

Einführung

Vorbeugen ist besser als heilen – mit dieser Kurzformel kennzeichnen zunehmend mehr Experten die Notwendigkeit und den Sinn präventiver Arbeit in der Logopädie. Trotz dieser alles andere als aktuellen Erkenntnis gibt es äusserst wenig Literatur zu diesem Teilbereich der Logopädie. „Es ist auffallend, dass es im deutschen wie im englischen Sprachraum kaum Fachliteratur zur Prävention bei Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungen gibt. Auch in den Lehrbüchern sind nur selten Hinweise zu präventiven Massnahmen zu finden und noch weniger zu entsprechenden methodischen Vorgehensweisen“ (Franke 1997, 7). Parallel dazu findet das Thema Prävention auch in den Ausbildungsstätten kaum Resonanz. Die Hochschule für Heilpädagogik Zürich, Studiengang Logopädie, hat mit der Neugestaltung des Bachelor-Studienganges Logopädie diesen Bereich mit einem eigenständigen Studienmodul deutlich aufgewertet. Das Verständnis der therapeutischen Berufe ist aber in Bezug auf Prävention nach wie vor kurativ, dass heisst auf das Heilen / Helfen und weniger auf das Vorbeugen ausgerichtet. So zielen die wenigen Artikel in diesem Bereich vorwiegend auf zwei Aspekte: Einerseits auf die Früherkennung und Frühbehandlung (vgl. Grimm 1999) und andererseits auf den noch bestehenden Informationsmangel über Prävention und ihre effektiven Massnahmen (vgl. Franke 1997). Erfreulicherweise gibt es im Zuge der PISA-Studien gerade in Deutschland eine Vielzahl von Sprachfördermassnahmen (vgl. Jambert et al 2005), die im Moment aber noch sehr unkoordiniert erscheinen.

Notwendigkeit präventiver Massnahmen in der Logopädie

Die Sprache ist der Kristallisationspunkt der Kognition. In der kindlichen Entwicklung stehen Störungen der Sprache an erster Stelle der Entwicklungsstörungen (vgl. Grimm 1999, Lindlbauer-Eisenach 2001, Thyen 2006). Diese führen zu „Diskontinuitäten der Entwicklungsfahrpläne“ (Dannenbauer 1997) und wirken sich auf die gesamte Persönlichkeits-, Beziehungs-, Schul- und Lernentwicklung aus. Eine Praxis im Sinne „beruhigen – abwarten – nichts tun“ ist aufgrund des heutigen Forschungsstandes nicht zu verantworten. Prävention als Gegenpol zu „abwarten“ bedeutet Erfassung, Beratung, Förderung und Therapie zum richtigen Zeitpunkt. Mit „richtigem Zeitpunkt“ sind vor allem drei Stationen gemeint:

1. 24 Monate: Der Grad der sprachlichen „Gefährdung“ kann im Alter von 24 Monaten über das Schlüsselkriterium aktiver Wortschatz <50 Worte eingeschätzt werden; die Prävalenzrate beträgt ca. 20%. Man spricht von „Late Talkern“. Es besteht für die gefährdeten Kinder/Familien Abklärungs-, Beratungs- und für die Folgezeit Beobachtungsbedarf.

2. 36 Monate: Ein Teil der Kinder mit Sprachentwicklungsrückständen hat als „Late-bloomers“ (Spätentwickler) aufgeholt, ein anderer Teil nicht. Möglicherweise ist der Anteil an „Late bloomers“ geringer als bisher angenommen (unterschiedliche Quellen argumentieren für 15-50%). Auf jeden Fall bestehen bei einem Teil der Late-Talker- Kinder weiterhin Probleme in ihrer sprachlichen Entwicklung. Es besteht für die sprachentwicklungsbeeinträchtigten Kinder/Familien Abklärungs-, Beratungs- Förder- und Therapiebedarf.

3. ca. 5 Jahre: Zum Zeitpunkt vor der Einschulung zeigen ca. 15-20% der Kinder des gleichen Jahrgangs im Sprech- und Sprachverhalten Abweichungen von der Norm; etwa jeweils die Hälfte hiervon sind Kinder mit (leichteren) Ausspracheproblemen und Kinder mit (gravierenderen) Sprachproblemen (SSES). Der Anteil erhöht sich unter Berücksichtigung des Faktors Mehrsprachigkeit und soziale Benachteiligung. Es besteht für die erst jetzt erfassten sprechbeeinträchtigten Kinder Therapiebedarf und für die im Alter von 36 Monaten bereits geprüften Kinder Kontrollbedarf. Alle Stationen für die Erfassung von Kindern sollten als Routine in pädagogischen Institutionen verankert werden. Sprachstandserfassung, Sprachförderung und Sprachtherapie mit entsprechender Veranlassung, Begleitung und Beratung der Beteiligten ist der Aufgabenbereich der Logopädie als „Kommunikationsprofis“ (vgl. Schrey-Dern 2006).

Erste Präventionsansätze in der Logopädie

Wendlandt titelte bereits Anfang der neunziger Jahre (1991, 15) in einem Artikel treffend: „Muss das Kind in den Brunnen fallen? – oder der lohnende Weg zur Prävention im logopädischen Berufsalltag“. Aus der ständigen Not, sprachauffällige Kinder nicht ausreichend früh und damit effizient behandeln zu können entstand unter seiner Leitung das so genannte ‚Berliner Konzept‘. Das Grundprinzip beruht hierbei auf der Information und Anleitung anderer Fachleute wie beispielsweise der Kindergartenlehrkräfte. Aus diesen Erfahrungen heraus entstand die praxisorientierte Materialsammlung „Sprachstörungen im Kindesalter – Materialien zur Früherkennung und Beratung“ (Wendlandt 1995). Ähnlich dem Berliner Konzept entstanden einzelne Präventivmassnahmen im deutschsprachigen Raum meist erst auf Druck eines steten Zuwachses der Wartelisten. Erst in neuerer Zeit (vgl. Grimm 1999, Dannenbauer 2001, Sandrieser & Schneider 2002) werden grundsätzliche Gedanken zu Präventionsarbeit als Bestandteil des logopädischen Arbeitsfeldes formuliert. Dannenbauer kennzeichnet z.B. die Prävention und die Frühintervention als die „(...) wichtigsten Zukunftsthemen der Logopädie“ (Dannenbauer 2001, 110).

Prävention als Sparmassnahme

Ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit Prävention in der Logopädie immer wieder aufgeführt wird, ist ein erhoffter Spareffekt. Bei zunehmend begrenzten finanziellen Mitteln und der steigenden Zahl sprachauffälliger Kinder wird vor allem auf Seiten der Kostenträger der Ruf nach kostengünstigen Lösungen laut. Es besteht die Hoffnung, dass Prävention einen bedeutsamen Beitrag zur Kostendämpfung in der therapeutischen Versorgung leistet. Teilweise wird in dieser Diskussion jedoch allgemeine Sprachförderung und therapeutische Arbeit synonym verwendet und die logopädischen Fachkräfte wehren sich zu Recht gegen als Prävention genannte Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (als Beispiel soll hier der Ruf nach Gruppentherapie als grundsätzliches Setting aufgeführt werden). Auch in der Logopädie werden präventive Massnahmen oft in die drei Ebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt (vgl. Grimm 1999, Sandrieser & Schneider 2002, DLV-Aktuell 2002).

Kulturwandel

Als Therapeutinnen und Therapeuten sind wir aufgefordert, unser Handeln nicht mehr nur als „Reparaturbetrieb zu begreifen, sondern uns dem salutogenetischen Modell anzunähern, indem wir unsere Denkkategorien und Einstellungen überprüfen: hinsichtlich unseres diagnostischen und therapeutischen Tuns, hinsichtlich unserer Therapeutenpersönlichkeit und unserer Sicht der Klienten.“ (Sandrieser & Schneider 2002, 115). Weiters plädiert Sandrieser für ein Therapeutenverständnis als „Begleiter und Unterstützer von eigenaktiven Entwicklungen“, die „für das Individuum die Erweiterung seiner Ressourcen und Handlungsspielräume bedeuten“ (Sandrieser & Schneider 2002, 115). Dieser Kulturwandel im Berufsverständnis löst Unsicherheit und Widerstand aus. Präventives Handeln in der Logopädie heisst sich öffnen; das Heraustreten aus dem Therapiezimmer, das partielle Aufgeben des ‚safe place‘ und die (interdisziplinäre) Auseinandersetzung bieten Angriffsfläche.

Internationale Leitlinien zur Präventionsarbeit in der Logopädie

Der europäische Dachverband der logopädischen Berufsverbände (cplol) verabschiedete im Oktober 2000 ein Grundsatzpapier zur Präventionsarbeit innerhalb der Logopädie. Der deutschschweizerische Logopädieverband (DLV) veröffentlichte diese Leitlinien im Jahr 2002 (vgl. DLV aktuell 2002). Nach einer Differenzierung möglicher Präventionsmassnahmen in die bekannte Präventionstriade fordert das Papier eine Einbettung des Themas Prävention in die Grundausbildung von Logopädinnen und Logopäden. Ferner wird die Bedeutung von Screeningverfahren hervorgehoben. Gerade diese Kurztests haben laut DLV „eine hohe Trefferwahrscheinlichkeit bei der Unterscheidung zwischen gesunden und von einer Krankheit oder Störung bedrohten Personen“ (DLV-Aktuell 2002, 21).

Der DLV möchte dabei in der Präventionsarbeit die ethischen Codes des cplol besonders berücksichtigen:

- Prävention soll Massnahmen im Gesundheitswesen nicht ersetzen, sondern erweitern
- Prävention sollte auf der Zustimmung des Einzelnen und auf dem Respekt der menschlichen Rechte und des Privatlebens jedes Individuums basieren.
- Prävention soll die Lebensqualität aller Individuen verbessern
- Prävention und Screeningverfahren sollten mit ausreichend finanziellen Mitteln durchgeführt werden, die weitere notwendige Diagnosen und Interventionen durch Fachleuten ermöglichen.

Sprachfördermassnahmen – Chancen und Risiken für die Logopädie

D. Schrey-Dern hat in einem Grundlagenartikel (2006) die Möglichkeiten und Gefahren des „Booms“ von Sprachförderprogrammen aufgezeigt. Sie plädiert für eine deutliche Definition von Zielgruppen und Abklärungsprocederen (Sprachstandserhebung versus Sprachdiagnostik). Auch ist eine transparente Differenzierung von Sprachförderung und Sprachtherapie entscheidend und es soll nicht der Eindruck (bei Kostenträgern) entstehen, „dass eine Sprachförderung ausreichend ist“, eine eventuell „vorliegende Sprachstörung zu beheben“ (Schrey-Dern, 2006).

Der dbI formulierte im Rahmen des Symposiums „Sprachförderung – Sprachtherapie“ (2006) folgende Thesen, die bis heute nicht an Aktualität verloren haben:

Thesen Sprachtherapie Sprachförderung

Sprachtherapie vollzieht sich im Bereich der sekundären und tertiären Prävention

Sprachförderung vollzieht sich im Bereich der primären Prävention

Sprachtherapie richtet sich an Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (SES)

Sprachförderung unterstützt den Spracherwerb bei allen Kindern

Eine Sprach(entwicklungs)störung ist Ausdruck einer zugrunde liegenden Verarbeitungsstörung

Massnahmen zur Sprachförderung sind bei Kindern mit SES nicht hinreichend

Sprachentwicklungsstörungen (SES) lassen sich mit Hilfe logopädischer Diagnoseverfahren schon im frühen Kindesalter erkennen und behandeln

Der Einsatz von Sprachfördermassnahmen setzt keine spezifische Sprachdiagnostik voraus; sie sollten nicht erst kurz vor der Einschulung sondern so früh wie möglich eingesetzt werden.

Sprachförderung soll nicht als Ersatz für Sprachtherapie angesehen werden, sondern eine wirksame, integrativ-kooperativ institutionell verknüpfte Unterstützung sein.

Präventive Massnahmen können sprachauffällige Kinder in ihrer Entwicklung fördern, eine eventuelle logopädische Therapie unterstützen (Beziehungsarbeit, niedrigere Hemmschwelle, logopädische Basisarbeit), jedoch eine Therapie in der Regel nicht ersetzen.

Literatur:

- Dannenbauer, F.M. (1997). *Grammatik*. In: Baumgartner, S.; Füssenich, (Hrsg.) *Sprachtherapie mit Kindern*. München
- Dannenbauer, F.M. (2001). *Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung*. Z. Die Sprachheilarbeit, 46, 103-111

- Deutschschweizer LogopädInnen-Verband (2002). Leitlinien Prävention. Z. DLV-aktuell, 1, 19-20.
- Franke, U. (1997). *Prävention von Kommunikationsstörungen*. Stuttgart: Fischer
- Grimm, H. (2002). *Störungen der Sprache*. Göttingen: Hogrefe Jambert, K., Best, P., Guadatiello, A., Holler, D. & Zehnbauer, A. *Schlüsselkompetenz Sprache – Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten*. Berlin, Verlag das Netz
- Lindlbauer-Eisenach, U. (2001). Der Kinder- und Jugendarzt vor neuen Aufgaben. *Kinderärztliche Praxis* 3, 178-180
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2002). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart, Thieme
- Schrey-Dern, D. (2006a). Sprachfördermassnahmen in Deutschland: Chancen und Risiken für die Berufsgruppe der Logopäden. *Forum Logopädie* 45, 12-16
- Schrey-Dern, D. (2006b). Symposium Sprachförderung - Sprachtherapie. *Forum Logopädie* 45, 43
- Thyen, U. (2002). *Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein*. Kiel: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Wendlandt, W. (1991). *Muss das Kind in den Brunnen fallen?*. Z. Forum des Zentralverbandes für Logopädie e.V., 2, 15-18
- Wendlandt, W. (1995). *Sprachstörungen im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme