

A p h a S I E

Aphasie
ERWORBENE
SPRACHBEHINDERUNG

„SCHULE
WAR MAL
KEIN
PROBLEM“

RATGEBER

KINDER MIT
SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA
UND APHASIE
IN DER SCHULE



Bundesverband
für die Rehabilitation
der Aphasiker e.V.



Zentrales
Nerven
System
Hannelore
Kohl Stiftung

INHALT

HERAUSGEBER



ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
Rochusstraße 24
53123 Bonn
Telefon: 0228/97 84 50
Fax: 0228/97 84 555
info@hannelore-kohl-stiftung
www.hannelore-kohl-stiftung.de

und



Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.
Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Telefon: 0931/25 01 30-0
Fax: 0931/25 01 30-39
info@aphasiker.de
www.aphasiker.de
www.aphasiker-kinder.de

© 2010 Gewerbliche Nutzung, Reproduktion, Veröffentlichung nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.
Autorin: Melanie Kubandt, Projektleitung „Beschulung aphasischer Kinder“
Printed in Germany
2013, II. überarbeitete Auflage

I. APHASIE – EINE EINFÜHRUNG	4
II. URSACHEN	6
III. SYMPTOME UND BEGLEITERSCHEINUNGEN	11
IV. NEUROPSYCHOLOGISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN	14
V. DIAGNOSTIK UND THERAPIE	18
VI. FOLGEN DER APHASIEN	22
VII. APHASIE IM KONTEXT SCHULE	29
VIII. APHASIE UND BERUFLICHE (RE)INTEGRATION	47
IX. ANTWORTEN AUF DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN	50
NÜTZLICHE KONTAKTADRESSEN	55
LITERATUREMPFEHLUNGEN	58

HINWEIS UND DANKESCHÖN

Die Originalzitate der betroffenen Kinder und deren Eltern entstanden im Rahmen der Projekte „Hilfen für Kinder mit Aphasie“ und „Beschulung aphasischer Kinder“. Die Bilder entstammen zum Teil aus dem Projekt „Beschulung aphasischer Kinder“. Die Fallgeschichten wurden freundlicherweise von Barbara Benz, klinische Neuropsychologin (GNP), zur Verfügung gestellt.

I. APHASIE – EINE EINFÜHRUNG

Nach einer Schätzung des Bundesverbands für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. erleiden bis zum Alter von 15 Jahren in Deutschland etwa 3.000 Kinder und Jugendliche jährlich eine Aphasie. Wissenschaftlich gesicherte Informationen zur Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr (Inzidenzrate) und der Gesamtanzahl aphasischer Kinder und Jugendlicher in Deutschland (Prävalenzrate) gibt es bisher nicht. Man vermutet, dass es sich bei den Aphasien im Kindes- und Jugendalter um ein häufig nicht erkanntes bzw. wenig berücksichtigtes Phänomen handelt. Daher muss von einer höheren Anzahl an Betroffenen ausgegangen werden.

Definition

Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist eine **erworbene Sprachbehinderung**, die infolge einer **Schädigung des Gehirns**, z. B. durch Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Tumor oder entzündliche Erkrankungen (z. B. Hirnhautentzündungen) in unterschiedlicher Ausprägung auftreten kann.

Bei einer Aphasie können alle vier sprachlichen Modalitäten, d.h. Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen betroffen sein. In der Literatur herrscht bezüglich der kindlichen Aphasie keine Einigkeit über die Alterseingrenzung. Die meisten Fachleute sprechen erst

ab ca. zwei Jahren von einer kindlichen Aphasie, wenn der Spracherwerb auf Wortebene bereits eingesetzt hat. Hirnschädigungen, die vor diesem Alter auftreten, können ebenfalls sprachliche Beeinträchtigungen verursachen. So betroffene Kinder sind meist von Beginn an nicht in der Lage eine normale Sprachentwicklung zu durchlaufen. Davon ist die Aphasie abzugrenzen.

„Sprechen empfindest du nicht, es ist normal wie du redest, es fällt einem nicht auf, ob man Aphasie hat oder nicht.“

Elena, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Eine Aphasie ist keine Sprachentwicklungsstörung!

Auch Kinder, die die Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen haben, können also eine Aphasie erleiden. Es muss jedoch beachtet werden, dass es sich bei einer Aphasie immer um einen **Abbau oder Verlust vorhandener Sprachfunktionen** handelt. Darin zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zu Sprachentwicklungsstörungen:

1. Aphasien treten nach bzw. während eines zunächst normal verlaufenden Spracherwerbs ein

2. Aphasien sind die Folge eines klar umschriebenen Ereignisses

Aber auch Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung können unvermittelt eine Hirnschädigung erleiden und damit zusätzlich eine Aphasie bekommen. Dann ist es sehr schwierig zwischen einer Sprachentwicklungsstörung und einer Aphasie zu unterscheiden.

Da vielen Fachleuten der Begriff der kindlichen Aphasie nicht bekannt ist, bekommen viele aphasische Kinder nicht die richtige Diagnose. Häufig findet man die Diagnose „Sprachentwicklungsstörungen nach Schädelhirnverletzung“. Diese Bezeichnung ist jedoch irreführend, da der Begriff der Sprachentwicklungsstörung diagnostisch bereits anders definiert ist.

Unterscheidung der Aphasie bei Kindern und Erwachsenen

Aphasien bei Kindern unterscheiden sich von denen bei Erwachsenen vor allem dadurch, dass die häufigsten Ursachen Schädel-Hirn-Traumata (SHT) sind und sie meist vor abgeschlossenem Spracherwerb eintreten. Im Gegensatz dazu sind Aphasien bei Erwachsenen zu ca. 80 % Folge einer Durchblutungsstörung, d. h. die Folge eines Schlaganfalls. Auch im Erscheinungsbild gibt es Unterschiede. Der größte Unterschied ist jedoch, dass Kinder im Vergleich zu Erwachsenen noch

mittlen in ihrer Entwicklung sind. Das heißt, neben dem Verlust von sprachlichen Fähigkeiten, müssen betroffene Kinder sich ständig weiterentwickeln und neue Fähigkeiten neben der verlorenen Sprache dazulernen. Dies ist eine große Herausforderung an die jungen Patienten und sollte bestmöglich und frühzeitig unterstützt werden.

„Das Wort Aphasie habe ich zum ersten Mal in der Intensiv-Station gehört, nachdem ein Arzt nach dem Aufwachen aus dem Koma dies diagnostizierte. Ich bin dann in die Fachbuchhandlung in der Klinik gegangen und habe in Büchern nachgeschaut. Dort habe ich dann gestanden und versucht zu begreifen, was es bedeutet.“

Monika B., Mutter der betroffenen Elena

Unterscheidung der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen

Da bei Jugendlichen Aphasien erst nach erfolgtem Spracherwerb auftreten und somit in einigen Aspekten den Aphasien bei Erwachsenen ähnlicher sind, werden sie in Forschung, Diagnostik und Therapie von Aphasien im Kindesalter unterschieden. Im Bereich der Selbsthilfe werden Kinder und Jugendliche hingegen vorwiegend gemeinsam betrachtet. Dies begründet sich in ähnlichen

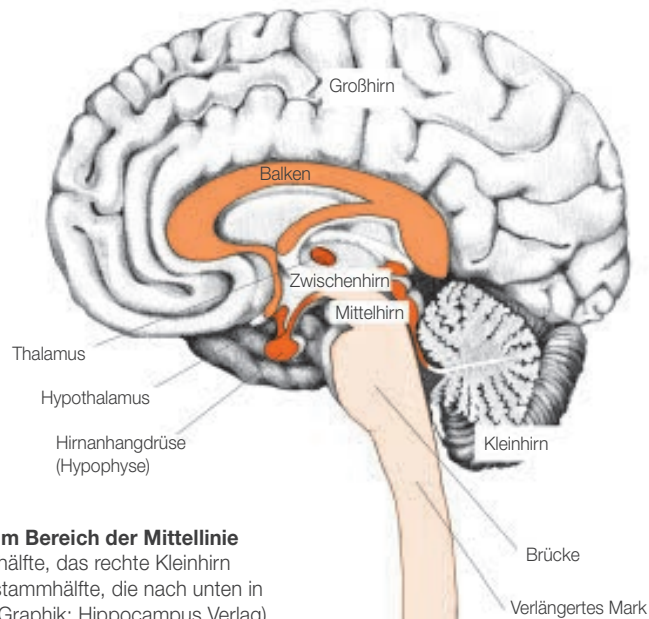
lebensweltlichen Bedingungen, wie familiäres Leben und schulische Bildung, an denen die Hilfen und Angebote der Selbsthilfe anknüpfen.

Gerade im psychosozialen Bereich hat die Aphasie große Auswirkungen auf das Kind bzw. den Jugendlichen und dessen Angehörigen. Die Sprache versagt ihren Dienst, Freunde ziehen sich zurück, der Betroffene wird häufig aggressiv oder depressiv. Eltern und Angehörige sind oftmals hilflos. Daher ist es besonders wichtig, dass Familien über Aphasie und ihre Folgen aufgeklärt sind,

damit sie unnötige Schwierigkeiten und Wege vermeiden können.

Die Aufklärung von Familien ist auch insofern wichtig, da sie oftmals als „Experten in eigener Sache“ gefragt sind. Denn viele Fachleute kennen bis heute das Phänomen „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“ nicht. Das liegt vor allem daran, dass man lange Zeit per Definition festgelegt hat, dass eine Aphasie erst auftreten kann, wenn die Sprache vollständig erworben ist und sich die Kinder nicht mehr in der (Sprach-)Entwicklung befinden. Dies entspricht aber nicht der Wirklichkeit.

II. URSACHEN



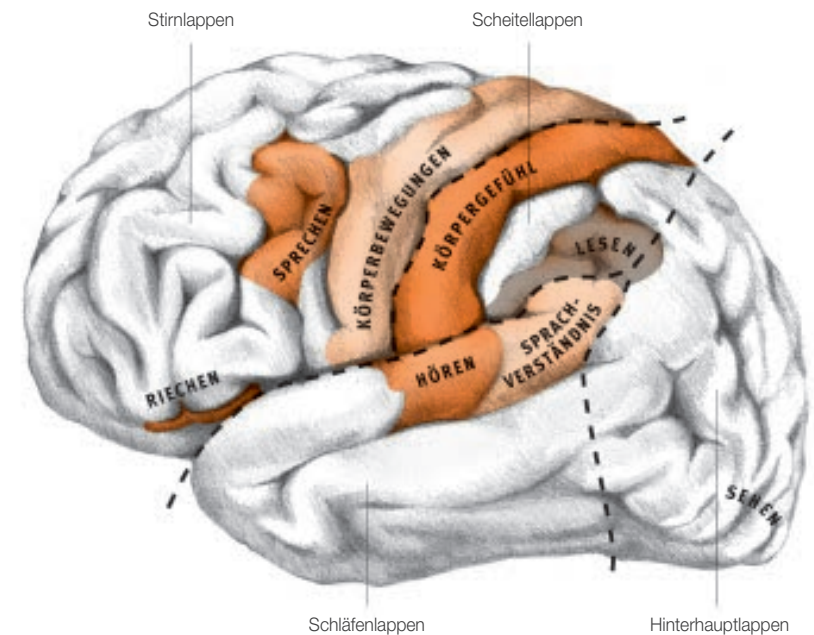
Schnitt durch das Gehirn im Bereich der Mittellinie
Blick auf die rechte Großhirnhälfte, das rechte Kleinhirn und die entsprechende Hirnstammhälfte, die nach unten in das Rückenmark übergeht. (Graphik: Hippocampus Verlag)

Um zu verstehen, welche Auswirkungen eine Schädigung auf die Gehirnfunktionen haben kann, ist es sinnvoll sich vorher mit dem Gehirn auseinander zu setzen.

Das Gehirn

Das Gehirn ist ein komplex aufgebautes Speicher-, Informations-, Steuerungs- und Arbeitszentrum mit unterschiedlichen Einzelfunktionen, die als Nervennetzwerk zusammenwirken.

Jede Nervenzelle (Neuron) ist mit benachbarten oder auch entfernten Zellen bis zu 10.000-mal durch Kontaktpunkte (Synapsen) verbunden. An diesen Synapsen erfolgt die Übertragung von Impulsen durch Botenstoffe. Das Gehirn ist somit die Schaltzentrale für alles, was wir tun, erleben, denken oder fühlen. Durch den Schädelknochen ist es in ganz besonderer Weise vor Verletzungen geschützt. Darunter befinden sich die Hirnhäute, welche das gesamte



Wichtige Rindengebiete der linken Großhirnhälfte im seitlichen Anblick

Im hinteren Frontallappen liegt das für Körperbewegungen zuständige motorische Primärfeld. Im mittleren Frontallappen befinden sich das für das Sprechen zuständige Hirnrindengebiet (Broca-Areal) und die für die Geruchswahrnehmung verantwortliche Riechrinde. Im Schläfenlappen sind die Hörrinde und das für das Sprachverständnis zuständige Hirnrindengebiet (Wernicke-Areal) zu sehen. Für das Lesen ist ein Hirnareal zwischen Scheitel-, Schläfen- und Hinterhauptlappen von zentraler Bedeutung (Gyrus angularis). (Graphik: Hippocampus Verlag)

Gehirn und Rückenmark umhüllen. Diese sind mit einer Flüssigkeit (Gehirnwasser) gefüllt, um es vor Erschütterungen zu schützen.

Es ist üblich, bestimmten Teilen des Gehirns bestimmte Leistungen zuzuordnen. So ordnet man seit dem 19. Jahrhundert der Sprache einen Platz in der linken Hirnhälfte (Hemisphäre) zu. Wenn das Gehirn geschädigt wird und sprachlich relevante Teile mitbetroffen sind, kann eine solche Schädigung zu einer Aphasie führen.

Die häufigsten Ursachen für erworbene Hirnschädigungen

- Verletzungen durch Schläge, Stürze etc. (z. B. Schädel-Hirn-Trauma)
- Gefäßbedingte Störungen mit Blutungen oder Durchblutungsstörung
- Entzündungen der Hirnhäute und des Gehirns
- Hirntumore
- Sauerstoffmangel, z. B. bei Bade- bzw. Tauchunfällen (Hypoxien)

Das Schädel-Hirn-Trauma

Mit 65-80% gilt das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) als Hauptursache für Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Schädelhirnverletzung wird durch äußere Gewaltanwendung auf den Kopf bzw. das in ihm liegende Gehirn bewirkt. Im Kindes- und Jugendalter sind Verkehrs-, Sport- und Freizeitunfälle

typische Ursachen. Bei Verletzungen durch Sturz, Schlag usw. unterscheidet man unterschiedliche Formen und Schweregrade.

Von einem SHT spricht man, wenn das Gehirn dabei in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Eine Schädigung des Gehirns kann hierbei entweder sofort, also zum Zeitpunkt des Unfalls oder erst verzögert durch eine Hirnblutung (Hämatom) oder Hirnschwellung (Hirnödem) eintreten. Eine Verletzung der Schädelknochen (Schädelfraktur) liegt nicht immer vor.

Bei einer Hirnverletzung zerreißen kleine Gefäße, die in das angrenzende Hirngewebe hineinbluten. Das Hirngewebe kann dabei unwiederbringlich zerstört werden, wenn ausgedehnte Gewebsbereiche betroffen sind. Zudem können lange Nervenbahnen in ihrem Verlauf so schwer gezerzt oder gequetscht werden, dass die elektrischen Nachrichtenimpulse nicht mehr weiter geleitet werden. Die meisten Kinder werden nach einer Hirnverletzung bewusstlos. Nicht selten liegen schwer betroffene Kinder bzw. Jugendliche über eine längere Zeit im Koma. Je nach Dauer und Tiefe der durch die Verletzung hervorgerufenen Bewusstlosigkeit (Koma) teilt man die Schädelhirnverletzungen in leichte, mittelschwere oder schwere Schädelhirntraumata ein.

„Nach dem Aufwachen hat Martin sehr geweint. Er hat uns angesehen, aber wir wussten nicht, ob er uns erkennt.“

Brigitte D., Mutter von Martin, der mit 13 eine Aphasie erlitt

Der Schlaganfall

Schlaganfälle im Kindes- und Jugendalter sind seltene Erkrankungen mit einem großen Spektrum an Ursachen und möglichen Symptomen. Man geht jährlich von zwei Betroffenen auf 100.000 Kinder in Deutschland aus. Das macht rund 200 bis 300 Kinder pro Jahr, die einen Schlaganfall erleiden. Schlaganfall (Apoplex, Insult) ist dabei ein Sammelbegriff für unterschiedliche Ereignisse, die im Wesentlichen immer plötzlich auftretende Hirndurchblutungsstörungen bezeichnen. Dadurch wird die Versorgung des Gehirns bzw. von Teilen des Gehirns mit Sauerstoff und Blutzucker unterbrochen.

Schlaganfälle können in jedem Alter auftreten, sind allerdings bei Jungen etwas häufiger als bei Mädchen. Fast ein Drittel der betroffenen Kinder sind dabei Neugeborene. Zu einer Aphasie können Schlaganfälle allerdings erst in einem Alter ab ca. eineinhalb bis zwei Jahren führen, wenn bereits sprachliche Strukturen erworben sind. Dies gilt, da

es sich bei einer Aphasie per Definition immer (!) um einen Verlust oder eine Beeinträchtigung der bereits erworbenen Sprache handelt.

„Mit einem Schlag wurde ich aus dem Leben gerissen!“

Petra, erlitt mit 13 Jahren eine Aphasie aufgrund eines Schlaganfalls

Hirntumore

Sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter können Hirntumore auftreten. Tumore fordern durch Wachstum Raum und erzeugen damit Druck im Gehirn. So kann es durch den erhöhten Hirndruck zu schweren Kopfschmerzen kommen. Auch Übelkeit und Erbrechen sind Zeichen des erhöhten Hirndrucks. Bei den Betroffenen kann es durch den Hirntumor unter Umständen zu epileptischen Anfällen kommen. Auch neurologische Ausfälle sind möglich.

Da das Gehirn in vielen Fällen Zeit hat, sich dem wachsenden Druck anzupassen, ist in der Regel die Schädigung zunächst weniger stark als bei unfallbedingten Hirnverletzungen. Wird ein Tumor operativ entfernt, können dabei sprachrelevante Areale verletzt und/oder entfernt werden. Dies kann zu einer Aphasie führen.



Meningitis und Enzephalitis

Meningitis ist der medizinische Fachbegriff für eine Hirnhautentzündung (Hirnhäute = Meningen). Die Krankheitserreger, die eine Hirnhautentzündung verursachen, sind vorwiegend Bakterien oder Viren. Die Erreger stammen meist von einer anderen Erkrankung im Körper und gelangen über den Blutkreislauf ins Gehirn. So können zum Beispiel Bakterien oder Viren, die eine Mittelohr- oder Nebenhöhlenentzündung verursachen als Komplikation eine Hirnhautentzündung auslösen.

Eine Ursache für Hirnhautentzündungen können auch Zeckenbisse sein. Zecken übertragen das Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus, das durch einen Biss in den Körper gelangt. Die Entzündung greift auf das Hirngewebe über, es kommt zu einer Enzephalitis.

Enzephalitis ist der medizinische Fachausdruck für eine Entzündung des Gehirns. Eine Hirnentzündung kann als Komplikationsfolge von Grunderkrankungen wie z. B. Masern, Mumps oder anderen Viruserkrankungen auftreten. Hirnentzündungen bedingen jedoch nur einen geringen Teil der Aphasien.

Hypoxien

Eine mangelnde Sauerstoffversorgung (Hypoxie) des Gehirns oder eines Teilgebietes kann entstehen durch

- einen lang **anhaltenden Sauerstoffmangel**, z. B. bei einem Ertrinkungsunfall oder bei einem Herzstillstand. Dabei kommt es zu nicht eingrenzba- ren (diffusen) Schädigungen.
- einen **Gefäßverschluss**. Dies hat meist begrenzte Ausfälle im Versorgungsgebiet des Gefäßes zur Folge.

- **Blutungen**. Dabei platzen Blutgefäße, die Blutungen in der Umgebung verursachen. Der mögliche Funktionsausfall ist dabei meist begrenzt.

Regenerationsfähigkeiten des verletzten Gehirns

Auch bei schweren Hirnverletzungen kann es zu kurzfristigen Ausfällen spezieller Funktionen kommen, ohne dass grundsätzlich etwas an der Hirnsubstanz zerstört wurde. In solchen Fällen kann sich die Störung wieder vollständig zurückbilden. Einzelne Fachleute vergleichen die Folge einer Hirnschädigung dabei mit einem Stromausfall. Daher setzen manche Fähigkeiten und Funktionen erst dann wieder ein, wenn wieder „Strom“ da ist, das heißt das Bewusstsein wieder voll erlangt ist.

Eine andere Möglichkeit für Verbesserungen ist, dass sich eine Hirnswellung zurückbildet und damit die notwendigen „Leitungen“ wieder frei gibt. Ähnliches gilt für den Abbau von Blutungen. Ist das Funktionssystem nicht vollständig zerstört, kann und muss das verbleibende Gewebe „eingearbeitet“ werden. Hierbei sind abgestimmte Therapie- und Trainingsmaßnahmen notwendig. Mit der Zeit kann im besten Fall der Ausfall ganz, sonst zumindest teilweise kompensiert werden. Manche Fähigkeiten werden von unterschiedlichen Hirnregionen gleichzeitig getragen. Bei einem Ausfall eines Gebietes muss der Betroffene lernen, die anderen Bereiche verstärkt einzubeziehen.

III. SYMPTOME UND BEGLEITERSCHINUNGEN

Bei einer Aphasie erleiden die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen Beeinträchtigungen bei der Wortfindung und im Sprachverständnis. Fähigkeiten wie Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen, aber auch Gestik und Mimik können unterschiedlich stark eingeschränkt sein. Eine Intelligenzminderung liegt in der Regel nicht vor.

Ein sogenannter **posttraumatischer**

Mutismus (lat. mutitas „Stummheit“) gehört nach der klassischen Vorstellung zu den Hauptsymptomen kindlicher Aphasie. In dieser Phase sprechen die Kinder bzw. Jugendlichen nicht. Dabei geht man von einer mutistischen Phase direkt nach erlittener Hirnschädigung aus. Die Phase des Schweigens hält in der Regel bei jungen Aphasiepatienten weit länger an, als bei Erwachsenen. Es wird vermutet, dass das Auftreten eines

Mutismus mit Art und Ort der Hirnschädigung zusammenhängt.

Auf die mutistische Phase folgt häufig eine **Phase der Reduktion der Spontansprache**. Diese hält gewöhnlich länger an als der aphasische Mutismus. Unter diese Symptomatik fällt auch das fehlende Initiieren von Sprache. Dieses Phänomen wird eher selten bei erwachsenen Aphasiepatienten vorgefunden und gilt als charakteristisch für kindliche Aphasien. Häufiger ist es zudem bei Kleinkindern.

Man geht heute prinzipiell davon aus, dass alle Symptome, die bei Erwachsenen mit Aphasie auftreten, ebenso bei Kindern vorkommen können. Man kann beobachten, dass bei kindlicher Aphasie als erstes **Sprachverständnisstörungen** auftreten, gefolgt von Sprach- und Sprechbeeinträchtigungen der gesprochenen Sprache. Neuere Studien weisen allerdings auf die Schwierigkeit hin, Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses von anderen Faktoren zu unterscheiden. So können Faktoren wie Aufmerksamkeit und Gedächtniskapazität ebenso eine Rolle spielen.

Studien zeigen, dass Störungen des Schriftspracherwerbs bei kindlichen Aphasien fast immer anzutreffen und auch stärker vorhanden sind als Störungen der gesprochenen Sprache. Das gilt zum einen für den Fall, dass die Kinder noch nicht Lesen und Schreiben gelernt haben. Aber auch Kinder, die

schon Lesen und Schreiben konnten, zeigen in diesem Bereich sehr häufig Schwierigkeiten. Insgesamt steht fest, dass es bei kindlichen Aphasien zu einer Vielzahl unterschiedlicher **Lese- und Schreibstörungen** kommen kann. Dies hat vor allem im schulischen Kontext negative Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen.

„Ich bemerkte bei Martin schon Veränderungen, als er noch im Koma lag. Wenn ich seine Hände gedrückt habe, hat er reagiert – aber nur mit einer Hand.“

Brigitte D., Mutter von Martin, der mit 13 eine Aphasie erlitt

Verhaltensauffälligkeiten

Besonders zu beachten sind Verhaltensauffälligkeiten. Diese treten bei aphasischen Kindern und Jugendlichen häufig auf. Dabei ist nicht immer klar, ob ein direkter Zusammenhang zwischen den Gehirnschädigungen und den Verhaltensproblemen besteht oder die Verhaltensauffälligkeiten auf die Tatsache des plötzlichen Sprachverlusts zurückzuführen sind.

Die zweite Annahme basiert auf der Feststellung, dass Verhaltensauffälligkeiten verschwinden, sobald den betroffenen Kindern alternative Kommunikationssysteme angeboten

werden. Dies sollte im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.

Neben der Aphasie können weitere Störungen wie **Sprechstörungen, Hemiplegien** (Halbseitenlähmungen), **Gesichtsfeldeinschränkungen, Epilepsien** (Krampfleiden), **Dysphagien** (Schluckstörungen), **Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** auftreten.

Weitere mögliche Symptome sind z. B.

- Impulsivität
- Ängstlichkeit
- ausgeprägte Selbstwertproblematik
- visuelle und akustische Wahrnehmungsstörungen
- Störungen in der Händigkeitentwicklung
- Störungen der Auge-Hand-Koordination
- Störungen im Symbollernen
- Körperschemastörungen

Landau-Kleffner-Syndrom – eine Sonderform der Aphasie

Das **Landau-Kleffner-Syndrom** (LKS) ist eine „Sonderform“ der kindlichen Aphasie. Ausgehend von den Entdeckern und Namensgebern Landau und Kleffner (1957) ist diese Art der Aphasie

„Ich musste auch strenge Krankengymnastik machen, aber ich habe wieder gut gehen gelernt. Statt im Rollstuhl sitzen, habe ich ihn geschoben. Ich durfte erst zu einem Besuch nach Hause, wenn ich die Treppen hoch und runter gehen konnte. Dies habe ich dann ganz schnell gelernt, ich wollte meine Katze und mein Zimmer wieder sehen.“

Elena, erlitt mit 12 Jahren einen Schlaganfall

durch EEG-Veränderungen und einer „erworbenen Aphasie“ gekennzeichnet. Epileptische Anfälle und Verhaltensauffälligkeiten sind charakteristisch. Es handelt sich dabei um eine Störung, bei der ein Kind mit zuvor normaler Sprachentwicklung, Sprachfertigkeiten verliert, wobei jedoch die allgemeine Intelligenz erhalten bleibt. Der Beginn der Störung ist begleitet von Auffälligkeiten im EEG und in der Mehrzahl der Fälle auch von epileptischen Anfällen. Typischerweise liegt der Beginn im Alter von drei bis sieben Jahren. Es kann jedoch auch früher oder später noch im Laufe der Kindheit auftreten. Die Ursachen für die Störung sind nicht bekannt, jedoch vermuten einige Experten aufgrund der klinischen Merkmale einen entzündlichen entzephalitischen Prozess. Sowohl von den kindlichen als auch den erwachsenen

Aphasien unterscheidet sich dieses Störungsbild durch einen möglichen schleichenden Beginn. Daher muss ein Landau-Kleffner-Syndrom klar von Aphasien

aufgrund von Schädel-Hirn-Traumata, Tumoren oder anderen Ursachen unterschieden werden.

IV. NEUROPSYCHOLOGISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Die (klinische) Neuropsychologie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Hirnstrukturen und -funktionen, die durch Krankheit oder Verletzung beeinträchtigt sind und den Auswirkungen dieser Veränderungen auf Wahrnehmung, Erleben und Verhalten der Betroffenen. Die Neuropsychologie setzt sich daher mit übergreifenden Funktionen wie Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, aber auch mit enger umschriebenen Fertigkeiten wie der Verarbeitung von Reizen aus unterschiedlichen Sinnesmodalitäten, Reihenfolge- oder Gestaltbildung oder exekutiven Fähigkeiten auseinander. Vor allem nach Schädel-Hirn-Traumata treten Störungen in den genannten Bereichen auf und sind daher sehr häufige Begleiterscheinungen der Aphasien im Kindes- und Jugendalter. Dies macht sich gerade im schulischen Kontext bemerkbar.

Kinder und Jugendliche befinden sich in einer schnell fortschreitenden Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten.

Nach einer Verletzung des Zentralen Nervensystems (ZNS) ist gerade für sie eine neuropsychologische Diagnostik und Behandlung daher ein unverzichtbarer Baustein der neurologischen Rehabilitation. Unabhängig von der Schädigungsursache besteht neben der Aphasie häufig auch ein erhebliches Risiko für Entwicklungsstörungen, das in den vergangenen Jahrzehnten stark unterschätzt wurde.

„Wir haben unser Schicksal angenommen und freuen uns auch heute noch über jeden kleinen Fortschritt.“

Margit H., Mutter des betroffenen Florian

Neuropsychologische Funktionen sind nur mit fachspezifischer Diagnostik differenziert zu beurteilen. Ihre Störungen lassen sich ausschließlich durch Alltagsbeobachtungen nicht erfassen. Üblicherweise werden folgende Bereiche untersucht:

- Sprache
- Intelligenz (Fähigkeit, logische Zusammenhänge herzustellen)
- Wahrnehmung
- Konstruktive Praxie (Vorlagen nachbauen/nachmalen)
- Psychisches Tempo (Verarbeitungstempo beim Denken, Sprechen, Sehen)
- Merkfähigkeit und Gedächtnis
- Konzentration und Belastung

Neben den genannten Störungen der Denkleistung können auch Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Gründe dafür können sowohl seelisch als auch organisch (z. B. bei einer Stirnhirnschädigung) bedingt sein. Die Ursachen werden im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie durch standardisierte Testverfahren, Gespräche und Verhaltensbeobachtungen herausgefunden.

Beispiele für solche Auffälligkeiten:

- Distanzlosigkeit
- Gesteigertes aggressives Verhalten
- Witzelsucht und „Oberflächlichkeit“
- Antriebsmangel und Teilnahmslosigkeit
- Fehlende Krankheitseinsicht und unrealistische Zukunftsplanung

Gerade nach Erreichen eines stabilen Allgemeinzustandes werden neben der Aphasie umschriebene neuropsychologische Leistungseinbußen deut-

lich. Am häufigsten sind dabei Störungen des Planens von Handlungen, des Rechnens, des Zeichnens und der räumlichen Orientierung sowie des Gedächtnisses und des Lernens. Hinzu kommen oftmals eine stark verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, eine Verlangsamung des Handelns und Denkens, ein verringerter Antrieb sowie Veränderungen des Gefühlslebens. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen wirken oft unbeteiligt, nicht belastbar, schlecht zu motivieren und leicht ablenkbar. Gelegentlich sind sie auch ohne eindeutigen Anlass aggressiv oder gefühlslabil.

Zu Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses kommt es bei aphasischen Kindern und Jugendlichen dadurch, dass bei Schädel-Hirn-Traumata häufig das Frontalhirn beschädigt wird. Dieses beherbergt wichtige dieser neuropsychologischen Funktionen. Gerade im Kontext der Sprachtherapie kommt dies zum Tragen, da manche (Sprach-) Auffälligkeiten nicht auf die Aphasie zurückzuführen sind, sondern auf neuropsychologischen Beeinträchtigungen beruhen. **Daher ist es immer notwendig, ein neuropsychologisches Gutachten über die Fähigkeiten des Betroffenen erstellen zu lassen**, um den Grad der neuropsychologischen Beeinträchtigungen er-messen zu können oder diese ggf. aus-



zuschließen. In manchen Fällen ist eine koordinierte Therapie inklusive neuropsychologischer Interventionen ratsam. In den neurologischen Reha-Kliniken für Kinder und Jugendliche werden Patienten nach diesen Vorgaben behandelt und können solche umfassenden Gutachten erstellt werden (siehe Nützliche Kontaktadressen).

Ein Aspekt, der leider vielfach in den Forschungen zu Aphasie bei Kindern und Jugendlichen unberücksichtigt bleibt, ist die Tatsache, dass aphasische Symptome teils erst lange nach dem Akutereignis auftreten können und dann häufig nicht erkannt werden. Dies kann eine Ursache dafür sein, dass viele Aphasien im Kindes- und Jugendalter

unerkannt bleiben. Man spricht davon, dass Kinder sozusagen erst in ihr endgültiges Defizit hineinwachsen (**„Growing into the Deficit“**). Daher sind wiederholte Begutachtungen erforderlich, die die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen nach Unfall oder Erkrankung begleiten. Denn mittlerweile weiß man, dass die Langzeitprognose bei Aphasie im Kindes- und Jugendalter dann eher ungünstig ist, wenn nicht frühzeitig aber auch langfristig und umfassend rehabilitiert wird.

Wann sollte jeweils eine neue Begutachtung erfolgen?

In der Regel erhalten Eltern mit ihrem Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik eine Empfehlung, wann ihr Kind

zur Nachuntersuchung vorstellig werden soll.

Allgemein gilt: Jeweils ca. ein Jahr vor einer anstehenden Entscheidung (z. B. Einschulung, Schulübergang oder berufliche Erstintegration) sollten weitere Testungen erfolgen, um gegebenenfalls notwendige Unterstützungsmaßnahmen frühzeitig einleiten zu können. Treten jedoch früher als erwartet Probleme auf z. B. deutliche Verschlechterungen, so ist es ratsam, so bald wie möglich wieder Kontakt zu den spezifischen Reha-Einrichtungen aufzunehmen, um weitere Verschlechterungen zu vermeiden (vgl. Benz 2007).

Regina und ihre Geschichte

Regina erlitt im Alter von zwölf Jahren ein schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT) durch einen Verkehrsunfall und wurde anschließend zur neurologischen Rehabilitation überwiesen. Aufgrund einer schweren Aphasie konnte sie sich nicht sprachlich äußern; daneben bestanden auch in zahlreichen anderen Bereichen ausgeprägte Leistungsstörungen, die eine fast elfmonatige stationäre Behandlung erforderten. Bei deren Abschluss erreichten Reginas sprachliche Leistungen, geprüft im Rahmen eines standardisierten Intelligenztests, ein altersdurchschnittliches Niveau. Dies bedeutete jedoch nicht mehr, als dass sie in etwa ihr vor der Hirnschädigung erworbenes Sprach-

wissen und Sprachvermögen zurückgewonnen hatte. Dennoch blieben ihre Entwicklungsmöglichkeiten auf diesem so wichtigen Teilgebiet kognitiver Leistungen gefährdet und Regina erhielt die Empfehlung, ambulant weiterhin eine logopädische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Wie so häufig zu beobachten, wurde diese Therapieempfehlung in der Folgezeit nicht umgesetzt. Regina verweigerte sich, da sie selbst keine Defizite mehr empfand und zu Hause andere Dinge in den Vordergrund traten.

Neun Jahre nach ihrem Unfall wurde Regina zur Nachuntersuchung im Rahmen eines Forschungsprojekts eingeladen. In den meisten Bereichen hatte sie sich weiter verbessert, d.h. gegenüber ihren Altersgenossen nochmals „aufgeholt“. Eine Ausnahme bildeten sprachbezogene Leistungen: wo die Dreizehnjährige seinerzeit bei Abschluss der Rehabilitationsbehandlung altersdurchschnittlich abgeschnitten hatte, zeigte sich jetzt ein deutliches „Zurückbleiben“ bezogen auf die Altersnorm. Regina ist im Lauf von Jahren in dieses Defizit „hingewachsen“. Konkret bedeutet dies, dass sie sich sprachlich nicht in altersentsprechendem Umfang weiterentwickelt hat. Damit liegen ihr Sprachniveau und hiermit eng verbunden auch ihre sprachliche Merk- und Lernfähigkeit, inzwischen deutlich unter dem Niveau ihrer übrigen Fähigkeiten.

V. DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Von hoher Bedeutsamkeit für die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen und deren Angehörige ist der Bereich der Diagnostik und Therapie. Erhalten die Betroffenen eine differenzierte, umfassende Diagnostik, können dadurch geeignete Therapieinhalte festgelegt werden.

„Mein Leben ist nicht mehr wie es mal war. Ich freue mich aber noch heute über jeden Fortschritt den ich mache und ich hoffe, dass es auch in Zukunft noch viele geben wird.“

Florian, erlitt mit 12 Jahren einen Schlaganfall

Diagnostik

Eine Aphasie ist immer deutlich von einer entwicklungsbedingten Sprachbeeinträchtigung zu unterscheiden, da sie sich nur auf die Fähigkeiten bezieht, die vor dem Unfall bereits erworben waren. Das macht die Diagnose in manchen Fällen schwierig, da oftmals kein zuverlässiges Wissen über den sprachlichen Ist-Stand vor der Schädigung vorhanden ist. Gespräche mit Eltern und Lehrern, aber auch alte Schulhefte können behandelnden Therapeuten Aufschluss auf die vor der Schädigung erworbenen Fähigkeiten geben.

Eigene Diagnostikinstrumente, die spe-

ziell zur Diagnose kindlicher Aphasien konzipiert wurden, fehlen bisher. Dennoch leisten die neurologischen Rehabilitationskliniken in der Regel diesbezüglich gute, differenzierte Arbeit. Hierbei spielt die Erfahrung mit Aphasien im Kindes- bzw. Jugendalter eine große Rolle. Zum Teil werden Sprachentwicklungstests mit Aphasie-Testverfahren, die im Erwachsenenalter eingesetzt werden, kombiniert. Nicht jede ambulante logopädische bzw. sprachtherapeutische Praxis verfügt über solche Erfahrungen. Daher ist im Fall der kindlichen Aphasien darauf zu achten, dass differenziert und am besten von erfahrenen Therapeuten diagnostiziert wird.

Da nach einer Hirnschädigung neben der Aphasie meist viele verschiedene (Begleit-)Symptomatiken auftreten, ist eine interdisziplinäre, ausführliche Diagnostik besonders notwendig. Viele neurologische Rehakliniken bieten eigens für kindliche Aphasien Diagnostikwochen an. Besonders ein neuropsychologisches Gutachten sollte dabei erstellt werden! (Siehe Nützliche Kontaktadressen)

Ein wichtiges Ziel der Diagnostik ist die Erfassung des Verlaufs. Befunde und Informationen von vorbehandelnden Einrichtungen und Fachleuten wie z.B. Re-

hakliniken, Schulen, Ärzten, Neurologen und Logopäden, sowie die Aussagen der Angehörigen ermöglichen eine gezieltere Diagnostik. Gerade auch bei der Diagnose von Restaphasien sind solche Informationen unerlässlich. Aus diesem Grund sollten Eltern den Informationsaustausch unter beteiligten Fachleuten, Rehabilitations- und schulischen Einrichtungen durch ihre Einverständniserklärung aktiv unterstützen.

„Im September ging es in die Reha. Ich war im Kinderhaus und fand es geil. Logo, Ergo und KG waren meine Lieblingsbeschäftigungen. In die Holzwerkstatt ging ich auch total gern. Tanzen war auch super. Kochen hatten wir auch.“

Elena, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Therapie

Grob gilt das achte Lebensjahr als die Zeit, in der die Sprachentwicklung abgeschlossen ist. Dennoch sind in diesem Alter sprachbezogene Fähigkeiten wie Lesen und Schreiben noch recht frisch erworben und werden oftmals nicht sicher beherrscht. Der Erwerb weiterer sprachlicher Fähigkeiten wie z. B. Redewendungen etc. kann bis zu einem Alter von 12 bis 14 Jahren andauern. Demnach genügt es nicht, wenn einmal vorhandene Fähigkeiten wieder-

erlernt werden. Somit steht neben der Wiedergewinnung bereits vorhandener Fähigkeiten bei Kindern auch die Stimulierung der Fähigkeit zum Neu-Lernen im Zentrum der Rehabilitation. Diese beiden zentralen Aspekte sind bei der Therapie von Kindern mit Aphasie von großer Bedeutung und auf jeden Fall zu berücksichtigen.

„Ich weiß nicht, ob es in einem Buch stand oder ob es mir mein Bauchgefühl sagte, aber ich wollte, dass Elena so früh wie möglich eine sprachtherapeutische Therapie bekam. Für mich ist dies mehr denn je ein Schlüsselpunkt, dass Elena heute die Aphasie fast überwunden hat.“

Monika B, Mutter der betroffenen Elena

In der Aphasieforschung hat sich mittlerweile gezeigt, dass der **Faktor „Intensität“** der Therapien von sehr großer Bedeutung für den Therapieerfolg ist (vgl. Bhogal et al. 2003). Dies wird von praktizierenden Fachleuten auch für Kinder und Jugendliche mit Aphasie bestätigt. So zeigt sich häufig ein positiver Therapieerfolg, wenn über einen gewissen Zeitraum (z. B. zwei bis vier Wochen) intensiv (d.h. mehrere Stunden pro Tag) therapiert wird mit anschließender Pause. Bei einem solchen Vorgehen zeigen sich



viel eher Verbesserungen der Symptome als wenn z. B. über Monate hinweg wöchentlich ein- bis zweimal ambulant therapiert wird. Viele neurologische Rehaeinrichtungen für Kinder und Jugendliche bieten daher neben Diagnostikaufenthalten auch eigens auf Aphasie im Kindes- und Jugendalter spezialisierte Intensiv-Therapieprogramme an (siehe Nützliche Kontaktadressen). Die Therapieeinheiten können dabei entweder in Einzel- oder in Gruppensitzungen erfolgen und werden meist stationär über mehrere Wochen durchgeführt.

Eltern können bei Schwierigkeiten der Bewilligung bei den Kostenträgern z. B. mit der oben genannten Studie argumentieren (siehe Literaturempfehlungen).

„Meine erste Logopädin ist fast jeden Tag gekommen und hat mit mir irgendetwas gemacht. Ich hatte einen Ordner, in dem sollte ich Bilder erkennen, Worte durchstreichen, Zahlen schreiben, auch einmal meine Anschrift. Dies konnte ich und alle waren glücklich um mich herum.“

Elena, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Erfolgt die Therapie ambulant durch Logopäden oder Sprachtherapeuten in Wohnortnähe, ist darauf zu achten, dass die Therapeuten über Erfahrungen mit der Therapie aphasischer Kinder und Jugendlicher verfügen.

Da es sich bei diesem Störungsbild um

ein relativ unbekanntes handelt, ist das in den seltensten Fällen gewährleistet. Ist dies der Fall, sollten Eltern bei der Suche eines geeigneten Logopäden/Sprachtherapeuten darauf achten, dass die jeweiligen Therapeuten zumindest sowohl im Bereich der Therapie kindlicher Sprachentwicklungsstörungen als auch der Aphasietherapie mit Erwachsenen über einschlägige Erfahrungen verfügen. Eine bundesweite Suchoption gibt es auf der Homepage des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie.

Fazit

Das Besondere der Therapie von Aphasien im Kindesalter ist, dass zum einen die **Fähigkeiten wiedererworben** werden müssen, die vor dem Unfall bereits vorhanden waren. Zum anderen kommt die Unterstützung des **Neulernens von noch nicht entwickelten Fähigkeiten** hinzu, da Aphasien auch während des noch nicht abgeschlossenen Spracherwerbs auftreten können. Gerade bei Kindern ist zu beachten, dass es nicht aus-

reicht, den Ist-Stand vor der Schädigung wiederherzustellen. Gesunde Kinder machen in jungen Jahren enorme Entwicklungssprünge. Die Entwicklung ist bei beeinträchtigten Kindern besonders zu unterstützen und fördern, da die betroffenen Kinder sonst von Jahr zu Jahr im Gegensatz zu Gleichaltrigen immer weiter zurückliegen. Dies gilt in einem großen Maße auch für Jugendliche, die sich in vielen Bereichen im Unterschied zu Erwachsenen noch in der Entwicklung befinden.

„Ich hatte jeden Tag Logopädie. Am Anfang musste ich wieder Bilder erklären, dann haben wir auch am Computer gearbeitet. Da ich meine linke Augenbraue nicht mehr hochziehen kann, hat meine Logopädin versucht, mit Eis das wieder hinzukriegen. Gegen Ende meiner Rehazeit war ich mit anderen zusammen auch in einem Logopädie-Club.“

Elena, erlitt mit 12 einen Schlaganfall

VI. FOLGEN DER APHASIEN

In Bezug auf die Genesung und die sprachlichen Fähigkeiten von Aphasien bei Kindern und Jugendlichen gilt, dass Prognose und Verlauf sehr variieren. Trotz einiger Studien in diesem Bereich sind die langfristigen Entwicklungen von kindlichen Aphasien eher unklar. Lange Zeit wurde angenommen, dass bei Kindern aphasische Symptome nur vorübergehend auftreten und selten anhalten. Es galt die These, dass je jünger das Kind bei der Erkrankung, desto besser sei auch die Prognose. Neuere Arbeiten und Studien zu diesem Thema widersprechen dieser Annahme. Man hat erkannt, dass nicht Faktoren wie Alter oder Geschlecht für den Genesungsverlauf eine Rolle spielen, sondern vielmehr Faktoren, die mit Ausmaß und Ort der Schädigung in Verbindung stehen.

Belastungen für Familien, Angehörige, Geschwisterkinder

Aphasien bei Kindern und Jugendlichen bleiben nicht ohne Folgen. Auch hier spielen neben den Beeinträchtigungen aufgrund der Krankheitssymptome gerade die psychosozialen Folgen eine bedeutende Rolle. Dabei hat das nicht nur Auswirkungen auf die betroffene Person, sondern ebenso für die Angehörigen.

„Die Kämpfe mit Krankenkasse, Ämtern und Behörden erfordern sehr viel Ausdauer und Kampfgeist. Leider mussten wir in dieser Hinsicht einige Misserfolge wegstecken.“

Margit H., Mutter des betroffenen Florian

Bei den Betroffenen sind kognitive, emotionale und motorische Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten typisch, die sich aus den Belastungen der Aphasien ergeben. Die Veränderungen betreffen Bereiche wie die Psyche, das Familienleben, das soziale Leben und die schulische/berufliche Bildung.

Christian und seine Geschichte

Christian wurde mit zwei Jahren und vier Monaten bei einem Verkehrsunfall schwer verletzt. Sein Schädel-Hirn-Trauma betraf sprachrelevante Regionen der vorderen linken Hemisphäre, aber da der Junge sich erst am Anfang seines Spracherwerbs befand, war eine differenziertere neuropsychologische und logopädische Diagnose zu diesem Zeitpunkt nicht zu erheben.

Christian erschien weitgehend unauffällig in seinem Leistungs- und Sozialverhalten. Daher wurde er nach kurzem stationären Rehabilitationsaufenthalt mit der Empfehlung entlassen, seine

sprachliche Entwicklung gut im Auge zu behalten und das Kind spätestens zwölf Monate später wieder vorzustellen. Die Mutter berichtete zum Entlassungszeitpunkt, dass Christian bereits viele neue Wörter gelernt habe und sich ihrer Einschätzung nach gut weiterentwickle.

Sieben Monate später kam Christian zu einer neuropsychologischen Nachuntersuchung. Dabei war sofort auffällig, wie sehr er sich in seinem Kontaktverhalten verändert hatte. Derartige Verhaltensänderungen sind für Fremde, die ihre langsame Entwicklung nicht täglich miterleben, oft deutlicher zu erkennen als für die unmittelbar betroffenen Angehörigen.

Christian hatte ein massives Kommunikationsproblem entwickelt: Er weigerte sich, außerhalb der Familie zu sprechen. Völlig anders war Christians Reaktion auf Handlungsanforderungen: er verstand offensichtlich alle Instruktionen ohne Schwierigkeiten, begann sofort mit der Umsetzung und löste die entsprechenden Testaufgaben schnell und auf gutem Niveau. Aufgrund der schon in der Verhaltensbeobachtung auffälligen Sprachentwicklung wurde eine intensive logopädische Behandlung empfohlen und den Eltern als dringend erforderlich geschildert. An dem neuen Wohnort der Familie stieß die Umsetzung dieser Empfehlung jedoch auf Schwierigkeiten:

die wenigen niedergelassenen Logopäden waren auf eine Behandlung dieser Art von Störungen nicht eingestellt, und so verständigte man sich darauf, Christian einen Sprachheilkindergarten besuchen zu lassen.

Christians weitere Entwicklung verlief sehr problematisch. So blieb er während seiner gesamten Kindergartenzeit außerhalb seiner familiären Umgebung stumm. Auch nach seiner Einschulung besserte sich dieses Verhalten nur eingeschränkt.

Wie in vielen derartigen Fällen konzentrierte man sich jetzt auf die „Verhaltensprobleme“ und leitete eine psychotherapeutische Behandlung ein. Ein „elektiver Mutismus“ wurde diagnostiziert, d.h. die Weigerung, sprachlich zu kommunizieren wurde interpretiert als Folge eines psychischen Traumas oder langständigen Konflikts. Posttraumatische „Verhaltensstörungen“ bilden in der Regel jedoch nur die „Spitze des Eisbergs“ – aus der Sicht des betroffenen Patienten sind sie eine logische Reaktion auf seine anhaltenden und unüberwindlich erscheinenden Schwierigkeiten. Für Christian stellte das Sprechen nach wie vor eine schwierige Anforderung dar; deshalb erbrachte die psychotherapeutische Behandlung keine Besserung seiner Situation, da sie nur am Symptom ansetzte und die zugrundeliegenden Störungen außer acht ließ.

Mit 16 Jahren wurde Christian im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Langzeitentwicklung schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher erneut untersucht. Er wirkte durchgängig sehr zurückgezogen und niedergeschlagen. Sein erstmals fast zehn Jahre nach dem Trauma erhobenes neuropsychologisches Leistungsprofil zeigte ausgeprägte Beeinträchtigungen bei komplexeren Aufmerksamkeitsfunktionen, verbalen Intelligenz- und Gedächtnisleistungen und bei der Organisation sprachlicher Lernprozesse. Diese Defizite waren derart ausgeprägt, dass eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vorgeschlagen wurde. Christian war hiermit sofort einverstanden, zumal zu diesem Zeitpunkt seine schulische Situation eskaliert war – zur Debatte stand die Wahl zwischen einer erneuten Klassenwiederholung und dem Wechsel zur Förderschule.

Bei einem Kind, das in frühem Alter verunfallt, ist eine langjährige, entwicklungsbegleitende neuropsychologische Behandlung unbedingt erforderlich. Typisch für nicht adäquat behandelte neuropsychologische Störungen sind der hohe Leidensdruck, der durch die Beeinträchtigungen des Kindes das gesamte Familiensystem belastet, und die zahlreichen vergeblichen Versuche, die Symptome der nicht ausreichend beachteten neuropsychologischen Störungen mit gängigen Methoden wie exzessivem Üben, Nachhilfeunterricht, psychotherapeutischer Einzelbehandlung oder gar Familientherapie zu behandeln.

Folgen für die Familien

Durch die Beeinträchtigung des betroffenen Kindes kommt es oftmals zu deutlichen Veränderungen des gesamten familiären Lebens. Nicht selten muss

einer der beiden Elternteile zu Hause bleiben, so dass bei doppelter Berufstätigkeit oftmals ein Einkommen wegfällt. Dies kann zu deutlichen finanziellen Einbußen führen, die die ganze Familie betreffen.

Vielen Familien ist oftmals nicht bekannt, dass sie steuerliche Vorteile nutzen können, um die finanziellen Einbußen zumindest etwas einzuschränken. Mittlerweile gibt es einige Veröffentlichungen zu diesem Thema (z. B. Röger 2009, siehe Literaturrempfehlungen). Zudem ist es sinnvoll, sich mit rechtlichen Ansprüchen z.B. einer persönlichen Assistenz auseinanderzusetzen. Seit dem 1. Januar 2008 haben behinderte Menschen bzw. betroffene Familien außerdem ein Recht darauf, sich ihre Hilfen so zu gestalten, wie sie es möchten. Das geht mit Hilfe des **Persönlichen Budgets** (§ 17 SGB IX). Diverse Beratungsstellen bieten oftmals einen guten Überblick

über Rechtsansprüche bei Kindern mit Schädelhirnverletzungen (z.B. Beratungs- und Informationsdienst der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung).

Die neue Situation aufgrund der Aphasie hat oftmals auch eine Einschränkung der Freizeitmöglichkeiten der betroffenen Kinder, aber auch der betreuenden Elternteile zur Folge. Jugendliche beklagen zudem häufig die Einschränkungen im sportlichen Bereich z.B. durch Halbseitenlähmungen. In vielen großen Städten gibt es mittlerweile sog. integrative Sportvereine, die auf Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen und spezifische Angebote bieten.

Auch das Thema Autofahren ist für viele Heranwachsende von Bedeutung. Durch z.B. auftretende Gesichtsfeld einschränkungen ist es vielen Jugendlichen jedoch nicht erlaubt, einen Führerschein zu machen. Der Bundesver-



band Aphasie bietet Informationsmaterial zum Thema „Autofahren bei Aphasie“. (siehe Kontaktadressen)

Die Geschwisterkinder

Die Vermutung liegt nahe, dass Geschwister aphasischer Kinder wesentlich weniger Zeit und Aufmerksamkeit der Eltern erhalten, da diese in der Fürsorge des betroffenen Kindes aufgehen.

Ebenso werden viele Geschwisterkinder in ihrem persönlichen Umfeld immer wieder verletzend Erfahrungen machen müssen, wenn sie gemeinsam mit ihren betroffenen Geschwistern in der Öffentlichkeit auftreten.

„Das Leben hat sich grundlegend geändert. Und trotzdem musste Vieles weitergehen wie bisher. David führte sein Leben ja weiter, wie gewohnt. Es war nicht einfach, die verschiedenen Lebenswelten der beiden Kinder unter einen Hut zu bekommen. Martin brauchte eigentlich die volle Aufmerksamkeit, aber David brauchte uns ja auch.“

Brigitte D., Mutter von Martin (betroffenes Kind) und David

Die Schwere der Behinderung, die Anzahl der Kinder und die elterliche Einstellung zur Beeinträchtigung bestimmen, wie sich die Aphasie auf die

Geschwister auswirkt. So berichten einige Geschwisterkinder, dass sie ohne Benachteiligung aufgewachsen sind, andere hingegen fühlen sich durch die Behinderung des Geschwisterkindes sehr stark beeinträchtigt. In manchen Fällen ist es daher sinnvoll psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen, um mit den Folgen dieser Belastung besser zurechtzukommen.

„Früher machten Martin und ich vieles zusammen. Alles war ganz normal. Heute sehen wir uns kaum noch.“

David, Bruder des betroffenen Martin

Erste Tipps für betroffene Familien

Sehr wichtig für Sie als Eltern ist, dass sie Ihre Gefühle aufgrund der neuen, erschwerten Situation akzeptieren und nicht unterdrücken. Lassen Sie ruhig bei sich und Ihrem Kind auch mal negative Gefühle zu, denn dass Sie und Ihr Kind sich unter Druck gesetzt fühlen, endlich Fortschritte zu sehen, ist selbstverständlich. Genehmigen Sie sich eine Pause, und entspannen Sie sich. Sie bzw. die Familie ist der Angelpunkt, an dem sich Ihr Kind orientiert. Kinder spüren Veränderungen und Anspannungen, die sich dann auch negativ auf die Therapie auswirken können. Auch lassen Sie sich nicht zu schnell entmu-

tigen, wenn die Aphasie lange bestehen bleibt oder immer wieder Fähigkeiten verloren gehen, die bereits wiedererworben wurden. Je nach Tagesform schwanken die Leistungen bei aphasischen Kindern und Jugendlichen. Es zeigt sich, dass bei entsprechender Förderung auch noch nach langer Zeit in der sog. chronischen Phase Verbesserungen möglich sind.

Sie als Eltern können fördern, indem Sie spielerisches Handeln mit Ihrem Kind sprachlich begleiten. Auch wenn Ihr Kind selbst nicht viel spricht, sollten Sie möglichst viel mit ihm kommunizieren, jedoch eine Überanstrengung vermeiden.

Wichtig ist auch, dass Sie sich und anderen klar machen, dass eine Sprachbehinderung wie Aphasie keine Denkstörung oder geistige Behinderung ist! Auch wenn sich Ihr Kind eventuell nicht altersgemäß sprachlich ausdrücken oder mitteilen kann, so heißt das nicht, dass es – vorausgesetzt es liegt keine Sprachverständnisstörung vor – nicht versteht, was Sie ihm sagen.

Im Gegenteil. **Intelligenz und Denken sind bei einer Aphasie nicht betroffen!** Vielmehr ist es sinnvoll, sich und anderen deutlich zu machen, dass die Betroffenen stattdessen darunter leiden, dass sie nur mit Mühe oder zum Teil gar nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche, Gedanken, Absichten

und Gefühle sprachlich zu formulieren und damit mitzuteilen. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall, wenn es darum geht, sprachliche Botschaften eines Gesprächspartners zu verstehen.

Bei der Beschulung, aber auch im Alltag sollten Sie darauf achten, dass sowohl Über- als auch Unterforderung zu Verhaltensauffälligkeiten bei Ihrem Kind führen kann. Lassen Sie sich durch das ungewohnte Verhalten Ihres Kindes nicht entmutigen und suchen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind und der Unterstützung von Fachleuten nach dem richtigen Förderlevel.

Zu beachten ist auch, dass Kinder und Jugendliche mit einer Hirnschädigung in spezifischen neurologischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche behandelt oder therapiert werden. Leider werden bis heute viele Kinder in neurologischen Einrichtungen für Erwachsene betreut. Aber: **Kinder sind keine kleinen Erwachsenen!** Die besonderen Bedürfnisse von aphasischen Kindern und Jugendlichen können nur in speziell dafür ausgerichteten Einrichtungen berücksichtigt werden. Nur dort sitzen die Experten mit langjähriger Erfahrung zu Aphasie im Kindes- und Jugendalter (siehe Nützliche Kontaktadressen). Leider hat das für die Familien oftmals die unangenehme Folge, dass eine Rehabilitationsbehandlung in Wohnortnähe nicht möglich ist. Viele Familien

fühlen sich dadurch abgeschreckt. Jedoch zeigen die vielen Erfahrungswerte, dass es dennoch für die zukünftige und langfristige Entwicklung des betroffenen Kindes wichtig ist, es in geeigneten Einrichtungen zu therapieren und fördern. Nur so ist gewährleistet, dass die besten Rehabilitationsmöglichkeiten für das Kind ausgeschöpft werden.

Elternarbeit durch Therapeuten

Elternarbeit spielt im Kontext der Aphasie eine wichtige Rolle. Sie ist nicht nur hilfreich, damit betroffene Eltern und Geschwisterkinder bei dem gemeinsamen Verarbeitungsprozess unterstützt werden, sondern dient vor allem den betroffenen Kindern und Jugendlichen.

„Was uns Eltern sehr belastet hat, war nicht nur das kranke Kind. Wir haben die Krankheit akzeptiert und können sehr gut damit leben. Uns sorgt viel mehr die Tatsache, wie das Umfeld mit der Krankheit umgeht.“

Margit H., Mutter des betroffenen Florian

Elternarbeit hat dabei viele Gesichter. Die Angehörigen müssen zum einen über das Krankheitsbild Aphasie aufgeklärt werden, spielen aber auch innerhalb des Therapieprozesses eine unterstützende Rolle. Gerade in Bezug

auf Folgeerscheinungen wie z. B. Verhaltensauffälligkeiten ist Aufklärung von Eltern bzw. Angehörigen ein bedeutender Teilaspekt der Intervention.

Eltern wollen die Ursachen für das Verhalten ihrer Kinder verstehen. Viele der Symptome sind eine direkte Folge der Hirnschädigung und müssen daher im Kontext der Aphasie betrachtet werden.

Eine erste Hilfestellung können hier die Familienseminare des Bundesverbandes der Aphasiker oder der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung bieten. Hier stehen Fachleute unterschiedlicher Profession zur Verfügung die Ihnen dabei helfen, Antworten zu finden auf bisher ungeklärte Fragen.

Zur Umsetzung der Elternarbeit sind sowohl Einzelgespräche als auch Elterngruppengespräche sinnvoll, die regelmäßig neben der Therapie des Kindes erfolgen sollten. Ebenso wichtig ist es, einen Rahmen für eventuelle Fragen und Probleme der Eltern und ihre Sicht der Problematik zu schaffen. Außerdem sollten ihnen zu Beginn und während des Therapieverlaufs Hinweise für den Umgang mit ihrem sprachbehinderten Kind vermittelt werden. Die Beratung der Eltern über die mögliche Wiedereingliederung des Kindes in eine Schule und den günstigsten Bildungsweg sollte ebenfalls erfolgen.

VII. APHASIE IM KONTEXT SCHULE

Die aphasische Symptomatik ist meist im schulischen Kontext nach wie vor vorhanden und häufig anhaltend. Dies muss von Anfang an beachtet werden. Aus diesem Grund ist eine umfassende, frühzeitige Förderung und Intervention auch im schulischen Kontext anzustreben. Einige Fachleute empfehlen daher ein therapeutisches Vorgehen in kleinen Kindergruppen, weil sie darin eine Vorbereitung der Wiedereingliederung des aphasischen Kindes in das Schulsystem sehen.

Schulen für Kranke

Aufgrund der Hirnschädigung ist in den meisten Fällen bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie eine lange Zeit der Rehabilitation notwendig. Betroffene Kinder und Jugendliche sind mehrere Wochen bis Monate stationär in Rehabilitationseinrichtungen untergebracht. Ist das der Fall, werden automatisch die Schulen für Kranke zuständig. Aufgabenfeld der Schulen für Kranke ist u. a. die Zusammenarbeit zwischen den Lehrkräften der Schulen für Kranke und den Lehrkräften der Stammschulen. Die Schule für Kranke soll den Bildungsauftrag der Schule unter dem besonderen Gesichtspunkt von Krankheit, Rehabilitationsaufenthalt und Erholungsbedürftigkeit erfüllen, möglichst den Anschluss an die Schulausbildung

gewährleisten, sowie die Wiedereingliederung in den normalen Schulbetrieb vorbereiten. Vor Ort erfolgen meist auch eine Einschätzung der zukünftigen schulischen Leistungsmöglichkeiten sowie eine Schulempfehlung. Oft sieht der Schulwunsch der Eltern jedoch anders aus. Gerade wenn es um die Frage einer Förderbeschulung geht, stehen viele Eltern dem kritisch gegenüber. Dennoch sollten betroffene Familien alle Wege in Erwägung ziehen. Denn oft wird verkannt, dass viele Schwierigkeiten aufgrund einer Aphasie erst viel später deutlich werden und in der Regelschule Probleme auftreten.

Ziel: Die bestmögliche Beschulung für jeden einzelnen Fall

Die Frage nach der weiteren schulischen Entwicklung ist im Fall von kindlichen Aphasien von großer Bedeutung, aber leider noch wenig erforscht. Vom Gesichtspunkt der Schulbildung her ist die Rückkehr zum früheren Schulbildungsweg oftmals das Ziel der Eltern. Gerade auch der Wunsch, das Kind wieder in sein bekanntes soziales Umfeld zu integrieren spielt eine Rolle. Dabei wird leider oftmals unterschätzt, wie Lehrkräfte und ehemalige Klassenkameraden auf die Veränderungen des Kindes durch die Hirnschädigung reagieren. Viele Kinder erleben Ablehnung

und Ausgrenzung. In nicht seltenen Fällen kommt es sogar zu Mobbing in der Schule. Dies sollte man bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen.

„Ich wiederholte die sechste Klasse und hatte viele Schwierigkeiten mit meinen Mitschülern. Hänseleien waren an der Tagesordnung.“

Florian, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Welcher der „beste“ Weg zur Beschulung von aphasischen Kindern und Jugendlichen ist, ist unter den gegebenen bildungspolitischen Voraussetzungen nur im Einzelfall zu beantworten. Eltern sind mit der Frage konfrontiert, ob eine Integration in eine Regelschule in jedem Fall sinnvoll und möglich oder eine Förderung in einer speziell an die Bedürfnisse des betroffenen Kindes angepasste Einrichtung, also eine Förderschule, die bessere Alternative ist. Die Antwort sollte statt „Regelschule um jeden Preis“ vielmehr „die bestmögliche Beschulung für jedes einzelne Kind“ lauten. Das macht es allerdings schwierig, da es bedeutet, dass es keine vorgefertigten Lösungen und auch keine Patentrezepte gibt.

Je nach Schwere der Schädigung ist es in manchen Fällen möglich, das betrof-

fene Kind wieder in die alte Schule zu integrieren. Dies kann zum einen durch Wiederholen von Klassen oder individuelle Nachteilsausgleiche ermöglicht werden, die mit der Schule vor Ort vereinbart werden müssen. In manchen Fällen ist auch ein Wechsel im bestehenden Regelschulsystem sinnvoll. D.h. betroffene Kinder wechseln von Gymnasium oder Realschule in eine Hauptschule bzw. Volksschule.

Integration in allgemeine Schulen

Seit einigen Jahren gibt es eine neue Sichtweise: Schüler werden nicht mehr als „sonderschulbedürftig“ eingestuft, sondern es geht vielmehr darum, den sonderpädagogischen Förderbedarf eines Schülers mit einer Beeinträchtigung zu ermitteln. Erst danach wird entschieden, an welchem schulischen Ort dieser Förderung entsprochen werden kann. Seitdem wird davon ausgegangen, dass die Förderschule nicht mehr der vorrangige Förderort ist, sondern dass dem gemeinsamen Unterricht, der Integration von Kindern mit und ohne Behinderung mit Bezug auf § 3 des Grundgesetzes („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) Gleichrangigkeit eingeräumt wird. Die Förderung der Integration ist somit zumindest theoretisch im Bereich Schule verankert.

Hinweise für Eltern, die ihr Kind gemeinsam beschulen möchten

- Abhängig vom Bundesland beantragen die Regelschule, die Förderschule oder Sie als Eltern die Eröffnung des in Ihrem Bundesland üblichen Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und des Förderortes. Weisen Sie hier darauf hin, dass Sie Ihr Kind gerne integriert beschulen wollen.
- Wenn Sie eine Schule gefunden haben, muss geklärt werden, welche Ausstattung, Materialien etc. Ihr Kind dort zum Lernen benötigt.
- Das Kind sollte die Möglichkeit haben, die neue Schule, den Klassenraum und die Klassenlehrer/in schon vor dem Schulbeginn kennen zu lernen.
- Bei einem Elternabend sollten die anderen Eltern von der Klassenlehrkraft darüber informiert werden, dass ein Kind mit einer Aphasie in dieser Klasse unterrichtet wird.
- Als Vorlaufzeit sollten Sie für das ganze Verfahren ein bis eineinhalb Jahre einkalkulieren. Erfahrungen haben gezeigt, dass es aber auch in kürzerer Zeit möglich ist.



Die UN-Behindertenrechtskonvention

„Gleicher Zugang zu Bildung für alle“. Das fordert die UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen, die 2009 verbindlich für Deutschland wurde. Die Bundesrepublik Deutschland geht damit die Verpflichtung ein, den Inhalt der Konvention in nationales deutsches Recht zu übertragen. Der für die Bildung relevante Artikel 24 der Konvention besagt z.B.:

„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen ...“

Bei dieser deutschen Übersetzung ist jedoch zu beachten, dass das englische Wort „inclusion“ mit dem deutschen Wort „Integration“ übersetzt wurde. Dies ist inhaltlich nicht ganz richtig. Bei der Umsetzung der UN-Konventionen gilt das englische Original als Orientierungsrahmen.

Integration und Inklusion

Inklusion tritt ein für das Recht aller Schüler, unabhängig von ihren Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen sowie von ihrer ethnischen, kulturellen oder sozialen Herkunft miteinander und voneinander

in „einer Schule für alle“ zu lernen. Kein Kind soll ausgesondert werden, weil es den Anforderungen der Schule nicht entsprechen kann. Im Gegensatz zur **Integration** will die Inklusion nicht die Kinder den Bedingungen der Schule anpassen, sondern die Rahmenbedingungen an den Bedürfnissen und Besonderheiten der Schüler ausrichten. Gleichwohl soll sich die Beschulung am „Kindeswohl“ orientieren (original „child's interest“).

Integrationshelfer

(Auch: Schulhelfer; Unterrichtshelfer)

Integrationshelfer unterstützen die Schüler z.B. durch Begleitung auf dem Schulweg und dem Schulgelände, einfache Handreichungen während des Unterrichts oder durch Bedienung der Geräte beim Umsetzen von Unterrichtsmaterialien. Es gibt keine eindeutige Klärung in diesem Bereich. Vor allem ist zu beachten, dass die Situation vom Bundesland abhängig ist, da die Stellung der Integration im jeweiligen Schulgesetz eine wichtige Rolle spielt. Dabei stellt sich die Frage „Wer zahlt?“:

Schulträger?

Man kann argumentieren, dass die Aufnahme in eine Regelschule gleichbedeutend ist mit der Erklärung der Schule, dass die dortigen Kapazitäten ausreichen. Die Gewährleistung von Unterrichtung und Betreuung ist Aufgabe der Schule.

Eingliederungshilfe?

SGB XII § 54

Leistungen der Eingliederungshilfe

„(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt.“ (siehe auch § 12 Eingliederungshilfe-Verordnung).

Tipps zur Beantragung von

Eingliederungshilfe

Da sich die Situation in den Bundesländern unterschiedlich gestaltet, ist es sinnvoll, sich bei der Beratungslehrerin, dem Frühförderer oder der Förderschule zu informieren. In der Regel ist die Voraussetzung, dass die zuständige Schulaufsichtsbehörde auf der Basis eines sonderpädagogischen Gutachtens die Regelschule als geeigneten Förderort bestimmt. Auf dieser Grundlage kann ein Antrag auf Eingliederungshilfe zur Kostenübernahme für den Einsatz eines Integrationshelfers im gemeinsamen Unterricht bei der örtlich zustän-

digen Behörde (z.B. Sozialamt) gestellt werden.

Der Bedarf an konkreten Hilfen zur Teilnahme am gemeinsamen Unterricht sollte dargestellt werden. Das heißt, dass der benötigte Umfang, eine Beschreibung der Aufgaben und der Stundenlohn möglichst genau angegeben werden sollten. Die Integrationshilfe kann von einer Privatperson auf Honorarbasis durchgeführt werden oder im Rahmen des Bundes Freiwilligen Dienstes. Integrationshelfer werden von Wohlfahrtsverbänden bereitgestellt.

Entscheidend ist, dass die beschriebenen Aufgaben nicht pädagogischer Art sind!

Oft wird eine Stellungnahme der zuständigen Schulaufsichtsbehörde gefordert. Diese muss dann darlegen, dass von ihrer Seite alle personellen Bedingungen erfüllt wurden (z.B. zusätzliche Lehrerstunden, Beratungslehrer), dass aber ein Integrationshelfer unbedingt notwendig ist für Tätigkeiten, die nicht von der Lehrkraft zu übernehmen sind. Die Schulaufsichtsbehörde sollte daher von der Antragsstellung informiert werden.

Direkter Kontakt zu den Sachbearbeitern hat sich bewährt, da diese sich für einen positiven Bescheid rechtfertigen müssen! In der Regel verlangen die zuständigen Behörden (z.B. Sozialamt) zunächst, dass das Einkommen der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

offengelegt wird. Dies ist bei der Eingliederungshilfe u.a. als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung für Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren nicht nötig und damit rechtswidrig! Zum einen würden Daten zu Unrecht erhoben und zum anderen bedeutet dies, dass die Bearbeitung des Antrags allein durch die Einkommensprüfung unnötig hinausgezögert würde.

(Quelle „Integrationshelfer“: www.isar-projekt.de)

Beschulung in Fördereinrichtungen

Ist die Wiedereingliederung in die Regelschule nicht möglich oder sind die Vo-

oraussetzungen für die Einschulung in die Regelschule nicht gegeben bzw. eine Überforderung zu erwarten, muss aphasischen Kindern bzw. Jugendlichen die Möglichkeit der Förderung in einer speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Einrichtung gewährleistet werden.

Im Fall Aphasie kommt allerdings die Problematik hinzu, dass es keine speziellen Schulen gibt und Aphasie im Kindes und Jugendalter bisher in keiner Förderschule konzeptionell verankert wurde. Vielen Fachleuten ist dieses Krankheitsbild mit seinen Folgen völlig unbekannt. Im schlimmsten Fall führt

das dazu, dass die Kinder einfach in der Klasse „mitlaufen“ ohne dass auf Ihre spezifischen Bedürfnisse eingegangen wird. Dies gilt auch für Sprachheilschulen. Dort werden eher Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten und/oder mit Aussprachestörungen berücksichtigt. In der Regel haben die Lehrkräfte dort keine Erfahrung mit Kindern nach Hirnschädigung bzw. mit Aphasie. Daher ist es besonders wichtig, zukünftige Lehrkräfte über Aphasie aufzuklären und auf die zu erwartenden Schwierigkeiten hinzuweisen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass von den bestehenden Förderschularten die Schulen für Kinder mit Körperbehinderungen meist die am besten geeignete Schulform für Kinder mit Aphasie darstellt. Denn es wird oft vernachlässigt, dass es sich bei einer Aphasie aufgrund einer Hirnschädigung um eine körperliche Beeinträchtigung handelt. Zudem haben betroffene Kinder oftmals auch körperlich-motorische Einschränkungen, die ebenfalls für diese Schulart sprechen.

Neben dem Unterricht in einer solchen Schule ist allerdings zusätzlich die individuelle Sprachtherapie von Kindern bzw. Jugendlichen mit Aphasie ein notwendiger Bestandteil und darf auf keinen Fall vernachlässigt werden.

Die Entscheidung für eine Schulart muss

jedoch nicht heißen, dass sie für die gesamte Schullaufbahn zu gelten hat. Es gibt immer wieder auch Fälle, in denen ein betroffenes Kind zuerst eine Förderschule besucht hat, um nach einer gewissen Zeit an eine allgemeine Schule zu wechseln.

Faktoren, die bei der Schulentscheidung eine Rolle spielen

Um im Einzelfall entscheiden zu können, welche Form der schulischen Wiedereingliederung am förderlichsten ist, bedarf es einer gründlichen Abklärung der Situation des Schülers und seiner Familie sowie der schulischen Möglichkeiten, die vor Ort in Frage kommen.

Schulische Situation des Kindes vor dem Unfall bzw. der Erkrankung?

- Einstellung zur Schule
- Bisherige Leistungsentwicklung
- Integration im sozialen Umfeld
- Besondere Interessen
- Lern- und Schulschwierigkeiten
- Außerschulische Belastungen
- Schwerwiegende Vorerkrankungen

Aktuelle Leistungsmöglichkeiten des Kindes?

- Feststellung des körperlichen und geistig-seelischen Zustandes
- Bewertung des bisherigen Rehabilitationsverlaufs
- Stand der Verarbeitung der Unfallfolgen bzw. Schädigungsfolgen



- Verlauf und Ergebnis des Klinikunterrichts
- Der Lernstand in den einzelnen Kernfächern
- Das Lernvermögen für neue Inhalte
- Die Ansprechbarkeit in der Gruppensituation
- Die Frustrationstoleranz
- Die allgemeine Belastbarkeit

Schulische Möglichkeiten vor Ort?

- Verschiedene Schulformen
- Schulweg
- Größe der Schule
- Bauliche Gegebenheiten
- Klassengröße
- Zusammensetzung der Klasse
- Einstellung des Lehrers zu Schülerproblemen
- Möglichkeit zusätzlicher Förderung

Nachteilsausgleiche in Schulen als Chance

Nachteilsausgleiche sind eine sinnvolle Möglichkeit, der individuellen Problematik in der Schule angemessen Rechnung zu tragen, ohne dabei die fachlichen Anforderungen geringer zu bemessen. Dies bietet gerade für aphasische Kinder und Jugendliche eine gute Chance und Unterstützung. Zudem haben diese Nachteilsausgleiche den Vorteil, dass sie sowohl in Regel- als auch in Förderschulen gewährleistet werden können.

„Mir waren plötzlich manche Buchstaben völlig fremd. Auch fiel mir das Bilden von Sätzen sehr schwer. Heute habe ich noch große Probleme mich auszudrücken und Sätze zu formulieren.“

Florian, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Nachteilsausgleiche dienen dazu, Einschränkungen durch Beeinträchtigungen oder Behinderungen aufzuheben oder zu verringern. Sie sollen den Schülern ermöglichen, mit ihren individuellen Leistungen in den Vergleich zu anderen zu treten.

Der Begriff des Nachteilsausgleichs ist kein originär pädagogischer Begriff, er kommt aus dem Bereich des Schwerbehindertengesetzes (§ 48) von 1986 und wurde in das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs aufgenommen: „Die Vorschriften über Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen [Nachteilsausgleich] werden so gestaltet, dass sie unabhängig von der Ursache der Behinderung der Art oder Schwere der Behinderung Rechnung tragen“ (§ 126).

Die Übertragung auf den schulischen Bereich und auf die Ansprüche von Schülern mit Behinderungen steht im Rahmen der allgemeinen Fürsorgepflicht



der Schule im Anschluss an den Gleichheitssatz:

„Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“.

In Artikel 3, Absatz 3, Satz 2 des Grundgesetzes wurde aufgenommen:

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Dieses Diskriminierungsverbot fand eine Umsetzung in der Möglichkeit – formuliert jedoch als Kann-Regel, nicht als Anspruch der Betroffenen – die äußeren Bedingungen bei Prüfungen, also Pausen, Bearbeitungszeit, zusätzliche Hilfsmittel, zu verändern.

Mit dem Nachteilsausgleich ist keine Herabsetzung des Anforderungsprofils der Aufgabenstellung

verbunden! Das heißt, die Anforderung bzw. Aufgabe bleibt die gleiche, nur der Lösungsweg ist ein anderer. Mögliche Maßnahmen des Nachteilsausgleichs bei einer Beeinträchtigung können sein:

- zusätzliche Bearbeitungszeit und Pausen
- Einsatz technischer Hilfsmittel wie Taschenrechner, (Sprach-) Computer
- Textoptimierung von Aufgaben
- alternative Präsentation von Aufgaben und Ergebnissen
- Geben von Verständnishilfen und zusätzlichen Erläuterungen (z.B. Worterklärungen)
- alternative Leistungsnachweise (z. B. mündlich statt schriftlich)
- unterrichtsorganisatorische Veränderungen, Arbeitsplatzorganisation

- individuelle Leistungsfeststellung in Einzelsituationen
- personelle Unterstützung (z. B. bei Unterstützter Kommunikation)
- klare, verständliche Sprache und prägnante Formulierung von schriftlichen Aufgaben
- Visualisierung von Unterrichtsinhalten
- geeignete Positionen von Schülern und Lehrern bei der Artikulation

Dieser Katalog ist nicht abschließend. Die einzelnen Vorschläge können auch nicht als einzulösende Forderungen aufgefasst werden. Es handelt sich um Möglichkeiten, über die angesichts der individuellen Voraussetzungen beraten und entschieden werden muss.

Nachteilsausgleiche werden „vor Ort“, z. B. durch Prüfungskommissionen und Klassenkonferenzen gewährt. Sie sollten sich nicht allein auf Prüfungssituationen beziehen, sondern Bestandteil der täglichen pädagogischen Arbeit sein und aus ihr hervorgehen. Wichtig ist dabei, dass dem Antrag auf Nachteilsausgleich an der Schule ein ärztliches Attest vorausgehen muss. Auf Basis des Attests wird es für die Klassenkonferenz schwierig, den Antrag abzulehnen. Zu beachten ist auch, dass Nachteilsausgleiche nicht im Zeugnis stehen.

Erste Schritte zur Bewilligung von Nachteilsausgleichen

Möchten Eltern einen Nachteilsaus-

gleich für ihr aphasisches Kind durchsetzen, so ist die erste Anlaufstelle die Klassenlehrkraft bzw. die Schulleitung. Dabei ist wichtig, dass eine klare Diagnose und ein Gutachten über die Schwierigkeiten vorliegen. Das kann z. B. ein sonderpädagogisches Gutachten sein. Je nach Bundesland können auch Befunde der Rehaeinrichtungen oder des Arztes ausreichend sein. Gerade hier empfiehlt sich auch ein differenziertes neuropsychologisches Gutachten, da darin die einzelnen Leistungsfähigkeiten des Kindes erfasst sind. Daran lässt sich dann gut erkennen, wo die Angebote der Nachteilsausgleiche ansetzen müssen.

Akzeptanz von Nachteilsausgleichen

Wichtig ist es, sowohl die Klassenkameraden als auch das betroffene Kind darüber aufzuklären, dass es sich bei einem Nachteilsausgleich tatsächlich nicht um eine Bevorzugung des aphasischen Kindes, sondern lediglich um die Ermöglichung der eigenen Leistungen im schulischen Kontext und dem Ausgleich bestehender Benachteiligungen handelt. Dies ist insofern wichtig, da manche Kinder ihre Nachteilsausgleiche verweigern, weil sie manchmal auf Ablehnung der Mitschüler stoßen. In einem solchen Fall ist Aufklärung mit Hilfe der Lehrkraft besonders wichtig. Es kommt auch vor, dass ein-

zelne Lehrer oder Schulleitungen über die Bewilligung von Nachteilsausgleichen nicht genug informiert sind. Meist hilft es dann, die Veröffentlichungen zu Nachteilsausgleichen der jeweiligen Kultusministerien zu kennen. Diese finden sich meist problemlos im Internet. Da es keine spezifischen Veröffentlichungen zu Nachteilsausgleichen für aphasische Kinder und Jugendliche gibt, ist es zudem sinnvoll, Bezug auf andere Erlasse zu nehmen, z. B. Legasthenieerlasse. Diese findet man auch im Internet auf den Seiten der Kultusministerien. Dort sind in der Regel gute Beispiele und Tipps für die Umsetzung beschrieben.

Fazit

Letztlich ist das Einlösen eines individuellen Nachteilsausgleichs ein Schritt zu einem Unterricht, in dem die Verschiedenheit der Kinder und deren angemessene pädagogische Berücksichtigung eine Selbstverständlichkeit ist.

Tipps für Eltern bei der Beschulung

Zum Wohle Ihres Kindes sollten sie nicht nach dem Prinzip „Regelschule um jeden Preis“ sondern „die bestmögliche Beschulung für mein Kind“ agieren. In manchen Fällen kann das auch eine Förderschule sein. Schulen für geistige Behinderungen sind aber auf keinen Fall die richtigen Ansprechpartner! Denn bei einer Aphasie liegt in der Regel keine Intelligenzminderung vor! Meist sind auch

Schulen für schwer erziehbare oder verhaltensauffällige Kinder nicht der richtige Ort. Zwar zeigen viele Betroffene Verhaltensauffälligkeiten, aber diese gehen in den meisten Fällen zurück, wenn den Kindern bzw. Jugendlichen alternative Kommunikationssysteme (z.B. Unterstützte Kommunikation, Sprachcomputer etc.) angeboten werden.

Wie bereits beschrieben, zeigt die Erfahrung, dass Schulen für körperlich beeinträchtigte Kinder die besten Ansprechpartner sind (u.a. aufgrund von Therapieangeboten in der Schule, Ganztageschulen, differenziertes Angebot, z. B. Unterstützte Kommunikation, ...), vorausgesetzt die sprachliche Förderung bzw. Aphasie-Therapie kommt dabei nicht zu kurz.

Fazit

Die Schulentscheidung sollte immer im jeweiligen Einzelfall mit der Unterstützung von Fachleuten entschieden werden und an den individuellen Fähigkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen orientiert sein. Um die schulische Wiedereingliederung bestmöglich zu erleichtern, muss daher das gesamte Umfeld der Betroffenen, d.h. Eltern, zukünftige Lehrer, Ausbilder und Therapeuten auf die zu erwartenden Schwierigkeiten frühzeitig vorbereitet werden.

Julia und ihre Geschichte

Bei der knapp siebenjährigen Julia, die zum damaligen Zeitpunkt mit gu-

ten Leistungen die zweite Schulklasse besuchte, war ein sehr großer links gelegener Hirntumor operativ entfernt worden. Danach hatte sie bei einer psychologischen Testung ihrer Intelligenz altersdurchschnittlich abgeschnitten und war deshalb nach Abschluss der Chemotherapie und anschließenden Strahlenbehandlung wieder in ihre alte Schule zurückgekehrt. Dort wiederholte sie aufgrund der langen Fehlzeiten die zuletzt besuchte Klassenstufe. Jedoch häuften sich in der Folgezeit die Probleme: Julia hatte immer größere Schwierigkeiten, mit dem Schulstoff fertig zu werden. Ihrer Mutter fiel insbesondere auf, dass sie

im Lesen und Schreiben vor Behandlung viel sicherer gewesen war.

Die Psychotherapeutin schloss aus den unauffälligen Testergebnissen, dass Julias Schwierigkeiten eine psychische Ursache haben müssten. Sie vermutete, dass insbesondere Julias alleinerziehende Mutter die lebensbedrohliche Erkrankung und unsichere Perspektive ihrer Tochter nicht bewältigt habe und empfahl heilpädagogische Betreuung für das Kind sowie psychotherapeutische Gespräche für die Mutter. Fast zwei Jahre lang quälte die Familie sich mit Julias Leistungsproblemen und zu-



Inhomogenes neuropsychologisches Leistungsprofil einzelner Teilleistungen nach Hirntumor-OP bei Julia

Die dunklen Flächen zeigen, wie ausgeprägt eine Fähigkeit vorhanden ist. Der schwarze, fettgedruckte Kreis steht für die durchschnittlichen Fähigkeiten in der entsprechenden Altersgruppe. Je mehr die Fähigkeiten in Richtung Mittelpunkt zurück gehen, desto weniger sind sie ausgeprägt. Im Fall von Julia zeigte sich, dass ihr verbales Lernen so gut wie gar nicht ausgeprägt war. Das hatte zur Folge, dass sie im Unterricht vermittelten Stoff nicht aufnehmen und lernen konnte. (Quelle: B. Benz)

nehmend auch mit ihren immer stärker werdenden emotionalen Schwierigkeiten. Als dann im Lauf der weiteren Monate die Überweisung zur Förderschule drohte, wurde der Intelligenzstatus nochmals erhoben. Dabei fielen die Ergebnisse von Verbal- und Handlungs-Intelligenzquotient nun im Altersvergleich zwar auffällig niedriger aus als im Vorbefund, doch war hiernach noch keine Indikation für eine Förderschulbedürftigkeit gegeben. In dieser Situation wurde schließlich, knapp drei Jahre nach der Operation, erstmals an eine neurologische Rehabilitationsbehandlung gedacht.

Das neuropsychologische Gutachten ergab ein völlig unausgeglichenes Leistungsbild, bei dem sämtliche geprüften sprachlichen und ganz besonders die verbal-akustischen Fähigkeiten deutlich schwächer ausfielen als die handlungsgebundenen Intelligenzleistungen und die Merk- und Lernfähigkeit bei visuellfiguralem Material.

Dies sprach für eine Aphasie, die in der logopädischen Diagnostik weiter abgeklärt und während der stationären Rehabilitationsbehandlung intensiv logopädisch behandelt wurde. Es zeigte sich, dass Julias Leistungsfähigkeit nach der Bestrahlung stark abgefallen war und dies viel zu spät erkannt wurde. („growing into a deficit“, siehe IV. Neuropsychologische Beeinträchtigungen)

Julia und ihre Mutter benötigten viel Unterstützung, um die vielen Misserfolgs-erlebnisse und Missdeutungen aufzuarbeiten, denen sich die Familie lange Zeit hindurch ausgesetzt gefühlt hatte. „Man hat gar nicht ernst genommen, was wir gesagt haben ...“ beklagte sich die Mutter des Kindes. „Immer diese Vorwürfe, ich würde mir das alles nur einbilden – das war das Schlimmste!“

Die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist als häufig auftretender Nebeneffekt einer Bestrahlungsbehandlung bekannt. Diese Zusammenhänge hätten den beteiligten Fachleuten präsent sein und in die Analyse der Situation einbezogen werden müssen. Eine Einschränkung der mit Sprache verbundenen Fähigkeiten führt in der Schule, insbesondere in der Grundschulzeit, in der Lese- und Schreibfertigkeiten noch nicht ausreichend automatisiert sind, zu unüberwindlichen Schwierigkeiten.

Hinweise für schulische Fachvertreter zum Umgang mit aphasischen Kindern und Jugendlichen

Bei aphasischen Kindern und Jugendlichen zeigen sich ganz unterschiedliche Schwierigkeiten im schulischen Unterricht. Häufige Probleme sind u.a. die erschwerte Abspeicherung neuer (verbal vermittelter) Inhalte, ein verzögerter Wortabruf und Sprachverständnis-



probleme. Hinzu können Merkfähigkeits- und Strukturierungsprobleme, sowie Verhaltensauffälligkeiten kommen. Dies führt in den meisten Fällen bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie zu anhaltenden Schwierigkeiten im Schulalltag. Nach der Schädigung kommt es somit zu Erschwernissen des schulischen Lernens. Das beginnt beim Lesen und Verstehen des rein sprachlich vermittelten Schulstoffs über die Bearbeitung schriftlicher Aufgaben und endet oft mit einem erhöhten Lernstress.

Bei der Beschulung, aber auch im Alltag ist darauf zu achten, dass sowohl Über- als auch Unterforderung zu Verhaltensauffälligkeiten bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen führen können. Das ungewohnte Verhalten des Kindes sollte nicht entmutigen. So konnte gezeigt werden, dass auch im schulischen Kontext die Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen meist zurückgehen, wenn ihnen alternative Kommunikationswege (Gebärden, Sprachcomputer etc.) möglich gemacht werden.

„Florian musste auch die Schule wechseln. In einer Förderschule wäre er unterfordert und in der normalen Hauptschule mit zu vielen Kindern in einer Klasse wäre er absolut überfordert.“

Margit H., Mutter des betroffenen Florian

Typische Schwierigkeiten im schulischen Alltag

Ein großes Problem bei Aphasie im Kindes- und Jugendalter ist, dass es keine spezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren gibt. Ursache dafür ist, dass die Forschung zu „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“ bis heute sehr defizitär und lückenhaft ist. Das hat für den schulischen Bereich zur Folge, dass es bisher auch keine spezifischen Fördermöglichkeiten gibt, die in der Schule angewendet werden können. Schulische Vertreter stehen dadurch oftmals völlig alleine da, wenn es um die Förderung aphasischer Schüler und Schülerinnen geht. In einem solchen Fall sind die Lehrkräfte der Schulen für Kranke in den neurologischen Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche geeignete Ansprechpartner, da sie über differenzierte Erfahrungen mit aphasischen Kindern und Jugendlichen im Klinikschulalltag verfügen.

Ein weiteres Problem im schulischen Kontext: Viele Kinder werden nach einer

erlittenen Hirnschädigung ohne ausreichende Diagnostik vorschnell wieder in die Schule eingegliedert.

In diesem frühen Stadium ist meist nicht abzusehen, wie sich die schulischen Fähigkeiten weiter entwickeln werden. Lehrkräfte sollten daher das Phänomen des „Growing into a deficit“, d.h. das Phänomen, dass Kinder erst langsam in ihr endgültiges Defizit hineinwachsen, berücksichtigen. Für den Schulalltag heißt das, dass betroffene Kinder vielleicht am Anfang ganz gut mitkommen, mit der Zeit aber deutliche Probleme zeigen.

So werden viele aphasische Kinder erst ab ca. der zweiten, dritten Klasse auffällig, auch wenn sie Jahre vorher eine Hirnschädigung erlitten haben. Zum Beispiel wenn die Sachaufgaben in Mathe auf dem Lehrplan stehen. Das heißt, erst mit der Zeit, wenn höhere Fähigkeiten benötigt werden, zeigt sich, welche weitreichenden Konsequenzen eine erworbene Hirnschädigung oftmals hat.

Ein weiteres Problem ist, dass in vielen Fällen der Zusammenhang der neu auftretenden Lernprobleme mit der zeitlich zurückliegenden Hirnschädigung oftmals nicht gesehen wird. So vermuten einige Fachleute, dass viele der sogenannten Kinder mit Lese-Rechtsschreib-Schwäche (LRS) bzw. Legasthenie, bei denen organische Ursachen in der Regel per Definition ausgeschlossen werden, ihre Probleme beim Schrift-

spracherwerb jedoch aufgrund einer frühkindlichen Hirnschädigung haben.

„Da die Rehazzeit ja abgebrochen wurde aus Kostengründen, war ich noch nicht richtig gesund und konnte nicht in meine alte Schule zurück. Daher musste ich nun in die Hauptschule für Körperbehinderte gehen.“

Elena, erlitt mit 12 Jahren eine Aphasie

Bei der Schulwahl stellt sich als zentrales Problem die Tatsache dar, dass hirngeschädigte Kinder und Jugendliche ein in sich heterogenes Leistungsniveau haben, Schulen in ihrem Lernangebot aber eher ein homogenes voraussetzen.

Für die schulische Wiedereingliederung ist zu empfehlen, gemeinsam mit dem Kind ein individuell geeignetes Förderlevel festzulegen.

Förderliche Faktoren im schulischen Kontext

Auch wenn es bisher keine speziellen Förderkonzepte für Kinder und Jugendliche mit Aphasie für den schulischen Bereich gibt, so haben Lehrkräfte dennoch Möglichkeiten, positiv auf die schulische Entwicklung des betroffenen Schülers einzuwirken.

Es gibt mehrere Faktoren, die sowohl für Kinder als auch Jugendliche mit Aphasie für einen erfolgreichen Besuch von Schule und Ausbildung bedeutend sind.

Als sinnvolles Vorgehen hat sich bewährt, neben dem Schulunterricht schul- und ausbildungsbezogene Sprachtherapie wahrzunehmen. Da viele der aphasischen Kinder bzw. Jugendlichen nachmittags zahlreiche Therapiesitzungen haben, sind sie mit einer Fülle an neuen Themen und Methoden konfrontiert. Jedoch haben Betroffene oftmals Probleme mit häufigen Themenwechseln. Orientiert sich jedoch die nachmittägliche Sprachtherapie inhaltlich an dem morgens gelernten Schulstoff, können positive Effekte erzielt und eine Überforderung der Schüler vermieden werden. Um dies umzusetzen, ist jedoch eine enge Zusammenarbeit zwischen Lehrkraft und Therapeuten notwendig. Jedoch lohnt sich in den meisten Fällen der organisatorische Aufwand, da die Kinder deutliche Fortschritte zeigen.

größe. In der Regel sind aphasische Kinder sehr schnell ablenkbar und benötigen ein schonendes Lernumfeld. Daher steht und fällt eine Schulempfehlung häufig allein durch das Vorhandensein von kleinen Schulklassen. Der dadurch erzielte Betreuungsschlüssel bietet ebenfalls bessere Möglichkeiten, um den besonderen Bedürfnissen aphasischer Schüler im Unterricht gerecht zu werden. Denn diese Kinder benötigen häufig eine besondere Rücksichtnahme im Unterricht (z.B. ausführliche Erklärungen, ergänzende Unterlagen, bildliche Darstellungen). Gerade inhaltliche Wiederholungen zeigen Erfolge. Insgesamt zeigt sich, dass die Gewährung von spezifischen Nachteilsausgleichen, z.B. in Form von Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck, mit die bisher beste Möglichkeit darstellen, um aphasische Kinder und Jugendliche beim Lernen zu unterstützen.

Gedächtnisstörungen

Konzentrationsbeeinträchtigungen

APHASIE

Aufmerksamkeitsdefizite

Faktoren bzw. Voraussetzungen für Schulerfolg bei Aphasie

Ausbildungsbegleitende und -bezogene Sprachtherapie

Besondere Rücksichtnahme im Unterricht, z. B. ausführliche Erklärungen, ergänzende Unterlagen, bildliche Darstellungen

Kleine Schulklassen

Anschauliches Lernen mit visuellen Hilfen

Ausführliche Erklärungen mit inhaltlichen Wiederholungen

Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck

Nachteilsausgleich für Prüfungssituationen

„Florian hat die sechste Klasse in der Schule noch einmal wiederholt. Die Lehrer haben uns so gut sie konnten unterstützt. Das Schreiben und Rechnen mussten wir wieder sehr mühsam einüben. Teilweise fehlten Florian die Buchstaben im Gedächtnis.“

Margit H., Mutter eines betroffenen Sohnes

Ein weiterer Aspekt, der in der Schule ausschlaggebend ist, ist die Klassen-

Fazit

Für die Förderung im schulischen Unterricht ist zu beachten, dass bei aphasischen Kindern und Jugendlichen neben der weiteren Entwicklung und dem Erlernen von neuen Fähigkeiten immer noch die verlorenen Fähigkeiten wiedererworben werden müssen. Dies kennzeichnet das Spezifische bei einer Aphasie im Kindes- und Jugendalter.

Vorschulische Bildung

Erfolgt eine Hirnschädigung in frühen Jahren, stellt sich für betroffene Familien die Frage nach der vorschulischen Bildung. Einigkeit besteht darin, dass Kinder von Anfang an mit Selbstbildungspotentialen ausgestattet sind, Bildung von Geburt an geschieht und im Sinne des „lebenslangen Lernens“ nie endet. Dies gilt auch für aphasische Kinder. Umso bedeutender, dass schon in frühen Jahren die Fähigkeiten und Bildungspotentiale der Kinder individuell gefördert und unterstützt werden. Verschiedene Bildungseinrichtungen stehen in der Vorschulzeit für betroffene Kinder offen. Allerdings ist dies zum Teil von Bundesland zu Bundesland verschieden, unter anderem aber auch von der regionalen Struktur der vorschulischen Kinderbetreuung abhängig. Die Entscheidung, welche Einrichtung für das jeweilige Kind die Richtige ist, ist oft davon abhängig, welches Angebot im Umkreis vorhanden ist.

Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Gerade in den ersten Lebensjahren verfügen alle Kinder – behindert oder nicht – über ein sehr großes Entwicklungspotential. Dies liegt unter anderem daran, dass sich das Gehirn in dieser Zeit sehr schnell und in einem großen Ausmaß entwickelt. Dies gilt auch für Kinder mit Hirnschädigungen.

Aus diesem Grund ist eine frühe Förderung besonders wichtig. Im Bereich der Frühförderung arbeiten Fachleute aus verschiedensten Berufsgruppen in Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) miteinander. Zu den typischen Fachleuten zählen Pädagogen und Erzieherinnen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und unterschiedliche Therapeuten, wie z.B. für Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie oder auch Kunst- und Musiktherapie. Frühförderung kann dabei sowohl in der Frühförderstelle, in einem SPZ oder auch zu Hause erfolgen. Dabei unterscheiden sich Frühförderstellen von den Sozialpädiatrischen Zentren vorwiegend dadurch, dass die SPZ medizinisch orientiert sind, die Frühförderstellen eher pädagogisch. Im Fall einer erworbenen Hirnschädigung ist es daher in den meisten Fällen sinnvoller, sich an ein SPZ zu wenden. Bundesweit gibt es auch einige Einrichtungen, die sich auf neurologische Beeinträchtigungen spezialisiert haben.

VIII. APHASIE UND BERUFLICHE (RE)INTEGRATION

Die Chancen junger Menschen am Arbeitsmarkt werden ganz maßgeblich davon bestimmt, wie erfolgreich ihre schulische Bildung verlaufen ist und ob sie eine möglichst qualifizierte Ausbildung erlangen. Bildung und Ausbildung sind das Fundament für die Teilhabe am Arbeitsleben. Die UN-Behindertenrechtskonvention stellt neben einer inklusiven Bildung auch die Forderung nach der Verwirklichung eines inklusiven Arbeitsmarktes. Dies erfordert eine effektive und frühzeitige Einbeziehung der behinderten Menschen in Ausbildung und Beruf. Das gilt auch für Jugendliche, die an einer Aphasie leiden.

„Was passiert nach der Realschule, hat Elena noch Restaphasie oder nicht? Aber bis dahin ist ja noch etwas Zeit. Was unverändert bleiben wird, ist die Dankbarkeit all denen gegenüber, die Elena geholfen haben, zu leben und die Folgen der Krankheit zu überwinden.“

Monika B., Mutter der betroffenen Elena

Zu beachten ist, dass hirngeschädigte Jugendliche auch in ihrer beruflichen Rehabilitation oftmals noch erhebliche medizinisch-therapeutische Leistungen

und vor allem ärztliche Betreuung benötigen. Daher sollten frühzeitig Maßnahmen eingeleitet werden, die bei der späteren beruflichen Rehabilitation zum Tragen kommen.

Gerade bei neurologischen Beeinträchtigungen sind im Prozess der beruflichen (Re-)Integration einige Besonderheiten aufgrund der Schädigung zu beachten. Das hat zur Folge, dass sich die betroffenen Jugendlichen durch unterschiedliche und vielfältige Einschränkungen kennzeichnen, die auch für die berufliche Wiedereingliederung Folgen haben. Dies kann Fähigkeiten wie Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Umstellfähigkeit, Informationsverarbeitung, Arbeitstempo und Belastbarkeit betreffen. Daher werden in der neurologischen Rehabilitation neben theoretischen und praktischen Inhalten spezielle lernunterstützende Programme wie Gedächtnis- und Konzentrationstrainings durchgeführt. Begleitend erfolgen medizinisch notwendige Angebote wie Physiotherapie, Ergotherapie sowie im Fall der Aphasie immer auch Sprachtherapie.

Eine therapeutische Begleitung erscheint sinnvoll, da viele der betroffenen Jugendlichen Schwierigkeiten haben, zu erkennen, dass sich ihre zeitliche

Leistungsfähigkeit durch die Hirnverletzung verringert hat. Ein wichtiges Ziel im therapeutischen Prozess ist somit, an der Akzeptanz der neuen Grenzen im Alltag und in der Beschäftigung zu arbeiten.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Im Rahmen der stationären Rehabilitation gibt es das Angebot der Belastungserprobung und der Arbeitstherapie, bei denen es sich um medizinische Leistungen handelt.

Bei einer **Belastungserprobung** stehen diagnostische Überlegungen im Vordergrund. Dieses Verfahren dient einer Bestandsaufnahme der körperlichen, psychischen, intellektuellen und praktischen Leistungsfähigkeit zur Abklärung, ob eine schulische oder berufliche Rehabilitation sinnvoll ist. Werden bei einer solchen Erprobung gravierende Störungen des Leistungsvermögens festgestellt, die eine berufliche Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine berufliche Neuorientierung nicht erlauben, kann eine sogenannte Arbeitstherapie durchgeführt werden.

Bei einer **Arbeitstherapie** werden gezielt medizinische, psychologische, ergotherapeutische und berufspädagogische d.h. arbeitstherapeutische

Verfahren durchgeführt. Eine Arbeitstherapie dient der Verbesserung und Stabilisierung der psychischen und physischen Belastbarkeit, der Steigerung der kognitiven Fähigkeiten und der Anbahnung beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Eine Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die vor allem Menschen mit angeborenen Behinderungen betreut, ist in der Regel keine akzeptable Lösung. Dort erfolgt meist keine Berücksichtigung der neurologischen Beeinträchtigungen. Als Alternative gibt es die Möglichkeit betreute Arbeitsplätze einzurichten. Allerdings ist eine Leistungszusage durch den zuständigen Rehabilitationskostenträger notwendig, um eine Tätigkeit in einem betreuten Arbeitsplatz aufzunehmen. Jugendliche mit Behinderung werden fast immer überbetrieblich in einer Rehabilitationseinrichtung (z.B. Berufsbildungswerk) oder bei einem Bildungsträger ausgebildet.

Unterstützte Beschäftigung

Unterstützte Beschäftigung ist ein kundenorientiertes Modell, das die unterstützte Person in den Mittelpunkt stellt. Das Konzept umfasst alle Hilfen, die für Menschen mit Behinderung erforderlich sein können, um erfolgreich in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten zu können.



Kerninhalte von Unterstützter Beschäftigung sind die persönliche Berufs- bzw. Zukunftsplanung, die Erarbeitung eines individuellen Fähigkeitsprofils, die Arbeitsplatzakquisition, die Arbeitsplatzanalyse und Anpassung des Arbeitsplatzes, die Qualifizierung im Betrieb (Job Coaching). Auch die Sicherung des Arbeitsverhältnisses durch die kontinuierliche Unterstützung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei auftretenden Fragen oder Problemen im weiteren Verlauf der Beschäftigung zählt dazu. Ziel von Unterstützter Beschäftigung ist es, die notwendigen Rahmenbedingungen für dauerhafte, bezahlte, reguläre Arbeitsverhältnisse für Menschen mit Behinderung – unabhängig von Art und Umfang der Behinderung – in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu schaffen und zu erhalten. Weitere Informationen erhält man bei der Bun-

desarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e.V. (www.bag-ub.de).

Unterstützungsangebote und Ansprechpartner

Grundsätzlich gibt es im Rahmen der Berufsschulpflicht Möglichkeiten der **schulischen Berufsvorbereitung**. Solche schulischen Angebote sind in den Bundesländern in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden. Darüber hinaus bietet die **Berufsberatung der Agentur für Arbeit** Unterstützung. Zur Entscheidungsfindung können schulische und fachärztliche Gutachten sowie die des ärztlichen und psychologischen Dienstes der Agentur für Arbeit herangezogen werden. In der Regel bewilligt die Berufsberatung die entsprechenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für die Zielgruppe der jungen Menschen mit Behinderung, die wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung noch nicht für eine Ausbildung oder Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen, beschreibt die Bundesagentur für Arbeit **berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)**. Diese Maßnahmen sprechen Jugendliche an, deren Leistungsfähigkeit zwischen den Anforderungen der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und einer vereinfachten Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz liegt.

Der Zielgruppe der schwerbehinderten Schulabgänger stehen bei der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt grundsätzlich die **Integrationsfachdienste (IFD)** zur Verfügung.

Schwerbehinderte Menschen haben zudem einen Rechtsanspruch auf eine **persönliche Assistenz am Arbeitsplatz** (§§ 33 u. 102 SGB IX). Dabei werden die Kosten vom Integrationsamt bzw. Rehabilitationsträger übernommen.

IX. ANTWORTEN AUF DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN

Wie häufig sind kindliche Aphasien?

Bis zum Alter von 15 Jahren erleiden in Deutschland jährlich nach einer Schätzung des Bundesverbands Aphasie e.V. mindestens 3.000 Kinder und Jugendliche eine Aphasie. Man vermutet, dass es sich bei den Aphasien im Kindes- und Jugendalter um ein häufig nicht erkanntes bzw. wenig berücksichtigtes Phänomen handelt. Daher muss von einer hohen Dunkelziffer an Betroffenen ausgegangen werden.

Was sind die häufigsten Ursachen für kindliche Aphasien?

Das Schädel-Hirn-Trauma nach Unfällen gilt mit 65-80% als Hauptursache für Aphasie im Kindesalter. Kinder er-

leiden Schädel-Hirn-Traumata am häufigsten durch Unfälle im Straßenverkehr, Stürze bei Spiel und Sport oder auch als Folge körperlicher Gewalt. Weitere Ursachen sind Schlaganfälle, Tumore, entzündliche Prozesse (Hirn- und Hirnhautentzündungen) sowie hypoxische Schäden (Sauerstoffunterversorgung z.B. bei Beinahertrinkungsunfällen).

Was kann man über den Verlauf/Prognose sagen? Von was hängt der Verlauf ab?

In Bezug auf die Genesung und die sprachlichen Fähigkeiten bei Aphasien gilt, dass Prognose und Verlauf im Einzelfall sehr variieren. Die Hauptfak-

toren, die im Zusammenhang mit der Genesung genannt werden sind, Art und Umfang sowie Ursache der Schädigung.

Trotz einiger Studien in diesem Bereich sind die langfristigen Entwicklungen von kindlichen Aphasien eher unklar. Ein Aspekt, der leider vielfach in der Rehabilitation der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen unberücksichtigt bleibt, ist die Tatsache, dass aphasische Symptome teils erst lange nach dem Akutereignis auftreten können und dann häufig nicht mit der Hirnschädigung in Verbindung gebracht werden. Dies kann eine Ursache dafür sein, dass viele Aphasien im Kindes- und Jugendalter unerkannt bleiben. Man spricht davon, dass Kinder sozusagen erst in ihr endgültiges Defizit hineinwachsen („Growing into the Deficit“). Daher sind wiederholte Begutachtungen erforderlich, die die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen nach Unfall oder Erkrankung begleiten.

Wovon hängt es ab, ob die Kinder ihre sprachlichen Fähigkeiten wieder (vollständig) erlangen?

Bisher gibt es zu wenig Forschung, um diese Frage beantworten zu können. Es gibt auch keine spezifische Diagnostik oder Therapie. Wichtig ist vor allem die Früherkennung und Abgrenzung von Sprachentwicklungsstörungen. Denn aphasische Kinder brauchen andere

Hilfs- und Therapieangebote als Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen.

Bei der Therapie von erwachsenen Aphasiepatienten steht die Wiederherstellung der zuvor vorhandenen Fähigkeiten im Mittelpunkt. Kinder und Jugendliche müssen sich dagegen in jeglicher Hinsicht, d.h. motorisch, sprachlich, sozial, aber auch kognitiv weiterentwickeln. Demnach genügt es bei ihnen nicht, wenn die vor der Schädigung vorhandenen Fähigkeiten wiedererlernt werden. Daneben geht es immer darum, die für das ganze weitere Leben eines jungen Menschen entscheidende Fähigkeit zum Neu-Lernen im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich wiederzugewinnen. Somit steht neben dem Wiedererwerb von Fähigkeiten bei Kindern auch die Stimulierung der Fähigkeit zum Neu-Lernen im Zentrum der Rehabilitation. Das gilt auch in einem großen Maße für Jugendliche.

Mit welchen Problemen sehen sich Eltern aphasischer Kinder konfrontiert?

Es gab 2004 und 2006 eine Elternbefragung vom Bundesverband Aphasie e.V. Als Ergebnis wurde deutlich, dass sich betroffene Familien in der Regel gut aufgehoben fühlen, solange sie bzw. ihre Kinder stationär in einer spezifischen neurologischen Einrichtung für Kinder und Jugendliche untergebracht sind. Die Probleme beginnen häufig erst nach

der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung. Ein Ergebnis der Befragung war auch, dass die Frage der schulischen Wiedereingliederung im Zentrum der familiären Bemühungen steht. Bis zum Projekt „Beschulung aphasischer Kinder“ der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung und des Bundesverbands Aphasie e.V. gab es keine spezifische Unterstützung in diesem Bereich. Es besteht die Gefahr, dass sich Familien schnell entmutigen lassen, wenn die Aphasie chronisch, d.h. lange Zeit bestehen bleibt wird. Das gilt auch für das typische Phänomen, dass immer wieder Fähigkeiten

verloren gehen, die von den betroffenen Kindern und Jugendlichen bereits wiedererworben wurden. Denn je nach Tagesform können die Fähigkeiten bei aphasischen Kindern und Jugendlichen über Wochen hin schwanken. Aber es zeigt sich, dass bei entsprechend intensiver Förderung auch nach langer Zeit noch Verbesserungen möglich sind, die sich positiv auf das gesamte Familienleben auswirken.

An wen können sich betroffene Eltern wenden?

Bundesweit gibt es den Bundesverband Aphasie e.V., die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung und ca. fünfzehn neurologische Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Dort gibt es in der Regel die Experten. Allgemein ist es für betroffene Familien oftmals sehr schwierig Ansprechpartner zu finden. Das liegt daran, dass „Aphasie bei Kindern und Jugendlichen“ nach wie vor auch in der Fachwelt relativ unbekannt ist.

Welche Probleme bestehen bei der schulischen Wiedereingliederung?

Kritisch ist, dass viele betroffene Kinder und Jugendliche zum Teil ohne ausreichende Diagnostik vorschnell wieder in die Schule eingegliedert werden. Das große Problem dabei ist, dass Lernschwierigkeiten häufig nicht sofort, sondern erst mit zeitlicher Verzögerung bemerkt und nicht immer mit der

Schädigung in Verbindung gebracht werden. Bei der Schulwahl zeigt sich als zentrales Problem, dass aphasische Kinder und Jugendliche ein in sich heterogenes Leistungsniveau haben, Schulen in ihrem Lernangebot aber eher ein homogenes voraussetzen. Zudem zeigt sich immer wieder, dass auch in Förderschulen Lehrer häufig mit der Besonderheit des Störungsbildes überfordert sind. Selbst Sprachheilschulen haben oftmals nicht das richtige Lernumfeld für Kinder und Jugendliche mit Aphasie, da das Angebot meist auf Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen zugeschnitten ist.

Welche Schule ist die richtige für aphasische Kinder?

Die Frage, welcher der „beste“ Weg zur Beschulung von aphasischen Kindern und Jugendlichen ist, ist unter den gegebenen bildungspolitischen Voraussetzungen aber nur im Einzelfall zu beantworten. Eltern sind mit der Frage konfrontiert, ob eine Integration an eine Regelschule in jedem Fall sinnvoll und möglich oder eine Förderung in einer speziell an die Bedürfnisse des betroffenen Kindes angepasste Einrichtung, also eine Förderschule, zumindest vorübergehend die bessere Alternative ist. In der Regel sind Schulen für körperliche und motorische Entwicklung mit ihrem differenzierten Angebot die besten Ansprechpartner. Aber immer auch nur,

wenn nebenbei eine individuelle auf die Aphasie abgestimmte Sprachtherapie erfolgt. Die Antwort sollte statt „Regelschule um jeden Preis“ vielmehr „die bestmögliche Beschulung für jedes einzelne Kind“ lauten. Das macht es allerdings schwierig, da das bedeutet, dass es keine vorgefertigten Lösungen und auch keine Patentrezepte gibt.

Was fordern die Verantwortlichen des Beschulungsprojekts (z.B. von den Kultusministern)?

Die Integration der Thematik in die Schulen und vor allem in die Ausbildung schulischer, therapeutischer und medizinischer Vertreter. Außerdem fehlt es an schulischen Beratungsangeboten zum Thema. Auch gilt: Eine Behinderung darf nicht mehr Anlass sein, ein Kind aus der allgemeinen Schule zu verweisen. Vielmehr müssen alle erforderlichen Hilfen zum Kind gebracht werden.

Zukünftig notwendige Verbesserungen

- Früherkennung in den Akutkliniken und der Rehabilitation sowie in pädagogischen, schulischen Einrichtungen
- Information, Aufklärung und Material für betroffene Familien, Fachleute und pädagogische Vertreter
- Systematisierung der vorhandenen Hilfen bundesweit
- Vernetzung der stationären und ambulanten (Reha-)Einrichtungen



- Vernetzung der stationären Rehabilitation mit schulischen Einrichtungen
- vermehrt wissenschaftliche Studien zu Diagnostik und Therapie, sowie zu Krankheitsverläufen und schulischer Wiedereingliederung
- mehr Veröffentlichungen zum Thema
- die nötige individuelle Unterstützung muss jedem Kind an seiner Schule zur Verfügung gestellt werden
- für Schulen und Lehrkräfte müssen Fortbildungen, Begleitung und Unterstützung zur Umsetzung zur Verfügung stehen
- Lehramtsstudiengänge müssen an die Anforderungen angepasst werden

- langfristiges Ziel: multiprofessionales Beratungssystem; Case-Management

Weiterführende Informationen auf der Homepage

www.aphasiker-kinder.de

Mittlerweile bietet die Projektwebseite www.aphasiker-kinder.de handfeste Tipps für den Alltag, Rat und Hilfe sowohl für betroffene Familien als auch Experten.

Flyer und Literaturmaterial sind über die Seite frei verfügbar. Damit bietet die Internetseite einen sinnvollen Einstieg in die Thematik und vielfältige Informationen auf einen Blick.

NÜTZLICHE KONTAKTADRESSEN

Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist ein eher seltenes bzw. vor allem relativ unbekanntes Störungsbild. Entsprechend schwierig ist es für Eltern und Fachleute, spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung bzw. Beratungsangebote zu kindlicher Aphasie zu finden. Eine wichtige Auswahl an Ansprechpartnern und Adressen finden Sie hier:



Rehabilitationskliniken

Neurologisches Rehasentrum für Kinder und Jugendliche

Klinik Bavaria Kreischa

OT Zscheckwitz 1–3,

01731 Kreischa

Tel.: 035206 / 550 00

Fax: 035206 / 553 02

www.klinik-bavaria.de

HELIOS Klinik Hohenstücken

Brahmsstraße 38

14772 Brandenburg an der Havel

Tel.: 03381 / 79-0

Fax: 033 81 / 79-11 19

info.hohenstuecken@helioskliniken.de

www.helios-kliniken.de

HELIOS Klinik Geesthacht

Johannes-Ritter-Straße 100

21502 Geesthacht / Niedersachsen

Tel.: 04152 / 918-0

Fax: 04152 / 918-2 98

info.geesthacht@helioskliniken.de

www.helios-kliniken.de

Kinderzentrum Pelzerhaken

Sozialpädiatrische Fachklinik

Zum Leuchtturm 4

23730 Neustadt / Holstein

Tel.: 04561 / 71 09 – 0

Fax: 04561 / 77 64

verwaltung@kinderzentrum-pelzerhaken.de

www.kinderzentrum-pelzerhaken.de

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Friedehorst

Rotdornallee 64

28717 Bremen-Lesum

Tel.: 0421 / 63 81-5 10 / -5 01

Fax: 0421 / 63 81-5 80

info@friedehorst.de

www.friedehorst.de

Klinikum Kassel

Mönchebergstraße 41–43

34125 Kassel

Tel.: 0561 / 980 5465

Fax: 0561 / 980 6755

info@klinikum-kassel.de

www.klinikum-kassel.de

St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch

Neuropädiatrische Rehabilitation

Strümper Straße 111

40670 Meerbusch

Tel.: 02159 / 679-0

Fax: 02159 / 679-15 66

neuropaediatric@stmtk.de

www.stmtk.de

HELIOS Klinik Holthausen

Am Hagen 20

45527 Hattingen

Tel.: 02324 / 966-0

Fax: 02324 / 966-7 16

info.holthausen@helios-kliniken.de

www.helios-kliniken.de

Clemenshospital GmbH
Duesbergweg 124
48153 Münster
Tel.: 0251 / 976-0
Fax: 0251 / 976-4440
info@clemenshospital.de
www.clemenshospital.de

Clementine Kinderhospital
Neurologische Rehabilitation
Theobald-Christ-Str. 16
60316 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 949 92-210
Fax: 069 / 949 92-109
www.clementine-kinderhospital.de

**SRH Fachkrankenhaus
Neckargemünd gGmbH**
Im Spitzerfeld 25
69151 Neckargemünd/
Baden-Württemberg
Tel.: 06223 / 82-2000
Fax: 06223 / 82-21 22
info@fkn.srh.de
www.srh.de

Kinderklinik Schömberg
Römerweg 7
75328 Schömberg
Tel.: 07084 / 928 – 0
Fax: 07084 / 928 – 260
info@kiklisch.de
www.kiklisch.de

Hegau-Jugendwerk GmbH
Kapellenstraße 31
78262 Gailingen/Baden-Württemberg
Tel.: 07734 / 939-0
Fax: 07734 / 939-2 06
info@hegau-jugendwerk.de
www.hegau-jugendwerk.de

**Behandlungszentrum
Vogtareuth GmbH & Co. KG**
Krankenhausstraße 20
83569 Vogtareuth
Tel.: 08038 / 90 14 11
Fax: 08038 / 90 34 11
bhz.neuropaediatric@schoenkliniken.de
www.schoen-kliniken.de

KMG Rehabilitationszentrum
Sülzhayn GmbH
Am Haidberg 1
99755 Sülzhayn
Tel.: 036332 / 80
Fax: 036332 / 82 116
reha-suelzhayn@kmg.ag
www.kmg-kliniken.ag

Beratungsstellen

Kinderneurologie-Hilfe Bielefeld
DRK Bielefeld Soziale Dienste GmbH
August-Bebel-Straße 8
33602 Bielefeld
Tel.: 0521/32 98 98 37
Info@Kinderneurologiehilfe-bielefeld.de

Kinderneurologie-Hilfe Gelsenkirchen
Bickernstraße 94
45889 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/40 25 00 55
Info@kinderneurologiehilfe-gelsenkirchen.de

Kinderneurologie-Hilfe Borken
**DRK gemeinnützige Gesellschaft
Soziale Arbeit und Bildung im
Kreis Borken mbG**
Röntgenstraße 6
46325 Borken
Tel.: 02861/8 02 93 27
m.terhaard@kv-borken.drk.de

Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.
Coerdestraße 60
48147 Münster
Tel.: 0251/68 69 755
Info@kinderneurologiehilfe-muenster.de

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
Rochusstraße 24
53123 Bonn
Tel.: 0228 / 97 84 50
Fax: 0228 / 97 84 555
info@hannelore-kohl-stiftung.de
www.hannelore-kohl-stiftung.de

Kinderneurologie-Hilfe Siegen
an der DRK Kinderklinik Siegen
Wellersbergstraße 60
57072 Siegen
Tel.: 0271/ 234 53 73
Info@kinderneurologiehilfe-siegen.de

Kinderneurologie-Hilfe Kreis Unna
Im Lebenszentrum Königsborn
Zimmerplatz 1
59425 Unna
Tel.: 02303/967 01 26
Info@kinderneurologiehilfe-unna.de

Bundesverband Aphasie e.V.
Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Tel.: 0931 / 25 01 30-0
Fax: 0931 / 25 01 30-39
info@aphasiker.de
www.aphasiker-kinder.de

Berufsverbände

**Gesellschaft für Neuropsychologie
(GNP) e.V.**
Nikolausstr. 10
36037 Fulda
Tel.: 0700 / 46 74 67 00
Fax: 06 61 / 9 01 96 92
fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutscher Bundesverband der
Akademischen Sprachtherapeuten

Goethestraße 16
47441 Moers
Tel.: 02841/998191-0
Fax: 02841/998191-30
info@dbs-ev.de

Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.

Augustinusstraße 11a
50226 Frechen
Tel. 02234/37 95 3-0
Fax: 02234/37 95 3-13
info@dbl-ev.de

LITERATUREMPFEHLUNGEN

Benz, B. (2007): Besonderheiten der neuropsychologischen Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. In: H. Wilhelm/R. Roschmann: Neuropsychologische Gutachten. Stuttgart, 117–131

Bhagal, S. et al. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987–993

Gérard, C.; Lipinski, C.G.; Decker, W.(1996): Schädel-Hirnverletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart

Gloning, K.; Hift, E. (1979): Beitrag zur Therapie der erworbenen Aphasie bei Kindern im Vorschulalter. In: G. Peuser (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. München. S. 235–239

Jooss, B. (2004): Aphasie und Krankheitsverarbeitung. Fallbeispiel einer

jugendlichen Aphasikerin. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Schriftenreihe Jugendwerk. Gailingen

Kubandt, M. (2009): Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen. Schulz-Kirchner Verlag. Idstein

Kubandt, M. (2008): „Welche Schule ist die richtige für mein Kind?“ – Nachsorge von Kindern mit Aphasie am Beispiel der Beschulung.

In: Ebert, A./Fries, W./Ludwig, L. (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hippocampus Verlag. Göttingen

Kubandt, M. (2008): Aphasie bei Kindern – Einführung und Ausblick. *Die Sprachheilarbeit* 4/2008, S. 202–210

Loew, M.; Böhringer, K. (2002): Kindliche Aphasie. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Schriftenreihe Jugendwerk. Gailingen

Rother, A. (2005): Kindliche Aphasien. In: *LOGOS Interdisziplinär* 2/2005, S.90–92

Röger, B. (2009): Finanzielle Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Zuschüsse, Vergünstigungen, Erleichterungen kennen und voll ausschöpfen. Walhalla Rechtshilfen Fachverlag. Regensburg

Siegmüller, J.; Heide, J. (2006): Erworbenere Sprachstörungen bei Kindern. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. München

Spencer, P.G. (2006): Kindliche Aphasie – Hintergründe und Praxis. *NOT* 3/2006, S. 24–26

Spencer, P.G.; Möhrle, C. (2007): Kinder und Jugendliche mit Aphasie. *Forum Logopädie* 6, S. 6–12

Wieland, A.; Möhrle, C., Loew, M. (2001): Jugendliche Aphasiker. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Schriftenreihe Jugendwerk. Gailingen

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung (2007): Das schwere Schädelhirntrauma. Ein Ratgeber für Angehörige. Bonn



Bundesverband für die Rehabilitation
der Aphasiker e.V.
Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Telefon: 0931 / 25 01 30-0
Fax: 0931 / 25 01 30-39
info@aphasiker.de
www.aphasiker.de
www.aphasiker-kinder.de



ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
Rochusstraße 24
53123 Bonn
Telefon: 0228 / 97 84 50
Fax: 0228 / 97 84 555
info@hannelore-kohl-stiftung
www.hannelore-kohl-stiftung.de
www.facebook.com/zns.hannelore.
kohl.stiftung