

# Gedanken zur Frühförderung stark hörbehinderter Kleinkinder

*Aus einer ganzheitlichen Sicht – angeregt durch ein Thesepapier zum Thema: Hörgerichtete Frühförderung in Hamburg – Konzept der Ärzte, aus dem Marienkrankenhaus in Hamburg vom Oktober 1993*

VON EMIL KAMMERER

Zu anklingenden strukturellen Besonderheiten der Hamburger „Szene“ auf diesem Felde soll selbstverständlich nicht Stellung bezogen werden, wohl aber zu inhaltlichen Thesen oder Behauptungen zum Thema „Hörgerichtete Frühförderung“. Da zu vermuten ist, daß die in diesem Papier zusammengefaßten Gedanken auch über Hamburg hinaus in der mit dem Problem befaßten Ärzteschaft (v.a. HNO-Ärzte, Kinderärzte) verbreitet sind, lohnt sich vielleicht der Versuch einer gründlicheren Stellungnahme, etwa im Sinne eines offenen Briefes, auf den sich der Verfasser Reaktionen gerade auch von ärztlicher Seite wünschen würde. Der Verfasser definiert sich auf diesem Felde als psychohygienisch orientierter Kinderpsychiater, von Weiterbildung wie Berufspraxis einem immer nur bruchstückhaft einlösbaren Ganzheitlichkeitspostulat verpflichtet. Damit die folgende Auseinandersetzung besser nachvollziehbar wird, sollen zentrale Aussagen des Papiers möglichst abschnittsweise zitiert und anschließend darauf eingegangen werden.

#### Zitat aus dem Vorwort:

„...Die Ärzte haben aufgrund der vorgelegten Konzepte den Eindruck, daß hier bewußt oder unbewußt eine Fehlentwicklung am medizinischen Sachverstand vorbei eingeleitet werden soll. Unsere Ausarbeitung

soll dazu beitragen, gesundheitliche Schäden (durch gutgemeinten Über-eifer) von der Zielgruppe fernzuhalten...“ Auf diese sehr globalen Postulate kann erst am Ende dieser Stellungnahme eingegangen werden.

#### Zu Abschnitt II: Begründung der Notwendigkeit

Zitat: „Alle Anstrengungen müssen darauf gerichtet sein, möglichst früh eine Hörstörung zu erkennen. Die ärztliche Therapie oder apparative Versorgung sollte vor Abschluß des 1. Lebensjahres die Nutzung der sensiblen frühen Phase der Hirnreifung sicherstellen.“

Niemand wird die prinzipielle Wichtigkeit einer möglichst frühen Diagnose einer kindlichen Hörstörung ernsthaft bestreiten. Allerdings findet die druckvolle Rigorosität der Forderung nach Beginn einer apparativen Versorgung noch im ersten Lebensjahr beim wirklich kritischen, geballten Sachverstand zu diesem Punkt nicht ganz uneingeschränkt Unterstützung (vgl. dazu die lesenswerten Beiträge samt Diskussion in dem von Kröhnert (1990) herausgegebenen Sammelband). Wiederholt sprechen hier Neurophysiologen, mithin Spezialisten, die „es“ wirklich wissen müßten, mit der anscheinend fachlich gebotenen größeren Behutsamkeit davon, daß von einem

„sensiblen Zeitraum“ bis zu fünf Jahren auszugehen ist, innerhalb dessen natürlich Hörreste optimal nutzbar gemacht werden sollen. Allerdings sollte neben der sehr vereinfacht so genannten „sensiblen frühen Phase der Hirnreifung“ auch mit bedacht werden, daß es „sensible Phasen“ der Entwicklung früher Kommunikation gibt. Nicht nur der Hörnerv bedarf des stimulierenden Inputs, vielmehr dringend gleichzeitig (nicht alternativ!) das viel komplexere Sprachzentrum, welches nun einmal allen Sinnesmodalitäten „offen“ steht.

Zitat: „...Jede Hörstörung ist Ausdruck oder Folge einer Erkrankung des Kindes. Etwa 1/3 aller behandlungsbedürftigen hörgestörten Kinder ist mehrfach behindert. Es bedarf keiner Diskussion, daß am Anfang und stets vorrangig die ärztliche Diagnostik und Behandlung unabdingbar ist...“

Zu einfach und unkorrekt erscheint die Behauptung, daß jede Hörstörung Ausdruck oder Folge einer Erkrankung des Kindes sei. Dagegen spricht das schlichte, mehrfach replizierte Faktum, daß in größeren Stichproben zur Ursachenfrage in der Regel bis zu 50 % „unbekannt“ angeführt wird. Prinzipiell wichtig und richtig ist der Hinweis auf jedenfalls erhöhte Raten mehrfachbehinderter Kinder, wenn man den Begriff „mehrfachbehindert“ elastisch definiert, etwa in dem Sinne: Belastet mit zusätzlichen, sog. neurogenen Lernstörungen oder Teilleistungsschwächen (vgl. dazu auch For-

schungsbericht zur Rehabilitation neurogener Lernstörungen 1992). Ob diese allerdings „vorrangig ärztlicher Diagnostik und Behandlung“ bedürfen, sei bezweifelt, da hierfür doch ein breiteres Spektrum an Kompetenzen, möglichst unter einem Dach, erforderlich ist.

Zitat: „...Nur unter Optimierung aller Möglichkeiten zur Früherkennung, Frühdiagnostik, Frühförderung und der begleitenden Diagnostik kann es gelingen, die hörgestörten Kinder chancengleich ins Berufs- und Gesellschaftsleben zu integrieren. Ohne Hilfe ist ein hörgestörtes Kind von Sprachlosigkeit bedroht. Bei Erkennung, Diagnostik und Beginn der Frühförderung im 1. Lebensjahr kann in der Regel umgangssprachliche Kommunikation sichergestellt werden.“

Trotz wahrscheinlicher Fortschritte ist die im letzten Satz enthaltene Forderung für eine Mehrheit stark hörbehinderter Kinder immer noch nicht realisiert. Sollen deren Eltern nun von vornherein die Hoffnung aufgeben? Die im gleichen Satz steckende Behauptung kann man auch bei positiver Grundhaltung zum integrationsfördernden Stellenwert hörgerichteter Früherziehung nur fahrlässig finden. Zahlreiche, mittlerweile unübersehbare, unüberhörbare Erfahrungen heranwachsender Betroffener, nachdenklich gewordener Eltern (vgl. hierzu z.B. die letzte Stellungnahme des Elternverbandes Deutscher Gehörlosenschulen zum Thema Cochlea Implantat) und nicht zuletzt Resultate eigener Untersu-

chungen (Kammerer 1988) widerlegen diese Behauptung massiv. Der Satz impliziert ein nach aktuellem Wissens- und Erfahrungsstand eben längst nicht immer einlösbares Versprechen für eine mehr oder weniger ferne Zukunft. Er nimmt keinerlei Bezug zum sehr konkreten, leidvollen, tagtäglichen inner- und außerfamiliären kommunikativen Streß.

#### Zu Abschnitt III: Ziele der hörgerichteten Frühförderung

Zitat: „...Die ärztlichen Maßnahmen sind die unbedingte Voraussetzung für das Erreichen der Ziele der pädagogischen Frühförderung. Die Optimierung der sprachlichen Entwicklung, die Verhinderung der sozialen Isolierung, die Förderung persönlicher Identitätsfindung, die Entwicklung einer gesunden Emotionalität, die Hilfe zur Einbettung in Familie, Freundeskreis und gesellschaftliche Gruppen als gleichberechtigte Partner sind Aufgaben der interdisziplinären Frühförderung. Dazu gehört die Orientierung der Familie auf die pädagogischen Ziele mit Informations- und Bildungsmaßnahmen der Eltern...“

Kritische Reflexionen zu Haupt- und Nebenwirkungen von Förderstrategien für die gesamte Familie sind nun wirklich nichts Neues. Bei spezieller Betrachtung der Interaktionen zwischen erwachsenen Bezugspersonen

sonen und hörgeschädigten Kindern mit verminderter sprachlicher Kommunikationsfähigkeit wird immer wieder die Neigung des Erwachsenen zu Recht problematisiert, das Kind durch gesteigerte Eigenaktivität anzuregen. Ist die Folge doch das Risiko einer Inaktivierung des Kindes, weil seine eigenen Aktivitätsansätze zu wenig abgewartet und verstärkt bzw. in der vom Kind gewählten Form gar nicht erst zugelassen werden. Mit Blick auf unser Problem ist dabei an spontane Gebärdenreaktionen mitteilungsbedürftiger, in akuter Ausdrucksnot befindlicher, hochgradig hörgeschädigter Kleinkinder zu denken. Auch in den Augen ihrer Mütter verwenden doch nennenswerte Anteile stark schwerhöriger Kinder ganz selbstverständlich Gebärden in ihrer alltäglichen Kommunikation (Kammerer 1988).

Gerade Pädiater sollten sich doch vielleicht von nachdenklich gewordenen Sozialpädiatern erreichen lassen, von denen ein prominenter Vertreter (Schlack 1991) zitiert sei: „Strategien der Frühförderung müssen sich auf dieses Problem besinnen und dürfen das funktionelle Training – das bedeutet beim vorliegenden Problem ein im Erleben des Kindes dominierendes Hörtraining (Einfügung des Verf.) –, welches häufig einem schlecht balancierten Interaktionsmuster Vorschub leistet, nicht überbewerten. Wird die Entwicklung des Kindes zur Autonomie gehemmt, so resultiert daraus zweifellos auch eine Beeinträchtigung des

Selbstbildes und der Selbstachtung.“

Kritische Stimmen mehren sich eben, daß so etwas wie „Förderung persönlicher Identitätsfindung“, „Entwicklung gesunder Emotionalität“ mit ausschließlich hörgerichteter Frühförderung schwerer zu vereinbaren ist als mit gleichzeitig (nicht alternativ!) bejahter und geförderter gebärdensprachlicher Kommunikation.

Wahrscheinlich ganz konsequenterweise fehlt in diesem Papier ein ebenfalls wirklich nicht mehr neuer, bestimmt nicht modischer, vielmehr wirklich hilfreicher Aspekt der Arbeit in familienorientierter Frühförderung völlig. Man kann es nur noch peinlich unzeitgemäß finden, wenn in einem zu begründenden, sich interdisziplinär verstehenden Förderzentrum die Lebenserfahrung einschlägig Betroffener, dabei insbesondere ihr Erfahrungswissen um den sehr relativen Stellenwert auch technisch neuester Hörhilfen ausgeklammert wird. Es sollte schon sehr nachdenklich machen, daß man quer durch alle anderen Behinderungsbereiche den Aspekt der Lebenserfahrung Betroffener anscheinend sehr hochschätzt. Soll mit dem völligen Übergehen dieses Gesichtspunkts in dem Papier auf eine unoffene Weise signalisiert werden, daß Gebärden im Rahmen „hörgerichteter Frühförderung“ keinerlei Stellenwert haben sollen? Niemand bestreitet die Bedeutsamkeit ärztlichen Sachverständes, wenn dieser die

eigenen Fachgrenzen nicht unangemessen überschreitet. Diese Gefahr besteht allerdings auf diesem Felde permanent: HNO-Ärzte, leider auch Pädaudiologen, sind in der Regel weder von ihrer Vorbildung noch von ihrer Berufspraxis her unbedingt Experten für zwischenmenschliche, insbesondere innerfamiliäre Kommunikation. Diese stellt aber das zentrale Anliegen der Frühförderung stark hörbehinderter Kleinkinder dar. Wenn daher schon, wie immerhin eingeräumt wird, „die Diagnostik häufig leider nicht eindeutig ist“, was spricht dann dagegen, auch bei stark hörbehinderten Kleinkindern eine nicht ausschließlich hörgerichtete, kommunikative Frühförderung von vorneherein in Anlehnung an die natürliche kommunikative Entwicklung wirklich multisensorisch anzulegen? Damit wird wenigstens ein halbwegs physiologischer Wechsel zwischen (überwiegend) unisensorischem Förderstreß und multisensorischem Wohlbehagen im Rahmen gelingender Kommunikation gewährleistet. Das im zitierten Absatz wohlformuliert anklingende Ganzheitlichkeitspostulat und streng hörgerichtete Frühförderung schließen sich leider aus.

Den sich in dieses hochkomplexe Feld anteilig natürlich zu Recht einmengenden HNO-Ärzten kann sicher „gutgemeinter Übereifer“ (s. Vorwort) nicht abgesprochen werden, dies auch vor dem Hintergrund eines verständlichen Kampfes um eine Klientel, von der

mittlerweile ein beträchtlicher medizinisch-technischer Komplex mit abhängig ist. Das strenge ärztliche Gebot eines „nil nocere“ muß heutzutage allerdings in einem wirklich ganzheitlichen Sinn besonders anspruchsvoll weit gefaßt werden: Das psycho-soziale Leiden an kommunikativer Einschränkung in allen Lebensaltern muß im Blick behalten werden, alle kommunikativen Chancen über alle Sinneskanäle sind simultan zu nutzen. Wenn dies den Horizont einer relativ kleinen Gruppe von Fachärzten sowie bisherige Traditionen, Rollenverständnisse sowie kommunikative Fertigkeiten eines Teils der Pädagogenschaft überfordert, ist das zunächst einmal jeweils deren Problem. Sehr viel weniger spekulativ als das angebliche neurophysiologische Risiko der Überforderung perzeptiver Ressourcen der stark hörbehinderten Kinder unter wirklich multisensorischer (Früh-)Förderung (vgl. dazu auch die weit mehr Fragen als Antworten liefernde Diskussion im bereits erwähnten Sammelband, Kröhnert 1990) erscheint das Risiko „mit bester Absicht“ erzwungener kognitiver Unterstimulation unter strikt hörgerichteter Frühförderung in Verbindung mit weiteren emotionalen und sozialen Entwicklungsrisiken. Welche „Fehlentwicklung am medizinischen Sachverstand vorbei“ (s. Vorwort) kann eigentlich gemeint sein, wenn im Rahmen eines „Konzepts der Ärzte“ für eine derart rigide, überflüssige Beziehungs- wie Ent-

wicklungsrisiken provozierende Förderstrategie plädiert wird? Der Terminus „medizinischer Sachverstand“ wird doch wohl auch von diesen ärztlichen Kollegen hoffentlich in einem über das eigene, wirklich enge Fachgebiet hinausreichenden, ganzheitlicheren Sinne gebraucht? Analog ließe sich auch der Terminus „gesundheitliche Schäden“ hinterfragen. Es sei nur nochmals daran erinnert, daß wir mittlerweile im Zeitalter eines sehr umfassenden Gesundheitsbegriffs leben.

#### ■ Anmerkung zu Abschnitt IV: Organisation

Im Rahmen einer ganzheitlichen kommunikativen (Früh-)Förderung stark hörbehinderter Kinder mit interdisziplinärem Förderzentrum im Hintergrund muß besonderes Gewicht auf eine umfassende, methodenneutrale Erstberatung der Eltern Wert gelegt werden, in der eben auch gebärdenkompetente Hörbehinderte ihren „Stammplatz“ haben müssen. Aus einer möglichst frühen, echten Begegnung mit wirklich zweisprachig (Lautsprache und Gebärdensprache) kompetent gewordenen stark hörbehinderten Menschen können frisch betroffene Eltern sehr viel mehr persönliche Ermutigung herleiten als aus vagen und, wie die Erfahrung lehrt, oft genug nicht einhaltbaren, elterliche Schuld- und Versagensgefühle

provozierenden Versprechungen, die in fachlich sehr fragwürdigen Sätzen wie diesem stecken: „Bei Erkennung, Diagnostik und Beginn der Frühförderung im 1. Lebensjahr kann in der Regel umgangssprachliche Kommunikation sichergestellt werden.“

#### ■ Nachwort

Als einem in eine Universitäts-Kinderklinik eingebundenen, permanent zu interdisziplinärem Denken gezwungenen ärztlichen Kollegen sind mir aus persönlicher Betroffenheit heraus eventuell einige schärfere Formulierungen unterlaufen. Woher rührt diese Betroffenheit vor allem? Sie rührt aus dem in diesem Papier trotz einiger Abschwächungen immer wieder anklingenden weitgehenden Absolutheitsanspruch bezüglich der Zuständigkeit gegenüber dem hochkomplexen, dabei fachlich faszinierenden, wirkliche interdisziplinäre Reflexion herausfordern Problem der zwischenmenschlichen Kommunikation. Exemplarisch beklagenswert muß es ein auswärtiger Leser dieses Papiers daher finden, wenn ein mittlerweile zweifellos integraler und sicher nicht unumstrittener Bestandteil der Hamburger „Szene“, das Zentrum für die Erforschung der deutschen Gebärdensprache (Leitung Prof. Dr. Prillwitz) in diesem Papier einfach totgeschwiegen wird. Natürlich sind die z. T.

hochpolemischen Auseinandersetzungen um Impulse dieses Zentrums gerade zum Thema Frühförderung auch über Hamburg hinausgedrungen. Sicher haben die Autoren dieses Papiers (wer eigentlich genau?) sehr wohl gewußt, daß sie sich mit ihrem „Konzept“ „der Ärzte“ natürlich in eine kontroverse Position zu diesem „Zentrum“ begeben haben. Warum wird dieser zunächst einmal ganz triviale Umstand nicht offen benannt? Ein eventuell vermutbares Ansinnen, diese international anerkannte Institution ausgerechnet innerhalb Hamburgs totschweigen zu wollen, mutet schon etwas naiv an. Ebenso kritisch ist in diesem Zusammenhang die Vermeidung jeglicher Stellungnahme gegenüber dem bereits laufenden, vielversprechenden bilingualen Schulversuch an der Hamburger Gehörlosenschule zu sehen. Alle mit dieser Problematik befaßten Spezialisten müssen an allen Standorten über alle Aspekte der vielschichtigen Problematik miteinander kommunizieren können. Das wenigstens sind wir den immer wieder neu nach einem eigenen Weg mit ihrem stark hörbehinderten Kinde suchenden Eltern schuldig. U. A. w. g.

#### Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1992): Forschungsbericht:

*Rehabilitation neurogener Lernstörungen beim Spracherwerb Hörgeschädigter.* Bonn Kammerer, Emil (1988): *Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung.* Stuttgart: Enke  
 Kröhnert, Otto (Hrsg.) (1990): *Aufgaben und Probleme der Frühförderung gehörloser und schwerhöriger Kinder unter dem Aspekt der Begabungsfaltung.* Vaduz: Stiftung zur Förderung körperbehinderter Hochbegabter  
 Schlack, Hans Georg (1991): Die Auswirkungen der Frühbehandlung des behinderten Kindes auf seine Familie. In: *Frühförderung interdisziplinär* 10. Jhg., 1/1991, 37-41

Prof. Dr. med. Emil Kammerer,  
 Bereich Psychosomatik,  
 Univ.-Kinderklinik,  
 Domagkstraße 3b,  
 48149 Münster

# Anforderungen an eine moderne Früherziehung aus Elternsicht

VON ANDREAS SCHWAB

## Vorbemerkung

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich auf Kinder, die von den HNO-Ärzten als hochgradig schwerhörig, resthörig oder an Taubheit grenzend schwerhörig klassifiziert werden.

Über eine optimale Frühförderung von Kindern mit geringeren Hörschädigungen mögen Eltern betreffender Kinder berufener berichten.

Im nachfolgenden bezeichne ich die erstgenannten Kinder – auch aus Platzgründen – als gehörlose Kinder.

## Einführung

Die Früherziehung ist der sensibelste Bereich in der Erziehung und Bildung gehörloser Kinder. Hier werden die Grundlagen für eine erfolgreiche intellektuelle, soziale und emotionale Entwicklung der Kinder gelegt. Früherziehung umfaßt alle Maßnahmen der Erziehung und Bildung gehörloser Kinder vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zur Einschulung. Hieraus wird klar, daß Früherziehung vor allem innerhalb der Familie stattfindet. Aus diesem Grund müssen Maßnahmen getroffen werden, Eltern und Familien bei der Bewältigung

ihrer in der Regel neuen und schweren Aufgabe zu helfen.

Elementar ist eine umfassende Beratung über unterschiedliche Möglichkeiten der Erziehung gehörloser Kinder. Leider wird der Beratung in der Regel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, deshalb ist ihr in dem vorliegenden Aufsatz ein ausführlicher Teil gewidmet.

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Entwicklung gehörloser Kinder liegt m.E. im Aufbau eines möglichst umfassenden und altersentsprechenden Kommunikationsumfangs, sowohl innerhalb der Familie als auch der Kinder untereinander, der Kinder mit gehörlosen Erwachsenen und nicht zuletzt mit ihren Erziehern und Pädagogen. Es soll auch aufgezeigt werden, weshalb sich trotz dieser Notwendigkeit überraschenderweise die Mehrheit der Eltern für eine Früherziehung ohne Gebärdensprache entscheidet.

## Erstberatung

Eine sinnvolle Erstberatung kann und darf kein statisches Geschehen sein, bei dem Eltern mit lediglich einer an der entsprechenden Schule oder Bildungseinrichtung praktizierten Methode zur Förderung ihres Kindes konfrontiert werden. Es muß vielmehr gewährleistet sein, daß Eltern im Rahmen eines dynamischen Prozesses möglichst umfassend und differenziert über alle

Möglichkeiten der Förderung gehörloser Kinder informiert werden, um dann verantwortlich eine eigene Entscheidung für ihr Kind treffen zu können. Diese Verantwortung obliegt allein den Eltern und kann ihnen auch von noch so wohlmeinenden Pädagogen nicht abgenommen werden. Die Verantwortung der Pädagogen wiederum liegt in der Sicherstellung einer umfassenden Beratung und des entsprechenden Angebotes an Fördermöglichkeiten. Für Eltern bedeutet dies: Sie haben Anspruch auf eine umfassende Beratung und auf die Möglichkeit der Wahl zwischen verschiedenen, tatsächlich am Ort praktizierten Förderangeboten. Die von Eltern schließlich getroffene Entscheidung muß von Fachleuten respektiert werden.

Wie aber soll eine solche Beratung aussehen? Sicherlich ist es mit einem einstündigen Gespräch zwischen Pädagoge und Eltern nicht getan. Eine Beratung muß sich an der Situation des Kindes insgesamt, also auch des Kindes innerhalb der ganzen Familie orientieren. Dies sollte in einem Team geschehen, zu dem Pädagogen und Pädaudiologen, aber auch Psychologen und möglichst betroffene gehörlose Erwachsene mit entsprechender wissenschaftlicher Qualifikation gehören. Dieses Team versucht die Situation der Familie kennenzulernen, informiert offen über die Lebenssituation Schwerhöriger und Gehörloser und zeigt alternative Wege in Erziehung und Bildung gehörloser Kinder auf. Schließlich wird