bekämpfung von Sprechfehlern“. Selbstverständlich gelangte man daran anschließend über kognitiv-linguistische Sprechübungen zu einer Korrektur der Lautfehler. Dass dabei verschiedene Basisdysfunktionen, wie zum Beispiel das Mundoffenhalten, nicht behoben wurden mit der Folge von Rezidiven, führte zu einer vollständigen Neuorientierung der Dyslalietherapie, unter anderem unter Einbeziehung der Potenzen der myofunktionellen Therapieansätze und weiterer Basistherapien. Daher kann ich auch in diesem Punkt keine schlüssige Gegenargumentation zur heutigen Verwendung oralmotorischer/myofunktioneller Verfahren erkennen.

12.) Es ist richtig, wie von Dr. Hartmann mehrfach betont wurde, dass noch weitere Studien zum Einsatz mundmotorischer Übungen nicht nur bei phonetischen Artikulationsstörungen, sondern auch bei anderen motorischen Sprechstörungen erforderlich sind. Außerdem sollten die sich in einer Dyslalietherapie im weiteren Ablauf anschließenden kognitiv-linguistischen und sprechpragmatischen Übungen in ihrer Effizienz getrennt von den motorischen Basisübungen beurteilt werden. Dass bei gemischten phonetisch-phonologischen Störungen auch metaphonologische und weitere phonologische Therapieansätze eingefügt werden müssen, ist selbstverständlich. Auch hierfür verfügen unsere tausende LogopädInnen und anderen SprachtherapeutInnen in Deutschland, Österreich, in der Schweiz und in anderen Ländern über ausreichend praktische Beispiele, die eben „nur“ wissenschaftlich aufbereitet werden müssen. Wir sollten sie ermutigen, aus ihrem reichen myofunktionellen Erfahrungsschatz wissenschaftlich gesicherte Schlussfolgerungen zu generieren. Und das war gewiss auch die Absicht des Verfassers Dr. Hartmann.

Prof. Dr. Volkmar Clausnitzer, Dipl. Sprechwissenschaftler und Logopäde, Heckenweg 10, D-84547 Emmerting

Duplik auf die Entgegnung von Prof. Dr. Volkmar Clausnitzer

Ich danke Herrn Prof. Dr. Clausnitzer für seine Aufmerksamkeit und die anregende Replik. Nachdem mein begutachteter Beitrag bereits einige zustim-

mende wie auch ablehnende Rückmeldung (Mails) aus der Praxis hervorgehoben hat, nehme ich gerne Stellung zur Antwort eines anerkannten MFT-Experten. Die Herausforderung besteht darin, zu begründen, warum die aufgekommene Kontroverse um den Mundmotorikansatz – im Kontext

von aktuellen Forderungen nach vermehrter Qualitätssicherung und evidenzbasierter Praxis in Logopädie und Sprachheilpädagogik – berechtigt ist.

Es werden nicht alle zwölf Anmerkungen zu meinem Beitrag einzeln kommentiert, wenn ich nachfolgend thematisch verdichtet darauf antworte:

1.) Es trifft zu, meinem Artikel liegen vorwiegend angloamerikanische Arbeiten zugrunde, die in den letzten zehn Jahren in einschlägigen Zeitschriften veröffentlicht worden sind, im deutschsprachigen Raum bisher aber kaum zur Kenntnis genommen werden (vgl. z. B. die Literaturliste unter www.ccmf.de, Stand 30.1.2011). Die AutorInnen der rezipierten Publikationen und der zahlreichen darin herangezogenen Quellen möchte ich keiner „bestimmten Schule“ zuordnen. Dies würde dem heterogenen wissenschaftlichen Interesse und Werk der meisten zitierten KollegInnen kaum

gerecht werden. Unübersehbar ist, dass die prominentesten KritikerInnen des Mundmotorikansatzes sich explizit dem Konzept der evidenzbasierten Praxis verpflichten.

Deutschsprachige Literatur ist zugegeben spärlich in meine Abhandlung eingeflossen, und wenn, dann vielleicht etwas tendenziös. Die zahlreichen und in der Regel befürwortenden Arbeiten zur Mundmotoriktherapie wurden allerdings nicht einfach vergessen. Ich habe sie vielmehr (halb-)bewusst unberücksichtigt gelassen in der Meinung, die wichtigsten deutschsprachigen Werke seien als bekannt vorauszusetzen.

2.) Prof. Dr. Clausnitzer anerkennt den Sinn einer vorgängigen Begriffsklärung von Mundmotorikübungen, die inhaltlich akzeptiert wird, und somit auch die Abgrenzung zu artikulations- bzw. sprechspezifischen Therapiemaßnahmen. Ganz und gar nicht einverstanden ist er hingegen mit den vorgetragenen Einwänden gegen einige zentrale theoretische Grundannahmen der Mundmotoriktherapie, die um zusätzliche Punkte hätten erweitert werden können (z. B. die Idee der Stärkung oder Anwärmung von Sprechwerkzeugen). Nach der Argumentation von Prof. Dr. Clausnitzer ist die Kritik an scheinbar anerkannten Theoremen der Mundmotoriktherapie (z. B. Vorläuferfunktion, Einheit/Wechselwirkung von Struktur und Funktion) deshalb nicht stichhaltig, weil sie inkonsistent ist mit a) allgemein akzeptierten Annahmen der Mundmotoriktherapie und b) langjährigen positiven Praxiserfahrungen mit diesem Ansatz. Darüber hinaus werden keine neuen Sachverhalte und Quellen angeführt, die geeignet wären, kritische Einwände an der „Mundmotorik-Theorie“ schlüssig zu entkräften. Ein berechtigter Einwand von Prof. Dr. Clausnitzer betrifft indes das „Teil-zu-Ganzen-Lernen“. Dieses Prinzip liegt tatsächlich nicht nur der Mundmotoriktherapie zugrunde, sondern auch anderen logopädischen Behandlungsverfahren. Zudem sind strukturierte, kleinschrittige therapeutische Vorgehensweisen für die meisten sprachbehinderten Kinder nachweislich hilfreich. Insofern mag es einseitig bezie-

hungsweise unfair gewesen sein, die „bottom-up, discrete skill theory of learning“ nur für die Mundmotoriktherapie kritisch anzunehmen. In diesem Zusammenhang ging es aber auch um den Sachverhalt, dass „traditionelle Mundmotorikübungen“ in der Regel isoliert und ohne direkten Bezug zu sprech-/artikulationsspezifischen Aktivitäten erfolgen, weshalb die Frage des Transfers auf Sprechkompetenzen durchaus aufgeworfen werden sollte. Die Diskussion um die theoretische Angemessenheit des Mundmotorikansatzes kann hier nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Sie ist daher sachlich, unter Einbezug von neueren Erkenntnissen aus Grundlagen- und angewandter Forschung, weiterzuführen.

3.) Eine Rückbesinnung auf das theoretische Fundament von Interventionen ist dann berechtigt, wenn vorliegende empirische Befunde zur Wirksamkeit Fragen aufkommen lassen. Prof. Dr. Clausnitzer räumt ein, qualitativ gute Forschung ist dringend erforderlich, um den absoluten und relativen Effekt von allgemeinen Mundmotorikübungen auf sprechspezifische Leistungen von KlientInnen mit motorischen Sprechproblemen eindeutig bestimmen zu können. Gleichzeitig bezweifelt er den Wert der herangezogenen Forschungssynthesen zur Zwischenbilanzierung der Wirksamkeitsfrage. Das konsistente Fazit dieser Arbeiten ist meines Erachtens unmissverständlich: Wir verfügen aktuell über keine überzeugende empirische Evidenz für die Annahme, unspezifische Mundfunktionsübungen hätten einen bedeutsamen Einfluss auf Sprechfähigkeiten. Dass Therapiestudien unter Einbezug von Versuchspersonen mit „phonologischen Störungen“ keine Effekte von Mundmotorikübungen identifizieren, erstaunt nicht. Unerwartet ist hingegen: Ein analoges Befundmuster zeichnet sich bisher mehrheitlich auch dann ab, wenn in methodisch akzeptablen Interventionsstudien „herkömmliche Kandidaten“ für die Mundmotoriktherapie behandelt werden. Prof. Dr. Clausnitzer



weist in diesem Zusammenhang zu Recht auf gewisse Schwächen von solchen Forschungsarbeiten hin (z. B. „nur“ Einzelfallstudien, unvollständige ProbandInneninformationen), wodurch er letztlich unter-

streicht, dass es um die empirische Absicherung des Mundmotorikansatzes derzeit nicht zum Besten steht. Und dies, obwohl mundmotorische Übungen in der Logopädie nichts Neues sind, sondern seit Jahrzehnten eingesetzt werden. Es wird sich zeigen, ob zukünftige (kumulative) systematische Reviews, wie sie z. B. in den *Cochrane Reviews* geplant sind, die Effizienz der Mundmotoriktherapie bei Sprechstörungen wissenschaftlich stringent unterstützen können. Im positiven Fall bin ich selbstverständlich bereit, meine Meinung zum Nutzen dieses Ansatzes zu revidieren.

4.) Prof. Dr. Clausnitzer vermisst in meiner Abhandlung und wohl auch in den zugrunde liegenden Quellen die vielen „Dissertationen, Bachelor- und Masterarbeiten (...), die die positiven Erfahrungen hunderter AnwenderInnen der Myofunktionellen Therapie verallgemeinerten und vielfach bestätigten“. Leider führt er keine einzige einschlägige Untersuchung zur sprechspezifischen Wirksamkeit von Mundmotorikübungen an. Ein Blick in das umfangreiche Literaturverzeichnis unter www.ccmf.de lässt zumindest anhand der Titel kaum Originalstudien zu der hier interessierenden Fragestellung erkennen. Wie viele der zahlreichen europäischen, südamerikanischen oder asiatischen Forschungsbeiträge, auf die Prof. Dr. Clausnitzer hinweist, in die rezipierten Übersichtsarbeiten eingegangen sind, bleibt zu prüfen. In diesem Zusammenhang müssten dann wohl auch mögliche Gründe für eine (partielle) Nichtberücksichtigung solcher Studien diskutiert werden (unveröffentlichte, nicht begutachtete Arbeiten, Designschwächen, fehlende quantitative Daten u. a.).

5.) Damit bleibt das Problem des offensichtlichen Konflikts zwischen „wissenschaftlicher Evidenz“ und „prakti-

scher Evidenz“ zu kommentieren. Eine solche Kluft zeigt sich durchaus auch mit Blick auf andere Therapieverfahren, wobei dieser Hinweis von Prof. Dr. Clausnitzer per se nicht zur wissenschaftlichen Rehabilitation des Nutzens von mundmotorischen Übungen bei Sprechstörungen beiträgt. Es war keinesfalls meine Absicht, die Kompetenz von praktizierenden KollegInnen und deren positive Bewertungen der Mundmotoriktherapie zu bezweifeln: PraktikerInnen tun nachweislich das, was sich nach ihrer Erfahrung im Alltag bewährt (hat). Wer aber die Grundidee der evidenzbasierten Praxis akzeptiert, muss auch anerkennen, dass „klinische Expertise“ beziehungsweise „ExpertInnen-evidenz“ letztlich nur eine Säule des Konzepts bilden. Diese ist durch einschlägige Befunde der kontrollierten Therapieforschung oder durch „empirische Evidenz“ zu ergänzen, im Hinblick auf das Bemühen, sprachbehinderten Klienten bestmögliche und individuell abgestimmte Interventionen anbieten zu können. Praktisch tätigen LogopädInnen oder SprachtherapeutInnen obliegt dabei grundsätzlich nicht die Bürde des wissenschaftlichen Nachweises der Effektivität und Effizienz von therapeutischen Verfahren. Selbstverständlich sympathisiere ich mit der Auf-

forderung von Prof. Dr. Clausnitzer, AnwenderInnen von Mundmotorikübungen sollen ihren reichhaltigen praktischen Erfahrungsschatz „wissenschaftlich aufbereiten“. Genuin empirische Therapieforschung ist aber vorrangig durch die akademische Vertretung des Fachs zu erbringen, was die Zusammenarbeit mit der Praxis natürlich nicht ausschließt. Nach der Logik der evidenzbasierten Praxis besteht eine primäre Aufgabe (und Herausforderung) von LogopädInnen darin, in der alltäglichen Therapiearbeit bevorzugt wissenschaftlich abgesicherte Verfahren einzusetzen und deren Nützlichkeit bei begründeten Indikationen mit angemessenen evaluativen Strategien zu dokumentieren. Unbestritten ist das vermehrte Zusammenspannen von Wissenschaft, Ausbildung und Praxis unerlässlich, damit das Konzept der evidenzbasierten Praxis in der Logopädie früher oder später konsequent umgesetzt werden kann. Bis dieses ehrgeizige Ziel erreicht ist, sind methodenkritische Reflexionen immer dann legitim und sinnvoll, wenn sprachbehinderte Personen Interventionen erhalten, deren wissenschaftliche Fundierung aussteht oder zumindest fragwürdig erscheint. Am Beispiel von Mundmotorikübungen konnte ich hoffentlich aufzeigen, dass kontroverse Diskurse

über Sinn und Nutzen von logopädischen Maßnahmen nicht dem „therapeutischen Nihilismus“ Vorschub leisten wollen, sondern vielmehr dazu dienen, (tradierte) sprachtherapeutische Praxis konstruktiv-kritisch zu hinterfragen, begründet zu korrigieren und somit zu optimieren.

Am Ende dieser Duplik räume ich dann auch ein: Meine Praxisimplikation, auf die Mundmotoriktherapie als Standardverfahren bei motorischen Sprechstörungen zu verzichten, ist über das Ziel hinausgeschossen. Eine vorsichtiger und klügere Formulierung im Sinne des „zurückhaltenden Einsatzes“ wäre weniger irritierend gewesen als die – indes nicht absolute – Empfehlung auf Verzicht. Dadurch hätte sich aber nichts an der Kernaussage meines Beitrags geändert: Zur Mundmotoriktherapie gibt es derzeit noch eine Reihe von theoretisch und empirisch motivierten Fragen, denen nachzugehen sich lohnt. Disziplinen wie Logopädie, Sprachheilpädagogik oder Sprechwissenschaft sind aufgefordert, die skizzierten Herausforderungen in Kooperation von Wissenschaft und Praxis anzupacken und sich so dezidiert als „Handlungswissenschaften“ zu legitimieren.

PD Dr. Erich Hartmann,

Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg, Petrus-Kanisius-Gasse 21, CH-1700 Freiburg

Burnout-Prävention erspart viel Geld

Darum wird auf Vorbeugung und Information gesetzt

Um einen Überblick über das ebenso komplexe wie traurige Phänomen zu schaffen wurden von den Business Doctors in Österreich (www.business-doctors.at), gemeinsam mit der Webster University und dem Seminar- und Kompetenzzentrum Schloss Wolfsberg (kompetenzzentrum.schloss-wolfsberg.at), die ausführlichste je in Österreich durchgeführte Umfrage initiiert (wissenschaftliche Leitung: Prim. Dr. Werner Friedel). Die Ergebnisse fließen in die Arbeit der Business Doctors ein, die im Bereich des Social-Marketings in Österreich und über die Grenzen hinaus eine veritable Vorreiter-Rolle spielen. Sie versuchen, die Zusammenhänge zwischen Prävention, innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und betriebswirtschaftlichen Vorteilen in Seminaren, Tagungen, Workshops und Kongressen, aber auch in individuell gestalteten Trainings transparent zu machen. Die Ergebnisse der ersten Studienphase sind als Short Summary unter www.business-doctors.at/projekte.asp?projektid=4 einzusehen und vermitteln einen tiefen Einblick in ein latentes, wirtschaftlich-soziomedizinisches Risikofeld.

Darüber hinaus wird ein Newsletter, der unter der Business Doctors-Homepage zu bestellen ist, angeboten.

Parallel dazu wurde in Zusammenarbeit mit den Business Doctors eine qualitative Umfrage durchgeführt, die den Grad des Wissens der UnternehmerInnen darüber ausgelotet hat, wie sehr präventive Maßnahmen im Betrieb mit Ertragsoptimierung verwoben und inwieweit die Gefahren der verschiedenen Spielarten des Burnout überhaupt im Bewusstsein verankert sind. Die Antwort auf den Punkt gebracht vorweggenommen: Prävention ist einer der wesentlichsten Wirtschaftsfaktoren – und die Business Doctors haben die Zeichen der Zeit erkannt. Durch ihre Arbeit darüber, wie das Problem zu bewältigen ist und welche Produktivitäts- und Ertragssteigerungen bei gleichzeitig erhöhter MitarbeiterInnenzufriedenheit durch rechtzeitige Prävention zu erzielen sind, verfügen die Business Doctors über ein international evaluiertes Know-how.

Ansprechpartner:

Franz-Karl Daublebsky, daublebsky@business-doctors.at
www.business-doctors.at, Fon: +43-(0)676.4211727

ke