

Möglichkeiten und Grenzen der sprachtherapeutischen Intervention bei Kindern und jungen Erwachsenen mit Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen

Juliane Mühlhaus (Bochum/Dortmund), Susanne Wagner (Leipzig),
Kubitz (Leipzig)

Erschienen in: *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 5(3), 160-167

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag bietet einen Einblick in die sprachtherapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AVWS. Einführend werden die interdisziplinären Herausforderungen und ihre Auswirkungen auf die sprachtherapeutischen Handlungsmöglichkeiten dargestellt. Auf dieser Grundlage geben wir Anregungen für die Arbeit mit AVWS- Betroffenen im therapeutischen Alltag.

1. Einleitung

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) sind bislang nicht gut verstanden. Sie sind nicht eindeutig diagnostizierbar und es gibt keinen Goldstandard für die Therapie bzw. Förderung bei AVWS (Ptok et al. 2016; Beck et al. 2016, für Übersichten). Gleichzeitig existiert wenig Wissen über Veränderungen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung in der Kindheit sowie im Jugend- und Erwachsenenalter. Diese knappe Bestandsaufnahme umreißt die engen Grenzen und Herausforderungen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Störungen im Bereich der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung haben.

In diesem Beitrag soll es um die sprachtherapeutischen Fördermöglichkeiten gehen, die den Betroffenen trotz der engen Grenzen helfen. Wir werden vorstellen, welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wir kennen bzw. nutzen und welche Erfahrungen wir damit gemacht haben.

Ein Anfangsverdacht auf AVWS kann in jedem Lebensalter entstehen. Kinder fallen im Kindergarten auf, z.B. weil sie nicht oder inadäquat auf Ansprache reagieren. Bei Schulkindern wird der Verdacht auf eine AVWS oft geäußert, wenn Schulprobleme nicht durch (fehlende) Intelligenz oder Aufmerksamkeit erklärbar sind. Manche Jugendlichen und Erwachsenen werden aufmerksam, wenn sie bemerken, dass die Kommilitonen in einer Vorlesung *gleichzeitig* zuhören *und* mitschreiben können, während sie selber nur mitschreiben *oder* zuhören

können. Oft entsteht der Verdacht auf AVWS auch im Rahmen von Therapien, z.B. aufgrund von entwicklungsbedingten Sprachstörungen, bei denen gestörte Hörverarbeitungsprozesse als Ursache vermutet werden.

AVWS ist kein klar definiertes Störungsbild; das zeigen schon die verschiedenen Definitionen der US-amerikanischen, britischen und deutschen Fachgesellschaften (vgl. auch den Beitrag von Ptok et al. in diesem Heft). Umso wichtiger ist die individuelle Charakterisierung der beeinträchtigten auditiven Teilfunktionen einer jeden Person, bei der der Verdacht auf eine AVWS geäußert wird. Diese genaue individuelle Einschätzung sollte auf einer HNO-ärztlichen/pädaudiologischen Diagnostik basieren. Die ärztliche Diagnostik dient zum einen dem Ausschluss einer Schwerhörigkeit oder anderer organischer Ursache für die Hörprobleme und der Beschreibung von Begleiterkrankungen (Komorbiditäten). Zum anderen liefert sie natürlich – unter Hinzuziehung u.a. von psychologischer und sprachtherapeutischer Beurteilung – die AVWS-Diagnose und beschreibt die auffälligen auditiven Teilfunktionen (vgl. AVWS-Leitlinie, Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) 2015).

Um die *generelle* diagnostische Vorgehensweise gibt es wenig Diskussion (Ptok et al. 2016, 281), im Detail werden allerdings in den verschiedenen Zentren verschiedene Tests eingesetzt; ein Goldstandard oder eindeutige Kriterien für eine Diagnose „AVWS“ gibt es bislang nicht (vgl. Ptok et al. in diesem Heft). Und während es für Kinder bis ca. 10 Jahre zumindest einige normierte Tests für die AVWS-Diagnostik gibt, trifft dies für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene nicht zu. Der Einsatz der Kinder-AVWS-Test-Batterien bei Jugendlichen und Erwachsenen liefert zwar durchaus Ergebnisse, kann aber bei weitem keinen befriedigenden Zustand darstellen (Wagner et al. 2015). Für Menschen, die älter als 10 Jahre sind, existiert aufgrund fehlender normierter Testverfahren faktisch keine AVWS-Diagnostik.

Für die sprachtherapeutische Praxis bedeutet die beschriebene Situation, dass man es mit sehr heterogenen Ausgangsbedingungen zu tun hat: Ärztliche Diagnosen sind nur dann untereinander vergleichbar, wenn sie aus derselben Klinik oder Praxis stammen. Und der fehlende Konsens in Bezug auf die diagnostischen Kriterien führt zu einer hohen Varianz bei der Vergabe der Diagnose „AVWS“ und einer großen Heterogenität bei der Einschätzung der beeinträchtigten auditiven Teilfunktionen. Dass dies kein deutsches Phänomen ist, zeigte sich in einer australischen Untersuchung, bei der 150 Kinder mit einschlägigen Testverfahren untersucht wurden. Jedes Kind wurde dann anhand von 9 verschiedenen Diagnostik-Ansätzen

eingeschätzt. Je nachdem, nach welchem diagnostischen Ansatz die Kinder beurteilt wurden, hatten zwischen 7% und 96% der untersuchten Kinder AVWS (Wilson/ Arnott 2013).

Die aktuelle Evidenzlage in Diagnostik und Therapie der AVWS erschwert die evidenzbasierte Entscheidungsfindung (Lauer 2014b) in diesem Bereich und verlangt eine stets kritische Reflexion der eingesetzten Verfahren in Diagnostik und Therapie. Liegen bereits Einschätzungen zu den beeinträchtigten Teilfunktionen z.B. in Form des ärztlichen Briefes vor, so sollte deren Bewertung und Gewichtung kritisch überprüft werden (vgl. Brunner/ Hornberger 2007).

Die Anforderungen an die Diagnostik sind hoch und können nur durch ein interdisziplinäres Team erfüllt werden: Eine alleinige Diagnose AVWS ohne jegliche Beschreibung der eingeschränkten Teilfunktionen ist für die störungsspezifische Therapie nicht ausreichend (Lauer 2014b). Auch mögliche Komorbiditäten müssen sauber abgegrenzt und beschrieben sein.

Ein erster AVWS-Verdacht kann im Rahmen einer bereits geführten sprachtherapeutischen Behandlung entstehen, sobald neben den sprachlichen Auffälligkeiten auch die auditiven Leistungen beeinträchtigt erscheinen und somit eine AVWS mit dem Schwerpunkt „defizitäre auditiv-sprachliche Verarbeitung“ (vgl. AVWS-Leitlinie, DGPP 2015) vermutet werden kann. Ein solcher Verdacht sollte umgehend durch eine multidisziplinäre Diagnosestellung bestätigt werden (vgl. AVWS-Leitlinie, DGPP 2015). Durch Aufklärung und Beratung können die Betroffenen beim umfangreichen diagnostischen Prozess unterstützt werden. Oftmals liegen zwischen einer Verdachtsäußerung und der Diagnosestellung mehr als sechs Monate. Die Herausforderung für die Kolleginnen und Kollegen aus der sprachtherapeutischen Praxis besteht hier in der Verantwortung, eine störungsspezifische Behandlung anzubieten, obwohl noch keine bestätigte AVWS-Diagnose vorliegt. In dieser Zeit ist es besonders unterstützend, Kontakt zu den beteiligten Akteuren aufzunehmen und sich über den individuellen Fall auszutauschen.

2. Diagnostische Möglichkeiten in der Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen

Besteht im Rahmen der Sprachtherapie ein Verdacht auf eingeschränkte auditive Teilfunktionen, so können diese mit in der sprachtherapeutischen Praxis vorhandenen spezifischen normierten und standardisierten Testverfahren bereits gezielt überprüft werden und somit kann eine therapieorientierende Untersuchung stattfinden. Anamnestische Erhebungen durch Elternfragebögen (z.B. Fragebogen der DGPP: www.dgpp.de/Profi/Sources/FragAVWS.pdf [Zugriff: 01.06.2016]) können ergänzend hinzugezogen werden. Neben den anamnestischen Daten, den vom Patienten angegebenen Beeinträchtigungen und dem aktuellen Sprachent-

wicklungsstand beinhaltet eine erste orientierende sprachtherapeutische Diagnostik auch eine Auswahl an sprachgebundenen und sprachfreien Testverfahren (AVWS-Leitlinie, DGPP 2015). Eine gute Orientierung bieten Tests aus den drei Bereichen, die eine hohe Sensitivität für eine AVWS aufweisen (Nickisch/ Kiese-Himmel 2009; Nickisch/ Oberle 2002): Tests zur (1) Hörmerkspanne, (2) Diskriminations- und Identifikationsleistung sowie (3) Selektion. Diese Überprüfung ist als Screening zu verstehen. Ebenfalls hat sich für Kinder im Vorschul- und frühen Schulalter (5-8-Jährige) der Einsatz des Screenings nach Lauer (2014a) als gute Möglichkeit erwiesen, eine begründete Verdachtsdiagnose zu stellen. Für Jugendliche und Erwachsene muss überwiegend auf das für Kinder entwickelte Testmaterial zurückgegriffen werden, da in der Regel keine Normdaten für sie zur Verfügung stehen. Die Bewertung der Ergebnisse muss entsprechend zurückhaltend und äußerst kritisch erfolgen.

Bereits während des umfangreichen interdisziplinären Diagnostikprozesses ist die kontinuierliche Beratung und Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen und Erziehern bzw. Lehrern zentraler Bestandteil der Therapie, um entstehenden Unsicherheiten vorzubeugen. Auch die Zusammenarbeit und der Austausch mit den diagnostizierenden Einrichtungen haben sich als sehr hilfreich erwiesen.

3. Sprachtherapeutische Interventionen bei Kindern mit AVWS

Im Bereich der sprachtherapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei AVWS zeigt sich nur eine schwache Evidenzlage (vgl. AVWS-Leitlinie, DGPP 2015 und Lauer 2014b). Die aktuelle AVWS-Leitlinie kann bei der eigenen evidenzbasierten Entscheidungsfindung für eine geeignete Therapie unterstützen, kann jedoch aufgrund der oft widersprüchlichen Evidenzlage nicht allein herangezogen werden. So werden die hier vorgestellten Methoden und Vorgehensweisen stets kritisch reflektiert und spiegeln die Erfahrungen ausgewählter Fälle wider.

3.1. Beratung

Sobald der Verdacht auf eine AVWS geäußert wird, finden Beratungsgespräche mit Kind und Eltern statt. Dabei wird über das Störungsbild aufgeklärt und der interdisziplinäre Diagnostikprozess erläutert. Eine Hilfestellung im Rahmen der Beratung kann eine visuelle Darstellung der umfangreichen diagnostischen Wege sein (siehe Abbildung 1). Bereits in diesem Stadium werden auch die individuellen Symptome, die durch standardisierte Tests, anamnestischen Daten und Verhaltensbeobachtungen identifiziert werden konnten, an konkreten Beispielen besprochen. Ebenso werden Maßnahmen und Hilfestellungen vorgestellt, die eine (Hör-)Entlastung für das betroffene Kind bedeuten können. Gemeinsam werden die als schwierig empfundenen (Hör-)Situationen im häuslichen sowie (vor-)schulischen Alltag einzeln identi-

fiziert und analysiert, um sowohl kurzfristige als auch mittel- und langfristige Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Welche das im Einzelnen sind, wird in den Abschnitten „Modifikation der Hörumgebung“ und „Übungen zur Verbesserung der auditiven Leistungen“ näher beschrieben. Sobald eine gesicherte Diagnose vorliegt, werden neben Kind und Eltern alle wesentlichen Bezugspersonen informiert, so dass eine Modifikation der Hörumgebung ebenso umgesetzt werden kann wie Maßnahmen im Bereich Kompensation und Metakognition. Dem Kind und den Eltern werden Therapie- und Fördermöglichkeiten anhand der nun gesicherten eingeschränkten Teilfunktionen vorgestellt und vorliegende Stärken als potentielle Ressourcen aufgezeigt.

Abbildung 1 hier

Abbildung 1: Diagnostische Wege bei Verdacht auf AVWS (vgl. AVWS- Leitlinie DGPP 2015)

3.2. Modifikation der Hörumgebung

Die Optimierung der Hörumgebung leistet einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der Höranstrengung. Eine gute Raumakustik (Nachhallzeit $<0,4$ sec.) sowie die Minimierung von Störschall wirken sich auf alle Kommunikationspartner positiv aus. Bei herabgesetzter auditiver Aufmerksamkeit und/oder eingeschränktem Selektionsvermögen ist es für Menschen mit einer AVWS jedoch besonders wichtig, möglichst optimale Hörbedingungen vorzufinden. Das Anbringen von Akustikdecken, Bildern, Projektions-/Präsentationsflächen aus schallabsorbierenden Materialien sind im Sinne einer guten Raumakustik häufig sehr empfehlenswert. Filzgleiter an Tischen, Stühlen, sonstigen beweglichen Möbeln und Gegenständen minimieren den Störschall, welcher im Sinne der Betroffenen so gering wie möglich sein sollte. Dazu leisten auch schallisolierte Fenster und Türen, trittschallarmer Bodenbelag sowie elektrische Geräte mit geringem Eigenrauschen einen wichtigen Beitrag. Auch außerhalb von Spiel-, Arbeits- und Klassenräumen sollte es Räume bzw. Rückzugsmöglichkeiten geben, die für „Hörpausen“ genutzt werden können.

Technische Hilfen können eingesetzt werden, um eine schlechte Raumakustik zu kompensieren und die Prägnanz der Sprecherstimme zu erhöhen (z. B. SoundField Anlagen). Darüber hinaus kann mittels Frequenzmodulations-Anlagen (FM-Anlagen) erreicht werden, dass die Stimme eines bzw. mehrerer Sprecher/s zum Beispiel über ein Hörgerät direkt vom Hörer

empfangen werden kann und Nebengeräusche deutlich reduziert wahrgenommen werden. Ob und in welcher Form der Einsatz von Technik sinnvoll ist, sollte immer mit dem Betroffenen gemeinsam erarbeitet und diskutiert werden. Nur wenn die Nutzung der technischen Hilfen auf Freiwilligkeit basiert und auch die Kommunikationspartner der Technik offen gegenüberstehen, wird sie für den von AVWS betroffenen Menschen nutzbringend sein. Eine professionelle Begleitung von Anpassungs-/Gewöhnungsprozessen erscheint in diesem Zusammenhang sehr sinnvoll.

3.3. Übungen zur Verbesserung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung

Lauer (2014b) fasst zusammen, dass die derzeitige Evidenzlage aufgrund fehlender hochqualitativer Studien, die die Effektivität eingesetzter Therapieverfahren überprüfen, unzureichend ist. Aufgrund zum Teil widersprüchlicher Studienergebnisse werden in der sprachtherapeutischen Praxis - orientierend an der AVWS-Leitlinie (DGPP 2015) - störungsspezifische Übungen durchgeführt und Kompensationsstrategien erarbeitet. Ziel der übenden Verfahren ist sowohl die gezielte und systematische Behandlung der beeinträchtigten auditiven Teilfunktionen unter Berücksichtigung eines bottom-up-Trainings als auch die Erarbeitung kompensatorischer und metakognitiver Strategien, die als top-down Strategien zu verstehen sind. In der sprachtherapeutischen Praxis tritt eine AVWS nur selten als isoliertes Störungsbild, sondern überwiegend im Rahmen umschriebener Sprachentwicklungsstörungen auf. Aufgrund dessen ist das Training auditiver Teilfunktionen ein fester Bestandteil der Therapiestunde, jedoch nicht der einzige. Auf Basis vorhandener Evidenzen und den Empfehlungen der Experten (AVWS-Leitlinie, DGPP 2015) folgend, wird auf den Einsatz von Verfahren mit sprachfreien Items verzichtet.

3.3.1. Übende Verfahren

Für die sprachtherapeutische Praxis bedeuten die zum Teil widersprüchlichen Studienergebnisse, dass die einzusetzenden Verfahren systematisch aufgebaut und die Ergebnisse kritisch überprüft und ggf. modifiziert werden müssen. Für die erforderliche Strukturierung der zu übenden auditiven Teilfunktionen können die Therapiekonzepte von Lauer (2014a) oder Burger-Gartner und Heber (2011) für den Vorschul- und frühen Grundschulbereich sowie Nickisch, Heber und Burger-Gartner (2016) für den Schulbereich angewendet werden. In beiden Konzepten sind die umfangreichen Material- und Ideensammlungen nach auditiven Teilfunktionen gegliedert, so dass mit Hilfe der Ergebnisse aus der ersten therapieorientierenden Diagnostik eine auf das individuelle Leistungsprofil des Kindes abgestimmte Therapie stattfinden kann. Beide Konzepte ermöglichen eine systematische Evaluation der trainierten Teil-

funktionen. Das modellgeleitete, teilfunktionsorientierte Therapiekonzept nach Lauer (2014a) beinhaltet sprachliche und nicht-sprachliche Ebenen mit je zehn aufeinander aufbauenden Übungsvorschlägen pro Teilfunktion und entsprechend vorgegebenen Hilfestufen. Auch auf die Steigerung der Schwierigkeitsgrade wird eingegangen. Eine Standardisierung wird durch eine genaue Beschreibung der Durchführung und vorgegebene Instruktion erreicht. Die nächste Stufe wird trainiert, wenn 90% der Übungsisems aus der vorangegangenen Stufe korrekt ausgeführt werden. In Tabelle 1 ist eine mögliche Systematik in Anlehnung an das Therapiekonzept nach Lauer beispielhaft aufgeführt. Ergänzend dazu ist die computergestützte Therapie relevanter auditiver Teilfunktionen, wie z. B. das Hören im Störgeräusch und das dichotische Hören, unverzichtbar und ermöglicht neben einer hierarchischen Strukturierung der Stimuli auch die Einstellung unterschiedlicher Schwierigkeitsstufen. Auch bei den einzusetzenden PC-Programmen werden die Ergebnisse des Patienten/der Patientin systematisch erfasst und können entsprechen dokumentiert und verwaltet werden. Das Computerprogramm AudioLog 4 (Flexoft TherapieSoftware) eignet sich hervorragend für ein systematisches und individuelles Training der auditiven Teilfunktionen.

Tabelle 1 hier

---- Tabelle 1: Beispiel zur systematischen Dokumentation der trainierten auditiven Teilfunktion *dichotisches Hören*.

3.3.2. Kompensatorische und metakognitive Verfahren

Kompensatorische und metakognitive Verfahren werden ebenfalls in der Sprachtherapie eingesetzt, jedoch sollen anfänglich angebotene visuelle und taktil-kinästhetische Hilfen im Verlauf der Übungstherapie schrittweise abgebaut werden. Im Gegensatz dazu werden Eltern sowie Pädagogen und Pädagoginnen angehalten, diese Verfahren in der häuslichen bzw. (vor-)schulischen Umgebung einzusetzen. Dazu zählen visuelle Hilfen, taktil-kinästhetische oder rhythmisch-motorische Elemente sowie metakognitive Verfahren und didaktische Maßnahmen. Eine kleine Auswahl zu diesen kompensatorischen Möglichkeiten ist in Tabelle 2 dargestellt (vgl. auch Lindauer et al. 2009).

Tabelle 2 hier

Tabelle 2: Beispiele kompensatorischer Verfahren.

4. Besonderheiten sprachtherapeutischer Interventionen bei Jugendlichen mit AVWS

Dass die Symptome einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung nicht nur im Kindesalter auftreten, sondern bei Jugendlichen bzw. Erwachsenen persistieren, zeigt sich auch im therapeutischen Alltag. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich insbesondere auf die sprachtherapeutischen Erfahrungen mit jungen Menschen mit einer AVWS, welche ihre Berufsvorbereitung bzw. -ausbildung am Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte (BBW Leipzig) absolvieren. In der Arbeit mit Jugendlichen der Altersspanne zwischen 15 – 25 Jahren geht es vor allem darum, gemeinsam ein Verständnis für das Störungsbild zu entwickeln und die individuellen Auswirkungen in den verschiedenen Lebensbereichen der jungen Menschen zu benennen bzw. zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage werden die Therapieschwerpunkte festgelegt. Bei der Therapieplanung und -durchführung lohnt es sich immer wieder sicherzustellen, dass für den jungen Menschen eine Alltagsrelevanz erkennbar ist.

4.1. Beratung

Zu Beginn der sprachtherapeutischen Arbeit gilt es herauszufinden, welches Wissen der/die Jugendliche über die AVWS hat und wie stark der Leidensdruck ausgeprägt ist. Wir beleuchten die verschiedenen Lebensbereiche, halten fest, in welchen Bereichen Schwierigkeiten auftreten und prüfen einen möglichen Zusammenhang mit dem Störungsbild. Vorliegende Gutachten werden besprochen und ggf. ausgewertet, da die Praxis zeigt, dass den Jugendlichen die Inhalte mehrheitlich nicht bekannt bzw. verständlich sind. Wenn sich jedoch ein Grundverständnis über das individuelle Erscheinungsbild der AVWS entwickelt, erhöht sich die Chance, dass die Jugendlichen perspektivisch eigenverantwortlich Kommunikationssituationen gestalten und den Kommunikationspartnern ihre speziellen Einschränkungen erklären können.

Um die Therapie individuell planen zu können, ist die Analyse der alltäglichen Hörsituationen der Jugendlichen wichtig. In den Bereichen *Berufsschule*, *Ausbildung* und *Freizeit* werden gemeinsam die in Abbildung 2 aufgeführten Einflussfaktoren als Förderfaktoren bzw. Barrieren identifiziert.

hier Abbildung 2

Abbildung 2: Zu identifizierende Einflussfaktoren als Förderfaktoren oder Barrieren in den Bereichen *Berufsschule, Ausbildung* und *Freizeit*.

Die Erkenntnisse, die sich sowohl für den Therapeuten und meist auch für den betroffenen Jugendlichen ergeben, münden direkt in die Therapieplanung. Oftmals erleichtern schon kleine Veränderungen den Alltag in den verschiedenen Lebensbereichen (z. B. die Veränderung der Sitzposition). Andere Maßnahmen (z. B. der Einsatz technischer Hilfsmittel) müssen mittel- bzw. langfristig geplant und umgesetzt werden.

4.2 Modifikation der Hörumgebung

Auf der Grundlage der Hörsituationsanalyse werden die Einflussfaktoren auf die akustische Situation in den verschiedenen Lebensbereichen näher beleuchtet und ggf. Veränderungsprozesse initiiert. Dies setzt ein Grundverständnis über individuelle besondere Bedürfnisse voraus. Die Jugendlichen sollten sie verbalisieren können, um sie in Kommunikationssituationen entsprechend einzufordern. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Jugendlichen für das Gelingen oder Misslingen von Kommunikation allein verantwortlich sind, sondern eine Bereitschaft auf Seiten des Umfeldes besteht sollte, optimale Rahmenbedingungen für den betroffenen Jugendlichen zu schaffen. Die konkrete Umsetzung orientiert sich an den unter 3.2 beschriebenen Modifikationsmöglichkeiten der Hörumgebung. Ziel ist es hier, den Jugendlichen zunächst bewusst zu machen, dass sie Verantwortung für die Gestaltung von Kommunikationssituationen übernehmen können/sollten. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diesen Prozess Schritt für Schritt zu begleiten.

4.3 Übungen zur Verbesserung der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung

Im Rahmen von symptomorientierten Therapieanteilen werden ausgehend von den diagnostischen Informationen und den Angaben der Jugendlichen Übungen zur Verbesserung der betroffenen Teilfunktionen durchgeführt und Kompensationsmöglichkeiten in konkreten Kommunikationssituationen erarbeitet und geübt.

4.3.1. Übende Verfahren

Um einen Überblick über die im Rahmen von sprachtherapeutischen Interventionen zu verbessernden Fähigkeiten zu bekommen, sei an dieser Stelle auf die S1- Leitlinie „Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (AVWS-Leitlinie, DGPP 2015, 58f.) sowie auf die Ausführungen unter 3.3.1 verwiesen. Da Jugendliche mit Störungen in der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung

häufig besondere Schwierigkeiten bei der Trennung von Nutz- und Störschall beschreiben, werden im Folgenden dahingehend Therapiemöglichkeiten exemplarisch beschrieben. Am Anfang steht auch hier die Analyse der Hörsituationen in verschiedenen Bereichen (Schule, Ausbildung, Freizeit). Störgeräusche werden konkret benannt und entsprechend der Störintensität gewichtet. Beginnend von mehrsilbigen bis hin zu einsilbigen Wörtern und Zahlen werden später Wortgruppen, Sätze und Texte unter Störgeräuschen präsentiert. Die Auswahl der Störgeräusche erfolgt entsprechend den Angaben der Jugendlichen zur Störintensität, die sehr unterschiedlich wahrgenommen werden kann. So wird von einer Person eher Maschinenlärm, von einer anderen Person vorwiegend einzelne oder sich überlagernde Stimmen als störend wahrgenommen. Entsprechend des gewünschten Schwierigkeitsgrades werden zum einen das zu identifizierende Wortmaterial und zum anderen die Qualität der Störgeräusche (Art und Lautstärke) angepasst und variiert. In diesem Zusammenhang gilt es auch herauszuarbeiten, ob die vorangestellte, gleichzeitige oder nachträgliche Vorlage des Wort-/Textmaterials für den Betroffenen eine Unterstützung oder zusätzliche Ablenkung darstellt. Die Störgeräusche werden im Therapieraum vom Therapeuten selbst bzw. durch Tonträger, Radio, Computer (z. B. Abspielen von Beiträgen aus Mediatheken) erzeugt. Um den Alltagsbezug herzustellen, werden im Therapieverlauf konkrete Orte mit entsprechendem Störschall aufgesucht, um unter realen Bedingungen zu üben.

4.3.2 Kompensatorische und metakognitive Verfahren

Die in Tabelle 2 dargestellten Verfahren und Methoden werden auch von Jugendlichen genutzt. An dieser Stelle sei erneut darauf verwiesen, dass ihr Einsatz nur dann sinnvoll ist, wenn sie auf das individuelle Erscheinungsbild bzw. den Ausprägungsgrad der AVWS abgestimmt sind (zu individuellen Ausprägungen vgl. Bellis 2011). In der Arbeit mit den Jugendlichen hat sich gezeigt, dass für den Erfolg von Kommunikationssituationen die Kommunikationsdisziplin eine wichtige Rolle spielt. Daher sollte vereinbart und darauf geachtet werden, dass immer nur eine Person mit gut sichtbarem Mundbild spricht und Redebeiträge laut und deutlich geäußert werden. Besonders wichtige Redebeiträge oder Themenwechsel sollten hervorgehoben und ggf. visualisiert werden. Zeitgleiches Zuhören und Schreiben stellt für viele Betroffene eine besondere Herausforderung dar, weshalb die Möglichkeit zum Kopieren von Mitschriften anderer Schüler oder das Bereitstellen von schriftlichen Unterrichtszusammenfassungen durch den Lehrer hilfreich sein können.

Auf der Basis des Wissens über die individuellen Auswirkungen der AVWS sollten die Jugendlichen im Idealfall in der Lage sein, selbständig Störfaktoren in der Kommunikation zu identifizieren, aktiv Kommunikationssituationen zu gestalten und ggf. technische Hilfsmittel

zu nutzen. Auch wenn in den Therapiesituationen immer wieder anspruchsvolle Hörsituationen simuliert und die entsprechenden Kompensationsmöglichkeiten ganz praktisch geübt werden, ist der Transfer, auch bei diesem Störungsbild, oftmals der schwierigste aber entscheidende Teil der Therapie. Durch die Verzahnung der drei Lernorte *Ausbildung, Berufsschule* und *Wohnen* ist es am BBW Leipzig sehr gut möglich, den Transfer vorzubereiten und zu unterstützen. Häufig ist anfänglich eine sehr intensive Begleitung notwendig, um die Arbeit aus dem Therapieraum in die Werkstatt oder in das Klassenzimmer zu transferieren. So werden beispielsweise kleine Informationseinheiten zur individuellen AVWS der Jugendlichen und zu Wünschen an die Kommunikationspartner erarbeitet, welche von den Betroffenen an Mitschüler, Freunde und weitere Bezugspersonen weitergegeben werden können. Um auf die verschiedenen Kommunikationssituationen vorzubereiten, werden diese nach Möglichkeit aufgesucht, um wieder kurze Hörsituationsanalysen durchzuführen. Da die Förderfaktoren und Barrieren häufig immer wieder gleich oder ähnlich sind, fällt diese Analyse den Jugendlichen im Verlauf immer leichter. Die entsprechenden Veränderungswünsche werden benannt, um sie später an die Kommunikationspartner weitergeben zu können. In Abhängigkeit von der Persönlichkeit und den Wünschen führen die Jugendlichen das in-vivo- Training zunächst mit dem Therapeuten oder in Form von Therapieaufgaben allein durch und bringen die Erfahrungen mit in die nächste Therapiestunde.

Auch wenn die Jugendlichen das Bewusstsein haben, dass sie für den Erfolg von Kommunikationssituationen selbst Verantwortung tragen und ihnen ein individuelles Handlungsrepertoire zu Verfügung steht, brauchen sie Kommunikationspartner, die ihnen Verständnis und Offenheit für kreative Kompensationsideen entgegenbringen.

4. Ausblick

Mit diesem Beitrag möchten wir aufzeigen, dass im Bereich AVWS trotz teils widersprüchlicher Evidenzlage und weiterhin bestehendem Forschungsbedarf der Anspruch zur Umsetzung der evidenzbasierten Praxis besteht. Bei der klinischen, wissenschaftlich begründeten Entscheidung zur Behandlung haben die eigene fachliche Expertise und die Präferenzen jedes einzelnen Patienten einen gleichwertig zu betrachtenden Einfluss. Dazu zählt, dass wir unsere Patienten umfangreich informieren, an der klinischen Entscheidung beteiligen und die Therapieergebnisse gemeinsam besprechen. Ebenso ist es erforderlich - bei dieser noch unzureichenden Evidenzlage - dass wir uns fachlich mit Kolleginnen und Kollegen in Fortbildungen, Netzwerken und Arbeitsgruppen austauschen, um das Ziel der bestmöglichen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für unsere Patienten erreichen zu können.

Literaturverzeichnis

- Beck, Douglas L.; Clarke, Jackie L.; Moore, David R. (2016): Contemporary Issues in Auditory Processing Disorders: 2016 (Hearing Review, 23(4):22). Online verfügbar unter <http://www.hearingreview.com/2016/03/contemporary-issues-auditory-processing-disorders-2016/>, (19.05.2016).
- Bellis, Teri J. (2011): Assessment and Management of Auditory Processing Disorders in the Educational Setting. From Science to Practice. San Diego: Plural Publishing.
- Burger-Gartner, J. & Heber, D. (2011). Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen bei Vorschulkindern. (5. Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Brunner, M.; Hornberger, C. (2007): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS). Drei Thesen zur Diagnosestellung und Therapie. In: *HNO* 55, S. 331-332.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) (2015): Leitlinie Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, (12.06.2016).
- Flexoft: Softwareentwicklung und -vertrieb für Therapie und Sonderpädagogik. AudioLog. Version 4. Computerprogramm zur Förderung der auditiven Funktionen. Berlin.
- Lauer, N. (2014a). Auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter. (4. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Lauer, N. (2014b): Evidenzbasierte Betrachtung auditiver Verarbeitungsstörungen. Ein Überblick über AVS und die aktuelle Evidenzlage. In: *Forum Logopädie* 28 (1), S. 6-14.
- Lindauer, M., Girardet, U., Reul, J., Rudat, A. (2009). Schülerinnen und Schüler mit Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Edition Bentheim: Würzburg.
- Nickisch, A., Heber, D. und Burger-Gartner, J. (2016). Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bei Schulkindern. Diagnostik und Therapie. (5. Auflage). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Nickisch, A. und Kiese-Himmel, C. (2009): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsleistungen 8- bis 10-Jähriger: Welche Tests trennen auffällige von unauffälligen Kindern? *Laryngorhinootologie* 88, S. 469-476.
- Nickisch, A. und Oberle, D. (2002): Analyse von Testprofilen bei auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. In: Kruse, E. & Gross, M. (Hrsg). Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte 2002/2003 (S. 327-331). Heidelberg: Median-Verlag.
- Ptok, M.; Miller, S.; Kühn, D. (2016): Diagnostik auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen bei Kindern. In: *HNO* 64 (4), S. 271–286.
- Wagner, Susanne; Rinneberg-Schmidt, Lissy; Franke, Grit; Fuchs, Michael; Peter, Birke; Meuret, Sylvia (2015): AVWS-Diagnostik bei Jugendlichen. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V. Online verfügbar unter <http://www.egms.de/static/en/meetings/dgpp2015/15dgpp55.shtml>, (20.05.2016).
- Wilson, W. J.; Arnott, W. (2013): Using Different Criteria to Diagnose (Central) Auditory Processing Disorder: How Big a Difference Does It Make? In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 56 (1), S. 63–70.

Autorinnen

Juliane Mühlhaus, Dr. rer. medic.
Dipl.-Logopädin
Hochschule für Gesundheit
Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Studienbereich Logopädie
Gesundheitscampus 6-8
44801 Bochum
juliane.muehlhaus@hs-gesundheit.de
und
Technische Universität Dortmund
Fakultät für Rehabilitationswissenschaften
Fachgebiet Sprache und Kommunikation
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund

Susanne Wagner, Dr. phil.
Berufsbildungswerk Leipzig gGmbH
Bereich Forschung
Knautnaundorfer Str. 4
04229 Leipzig
wagner.susanne@bbw-leipzig.de

Katharina Kubitz, Dipl. Sprechwissenschaftlerin
Berufsbildungswerk Leipzig gGmbH
Diagnostik- und Beratungszentrum
Logopädischer Fachdienst
Knautnaundorfer Str. 4
04229 Leipzig
kubitz.katharina@bbw-leipzig.de