

Kooperativ früh Stärken nutzen und Risiken begegnen

Gesundheitsförderung und Prävention in der Sprachentwicklung

Wolfgang G. Braun, Jürgen Steiner

ZUSAMMENFASSUNG. An die Gesundheitsförderung und Prävention sind Erwartungen geknüpft, die sich mit dem Begriff „Nachhaltigkeit“ fassen lassen: Wir warten nicht, bis Probleme eintreten und wir das noch Mögliche tun können, sondern handeln vorwegnehmend. Ein vorwegnehmendes Bearbeiten von negativen und das beharrliche Stärken von positiven Einflussfaktoren führen zu einer erhöhten Aufmerksamkeit des Einzelnen, der Familie und der Gesellschaft. Insofern ist Prävention indirekt ein „Weg der individuellen und kollektiven Achtsamkeit“. Im ersten Teil des Beitrags werden der Präventionsauftrag und einige grundlegende Begriffe thematisiert. Im zweiten Teil werden „Tools“ für die Arbeit in den **Arbeitsbereichen** Früherkennung, Empowerment der Eltern und Beratung bei Migrationshintergrund vorgestellt.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung – Prävention – Kooperation – Früherkennung – Empowerment – Sprachlehrstrategien – Sprachförderfilm

Gesundheitsförderung und Prävention als Auftrag

Die Prävalenzzahlen von Sprachauffälligkeiten sprechen eine deutliche Sprache: Bei einem klar zu benennenden Anteil von Kindern steuern Risiken die Entwicklung und Schutzfaktoren können diese Hemmfaktoren nicht **ausreichend genug** ausgleichen.

Prävention wird interdisziplinär diskutiert, von politischen Entscheidungsträgern gewünscht, vor Ort bereits ausgeführt (Steiner 2009) und berufsständisch sehr deutlich proklamiert (dbl 1998, CPLOL 2000). Gleichzeitig will die Gesellschaft in Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Dieser Wille folgt den Vorgaben der WHO und der UN-Kinderrechtskonventionen sowie dem Bestreben, die PISA-Anforderungen zu gestalten, und ist konkret verankert im Sozialgesetzbuch V, **VII**, **VII**, IX, XI. Auch im etablierten System der kinderärztlichen Vorsorge spielt die Sprachkompetenz eine wichtige Rolle.

Die Prävention von Spracherwerbsstörungen macht also Sinn und ist gewünscht – fraglich ist nur, wie die Zuständigkeiten verteilt sind. Obwohl LogopädInnen die ExpertInnen für die Beurteilung der Entwicklungsvarianz **wären** und traditionell bei einer beeinträchtigten bzw. gefährdeten Sprachentwicklung intervenieren und auch Aktionen vor Ort bereits mit Engagement laufen, müssen die Rahmenbedingungen und Kompetenzzuord-

nungen als eher unklar deklariert werden. Wer leitet und wer arbeitet zu?

Eine frühe Erfassung einer gefährdeten Sprachentwicklung eröffnet facettenreichere, **vorausschauendere**, den Kontext einbeziehendere Optionen des Handelns als ein Abwarten, bis eine Störung entsteht. Erfolg entsteht aus unserer Sicht durch die Bearbeitung von Schnittstellen. Dabei ist die Schnittstelle eine dreifache, nämlich die zu pädagogischen Fachkräften, zu den Eltern und zu den Ärzten. Zu den beiden erstgenannten Schnittstellen machen wir im späteren Verlauf dieses Beitrages konkrete Vorschläge. Sowohl Pädagogen als auch Eltern können für ihr Kind durch sprachförderndes Verhalten vorbeugend tätig werden; Erkenntnisse aus der Logopädie sind hierbei hilfreich.

Dieser Artikel möchte Praxis- und Entwicklungsimpulse für die Gesundheitsförderung sowie Präventionsarbeit **feld** vermitteln.

Auftrag in den Kontexten Bildung und Gesundheit

In den europäischen Ländern ist die Logopädie unterschiedlich situiert. Wenn die Logopädie im System Bildung institutionalisiert ist, ist sie Teil eines „runden Tisches“ im Schulgebäude, kann mehr ressourcen- statt defizit-

Wolfgang G. Braun, Logopäde (MAS), ist Dozent im Studiengang Logopädie der Hochschule für Heilpädagogik HfH in Zürich sowie Leiter des Logopädischen Dienstes Mittelheintal (CH). Zuvor war er Lehrlogopäde und Gastreferent an verschiedenen Logopädieausbildungsstätten und Hochschulen. Im Jahr 2000 war er Gründungsmitglied der Stotterintensivtherapiewoche „Stotterchamp“. Von 2006 bis 2010 hatte er die Co-Leitung des Forschungsprojekts „PSI – Prävention von Spracherwerbsstörungen in pädagogischen Institutionen“ inne. In den letzten Jahren veröffentlichte er mehrere Publikationen im Themenkreis Stottern und Prävention.



Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner promovierte 1989 an der Universität Köln über Aphasie und habilitierte sich 2001 mit dem Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Seit 2005 ist er Leiter des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik, HfH, in Zürich mit den Arbeitsschwerpunkten Prävention, Diagnostik, Aphasie und Sprachabbau bei beginnender Demenz. Hinzu kommen Mitarbeit in freier Praxis und Tätigkeit als Supervisor, Herausgeber von therapeutischen Materialien und Berater. Er verfügt über Ausbildungen in Gesprächs-therapie, EPL-Kommunikationstraining und Validation.



orientiert denken und ist nicht abhängig von Ärzten als monopolisierten Zuweisern. Insofern gestaltet die institutionelle Verankerung der Logopädie den Zugang: Im System Bildung ist die Logopädie tätig im Auftrag der Chancengleichheit (Beispiel Schweiz), im System Gesundheit ist sie tätig im Auf-

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autoren auf dem 41. Jahreskongress des dbl 2012 in Nürnberg mit dem Titel: „Gesundheitsförderung und Prävention in der Sprachentwicklung“.

trag der Gesundheit bzw. bei der Indikation „Krankheit“.

Wenn die Logopädie nicht dem Bildungssystem angegliedert ist wie in Deutschland, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für zwei Kardinalfehler:

- **Fehler 1:** Maßnahmen werden falsch zugeordnet; eine Förderung für alle ersetzt eine Risikobestimmung mit Beobachtung, Befragung, Beratung, der ein gezieltes Angebot für Risikogruppen folgt.
- **Fehler 2:** Professionen werden falsch zugeordnet; Erzieherinnen mit einer Kurzinstruktion in Sprachentwicklung ersetzen die Fachpersonen für Sprache und Kommunikation.

Die Folge der beiden Kardinalfehler ist eine Deprofessionalisierung (LogopädIn) und eine Überfrachtung (KindergartenpädagogIn). Die Verdopplung des Kardinalfehlers wäre: Die Logopädie arbeitet der Deprofessionalisierung zu, indem sie Kompetenz so weitergibt, dass sie sich selbst überflüssig macht.

Intention für Gesundheitsförderung/Prävention, Begriffsklärung

Die Logopädische Prävention intendiert die Unterbrechung von „Karrieren“ wie die

- vom „Late Talker“ zum sprachbeeinträchtigten Kind,
- zum lese-rechtschreib-schwachen Schüler mit mehr oder weniger großem Misserfolg in der Schule mit mehr oder weniger intensiven Therapien,

- zum Jugendlichen, der sich schweigsam gibt und längere Lesetexte meidet, bis
- zum Erwachsenen, der deutlich unter seinen Möglichkeiten bleibt.

Gesundheitsförderung zielt auf die Stärkung von persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Ressourcen; Prävention bearbeitet Risikofaktoren, die Fehlentwicklungen auslösen können; Therapie setzt ein diagnostisch erfassbares Problem voraus. Die Pyramide (Abb. 1) besagt, dass die Zielgruppe von der Gesundheitsförderung zur Therapie immer kleiner wird.

Wir argumentieren gegen die klassische Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention als Begrifflichkeit und befinden uns im Einklang mit *Hafen* (2007). Für uns ist eine Einteilung „Zwei-Plus-Eins“ sinnvoller: Entweder es gibt keine identifizierbaren Faktoren für ein Risiko und man will allgemein unterstützen (Gesundheitsförderung) oder es gibt diese und man will spezifisch unterstützen (Prävention). Jene Probleme, die die Schwelle eines Diagnostizierens überschritten haben, erfordern weder gesundheitsfördernde Maßnahmen noch Prävention, sondern Therapie. Gesundheitsförderung und Prävention stehen sich in der Dreiteilung näher („Zwei“), beim Übergang zu Therapie erfolgt eine neue Qualität („Plus-Eins“).

Eine klare Trennung ermöglicht die Zuordnung unterschiedlicher Zuständigkeiten (unterschiedliche Institutionalisierung) und unterschiedlicher Finanzierungen (Kostenentscheide).

Der Ort für Prävention ist vom Alter abhängig: Sind die Kinder im relevanten Alter institutionell untergebracht (Krippe, Kindergarten, Schule), kann hier die Verantwortung übernommen und Prävention organisiert werden.

Wir schlagen folgende Arbeitsteilung (Zuständigkeit) vor:

- Sprachbildung ist Sache der Pädagogik und die Logopädie ist Partnerin.
- Sprachförderung ist eine Sache von Pädagogik und Logopädie in Kooperation.
- Therapie ist die Sache der Logopädin und die Pädagogik ist Partnerin.

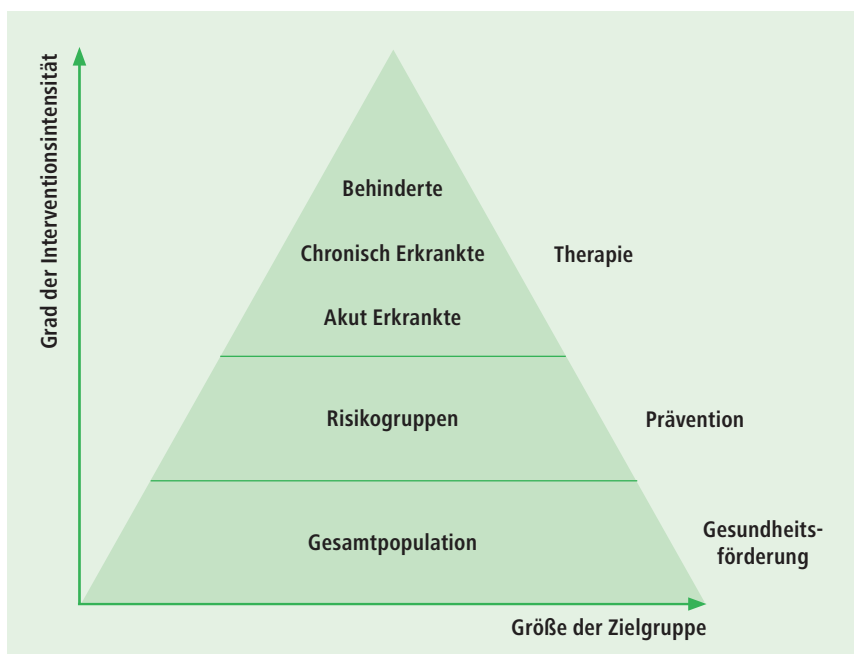
Der Auftragsumfang für die LogopädIn ist in jeder Institution zu klären. Selbstverständlich sind alle Aktionen nicht ohne Eltern denkbar. Klar ist: Pädagogik und Therapie bearbeiten beide Resilienz und Risikoerfassung – zur Therapie hin klappt ein Graben und der heißt professionelle Diagnostik. Und diese ist Sache der LogopädIn.

Arbeitsprogramm und Zeitpunkte

Der Prävention geht eine Erfassung zu relevanten Zeitpunkten voraus. Wir gehen hier von drei sinnvoll und normativ gesetzten Zeitpunkten aus:

- **24 Monate:** Hier erfolgt ein sprunghaftes Wortschatzlernen und die Verknüpfbarkeit sprachlicher Bausteine wird erprobt. Risikoindikatoren hier: Eltern machen sich Sorgen, Defizite im Sprachverständnis, geringer Wortschatzumfang.
- **36 Monate:** „Late Bloomer“ haben hier die verzögerte Sprachentwicklung aufgeholt – ansonsten kann von ernsteren Sprachlernproblemen ausgegangen werden.
- **Ein halbes Jahr vor der Einschulung (ca. 5,5 Jahre):** Hier ist die letzte „Station“ zur Intervention, wenn Kinder Probleme mit der Sprachlichkeit haben und Chancengleichheit gewahrt werden soll – leichte

■ **Abb. 1: Zielgruppen und Interventionsintensität von Gesundheitsförderung und Prävention**



Definition

Während *Gesundheitsförderung* eine allgemeine Maßnahme ist, die auf Resilienz (Stärkung von Schutzfaktoren) abzielt, will *Prävention* erwünschte Entwicklungen mit begründeten Maßnahmen wahrscheinlicher machen. Vor den präventiven Maßnahmen stehen erfassbare Beobachtungen einer sich anbahnenden Fehl-Entwicklung und/oder erfragte Risiken. Wir sprechen nicht mehr von Prävention, wenn diagnostizierte Entwicklungsabweichungen bereits eingetreten sind.

Ausspracheprobleme können hier noch gut behandelt werden. Prävalenzzahlen für die jeweiligen Zeitpunkte finden sich in *Braun & Steiner 2012*. Dabei gilt: Über Zahlen zu Prävalenz lässt sich streiten, aber nur in einem bestimmten Intervall (zum Beispiel im Alter von 36 Monaten in der Bandbreite von 5 bis 15 % ohne Berücksichtigung des Faktors Migration).

Das Aktionsprogramm sieht allgemein so aus:

- **24 Monate:** Erfassen, Beraten, Empowern, evtl. Förderung, Kurztherapie, in jedem Fall Kooperation und Beratung mit den Beteiligten. Vor der Therapie: Erzieherinnen beobachten vorab, der Arzt screent vorab und beurteilt Hör- und Gesamtentwicklung.
- **36 Monate:** Erfassen, Beraten, Empowern, evtl. Förderung, Intervall- oder Intensivtherapie, in jedem Fall Kooperation und Beratung mit den Beteiligten. Vor der Therapie: Erzieherinnen beobachten vorab, der Arzt screent vorab und beurteilt Hör- und Gesamtentwicklung.
- **5,5 Jahre:** Aktionen der Prävention sind hier wenig sinnvoll; wenn präventive Maßnahmen über einen ausreichenden Zeitraum für die beiden Zeitpunkte 24 und 36 Monate organisiert sind, sollte sich die Anzahl indizierter Therapien dann verringern.

Wunschbild einer Struktur

Unsere Beschreibung bezieht sich nicht auf ein IST, sondern auf eine sinnvolles, wünschenswertes SOLL. Wenn professionelle Kompetenzen vorhanden sind, sollte man diese nutzen. Die Logopädin ist die Expertin für eine Sprachstruktur-, Kommunikations- und Sprachhandlungsentwicklung (die

Schriftsprachlichkeit hierin eingeschlossen). Die Pädagogin ist die Expertin für die Sprachverwendung im Alltag.

Die Konstruktive CF, Salotugene und systemische Sichtweise (*Braun & Steiner 2012*) sind die „Leitplanken“ für den gesellschaftlichen Wunsch zu mehr Gesundheitsförderung und Prävention: Dies bedeutet mehr Arbeit im interprofessionellen Team, mehr Berücksichtigung des Kontextes, Unterstützung der Selbstorganisation, mehr Beratung. Dieser Beitrag will aber nicht bei einem Wunschbild stehen bleiben, sondern mit der Darstellung praktischer Tools zur Bearbeitung der Schnittstelle Logopädie und Pädagogik sowie Logopädie und Eltern einen praxisverwendbaren Beitrag leisten. Screeningverfahren machen die Erzieherin insofern kompetent, als sie sicher wird in der Entscheidung, die Fachperson beizuziehen (oder eben nicht). Der Sprachförderfilm (in *Braun & Steiner 2012*) macht Eltern kompetent, dass nicht nur besprochen, sondern gezeigt und ausprobiert wird, wie sprachförderndes Verhalten möglich ist.

Wir ermöglichen Kompetenz für PädagogInnen und halten gleichzeitig eine Kompetenzgrenze aufrecht. Die Kompetenzhöhe der Logopädin beginnt bei der Sprachdiagnostik.

Unterstützende Tools

Basierend auf den vorausgegangenen Ausführungen werden exemplarisch drei Instrumente respektive Vorgehensweisen für die logopädische Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt. Die Tools verstehen sich als Anregung und Basis für dieses Arbeitsfeld; sie sind nicht als hochdifferenzierte Vorlagen zu verstehen und erfüllen nur teilweise den Anspruch auf

„evaluiert“. Die Tools wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik HfH Zürich entwickelt und sind als Multimediadatenträger in unserer aktuellen Publikation (*Braun & Steiner 2012*) erhältlich.

1. Früherkennung von Sprachauffälligkeiten darf kein Zufall sein

Pädagogische Fachkräfte sind wichtige Fachpersonen in der Früherkennung von Auffälligkeiten im Sprechen und in der Sprache von Kindern. Wir betonen den kooperativen Prozess der Beteiligten – PädagogInnen und Eltern sind dabei, wie gesagt, ExpertInnen der Sprachlichkeit im Alltag, Sprachtherapeutinnen sind ExpertInnen für die Beurteilung der kommunikativ-sprachlichen Leistungen bezogen auf die Altersnormen.

Mit den vorgestellten Instrumenten „Kompass“ stehen den nicht-logopädischen Fachpersonen Entscheidungshilfen für die Einschätzung eines Beratungs- bzw. Abklärungsbedarfs zur Verfügung. Die Rolle der Fachpersonen ist nicht, die Sprachentwicklung eines Kindes spezifisch zu bestimmen, sondern als TeilnehmerInnen eines Frühwarnsystems rechtzeitig Fachpersonen einzubinden.

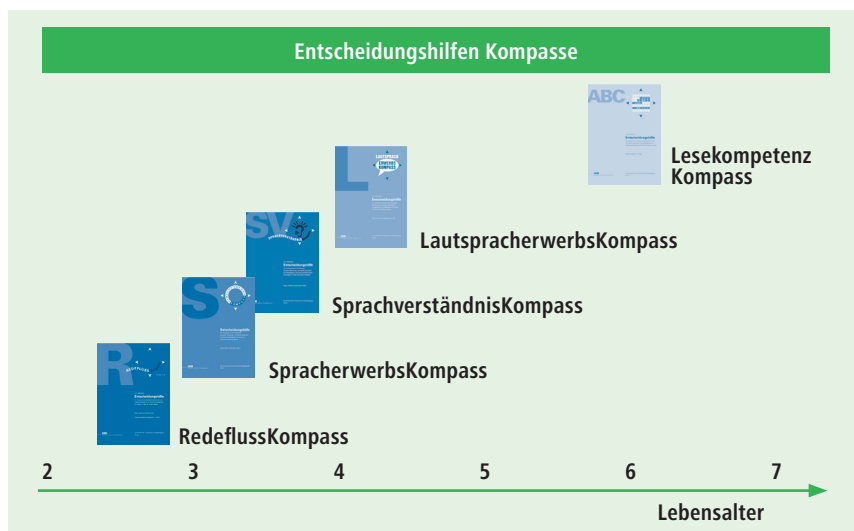
Ferner gilt der Grundsatz, dass Früherkennung und Frühförderung die Nutzung von sensiblen Lernzeitfenstern in der Entwicklung ermöglicht und Folgeproblematiken im sozialen und psychischen Bereich mindern.

Hilfen für die Entscheidung, ob ein Kind Therapie benötigt

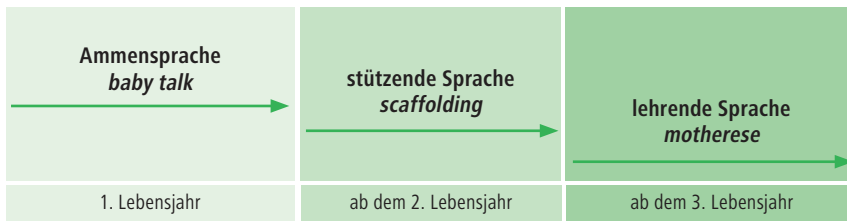
Um nicht-logopädischen Fachpersonen die Aufgabe der Früherkennung zu erleichtern wurden in den letzten Jahren Instrumente der Früherkennung, die „Kompass“, entwickelt. Es handelt sich bei diesen Entscheidungshilfen um Beobachtungsbögen, die sich nicht als Diagnoseverfahren verstehen, sondern als Hilfestellungen für die Entscheidung des weiteren Vorgehens für Fachpersonen und Eltern. Weist das Kind aufgrund der Ergebnisse ein Entwicklungsrisiko auf, werden eine Beratung und eine Abklärung bei einer Logopädin empfohlen.

Die Kompass wurden auf der Basis von Literaturrecherchen und Experteninterviews entwickelt und sind einheitlich strukturiert. So erhalten z.B. die LeserInnen bei jedem Kompass auf der Innenseite der Mappe kompakte spracherwerbstheoretische Informationen in tabellarischer Form. Alle fünf Instrumente sind bezüglich Verständlichkeit und Arbeitsaufwand klar und kompakt konzipiert. Derzeit decken die „Kompass“ fünf

■ Abb. 2: Fünf Entscheidungshilfen für die Zuweisung zur Logopädin



■ **Abb. 3: Sprachlehrstrategien**



Bereiche der Sprachentwicklung ab (Abb. 2). Detaillierte Informationen zu unseren aktuellen Publikationen siehe www.logopaedieund-praevention-hfh.ch.

2. Empowerment der Eltern als etabliertes Arbeitsfeld

Mit Blick auf die Publikationen der letzten Jahre fällt auf, dass die Stärkung der Eltern (Empowerment) eine gewichtigere Rolle im Spektrum der logopädischen Interventionen einnimmt (Bender-Köber & Hochlehnert 2006, Beushausen & Klein 2007, Buschmann 2009, Möller & Spreen-Rauscher 2009, Rodrian 2009, Wendlandt 2010, Schelten-Cornish & Kaiser-Mantel 2010, Schlesiger & Mühlhaus 2011). Begrenzte Ressourcen sowie die im Zuge von der ICF-Haltung stärkere Berücksichtigung von Teilhabe und Partizipation legen eine stärkere aktive und verantwortliche Einbindung des Umfeldes nahe.

Interessant und ermutigend sind erste Wirksamkeitsstudien über Ansätze, die Eltern bezüglich naiver (ursprünglicher) Sprachlehrstrategien sensibilisieren und bestärken (Überblick Ritterfeld 2000). Es gilt zu beachten, dass Kinder Sprachanregungen unterschiedlich nutzen und die Passung zwischen elterlichem (Sprach-)Angebot und perzeptiven Kapazitäten des Kindes entscheidend sind. „Ein optimaler Spracherwerb ist dann möglich, wenn beide Faktoren ineinander greifen, also der interaktive Kontext genau diejenigen Erfahrungen bereithält, die das Kind für seinen aktuellen Entwicklungsprozess benötigt“ (Ritterfeld 2000, 81).

Ein alleiniger Interventionsansatzpunkt Eltern garantiert demnach nicht Sprachentwicklungsfortschritte der Kinder. Die Aufnahme- und Verarbeitungsmöglichkeiten des kindlichen Gegenübers haben einen maßgeblichen Anteil an dem Entwicklungspotential.

Der Ansatz „Zürcher Impuls ELterliches Sprachförderverhalten „ZIEL“ versteht sich als ein ökonomisches, ressourcenorientiertes Empowerment-Tool mit dem zentralen Medium eines Sprachförderfilms (Braun & Kosack 2012). „ZIEL Sprachförderverhalten“ ist sowohl in der Gesundheitsförderung (Elternbildung) als auch in der Prävention (Ar-

beit mit Eltern von Risikokindern) zu verorten. Grundlage sind Sprachlehrstrategien (Braun & Steiner 2012) (Abb. 3).

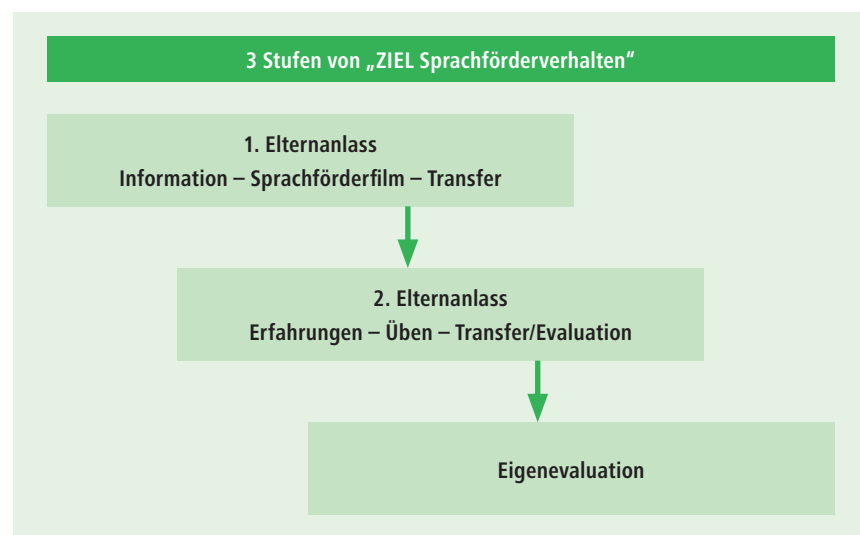
Der wissenschaftlich begleitete Sprachförderfilm „Mit Kindern sprechen und lesen – Sprache kitzeln“ (Braun & Kosack 2012) als zentrales Medium der Elternarbeit stellt ausgewählte Sprachlehrstrategien in beispielhaften Sequenzen modellhaft dar und ist in das Konzept „ZIEL Sprachförderverhalten“ integriert.

Elterncoaching

Das Konzept „ZIEL Sprachförderverhalten“ versteht sich als schlanke Form eines Elterncoachings (Abb. 4). Eltern erhalten im Gruppensetting kompakt Informationen über sprachförderndes Verhalten und werden bei Entwicklungsprozessen durch Beratung und gezieltes Üben begleitet.

Das Elterncoaching richtet sich in erster Linie an alle interessierten Eltern von Kindern (Aspekt Gesundheitsförderung) und/oder an Eltern von Risikokindern (Aspekt Prävention). Die Kurzintervention kann aber auch fakultativ in der Sprachtherapie im Kontext von Beratungen eingesetzt werden. Der im Konzept integrierte Sprachförderfilm ist in drei Altersstufen (zwei- bis dreijährige Kinder, drei- bis fünfjährige Kinder und sechs- bis achtjährige Kinder) unterteilt. Die Eltern besuchen zwei

■ **Abb. 4: Die drei Stufen des Elterncoachings**



(Abend-)Veranstaltungen und evaluieren aus eigener Perspektive. Zielgerichtet sollen pragmatische Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, bewusst gemacht und in den Alltag integriert werden.

Durch das Betrachten des Filmes am ersten Abend werden den Eltern Sprachlehrstrategien bewusster gemacht und durch Nachahmung werden diese Verhaltensmuster vermehrt in das eigene Handlungsrepertoire aufgenommen. Dieses Lernen durch Beobachtung und Nachahmung entspricht dem klassischen „Modell-Lernen“. In diesem Lernprozess wird zwischen Verhaltensaneignung (die Eltern filtern und speichern die für sie relevanten Sprachlehrstrategien) und Verhaltensaussführung (die Eltern üben ausgewählte Sprachlehrstrategien und werden für den Transfer motiviert) unterschieden.

Eigenevaluation

Die Eltern formulieren am zweiten Abend ihre eigenen Erwartungen an die alltägliche Umsetzung der Sprachlehrstrategien schriftlich in Form eines „Briefs an sich selbst“, den sie verschlossen in einem Couvert der Therapeutin überreichen. Diese sendet den Eltern den Brief ca. 3 Wochen nach dem zweiten Elternabend zu. Die Eltern werden so an ihre (Sprachförder-)Vorhaben erinnert und überprüfen die bisherige Umsetzung in Eigenregie.

3. Verstehen Sie mich? Beratungstool für Migrationsfamilien

Neben den hier vorgestellten Erfassungs- und Fördertools (Kompass und Sprachförderfilm) finden sich in Braun & Steiner 2012 auch Wege der Information (über Sprache und Logopädie) für Eltern und Kinder im Kontext Migration.

Sprachförderfilm

Der Film „Mit Kindern sprechen und lesen – Sprache kitzeln“ (als DVD in *Braun & Steiner* 2012 beigelegt) unterstützt die intuitive Sprachförderung im Alltag über den Zugangsweg gemeinsames Betrachten von Bilderbüchern. Zielgruppe sind Eltern von Kindern im Alter von 2 bis 8 Jahren. In drei Kapiteln wird verdeutlicht, wie in unterschiedlichen Altersstufen alltagsnahe Sprachstimulation und Feedback gelingen kann: Ein Erwachsener liest einem Kind vor und wendet dabei Strategien an, um die Sprechfreude und kommunikativen Fähigkeiten des Kinds anzuregen. Diese Strategien werden eingeblendet und am Ende der Kapitel zusammengefasst. Was eher sprachhemmend wirkt, zeigen Paul Plapper und Gustav Grübel im Film auf ihre eigene, humorvolle Weise.

Der Film wurde auf der Basis von Erkenntnissen zum dialogischen Lesen und dem Bewusstmachen von Sprachlehrstrategien entwickelt. Eine erste Evaluationsstudie des Sprachförderfilms ist ermutigend: Im Jahr 2010 wurde an der Universität Salzburg (A) eine Effektivitätsuntersuchung abgeschlossen (*Kosack* 2010). Die Mütter der Experimentalgruppe wendeten signifikant häufiger die Sprachlehrstrategien „Wiederholungen“ und „Expansion“ an. Das Wissen um sprachförderndes Verhalten war bei der Experimentalgruppe deutlich größer, und diese Personengruppe äußerte eine hohe Akzeptanz gegenüber den vermittelten Inhalten (ein hoher Prozentsatz gab an, die Anregungen und Tipps nach Betrachten des Filmes zu Hause umgesetzt zu haben). Sie beurteilten den Film als sehr empfehlenswert und informativ.

Die Zahlen des Bundesamts für Statistik (CH) sowie die Rückmeldungen aus der Praxis sprechen eine deutliche Sprache: Bei vielen Familien mit Migrationshintergrund ist eine Bildungsferne und damit verbunden geringe Lesekompetenzen auch in der Erstsprache festzustellen. In der beratenden Arbeit von LogopädInnen sind somit schriftlich dargebrachte Informationen in Erstsprachen für Migrationsfamilien nur einem gewissen Anteil des Zielpublikums zugänglich.

Als neuen „Beratungs-Zugang“ wurden im Rahmen unseres Entwicklungsprojektes Audioinformationen in 16 Sprachen übersetzt und in einem professionellen Tonstudio mit muttersprachlichen SprecherInnen vertont. Thematisch präsentieren die Audioinformationen Wissenswertes zum „Spracherwerb bei Mehrsprachigkeit“. In einer weiteren Audio-datei werden den Zuhörern und Zuhörerinnen unter dem Titel „Was ist Logopädie?“ das Berufsfeld sowie die Arbeitsweise von LogopädInnen erläutert. Die Logopädin hat so die Chance, den Eltern in ihrer Muttersprache Information über Zweitspracherwerb und Berufsauftrag Logopädie via CD-Player oder PC vorzuspielen.

Fazit

Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Kindersprache sind anspruchsvolle Arbeitsfelder und stellen Anforderungen an die durchführenden Protagonisten. Lösungen auf die Schnelle sind nicht gefragt. Die Logopädin ist Expertin für die Sprachlichkeit (mündlicher und schriftlicher Spracherwerb) und soll aktiv in Konzeption und Durchführung gesundheitsfördernder/präventiver

Maßnahmen einbezogen werden. Die Prävalenzdaten weisen einen klaren Handlungs-auftrag für die Logopädie aus.

Wir steuern auf fehlgeleitete Aktionen zu, wenn Gesundheitsförderung/Prävention die Therapie ersetzen und wenn Beobachtung als ausreichend deklariert wird und Diagnostik ausbleibt.

Bezugnehmend auf das diesjährige Leit-thema der dbl-Jahreskongresses erachten wir Gesundheit weder als Glücksfall noch als harte Arbeit. Gesundheitsförderung/Prävention im Spracherwerbsprozess durch die Logopädie ist sinnvoll, ökonomisch, bereichernd, notwendig. Die Arbeit in diesem Netzwerk um das Kind soll und muss unter Qualitätsrichtlinien und entsprechenden Rahmenbedingungen stattfinden.

Diese müssen erst noch in einem kooperativen Prozess erarbeitet werden. Eine „Best-Practice“ sollte so sein, dass Gesundheit und Bildung, Pädagogik und Therapie, Sprachexpertin und Alltagsexpertin sich treffen und Schnittstellen und Übergänge bearbeiten. Unsere ersten Ergebnisse mit den HfH-Tools (*Braun & Steiner* 2012) verstehen sich als erste Orientierung für diese Bearbeitung und sollen sowohl einen theoretischen als auch praxisbezogenen Beitrag zur Professionalisierung in diesem Handlungsfeld leisten.

Die fünf Entscheidungshilfen-Kompassse für die Zuweisung zur Logopädin und weitere Publikationen stehen kostenlos zum Download auf der Website www.logopaedieundpraevention-hfh.ch

Anzeige Reinhardt Verlag



LITERATUR

- Bender-Körper, B. & Hochlehnert, H. (2006). *Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs*. Dortmund: Borgmann Media
- Beushausen, U. & Klein, S. (2007). *Sprachförderung. Ein Ratgeber für Eltern, Therapeuten und Erzieher*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Braun, W.G. & Steiner, J. (2012). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Sprachentwicklung. Einführung mit Materialien*. München: Reinhardt
- Braun, W.G. & Kosack, J. (2012). *Mit Kindern sprechen und lesen. Sprache kitzeln – Sprache fördern*. München: Reinhardt
- Buschmann, A. (2009). *Heidelberger Elternteraining zur frühen Sprachförderung*. Trainermanual. München: Urban & Fischer
- CPL0L (2000). *Leitlinien Prävention*. <http://www.cplol.eu/eng/guidelines.html> (20.07.2011)
- dbl (1998). *Berufsleitlinien*. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. <http://www.dbl-ev.de> (13.10.2010)
- Hafen, M. (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Auer
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Frühe Sprachintervention mit Eltern. Schritte in den Dialog*. Stuttgart: Thieme
- Ritterfeld, U. (2000). Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung interdisziplinär*, 80-87
- Rodrian, B. (2009). *Elternteraining Sprachförderung. Handreichungen für Lehrer, Erzieher und Sprachtherapeuten*. München: Reinhardt
- Schelten-Cornish, S. & Kaiser-Mantel, H. (2010). *Sprachentwicklung ist mehr als ein Kinderspiel. Hilfen für Sprachanfänger*. Moers: dbs
- Schlesiger, C. & Mühlhaus, M. (2011). *Late Talker*. Idstein: Schulz-Kirchner, Idstein
- Steiner, J. (2009). Praxis der Sprachstandserfassung im kritischen Alter von 3-4 Jahren in der Deutschschweiz. *SAL-Bulletin* 131, 5-8
- Wendlandt, W. (2010). *Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung*. Stuttgart: Thieme

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

mm m m m

Korrespondenzanschrift

Wolfgang G. Braun, MAS
Hochschule für Heilpädagogik HfH Zürich
Breitestrasse 7b
CH-9436 Balgach
wolfgang_braun@bluewin.ch
www.logopaedieundpraevention-hfh.ch

SUMMARY. Gesundheitsförderung und Prävention in der Sprachentwicklung



An die Gesundheitsförderung und Prävention sind Erwartungen geknüpft, die sich mit dem Begriff „Nachhaltigkeit“ fassen lassen: Wir warten nicht, bis Probleme eintreten und wir das noch Mögliche tun können, sondern handeln vorwegnehmend. Ein vorwegnehmendes Bearbeiten von negativen und das beharrliche Stärken von positiven Einflussfaktoren führen zu einer erhöhten Aufmerksamkeit des Einzelnen, der Familie und der Gesellschaft. Insofern ist Prävention indirekt ein ‚Weg der individuellen und kollektiven Achtsamkeit‘. Im ersten Teil werden wir den Präventionsauftrag und einige grundlegende Begriffe thematisieren. Im zweiten Teil des Beitrages werden ‚Tools‘ für die Arbeit in den Arbeitsbereichen Früherkennung, Empowerment der Eltern und Beratung bei Migrationshintergrund vorgestellt.

KEYWORDS: Gesundheitsförderung – Prävention – Kooperation – Früherkennung – Empowerment – Sprachlehrstrategien – Sprachförderfilm

Anzeige