

# Hören – Verstehen – Kommunizieren: Auditiv-Verbale Therapie für Kinder mit Hörschädigung und deren Eltern

*Elke Hamann*

Fachambulanz für Auditiv-Verbale Therapie, Berlin Buch

## 1 Einführung

Die meisten Babys mit einer Hörschädigung (über 90 %) haben „normal“-hörende Eltern, deren Muttersprache die Lautsprache ist.

Die Diagnose Hörschädigung/Taubheit/Gehörlosigkeit ändert das Leben gerade dieser Eltern und der Familien innerhalb von wenigen Sekunden entscheidend. Unsicherheit, Angst, Ärger, Wut sind die ersten Reaktionen. Welche Ursachen die Hörschädigungen auch haben (oft bleiben diese ungeklärt), wenn die Eltern in einem ersten Gespräch vor uns sitzen, sind sie zutiefst verunsichert und trauern.

Nicht selten wurde ihnen die Diagnose mitgeteilt ohne eine angemessene Begleitung und Beratung, ohne Informationen über verschiedene Fördermöglichkeiten und -ansätze, ohne das Aufzeigen von Perspektiven.

Oft wissen sie in ihrer Verzweiflung nicht, was jetzt zu tun ist, wohin bzw. an wen sie sich wenden können. Dieser Gefühlszustand kann mitunter durch widersprüchliche Aussagen von Ärzten, Therapeuten, Akustikern noch verstärkt werden. Auch die Reaktionen und gut gemeinten Ratschläge von Familie und Freunden sind nicht immer nur förderlich.

Eine Unmenge von Fragen beschäftigen die Eltern und Familien. Viele bleiben vorerst ohne Antworten!

- Warum unser Kind?
- Kann unser Kind uns hören?
- Wird es jemals hören und sprechen lernen?
- Wie sollen wir mit ihm sprechen, wie mit ihm spielen?

- Sollen wir überhaupt noch singen, wenn es uns doch nicht hört?
- Wie können wir es beruhigen, wie können wir ihm Sicherheit geben, wenn es uns nicht hört?
- Müssen wir jetzt die Gebärdensprache lernen?
- Wie können die Großeltern und Verwandten eine Beziehung zu ihm aufbauen?
- Wird es Freunde finden oder alleine bleiben?
- Wird es einen normalen Kindergarten besuchen?
- Welche Schule kann es besuchen?
- Wird es Lesen und Schreiben lernen?
- Wird es einen Beruf erlernen?
- Wird es jemals unabhängig?
- Kann es glücklich werden?

Die natürliche Interaktion zwischen Eltern und ihrem Baby ist durch die Diagnose unter Umständen empfindlich gestört. Schon daran lässt sich erkennen, welcher Stellenwert dem ersten Beratungstermin zukommt.

## 2 Grundlagen und Ziel des Auditiv-Verbalen Ansatzes

Wenn die Diagnose „Hörschädigung“ gestellt wird, heißt das in der heutigen Zeit nicht mehr unwillkürlich, dass das Baby, das Kind gehörlos oder taub ist, sondern erst einmal, dass die Entwicklung des Hörens mehr Aufmerksamkeit benötigt, dass der Prozess des Hören- und Verstehen-Lernens intensiviert werden muss.

Hören spielt eine herausragende Rolle in der kognitiven, verbalen und sozialen Entwicklung des Kindes.

Die Kenntnisse über frühe Eltern-Kind-Beziehungen und die daraus resultierenden Konzepte für Frühförderung haben die Bedeutung der vorsprachlichen und frühen Kommunikation neu in den Fokus des Interesses gestellt.

Der nicht oder unvollkommen funktionierende auditive Kanal hat erwiesenermaßen einen negativen Einfluss nicht nur auf die Entwicklung von Denken und Sprache, sondern auch auf das Bindungsverhalten des Säuglings, was sich in der Beziehungsfähigkeit und auch in der emotional-sozialen Entwicklung zeigen kann.

Die sehr frühe Diagnose „Hörschädigung“, ermöglicht durch das universelle Neugeborenen-Hörscreening, hat einen Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen (technische Versorgung, therapeutisches Intervenieren, ...) zur Folge.

Allein diese Problematik zeigt, dass eine reine Sprachtherapie für Kinder mit Hörstörungen, besonders für sehr junge, nicht das Mittel der ersten Wahl sein kann.

Das universelle Neugeborenen-Hörscreening ist also eine enorme Chance für den Entwicklungsweg von Kindern mit Hörschädigungen, stellt uns alle aber auch vor neue große Probleme. Einerseits brauchen wir intensive Frühförderprogramme, um wirkungsvoll gegen die drohenden Entwicklungsstörungen durch Hörschädigungen intervenieren zu können, andererseits können diese Programme – sind sie zu direktiv und erzeugen zu viel Druck – einem normalen intuitiven Verhalten der Eltern gegenüber ihrem Baby in der vorsprachlichen Kommunikation entgegenwirken (Papousek, 2001).

Auditiv-Verbale Therapie (AVT) als ein therapeutischer Ansatz, der speziell für Kinder mit Hörstörungen und deren Eltern entwickelt wurde, trägt dieser Problematik in besonderer Weise Rechnung.

Schon beim hörgesunden Baby und Kleinkind kann die mangelnde sprachliche Anregung negative Auswirkungen auf die Entwicklung (nicht nur der Sprache) haben. Welche Katastrophe ist das dann für ein Kind mit angeborener hochgradiger Hörschädigung, kommen diese Kinder doch bereits mit einem Hördefizit auf die Welt!

Die meisten Eltern eines Babys mit Hörschädigung wollen etwas tun, sofort und mit dem Gefühl, das auch bewältigen zu können. Sehr oft sind sie besorgt, dass ihr Kind nicht altersgerecht sprechen lernen

wird, nicht kommunizieren wird, nicht verstanden wird, dass die technische Versorgung nicht ausreicht, dass sie das Kind nicht effektiv genug fördern können.

Der Säugling und das Kleinkind bedürfen für die Sozialentwicklung der Zuwendung (auch der sprachlichen) einer mütterlichen Person. Es wird vermutet, dass die prägenden Zeiten für adäquate Sozialentwicklung in den ersten drei Lebensjahren liegen.

Der Auditiv-Verbale Therapieansatz wurde auf der Grundlage der fortschreitenden Entwicklung in Medizin und Technik entwickelt. Besonders wesentlich sind die Fortschritte in der Diagnostik von Hörstörungen und der rasanten Entwicklung von hochleistungsfähiger Hörtechnologie.

„Eines der wichtigsten Ziele der Auditiv-Verbalen Therapie ist es, dem Kind zu ermöglichen, Sprechen durch Hören zu lernen und Strategien zu erwerben, um im Umgang mit Hörenden erfolgreich zu kommunizieren, soziale Kontakte aufzubauen, seine Interessen zu vertreten und ein selbstständiges und erfülltes Leben zu führen“ (Winkelkötter, 2007).

Die Auditiv-Verbale Therapie wird unter aktiver Beteiligung der Eltern durchgeführt und orientiert sich in seiner Zielsetzung an der natürlichen kindlichen Entwicklung unter Verwendung der „Hierarchie des Hören Lernens“ (Anhang I).

Die AVT basiert auf drei wesentlichen Säulen, welche die Grundlagen für den Erfolg sind (Abb. 1).

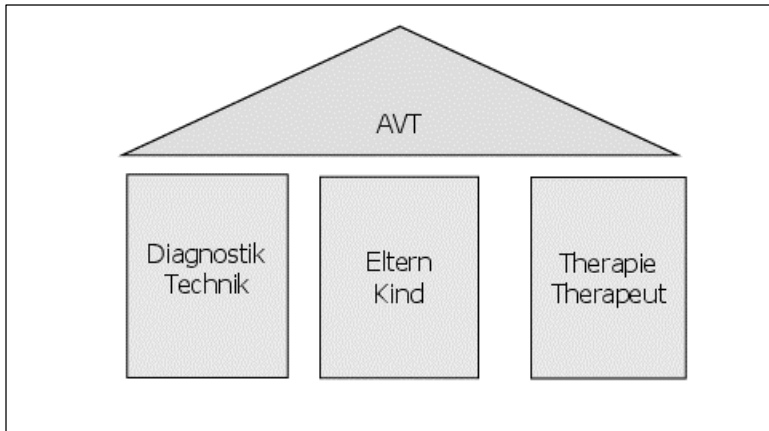


Abbildung 1. Die drei Säulen der Auditiv-Verbalen Therapie

### 3 Diagnostik und technische Versorgung

#### 3.1 Diagnosefindung

Die Voraussetzung und zugleich ein wesentliches Ziel für eine gelingende AVT ist eine plausible, in sich schlüssige Diagnostik, bestehend aus *objektiven und subjektiven Untersuchungen*. Die differenzierte professionelle Beobachtung der Reaktionen des Säuglings in Kombination mit den Erfahrungen und Beobachtungen der Eltern sollen in jedem Fall in das Gesamtbild einfließen. Auf dieser Grundlage wird die für den Hörverlust beste Hörtechnologie ausgesucht und angepasst. Dies ist ein entscheidender Faktor für die Entwicklung von Hören und Sprechen.

#### 3.2 Hörtechnologie

Die Anpassung von Hörgeräten und/oder Cochlea-Implantaten wird von Anfang an durch den AV-Therapeuten begleitet. Bei den Erst- und oft auch den Folgeanpassungen ist der Therapeut anwesend, beobachtet, zeigt Reaktionen auf und begleitet/stützt die Eltern bei

den meist recht emotional verlaufenden Terminen. Die technische Versorgung eines Babys oder Kleinkindes mit bestmöglichen Hörgeräten ist also ein interdisziplinärer, gleitender Prozess unter Leitung des in der Kinderversorgung erfahrenen Akustikers. Dieser Prozess ist sehr intensiv und zeitaufwendig.

Im weiteren Verlauf gilt es sicher zu beurteilen, ob die nun hoffentlich optimal eingestellten Hörgeräte für eine möglichst altersentsprechende lautsprachliche Entwicklung ausreichend sind. Dabei werden die Fortschritte in der Hörentwicklung in Relation zur Sprachentwicklung – orientiert am hörgesunden Baby – begutachtet. Sollte die Hör-Sprachentwicklung zu langsam verlaufen oder gar stagnieren, ist eine Ursachenforschung in allen relevanten Bereichen zu betreiben. Dabei ist Transparenz gegenüber den Eltern selbstverständlich.

Von sehr großer Bedeutung ist dabei, wie die entsprechenden Gespräche mit den Eltern geführt werden. Es bedarf eines großen Einfühlungsvermögens und ist oft eine Gratwanderung: Es muss der richtige Moment sein, ohne übermäßig lange zu warten, wenn offensichtlich ist, dass die Reaktionen oder eben die ausbleibenden Reaktionen des Kindes auf eine nicht ausreichende technische Versorgung schließen lassen. Die Möglichkeit der Cochlea-Implantation sollte dann als eine Option angesprochen werden. Ein guter Therapeut findet sowohl den richtigen Zeitpunkt als auch die richtigen Worte für solche Gespräche. Wir haben aufzuklären, zu erläutern, Kontakte zu vermitteln und und und. Dabei muss vermieden werden, die Eltern zu Entscheidungen zu drängen, zu denen sie noch nicht bereit sind. Eher ist es unsere Aufgabe, sie so zu begleiten, dass sie in die Lage versetzt werden, diese wichtige und das Leben des Kindes dauerhaft beeinflussende Entscheidung mit Sachverstand und Blick auf die eigene Familie zu treffen.

Wenn die Babys und Kleinkinder ihre Technik nun sozusagen am Ohr haben, ist es die Aufgabe der Eltern, täglich zu überprüfen, ob

diese Technik auch einwandfrei funktioniert, d. h. die Hörgeräte werden abgehört, die Batterien überprüft und nach und nach der „Ling-6 Sound Test“ durchgeführt. Dieser einfach anzuwendende und sehr aussagekräftige Test repräsentiert durch verschiedene Sprachlaute (m, a, i, u, sch, s) alle für die Lautsprache relevanten Frequenzbereiche. Die Laute werden in normaler Lautstärke so dargeboten, dass das Kind das Mundbild nicht sehen kann, da sonst keine Rückschlüsse auf das *Hören* gezogen werden können.

Wenn das Baby sehr klein ist, müssen wir seine Reaktionen beobachten: z. B. Augen aufreißen, Augenbrauen hochziehen, schneller schlucken oder verharren beim Flasche trinken, in Bewegungen innehalten oder diese verstärken. Sehr kleine Babys ermüden recht schnell, d. h. der „Test“ kann nicht an einem Stück durchgeführt werden.

Gemeinsam mit dem Therapeuten lernen die Eltern für das Kind eine förderliche „Hör-Umgebung“ zu schaffen.

## **4 Eltern und Kind**

### 4.1 Perspektiven

Für die Entwicklung von Hören, Sprache und Kommunikation sind eine sichere Bindung des Kindes zu seinen Eltern, Verständnis und Liebe sowie eine fördernde Umgebung erforderlich (Bowlby, 2005). Die Responsivität und Sensitivität der engsten Bezugspersonen sowie das Vertrauen der Eltern in ihre Kompetenz und ihre vorhandenen Ressourcen können jedoch durch den Diagnoseschock, durch Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit erheblich beeinträchtigt sein.

So ist es eine wichtige Aufgabe der AVT, den Eltern das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, ihre Wahrnehmungen und in ihr intuitives Verhalten zurückzugeben bzw. zu stärken.

Wurde den Eltern die Diagnose mitgeteilt, ist der Zeitpunkt gekommen, an dem die Fachleute beginnen, anzuleiten und zu beraten,

zu unterstützen, eine Vision, eine Perspektive anzubieten und gemeinsam zu handeln. Dies wird den Eltern helfen, an die Hör-Sprachentwicklung ihres Kindes zu glauben. Die Eltern empfinden so eine Reduktion der Belastung.

Die AVT ist ausgesprochen gut dafür geeignet, auch Babys und junge Kinder mit Hörschädigung in Interaktion mit deren Eltern zur altersgerechten lautsprachlichen Kommunikation zu begleiten. Damit das gelingen kann, müssen Bedingungen in verschiedenen Bereichen erfüllt sein. Den Eltern, unter Begleitung und Anleitung sowie mit Hilfe und Unterstützung durch den AV-Therapeuten und dem beteiligten interdisziplinären Team, obliegt die Hauptverantwortung in diesem Prozess.

Das Neugeborenen-Hörscreening und die immer besser werden- den technischen Bedingungen können eine hervorragende Chance für die Kinder selbst mit hochgradigen Hörschädigungen sein. Doch auch die perfekteste frühe Diagnose und die optimal angepassten hochwertigen Hörgeräte und/oder Cochlea-Implantate sind „nur“ *eine* der notwendigen Voraussetzungen für eine möglichst natürliche, altersgerechte Hör-Sprachentwicklung. Sind wir als Therapeuten gemeinsam mit unserem interdisziplinären Team in der Lage, die einzigartige Eltern-Kind-Beziehung zu schützen, zu unterstützen, zu begleiten und in seltenen Fällen auch wiederherzustellen, haben die Kinder mit Hörschädigung die verdiente Chance, sich ein Leben lang der lautsprachlichen Kommunikation bedienen zu können.

„Von einer auf nahezu natürliche Weise früh angeregten differenzierten Hörbahn profitiert ein Hörgeschädigter ein Leben lang. Diese Strukturen können ihm nicht mehr genommen werden oder abhanden kommen. Wer weiß, was die Zukunft an medizinischen oder technischen Fortschritten bringt – mit einer frühen intensiven Rehabilitation können wir dem gelassen entgegenblicken, mit dem Gewissen, auch für alle Neuerungen bestens vorbereitet zu sein“ (Pietsch, 2011, S. 179).



## 4.2 Begleitung und Stärkung der Eltern

Im eigentlichen Fokus der AVT stehen die Eltern natürlich im Kontext mit ihrem Kind mit einer mehr oder weniger tiefen Hörschädigung. Es bleibt zu beachten, dass der Beeinträchtigungsgrad der Kinder von den Eltern sehr unterschiedlich erlebt wird.

Alle Interventionen von Seiten des Therapeuten basieren einerseits auf dem momentanen Zustand der Familie, ihrer Situation, ihrem soziokulturellen Hintergrund und andererseits auf dem Entwicklungsstand des Kindes (besonders auf dem Gebiet der Hör-Sprachentwicklung).

Ein wesentlicher Faktor, gerade zu Beginn der Therapie nach der Diagnose, ist also in jedem Fall das Gespräch mit den Eltern, das Zuhören, um eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Die notwendige Intensität und der Zeitrahmen variieren von Familie zu Familie, von Situation zu Situation.

Das erste Jahr mit dem Kind ist gekennzeichnet von sehr viel Nähe. Wiegen, Schaukeln, Tragen, Trösten, Baden und Füttern des Babys sind in der Regel mit Nähe und emotionaler Zuwendung verbunden und haben dadurch eine fördernde Bedeutung für die Gesamtentwicklung. Diese Aktivitäten sind natürlich hervorragende Möglichkeiten, um die Hör-Sprachentwicklung zu fördern. Dabei helfen wir den Eltern, auch kleinste Reaktionen und Fortschritte zu erkennen, einzuordnen und zu verstehen.

Sobald das Hörbewusstsein des Kindes sich entwickelt und damit verbunden seine Lautäußerungen, seine Aufmerksamkeit und die kommunikative Interaktion eine andere Qualität annehmen, gewinnen die Eltern immer mehr Sicherheit: Sie merken, wie sie ihre Sprache einsetzen können, um dem Baby das Hören zu erleichtern. Dadurch kommt eine positive Spirale in Gang.

Die Eltern folgen der kindlichen Führung, sie beobachten, warten, hören zu und übernehmen die Verantwortung für die kommunikative Kompetenz.

### 4.3 Eltern in der Therapie

Auch in den Therapiesitzungen kommt den Eltern/Bezugspersonen ein besonderer Stellenwert zu. Sie sind nicht nur anwesend, sondern wirken aktiv mit, geben Informationen über Beobachtungen, die sie im Alltag mit ihrem Kind gemacht haben und sprechen über alltägliche Situationen, Gegenstände und Ereignisse, die für ihr Kind aktuell von Bedeutung sind. Die Eltern lernen, der kindlichen Führung zu folgen: zu beobachten, zu warten und zuzuhören. Oft dienen die Eltern als Modell und entlasten so das Kind, wenn es eine Frage noch nicht versteht oder nicht beantworten kann. Dabei lernen die Eltern, wie sie die Techniken zur Sprach- und Sprechstimulation zu Hause einsetzen können. Gemeinsam planen Eltern und Therapeut die nächsten Schritte. So werden Strategien zur Integration von Hören, Sprechen, Sprache und Kommunikation immer mehr in den Tagesablauf einfließen. Die Eltern werden gut informiert und dadurch in die Lage versetzt, wichtige Entscheidungen zu treffen und diese im Namen ihres Kindes zu vertreten. Idealerweise entsteht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Therapeuten und Eltern auf der Grundlage von Achtung und Transparenz. Das ist *ein* Schritt zum Erfolg auf dem langwierigen Weg zu einer möglichst altersgerechten lautsprachlichen Kommunikation.

## 5 Therapie und Therapeut

### 5.1 Definition AVT

„Die Auditiv-Verbale Therapie als Teil auditiv-verbaler Praxis unterstützt Kinder und Jugendliche, die mit einer Hörschädigung geboren werden oder durch Erkrankung ihr Gehör verlieren, in ihrer Hör-, Sprach- und Kommunikationsentwicklung gemäß ihren individuellen Möglichkeiten“ (aus der Definition des Bundesvereins für Auditiv-Verbale Therapie e.V.).

Es ist die Anwendung von Techniken, Strategien, Bedingungen und Methoden, welche die optimale Hör-Sprachentwicklung fördern.

Jede Therapieeinheit ist Teil einer permanenten individuellen diagnostischen Beurteilung der Fortschritte von Eltern und Kindern.

## 5.2 Der Therapeut

Der AV-Therapeut ist ein *speziell ausgebildeter* Hörgeschädigtenpädagoge, Rehabilitationspädagoge, Patholinguist, Logopäde oder ähnliches. Er folgt den niedergeschriebenen „Prinzipien für AVT“ (siehe Anhang II), dem „Code of Ethics“, und ist in der Lage, die speziellen Strategien und Techniken in ihrer *Gesamtheit* in den Sitzungen einzusetzen.

## 5.3 Setting

Die AVT ist eine Eltern-Kind-zentrierte Therapie. Weitere Bezugspersonen sind immer gern gesehen und werden, wie die Eltern, in das Geschehen eingebunden.

Da die AVT den maximalen Gebrauch des Hörens zum Erwerb der Lautsprache fördert und damit der Schwerpunkt auf dem Hören und nicht auf dem Sehen liegt, muss die Therapie in der bestmöglichen akustischen Umgebung in einem Raum mit möglichst wenig Störschall stattfinden. In der Regel kommen die Eltern mit ihrem Kind wöchentlich zu einer 60-minütigen Therapieeinheit. Das Therapiezimmer sollte gut organisiert, das vielfältige Spielmaterial griffbereit und der Kinderstuhl optimal auf die Größe des Kindes angepasst sein. Babys sind auf dem Arm der Eltern, liegen in einer Babyschale oder auf einer Spieldecke.

## 5.4 Strategien und Techniken

In jeder AVT-Sitzung werden eine Vielzahl von speziellen Strategien und Techniken eingesetzt:

- Der Störschall wird minimiert.
- Es wird mit deutlicher, melodischer Sprache, in normaler Lautstärke, mit normaler Syntax, nah am Ohr des Kindes (20 bis 30 cm Entfernung) gesprochen.
- Acoustic highlighting wird eingesetzt.
- Das Kind wird mit einer Geste auf Höreindrücke aufmerksam gemacht („ich höre etwas“), Erwartungshaltungen werden geweckt und die Aufmerksamkeit wird gerichtet.
- Es wird die Folge eingehalten: zuerst hören, dann sehen und er- und begreifen lassen.
- Es wird gewartet und dem Kind wird Zeit zum Reagieren gegeben.
- Die Äußerungen werden aufgegriffen, wiedergegeben und erweitert.
- Dem Kind, seiner Aufmerksamkeit und Blickrichtung wird gefolgt.

Wenn das Kind nicht reagiert, nicht antwortet oder irritiert ist, werden verschiedene Techniken zur Verständnissicherung eingesetzt.

- Wir rücken näher an das Kind heran.
- Wir wiederholen.
- Wir geben kontextuelle Hinweise.
- Wir gehen vom „open-set“ zurück zum „close-set“ und reduzieren somit die Anforderungen.
- Wir beziehen die Eltern ein.
- Wir lassen das Kind absehen und gehen dann wieder zum auditiven Stimulus.
- Wir fragen: Was hast Du gehört?
- Wir äußern eine Vermutung und machen Vorschläge.
- Wir benutzen das „hand-cue“.
- Wir heben Wörter und Laute durch Verlängern, Pausieren, Flüstern, Betonen oder Singen hervor.

## 5.5 Die „Laute zum Hören Lernen“

Die Laute zum Hören Lernen (LzHL) sind ein spezielles Instrumentarium der AVT. Es handelt sich dabei um Laute, die das Frequenzspektrum von 250 Hz bis ca. 8000 Hz umfassen. Sie werden mit Spielzeugen und/oder Handlungen verbunden und sowohl im Spiel als auch in den verschiedensten Alltagsaktivitäten angeboten. Die LzHL sind eine effektive Möglichkeit für das Kind, erste Laute und Lautverbindungen zu entdecken, aufzugreifen und aktiv zu verwenden. Gleichzeitig sind die LzHL in der Therapie auch ein diagnostisches Instrumentarium. Sie geben uns Aufschluss darüber, was und wie ein Kind hört oder eben nicht hört (siehe Anhang III).

Den prosodischen Merkmalen (Höhe/Tiefe, Kürze/Länge, Rhythmus, Intonation) wird zunächst besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

AVT ist *ein* Weg zur lautsprachlichen Kommunikation für Kinder mit Hörschädigung ...

„... und die Eltern brauchen dafür einen Fahrplan mit vielen Haltepunkten, manchmal längeren Aufenthalten, mit Umsteigemöglichkeiten. Leider können Verspätungen nicht ausgeschlossen werden, manchmal wird der Zug geteilt, einzelne Wagen abgekoppelt, manchmal muss auch eine neue Lok oder auch ein neuer Lokführer her.

In Ausnahmesituationen gerät man auch schon mal auf ein Abstellgleis, fährt in eine andere Richtung oder verpasst eine Bahn. In diesen Fällen kommt man dann notgedrungen etwas später und wahrscheinlich auch gestresster, genervter und unter Zeitdruck ... dann doch noch an sein Ziel“ (Hamann, 2007).

## 6 Literatur

- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München, Basel: Reinhardt.
- Estabrooks, W. (1994). *Auditory-Verbal Therapy for Parents and Professionals*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.
- Estabrooks, W. (2012). *101 Frequently Asked Questions About Auditory-Verbal Practice: Promoting Listening and Spoken Language for Children who are Deaf and Hard of Hearing and Their Families*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.
- Hamann, E. (2007). *Familiensystem und AVT*. Handout zum Vortrag auf der 2. Berliner AVT-Tagung in Zeuthen
- Papousek, M. (2001). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Pietsch, M. (2011). Chancen früher Entwicklungsrehabilitation – ein Erfahrungsbericht. In T. Hellbrügge & B. Schneeweiß (Hrsg.), *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken: Grundlagen der Früh-Rehabilitation* (169–179). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winkelkötter, E. (2007) *Auditiv-Verbale Therapie – Ein therapeutischer Ansatz für Kinder mit einer Hörschädigung und deren Eltern*. Handout zum Vortrag auf der 2. Berliner AVT-Tagung in Zeuthen.

## **Anhang I**

### **Hierarchie des Hörens (nach Estabrooks, 1994, 2012)**

#### **1 Entdecken**

Die Fähigkeit, auf die Anwesenheit und Abwesenheit von auditiven Reizen zu reagieren. Das Kind lernt, auf Geräusche, Töne und Laute zu reagieren, seine Aufmerksamkeit darauf zu richten und nicht zu reagieren, wenn kein auditiver Reiz vorhanden ist.

Aufgaben:

- Selektive Aufmerksamkeit hinsichtlich auditiver Reize
- Nach auditiven Reizen suchen oder sie lokalisieren
- Konditionierte Antwort auf auditive Reize
- Spontane Wahrnehmung auditiver Reize

#### **2 Diskriminieren**

Die Fähigkeit, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen zwei oder mehr Sprachlauten wahrzunehmen. Das Kind lernt, auf Unterschiede zwischen Lauten zu achten und unterschiedlich auf sich unterscheidende Geräusche und Laute zu reagieren.

#### **3 Identifizieren**

Die Fähigkeit, etwas zu benennen durch Wiederholen, Zeigen oder Aufschreiben der gehörten Sprachlaute.

Suprasegmentale Elemente:

- Prosodische Merkmale von Sprache: Dauer, Tonhöhe, Lautstärke, Rhythmus, Betonung, Intonation
- Erkennen der Stimmen von Männern, Frauen und Kindern
- „Laute zum Hören Lernen“

## Segmentale Elemente

- „Laute zum Hören Lernen“
- Wörter, die sich in ihrer Silbenanzahl unterscheiden
- Einsilber, die sich sowohl bezüglich ihrer Vokale als auch Konsonanten unterscheiden
- Stereotypische Redewendungen
- Wörter mit gleichen Konsonanten, die sich hinsichtlich ihrer Vokale unterscheiden
- Wörter mit gleichen Vokalen, deren Konsonanten sich in Artikulationsart und -ort sowie der Stimmhaftigkeit unterscheiden
- Wörter mit gleichen Vokalen, deren Konsonanten sich nur in der Artikulationsart unterscheiden
- Wörter mit gleichen Vokalen, deren Konsonanten sich nur hinsichtlich der Stimmhaftigkeit unterscheiden.

## 4 Verstehen

Die Fähigkeit, die Bedeutung von Sprache zu verstehen durch das Beantworten von Fragen, dem Befolgen einer Anweisung, durch Paraphrasieren oder durch die Teilnahme an einem Gespräch.

Die Antwort des Kindes muss qualitativ anders sein als der präsentierte auditive Reiz.

- Familiäre Redewendungen
- Einfachen Anweisungen folgen
- Schulanweisungen folgen
- Zwei → drei → vier kritischen Elementen folgen
- Drei Anweisungen verarbeiten
- Mehrfach-Anweisungen („multi-element-directions“) verarbeiten



**Auditive Verarbeitung/Auditives Gedächtnis:**

- a) Auditive/kognitive Fähigkeiten in einer strukturierten Hörübung
- Eine Reihe von Mehrfach-Anweisungen verarbeiten
  - Identifizieren mit Hilfe von hinweisenden Beschreibungen
  - Drei → vier → fünf Ereignisse verarbeiten
  - Fünf Details eines Ereignisses, einer Geschichte oder Stunde erinnern
  - Das Thema einer Stunde oder einer komplexen Geschichte verstehen
- b) Auditive/kognitive Fähigkeiten im Gespräch
- Fragen beantworten, die das Verständnis des Gesprächs-themas eines kurzen Gesprächs erfordern
  - Die Bemerkungen des Anderen gegenseitig paraphrasieren
  - Spontane relevante Bemerkungen/Anmerkungen anbieten
  - Themenwechsel - gesteuert

**Anhang II****Prinzipien der Auditiv-Verbalen Praxis**

Die folgenden Prinzipien, die im Januar 2006 durch die A. G. Bell Academy for Listening and Spoken Language® in Anlehnung an Doreen Pollack (1970) formuliert wurden, bilden die Grundlage des Auditiv-Verbalen Ansatzes für praktizierende AV-Therapeuten.

1. Sich Einsetzen für die frühe Diagnose der Hörstörung Neugeborener, Kleinkinder und Kinder gefolgt von sofortiger audiologischer Versorgung und Auditiv-Verbaler Therapie.
2. Empfehlung sofortiger Versorgung mit geeigneter Hörtechnologie auf dem neuesten Entwicklungsstand, um optimalen Nutzen aus der auditiven Stimulation zu ziehen.

3. Elternbegleitung, -beratung und -anleitung mit dem Ziel, ihrem Kind zu helfen, Hören als die primäre Sinnesmodalität zur Sprachentwicklung zu nutzen ohne den Gebrauch der Gebärdensprache oder vorwiegendes Absehen vom Mund.
4. Elternbegleitung, -beratung und -anleitung mit dem Ziel, die zentralen Förderer im Prozess der Hör- und Sprachentwicklung ihres Kindes zu werden durch regelmäßige aktive Teilnahme an individualisierten Sitzungen Auditiv-Verbaler Therapie.
5. Gestaltung eines Umfeldes, welches das Hören für den Lautspracherwerb unterstützt durch und während täglicher/alltäglicher Aktivitäten des Kindes.
6. Elternbegleitung, -beratung und -anleitung, um dem Kind zu helfen, Hören und Sprechen in alle Bereiche seines Lebens zu integrieren.
7. Begleitung, Anleitung und Unterstützung der Eltern, sich im Umgang mit dem Kind an natürlichen Entwicklungsmustern des Hörens, Sprechens, der Sprache, Kognition und Kommunikation zu orientieren.
8. Begleitung, Beratung und Anleitung der Eltern, dem Kind zu helfen, seine Lautsprache durch Hören zu kontrollieren.
9. Formelle und informelle Status-, Verlaufs- und Zieldiagnostik zur Entwicklung individueller Auditiv-Verbaler Behandlungspläne, um die Effektivität der Behandlung für das Kind und seine Familie zu gewährleisten (zu kontrollieren, zu verbessern und zu evaluieren).
10. Förderung des Besuchs allgemeiner Kindergärten und Schulen gemeinsam mit hörenden Kindern, unterstützt durch angemessene integrative Maßnahmen.

Die Bezeichnung „Eltern“ umfasst alle engen Bezugspersonen des Kindes, wie Großeltern, Verwandte, Tagesmutter etc.

## Anhang III

### Die Laute zum Hören Lernen

Flugzeug	ah, ar
Glocke	bim, bam
Auto	brrr, tut
Bus	bu, bu, bu
Schaf	bööö
Ente	ga, ga, ga
Huhn	gog, gog, gogog
Clown	ha-ha-ha
Pferd	hop, hop, hop
Hase	hoppel
Frosch	kwak, kwak
Kasper	tralalla
Katze	miau
Kuh	muh
Ball/Kreisel/Windmühle	roll-roll-roll den Ball, rund herum
Feuerwehr	tatü-tata
Wecker/Uhr	tick-tack
Eisenbahn	sch-sch-sch
Telefon	hallo, hallo
Käfer	krabbel, krabbel
Bär	brumm, brumm
Schiff	schaukel, schaukel
Schere	schnipp, schnapp
Stift	male, male
Eis (oder andere Lieblings- speise)	hmmm

### Kontakt

Elke Hamann

*e.hamann@me.com*