

# Privater Masterstudiengang

Medizinischer Ansatz bei  
Sprech-, Sprach- und  
Kommunikationsstörungen





## Privater Masterstudiengang

### Medizinischer Ansatz bei Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen

Modalität: Online

Dauer: 12 Monate

Qualifizierung: TECH Technologische Universität

Unterrichtsstunden: 1.500 Std.

Internetzugang: [www.techtitute.com/de/medizin/masterstudiengang/masterstudiengang-medizinischer-ansatz-sprech-sprach-kommunikationsstorungen](http://www.techtitute.com/de/medizin/masterstudiengang/masterstudiengang-medizinischer-ansatz-sprech-sprach-kommunikationsstorungen)

# Index

01

Präsentation

---

Seite 4

02

Ziele

---

Seite 8

03

Kompetenzen

---

Seite 14

04

Kursleitung

---

Seite 18

05

Struktur und Inhalt

---

Seite 22

06

Methodik

---

Seite 82

07

Qualifizierung

---

Seite 90

# 01

# Präsentation

Sprech- und Sprachstörungen sind im frühen Alter relativ häufig, obwohl eine späte Diagnose bedeutet, dass etwa 40 bis 60% der Kinder eine Pathologie haben, die chronisch werden wird. Die Bestimmung der genauen Ursache und eine frühzeitige Behandlung durch einen Arzt sind der Schlüssel zur Korrektur. Glücklicherweise ermöglichen es die Fortschritte auf diesem Gebiet und die Anwendung neuer Technologien bei der Behandlung dieser Patienten, dass die Kommunikation des Kindes endlich effektiv und angemessen ist. Die Errungenschaften, die dank der Forschung in diesem Bereich erzielt wurden, machen es erforderlich, dass Ärzte ihr Wissen ständig aktualisieren. So wurde diese 100%ige Online-Qualifikation geschaffen, in der der Facharzt die Fortschritte bei der Bewertung und Diagnose von Dyslalie, Legasthenie und spezifischen Sprachstörungen eingehend studieren kann. All dies mit multimedialen Inhalten, auf die 24 Stunden am Tag problemlos von einem Computer aus zugegriffen werden kann.





“

*Dank dieses Privaten Masterstudiengangs werden Sie in 12 Monaten auf dem neuesten Stand der wichtigsten Fortschritte bei der Früherkennung von Verzögerungen in der Sprachentwicklung sein"*

Das medizinische Fachpersonal, insbesondere in der Grundversorgung, spielt eine wichtige Rolle bei der Erkennung bestimmter Krankheiten in einem frühen Alter. Dazu gehören Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen. Es handelt sich dabei um relativ häufige Erscheinungen, die bei Eltern und medizinischem Fachpersonal Besorgnis hervorrufen, die aber in den letzten Jahren dank Studien, die bemerkenswerte Fortschritte im Verständnis der neurologischen Entwicklungsprozesse und der Verbesserung der Interventionstechniken erzielt haben, große Fortschritte gemacht haben.

Der Arzt ist daher ein wichtiger Akteur für das Kind, das Dyslalie, Legasthenie oder Autismus aufweist und dessen Identifizierung in den so genannten "kritischen Perioden" oder "Gelegenheitsfenstern" entscheidend ist, um optimale Ergebnisse der Genesung und Verbesserung zu erzielen. Aus diesem Grund hat TECH einen Universitätsstudiengang entwickelt, der Fachleuten die neuesten Informationen über die Beurteilung, Diagnose und Intervention bei Kindern mit Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen bietet. All dies wird von einem Team aus spezialisierten Fachleuten mit umfassender Berufserfahrung angeboten.

Mit Hilfe innovativer Multimedia-Inhalte können Fachleute mehr über genetische Syndrome, die aktuelle Klassifizierung von Autismus-Spektrum-Störungen, Asperger-Syndrom, Rett oder pervasive Entwicklungsstörungen erfahren. Auch das *Relearning*-System, das auf der Wiederholung von Inhalten basiert, wird es den Studenten ermöglichen, den Studienplan viel schneller zu absolvieren. Dies begünstigt eine erschöpfende und zuverlässige Aktualisierung des Wissens auf der Grundlage der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über Patienten mit Hörstörungen oder Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen.

Die Fachkräfte haben es außerdem mit einem Programm zu tun, das ausschließlich online unterrichtet wird und auf das sie bequem zugreifen können, wann und wo immer sie wollen. Studenten, die diesen Privaten Masterstudiengang absolvieren, können den Studienplan für diese Fortbildung jederzeit von einem elektronischen Gerät mit Internetanschluss aus einsehen. Darüber hinaus gibt TECH den Fachleuten im Gesundheitswesen die Freiheit, das Studienpensum nach ihren Bedürfnissen zu verteilen, so dass sie ihre persönlichen und/oder beruflichen Verpflichtungen mit einer Weiterbildung verbinden können, die an der Spitze der akademischen Welt steht.

Dieser **Privater Masterstudiengang in Medizinischer Ansatz bei Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen** enthält das vollständigste und aktuellste wissenschaftliche Programm auf dem Markt. Die wichtigsten Merkmale sind:

- Entwicklung von Fallstudien, die von Experten in Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen vorgestellt werden
- Sein anschaulicher, schematischer und äußerst praktischer Inhalt liefert wissenschaftliche und praktische Informationen zu den Disziplinen, die für die berufliche Praxis unerlässlich sind
- Neuigkeiten über Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen
- Er enthält praktische Übungen, in denen der Selbstbewertungsprozess durchgeführt werden kann um das Lernen zu verbessern
- Mit besonderem Schwerpunkt auf innovativen Methoden in Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen
- Ergänzt wird dies durch theoretische Vorträge, Fragen an den Experten, Diskussionsforen zu kontroversen Themen und individuelle Reflexionsarbeit
- Verfügbarkeit von Inhalten von jedem festen oder tragbaren Gerät mit Internetanschluss



*Greifen Sie jederzeit bequem von Ihrem Computer aus auf die neuesten wissenschaftlichen Studien zu Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen zu“*

“

*In diesem Kurs lernen Sie die Faktoren kennen, die für Störungen bei Kindern und Jugendlichen ausschlaggebend sind, sowie die Bereiche des Gehirns, die an Aufmerksamkeitsprozessen beteiligt sind“*

Zu den Lehrkräften des Programms gehören Fachleute aus der Branche, die ihre Berufserfahrung in diese Fortbildung einbringen, sowie renommierte Fachleute von Referenzgesellschaften und angesehenen Universitäten.

Die multimedialen Inhalte, die mit den neuesten Bildungstechnologien entwickelt wurden, ermöglichen den Fachleuten ein situiertes und kontextbezogenes Lernen, d. h. eine simulierte Umgebung, die ein immersives Training ermöglicht, das auf reale Situationen ausgerichtet ist.

Das Konzept dieses Studiengangs konzentriert sich auf problemorientiertes Lernen, bei dem die Fachkraft versuchen muss, die verschiedenen Situationen aus der beruflichen Praxis zu lösen, die während des gesamten Studiengangs gestellt werden. Zu diesem Zweck wird sie von einem innovativen interaktiven Videosystem unterstützt, das von renommierten Experten entwickelt wurde.

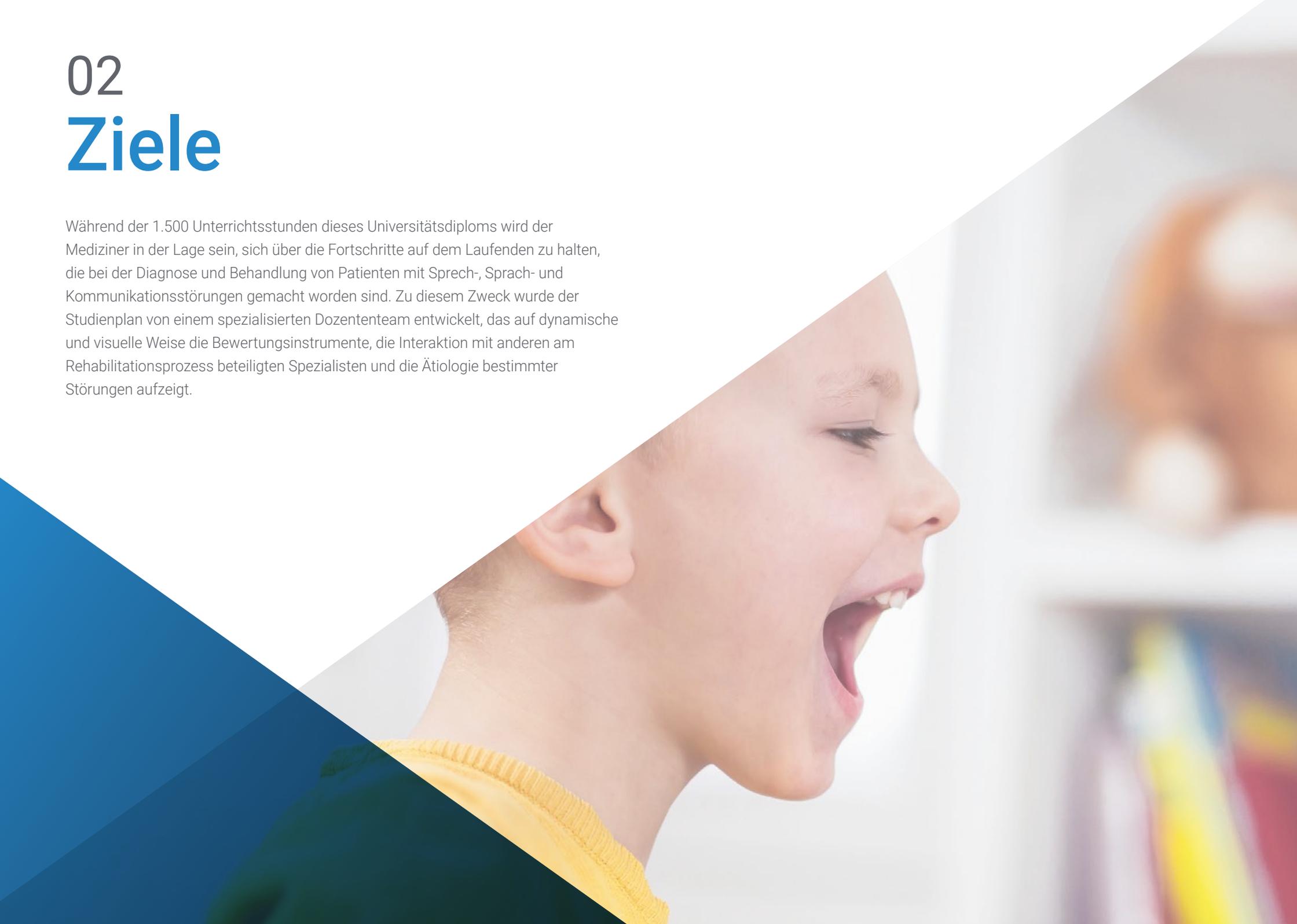
*Detaillierte Videos und Fallstudien sind zwei wichtige Instrumente für den Unterricht, mit denen Sie Ihr Wissen über Sprachstörungen auffrischen können.*

*Das von TECH implementierte Relearning-System ermöglicht es Ihnen, die fortgeschrittenen Inhalte dieses Programms auf viel natürlichere Weise zu durchlaufen.*



# 02 Ziele

Während der 1.500 Unterrichtsstunden dieses Universitätsdiploms wird der Mediziner in der Lage sein, sich über die Fortschritte auf dem Laufenden zu halten, die bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen gemacht worden sind. Zu diesem Zweck wurde der Studienplan von einem spezialisierten Dozententeam entwickelt, das auf dynamische und visuelle Weise die Bewertungsinstrumente, die Interaktion mit anderen am Rehabilitationsprozess beteiligten Spezialisten und die Ätiologie bestimmter Störungen aufzeigt.



“

*Dieser Private Masterstudiengang bietet Ihnen den aktuellsten Lehrplan auf dem Gebiet der Diagnose und Bewertung genetischer Syndrome"*



## Allgemeine Ziele

---

- ♦ Vermittlung einer spezialisierten Fortbildung auf der Grundlage theoretischer und instrumenteller Kenntnisse, die es ihnen ermöglicht, Kompetenzen in der Erkennung, Vorbeugung, Bewertung und Intervention bei den behandelten Logopathien zu erwerben
- ♦ Konsolidierung der Grundkenntnisse über den Interventionsprozess im Unterricht und in anderen Bereichen auf der Grundlage der neuesten technologischen Fortschritte, die den Zugang zu Informationen und zum Lehrplan für diese Studenten erleichtern
- ♦ Aktualisierung und Entwicklung spezifischer Kenntnisse über die Merkmale dieser Störungen, um die Differential- und proaktive Diagnose zu verfeinern, die die Leitlinien für die Intervention festlegt
- ♦ Sensibilisierung der Bildungsgemeinschaft für die Notwendigkeit einer inklusiven Bildung und ganzheitlicher Interventionsmodelle unter Beteiligung aller Akteure
- ♦ Vermittlung von pädagogischen Erfahrungen und bewährten Praktiken in der Logopädie und psychosozialen Intervention, die die persönliche, sozio-familiäre und schulische Anpassung von Schülern mit diesem Förderbedarf unterstützen





## Spezifische Ziele

---

### Modul 1. Grundlagen der Logopädie und Sprache

- ♦ Vertiefung des Konzepts der Logopädie und der Tätigkeitsbereiche der Fachleute dieser Disziplin
- ♦ Erwerben von Kenntnissen über das Konzept der Sprache und die verschiedenen Aspekte, aus denen sie sich zusammensetzt
- ♦ Vertiefung der typischen Sprachentwicklung, Kenntnis der einzelnen Phasen und Erkennen der Warnzeichen in dieser Entwicklung
- ♦ Die verschiedenen Sprachpathologien aus den unterschiedlichen Ansätzen, die es derzeit gibt, zu verstehen und einordnen zu können
- ♦ Kenntnis der verschiedenen Batterien und Tests, die im Bereich der Logopädie zur Verfügung stehen, um eine korrekte Bewertung der verschiedenen Bereiche der Sprache vorzunehmen
- ♦ In der Lage sein, einen logopädischen Bericht klar und präzise zu verfassen, sowohl für die Familien als auch für die verschiedenen Fachleute
- ♦ Verstehen der Bedeutung und Effektivität der Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, wann immer dies notwendig und für die Rehabilitation des Kindes förderlich ist

### Modul 2. Dyslalien: Bewertung, Diagnose und Intervention

- ♦ Vertiefung der Kenntnisse über Legasthenie und die verschiedenen Klassifizierungen und Subtypen, die es gibt
- ♦ Verständnis und Anwendung der Prozesse, die mit der Intervention verbunden sind, sowie Aneignung von Kenntnissen, um intervenieren zu können und eigenes effektives Material für die Legasthenie zu produzieren

### Modul 3. Legasthenie: Bewertung, Diagnose und Intervention

- ♦ Alles zu wissen, was mit dem Beurteilungsprozess zusammenhängt, um eine möglichst effektive logopädische Intervention durchführen zu können
- ♦ Den Leseprozess kennenlernen, von Vokalen und Silben bis hin zu Absätzen und komplexen Texten
- ♦ Analyse und Entwicklung von Techniken für einen korrekten Leseprozess
- ♦ Das Bewusstsein und die Fähigkeit, die Familie in die Intervention des Kindes einzubeziehen, damit sie Teil des Prozesses ist und diese Zusammenarbeit so effektiv wie möglich ist

### Modul 4. Spezifische Sprachstörung

- ♦ Erwerben ausreichender Kenntnisse, um eine Störung des Redeflusses beurteilen zu können
- ♦ Die wichtigsten Sprachstörungen und ihre therapeutische Behandlung identifizieren
- ♦ Kenntnis der Notwendigkeit einer Intervention, die sowohl von der Familie als auch vom Lehrerteam der Schule des Kindes unterstützt und befürwortet wird

### Modul 5. Verständnis des Autismus

- ♦ Kontakt mit der Krankheit. Identifizierung von Mythen und Irrglauben
- ♦ Kenntnis der verschiedenen betroffenen Bereiche sowie der ersten Indikatoren im Rahmen des therapeutischen Prozesses
- ♦ Förderung der beruflichen Kompetenz auf der Grundlage einer globalen Vision des Krankheitsbildes; multifaktorielle Bewertung
- ♦ Bereitstellung der notwendigen Werkzeuge für eine spezifische, auf den jeweiligen Fall abgestimmte Anpassung
- ♦ Erweiterung der Vision des Handlungsfeldes; Fachleute und Familie als aktive Rolle
- ♦ Die Rolle des Sprachtherapeuten als dynamisierendes Element bei Patienten mit Autismus

### **Modul 6. Genetische Syndrome**

- ♦ In der Lage sein, die häufigsten genetischen Syndrome heutzutage zu kennen und zu identifizieren
- ♦ Kenntnis und Vertiefung der Merkmale jedes der im Experten beschriebenen Syndrome
- ♦ Erwerb optimaler Kenntnisse, um eine korrekte und funktionelle Beurteilung der verschiedenen Symptome, die auftreten können, vorzunehmen
- ♦ Vertiefung der verschiedenen Interventionsinstrumente, einschließlich Material und Ressourcen, sowohl Manipulatoren als auch Computergeräte, sowie der möglichen Anpassungen, die vorgenommen werden können All dies, um ein effektives und effizientes Eingreifen der Fachkraft zu erreichen

### **Modul 7. Dysphemie und/oder Stottern: Bewertung, Diagnose und Intervention**

- ♦ Kenntnis des Konzepts der Dysphemie, einschließlich ihrer Symptome und Klassifizierung
- ♦ In der Lage sein, zwischen normaler Dysfluenz und gestörtem Redefluss, wie z.B. Dysphemie, zu unterscheiden
- ♦ Vertiefung der Zielsetzung und der Tiefe der Intervention bei einem dysphemischen Kind, um eine möglichst effiziente und effektive Arbeit leisten zu können
- ♦ Verstehen der Notwendigkeit, ein Protokoll über alle Sitzungen und deren Verlauf zu führen

### **Modul 8. Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen**

- ♦ Erlernen der Grundlagen der Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen, sowohl konzeptionell als auch klassifikatorisch, sowie der Besonderheiten und Unterschiede zu anderen Pathologien
- ♦ In der Lage sein, die Symptomatik und die Merkmale von verbaler Apraxie und Dysarthrie zu unterscheiden und beide Pathologien durch ein angemessenes Bewertungsverfahren zu identifizieren
- ♦ Klären der Rolle des Logopäden sowohl im Beurteilungs- als auch im Interventionsprozess, wobei er in der Lage ist, angemessene und personalisierte Übungen für das Kind anzuwenden
- ♦ Kenntnis der Entwicklungsumgebungen und -kontexte von Kindern, die Fähigkeit, in all diesen Bereichen angemessene Unterstützung zu leisten und die Familie und die pädagogischen Fachkräfte im Rehabilitationsprozess zu begleiten
- ♦ Kenntnis der Fachleute, die an der Beurteilung und Intervention bei dysarthrischen Kindern beteiligt sind, und der Bedeutung der Zusammenarbeit mit all diesen Fachleuten während des Interventionsprozesses

### **Modul 9. Hörschädigung verstehen**

- ♦ Aneignung der Anatomie und der Funktionsweise der am Hören beteiligten Organe und Mechanismen
- ♦ Vertieftes Verständnis des Konzepts der Schwerhörigkeit und der verschiedenen Arten von Schwerhörigkeit, die es gibt
- ♦ Kenntnis der Beurteilungs- und Diagnoseinstrumente zur Bewertung von Hörverlusten und der Bedeutung eines multidisziplinären Teams für die Durchführung der Untersuchung
- ♦ In der Lage sein, eine wirksame Intervention bei einer Hypoakusis durchzuführen, indem Sie alle Phasen dieser Intervention kennen und verinnerlichen

- Kenntnis und Verständnis der Funktionsweise und Bedeutung von Hörgeräten und Cochlea-Implantaten
- Vertiefung des Verständnisses für bimodale Kommunikation und die Fähigkeit, ihre Funktionen und ihre Bedeutung zu verstehen
- Sich der Welt der Gebärdensprache zu nähern, etwas über ihre Geschichte, ihre Struktur und die Bedeutung ihrer Existenz zu erfahren
- Verständnis für die Rolle des Gebärdensprachdolmetschers

### **Modul 10. Psychologische Kenntnisse von Interesse im Bereich der Logopädie**

- Kenntnis des Wissens- und Arbeitsgebiets der Kinder- und Jugendpsychologie: Studiengegenstand, Handlungsfelder usw.
- Sich der Eigenschaften bewusst werden, die eine Fachkraft, die mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, haben oder verbessern sollte
- Erwerb von Grundkenntnissen zur Erkennung und Überweisung möglicher psychologischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen, die das Wohlbefinden des Kindes stören und die logopädische Rehabilitation beeinträchtigen können, sowie Reflexion über diese Probleme
- Kenntnis der möglichen Auswirkungen, die verschiedene psychologische Probleme (emotionale, kognitive und verhaltensbedingte) auf die logopädische Rehabilitation haben können
- Erwerb von Kenntnissen über Aufmerksamkeitsprozesse und deren Einfluss auf die Sprache sowie über Interventionsstrategien, die auf sprachtherapeutischer Ebene zusammen mit anderen Fachleuten durchgeführt werden können
- Vertiefung des Themas der exekutiven Funktionen und Kenntnis ihrer Auswirkungen auf den Bereich der Sprache sowie Erlernen von Strategien, um gemeinsam mit

- anderen Fachleuten auf sprachtherapeutischer Ebene zu intervenieren
- Kenntnis erwerben, wie man auf der Ebene der sozialen Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen interveniert, sowie einige Konzepte in Bezug auf diese vertiefen und spezifische Strategien zur Verbesserung dieser Fähigkeiten erhalten
- Kenntnis verschiedener Strategien zur Verhaltensmodifikation, die in der Beratung nützlich sind, um sowohl die Initiierung, Entwicklung und Generalisierung angemessener Verhaltensweisen als auch die Reduzierung oder Beseitigung unangemessener Verhaltensweisen zu erreichen
- Vertiefung des Konzepts der Motivation und Aneignung von Strategien zur Förderung der Motivation in der Beratung
- Erwerben von Kenntnissen im Zusammenhang mit Schulversagen bei Kindern und Jugendlichen
- Kenntnis der wichtigsten Lerngewohnheiten und -techniken, die dazu beitragen können, die Leistung von Kindern und Jugendlichen aus logopädischer und psychologischer Sicht zu verbessern



*Mit diesem Universitätsprogramm werden Sie in der Lage sein, die erfolgreichsten Strategien im Umgang mit Patienten mit Kommunikationsschwierigkeiten zu vertiefen"*

# 03

# Kompetenzen

Dieser private Masterstudiengang wird es Medizinern ermöglichen, ihre Fähigkeiten bei der Erkennung von Patienten mit verschiedenen Arten von Sprachstörungen wie Aphasie, Legasthenie, ADHS sowie den verschiedenen klinischen Erscheinungsformen von Krankheiten wie Duchenne zu verbessern. Die klinischen Fälle, die von den für diese Qualifikation zuständigen Fachleuten zur Verfügung gestellt werden, ermöglichen es den Studenten außerdem, ihre Kompetenzen in diesem für die Entwicklung von Kindern wichtigen Bereich zu erweitern.





“

*Diese Qualifikation wird Sie in die Lage versetzen, die wichtigsten Warnzeichen von Kindern mit Sprachstörungen schnell zu erkennen"*



## Allgemeine Kompetenzen

---

- ♦ Vertiefung der logopädischen Konzepte und Verfahren sowie der einzelnen Tätigkeitsbereiche von Fachleuten in diesem Bereich
- ♦ Erwerb von Kenntnissen über die Dimensionen von Sprache und Sprechen
- ♦ Vertiefung in die evolutionären und normativen Aspekte der neurologischen Entwicklung
- ♦ Verständnis und Fähigkeit, verschiedene Sprach- und Sprechstörungen zu klassifizieren
- ♦ Erwerb von Kenntnissen über die Erstellung von technischen Berichten
- ♦ Verinnerlichen effektiver Interventionsmethoden und eines multidisziplinären Ansatzes



*Mit diesem 100%igen Online-Programm werden Sie auf dem neuesten Stand der neuen Technologien sein, die bei der Behandlung von Patienten mit Williams- oder Rett-Syndrom eingesetzt werden“*





## Spezifische Kompetenzen

---

- ♦ Die Aspekte der psycholinguistischen Produktion in der spanischen Sprache erlernen
- ♦ Vertiefung der Kenntnisse über Logopathien und die verschiedenen Arten der bestehenden Klassifizierungen und Subtypen
- ♦ Den Beurteilungsprozess verstehen, um eine möglichst effektive logopädische Intervention durchführen zu können
- ♦ Bewusst und in der Lage zu sein, die Familie sowie die übrigen Erziehungsberechtigten in den gesamten logopädischen Prozess einzubeziehen, unter Berücksichtigung der kontextuellen und psychosozialen Variablen
- ♦ Erlernen und Integrieren des Einsatzes von Technologien sowie die Anwendung innovativer Therapien und Ressourcen aus anderen verwandten Disziplinen

# 04

## Kursleitung

Ein Dozententeam aus Sprachtherapeuten und Spezialisten für die Betreuung von Kindern mit Sprech-, Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten wird dafür verantwortlich sein, medizinisches Fachpersonal mit dem neuesten Wissen auf diesem Gebiet zu versorgen. Ein Dozententeam, das sich nicht nur durch seine Professionalität und Erfahrung in diesem Bereich auszeichnet, sondern auch durch seine Nähe und menschliche Qualität. All diese Faktoren waren ausschlaggebend für die Wahl von TECH für die Vermittlung dieses privaten Masterstudiengangs, dessen Ziel es ist, den Studenten eine Weiterbildung zu bieten, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.

W E E  
M I Z G E  
M R P  
Z Y E  
V W W U E  
M D I  
M G



G  
M  
C  
E  
A  
W  
K  
P

“

*TECH hat das spezialisierte Dozententeam, das dieses Programm unterrichtet, sorgfältig ausgewählt, damit Sie die neuesten Informationen auf dem Gebiet der Sprachstörungen erhalten"*

## Leitung



### Fr. Vázquez Pérez, Maria Asunción

- Forensische Logopädin mit Lehrerfahrung im Bereich Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Diplomierte Logopädin mit Ausbildung und Erfahrung in den Bereichen Hörbehinderung, Autismus und unterstützende Kommunikationssysteme

## Professoren

### Fr. Berbel, Fina Mari

- ♦ Geschäftsführerin einer Rehabilitationsklinik
- ♦ Logopädin beim Verband der Gehörlosen von Alicante
- ♦ Logopädin mit Abschluss an der Universität von Murcia und Spezialisierung im Masterstudiengang Klinische Audiologie und Hörtherapie
- ♦ Ausbildung zum Gebärdensprachdolmetscher für Spanisch

### Fr. Cerezo Fernández, Ester

- ♦ Logopädin mit Spezialisierung auf Neurologie
- ♦ Masterstudiengang in klinischer Neuropsychologie, Experte für myofunktionelle Therapie und frühkindliche Betreuung.
- ♦ Hochschulabschluss in Logopädie

### Fr. López Mouriz, Patricia

- ♦ Allgemeine Gesundheitspsychologin Hochschulabschluss in Psychologie an der Universität von Santiago de Compostela (USC)
- ♦ Masterstudiengang in Allgemeiner Gesundheitspsychologie an derselben Universität im Jahr 2018
- ♦ Weiterbildung in Gleichberechtigung, Kurztherapie und Lernschwierigkeiten bei Kindern
- ♦ Spezialisierung in der psychologischen Intervention bei Drogenabhängigkeit und Essstörungen sowie in der Gruppenintervention mit Frauen in gefährdeten Situationen
- ♦ Hochschulabschluss in Psychologie an der Universität von Santiago de Compostela (USC)

### Fr. Mata Ares, Sandra María

- ♦ Logopädin
- ♦ Spezialistin für logopädische Interventionen im Kindes- und Jugendalter
- ♦ Masterstudiengang in Logopädische Intervention im Kindes- und Jugendalter
- ♦ Verfügt über eine spezielle Ausbildung in Sprach- und Sprechstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter

### Fr. Rico Sánchez, Rosana

- ♦ Leiterin und Sprachtherapeutin des Zentrums für Logopädie und Pädagogik "Palabras Y Más"
- ♦ Zugelassene Logopädin N° 09/032 Berufsverband der Logopäden von Castilla y León

### Fr. Plana González, Andrea

- ♦ Spezialisiert auf phonologische Bewusstheit, Dyslexie, Dyslalie, ASD, Aphasie, Demenz, Dysarthrie und Dysphagie
- ♦ Hochschulabschluss in Logopädie an der Universität von Valladolid
- ♦ Masterstudiengang in Trauma- und myofunktionellen an der Päpstlichen Universität von Salamanca
- ♦ Spezialisiert auf phonologische Bewusstheit, Dyslexie, Dyslalie, ASD, Aphasie, Demenz, Dysarthrie und Dysphagie

# 05

## Struktur und Inhalt

TECH stellt den Studenten alle innovativen didaktischen Werkzeuge und die neuesten Technologien für den Unterricht zur Verfügung. Durch eine dynamische Methodik können die Studenten aktuelles Wissen über die Grundlagen der Logopädie und Sprache, die Wichtigkeit der Arbeit mit einem interdisziplinären Team, das bei Kindern mit Sprachstörungen eingreift, und die verschiedenen Syndrome und Störungen, die die Kommunikation beeinträchtigen, erwerben. All dies wird durch klinische Fallstudien und Fachlektüre ergänzt, auf die Sie 24 Stunden am Tag Zugriff haben, ohne feste Unterrichtszeiten oder Anwesenheitspflichten.





“

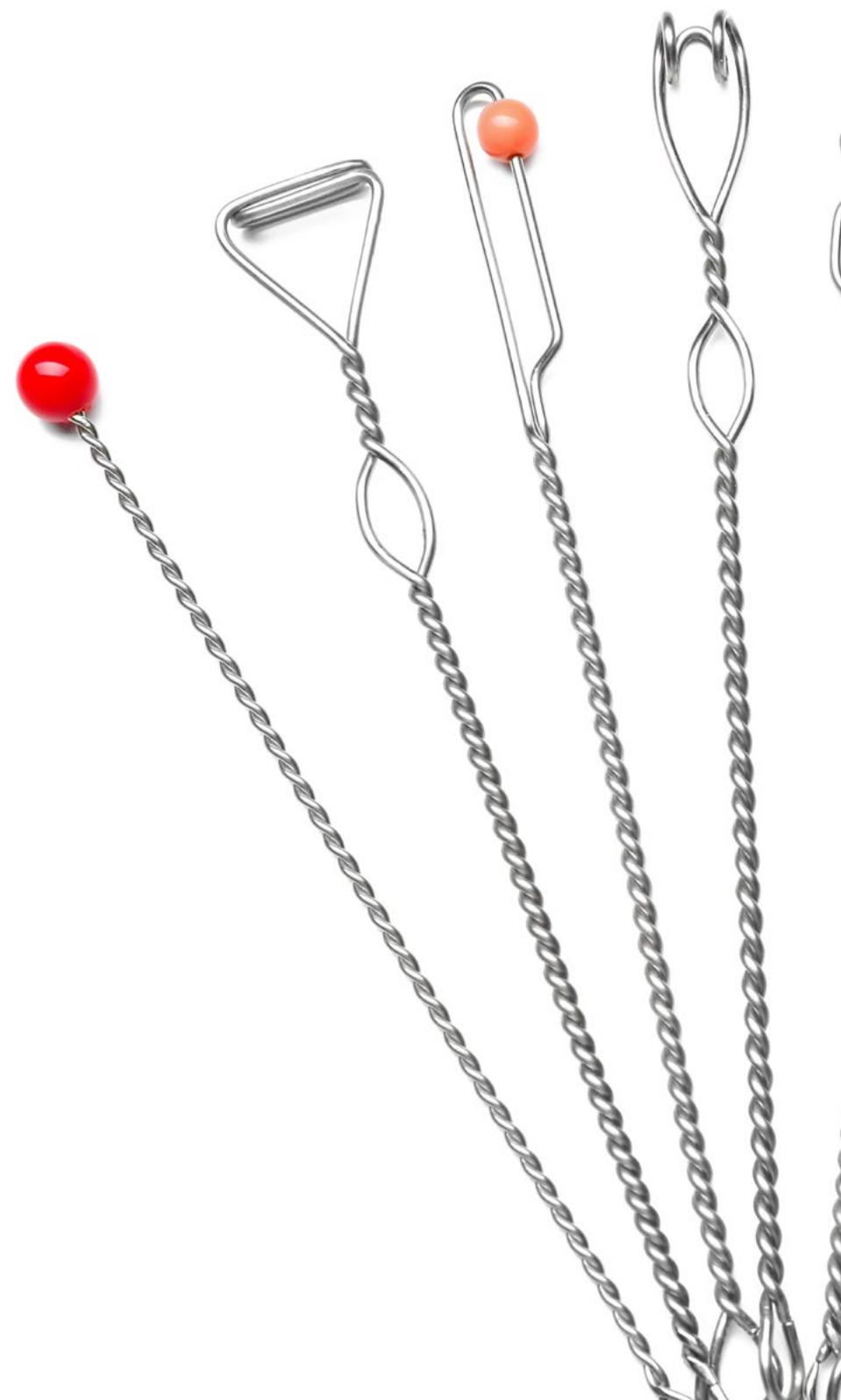
*Der Studienplan wird Sie mit den wichtigsten Techniken vertraut machen, die für die Diagnose und Intervention bei Patienten mit Dysphemie, Tachyphemie oder Dysglossie verwendet werden“*

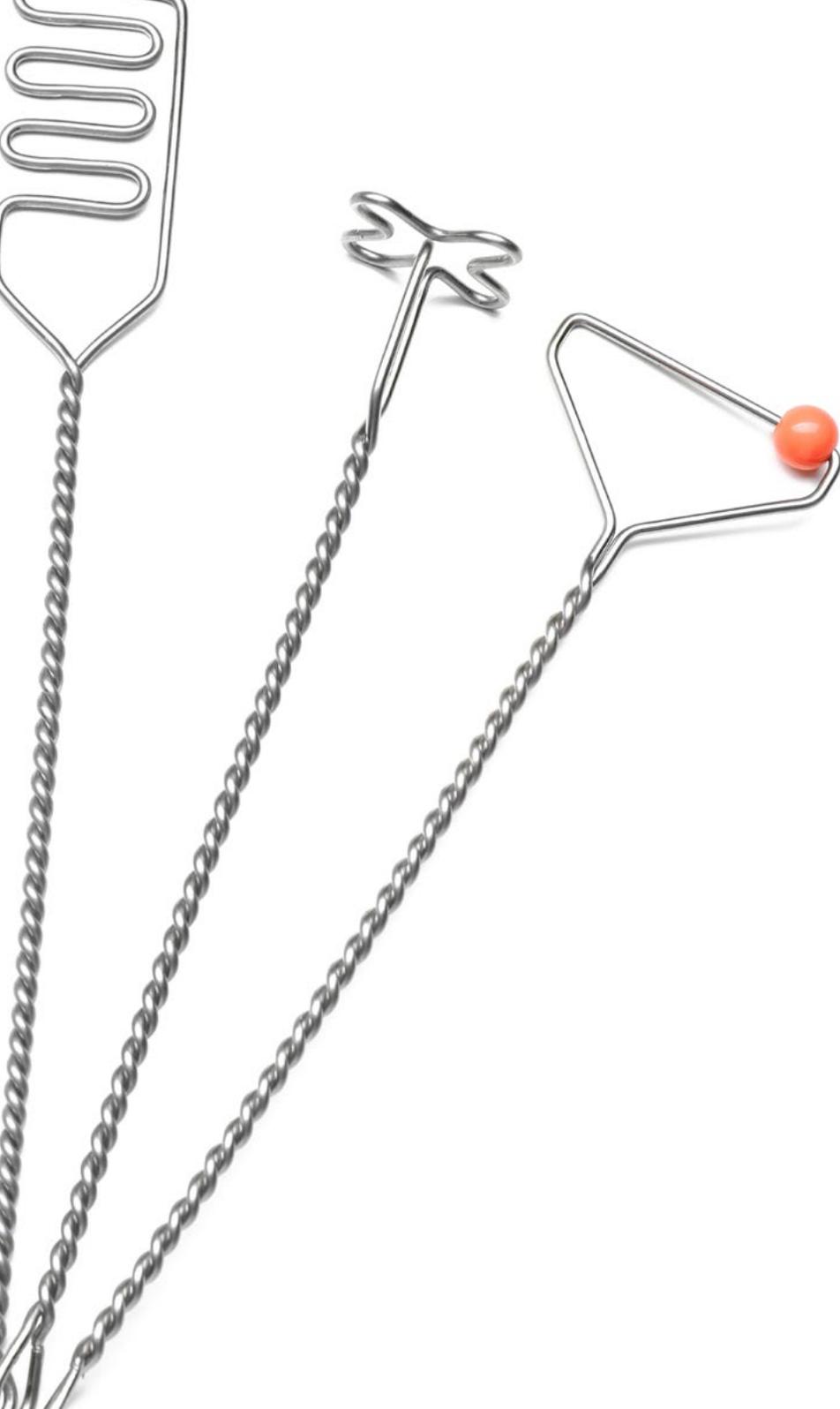
## Modul 1. Grundlagen der Logopädie und Sprache

- 1.1. Einführung in den privaten Masterstudiengang und in das Modul
  - 1.1.1. Einführung in den privaten Masterstudiengang
  - 1.1.2. Einführung in das Modul
  - 1.1.3. Sprachliche Hintergründe
  - 1.1.4. Geschichte der Sprachforschung
  - 1.1.5. Grundlegende Theorien der Sprache
  - 1.1.6. Forschung im Bereich Spracherwerb
  - 1.1.7. Neurologische Grundlagen der Sprachentwicklung
  - 1.1.8. Wahrnehmungsgrundlagen in der Sprachentwicklung
  - 1.1.9. Soziale und kognitive Grundlagen der Sprache
    - 1.1.9.1. Einführung
    - 1.1.9.2. Die Bedeutung der Nachahmung
  - 1.1.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 1.2. Was ist Logopädie?
  - 1.2.1. Logopädie
    - 1.2.1.1. Konzept der Logopädie
    - 1.2.1.2. Konzept des Logopäden
  - 1.2.2. Geschichte der Logopädie
  - 1.2.3. Logopädie im Rest der Welt
    - 1.2.3.1. Die Bedeutung des Logopäden im Rest der Welt
    - 1.2.3.2. Wie werden Logopäden in anderen Ländern genannt?
    - 1.2.3.3. Wird der Logopäde in anderen Ländern geschätzt?
  - 1.2.4. Aufgaben des Logopäden
    - 1.2.4.1. Die Realität der Logopädie
  - 1.2.5. Interventionsbereiche des Logopäden
    - 1.2.5.1. Die Realität der Interventionsbereiche des Logopäden
  - 1.2.6. Forensische Logopädie
    - 1.2.6.1. Erste Überlegungen
    - 1.2.6.2. Konzept des forensischen Logopäden
    - 1.2.6.3. Die Bedeutung der forensischen Logopäden
  - 1.2.7. Der Hör- und Sprachlehrer
    - 1.2.7.1. Konzept des Hör- und Sprachlehrers
      - 1.2.7.2. Arbeitsbereiche des Hör- und Sprachlehrers
      - 1.2.7.3. Unterschiede zwischen Logopäden und Hör- und Sprachlehrern
- 1.3. Sprache, Sprechen und Kommunikation
  - 1.3.1. Erste Überlegungen
  - 1.3.2. Sprache, Sprechen und Kommunikation
    - 1.3.2.1. Konzept der Sprache
    - 1.3.2.2. Konzept des Sprechens
    - 1.3.2.3. Konzept der Kommunikation
    - 1.3.2.4. Worin unterscheiden sie sich?
  - 1.3.3. Dimensionen der Sprache
    - 1.3.3.1. Formale oder strukturelle Dimension
    - 1.3.3.2. Funktionale Dimension
    - 1.3.3.3. Verhaltensdimension
  - 1.3.4. Theorien zur Erklärung der Sprachentwicklung
    - 1.3.4.1. Erste Überlegungen
    - 1.3.4.2. Theorie des Determinismus: Whorf
    - 1.3.4.3. Theorie des Behaviourismus: Skinner
    - 1.3.4.4. Theorie des Innatismus: Chomsky
    - 1.3.4.5. Interaktionistische Positionen
  - 1.3.5. Kognitive Theorien zur Erklärung der Sprachentwicklung
    - 1.3.5.1. Piaget
    - 1.3.5.2. Vygotsky
    - 1.3.5.3. Luria
    - 1.3.5.4. Bruner
  - 1.3.6. Der Einfluss der Umgebung auf den Spracherwerb
  - 1.3.7. Sprachliche Komponenten
    - 1.3.7.1. Phonetik und Phonologie
    - 1.3.7.2. Semantik und Lexik
    - 1.3.7.3. Morphosyntax
    - 1.3.7.4. Pragmatik
  - 1.3.8. Stadien der Sprachentwicklung
    - 1.3.8.1. Prälinguistisches Stadium
    - 1.3.8.2. Linguistisches Stadium
  - 1.3.9. Zusammenfassende Tabelle der normativen Sprachentwicklung
  - 1.3.10. Abschließende Schlussfolgerungen

- 1.4. Kommunikations-, Sprech- und Sprachstörungen
    - 1.4.1. Einführung in die Einheit
    - 1.4.2. Kommunikations-, Sprech- und Sprachstörungen
      - 1.4.2.1. Konzept der Kommunikationsstörung
      - 1.4.2.2. Konzept der Sprechstörung
      - 1.4.2.3. Konzept der Sprachstörung
      - 1.4.2.4. Worin unterscheiden sie sich?
    - 1.4.3. Störungen der Kommunikation
      - 1.4.3.1. Erste Überlegungen
      - 1.4.3.2. Komorbidität mit anderen Störungen
      - 1.4.3.3. Arten von Kommunikationsstörungen
        - 1.4.3.3.1. Störungen der sozialen Kommunikation
        - 1.4.3.3.2. Nicht spezifizierte Kommunikationsstörung
    - 1.4.4. Sprechstörungen
      - 1.4.4.1. Erste Überlegungen
      - 1.4.4.2. Ursprung der Sprechstörungen
      - 1.4.4.3. Symptome einer Sprechstörung
        - 1.4.4.3.1. Leichte Verzögerung
        - 1.4.4.3.2. Mäßige Verzögerung
        - 1.4.4.3.3. Starke Verzögerung
      - 1.4.4.4. Warnzeichen für Sprechstörungen
    - 1.4.5. Klassifizierung der Sprechstörungen
      - 1.4.5.1. Phonologische Störung oder Dyslalie
      - 1.4.5.2. Dysphemie
      - 1.4.5.3. Dysglossie
      - 1.4.5.4. Dysarthrie
      - 1.4.5.5. Tachyphemie
      - 1.4.5.6. Andere
    - 1.4.6. Sprachstörungen
      - 1.4.6.1. Erste Überlegungen
      - 1.4.6.2. Ursprung der Sprachstörungen
      - 1.4.6.3. Erkrankungen im Zusammenhang mit Sprachstörungen
      - 1.4.6.4. Warnzeichen in der Sprachentwicklung
  - 1.4.7. Arten von Sprachstörungen
    - 1.4.7.1. Schwierigkeiten bei der rezeptiven Sprache
    - 1.4.7.2. Schwierigkeiten bei der expressiven Sprache
    - 1.4.7.3. Schwierigkeiten bei der rezeptiv-expressiven Sprache
  - 1.4.8. Klassifizierung der Sprachstörungen
    - 1.4.8.1. Vom klinischen Ansatz her
    - 1.4.8.2. Vom pädagogischen Ansatz her
    - 1.4.8.3. Vom psycholinguistischen Ansatz her
    - 1.4.8.4. Von einem axiologischen Standpunkt aus betrachtet
  - 1.4.9. Welche Fähigkeiten sind bei einer Sprachstörung betroffen?
    - 1.4.9.1. Soziale Fähigkeiten
    - 1.4.9.2. Akademische Probleme
    - 1.4.9.3. Andere betroffene Fähigkeiten
  - 1.4.10. Arten von Sprachstörungen
    - 1.4.10.1. SSES
    - 1.4.10.2. Aphasie
    - 1.4.10.3. Legasthenie
    - 1.4.10.4. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
    - 1.4.10.5. Andere
  - 1.4.11. Vergleichende Tabelle der typischen Entwicklung und der Entwicklungsstörung
- 1.5. Logopädische Bewertungsinstrumente
    - 1.5.1. Einführung in die Einheit
    - 1.5.2. Zu beachtende Punkte bei der logopädischen Beurteilung
      - 1.5.2.1. Wichtige Überlegungen
    - 1.5.3. Bewertung der orofazialen Motorik: das stomatognathe System
    - 1.5.4. Logopädische Bewertungsbereiche, in Bezug auf Sprache, Sprechen und Kommunikation:
      - 1.5.4.1. Anamnese (Familienbefragung)
      - 1.5.4.2. Bewertung des präverbalen Stadiums
      - 1.5.4.3. Bewertung von Phonetik und Phonologie
      - 1.5.4.4. Bewertung der Morphologie
      - 1.5.4.5. Bewertung des Syntax
      - 1.5.4.6. Bewertung der Semantik
      - 1.5.4.7. Bewertung der Pragmatik

- 1.5.5. Allgemeine Klassifizierung der gebräuchlichsten Tests zur logopädischen Beurteilung
  - 1.5.5.1. Entwicklungsskalen: Einführung
  - 1.5.5.2. Test zur Bewertung der mündlichen Sprachkompetenz: Einführung
  - 1.5.5.3. Test zur Beurteilung von Lese- und Schreibfähigkeiten: Einführung
- 1.5.6. Entwicklungsskalen
  - 1.5.6.1. Brunet-Lézine Entwicklungsskala
  - 1.5.6.2. Battelle Entwicklungsinventar
  - 1.5.6.3. Portage Leitfaden
  - 1.5.6.4. Haizea-Llevant
  - 1.5.6.5. Bayley-Skala für kindliche Entwicklung
  - 1.5.6.6. McCarthy-Skala (Skala der psychomotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten von Kindern)
- 1.5.7. Test zur Bewertung der mündlichen Sprachkompetenz
  - 1.5.7.1. BLOC
  - 1.5.7.2. Monfort-induziertes phonologisches Register
  - 1.5.7.3. ITPA
  - 1.5.7.4. PLON-R
  - 1.5.7.5. PEABODY
  - 1.5.7.6. RFI
  - 1.5.7.7. ELA-R
  - 1.5.7.8. EDAF
  - 1.5.7.9. CELF 4
  - 1.5.7.10. BOEHM
  - 1.5.7.11. TSA
  - 1.5.7.12. CEG
  - 1.5.7.13. ELCE
- 1.5.8. Test zur Beurteilung der Lese- und Schreibfähigkeiten
  - 1.5.8.1. PROLEC-R
  - 1.5.8.2. PROLEC-SE
  - 1.5.8.3. PROESC
  - 1.5.8.4. TALE
- 1.5.9. Zusammenfassende Tabelle der verschiedenen Tests
- 1.5.10. Abschließende Schlussfolgerungen





- 1.6. Bestandteile, die ein logopädischer Bericht enthalten muss
  - 1.6.1. Einführung in die Einheit
  - 1.6.2. Der Grund für die Beurteilung
    - 1.6.2.1. Antrag oder Überweisung durch die Familie
    - 1.6.2.2. Antrag oder Überweisung durch eine Schule oder ein externes Zentrum
  - 1.6.3. Anamnese
    - 1.6.3.1. Anamnese mit der Familie
    - 1.6.3.2. Meeting mit der Schule
    - 1.6.3.3. Meeting mit anderen Fachleuten
  - 1.6.4. Die medizinische und akademische Vorgeschichte des Patienten
    - 1.6.4.1. Anamnese
      - 1.6.4.1.1. Evolutionäre Entwicklung
    - 1.6.4.2. Akademische Vorgeschichte
  - 1.6.5. Situation der verschiedenen Kontexte
    - 1.6.5.1. Situation im familiären Kontext
    - 1.6.5.2. Situation im sozialen Kontext
    - 1.6.5.3. Situation im schulischen Kontext
  - 1.6.6. Professionelle Beurteilungen
    - 1.6.6.1. Beurteilung durch den Logopäden
    - 1.6.6.2. Beurteilungen durch andere Fachleute
      - 1.6.6.2.1. Beurteilung durch den Ergotherapeuten
      - 1.6.6.2.2. Beurteilung des Lehrers
      - 1.6.6.2.3. Beurteilung durch einen Psychologen
      - 1.6.6.2.4. Andere Beurteilungen
  - 1.6.7. Ergebnisse der Beurteilungen
    - 1.6.7.1. Ergebnisse der logopädischen Beurteilung
    - 1.6.7.2. Ergebnisse der anderen Beurteilungen
  - 1.6.8. Klinisches Urteil und/oder Schlussfolgerungen
    - 1.6.8.1. Logopädisches Urteil
    - 1.6.8.2. Urteil anderer Fachleute
    - 1.6.8.3. Gemeinsames Urteil mit den anderen Fachleuten

- 1.6.9. Logopädischer Interventionsplan
  - 1.6.9.1. Zielsetzung der Intervention
  - 1.6.9.2. Interventionsprogramm
  - 1.6.9.3. Richtlinien und/oder Empfehlungen für die Familie
- 1.6.10. Warum ist ein logopädischer Bericht so wichtig?
  - 1.6.10.1. Erste Überlegungen
  - 1.6.10.2. Bereiche, in denen ein logopädischer Bericht wichtig sein kann
- 1.7. Logopädisches Interventionsprogramm
  - 1.7.1. Einleitung
    - 1.7.1.1. Die Notwendigkeit, ein logopädisches Interventionsprogramm zu entwickeln
  - 1.7.2. Was ist ein logopädisches Interventionsprogramm?
    - 1.7.2.1. Konzept des Interventionsprogramms
    - 1.7.2.2. Grundlagen des Interventionsprogramms
    - 1.7.2.3. Überlegungen zum logopädischen Interventionsprogramm
  - 1.7.3. Grundlegende Aspekte für die Entwicklung eines logopädischen Interventionsprogramms
    - 1.7.3.1. Merkmale des Kindes
  - 1.7.4. Logopädische Interventionsplanung
    - 1.7.4.1. Methodik der durchzuführenden Maßnahme
    - 1.7.4.2. Faktoren, die in der Interventionsplanung zu berücksichtigen sind
      - 1.7.4.2.1. Außerschulische Aktivitäten
      - 1.7.4.2.2. Chronologisches und korrigiertes Alter des Kindes
      - 1.7.4.2.3. Anzahl der Sitzungen pro Woche
      - 1.7.4.2.4. Zusammenarbeit mit der Familie
      - 1.7.4.2.5. Wirtschaftliche Situation der Familie
  - 1.7.5. Ziele des logopädischen Interventionsprogramms
    - 1.7.5.1. Allgemeine Ziele des logopädischen Interventionsprogramms
    - 1.7.5.2. Spezifische Ziele des logopädischen Interventionsprogramms
  - 1.7.6. Bereiche der logopädischen Intervention und Techniken für die Intervention
    - 1.7.6.1. Stimme
    - 1.7.6.2. Sprechen
    - 1.7.6.3. Prosodie
    - 1.7.6.4. Sprachgebrauch
    - 1.7.6.5. Lesen
    - 1.7.6.6. Schreiben
    - 1.7.6.7. Orofazial
    - 1.7.6.8. Kommunikation
    - 1.7.6.9. Gehör
    - 1.7.6.10. Atmung
  - 1.7.7. Materialien und Ressourcen für logopädische Interventionen
    - 1.7.7.1. Vorschlag für Materialien aus eigener Herstellung, die in einem Logopädie-Raum unverzichtbar sind
    - 1.7.7.2. Vorschlag für die wichtigsten auf dem Markt erhältlichen Materialien für einen Logopädie-Raum
    - 1.7.7.3. Unverzichtbare technologische Ressourcen für logopädische Interventionen
  - 1.7.8. Logopädische Interventionsmethoden
    - 1.7.8.1. Einführung
    - 1.7.8.2. Arten von Interventionsmethoden
      - 1.7.8.2.1. Phonologische Methoden
      - 1.7.8.2.2. Klinische Interventionsmethoden
      - 1.7.8.2.3. Semantische Methoden
      - 1.7.8.2.4. Verhaltensorientierte logopädische Methoden
      - 1.7.8.2.5. Pragmatische Methoden
      - 1.7.8.2.6. Medizinische Methoden
      - 1.7.8.2.7. Andere
    - 1.7.8.3. Auswahl der am besten geeigneten Interventionsmethode für jedes Thema
  - 1.7.9. Das interdisziplinäre Team
    - 1.7.9.1. Einführung
    - 1.7.9.2. Fachleute, die direkt mit dem Logopäden zusammenarbeiten
      - 1.7.9.2.1. Psychologen
      - 1.7.9.2.2. Ergotherapeuten
      - 1.7.9.2.3. Professoren
      - 1.7.9.2.4. Hör- und Sprachlehrer
      - 1.7.9.2.5. Andere
    - 1.7.9.3. Die Arbeit dieser Fachleute in der logopädischen Intervention
  - 1.7.10. Abschließende Schlussfolgerungen

- 1.8. Augmentative und alternative Kommunikationssysteme (AACs)
  - 1.8.1. Einführung in die Einheit
  - 1.8.2. Was sind AACs?
    - 1.8.2.1. Konzept des augmentativen Kommunikationssystems
    - 1.8.2.2. Konzept des alternativen Kommunikationssystems
    - 1.8.2.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede
    - 1.8.2.4. Vorteile der AACs
    - 1.8.2.5. Nachteile der AACs
    - 1.8.2.6. Wie kam es zu den AACs?
  - 1.8.3. Grundsätze der AACs
    - 1.8.3.1. Allgemeine Grundsätze
    - 1.8.3.2. AACs-Mythen
  - 1.8.4. Wie weiß man, welches AACs am besten geeignet ist?
  - 1.8.5. Produkte zur Unterstützung der Kommunikation
    - 1.8.5.1. Produkte zur grundlegenden Unterstützung
    - 1.8.5.2. Produkte zur technologischen Unterstützung
  - 1.8.6. Strategien und Produkte zur Unterstützung des Zugangs
    - 1.8.6.1. Direkte Auswahl
    - 1.8.6.2. Auswahl per Maus
    - 1.8.6.3. Abhängiges Scannen oder Wobbeln
    - 1.8.6.4. Codierte Auswahl
  - 1.8.7. Arten von AACs
    - 1.8.7.1. Gebärdensprache
    - 1.8.7.2. Das ergänzte Wort
    - 1.8.7.3. PECS
    - 1.8.7.4. Bimodale Kommunikation
    - 1.8.7.5. Bliss-System
    - 1.8.7.6. Kommunikatoren
    - 1.8.7.7. Minspeak
    - 1.8.7.8. Schaeffer-System
  - 1.8.8. Wie kann der Erfolg der AACs-Intervention gefördert werden?
  - 1.8.9. An die jeweilige Person angepasste technische Hilfsmittel
    - 1.8.9.1. Kommunikatoren
    - 1.8.9.2. Drucktasten
    - 1.8.9.3. Virtuelle Tastaturen
    - 1.8.9.4. Angepasste Mäuse
    - 1.8.9.5. Geräte zur Informationseingabe
  - 1.8.10. AACs-Ressourcen und -Technologien
    - 1.8.10.1. AraBoard constructor
    - 1.8.10.2. Talk up
    - 1.8.10.3. #Soyvisual
    - 1.8.10.4. SPQR
    - 1.8.10.5. DictaPicto
    - 1.8.10.6. AraWord
    - 1.8.10.7. Picto Selector
- 1.9. Die Familie als Teil der Intervention und Unterstützung für das Kind
  - 1.9.1. Einleitung
    - 1.9.1.1. Die Bedeutung der Familie für die richtige Entwicklung des Kindes
  - 1.9.2. Konsequenzen im familiären Kontext eines atypisch entwickelten Kindes
    - 1.9.2.1. Schwierigkeiten in der unmittelbaren Umgebung
  - 1.9.3. Kommunikationsprobleme in ihrem unmittelbaren Umfeld
    - 1.9.3.1. Kommunikative Barrieren, auf die das Subjekt in seinem Zuhause stößt
  - 1.9.4. Logopädische Intervention, die sich am familienzentrierten Interventionsmodell orientiert
    - 1.9.4.1. Familienzentriertes Interventionskonzept
    - 1.9.4.2. Wie wird die familienzentrierte Intervention umgesetzt?
    - 1.9.4.3. Die Bedeutung des familienzentrierten Modells
  - 1.9.5. Integration der Familie in der logopädischen Intervention
    - 1.9.5.1. Wie kann die Familie in die Intervention einbezogen werden?
    - 1.9.5.2. Leitlinien für Fachkräfte
  - 1.9.6. Vorteile der Integration der Familie in allen Fachbereichen
    - 1.9.6.1. Vorteile der Koordination mit Bildungsexperten
    - 1.9.6.2. Vorteile der Koordination mit medizinischen Fachkräften

- 1.9.7. Empfehlungen für das familiäre Umfeld
  - 1.9.7.1. Empfehlungen zur Erleichterung der mündlichen Kommunikation
  - 1.9.7.2. Empfehlungen für eine gute Beziehung im familiären Umfeld
- 1.9.8. Die Familie als Schlüsselrolle bei der Generalisierung der festgelegten Ziele
  - 1.9.8.1. Die Bedeutung der Familie bei der Generalisierung
  - 1.9.8.2. Empfehlungen zur Erleichterung der Generalisierung
- 1.9.9. Wie verständige ich mich mit meinem Kind?
  - 1.9.9.1. Veränderungen im familiären Umfeld des Kindes
  - 1.9.9.2. Ratschläge und Empfehlungen des Kindes
  - 1.9.9.3. Die Bedeutung des Führens eines Protokolls
- 1.9.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 1.10. Kindliche Entwicklung im schulischen Kontext
  - 1.10.1. Einführung in die Einheit
  - 1.10.2. Die Einbeziehung der Schule während der logopädischen Intervention
    - 1.10.2.1. Der Einfluss der Schule auf die kindliche Entwicklung
    - 1.10.2.2. Die Bedeutung der Schule während der logopädischen Intervention
  - 1.10.3. Schulische Unterstützung
    - 1.10.3.1. Konzept der schulischen Unterstützung
    - 1.10.3.2. Wer bietet schulische Unterstützung in der Schule?
      - 1.10.3.2.1. Hör- und Sprachlehrer
      - 1.10.3.2.2. Lehrer für therapeutische Pädagogik
      - 1.10.3.2.3. Berater
  - 1.10.4. Koordinierung mit den Fachleuten der Schule
    - 1.10.4.1. Bildungsexperten, mit denen der Logopäde zusammenarbeitet
    - 1.10.4.2. Grundlage für die Koordinierung
    - 1.10.4.3. Die Bedeutung der Koordinierung für die Entwicklung des Kindes
  - 1.10.5. Die Auswirkungen von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Klassenzimmer
    - 1.10.5.1. Wie kommuniziert das Kind mit Lehrern und Schülern?
    - 1.10.5.2. Psychologische Folgen
  - 1.10.6. Schulische Bedürfnisse des Kindes
    - 1.10.6.1. Berücksichtigung des Bildungsbedarfs bei der Intervention
    - 1.10.6.2. Wer legt den Bildungsbedarf des Kindes fest?
    - 1.10.6.3. Wie sind sie eingerichtet?

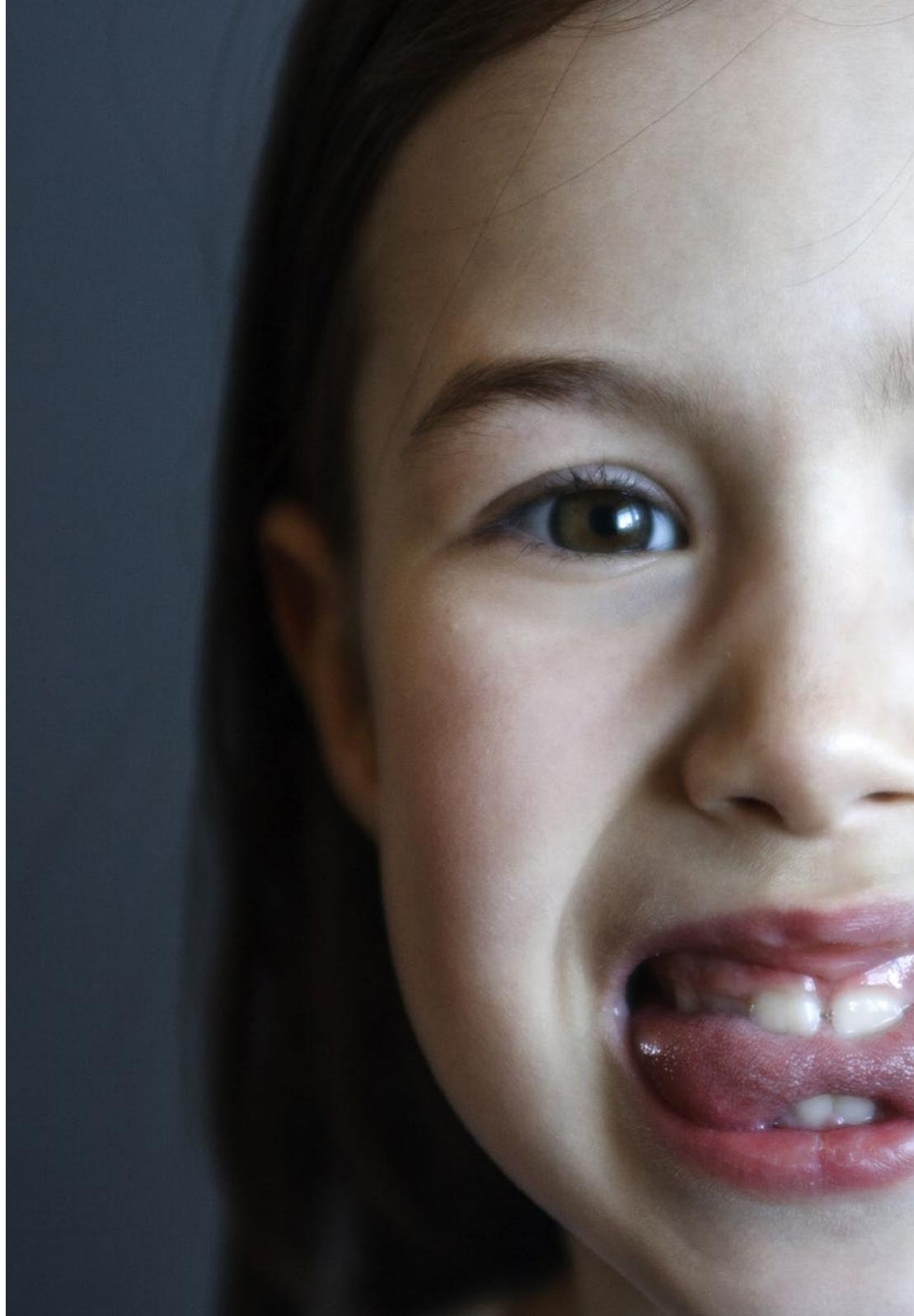
- 1.10.8. Methodische Grundlagen für Interventionen im Klassenzimmer
  - 1.10.8.1. Strategien zur Förderung der Integration des Kindes
- 1.10.9. Anpassung des Lehrplans
  - 1.10.9.1. Konzept der Lehrplananpassung
  - 1.10.9.2. Fachleute, die sie anwenden
  - 1.10.9.3. Wie profitiert das Kind mit sonderpädagogischem Förderbedarf davon?
- 1.10.10. Abschließende Schlussfolgerungen

## Modul 2. Dyslalien: Bewertung, Diagnose und Intervention

- 2.1. Präsentation des Moduls
  - 2.1.1. Einleitung
- 2.2. Einführung in Dyslalien
  - 2.2.1. Was sind Phonetik und Phonologie?
    - 2.2.1.1. Grundlegende Konzepte
    - 2.2.1.2. Die Phoneme
  - 2.2.2. Klassifizierung der Phoneme
    - 2.2.2.1. Erste Überlegungen
    - 2.2.2.2. Nach Artikulationspunkt
    - 2.2.2.3. Nach Art der Artikulation
  - 2.2.3. Sprachsendung
    - 2.2.3.1. Aspekte der Geräuschemission
    - 2.2.3.2. Die an der Sprache beteiligten Mechanismen
  - 2.2.4. Phonologische Entwicklung
    - 2.2.4.1. Die Auswirkung der phonologischen Bewusstheit
  - 2.2.5. An der Artikulation von Phonemen beteiligte Organe
    - 2.2.5.1. Organe der Atmung
    - 2.2.5.2. Organe der Artikulation
    - 2.2.5.3. Organe der Phonation
  - 2.2.6. Dyslalien
    - 2.2.6.1. Etymologie des Begriffs
    - 2.2.6.2. Konzept der Dyslalie

- 2.2.7. Dyslalie bei Erwachsenen
  - 2.2.7.1. Erste Überlegungen
  - 2.2.7.2. Merkmale von Dyslalien bei Erwachsenen
  - 2.2.7.3. Was ist der Unterschied zwischen Dyslalie bei Kindern und Dyslalie bei Erwachsenen?
- 2.2.8. Komorbidität
  - 2.2.8.1. Komorbidität bei Dyslalie
  - 2.2.8.2. Assoziierte Störungen
- 2.2.9. Prävalenz
  - 2.2.9.1. Erste Überlegungen
  - 2.2.9.2. Die Prävalenz von Dyslalien in der Vorschulbevölkerung
  - 2.2.9.3. Die Prävalenz von Dyslalien in der Schulbevölkerung
- 2.2.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.3. Ätiologie und Klassifizierung von Dyslalien
  - 2.3.1. Ätiologie von Dyslalien
    - 2.3.1.1. Erste Überlegungen
    - 2.3.1.2. Schlechte motorische Fähigkeiten
    - 2.3.1.3. Atembeschwerden
    - 2.3.1.4. Mangel an Verständnis oder auditiver Diskriminierung
    - 2.3.1.5. Psychologische Faktoren
    - 2.3.1.6. Umweltfaktoren
    - 2.3.1.7. Erbliche Faktoren
    - 2.3.1.8. Intellektuelle Faktoren
  - 2.3.2. Klassifizierung der Dyslalien nach ätiologischen Kriterien
    - 2.3.2.1. Organische Dyslalien
    - 2.3.2.2. Funktionelle Dyslalien
    - 2.3.2.3. Entwicklungsbedingte Dyslalien
    - 2.3.2.4. Audiogene Dyslalien
  - 2.3.3. Klassifizierung der Dyslalien nach chronologischen Kriterien
    - 2.3.3.1. Erste Überlegungen
    - 2.3.3.2. Sprachverzögerung
    - 2.3.3.3. Dyslalie
- 2.3.4. Klassifizierung der Dyslalien nach dem betroffenen phonologischen Prozess
  - 2.3.4.1. Vereinfachung
  - 2.3.4.2. Assimilierung
  - 2.3.4.3. Struktur der Silben
- 2.3.5. Klassifizierung der Dyslalien auf der Grundlage des Sprachniveaus
  - 2.3.5.1. Phonetische Dyslalie
  - 2.3.5.2. Phonologische Dyslalie
  - 2.3.5.3. Gemischte Dyslalie
- 2.3.6. Klassifizierung der Dyslalien nach dem betroffenen Phonem
  - 2.3.6.1. Hottentottismus
  - 2.3.6.2. Veränderte Phoneme
- 2.3.7. Klassifizierung der Dyslalien nach der Anzahl der Fehler und ihrer Persistenz
  - 2.3.7.1. Einfache Dyslalie
  - 2.3.7.2. Multiple Dyslalien
  - 2.3.7.3. Sprachverzögerung
- 2.3.8. Klassifizierung der Dyslalien nach der Art des Fehlers
  - 2.3.8.1. Auslassung
  - 2.3.8.2. Einfügung
  - 2.3.8.3. Ersatz
  - 2.3.8.4. Investitionen
  - 2.3.8.5. Verzerrung
  - 2.3.8.6. Assimilierung
- 2.3.9. Klassifizierung der Dyslalien nach der Zeitlichkeit
  - 2.3.9.1. Permanente Dyslalie
  - 2.3.9.2. Vorübergehende Dyslalien
- 2.3.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.4. Bewertungsverfahren für die Diagnose und Erkennung von Dyslalien
  - 2.4.1. Einführung in die Struktur des Bewertungsprozesses
  - 2.4.2. Anamnese
    - 2.4.2.1. Erste Überlegungen
    - 2.4.2.2. Inhalt der Anamnese
    - 2.4.2.3. Die wichtigsten Aspekte der Anamnese

- 2.4.3. Die Artikulation
  - 2.4.3.1. In spontaner Sprache
  - 2.4.3.2. In wiederholter Sprache
  - 2.4.3.3. In gezielter Sprache
- 2.4.4. Motorik
  - 2.4.4.1. Schlüssel-Elemente
  - 2.4.4.2. Orofaziale Motorik
  - 2.4.4.3. Muskeltonus
- 2.4.5. Auditive Wahrnehmung und Unterscheidung
  - 2.4.5.1. Klangliche Diskriminierung
  - 2.4.5.2. Phonem-Diskriminierung
  - 2.4.5.3. Wort-Diskriminierung
- 2.4.6. Sprachproben
  - 2.4.6.1. Erste Überlegungen
  - 2.4.6.2. Wie sammelt man eine Sprachprobe?
  - 2.4.6.3. Wie kann ich eine Aufzeichnung von Sprachproben erstellen?
- 2.4.7. Standardisierte Tests für die Diagnose von Dyslalien
  - 2.4.7.1. Was sind standardisierte Tests?
  - 2.4.7.2. Zweck der standardisierten Tests
  - 2.4.7.3. Klassifizierung
- 2.4.8. Standardisierte Tests für die Diagnose von Dyslalien
  - 2.4.8.1. Was sind nicht standardisierte Tests?
  - 2.4.8.2. Zweck der nicht standardisierten Tests
  - 2.4.8.3. Klassifizierung
- 2.4.9. Differentialdiagnose der Dyslalien
- 2.4.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.5. Benutzerzentrierte logopädische Intervention
  - 2.5.1. Einführung in die Einheit
  - 2.5.2. Wie setzt man Ziele während der Intervention?
    - 2.5.2.1. Allgemeine Überlegungen
    - 2.5.2.2. Einzel- oder Gruppenintervention, was ist effektiver?
    - 2.5.2.3. Spezifische Ziele, die der Logopäde bei der Behandlung der einzelnen Dyslalien berücksichtigen muss





- 2.5.3. Struktur, die während der Dyslalie-Intervention befolgt werden muss
  - 2.5.3.1. Erste Überlegungen
  - 2.5.3.2. Wie ist die Reihenfolge der Intervention bei Dyslalien?
  - 2.5.3.3. Bei einer multiplen Dyslalie, an welchem Phonem würde der Logopäde anfangen zu arbeiten und warum?
- 2.5.4. Direkte Intervention bei Kindern mit Dyslalie
  - 2.5.4.1. Konzept der direkten Intervention
  - 2.5.4.2. Wer steht im Mittelpunkt dieser Intervention?
  - 2.5.4.3. Die Bedeutung einer direkten Intervention für Kinder mit Dyslalie
- 2.5.5. Indirekte Intervention bei Kindern mit Dyslalie
  - 2.5.5.1. Konzept der indirekten Intervention
  - 2.5.5.2. Wer steht im Mittelpunkt dieser Intervention?
  - 2.5.5.3. Die Bedeutung einer indirekten Intervention für Kinder mit Dyslalie
- 2.5.6. Die Bedeutung des Spiels während der Rehabilitation
  - 2.5.6.1. Erste Überlegungen
  - 2.5.6.2. Wie kann man das Spiel zur Rehabilitation nutzen?
  - 2.5.6.3. Anpassung von Spielen für Kinder - notwendig oder nicht?
- 2.5.7. Auditive Diskriminierung
  - 2.5.7.1. Erste Überlegungen
  - 2.5.7.2. Konzept der auditiven Diskriminierung
  - 2.5.7.3. Wann ist der richtige Zeitpunkt während der Intervention, um die auditive Diskriminierung einzubeziehen?
- 2.5.8. Erstellung einer Zeitleiste
  - 2.5.8.1. Was ist eine Zeitleiste?
  - 2.5.8.2. Warum eine Zeitleiste für die logopädische Behandlung eines Kindes mit Dyslalie erstellen?
  - 2.5.8.3. Vorteile der Erstellung einer Zeitleiste
- 2.5.9. Anforderungen zur Rechtfertigung der Entlassung
- 2.5.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.6. Die Familie als Teil der Intervention für das Kind mit Dyslalie
  - 2.6.1. Einführung in die Einheit
  - 2.6.2. Kommunikationsprobleme mit dem familiären Umfeld
    - 2.6.2.1. Auf welche Schwierigkeiten stößt das Kind mit Dyslalie in seinem familiären Umfeld bei der Kommunikation?

- 2.6.3. Folgen der Dyslalie in der Familie
  - 2.6.3.1. Wie beeinflussen Dyslalien das Kind zu Hause?
  - 2.6.3.2. Wie beeinflussen Dyslalien die Familie des Kindes?
- 2.6.4. Die Beteiligung der Familie an der Entwicklung des legasthenen Kindes
  - 2.6.4.1. Die Bedeutung der Familie bei seiner Entwicklung
  - 2.6.4.2. Wie kann die Familie in die Intervention einbezogen werden?
- 2.6.5. Empfehlungen für das familiäre Umfeld
  - 2.6.5.1. Wie kommuniziert man mit einem Kind mit Dyslalie?
  - 2.6.5.2. Tipps für eine gute Beziehung zu Hause
- 2.6.6. Vorteile der Einbeziehung der Familie in die Intervention
  - 2.6.6.1. Die grundlegenden Rolle Familie bei der Generalisierung
  - 2.6.6.2. Tipps zur Unterstützung der Familie bei der Generalisierung
- 2.6.7. Die Familie im Mittelpunkt der Intervention
  - 2.6.7.1. Unterstützung, die der Familie angeboten werden kann
  - 2.6.7.2. Wie kann man diese Hilfen während des Eingriffs erleichtern?
- 2.6.8. Unterstützung der Familie für das Kind mit Dyslalie
  - 2.6.8.1. Erste Überlegungen
  - 2.6.8.2. Den Familien beibringen, wie sie ihr Kind unterstützen können
- 2.6.9. Verfügbare Ressourcen für Familien
- 2.6.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.7. Der schulische Kontext als Teil der Intervention für das Kind mit Dyslalie
  - 2.7.1. Einführung in die Einheit
  - 2.7.2. Beteiligung der Schule während des Interventionszeitraums
    - 2.7.2.1. Bedeutung des schulischen Engagements
    - 2.7.2.2. Der Einfluss der Schule auf die Sprechentwicklung
  - 2.7.3. Auswirkungen von Dyslalien im schulischen Kontext
    - 2.7.3.1. Wie können Dyslalien den Lehrplan beeinflussen?
  - 2.7.4. Schulische Unterstützung
    - 2.7.4.1. Wer führt sie aus?
    - 2.7.4.2. Wie werden sie durchgeführt?
  - 2.7.5. Koordination des Logopäden mit den Fachleuten der Schule
    - 2.7.5.1. Mit wem findet die Koordination statt?
    - 2.7.5.2. Zu befolgende Leitlinien für eine solche Koordinierung
  - 2.7.6. Folgen für das Kind mit Dyslalie im Klassenzimmer
    - 2.7.6.1. Kommunikation mit den Klassenkameraden
    - 2.7.6.2. Kommunikation mit den Lehrern
    - 2.7.6.3. Psychologische Auswirkungen auf das Kind
  - 2.7.7. Leitlinien
    - 2.7.7.1. Leitlinien für die Schule zur Verbesserung der Intervention bei dem Kind
  - 2.7.8. Die Schule als förderliches Umfeld
    - 2.7.8.1. Erste Überlegungen
    - 2.7.8.2. Richtlinien für die Aufsicht im Klassenzimmer
    - 2.7.8.3. Richtlinien zur Verbesserung der Artikulation im Klassenzimmer
  - 2.7.9. Ressourcen, die der Schule zur Verfügung stehen
  - 2.7.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.8. Buko-phonatorische Praxien
  - 2.8.1. Einführung in die Einheit
  - 2.8.2. Praxien
    - 2.8.2.1. Konzept der Praxien
    - 2.8.2.2. Arten von Praxien
      - 2.8.2.2.1. Ideomotorische Praxien
      - 2.8.2.2.2. Ideatorische Praxien
      - 2.8.2.2.3. Gesichtspraxien
      - 2.8.2.2.4. Visokonstruktive Praxien
    - 2.8.2.3. Klassifizierung der Praxien nach der Absicht. (Junyent Fabregat, 1989)
      - 2.8.2.3.1. Transitive Absicht
      - 2.8.2.3.2. Ästhetisches Ziel
      - 2.8.2.3.3. Symbolisch
  - 2.8.3. Häufigkeit der Durchführung orofazialer Praxien
  - 2.8.4. Welche Praxien werden bei der logopädischen Behandlung von Dyslalien eingesetzt? Wie ist die Reihenfolge der Intervention bei Dyslalien?
    - 2.8.4.1. Lippen-Praxien
    - 2.8.4.2. Zungen-Praxien
    - 2.8.4.3. Praxien für das Gaumensegel
    - 2.8.4.4. Andere Praxien

- 2.8.5. Aspekte, die das Kind haben muss, um die Praxien durchführen zu können
- 2.8.6. Aktivitäten zur Umsetzung der verschiedenen Gesichtspraxien
  - 2.8.6.1. Übungen für Lippen-Praxien
  - 2.8.6.2. Übungen für Zungen-Praxien
  - 2.8.6.3. Übungen für die Praxien des Gaumensegels
  - 2.8.6.4. Andere Übungen
- 2.8.7. Aktuelle Kontroverse über die Verwendung der orofacialen Praxien
- 2.8.8. Theorien zugunsten der Anwendung von Praxien bei der Intervention von Kindern mit Dyslalie
  - 2.8.8.1. Erste Überlegungen
  - 2.8.8.2. Wissenschaftlicher Nachweis
  - 2.8.8.3. Vergleichende Studien
- 2.8.9. Theorien gegen die Anwendung von Praxien bei der Intervention von Kindern mit Dyslalie
  - 2.8.9.1. Erste Überlegungen
  - 2.8.9.2. Wissenschaftlicher Nachweis
  - 2.8.9.3. Vergleichende Studien
- 2.8.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 2.9. Materialien und Ressourcen für die logopädische Intervention bei Dyslalien: Teil I
  - 2.9.1. Einführung in die Einheit
  - 2.9.2. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /p/ in allen Positionen
    - 2.9.2.1. Selbst produziertes Material
    - 2.9.2.2. Kommerziell erhältliches Material
    - 2.9.2.3. Technologische Ressourcen
  - 2.9.3. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /s/ in allen Positionen
    - 2.9.3.1. Selbst produziertes Material
    - 2.9.3.2. Kommerziell erhältliches Material
    - 2.9.3.3. Technologische Ressourcen
  - 2.9.4. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /r/ in allen Positionen
    - 2.9.4.1. Selbst produziertes Material
    - 2.9.4.2. Kommerziell erhältliches Material
    - 2.9.4.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.5. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /l/ in allen Positionen
  - 2.9.5.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.5.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.5.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.6. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /m/ in allen Positionen
  - 2.9.6.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.6.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.6.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.7. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /n/ in allen Positionen
  - 2.9.7.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.7.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.7.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.8. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /d/ in allen Positionen
  - 2.9.8.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.8.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.8.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.9. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /z/ in allen Positionen
  - 2.9.9.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.9.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.9.3. Technologische Ressourcen
- 2.9.10. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /k/ in allen Positionen
  - 2.9.10.1. Selbst produziertes Material
  - 2.9.10.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.9.10.3. Technologische Ressourcen
- 2.10. Materialien und Ressourcen für logopädische Intervention bei Dyslalien: Teil II
  - 2.10.1. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /f/ in allen Positionen
    - 2.10.1.1. Selbst produziertes Material
    - 2.10.1.2. Kommerziell erhältliches Material
    - 2.10.1.3. Technologische Ressourcen

- 2.10.2. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /ñ/ in allen Positionen
  - 2.10.2.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.2.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.2.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.3. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /g/ in allen Positionen
  - 2.10.3.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.3.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.3.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.4. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /ll/ in allen Positionen
  - 2.10.4.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.4.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.4.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.5. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /b/ in allen Positionen
  - 2.10.5.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.5.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.5.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.6. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /t/ in allen Positionen
  - 2.10.6.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.6.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.6.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.7. Materialien und Ressourcen für die Korrektur des Phonems /ch/ in allen Positionen
  - 2.10.7.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.7.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.7.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.8. Materialien und Ressourcen für die Korrektur der /l/ Siphons in allen Positionen
  - 2.10.8.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.8.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.8.3. Technologische Ressourcen

- 2.10.9. Materialien und Ressourcen für die Korrektur der /r/ Siphons in allen Positionen
  - 2.10.9.1. Selbst produziertes Material
  - 2.10.9.2. Kommerziell erhältliches Material
  - 2.10.9.3. Technologische Ressourcen
- 2.10.10. Abschließende Schlussfolgerungen

### Modul 3. Legasthenie: Bewertung, Diagnose und Intervention

- 3.1. Grundlagen des Lesens und Schreibens
  - 3.1.1. Einleitung
  - 3.1.2. Das Gehirn
    - 3.1.2.1. Anatomie des Gehirns
    - 3.1.2.2. Gehirnfunktion
  - 3.1.3. Methoden zur Untersuchung des Gehirns
    - 3.1.3.1. Strukturelle Bildgebung
    - 3.1.3.2. Funktionelle Bildgebung
    - 3.1.3.3. Bildgebung durch Stimulation
  - 3.1.4. Neurobiologische Grundlagen des Lesens und Schreibens
    - 3.1.4.1. Sensorische Prozesse
      - 3.1.4.1.1. Die visuelle Komponente
      - 3.1.4.1.2. Die auditive Komponente
    - 3.1.4.2. Leseprozesse
      - 3.1.4.2.1. Lesen und Dekodierung
      - 3.1.4.2.2. Leseverständnis
    - 3.1.4.3. Schreibprozesse
      - 3.1.4.3.1. Schriftliche Kodierung
      - 3.1.4.3.2. Syntaktische Konstruktion
      - 3.1.4.3.3. Planung
      - 3.1.4.3.4. Der Akt des Schreibens
  - 3.1.5. Psycholinguistische Verarbeitung von Lesen und Schreiben
    - 3.1.5.1. Sensorische Prozesse
      - 3.1.5.1.1. Die visuelle Komponente
      - 3.1.5.1.2. Die auditive Komponente

- 3.1.5.2. Leseprozesse
  - 3.1.5.2.1. Lesen und Dekodierung
  - 3.1.5.2.2. Leseverständnis
- 3.1.5.3. Schreibprozesse
  - 3.1.5.3.1. Schriftliche Kodierung
  - 3.1.5.3.2. Syntaktische Konstruktion
  - 3.1.5.3.3. Planung
  - 3.1.5.3.4. Der Akt des Schreibens
- 3.1.6. Das legasthene Gehirn im Licht der Neurowissenschaften
- 3.1.7. Lateralität und Lesen
  - 3.1.7.1. Mit den Händen lesen
  - 3.1.7.2. Handarbeit und Sprache
- 3.1.8. Integration der Außenwelt und Lesen
  - 3.1.8.1. Die Betreuung
  - 3.1.8.2. Das Gedächtnis
  - 3.1.8.3. Die Emotionen
- 3.1.9. Chemische Mechanismen beim Lesen
  - 3.1.9.1. Neurotransmitter
  - 3.1.9.2. Limbisches System
- 3.1.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.2. Reden und Zeit und Raum zum Lesen organisieren
  - 3.2.1. Einleitung
  - 3.2.2. Die Kommunikation
    - 3.2.2.1. Mündliche Sprache
    - 3.2.2.2. Schriftliche Sprache
  - 3.2.3. Beziehungen zwischen mündlicher und schriftlicher Sprache
    - 3.2.3.1. Syntaktische Aspekte
    - 3.2.3.2. Semantische Aspekte
    - 3.2.3.3. Phonologische Aspekte
  - 3.2.4. Erkennen der Formen und Strukturen der Sprache
    - 3.2.4.1. Sprache, Sprechen und Schreiben
  - 3.2.5. Das Wort entwickeln
    - 3.2.5.1. Mündliche Sprache
    - 3.2.5.2. Linguistische Voraussetzungen für das Lesen
  - 3.2.6. Erkennen der Strukturen der schriftlichen Sprache
    - 3.2.6.1. Erkennen des Wortes
    - 3.2.6.2. Erkennen des sequentiellen Aufbaus des Satzes
    - 3.2.6.3. Erkennen des Sinns der schriftlichen Sprache
  - 3.2.7. Die Zeit strukturieren
    - 3.2.7.1. Zeitliche Organisation
  - 3.2.8. Den Platz strukturieren
    - 3.2.8.1. Räumliche Wahrnehmung und Organisation
  - 3.2.9. Lesestrategien und Lernen
    - 3.2.9.1. Logografische Etappe und Gesamtmethode
    - 3.2.9.2. Alphabetische Etappe
    - 3.2.9.3. Orthographische Etappe und schreiben lernen
    - 3.2.9.4. Verstehen, um lesen zu können
  - 3.2.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.3. Legasthenie
  - 3.3.1. Einleitung
  - 3.3.2. Eine kurze Geschichte des Begriffs Legasthenie
    - 3.3.2.1. Chronologie
    - 3.3.2.2. Unterschiedliche terminologische Bedeutungen
  - 3.3.3. Konzeptueller Ansatz
    - 3.3.3.1. Legasthenie
      - 3.3.3.1.1. Definition der WHO
      - 3.3.3.1.2. DSM-IV-Definition
      - 3.3.3.1.3. DSM-V-Definition
  - 3.3.4. Andere verwandte Konzepte
    - 3.3.4.1. Konzeptualisierung der Dysgraphie
    - 3.3.4.2. Konzeptualisierung der Dysorthographie

- 3.3.5. Ätiologie
  - 3.3.5.1. Theorien zur Erklärung von Legasthenie
    - 3.3.5.1.1. Genetische Theorien
    - 3.3.5.1.2. Neurobiologische Theorien
    - 3.3.5.1.3. Linguistische Theorien
    - 3.3.5.1.4. Phonologische Theorien
    - 3.3.5.1.5. Visuelle Theorien
- 3.3.6. Arten von Legasthenie
  - 3.3.6.1. Phonologische Legasthenie
  - 3.3.6.2. Lexikalische Legasthenie
  - 3.3.6.3. Gemischte Legasthenie
- 3.3.7. Komorbiditäten und Stärken
  - 3.3.7.1. ADS oder ADHS
  - 3.3.7.2. Dyskalkulie
  - 3.3.7.3. Dysgraphie
  - 3.3.7.4. Visuelles Stresssyndrom
  - 3.3.7.5. Kreuzlateralität
  - 3.3.7.6. Hohe Kapazitäten
  - 3.3.7.7. Stärken
- 3.3.8. Die Person mit Legasthenie
  - 3.3.8.1. Das Kind mit Legasthenie
  - 3.3.8.2. Der Jugendliche mit Legasthenie
  - 3.3.8.3. Der Erwachsene mit Legasthenie
- 3.3.9. Psychologische Auswirkungen
  - 3.3.9.1. Das Gefühl der Ungerechtigkeit
- 3.3.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.4. Wie erkennt man eine Person mit Legasthenie?
  - 3.4.1. Einleitung
  - 3.4.2. Warnzeichen
    - 3.4.2.1. Warnzeichen in der frühkindlichen Erziehung
    - 3.4.2.2. Warnzeichen in der Grundschule
  - 3.4.3. Häufige Symptomatik
    - 3.4.3.1. Allgemeine Symptomatik



- 3.4.3.2. Symptomatologie nach Phasen
  - 3.4.3.2.1. Kleinkindphase
  - 3.4.3.2.2. Schulphase
  - 3.4.3.2.3. Jugendliche Phase
  - 3.4.3.2.4. Erwachsenenphase
- 3.4.4. Spezifische Symptomatik
  - 3.4.4.1. Dysfunktionen beim Lesen
    - 3.4.4.1.1. Dysfunktionen in der visuellen Komponente
    - 3.4.4.1.2. Dysfunktionen bei Dekodierungsprozessen
    - 3.4.4.1.3. Dysfunktionen bei Verstehensprozessen
  - 3.4.4.2. Dysfunktionen beim Schreiben
    - 3.4.4.2.1. Dysfunktionen in der Beziehung zwischen mündlicher und schriftlicher Sprache
    - 3.4.4.2.2. Dysfunktion der phonologischen Komponente
    - 3.4.4.2.3. Dysfunktion bei Kodierungsprozessen
    - 3.4.4.2.4. Dysfunktion in den syntaktischen Konstruktionsprozessen
    - 3.4.4.2.5. Dysfunktion bei der Planung
  - 3.4.4.3. Motorische Prozesse
    - 3.4.4.3.1. Visuoperzeptive Dysfunktionen
    - 3.4.4.3.2. Visuokonstruktive Dysfunktionen
    - 3.4.4.3.3. Visuell-räumliche Dysfunktionen
    - 3.4.4.3.4. Tonische Dysfunktionen
- 3.4.5. Legasthenie-Profile
  - 3.4.5.1. Phonologisches Legasthenie-Profil
  - 3.4.5.2. Lexikalisches Legasthenie-Profil
  - 3.4.5.3. Gemischtes Legasthenie-Profil
- 3.4.6. Dysgraphische Profile
  - 3.4.6.1. Visuoperzeptives Legasthenie-Profil
  - 3.4.6.2. Visuokonstruktives Legasthenie-Profil
  - 3.4.6.3. Visuell-räumliches Legasthenie-Profil
  - 3.4.6.4. Tonisches Legasthenie-Profil

- 3.4.7. Dysorthographie-Profile
  - 3.4.7.1. Phonologisches Dysorthographie-Profil
  - 3.4.7.2. Orthographisches Dysorthographie-Profil
  - 3.4.7.3. Syntaktisches Dysorthographie-Profil
  - 3.4.7.4. Kognitives Dysorthographie-Profil
- 3.4.8. Assoziierte Pathologien
  - 3.4.8.1. Sekundäre Pathologien
- 3.4.9. Legasthenie im Vergleich zu anderen Störungen
  - 3.4.9.1. Differentialdiagnose
- 3.4.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.5. Bewertung und Diagnose
  - 3.5.1. Einleitung
  - 3.5.2. Bewertung der Aufgaben
    - 3.5.2.1. Die diagnostische Hypothese
  - 3.5.3. Bewertung der Verarbeitungsstufen
    - 3.5.3.1. Sublexikalische Einheiten
    - 3.5.3.2. Lexikalische Einheiten
    - 3.5.3.3. Supra-lexikalische Einheiten
  - 3.5.4. Bewertung von Leseprozessen
    - 3.5.4.1. Die visuelle Komponente
    - 3.5.4.2. Dekodierungsprozess
    - 3.5.4.3. Verständnisprozess
  - 3.5.5. Bewertung von Schreibprozessen
    - 3.5.5.1. Neurobiologische Fähigkeiten der auditiven Komponente
    - 3.5.5.2. Kodierungsprozess
    - 3.5.5.3. Syntaktische Konstruktion
    - 3.5.5.4. Planung
    - 3.5.5.5. Der Akt des Schreibens
  - 3.5.6. Bewertung der Beziehung zwischen mündlicher und schriftlicher Sprache
    - 3.5.6.1. Lexikalisches Bewusstsein
    - 3.5.6.2. Repräsentative Schriftsprache
  - 3.5.7. Andere zu bewertende Aspekte
    - 3.5.7.1. Chromosomen-Bewertungen
    - 3.5.7.2. Neurologische Bewertungen
    - 3.5.7.3. Kognitive Bewertungen
    - 3.5.7.4. Motorische Bewertungen
    - 3.5.7.5. Visuelle Bewertungen
    - 3.5.7.6. Linguistische Bewertungen
    - 3.5.7.7. Emotionale Bewertungen
    - 3.5.7.8. Schulische Bewertungen
  - 3.5.8. Standardisierte Tests und Bewertungstests
    - 3.5.8.1. TALE
    - 3.5.8.2. PROLEC-R
    - 3.5.8.3. DST-J Legasthenie
    - 3.5.8.4. Andere Tests
  - 3.5.9. Der Dyctective-Test
    - 3.5.9.1. Inhalt
    - 3.5.9.2. Experimentelle Methodik
    - 3.5.9.3. Zusammenfassung der Ergebnisse
  - 3.5.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.6. Legasthenie-Intervention
  - 3.6.1. Allgemeine Aspekte für Interventionen
  - 3.6.2. Zielsetzung basierend auf dem diagnostizierten Profil
    - 3.6.2.1. Analyse der gesammelten Proben
  - 3.6.3. PPriorisierung und Sequenzierung der Ziele
    - 3.6.3.1. Neurobiologische Verarbeitung
    - 3.6.3.2. Psycholinguistische Verarbeitung
  - 3.6.4. Angemessenheit der Ziele zu den zu bearbeitenden Inhalten
    - 3.6.4.1. Vom spezifischen Ziel zum Inhalt
  - 3.6.5. Vorschlag für Aktivitäten nach Interventionsbereich
    - 3.6.5.1. Vorschläge, die auf der visuellen Komponente basieren
    - 3.6.5.2. Vorschläge, die auf der phonologischen Komponente basieren
    - 3.6.5.3. Vorschläge auf der Grundlage der Lesepraxis

- 3.6.6. Programme und Instrumente für Interventionen
  - 3.6.6.1. Orton-Gillingham-Methode
  - 3.6.6.2. ACOS-Programm
- 3.6.7. Standardisiertes Interventionsmaterial
  - 3.6.7.1. Gedruckte Materialien
  - 3.6.7.2. Andere Materialien
- 3.6.8. Organisation der Räume
  - 3.6.8.1. Lateralisierung
  - 3.6.8.2. Sensorische Modalitäten
  - 3.6.8.3. Augenbewegungen
  - 3.6.8.4. Visuoperzeptive Fähigkeiten
  - 3.6.8.5. Feinmotorik
- 3.6.9. Erforderliche Anpassungen im Klassenzimmer
  - 3.6.9.1. Anpassungen des Lehrplans
- 3.6.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.7. Vom Traditionellen zum Innovativen. Neuer Ansatz
  - 3.7.1. Einleitung
  - 3.7.2. Traditionelle Bildung
    - 3.7.2.1. Kurze Beschreibung der traditionellen Bildung
  - 3.7.3. Aktuelle Bildung
    - 3.7.3.1. Bildung heute
  - 3.7.4. Prozess des Wandels
    - 3.7.4.1. Bildungswandel. Von der Herausforderung zur Realität
  - 3.7.5. Didaktische Methoden
    - 3.7.5.1. Gamification
    - 3.7.5.2. Projektbasiertes Lernen
    - 3.7.5.3. Andere
  - 3.7.6. Veränderungen in der Entwicklung der Interventionssitzungen
    - 3.7.6.1. Anwendung der neuen Veränderungen in der logopädischen Intervention
  - 3.7.7. Vorschlag für innovative Aktivitäten
    - 3.7.7.1. "Mein Logbuch".
    - 3.7.7.2. Die Stärken eines jeden Schülers
- 3.7.8. Herstellung von Materialien
  - 3.7.8.1. Allgemeine Ratschläge und Richtlinien
  - 3.7.8.2. Anpassung der Materialien
  - 3.7.8.3. Unser eigenes Interventionsmaterial erstellen
- 3.7.9. Die Verwendung der aktuellen Interventionsinstrumente
  - 3.7.9.1. Anwendungen für Android- und iOS-Betriebssysteme
  - 3.7.9.2. Verwendung des Computer
  - 3.7.9.3. Digitales Whiteboard
- 3.7.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.8. Strategien und persönliche Entwicklung der Person mit Legasthenie
  - 3.8.1. Einleitung
  - 3.8.2. Strategien für das Lernen
    - 3.8.2.1. Lerntechniken
  - 3.8.3. Organisation und Produktivität
    - 3.8.3.1. Die Pomodoro-Technik
  - 3.8.4. Ratschläge für die Bewältigung einer Prüfung
  - 3.8.5. Strategien zum Sprachenlernen
    - 3.8.5.1. Beherrschung der ersten Sprache
    - 3.8.5.2. Phonologisches und morphologisches Bewusstsein
    - 3.8.5.3. Visuelles Gedächtnis
    - 3.8.5.4. Verständnis und Wortschatz
    - 3.8.5.5. Sprachimmersion
    - 3.8.5.6. Einsatz von IKT
    - 3.8.5.7. Formale Methodologien
  - 3.8.6. Entwicklung von Stärken
    - 3.8.6.1. Mehr als eine Person mit Legasthenie
  - 3.8.7. Verbesserung des Selbstkonzepts und des Selbstwertgefühls
    - 3.8.7.1. Soziale Kompetenzen
  - 3.8.8. Mythen entlarven
    - 3.8.8.1. Schüler mit Legasthenie. Ich bin nicht faul
    - 3.8.8.2. Andere Mythen
  - 3.8.9. Berühmte Persönlichkeiten mit Legasthenie
    - 3.8.9.1. Bekannte Personen mit Legasthenie
    - 3.8.9.2. Reale Erfahrungsberichte
  - 3.8.10. Schlussfolgerungen und Anhänge

- 3.9. Leitlinien
  - 3.9.1. Einleitung
  - 3.9.2. Leitfaden für Menschen mit Legasthenie
    - 3.9.2.1. Konfrontation mit der Diagnose
    - 3.9.2.2. Richtlinien für das tägliche Leben
    - 3.9.2.3. Leitlinien für Menschen mit Legasthenie als Lernende
  - 3.9.3. Leitlinien für das familiäre Umfeld
    - 3.9.3.1. Richtlinien für die Zusammenarbeit bei der Intervention
    - 3.9.3.2. Allgemeine Richtlinien
  - 3.9.4. Leitlinien für den Bildungskontext
    - 3.9.4.1. Anpassung
    - 3.9.4.2. Maßnahmen zur Erleichterung des Erwerbs von Inhalten
    - 3.9.4.3. Richtlinien für das Bestehen von Prüfungen
  - 3.9.5. Spezifische Leitlinien für Fremdsprachenlehrer
    - 3.9.5.1. Die Herausforderung des Sprachenlernens
  - 3.9.6. Leitlinien für andere Fachkräfte
  - 3.9.7. Richtlinien für die Form von schriftlichen Texten
    - 3.9.7.1. Typografie
    - 3.9.7.2. Schriftgröße
    - 3.9.7.3. Farben
    - 3.9.7.4. Zeichen-, Zeilen- und Absatzabstände
  - 3.9.8. Richtlinien für den Textinhalt
    - 3.9.8.1. Häufigkeit und Länge von Wörtern
    - 3.9.8.2. Syntaktische Vereinfachung
    - 3.9.8.3. Numerische Ausdrücke
    - 3.9.8.4. Die Verwendung von grafischen Schemata
  - 3.9.9. Technologie für das Schreiben
  - 3.9.10. Schlussfolgerungen und Anhänge
- 3.10. Der logopädische Bericht bei Legasthenie
  - 3.10.1. Einleitung
  - 3.10.2. Der Grund für die Bewertung
    - 3.10.2.1. Überweisung oder Antrag der Familie

- 3.10.3. Interviews
  - 3.10.3.1. Die Befragung der Familie
  - 3.10.3.2. Das Gespräch mit der Schule
- 3.10.4. Geschichte
  - 3.10.4.1. Klinische Geschichte und evolutionäre Entwicklung
  - 3.10.4.2. Akademische Vorgeschichte
- 3.10.5. Kontext
  - 3.10.5.1. Sozialer Kontext
  - 3.10.5.2. Familiärer Kontext
- 3.10.6. Die Beurteilungen
  - 3.10.6.1. Psychopädagogische Beurteilungen
  - 3.10.6.2. Logopädische Beurteilungen
  - 3.10.6.3. Andere Beurteilungen
- 3.10.7. Ergebnisse
  - 3.10.7.1. Ergebnisse der logopädischen Beurteilung
  - 3.10.7.2. Ergebnisse anderer Beurteilungen
- 3.10.8. Schlussfolgerungen
  - 3.10.8.1. Diagnose
- 3.10.9. Interventionsplan
  - 3.10.9.1. Bedürfnisse
  - 3.10.9.2. Logopädisches Interventionsprogramm
- 3.10.10. Schlussfolgerungen und Anhänge

## Modul 4. Spezifische Sprachstörung

- 4.1. Hintergrundinformationen
  - 4.1.1. Präsentation des Moduls
  - 4.1.2. Ziele des Moduls
  - 4.1.3. Historische Entwicklung von SSES
  - 4.1.4. Später Sprachbeginn vs. SSES
  - 4.1.5. Unterschiede zwischen SSES und Sprachverzögerung
  - 4.1.6. Unterschied zwischen ASD und SSES
  - 4.1.7. Spezifische Sprachstörung vs. Aphasie
  - 4.1.8. El SSES como antecesor de los trastornos de lectoescritura
  - 4.1.9. Intelligenz und spezifische Sprachstörung
  - 4.1.10. Prävention von spezifischen Sprachstörungen

- 4.2. Ansatz zur spezifischen Sprachstörung
  - 4.2.1. Definition von SSES
  - 4.2.2. Allgemeine Merkmale von SSES
  - 4.2.3. Die Prävalenz von SSES
  - 4.2.4. SSES-Prognose
  - 4.2.5. Ätiologie der SSES
  - 4.2.6. Klinisch basierte Klassifizierung von SSES
  - 4.2.7. Empirisch basierte Klassifizierung von SSES
  - 4.2.8. Empirisch-klinisch basierte Klassifizierung von SSES
  - 4.2.9. Komorbidität von SSES
  - 4.2.10. SSES, nicht nur eine Schwierigkeit beim Spracherwerb und der Sprachentwicklung
- 4.3. Linguistische Merkmale bei spezifischer Sprachstörung
  - 4.3.1. Konzept der linguistischen Kompetenzen
  - 4.3.2. Allgemeine linguistische Merkmale
  - 4.3.3. Linguistische Studien über SSES in verschiedenen Sprachen
  - 4.3.4. Allgemeine Beeinträchtigungen der Sprachkenntnisse bei Menschen mit SSES
  - 4.3.5. Grammatikalische Merkmale bei SSES
  - 4.3.6. Erzählerische Merkmale bei SSES
  - 4.3.7. Pragmatische Merkmale bei SSES
  - 4.3.8. Phonetische und phonologische Merkmale bei SSES
  - 4.3.9. Lexikalische Merkmale bei SSES
  - 4.3.10. Erhaltene linguistische Fähigkeiten bei SSES
- 4.4. Änderung der Terminologie
  - 4.4.1. Änderungen in der SSES-Terminologie
  - 4.4.2. Klassifizierung nach DSM
  - 4.4.3. Änderungen des DSM
  - 4.4.4. Folgen der Änderungen in der Klassifizierung mit dem DSM
  - 4.4.5. Neue Nomenklatur: Sprachstörung
  - 4.4.6. Merkmale einer Sprachstörung
  - 4.4.7. Hauptunterschiede und Konkordanzen zwischen SSES und Sprachstörung
  - 4.4.8. Geänderte exekutive Funktionen bei SSES
  - 4.4.9. In der Sprachstörung erhaltene exekutive Funktionen
  - 4.4.10. Kritiker der Terminologieänderung
- 4.5. Bewertung bei spezifischer Sprachstörung
  - 4.5.1. Logopädische Beurteilung: Hintergrundinformationen
  - 4.5.2. Frühzeitige Identifizierung von SSES: prälinguistische Prädiktoren
  - 4.5.3. Allgemeine Überlegungen, die bei der sprachlichen Beurteilung von SSES berücksichtigt werden müssen
  - 4.5.4. Grundsätze der Bewertung in SSES-Fällen
  - 4.5.5. Die Bedeutung und die Ziele der logopädischen Beurteilung in SSES
  - 4.5.6. SSES-Bewertungsverfahren
  - 4.5.7. Bewertung von Sprache, kommunikativen Fähigkeiten und exekutiven Funktionen in SSES
  - 4.5.8. SSES- Bewertungsinstrumente
  - 4.5.9. Interdisziplinäre Bewertung
  - 4.5.10. Diagnose von SSES
- 4.6. Intervention bei spezifischer Sprachstörung
  - 4.6.1. Logopädische Intervention
  - 4.6.2. Grundprinzipien der logopädischen Intervention
  - 4.6.3. Umgebungen und Akteure der Intervention in SSES
  - 4.6.4. Mehrstufiges Interventionsmodell
  - 4.6.5. Frühzeitige Intervention bei SSES
  - 4.6.6. Bedeutung von Interventionen bei SSES
  - 4.6.7. Musiktherapie in der SSES-Intervention
  - 4.6.8. Technologische Ressourcen bei SSES-Interventionen
  - 4.6.9. Intervention in exekutive Funktionen bei SSES
  - 4.6.10. Multidisziplinäre Intervention bei SSES
- 4.7. Entwicklung eines logopädischen Interventionsprogramms für Kinder mit spezifischer Sprachstörung
  - 4.7.1. Logopädisches Interventionsprogramm
  - 4.7.2. SSES-Ansätze für die Gestaltung eines Interventionsprogramms
  - 4.7.3. Ziele und Strategien von Interventionsprogrammen für SSES
  - 4.7.4. Indikationen, die bei der Intervention bei Kindern mit SSES zu beachten sind
  - 4.7.5. Behandlung des Verständnisses
  - 4.7.6. Behandlung der Ausdrucksweise bei SSES-Fällen
  - 4.7.7. Intervention bei der Alphabetisierung
  - 4.7.8. Training sozialer Fähigkeiten bei SSES
  - 4.7.9. Akteure und Temporalisierung bei der Intervention in SSES-Fällen
  - 4.7.10. AAC bei der Intervention in SSES-Fällen

- 4.8. Die Schule im Falle einer spezifischen Sprachstörung
  - 4.8.1. Die Schule in der Entwicklung des Kindes
  - 4.8.2. Schulische Konsequenzen für Kinder mit SSES
  - 4.8.3. Einschulung von Kindern mit SSES
  - 4.8.4. Aspekte, die bei schulischen Maßnahmen zu berücksichtigen sind
  - 4.8.5. Ziele der schulischen Interventionen bei SSES-Fällen
  - 4.8.6. Richtlinien und Strategien für die Intervention im Unterricht mit Kindern mit SSES
  - 4.8.7. Entwicklung und Intervention in sozialen Beziehungen in Schulen
  - 4.8.8. Programm Dynamischer Hof
  - 4.8.9. Die Schule und die Beziehung zu anderen Interventionsakteuren
  - 4.8.10. Beobachtung und Verfolgung der schulischen Intervention
- 4.9. Die Familie und ihr Eingreifen bei Kindern mit einer spezifischen Sprachstörung
  - 4.9.1. Konsequenzen im familiären Umfeld der SSES
  - 4.9.2. Modelle der familiären Intervention
  - 4.9.3. Allgemeine Überlegungen, die zu berücksichtigen sind
  - 4.9.4. Bedeutung der familiären Intervention bei SSES
  - 4.9.5. Orientierungen für Familien
  - 4.9.6. Kommunikationsstrategien für die Familie
  - 4.9.7. Bedürfnisse von Familien mit Kindern mit SSES
  - 4.9.8. Der Logopäde in der Familienintervention
  - 4.9.9. Ziele der logopädischen Intervention in der Familie bei SSES
  - 4.9.10. Weiterverfolgung und Zeitplanung der Familienintervention bei SSES
- 4.10. Vereinigungen und Ratgeber zur Unterstützung von Familien und Schulen von Kindern mit TEL
  - 4.10.1. Elternvereinigungen
  - 4.10.2. Informationsleitfäden
  - 4.10.3. AVATEL
  - 4.10.4. ATELMA
  - 4.10.5. ATELAS
  - 4.10.6. ATELCA
  - 4.10.7. ATEL CLM
  - 4.10.8. Andere Vereinigungen
  - 4.10.9. SSES-Leitfäden für das Bildungswesen
  - 4.10.10. Leitfäden und Handbücher von SSES für das familiäre Umfeld



**Modul 5. Verständnis des Autismus**

- 5.1. Zeitliche Entwicklung in seiner Definition
  - 5.1.1. Theoretische Ansätze zu ASD
    - 5.1.1.1. Erste Definitionen
    - 5.1.1.2. Entwicklung im Laufe der Geschichte
  - 5.1.2. Aktuelle Klassifizierung von Autismus-Spektrum-Störungen
    - 5.1.2.1. Klassifizierung nach DSM-IV
    - 5.1.2.2. DSM-V-Definition
  - 5.1.3. Tabelle der Störungen, die zu ASD gehören
    - 5.1.3.1. Autismus-Spektrum-Störung
    - 5.1.3.2. Asperger-Syndrom
    - 5.1.3.3. Rett-Syndrom
    - 5.1.3.4. Desintegrative Störung im Kindesalter
    - 5.1.3.5. Tiefgreifende Entwicklungsstörung
  - 5.1.4. Komorbidität mit anderen Pathologien
    - 5.1.4.1. ASD und ADHD (Aufmerksamkeitsdefizit- und/oder Hyperaktivitätsstörung)
    - 5.1.4.2. ASD und HF (Hochbegabung)
    - 5.1.4.3. Andere Pathologien mit einem geringeren Prozentsatz an Assoziationen
  - 5.1.5. Differentialdiagnose von Autismus-Spektrum-Störungen
    - 5.1.5.1. Nonverbale Lernstörung
    - 5.1.5.2. Disruptive nicht spezifizierte Störung
    - 5.1.5.3. Schizoide Persönlichkeitsstörung
    - 5.1.5.4. Affektive Störungen und Angstzustände
    - 5.1.5.5. Tourette-Syndrom
    - 5.1.5.6. Repräsentative Tabelle der angegebenen Krankheiten
  - 5.1.6. Theorie des Verstands
    - 5.1.6.1. Die Sinne
    - 5.1.6.2. Perspektiven
    - 5.1.6.3. Falsche Ansichten
    - 5.1.6.4. Komplexe emotionale Zustände



- 5.1.7. Theorie der schwachen zentralen Kohärenz
  - 5.1.7.1. Tendenz von Kindern mit ASD, ihre Aufmerksamkeit auf Details im Verhältnis zum Ganzen zu richten
  - 5.1.7.2. Erster theoretischer Ansatz (Frith, 1989)
  - 5.1.7.3. Zentrale Kohärenztheorie heute (2006)
- 5.1.8. Theorie der exekutiven Dysfunktion
  - 5.1.8.1. Was verstehen wir unter "exekutiven Funktionen"?
  - 5.1.8.2. Planung
  - 5.1.8.3. Kognitive Flexibilität
  - 5.1.8.4. Reaktionshemmung
  - 5.1.8.5. Mentalistische Fähigkeiten
  - 5.1.8.6. Sinn der Aktivität
- 5.1.9. Theorie der Systematisierung
  - 5.1.9.1. Die Erklärungstheorien von Baron-Cohen, S
  - 5.1.9.2. Arten von Gehirn
  - 5.1.9.3. Empathie-Quotient (EQ)
  - 5.1.9.4. Systematisierungs-Quotient (SQ)
  - 5.1.9.5. Autismus-Spektrum-Quotient (ASQ)
- 5.1.10. Autismus und Genetik
  - 5.1.10.1. Mögliche Ursachen für die Störung
  - 5.1.10.2. Chromosomopathien und genetische Veränderungen
  - 5.1.10.3. Auswirkungen auf die Kommunikation
- 5.2. Erkennung
  - 5.2.1. Schlüsselindikatoren für die Früherkennung
    - 5.2.1.1. Warnzeichen
    - 5.2.1.2. Alarmsignale
  - 5.2.2. Kommunikation auf dem Gebiet der Autismus-Spektrum-Störung
    - 5.2.2.1. Zu berücksichtigende Aspekte
    - 5.2.2.2. Alarmsignale
  - 5.2.3. Sensomotorischer Bereich
    - 5.2.3.1. Sensorische Verarbeitung
    - 5.2.3.2. Störungen der sensorischen Integration
- 5.2.4. Soziale Entwicklung
  - 5.2.4.1. Anhaltende Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion
  - 5.2.4.2. Eingeschränkte Verhaltensmuster
- 5.2.5. Bewertungsprozess
  - 5.2.5.1. Entwicklungsskalen
  - 5.2.5.2. Tests und Fragebögen für Eltern
  - 5.2.5.3. Standardisierte Tests für die Beurteilung durch Fachkräfte
- 5.2.6. Erhebung von Daten
  - 5.2.6.1. Für das Screening verwendete Instrumente
  - 5.2.6.2. Fallstudien. M-CHAT
  - 5.2.6.3. Standardisierte Tests und Untersuchungen
- 5.2.7. Beobachtung während der Sitzung
  - 5.2.7.1. Aspekte, die in der Sitzung zu berücksichtigen sind
- 5.2.8. Endgültige Diagnose
  - 5.2.8.1. Anzuwendende Vorgehensweisen
  - 5.2.8.2. Vorschlag für einen Therapieplan
- 5.2.9. Vorbereitung des Interventionsprozesses
  - 5.2.9.1. Interventionsstrategien bei ASD in der Frühbetreuung
- 5.2.10. Skala für die Erkennung des Asperger-Syndroms
  - 5.2.10.1. Eigenständige Skala zur Erkennung von Asperger-Syndrom und hochfunktionalem Autismus (HF)
- 5.3. Identifizierung von spezifischen Schwierigkeiten
  - 5.3.1. Zu befolgendes Protokoll
    - 5.3.1.1. Zu berücksichtigende Faktoren
  - 5.3.2. Bedarfsermittlung auf der Grundlage von Alter und Entwicklungsstand
    - 5.3.2.1. Protokoll für die Erfassung von 0-3 Jahre
    - 5.3.2.2. Fragebogen M-CHAT-R. (16-30 Monate)
    - 5.3.2.3. Nachbefragung M-CHAT-R/F
  - 5.3.3. Interventionsbereiche
    - 5.3.3.1. Bewertung der Wirksamkeit der psychoedukativen Intervention
    - 5.3.3.2. Empfehlungen von Leitlinien für die klinische Praxis
    - 5.3.3.3. Hauptbereiche der potenziellen Maßnahmen

- 5.3.4. Kognitiver Bereich
  - 5.3.4.1. Skala der mentalistischen Fähigkeiten
  - 5.3.4.2. Was ist es? Wie können wir diese Skala bei ASD anwenden?
- 5.3.5. Bereich der Kommunikation
  - 5.3.5.1. Kommunikationsfähigkeiten bei ASD
  - 5.3.5.2. Wir ermitteln den Bedarf auf der Grundlage des Entwicklungsstandes
  - 5.3.5.3. Vergleichende Tabellen zur Entwicklung bei ASD und normtypischer Entwicklung
- 5.3.6. Essstörungen
  - 5.3.6.1. Tabelle der Unverträglichkeiten
  - 5.3.6.2. Abneigung gegen Texturen
  - 5.3.6.3. Essstörungen bei ASD
- 5.3.7. Sozialer Bereich
  - 5.3.7.1. SCERTS (Social-Communication, Emotional Regulation and Transactional Support)
- 5.3.8. Persönliche Autonomie
  - 5.3.8.1. Therapie des täglichen Lebens
- 5.3.9. Bewertung der Kompetenzen
  - 5.3.9.1. Stärken
  - 5.3.9.2. Verstärkungsbasierte Intervention
- 5.3.10. Spezifische Interventionsprogramme
  - 5.3.10.1. Fallstudien und ihre Ergebnisse
  - 5.3.10.2. Klinische Diskussion
- 5.4. Kommunikation und Sprache bei Autismus-Spektrum-Störungen
  - 5.4.1. Etappen der normtypischen Sprachentwicklung
    - 5.4.1.1. Vergleichende Tabelle zur Sprachentwicklung bei Patienten mit und ohne ASD
    - 5.4.1.2. Spezifische Sprachentwicklung bei autistischen Kindern
  - 5.4.2. Kommunikationsdefizite bei ASD
    - 5.4.2.1. Aspekte, die in den frühen Phasen der Entwicklung zu berücksichtigen sind
    - 5.4.2.2. Erläuternde Tabelle mit Faktoren, die in diesen frühen Phasen zu berücksichtigen sind
- 5.4.3. Autismus und Sprachpathologie
  - 5.4.3.1. ASD und Dysphasie
- 5.4.4. Präventive Erziehung
  - 5.4.4.1. Einführung in die pränatale Entwicklung von Säuglingen
- 5.4.5. Von 0 bis 3 Jahren
  - 5.4.5.1. Entwicklungsskalen
  - 5.4.5.2. Ejecución y seguimiento de planes de intervención individualizado (PII)
- 5.4.6. Mittel-Methodik CAT (Zentrum für Frühförderung)
  - 5.4.6.1. Kindergarten
- 5.4.7. Von 3 bis 6 Jahren
  - 5.4.7.1. Besuch einer regulären Schule
  - 5.4.7.2. Koordinierung des Fachpersonals mit der Nachsorge durch den Kinderarzt und den Neuropädiater.
  - 5.4.7.3. Kommunikationsfähigkeiten, die in dieser Altersgruppe entwickelt werden müssen
  - 5.4.7.4. Zu berücksichtigende Aspekte
- 5.4.8. Schulalter
  - 5.4.8.1. Wichtigste zu berücksichtigende Aspekte
  - 5.4.8.2. Offene Kommunikation mit den Lehrkräften
  - 5.4.8.3. Arten der Schulbildung
- 5.4.9. Bildungsbereich
  - 5.4.9.1. Mobbing
  - 5.4.9.2. Emotionale Auswirkungen
- 5.4.10. Alarmsignale
  - 5.4.10.1. Leitlinien für Maßnahmen
  - 5.4.10.2. Konfliktlösung
- 5.5. Kommunikationssysteme
  - 5.5.1. Verfügbare Instrumente
    - 5.5.1.1. IKT-Tools für Kinder mit Autismus
    - 5.5.1.2. Augmentative und alternative Kommunikationssysteme (AACs)
  - 5.5.2. Modelle der Kommunikationsintervention
    - 5.5.2.1. Gestützte Kommunikation (FC)
    - 5.5.2.2. Verbal Behavioural Approach (VB)

- 5.5.3. Alternative und/oder unterstützende Kommunikationssysteme
  - 5.5.3.1. PECS (Picture Exchange Communication System)
  - 5.5.3.2. Benson Schaeffer: Total Signed Speech System
  - 5.5.3.3. Gebärdensprache
  - 5.5.3.4. Bimodales System
- 5.5.4. Alternative Therapien
  - 5.5.4.1. Sammelsurium
  - 5.5.4.2. Alternative Medizin
  - 5.5.4.3. Psychotherapie
- 5.5.5. Wahl des Systems
  - 5.5.5.1. Zu berücksichtigende Faktoren
  - 5.5.5.2. Entscheidungstreffen
- 5.5.6. Skala der zu entwickelnden Ziele und Prioritäten
  - 5.5.6.1. Auf der Grundlage der dem Lernenden zur Verfügung stehenden Ressourcen wird das System ausgewählt, das seinen Fähigkeiten am besten entspricht
- 5.5.7. Identifizierung des richtigen Systems
  - 5.5.7.1. Wir setzen das am besten geeignete Kommunikationssystem oder die am besten geeignete Therapie ein und berücksichtigen dabei die Stärken des Patienten
- 5.5.8. Implantation
  - 5.5.8.1. Planung und Strukturierung der Sitzungen
  - 5.5.8.2. Dauer und Zeit
  - 5.5.8.3. Entwicklung und geschätzte kurzfristige Ziele
- 5.5.9. Follow-up
  - 5.5.9.1. Langfristige Bewertung
  - 5.5.9.2. Neubewertung im Laufe der Zeit
- 5.5.10. Anpassung im Laufe der Zeit
  - 5.5.10.1. Umstrukturierung der Ziele auf der Grundlage der geforderten Bedürfnisse
  - 5.5.10.2. Anpassung der Intervention je nach den erzielten Ergebnissen
- 5.6. Herstellung eines Interventionsprogramms
  - 5.6.1. Identifizierung von Bedürfnissen und Zielgruppen
    - 5.6.1.1. Interventionsstrategien in der Frühbetreuung
    - 5.6.1.2. Denver-Modell
  - 5.6.2. Analyse der Ziele auf der Grundlage des Entwicklungsstandes
    - 5.6.2.1. Interventionsprogramm zur Stärkung der kommunikativen und linguistischen Bereiche
  - 5.6.3. Entwicklung von präverbalen kommunikativen Verhaltensweisen
    - 5.6.3.1. An das Verhalten angepasste Analyse
  - 5.6.4. Bibliographische Übersicht über Theorien und Programme im Bereich des frühkindlichen Autismus
    - 5.6.4.1. Wissenschaftliche Studien mit Gruppen von Kindern mit ASD
    - 5.6.4.2. Abschließende Ergebnisse und Schlussfolgerungen auf der Grundlage der vorgeschlagenen Programme
  - 5.6.5. Schulalter
    - 5.6.5.1. Integrationspädagogik
    - 5.6.5.2. Globale Lektüre als Vermittler von Integration im Klassenzimmer
  - 5.6.6. Erwachsenenalter
    - 5.6.6.1. Wie kann man im Erwachsenenalter eingreifen/unterstützen?
    - 5.6.6.2. Entwicklung eines spezifischen Programms
  - 5.6.7. Intervention bei Verhaltensstörungen
    - 5.6.7.1. Angewandte Verhaltensanalyse (ABA)
    - 5.6.7.2. Training von separaten Untersuchungen
  - 5.6.8. Kombinierte Intervention
    - 5.6.8.1. TEACCH-Modell
  - 5.6.9. Unterstützung für die universitäre Integration von ASD Stufe I
    - 5.6.9.1. Bewährte Praktiken für die Unterstützung von Studenten in der Hochschulbildung
  - 5.6.10. Positive Verstärkung des Verhaltens
    - 5.6.10.1. Struktur des Programms
    - 5.6.10.2. Richtlinien für die Durchführung der Methode
- 5.7. Bildungsmaterialien und Ressourcen
  - 5.7.1. Was können wir als Logopäden tun?
    - 5.7.1.1. Fachkraft als aktive Rolle bei der kontinuierlichen Entwicklung und Anpassung von Materialien
  - 5.7.2. Liste der angepassten Ressourcen und Materialien
    - 5.7.2.1. Was muss ich beachten?
    - 5.7.2.2. Brainstorming

- 5.7.3. Methoden
  - 5.7.3.1. Theoretischer Ansatz für die am häufigsten verwendeten Methoden
  - 5.7.3.2. Funktionalität. Vergleichende Tabelle mit den vorgestellten Methoden
- 5.7.4. TEACCH-Programm
  - 5.7.4.1. Pädagogische Grundsätze auf der Grundlage dieser Methode
  - 5.7.4.2. Merkmale von Autismus als Grundlage für strukturierten Unterricht
- 5.7.5. INMER-Programm
  - 5.7.5.1. Grundlagen des Programms. Hauptfunktion
  - 5.7.5.2. Virtual Reality Immersion System für Menschen mit Autismus
- 5.7.6. IKT-vermitteltes Lernen
  - 5.7.6.1. Software zum Erlernen von Emotionen
  - 5.7.6.2. Anwendungen zur begünstigen der Sprachentwicklung
- 5.7.7. Herstellung von Materialien
  - 5.7.7.1. Verwendete Quellen
  - 5.7.7.2. Bilderdatenbanken
  - 5.7.7.3. Piktogramm-Datenbanken
  - 5.7.7.4. Empfohlene Materialien
- 5.7.8. Kostenlose Ressourcen zur Unterstützung des Lernens
  - 5.7.8.1. Liste der Seiten mit Programmen zur Verstärkung des Lernens
- 5.7.9. SPC (Piktografisches Kommunikationssystem)
  - 5.7.9.1. Zugang zum piktographischen Kommunikationssystem
  - 5.7.9.2. Methodik
  - 5.7.9.3. Hauptfunktion
- 5.7.10. Implantation
  - 5.7.10.1. Wahl des richtigen Programms
  - 5.7.10.2. Liste der Vor- und Nachteile
- 5.8. Anpassung der Umgebung an den Schüler mit Autismus-Spektrum-Störung
  - 5.8.1. Allgemeine Überlegungen, die zu berücksichtigen sind
    - 5.8.1.1. Mögliche Schwierigkeiten bei der täglichen Routine
  - 5.8.2. Einsatz von visuellen Hilfsmitteln
    - 5.8.2.1. Richtlinien für die Anpassung zu Hause
  - 5.8.3. Anpassung des Klassenzimmers
    - 5.8.3.1. Inklusive Bildung
  - 5.8.4. Natürliche Umgebung
    - 5.8.4.1. Allgemeine Richtlinien für pädagogische Maßnahmen
  - 5.8.5. Interventionen bei Störungen des autistischen Spektrums und anderen schweren Persönlichkeitsstörungen
  - 5.8.6. Lehrplananpassungen der Schule
    - 5.8.6.1. Heterogene Gruppierungen
  - 5.8.7. Anpassung des Lehrplans an individuelle Bedürfnisse
    - 5.8.7.1. Individuelle Lehrplananpassung
    - 5.8.7.2. Beschränkungen
  - 5.8.8. Lehrplananpassungen im Klassenzimmer
    - 5.8.8.1. Kooperative Bildung
    - 5.8.8.2. Kooperatives Lernen
  - 5.8.9. Pädagogische Antworten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse
    - 5.8.9.1. Hilfsmittel für einen effektiven Unterricht
  - 5.8.10. Beziehung zum sozialen und kulturellen Umfeld
    - 5.8.10.1. Gewohnheiten-Autonomie
    - 5.8.10.2. Kommunikation und Sozialisierung
- 5.9. Schulischer Kontext
  - 5.9.1. Anpassung des Klassenzimmers
    - 5.9.1.1. Zu berücksichtigende Faktoren
    - 5.9.1.2. Anpassung des Lehrplans
  - 5.9.2. Inklusion in der Schule
    - 5.9.2.1. Wir zählen alle
    - 5.9.2.2. Wie können wir in unserer Rolle als Logopäde helfen?
  - 5.9.3. Merkmale von Schülern mit ASD
    - 5.9.3.1. Eingeschränkte Interessen
    - 5.9.3.2. Sensibilität für den Kontext und seine Zwänge
  - 5.9.4. Merkmale von Schülern mit Asperger-Syndrom
    - 5.9.4.1. Möglichkeiten
    - 5.9.4.2. Emotionale Schwierigkeiten und deren Auswirkungen
    - 5.9.4.3. Beziehung zur Gruppe der Gleichaltrigen

- 5.9.5. Platz des Schülers im Klassenzimmer
  - 5.9.5.1. Faktoren, die für die korrekte Leistung des Schülers zu berücksichtigen sind
- 5.9.6. Zu berücksichtigende Materialien und Hilfsmittel
  - 5.9.6.1. Externe Unterstützung
  - 5.9.6.2. Der Lehrer als verstärkendes Element im Klassenzimmer
- 5.9.7. Bewertung der Erledigungszeiten von Aufgaben
  - 5.9.7.1. Anwendung von Hilfsmitteln wie Antizipatoren oder Timern
- 5.9.8. Hemmzeiten
  - 5.9.8.1. Reduzierung von unangemessenem Verhalten durch visuelle Unterstützung
  - 5.9.8.2. Visuelle Zeitpläne
  - 5.9.8.3. Ruhezeiten
- 5.9.9. Hypo- und Hypersensibilität
  - 5.9.9.1. Lärmumgebung
  - 5.9.9.2. Stressige Situationen
- 5.9.10. Antizipation von Konfliktsituationen
  - 5.9.10.1. Rückkehr zur Schule. Zeitpunkt des Eingangs und Ausgangs
  - 5.9.10.2. Kantine
  - 5.9.10.3. Ferien
- 5.10. Überlegungen, die mit den Familien zu berücksichtigen sind
  - 5.10.1. Bedingungsfaktoren für elterlichen Stress und Ängste
    - 5.10.1.1. Wie läuft der Prozess der familiären Anpassung ab?
    - 5.10.1.2. Häufige Bedenken
    - 5.10.1.3. Handhabung der Ängste
  - 5.10.2. Information für Eltern bei Verdacht auf eine Diagnose
    - 5.10.2.1. Offene Kommunikation
    - 5.10.2.2. Leitlinien zur Stressbewältigung
  - 5.10.3. Bewertungsunterlagen für Eltern
    - 5.10.3.1. Strategien für den Umgang mit einem Verdacht auf ASD in der Frühbetreuung
    - 5.10.3.2. PEDs. Fragen zu den Entwicklungssorgen der Eltern
    - 5.10.3.3. Einschätzung der Situation und Aufbau von Vertrauen bei den Eltern

- 5.10.4. Multimedia-Ressourcen
  - 5.10.4.1. Tabelle der frei verfügbaren Ressourcen
- 5.10.5. Vereinigungen von Familien von Personen mit ASD
  - 5.10.5.1. Liste der anerkannten und proaktiven Verbände
- 5.10.6. Rückkehr zur Therapie und angemessene Entwicklung
  - 5.10.6.1. Zu berücksichtigende Aspekte für den Informationsaustausch
  - 5.10.6.2. Empathie aufbauen
  - 5.10.6.3. Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeut - Angehörigen - Patient
- 5.10.7. Rücksendung der Diagnose und der Folgemaßnahmen an die verschiedenen medizinischen Fachkräfte
  - 5.10.7.1. Logopäde in seiner aktiven und dynamischen Rolle
  - 5.10.7.2. Kontaktaufnahme mit den verschiedenen Gesundheitsbereichen
  - 5.10.7.3. Die Bedeutung der Beibehaltung einer gemeinsamen Linie
- 5.10.8. Eltern, wie können Sie bei dem Kind intervenieren?
  - 5.10.8.1. Ratschläge und Richtlinien
  - 5.10.8.2. Erholung für Familien
- 5.10.9. Positive Erfahrungen im familiären Umfeld schaffen
  - 5.10.9.1. Praktische Ratschläge zur Verstärkung angenehmer Erfahrungen im familiären Umfeld
  - 5.10.9.2. Vorschläge für Aktivitäten, die positive Erfahrungen schaffen
- 5.10.10. Websites von Interesse
  - 5.10.10.1. Nützliche Links

## Modul 6. Genetische Syndrome

- 6.1. Genetische Syndrome
  - 6.1.1. Einführung in die Einheit
  - 6.1.2. Genetik
    - 6.1.2.1. Konzept der Genetik
    - 6.1.2.2. Gene und Chromosomen
  - 6.1.3. Entwicklung der Genetik
    - 6.1.3.1. Grundlagen der Genetik
    - 6.1.3.2. Pioniere der Genetik

- 6.1.4. Grundlegende Konzepte der Genetik
  - 6.1.4.1. Genotyp und Phänotyp
  - 6.1.4.2. Genom
  - 6.1.4.3. DNA
  - 6.1.4.4. RNA
  - 6.1.4.5. Der genetische Code
- 6.1.5. Mendelsche Gesetze
  - 6.1.5.1. Mendels 1. Gesetz
  - 6.1.5.2. Mendels 2. Gesetz
  - 6.1.5.3. Mendels 3. Gesetz
- 6.1.6. Mutationen
  - 6.1.6.1. Was sind Mutationen?
  - 6.1.6.2. Ebenen der Mutationen
  - 6.1.6.3. Arten von Mutationen
- 6.1.7. Syndrom-Konzept
- 6.1.8. Klassifizierung
- 6.1.9. Die häufigsten Syndrome
- 6.1.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 6.2. Down-Syndrom
  - 6.2.1. Einführung in die Einheit
    - 6.2.1.1. Geschichte des Down-Syndroms
  - 6.2.2. Konzept des Down-Syndroms
    - 6.2.2.1. Was ist das Down-Syndrom?
    - 6.2.2.2. Genetik des Down-Syndroms
      - 6.2.2.3. Chromosomenveränderungen beim Down-Syndrom
        - 6.2.2.2.1. Trisomie 21
          - 6.2.2.2.2. Chromosomale Translokation
            - 6.2.2.2.3. Mosaizismus oder mosaische Trisomie
      - 6.2.2.4. Prognose des Down-Syndroms
  - 6.2.3. Ätiologie
    - 6.2.3.1. Die Ursprünge des Down-Syndroms
  - 6.2.4. Prävalenz
    - 6.2.4.1. Prävalenz des Down-Syndroms in anderen Ländern
  - 6.2.5. Merkmale des Down-Syndroms
    - 6.2.5.1. Physikalische Merkmale
    - 6.2.5.2. Sprachliche und sprachliche Entwicklungsmerkmale
    - 6.2.5.3. Motorische Entwicklungsmerkmale
  - 6.2.6. Komorbidität des Down-Syndroms
    - 6.2.6.1. Was ist Komorbidität?
    - 6.2.6.2. Komorbidität beim Down-Syndrom
    - 6.2.6.3. Assoziierte Störungen
  - 6.2.7. Diagnose und Bewertung des Down-Syndroms
    - 6.2.7.1. Die Diagnose des Down-Syndroms
      - 6.2.7.1.1. Wo findet sie statt?
      - 6.2.7.1.2. Wer führt sie aus?
      - 6.2.7.1.3. Wann ist sie möglich?
    - 6.2.7.2. Logopädische Beurteilung des Down-Syndroms
      - 6.2.7.2.1. Anamnese
      - 6.2.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
  - 6.2.8. Logopädische Intervention
    - 6.2.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
    - 6.2.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
    - 6.2.8.3. Material für die Rehabilitation
    - 6.2.8.4. Zu verwendende Ressourcen
  - 6.2.9. Leitlinien
    - 6.2.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Down-Syndrom
    - 6.2.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
    - 6.2.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
    - 6.2.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
  - 6.2.10. Das interdisziplinäre Team
    - 6.2.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
    - 6.2.10.2. Logopädie
    - 6.2.10.3. Beschäftigungstherapie
    - 6.2.10.4. Physiotherapie
    - 6.2.10.5. Psychologie

- 6.3. Morbus Hunter
  - 6.3.1. Einführung in die Einheit
    - 6.3.1.1. Geschichte des Morbus Hunter
  - 6.3.2. Konzept des Morbus Hunter
    - 6.3.2.1. Was ist der Morbus Hunter?
    - 6.3.2.2. Genetik des Morbus Hunter
    - 6.3.2.3. Prognose des Morbus Hunter
  - 6.3.3. Ätiologie
    - 6.3.3.1. Ursprünge des Morbus Hunter
  - 6.3.4. Prävalenz
    - 6.3.4.1. Prävalenz des Morbus Hunter in anderen Ländern
  - 6.3.5. Wichtigste Auswirkungen
    - 6.3.5.1. Physikalische Merkmale
    - 6.3.5.2. Sprachliche und sprachliche Entwicklungsmerkmale
    - 6.3.5.3. Motorische Entwicklungsmerkmale
  - 6.3.6. Komorbidität des Morbus Hunter
    - 6.3.6.1. Was ist Komorbidität?
    - 6.3.6.2. Komorbidität beim Morbus Hunter
    - 6.3.6.3. Assoziierte Störungen
  - 6.3.7. Diagnose und Bewertung des Morbus Hunter
    - 6.3.7.1. Diagnose des Morbus Hunter
      - 6.3.7.1.1. Wo findet sie statt?
      - 6.3.7.1.2. Wer führt sie aus?
      - 6.3.7.1.3. Wann ist sie möglich??
    - 6.3.7.2. Logopädische Beurteilung des Morbus Hunter
      - 6.3.7.2.1. Anamnese
      - 6.3.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
  - 6.3.8. Logopädische Intervention
    - 6.3.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
    - 6.3.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
    - 6.3.8.3. Material für die Rehabilitation
    - 6.3.8.4. Zu verwendende Ressourcen



- 
- 6.3.9. Leitlinien
    - 6.3.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Morbus Hunter
    - 6.3.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
    - 6.3.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
    - 6.3.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
  - 6.3.10. Das interdisziplinäre Team
    - 6.3.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
    - 6.3.10.2. Logopädie
    - 6.3.10.3. Beschäftigungstherapie
    - 6.3.10.4. Physiotherapie
    - 6.3.10.5. Psychologie
  - 6.4. Fragiles-X-Syndrom
    - 6.4.1. Einführung in die Einheit
      - 6.4.1.1. Geschichte des Fragiles-X-Syndroms
    - 6.4.2. Konzept des Fragiles-X-Syndroms
      - 6.4.2.1. Was ist das Fragiles-X-Syndrom
      - 6.4.2.2. Genetik des Fragiles-X-Syndroms
      - 6.4.2.3. Prognose des Fragiles-X-Syndroms
    - 6.4.3. Ätiologie
      - 6.4.3.1. Die Ursprünge des Fragiles-X-Syndroms
    - 6.4.4. Prävalenz
      - 6.4.4.1. Prävalenz des Fragiles-X-Syndroms in anderen Ländern
    - 6.4.5. Wichtigste Auswirkungen
      - 6.4.5.1. Physikalische Merkmale
      - 6.4.5.2. Sprachliche und sprachliche Entwicklungsmerkmale
      - 6.4.5.3. Merkmale bei der Entwicklung von Intelligenz und Lernfähigkeit
      - 6.4.5.4. Soziale, emotionale und verhaltensbezogene Merkmale
      - 6.4.5.5. Sensorische Merkmale
    - 6.4.6. Komorbidität des Fragiles-X-Syndroms
      - 6.4.6.1. Was ist Komorbidität?
      - 6.4.6.2. Komorbidität beim Fragiles-X-Syndrom
      - 6.4.6.3. Assoziierte Störungen

- 6.4.7. Diagnose und Bewertung des Fragiles-X-Syndrom
  - 6.4.7.1. Diagnose des Fragiles-X-Syndroms
    - 6.4.7.1.1. Wo findet sie statt?
    - 6.4.7.1.2. Wer führt sie aus?
    - 6.4.7.1.3. Wann ist sie möglich?
  - 6.4.7.2. Logopädische Beurteilung des Fragiles-X-Syndroms
    - 6.4.7.2.1. Anamnese
    - 6.4.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
- 6.4.8. Logopädische Intervention
  - 6.4.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
  - 6.4.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
  - 6.4.8.3. Material für die Rehabilitation
  - 6.4.8.4. Zu verwendende Ressourcen
- 6.4.9. Leitlinien
  - 6.4.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Fragiles-X-Syndrom
  - 6.4.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
  - 6.4.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
  - 6.4.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
- 6.4.10. Das interdisziplinäre Team
  - 6.4.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
  - 6.4.10.2. Logopädie
  - 6.4.10.3. Beschäftigungstherapie
  - 6.4.10.4. Physiotherapie
- 6.5. Rett-Syndrom
  - 6.5.1. Einführung in die Einheit
    - 6.5.1.1. Geschichte des Rett-Syndroms
  - 6.5.2. Konzept des Rett-Syndroms
    - 6.5.2.1. Was ist das Rett-Syndrom?
    - 6.5.2.2. Genetik des Rett-Syndroms
    - 6.5.2.3. Prognose des Rett-Syndroms
  - 6.5.3. Ätiologie
    - 6.5.3.1. Ursprünge des Rett-Syndroms
  - 6.5.4. Prävalenz
    - 6.5.4.2. Prävalenz des Rett-Syndroms in anderen Ländern
    - 6.5.4.3. Entwicklungsstadien des Rett-Syndroms
      - 6.5.4.3.1. Stadium I: frühes Ausbruchsstadium
      - 6.5.4.3.2. Stadium II: Stadium der beschleunigten Zerstörung
      - 6.5.4.3.3. Stadium III: Stabilisierungs- oder Pseudo-Stabilisierungsstadium
      - 6.5.4.3.4. Stadium IV: Spätes Stadium der motorischen Beeinträchtigung
  - 6.5.5. Komorbidität des Rett-Syndroms
    - 6.5.5.1. Was ist Komorbidität?
    - 6.5.5.2. Komorbidität beim Rett-Syndrom
    - 6.5.5.3. Assoziierte Störungen
  - 6.5.6. Wichtigste Auswirkungen
    - 6.5.6.1. Einführung
    - 6.5.6.2. Typische physikalische Merkmale
    - 6.5.6.3. Klinische Merkmale
  - 6.5.7. Diagnose und Bewertung des Rett-Syndroms
    - 6.5.7.1. Diagnose des Rett-Syndroms
      - 6.5.7.1.1. Wo findet sie statt?
      - 6.5.7.1.2. Wer führt sie aus?
      - 6.5.7.1.3. Wann ist sie möglich??
    - 6.5.7.2. Logopädische Beurteilung des Rett-Syndroms
      - 6.5.7.2.1. Anamnese
      - 6.5.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
  - 6.5.8. Logopädische Intervention
    - 6.5.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
    - 6.5.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
    - 6.5.8.3. Material für die Rehabilitation
    - 6.5.8.4. Zu verwendende Ressourcen
  - 6.5.9. Leitlinien
    - 6.5.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Rett-Syndrom
    - 6.5.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
    - 6.5.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
    - 6.5.9.4. Ressourcen und Vereinigungen

- 6.5.10. Das interdisziplinäre Team
  - 6.5.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
  - 6.5.10.2. Logopädie
  - 6.5.10.3. Beschäftigungstherapie
  - 6.5.10.4. Physiotherapie
- 6.6. Smith-Magenis-Syndrom
  - 6.6.1. Das Smith-Magenis-Syndrom
    - 6.6.1.1. Einführung
    - 6.6.1.2. Konzept
  - 6.6.2. Ätiologie
  - 6.6.3. Epidemiologie
  - 6.6.4. Entwicklung je nach Etappe
    - 6.6.4.1. Säuglinge (bis zu 2 Jahren)
    - 6.6.4.2. Kindheit (von 2 bis 12 Jahre)
      - 6.6.4.2.1. Jugend und Erwachsenenalter (12 Jahre und älter)
  - 6.6.5. Differentialdiagnose
  - 6.6.6. Klinische, kognitive, verhaltensbezogene und körperliche Merkmale des Smith-Magenis-Syndroms
    - 6.6.6.1. Klinische Merkmale
    - 6.6.6.2. Kognitive und verhaltensbezogene Merkmale
    - 6.6.6.3. Physikalische Merkmale
  - 6.6.7. Logopädische Beurteilung des Smith-Magenis-Syndroms
  - 6.6.8. Logopädische Intervention beim Smith-Magenis-Syndrom
    - 6.6.8.1. Allgemeine Überlegungen zum Beginn der Intervention
    - 6.6.8.2. Etappen des Interventionsprozesses
    - 6.6.8.3. Kommunikative Aspekte der Intervention
  - 6.6.9. Logopädische Übungen beim Smith-Magenis-Syndrom
    - 6.6.9.1. Übungen zur auditiven Stimulation: Klänge und Wörter
    - 6.6.9.2. Übungen zur Förderung grammatikalischer Strukturen
    - 6.6.9.3. Übungen zur Erweiterung des Wortschatzes
    - 6.6.9.4. Übungen zur Verbesserung des Sprachgebrauchs
    - 6.6.9.5. Problemlösungs- und Argumentationsübungen
  - 6.6.10. Vereinigungen zur Unterstützung von Patienten und Angehörigen des Smith-Magenis-Syndroms
- 6.7. Williams-Syndrom
  - 6.7.1. Das Williams-Syndrom
    - 6.7.1.1. Geschichte des Williams-Syndroms
    - 6.7.1.2. Konzept des Williams-Syndroms
  - 6.7.2. Ätiologie des Williams-Syndroms
  - 6.7.3. Epidemiologie des Williams-Syndroms
  - 6.7.4. Diagnose des Williams-Syndroms
  - 6.7.5. Logopädische Beurteilung des Williams-Syndroms
  - 6.7.6. Eigenschaften des Williams-Syndroms
    - 6.7.6.1. Medizinische Aspekte
    - 6.7.6.2. Gesichtszüge
    - 6.7.6.3. Hyperakusis
    - 6.7.6.4. Neuroanatomische Merkmale
    - 6.7.6.5. Sprachliche Merkmale
      - 6.7.6.5.1. Frühe Sprachentwicklung
      - 6.7.6.5.2. Sprachliche Merkmale von WS ab dem 4. Lebensjahr
    - 6.7.6.6. Sozio-affektive Merkmale beim Williams-Syndrom
  - 6.7.7. Logopädische Intervention in der Frühbetreuung von Kindern mit Williams-Syndrom
  - 6.7.8. Logopädische Intervention bei Kindern in der Schulphase mit Williams-Syndrom
  - 6.7.9. Logopädische Intervention in der Frühbetreuung von Kindern mit Williams-Syndrom
  - 6.7.10. Vereinigungen
- 6.8. Angelman-Syndrom
  - 6.8.1. Einführung in die Einheit
    - 6.8.1.1. Geschichte des Angelman-Syndroms
  - 6.8.2. Konzept des Angelman-Syndroms
    - 6.8.2.1. Was ist das Angelman-Syndrom?
    - 6.8.2.2. Genetik des Angelman-Syndroms
    - 6.8.2.3. Prognose des Angelman-Syndroms
  - 6.8.3. Ätiologie
    - 6.8.3.1. Ursprünge des Angelman-Syndroms
  - 6.8.4. Prävalenz
    - 6.8.4.1. Prävalenz des Angelman-Syndroms in anderen Ländern

- 6.8.5. Wichtigste Auswirkungen
  - 6.8.5.1. Einführung
  - 6.8.5.2. Häufige Manifestationen des Angelman-Syndroms
  - 6.8.5.3. Seltene Erscheinungsformen
- 6.8.6. Komorbidität des Angelman-Syndroms
  - 6.8.6.1. Was ist Komorbidität?
  - 6.8.6.2. Komorbidität beim Angelman-Syndrom
  - 6.8.6.3. Assoziierte Störungen
- 6.8.7. Diagnose und Bewertung des Angelman-Syndroms
  - 6.8.7.1. Diagnose des Angelman-Syndroms
    - 6.8.7.1.1. Wo findet sie statt?
    - 6.8.7.1.2. Wer führt sie aus?
    - 6.8.7.1.3. Wann ist sie möglich??
  - 6.8.7.2. Logopädische Beurteilung des Angelman-Syndroms
    - 6.8.7.2.1. Anamnese
    - 6.8.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
- 6.8.8. Logopädische Intervention
  - 6.8.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
  - 6.8.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
  - 6.8.8.3. Material für die Rehabilitation
  - 6.8.8.4. Zu verwendende Ressourcen
- 6.8.9. Leitlinien
  - 6.8.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Angelman-Syndrom
  - 6.8.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
  - 6.8.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
  - 6.8.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
- 6.8.10. Das interdisziplinäre Team
  - 6.8.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
  - 6.8.10.2. Logopädie
  - 6.8.10.3. Beschäftigungstherapie
  - 6.8.10.4. Physiotherapie
- 6.9. Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.1. Einführung in die Einheit
    - 6.9.1.1. Geschichte der Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.2. Konzept der Duchenne-Muskeldystrophie
    - 6.9.2.1. Was ist die Duchenne-Muskeldystrophie?
    - 6.9.2.2. Genetik der Duchenne-Muskeldystrophie
    - 6.9.2.3. Prognose der Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.3. Ätiologie
    - 6.9.3.1. Die Ursprünge der Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.4. Prävalenz
    - 6.9.4.1. Prävalenz der Duchenne-Muskeldystrophie in anderen Ländern
  - 6.9.5. Wichtigste Auswirkungen
    - 6.9.5.1. Einführung
    - 6.9.5.2. Klinische Manifestationen der Duchenne-Muskeldystrophie
      - 6.9.5.2.1. Sprachverzögerung
      - 6.9.5.2.2. Verhaltensstörungen
      - 6.9.5.2.3. Muskelschwäche
      - 6.9.5.2.4. Steifheit
      - 6.9.5.2.5. Lordose
      - 6.9.5.2.6. Dysfunktion der Atemwege
    - 6.9.5.3. Häufigste Symptome der Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.6. Komorbidität der Duchenne-Muskeldystrophie
    - 6.9.6.1. Was ist Komorbidität?
    - 6.9.6.2. Komorbidität bei Duchenne-Muskeldystrophie
    - 6.9.6.3. Assoziierte Störungen
  - 6.9.7. Diagnose und Bewertung der Duchenne-Muskeldystrophie
    - 6.9.7.1. Diagnose der Duchenne-Muskeldystrophie
      - 6.9.7.1.1. Wo findet sie statt?
      - 6.9.7.1.2. Wer führt sie aus?
      - 6.9.7.1.3. Wann ist sie möglich??
    - 6.9.7.2. Logopädische Beurteilung der Duchenne-Muskeldystrophie
      - 6.9.7.2.1. Anamnese
      - 6.9.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche

- 6.9.8. Logopädische Intervention
  - 6.9.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
  - 6.9.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
  - 6.9.8.3. Material für die Rehabilitation
  - 6.9.8.4. Zu verwendende Ressourcen
- 6.9.9. Leitlinien
  - 6.9.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Duchenne-Muskeldystrophie
  - 6.9.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
  - 6.9.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
  - 6.9.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
- 6.9.10. Das interdisziplinäre Team
  - 6.9.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
  - 6.9.10.2. Logopädie
  - 6.9.10.3. Beschäftigungstherapie
  - 6.9.10.4. Physiotherapie
- 6.10. Usher-Syndrom
  - 6.10.1. Einführung in die Einheit
    - 6.10.1.1. Geschichte des Usher-Syndroms
  - 6.10.2. Konzept des Usher-Syndroms
    - 6.10.2.1. Was ist das Usher-Syndrom?
    - 6.10.2.2. Genetik des Usher-Syndroms
    - 6.10.2.3. Typologie des Usher-Syndroms
      - 6.10.2.3.1. Typ I
      - 6.10.2.3.2. Typ II
      - 6.10.2.3.3. Typ III
    - 6.10.2.4. Prognose des Usher-Syndroms
  - 6.10.3. Ätiologie
    - 6.10.3.1. Ursprünge des Usher-Syndroms
  - 6.10.4. Prävalenz
    - 6.10.4.1. Prävalenz des Usher-Syndroms in anderen Ländern
  - 6.10.5. Wichtigste Auswirkungen
    - 6.10.5.1. Einführung
    - 6.10.5.2. Häufige Erscheinungsformen des Usher-Syndroms
    - 6.10.5.3. Seltene Erscheinungsformen
  - 6.10.6. Komorbidität des Usher-Syndroms
    - 6.10.6.1. Was ist Komorbidität?
    - 6.10.6.2. Komorbidität beim Usher-Syndrom
    - 6.10.6.3. Assoziierte Störungen
  - 6.10.7. Diagnose und Bewertung des Usher-Syndroms
    - 6.10.7.1. Diagnose des Usher-Syndroms
      - 6.10.7.1.1. Wo findet sie statt?
      - 6.10.7.1.2. Wer führt sie aus?
      - 6.10.7.1.3. Wann ist sie möglich?
    - 6.10.7.2. Logopädische Beurteilung des Usher-Syndroms
      - 6.10.7.2.1. Anamnese
      - 6.10.7.2.2. Zu berücksichtigende Bereiche
  - 6.10.8. Logopädische Intervention
    - 6.10.8.1. Zu berücksichtigende Aspekte
    - 6.10.8.2. Zielvorgabe für die Intervention
    - 6.10.8.3. Material für die Rehabilitation
    - 6.10.8.4. Zu verwendende Ressourcen
  - 6.10.9. Leitlinien
    - 6.10.9.1. Richtlinien zur Berücksichtigung durch die Person mit Usher-Syndrom
    - 6.10.9.2. Leitlinien, die von den Familien zu berücksichtigen sind
    - 6.10.9.3. Leitlinien für den Bildungskontext
    - 6.10.9.4. Ressourcen und Vereinigungen
  - 6.10.10. Das interdisziplinäre Team
    - 6.10.10.1. Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
    - 6.10.10.2. Logopädie
    - 6.10.10.3. Beschäftigungstherapie
    - 6.10.10.4. Physiotherapie

## Modul 7. Dysphemie und/oder Stottern: Bewertung, Diagnose und Intervention

- 7.1. Einführung in das Modul
  - 7.1.2. Präsentation des Moduls
- 7.2. Dysphemie oder Stottern
  - 7.2.1. Geschichte des Stotterns
  - 7.2.2. Stottern
    - 7.2.2.1. Konzept des Stotterns
    - 7.2.2.2. Symptomatologie des Stotterns
      - 7.2.2.2.1. Linguistische Manifestationen
      - 7.2.2.2.2. Manifestationen des Verhaltens
    - 7.2.2.3. Körperliche Manifestationen
      - 7.2.2.3.1. Merkmale des Stotterns
  - 7.2.3. Klassifizierung
    - 7.2.3.1. Tonisches Stottern
    - 7.2.3.2. Klonisches Stottern
    - 7.2.3.3. Gemischtes Stottern
  - 7.2.4. Andere spezifische Störungen des Redeflusses
  - 7.2.5. Entwicklung der Störung
    - 7.2.5.1. Erste Überlegungen
    - 7.2.5.2. Grad der Entwicklung und Schweregrad
      - 7.2.5.2.1. Anfangsphase
      - 7.2.5.2.2. Borderline-Stottern
      - 7.2.5.2.3. Anfängliches Stottern
      - 7.2.5.2.4. Mittleres Stottern
      - 7.2.5.2.5. Fortgeschrittenes Stottern
  - 7.2.6. Komorbidität
    - 7.2.6.1. Komorbidität bei Dysphemie
    - 7.2.6.2. Assoziierte Störungen
  - 7.2.7. Prognose zur Erholung
    - 7.2.7.1. Erste Überlegungen
    - 7.2.7.2. Schlüsselfaktoren
    - 7.2.7.3. Prognose nach dem Zeitpunkt des Eingriffs
  - 7.2.8. Inzidenz und Prävalenz des Stotterns
    - 7.2.8.1. Erste Überlegungen



- 7.2.9. Ätiologie des Stotterns
  - 7.2.9.1. Erste Überlegungen
  - 7.2.9.2. Physiologische Faktoren
  - 7.2.9.3. Genetische Faktoren
  - 7.2.9.4. Umweltfaktoren
  - 7.2.9.5. Psychosoziale Faktoren
  - 7.2.9.6. Linguistische Faktoren
- 7.2.10. Alarmsignale
  - 7.2.10.1. Erste Überlegungen
  - 7.2.10.2. Wann ist es zu beurteilen?
  - 7.2.10.3. Ist es möglich, die Erkrankung zu verhindern?
- 7.3. Bewertung der Dysphemie
  - 7.3.1. Einführung in die Einheit
  - 7.3.2. Dysphemie oder normale Dysfluenzen?
    - 7.3.2.1. Erste Überlegungen
    - 7.3.2.2. Was sind normale Dysfluenzen?
    - 7.3.2.3. Unterschiede zwischen Dysphemie und normalen Dysfluenzen
    - 7.3.2.4. Wann eingreifen?
  - 7.3.3. Ziele der Bewertung
  - 7.3.4. Methode der Bewertung:
    - 7.3.4.1. Erste Überlegungen
    - 7.3.4.2. Skizze der Bewertungsmethode
  - 7.3.5. Sammeln von Information
    - 7.3.5.1. Gespräch mit den Eltern
    - 7.3.5.2. Relevante Information zusammentragen
    - 7.3.5.3. Die Krankenakte
  - 7.3.6. Sammeln von zusätzlicher Information
    - 7.3.6.1. Fragebögen für Eltern
    - 7.3.6.2. Fragebögen die Lehrer
  - 7.3.7. Bewertung des Kindes
    - 7.3.7.1. Beobachtung des Kindes
    - 7.3.7.2. Fragebogen für das Kind
    - 7.3.7.3. Profil der Eltern-Kind-Interaktion

- 7.3.8. Diagnose
  - 7.3.8.1. Klinische Beurteilung der gesammelten Informationen
  - 7.3.8.2. Prognose
  - 7.3.8.3. Arten der Behandlung
  - 7.3.8.4. Ziele der Behandlung
- 7.3.9. Rückgabe
  - 7.3.9.1. Rückgabe der Information an die Eltern
  - 7.3.9.2. Informieren des Kindes über die Ergebnisse
  - 7.3.9.3. Dem Kind die Behandlung erklären
- 7.3.10. Diagnostische Kriterien
  - 7.3.10.1. Erste Überlegungen
  - 7.3.10.2. Faktoren, die die Sprachflüssigkeit beeinträchtigen können
    - 7.3.10.2.1. Kommunikation
    - 7.3.10.2.2. Schwierigkeiten bei der Sprachentwicklung
    - 7.3.10.2.3. Zwischenmenschliche Interaktionen
    - 7.3.10.2.4. Veränderungen
    - 7.3.10.2.5. Überhöhte Anforderungen
    - 7.3.10.2.6. Selbstwertgefühl
    - 7.3.10.2.7. Soziale Ressourcen
- 7.4. Benutzerzentrierte logopädische Intervention bei Dysphemie: direkte Behandlung
  - 7.4.1. Einführung in die Einheit
  - 7.4.2. Direkte Behandlung
    - 7.4.2.1. Merkmale der Behandlung
    - 7.4.2.2. Fähigkeiten des Therapeuten
  - 7.4.3. Ziele der Therapie
    - 7.4.3.1. Ziele mit dem Kind
    - 7.4.3.2. Ziele mit den Eltern
    - 7.4.3.3. Ziele mit dem Lehrer
  - 7.4.4. Ziele mit dem Kind: Sprachkontrolle
    - 7.4.4.1. Ziele
    - 7.4.4.2. Techniken zur Sprachkontrolle
  - 7.4.5. Ziele mit dem Kind: Angstbewältigung
    - 7.4.5.1. Ziele
    - 7.4.5.2. Techniken zur Angstbewältigung
  - 7.4.6. Ziele mit dem Kind: Gedankenkontrolle
    - 7.4.6.1. Ziele
    - 7.4.6.2. Techniken zur Gedankenkontrolle
  - 7.4.7. Ziele mit dem Kind: Kontrolle der Emotionen
    - 7.4.7.1. Ziele
    - 7.4.7.2. Techniken zur Kontrolle der Emotionen
  - 7.4.8. Ziele mit dem Kind: soziale und kommunikative Fähigkeiten
    - 7.4.8.1. Ziele
    - 7.4.8.2. Techniken zum Aufbau sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
  - 7.4.9. Generalisierung und Erhaltung
    - 7.4.9.1. Ziele
    - 7.4.9.2. Techniken zur Generalisierung und Erhaltung
  - 7.4.10. Empfehlungen zur Entlassung des Benutzers
- 7.5. Nutzerzentrierte logopädische Intervention bei Dysphemie: das Lidcombe-Frühinterventionsprogramm
  - 7.5.1. Einführung in die Einheit
  - 7.5.2. Entwicklung des Programms
    - 7.5.2.1. Wer hat es entwickelt?
    - 7.5.2.2. Wo wurde es entwickelt?
  - 7.5.3. Ist es wirklich effektiv?
  - 7.5.4. Grundlagen des Lidcombe-Programms
    - 7.5.4.1. Erste Überlegungen
    - 7.5.4.2. Alter der Anwendung
  - 7.5.5. Wesentliche Komponenten
    - 7.5.5.1. Elterliche verbale Kontingenzen
    - 7.5.5.2. Maßnahmen zum Stottern
    - 7.5.5.3. Behandlung in strukturierten und unstrukturierten Gesprächen
    - 7.5.5.4. Planmäßige Wartung
  - 7.5.6. Bewertung
    - 7.5.6.1. Lidcombe-basierte Bewertung
  - 7.5.7. Phasen des Lidcombe-Programms
    - 7.5.7.1. Phase 1
    - 7.5.7.2. Phase 2

- 7.5.8. Frequenz der Sitzungen
  - 7.5.8.1. Wöchentliche Besuche beim Spezialisten
- 7.5.9. Individualisierung im Lidcombe-Programm
- 7.5.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 7.6. Logopädische Intervention für Kinder mit Dysphemie: ein Vorschlag für Übungen
  - 7.6.1. Einführung in die Einheit
  - 7.6.2. Übungen zur Sprachkontrolle
    - 7.6.2.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.2.2. Auf dem Markt erhältliche Ressourcen
    - 7.6.2.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.3. Übungen zur Angstbewältigung
    - 7.6.3.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.3.2. Auf dem Markt erhältliche Ressourcen
    - 7.6.3.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.4. Übungen zur Gedankenkontrolle
    - 7.6.4.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.4.2. Auf dem Markt erhältliche Ressourcen
    - 7.6.4.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.5. Übungen zur Kontrolle der Emotionen
    - 7.6.5.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.5.2. Auf dem Markt vorhandene Ressourcen
    - 7.6.5.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.6. Übungen zum verbessern sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
    - 7.6.6.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.6.2. Auf dem Markt erhältliche Ressourcen
    - 7.6.6.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.7. Übungen, die die Generalisierung fördern
    - 7.6.7.1. Selbstgefertigte Ressourcen
    - 7.6.7.2. Auf dem Markt erhältliche Ressourcen
    - 7.6.7.3. Technologische Ressourcen
  - 7.6.8. Wie wendet man die Übungen richtig an?
  - 7.6.9. Implementierungszeit für jede Übung
  - 7.6.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 7.7. Die Familie als Teil der Intervention und Unterstützung für das Kind mit Dysphemie
  - 7.7.1. Einführung in die Einheit
  - 7.7.2. Die Bedeutung der Familie für die Entwicklung des dysphemischen Kindes
  - 7.7.3. Kommunikationsschwierigkeiten, die das dysphemische Kind zu Hause hat
  - 7.7.4. Wie wirken sich Kommunikationsschwierigkeiten im familiären Umfeld auf das dysphemische Kind aus?
  - 7.7.5. Arten der Intervention mit Eltern
    - 7.7.5.1. Frühzeitige Intervention. (Kurze Rezension)
    - 7.7.5.2. Direkte Behandlung. (Kurze Rezension)
  - 7.7.6. Frühzeitige Intervention mit den Eltern
    - 7.7.6.1. Orientierungssitzungen
    - 7.7.6.2. Tägliche Übung
    - 7.7.6.3. Aufzeichnungen zum Verhalten
    - 7.7.6.4. Änderung von Verhaltensweisen
    - 7.7.6.5. Organisation des Umfelds
    - 7.7.6.6. Struktur der Einheiten
    - 7.7.6.7. Besondere Fälle
  - 7.7.7. Direkte Behandlung mit den Eltern
    - 7.7.7.1. Einstellungen und Verhaltensweisen ändern
    - 7.7.7.2. Die Sprache an die Schwierigkeiten des Kindes anpassen
    - 7.7.7.3. Tägliches Üben zu Hause
  - 7.7.8. Vorteile der Einbeziehung der Familie in die Intervention
    - 7.7.8.1. Wie kommt die Einbeziehung der Familie dem Kind zugute?
  - 7.7.9. Die Familie als Mittel zur Generalisierung
    - 7.7.9.1. Die Bedeutung der Familie bei der Generalisierung
  - 7.7.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 7.8. Die Schule als Teil der Intervention und Unterstützung für das Kind mit Dysphemie
  - 7.8.1. Einführung in die Einheit
  - 7.8.2. Beteiligung der Schule während des Interventionszeitraums
    - 7.8.2.1. Bedeutung des schulischen Engagements
    - 7.8.2.2. Der Einfluss der Schule auf die Entwicklung des Kindes mit Dysphemie

- 7.8.3. Intervention je nach den Bedürfnissen des Schülers
  - 7.8.3.1. Wichtigkeit der Berücksichtigung der Bedürfnisse des Schülers mit Dysphemie
  - 7.8.3.2. Wie ermittelt man die Bedürfnisse des Schülers?
  - 7.8.3.3. Verantwortliche für die Erarbeitung der Bedürfnisse des Schülers
- 7.8.4. Folgen für das Kind mit Dysphemie im Klassenzimmer
  - 7.8.4.1. Kommunikation mit den Klassenkameraden
  - 7.8.4.2. Kommunikation mit den Lehrern
  - 7.8.4.3. Psychologische Auswirkungen auf das Kind
- 7.8.5. Schulische Unterstützung
  - 7.8.5.1. Wer führt sie aus?
  - 7.8.5.2. Wie werden sie durchgeführt?
- 7.8.6. Koordination des Logopäden mit den Fachleuten der Schule
  - 7.8.6.1. Mit wem findet die Koordination statt?
  - 7.8.6.2. Zu befolgende Leitlinien für eine solche Koordinierung
- 7.8.7. Leitlinien
  - 7.8.7.1. Leitlinien für die Schule zur Verbesserung der Intervention bei dem Kind
  - 7.8.7.2. Leitlinien für die Schule zur Verbesserung des Selbstwertgefühls bei dem Kind
  - 7.8.7.3. Leitlinien für die Schule zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen des Kindes
- 7.8.8. Die Schule als förderliches Umfeld
- 7.8.9. Ressourcen, die der Schule zur Verfügung stehen
- 7.8.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 7.9. Vereinigungen und Stiftungen
  - 7.9.1. Einführung in die Einheit
  - 7.9.2. Wie können Vereinigungen den Familien helfen?
  - 7.9.3. Die Schlüsselrolle der Stottervereinigungen für Familien
  - 7.9.4. Die Hilfe von Stottervereinigungen und Stiftungen für Gesundheits- und Bildungsexperten
  - 7.9.5. Stottervereinigungen und Stiftungen auf der Welt
    - 7.9.5.1. Argentinische Vereinigung für Stottern (AAT)
      - 7.9.5.1.1. Information der Vereinigung
      - 7.9.5.1.2. Kontaktangaben
- 7.9.6. Websites für allgemeine Informationen über Stottern
  - 7.9.6.2. Amerikanische Stotterstiftung
    - 7.9.6.2.1. Kontaktangaben
  - 7.9.6.3. Logopädischer Bereich
    - 7.9.6.3.1. Kontaktangaben
- 7.9.7. Blogs mit Information zum Stottern
  - 7.9.7.1. Kurs-Blog
    - 7.9.7.1.1. Kontaktangaben
- 7.9.8. Logopädische Fachzeitschriften, in denen man Information erhält
  - 7.9.8.1. Zeitschrift von Logopädischer Bereich
    - 7.9.8.1.1. Kontaktangaben
  - 7.9.8.2. Zeitschrift für Neurologie
    - 7.9.8.2.1. Kontaktangaben
- 7.9.9. Abschließende Schlussfolgerungen
- 7.10. Anhänge
  - 7.10.1. Beispiel einer Anamnese zur Beurteilung von Dysphemie
  - 7.10.2. Fragebogen zur Sprachflüssigkeit für Eltern
  - 7.10.3. Elternfragebogen zu emotionalen Reaktionen auf das Stottern
  - 7.10.4. Register für Eltern
  - 7.10.5. Fragebogen zur Sprachflüssigkeit für Lehrer
  - 7.10.6. Entspannungsmethoden
    - 7.10.6.1. Anweisungen für den Logopäden
    - 7.10.6.2. Für Kinder angepasste Entspannungstechniken
  - 7.10.7. Diskriminierung von Menschen, die stottern
  - 7.10.8. Wahrheiten und Mythen über Stottern

## Modul 8. Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen

- 8.1. Erste Überlegungen
  - 8.1.1. Einführung in das Modul
    - 8.1.1.1. Präsentation des Moduls
  - 8.1.2. Ziele des Moduls
  - 8.1.3. Vorgeschichte der Dysarthrie
  - 8.1.4. Prognose der Dysarthrie im Kindes- und Jugendalter

- 8.1.4.1. Prognose der kindlichen Entwicklung bei Kindern mit Dysarthrien
  - 8.1.4.1.1. Sprachentwicklung bei Kindern mit Dysarthrie
  - 8.1.4.1.2. Sprechentwicklung bei Kindern mit Dysarthrie
- 8.1.5. Frühe Aufmerksamkeit für Dysarthrie
  - 8.1.5.1. Was ist Frühbetreuung?
  - 8.1.5.2. Wie hilft die Frühbetreuung bei Dysarthrie?
  - 8.1.5.3. Die Bedeutung der Frühbetreuung bei der Dysarthrie-Intervention
- 8.1.6. Prävention von Dysarthrie
  - 8.1.6.1. Wie kann man sie verhindern?
  - 8.1.6.2. Gibt es Präventionsprogramme?
- 8.1.7. Neurologie bei Dysarthrie
  - 8.1.7.1. Neurologische Implikationen der Dysarthrie
    - 8.1.7.1.1. Hirnnerven und Sprachproduktion
    - 8.1.7.1.2. Die an der phono-respiratorischen Koordination beteiligten Hirnnerven
    - 8.1.7.1.3. Sprechbezogene motorische Integration im Gehirn
- 8.1.8. Dysarthrie vs. Apraxie
  - 8.1.8.1. Einführung in die Einheit
  - 8.1.8.2. Apraxie des Sprechens
    - 8.1.8.2.1. Konzept der verbalen Apraxie
    - 8.1.8.2.2. Eigenschaften der verbalen Apraxie
  - 8.1.8.3. Unterschied zwischen Dysarthrie und verbaler Apraxie
    - 8.1.8.3.1. Zuordnungstabelle
  - 8.1.8.4. Beziehung zwischen Dysarthrie und verbaler Apraxie
    - 8.1.8.4.1. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen?
    - 8.1.8.4.2. Ähnlichkeiten zwischen den beiden Erkrankungen
- 8.1.9. Dysarthrie und Dyslalien
  - 8.1.9.1. Was sind Dyslalien? (kurze Rezension)
  - 8.1.9.2. Unterschied zwischen Dysarthrie und Dyslalien
  - 8.1.9.3. Ähnlichkeiten zwischen den beiden Erkrankungen
- 8.1.10. Aphasie und Dysarthrie
  - 8.1.10.1. Was ist Aphasie? (kurze Bedeutung)
  - 8.1.10.2. Unterschied zwischen Dysarthrie und kindliche Aphasie
  - 8.1.10.3. Ähnlichkeiten zwischen Dysarthrie und kindliche Aphasie

- 8.2. Allgemeine Merkmale der Dysarthrie
  - 8.2.1. Konzeptualisierung
    - 8.2.1.1. Konzept der Dysarthrie
    - 8.2.1.2. Symptomatologie der Dysarthrien
  - 8.2.2. Allgemeine Merkmale der Dysarthrien
  - 8.2.3. Klassifizierung der Dysarthrien nach dem Bereich, in dem die Läsion verursacht wird
    - 8.2.3.1. Dysarthrie aufgrund von Störungen der oberen Motoneuronen
      - 8.2.3.1.1. Merkmale beim Sprechen
      - 8.2.3.1.2. Dysarthrie aufgrund von Störungen der unteren Motoneuronen
        - 8.2.3.1.2.1. Merkmale des Sprechens
      - 8.2.3.1.3. Dysarthrie aufgrund von Kleinhirnleistungsstörungen
        - 8.2.3.1.3.1. Merkmale beim Sprechen
      - 8.2.3.1.4. Dysarthrie aufgrund von extrapyramidalen Störungen
        - 8.2.3.1.4.1. Merkmale beim Sprechen
      - 8.2.3.1.5. Dysarthrie aufgrund von Störungen mehrerer motorischer Systeme
        - 8.2.3.1.5.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.3.2. Dysarthrie aufgrund von Störungen der unteren Motoneuronen
  - 8.2.3.3. Dysarthrie aufgrund von Kleinhirnleistungsstörungen
    - 8.2.3.3.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.3.4. Dysarthrie aufgrund von extrapyramidalen Störungen
    - 8.2.3.4.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.3.5. Dysarthrie aufgrund von Störungen mehrerer motorischer Systeme
    - 8.2.3.5.1. Merkmale beim Sprechen
- 8.2.4. Klassifizierung nach Symptomatik
  - 8.2.4.1. Spastische Dysarthrie
    - 8.2.4.1.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.4.2. Schlanke Dysarthrie
    - 8.2.4.2.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.4.3. Ataxische Dysarthrie
    - 8.2.4.3.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.4.4. Dyskinetische Dysarthrie
    - 8.2.4.4.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.4.5. Gemischte Dysarthrie
    - 8.2.4.5.1. Merkmale beim Sprechen
  - 8.2.4.6. Spastische Dysarthrie
    - 8.2.4.6.1. Merkmale beim Sprechen

- 8.2.5. Klassifizierung nach der artikulatorischen Aufnahme
    - 8.2.5.1. Generalisierte Dysarthrie
    - 8.2.5.2. Dysarthrischer Zustand
    - 8.2.5.3. Dysarthrische Überreste
  - 8.2.6. Ätiologie von Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen
    - 8.2.6.1. Hirnverletzung
    - 8.2.6.2. Hirntumor
    - 8.2.6.3. Hirntumor
    - 8.2.6.4. Schlaganfall
    - 8.2.6.5. Andere Ursachen
    - 8.2.6.6. Medikamente
  - 8.2.7. Prävalenz von Dysarthrie bei Kindern und Jugendlichen
    - 8.2.7.1. Aktuelle Prävalenz der Dysarthrie
    - 8.2.7.2. Veränderungen der Prävalenz im Laufe der Jahre
  - 8.2.8. Sprachliche Merkmale bei Dysarthrie
    - 8.2.8.1. Gibt es bei Kindern mit Dysarthrie Sprachschwierigkeiten?
    - 8.2.8.2. Merkmale der Störungen
  - 8.2.9. Sprechmerkmale bei Dysarthrie
    - 8.2.9.1. Gibt es bei Kindern mit Dysarthrie Sprechschwierigkeiten?
    - 8.2.9.2. Merkmale der Störungen
  - 8.2.10. Semiologie der Dysarthrien
    - 8.2.10.1. Wie erkennt man Dysarthrie?
    - 8.2.10.2. Relevante Anzeichen und Symptome von Dysarthrie
  - 8.3. Klassifizierung der Dysarthrien
    - 8.3.1. Andere Störungen bei Kindern mit Dysarthrie
      - 8.3.1.1. Motorische Störungen
      - 8.3.1.2. Psychologische Störungen
      - 8.3.1.3. Kommunikative Störungen
      - 8.3.1.4. Störungen in den sozialen Beziehungen
    - 8.3.2. Infantile Zerebralparese
      - 8.3.2.1. Konzept der Zerebralparese
      - 8.3.2.2. Dysarthrie bei infantiler Zerebralparese
        - 8.3.2.2.1. Folgen der Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung
    - 8.3.2.3. Dysphagie
      - 8.3.2.3.1. Konzept der Dysphagie
      - 8.3.2.3.2. Dysarthrie im Verhältnis zur Dysphagie
      - 8.3.2.3.3. Folgen der Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung
  - 8.3.3. Erworbene Hirnschädigung
    - 8.3.3.1. Konzept der erworbenen Hirnschädigung
    - 8.3.3.2. Dysarthrie im Zusammenhang mit erworbener Hirnschädigung
      - 8.3.3.2.1. Folgen der Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung
  - 8.3.4. Multiple Sklerose
    - 8.3.4.1. Konzept der Multiplen Sklerose
    - 8.3.4.2. Dysarthrie bei Multipler Sklerose
      - 8.3.4.2.1. Folgen der Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung
  - 8.3.5. Erworbene Hirnschädigung im Kindesalter
    - 8.3.5.1. Konzept der erworbenen Hirnschädigung
    - 8.3.5.2. Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung im Kindesalter
      - 8.3.5.2.1. Folgen der Dysarthrie bei erworbener Hirnschädigung
  - 8.3.6. Psychologische Folgen bei dysarthrischen Kindern
    - 8.3.6.1. Wie wirkt sich die Dysarthrie auf die psychologische Entwicklung eines Kindes aus?
    - 8.3.6.2. Betroffene psychologische Aspekte
  - 8.3.7. Soziale Folgen bei dysarthrischen Kindern
    - 8.3.7.1. Beeinträchtigt sie die soziale Entwicklung dysarthrischer Kinder?
  - 8.3.8. Auswirkungen auf kommunikative Interaktionen bei dysarthrischen Kindern
    - 8.3.8.1. Wie wirkt sich die Dysarthrie auf die Kommunikation aus?
    - 8.3.8.2. Betroffene Kommunikative Aspekte
  - 8.3.9. Soziale Folgen bei dysarthrischen Kindern
    - 8.3.9.1. Wie wirkt sich die Dysarthrie auf soziale Beziehungen aus?
  - 8.3.10. Wirtschaftliche Folgen
    - 8.3.10.1. Professionelle Intervention und die finanziellen Kosten für die Familie
- 8.4. Sonstige Klassifikationen der Dysarthrie im Kindes- und Jugendalter
  - 8.4.1. Logopädische Beurteilung und ihre Bedeutung bei Kindern mit Dysarthrie
    - 8.4.1.1. Warum sollten Dysarthrie-Fälle vom Logopäden beurteilt werden?
    - 8.4.1.2. Wozu sollten Fälle von Dysarthrie von einem Logopäden beurteilt werden?

- 8.4.2. Klinische logopädische Beurteilung
  - 8.4.3. Beurteilungs- und Diagnoseverfahren
    - 8.4.3.1. Anamnese
    - 8.4.3.2. Dokumentarische Analyse
    - 8.4.3.3. Gespräch mit Familienmitgliedern
  - 8.4.4. Direkte Untersuchung
    - 8.4.4.1. Neurophysiologische Untersuchung
    - 8.4.4.2. Untersuchung des Trigeminusnervs
    - 8.4.4.3. Untersuchung des akzessorischen Nervs
    - 8.4.4.4. Untersuchung des Nervus glossopharyngeus
    - 8.4.4.5. Exploración des Gesichtsnervs
      - 8.4.4.5.1. Erkundung des Nervus hypoglossus
      - 8.4.4.5.2. Untersuchung des akzessorischen Nervs
  - 8.4.5. Wahrnehmungsorientierte Untersuchung
    - 8.4.5.1. Untersuchung der Atmung
    - 8.4.5.2. Resonanz
    - 8.4.5.3. orale motorische Kontrolle
    - 8.4.5.4. Artikulation
  - 8.4.6. Andere zu Bewertende Aspekte
    - 8.4.6.1. Verständlichkeit
    - 8.4.6.2. Automatische Rede
    - 8.4.6.3. Lesen
    - 8.4.6.4. Prosodie
    - 8.4.6.5. Erkundung der Verständlichkeit/Schweregrad
  - 8.4.7. Beurteilung des dysarthrischen Kindes im familiären Kontext
    - 8.4.7.1. Zu befragende Personen für die Bewertung des familiären Kontextes
    - 8.4.7.2. Relevante Aspekte des Gesprächs
      - 8.4.7.2.1. Einige wichtige Fragen, die Sie bei der Befragung der Familie stellen sollten
    - 8.4.7.3. Die Bedeutung der Beurteilung im familiären Kontext
  - 8.4.8. Beurteilung des dysarthrischen Kindes im schulische Kontext
    - 8.4.8.1. Fachleute, die im schulischen Kontext befragt werden sollen
      - 8.4.8.1.1. Der Tutor
        - 8.4.8.1.2. Der Hör- und Sprachlehrer
        - 8.4.8.1.3. Der Schulberater
    - 8.4.8.2. Die Bedeutung der schulischen Beurteilung bei Kindern mit Dysarthrie
  - 8.4.9. Beurteilung dysarthrischer Kinder durch andere Gesundheitsfachkräfte
    - 8.4.9.1. Die Bedeutung einer gemeinsamen Beurteilung
    - 8.4.9.2. Neurologische Beurteilung
    - 8.4.9.3. Physiotherapeutische Beurteilung
    - 8.4.9.4. Otolaryngologische Beurteilung
    - 8.4.9.5. Psychologische Beurteilung
  - 8.4.10. Differentialdiagnose
    - 8.4.10.1. Wie stellt man die Differentialdiagnose bei Kindern mit Dysarthrie?
    - 8.4.10.2. Überlegungen zur Erstellung der Differentialdiagnose
- 8.5. Merkmale der Dysarthrien
- 8.5.1. Die Bedeutung der Intervention bei der Dysarthrie im Kindesalter
    - 8.5.1.1. Folgen für von Dysarthrie betroffene Kinder
    - 8.5.1.2. Verlauf der Dysarthrie durch Intervention
  - 8.5.2. Ziele der Intervention bei Kindern mit Dysarthrie
    - 8.5.2.1. Allgemeine Ziele bei Dysarthrie
      - 8.5.2.1.1. Psychologische Ziele
      - 8.5.2.1.2. Motorische Ziele
  - 8.5.3. Interventionsmethoden
  - 8.5.4. Schritte, die während der Intervention unternommen werden müssen
    - 8.5.4.1. Bestimmen des Interventionsmodells
    - 8.5.4.2. Bestimmen der Abfolge und des Zeitpunkts der Intervention
  - 8.5.5. Das Kind als Hauptperson während der Intervention
    - 8.5.5.1. Stützung der Intervention auf den Fähigkeiten des Kindes
  - 8.5.6. Allgemeine Überlegungen in der Intervention
    - 8.5.6.1. Bedeutung der Einbeziehung der Motivation in der Intervention
    - 8.5.6.2. Affektivität während der Intervention
  - 8.5.7. Vorschlag für Aktivitäten für logopädische Interventionen
    - 8.5.7.1. Psychologische Aktivitäten
    - 8.5.7.2. Motorische Aktivitäten

- 8.5.8. Die Bedeutung des gemeinsamen Rehabilitationsprozesses
  - 8.5.8.1. Fachleute, die bei Dysarthrien beteiligt sind
    - 8.5.8.1.1. Physiotherapeut
    - 8.5.8.1.2. Psychologe
- 8.5.9. Alternative und unterstützende Kommunikationssysteme als Unterstützung für Interventionen
  - 8.5.9.1. Wie können diese Systeme bei der Behandlung von Kindern mit Dysarthrie helfen?
  - 8.5.9.2. Wahl des Systemtyps: augmentativ oder alternativ?
  - 8.5.9.3. Umgebungen, in denen es eingesetzt werden soll
- 8.5.10. Wie wird das Ende der Behandlung festgelegt?
  - 8.5.10.1. Kriterien für die Anzeige des Endes der Rehabilitation
  - 8.5.10.2. Erreichen der Rehabilitationsziele
- 8.6. Bewertung der Dysarthrien
  - 8.6.1. Logopädische Intervention bei Dysarthrien
    - 8.6.1.1. Bedeutung der logopädischen Intervention bei infantil-jugendlicher Dysarthrie
    - 8.6.1.2. Wie sieht eine logopädische Intervention bei Dysarthrie aus?
    - 8.6.1.3. Ziele der logopädischen Intervention
      - 8.6.1.3.1. Allgemeine Ziele der logopädischen Intervention
      - 8.6.1.3.2. Spezifische Ziele der logopädischen Intervention
  - 8.6.2. Schlucktherapie bei Dysarthrie
    - 8.6.2.1. Schluckprobleme bei Dysarthrie
    - 8.6.2.2. Was ist eine Schlucktherapie?
    - 8.6.2.3. Bedeutung der Therapie
  - 8.6.3. Haltungs- und Körpertherapie bei Dysarthrie
    - 8.6.3.1. Haltungsschwierigkeiten bei Dysarthrie
    - 8.6.3.2. Was ist Haltungs- und Körpertherapie?
    - 8.6.3.3. Bedeutung der Therapie
  - 8.6.4. Orofaziale Therapie bei Dysarthrie
    - 8.6.4.1. Orofaziale Schwierigkeiten bei Dysarthrie
    - 8.6.4.2. Was ist orofaziale Therapie?
    - 8.6.4.3. Bedeutung der Therapie





- 8.6.5. Atmungstherapie und phonorespiratorische Koordination bei Dysarthrie
  - 8.6.5.1. Schwierigkeiten bei der phonorespiratorischen Koordination in Fällen von Dysarthrie
  - 8.6.5.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.5.3. Bedeutung der Therapie
- 8.6.6. Artikulationstherapie bei Dysarthrie
  - 8.6.6.1. Artikulationsschwierigkeiten in Fällen von Dysarthrie
  - 8.6.6.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.6.3. Bedeutung der Therapie
- 8.6.7. Sprachtherapie bei Dysarthrie
  - 8.6.7.1. Schwierigkeiten beim Sprechen bei Dysarthrie
  - 8.6.7.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.7.3. Bedeutung der Therapie
- 8.6.8. Resonanztherapie bei Dysarthrie
  - 8.6.8.1. Schwierigkeiten bei der Resonanz in Fällen von Dysarthrie
  - 8.6.8.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.8.3. Bedeutung der Therapie
- 8.6.9. Stimmtherapie bei Dysarthrie
  - 8.6.9.1. Stimmstörungen bei Dysarthrie
  - 8.6.9.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.9.3. Bedeutung der Therapie
- 8.6.10. Therapie der Prosodie und des Redeflusses
  - 8.6.10.1. Schwierigkeiten bei der Prosodie und dem flüssigen Sprechen bei Dysarthrie
  - 8.6.10.2. Worin besteht die Therapie?
  - 8.6.10.3. Bedeutung der Therapie
- 8.7. Logopädische Untersuchung bei Dysarthrien
  - 8.7.1. Einleitung
    - 8.7.1.1. Die Bedeutung der Entwicklung eines logopädischen Interventionsprogramms für ein Kind mit Dysarthrie
  - 8.7.2. Erste Überlegungen zur Entwicklung eines logopädischen Interventionsprogramms
    - 8.7.2.1. Merkmale von dysarthrischen Kindern

- 8.7.3. Entscheidungen für die Planung der logopädischen Intervention
  - 8.7.3.1. Durchzuführende Methode der Intervention
  - 8.7.3.2. Konsens über die Abfolge der Interventionssitzungen: zu berücksichtigende Aspekte
    - 8.7.3.2.1. Chronologisches Alter
    - 8.7.3.2.2. Außerschulische Aktivitäten des Kindes
    - 8.7.3.2.3. Zeitpläne
  - 8.7.3.3. Interventionslinien festlegen
- 8.7.4. Ziele des logopädischen Interventionsprogramms in Fällen von Dysarthrie
  - 8.7.4.1. Allgemeine Ziele der logopädischen Intervention
  - 8.7.4.2. Spezifische Ziele der logopädischen Intervention
- 8.7.5. Bereiche der logopädischen Intervention bei Dysarthrien und vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.5.1. Orofazial
  - 8.7.5.2. Stimme
  - 8.7.5.3. Prosodie
  - 8.7.5.4. Sprechen
  - 8.7.5.5. Sprachgebrauch
  - 8.7.5.6. Atmung
- 8.7.6. Materialien und Ressourcen für die logopädische Intervention
  - 8.7.6.1. Vorschlag für auf dem Markt befindliche Materialien zur Verwendung in der logopädischen Intervention mit einem Überblick über das Material und seine Verwendungsmöglichkeiten
  - 8.7.6.2. Bilder der oben vorgeschlagenen Materialien
- 8.7.7. Technologische Ressourcen und didaktische Materialien für logopädische Interventionen
  - 8.7.7.1. Softwareprogramme für die Intervention
    - 8.7.7.1.1. PRAAT-Programm
- 8.7.8. Interventionsmethoden bei Dysarthrie
  - 8.7.8.1. Arten von Interventionsmethoden
    - 8.7.8.1.1. Medizinische Methoden
    - 8.7.8.1.2. Klinische Interventionsmethoden
    - 8.7.8.1.3. Instrumentelle Methoden
    - 8.7.8.1.4. Pragmatische Methoden
    - 8.7.8.1.5. Verhaltenslogopädische Methoden
  - 8.7.8.2. Auswahl der für den Fall geeigneten Interventionsmethode
- 8.7.9. Techniken der logopädischen Intervention und vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.1. Respiración
    - 8.7.9.1.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.2. Phonation
    - 8.7.9.2.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.3. Artikulation
    - 8.7.9.3.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.4. Resonanz
    - 8.7.9.4.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.5. Sprechgeschwindigkeit
    - 8.7.9.5.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
  - 8.7.9.6. Akzent und Intonation
    - 8.7.9.6.1. Vorgeschlagene Aktivitäten
- 8.7.10. Alternative und/oder Augmentative Kommunikationssysteme als Interventionsmethode in Fällen von Dysarthrie
  - 8.7.10.1. Was sind AACs?
  - 8.7.10.2. Wie können AACs bei der Behandlung von Kindern mit Dysarthrie helfen?
  - 8.7.10.3. Wie können AACs die Kommunikation von Kindern mit Dysarthrie unterstützen?
  - 8.7.10.4. Auswahl einer Systemmethode entsprechend den Bedürfnissen des Kindes
    - 8.7.10.4.1. Überlegungen zur Einrichtung eines Kommunikationssystems
  - 8.7.10.5. Wie kann man Kommunikationssysteme in verschiedenen Bereichen der Kinderentwicklung einsetzen?
- 8.8. Logopädische Intervention bei Dysarthrien
  - 8.8.1. Einführung in die Einheit über die Entwicklung des dysarthrischen Kindes
  - 8.8.2. Die Folgen des dysarthrischen Kindes im familiären Kontext
    - 8.8.2.1. Wie werden Kinder durch Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld beeinträchtigt?
  - 8.8.3. Kommunikationsschwierigkeiten im häuslichen Umfeld des dysarthrischen Kindes
    - 8.8.1.1. Auf welche Hindernisse stoßen Sie im häuslichen Umfeld?

- 8.8.4. Die Bedeutung einer professionellen Intervention im familiären Umfeld und das familienzentrierte Interventionsmodell
  - 8.8.4.1. Die Bedeutung der Familie für die Entwicklung des Kindes mit Dysarthrie
  - 8.8.4.2. Wie kann man familienzentrierte Interventionen für dysarthrische Kinder anbieten?
- 8.8.5. Integration der Familie in die logopädische und schulische Intervention bei Kindern mit Dysarthrie
  - 8.8.5.1. Aspekte, die zu berücksichtigen sind, um die Familie in die Intervention zu integrieren
- 8.8.6. Vorteile der Integration der Familie in die professionelle und schulische Intervention
  - 8.8.6.1. Koordinierung mit medizinischen Fachkräften und die Vorteile
  - 8.8.6.2. Koordinierung mit Bildungsfachleuten und die Vorteile
- 8.8.7. Ratschläge für das familiäre Umfeld
  - 8.8.7.1. Ratschläge zur Erleichterung der mündlichen Kommunikation bei dysarthrischen Kindern
  - 8.8.7.2. Leitlinien für die häusliche Beziehung zu einem dysarthrischen Kind
- 8.8.8. Psychologische Unterstützung für die Familie
  - 8.8.8.1. Psychologische Auswirkungen auf Familien von Kindern mit Dysarthrie
  - 8.8.8.2. Warum sollten Sie psychologische Unterstützung anbieten?
- 8.8.9. Die Familie als Mittel zur Generalisierung des Lernprozesses
  - 8.8.9.1. Die Bedeutung der Familie für die Generalisierung des Lernprozesses
  - 8.8.9.2. Wie kann die Familie den Lernprozess des Kindes unterstützen?
- 8.8.10. Kommunikation mit dem Kind mit Dysarthrie
  - 8.8.10.1. Kommunikationsstrategien im häuslichen Umfeld
  - 8.8.10.2. Ratschläge für eine bessere Kommunikation
    - 8.8.10.2.1. Veränderungen im Umfeld
    - 8.8.10.2.2. Alternativen zur mündlichen Kommunikation
- 8.9. Vorschlag für Übungen zur logopädischen Intervention bei Dysarthrie
  - 8.9.1. Einführung in die Einheit
    - 8.9.1.1. Der Zeitraum der kindlichen Einschulung in Bezug auf die Prävalenz der infantil-juvenilen Dysarthrie
  - 8.9.2. Die Bedeutung der Einbeziehung der Schule während der Interventionsphase
    - 8.9.2.1. Die Schule als Mittel der Entwicklung für das dysarthrische Kind
    - 8.9.2.2. Der Einfluss der Schule auf die kindliche Entwicklung
  - 8.9.3. Schulische Unterstützung, wer unterstützt das Kind in der Schule und wie?
    - 8.9.3.1. Der Hör- und Sprachlehrer
    - 8.9.3.2. Der Schulberater
  - 8.9.4. Koordinierung von Rehabilitationsfachleuten mit Bildungsfachleuten
    - 8.9.4.1. Mit wem sich koordinieren?
    - 8.9.4.2. Schritte zur Koordinierung
  - 8.9.5. Folgen im Klassenzimmer für das dysarthrische Kind
    - 8.9.5.1. Psychologische Folgen bei dysarthrischen Kindern
    - 8.9.5.2. Kommunikation mit Mitschülern
  - 8.9.6. Intervention je nach den Bedürfnissen des Schülers
    - 8.9.6.1. Wichtigkeit der Berücksichtigung der Bedürfnisse des Schülers mit Dysarthrie
    - 8.9.6.2. Wie ermittelt man die Bedürfnisse des Schülers?
    - 8.9.6.3. Teilnehmer an der Erarbeitung der Bedürfnisse des Schülers
  - 8.9.7. Leitlinien
    - 8.9.7.1. Leitfaden für die Schule zur Intervention bei einem Kind mit Dysarthrie
  - 8.9.8. Zielsetzung des Bildungszentrums
    - 8.9.8.1. Allgemeine Ziele der schulische Intervention
    - 8.9.8.2. Strategien zur Erreichung der Ziele
  - 8.9.9. Interventionsmethoden im Rahmen von Strategien zur Förderung der Integration des Kindes im Klassenzimmer
  - 8.9.10. Der Einsatz von AACs im Klassenzimmer zur Förderung der Kommunikation
    - 8.9.10.1. Wie können AACs im Klassenzimmer bei dysarthrischen Schülern helfen?
- 8.10. Anhänge

## Modul 9. Hörschädigung verstehen

- 9.1. Das auditorische System: die anatomischen und funktionellen Grundlagen
  - 9.1.1. Einführung in die Einheit
    - 9.1.1.1. Erste Überlegungen
    - 9.1.1.2. Klangliches Konzept
    - 9.1.1.3. Lärmkonzept
    - 9.1.1.4. Konzept der Schallwellen
  - 9.1.2. Das Außenohr
    - 9.1.2.1. Konzept und Funktion des Außenohrs
    - 9.1.2.2. Teile des Außenohrs
  - 9.1.3. Das Mittelohr
    - 9.1.3.1. Konzept und Funktion des Mittelohrs
    - 9.1.3.2. Teile des Mittelohrs
  - 9.1.4. Das Innenohr
    - 9.1.4.1. Konzept und Funktion des Innenohrs
    - 9.1.4.2. Teile des Innenohrs
  - 9.1.5. Physiologie des Hörens
  - 9.1.6. Wie funktioniert das natürliche Hören?
    - 9.1.6.1. Konzept des natürlichen Hörens
    - 9.1.6.2. Ungestörter Gehörmechanismus
- 9.2. Hörverlust
  - 9.2.1. Hörverlust
    - 9.2.1.1. Konzept des Hörverlusts
    - 9.2.1.2. Symptome eines Hörverlusts
  - 9.2.2. Klassifizierung des Hörverlusts nach der Lokalisation der Läsion
    - 9.2.2.1. Übertragungs- oder Schalleitungshörverlust
    - 9.2.2.2. Wahrnehmungsstörung oder sensorineuraler Hörverlust
  - 9.2.3. Klassifizierung von Hörverlusten nach dem Grad des Hörverlusts
    - 9.2.3.1. Leichter Hörverlust
    - 9.2.3.2. Mittlerer Hörverlust
    - 9.2.3.3. Schwerer Hörverlust
    - 9.2.3.4. Tiefgreifender Hörverlust
  - 9.2.4. Klassifizierung von Hörverlusten nach dem Alter des Auftretens
    - 9.2.4.1. Vorsprachlicher Hörverlust
    - 9.2.4.2. Perlokutiver Hörverlust
    - 9.2.4.3. Postlingualer Hörverlust
  - 9.2.5. Klassifizierung von Hörverlusten nach ihrer Ätiologie
    - 9.2.5.1. Unfallbedingter Hörverlust
    - 9.2.5.2. Hörverlust aufgrund des Konsums von ototoxischen Substanzen
    - 9.2.5.3. Genetischer Hörverlust
    - 9.2.5.4. Andere mögliche Ursachen
  - 9.2.6. Risikofaktoren für Hörverlust
    - 9.2.6.1. Alterung
    - 9.2.6.2. Laute Geräusche
    - 9.2.6.3. Erbliche Faktoren
    - 9.2.6.4. Freizeitsport
    - 9.2.6.5. Andere
  - 9.2.7. Prävalenz von Hörverlust
    - 9.2.7.1. Erste Überlegungen
    - 9.2.7.2. Prävalenz von Hörverlust im Rest der Welt
  - 9.2.8. Komorbidität von Hörverlust
    - 9.2.8.1. Komorbidität bei Hörverlust
    - 9.2.8.2. Assoziierte Störungen
  - 9.2.9. Vergleich der Lautstärke der häufigsten Geräusche
    - 9.2.9.1. Geräuschpegel von häufigen Lärmquellen
  - 9.2.10. Hörschutz
    - 9.2.10.1. Erste Überlegungen
    - 9.2.10.2. Bedeutung der Prävention
    - 9.2.10.3. Präventive Methoden zur Hörvorsorge
- 9.3. Audiologie und Audiometrie
- 9.4. Hörgeräte
  - 9.4.1. Erste Überlegungen
  - 9.4.2. Geschichte der Hörgeräte
  - 9.4.3. Was sind Hörgeräte?
    - 9.4.3.1. Konzept eines Hörgeräts
    - 9.4.3.2. Wie funktioniert ein Hörgerät?
    - 9.4.3.3. Beschreibung des Geräts

- 9.4.4. Hörgeräteanpassung und Anpassungsanforderungen
  - 9.4.4.1. Erste Überlegungen
  - 9.4.4.2. Anforderungen für die Anpassung von Hörgeräten
  - 9.4.4.3. Wie wird ein Hörgerät angepasst?
- 9.4.5. Wann ist es nicht ratsam, ein Hörgerät anzupassen?
  - 9.4.5.1. Erste Überlegungen
  - 9.4.5.2. Aspekte, die die endgültige Entscheidung des Arztes beeinflussen
- 9.4.6. Erfolg und Misserfolg der Hörgeräteanpassung
  - 9.4.6.1. Faktoren, die den Erfolg der Hörgeräteanpassung beeinflussen
  - 9.4.6.2. Faktoren, die das Scheitern einer Hörgeräteanpassung beeinflussen
- 9.4.7. Analyse der Beweise für die Wirksamkeit, Sicherheit und ethischen Aspekte von Hörgeräten
  - 9.4.7.1. Effektivität des Hörgeräts
  - 9.4.7.2. Sicherheit des Hörgeräts
- 9.4.8. Indikationen und Kontraindikationen für Hörgeräte
  - 9.4.8.1. Erste Überlegungen
  - 9.4.8.2. Indikationen für Hörgeräte
  - 9.4.8.3. Kontraindikationen für Hörgeräte
- 9.4.9. Aktuelle Hörgerätmodelle
  - 9.4.9.1. Einführung
  - 9.4.9.2. Die verschiedenen aktuellen Modelle von Hörgeräten
- 9.4.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 9.5. Cochlea-Implantate
  - 9.5.1. Einführung in die Einheit
  - 9.5.2. Geschichte des Cochlea-Implantats
  - 9.5.3. Was sind Cochlea-Implantate?
    - 9.5.3.1. Konzept des Cochlea-Implantats
    - 9.5.3.2. Wie funktioniert ein Cochlea-Implantat?
    - 9.5.3.3. Beschreibung des Geräts
  - 9.5.4. Voraussetzungen für die Anpassung eines Cochlea-Implantats
    - 9.5.4.1. Erste Überlegungen
    - 9.5.4.2. Physikalische Anforderungen, die der Benutzer erfüllen muss
    - 9.5.4.3. Psychologische Anforderungen, die der Benutzer erfüllen muss
  - 9.5.5. Implantation des Cochlea-Implantats
    - 9.5.5.1. Die Operation
    - 9.5.5.2. Implantat-Programmierung
    - 9.5.5.3. Fachleute, die an Chirurgie und Implantatprogrammierung beteiligt sind
  - 9.5.6. Wann ist es nicht ratsam, ein Cochlea-Implantate anzupassen?
    - 9.5.6.1. Erste Überlegungen
    - 9.5.6.2. Aspekte, die die endgültige Entscheidung des Arztes beeinflussen
  - 9.5.7. Erfolg und Misserfolg der Cochlea-Implantation
    - 9.5.7.1. Faktoren, die den Erfolg einer Cochlea-Implantation beeinflussen
    - 9.5.7.2. Faktoren, die das Scheitern des Cochlea-Implantats beeinflussen
  - 9.5.8. Analyse der Beweise für die Wirksamkeit, Sicherheit und ethischen Aspekte von Cochlea-Implantaten
    - 9.5.8.1. Effektivität des Cochlea-Implantats
    - 9.5.8.2. Sicherheit des Cochlea-Implantats
  - 9.5.9. Indikationen und Kontraindikationen des Cochlea-Implantats
    - 9.5.9.1. Erste Überlegungen
    - 9.5.9.2. Indikationen des Cochlea-Implantats
    - 9.5.9.3. Kontraindikationen des Cochlea-Implantats
  - 9.5.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 9.6. Logopädische Beurteilungsinstrumente für Hörverluste
  - 9.6.1. Einführung in die Einheit
  - 9.6.2. Elemente, die während den Beurteilung zu berücksichtigen sind
    - 9.6.2.1. Grad der Aufmerksamkeit
    - 9.6.2.2. Nachahmung
    - 9.6.2.3. Visuelle Wahrnehmung
    - 9.6.2.4. Kommunikationsmodus
    - 9.6.2.5. Gehör
      - 9.6.2.5.1. Reaktion auf unerwartete Geräusche
      - 9.6.2.5.2. Geräuscherkennung. Welche Geräusche hören Sie?
      - 9.6.2.5.3. Identifizierung und Erkennung von Umwelt- und Sprachgeräuschen
  - 9.6.3. Audiometrie und Audiogramm
    - 9.6.3.1. Erste Überlegungen
    - 9.6.3.2. Konzept der Audiometrie
    - 9.6.3.3. Konzept des Audiogramms
    - 9.6.3.4. Rolle der Audiometrie und des Audiogramms

- 9.6.4. Erster Teil der Beurteilung: Anamnese
    - 9.6.4.1. Allgemeine Entwicklung des Patienten
    - 9.6.4.2. Art und Grad des Hörverlusts
    - 9.6.4.3. Zeitpunkt des Auftretens des Hörverlusts
    - 9.6.4.4. Vorhandensein von assoziierten Pathologien
    - 9.6.4.5. Kommunikationsmodus
    - 9.6.4.6. Verwendung oder Fehlen eines Hörgeräts
      - 9.6.4.6.1. Datum der Einsetzung
      - 9.6.4.6.2. Andere Aspekte
  - 9.6.5. Zweiter Teil der Beurteilung: HNO-Arzt und Orthopädietechniker
    - 9.6.5.1. Erste Überlegungen
    - 9.6.5.2. Bericht des HNO-Arztes
      - 9.6.5.2.1. Analyse der objektiven Tests
      - 9.6.5.2.2. Analyse der subjektiven Tests
    - 9.6.5.3. Bericht des Orthopädietechnikers
  - 9.6.6. Zweiter Teil der Beurteilung: Standardisierte Tests
    - 9.6.6.1. Erste Überlegungen
    - 9.6.6.2. Sprachaudiometrie
      - 9.6.6.2.1. Ling-Test
      - 9.6.6.2.2. Test des Namens
      - 9.6.6.2.3. Test zur frühen Sprachwahrnehmung (ESP)
      - 9.6.6.2.4. Test der Unterscheidungsmerkmale
      - 9.6.6.2.5. Test zur Erkennung von Vokalen
      - 9.6.6.2.6. Test zur Erkennung von Konsonanten
      - 9.6.6.2.7. Test zur Erkennung von einsilbigen Wörtern
      - 9.6.6.2.8. Test zur Erkennung von zweisilbigen Wörtern
      - 9.6.6.2.9. Test zur Erkennung von Sätzen
        - 9.6.6.2.9.1. Test mit offener Satzwahl und Unterstützung
        - 9.6.6.2.9.2. Test mit offener Satzwahl ohne Unterstützung
    - 9.6.6.3. Mündlicher Sprachtest
      - 9.6.6.3.1. PLON-R
      - 9.6.6.3.2. Reynell-Skala für Sprachentwicklung
      - 9.6.6.3.3. ITPA
      - 9.6.6.3.4. ELCE
      - 9.6.6.3.5. Monfort-induziertes phonologisches Register
      - 9.6.6.3.6. MacArthur
      - 9.6.6.3.7. Boehms Test der Grundbegriffe
      - 9.6.6.3.8. BLOC
  - 9.6.7. Elemente, die in einem logopädischen Bericht über einen Hörverlust enthalten sein sollten
    - 9.6.7.1. Erste Überlegungen
    - 9.6.7.2. Wichtige und grundlegende Elemente
    - 9.6.7.3. Die Bedeutung des logopädischen Berichts in der auditorischen Rehabilitation
  - 9.6.8. Beurteilung des hörgeschädigten Kindes im schulischen Kontext
    - 9.6.8.1. Zu befragende Fachleute
      - 9.6.8.1.1. Tutor
      - 9.6.8.1.2. Professoren
      - 9.6.8.1.3. Hör- und Sprachlehrer
      - 9.6.8.1.4. Andere
  - 9.6.9. Frühzeitige Erkennung
    - 9.6.9.1. Erste Überlegungen
    - 9.6.9.2. Die Bedeutung der Frühdiagnose
    - 9.6.9.3. Warum ist eine logopädische Untersuchung effektiver, wenn das Kind jünger ist?
  - 9.6.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 9.7. Die Rolle des Logopäden bei der Behandlung von Hörverlust
- 9.7.1. Einführung in die Einheit
    - 9.7.1.1. Methodische Ansätze, wie von Perier (1987) klassifiziert
    - 9.7.1.2. Mündliche monolinguale Methoden
    - 9.7.1.3. Zweisprachige Methoden
    - 9.7.1.4. Gemischte Methoden
  - 9.7.2. Gibt es einen Unterschied zwischen der Rehabilitation nach einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat?
  - 9.7.3. Post-implantäre Intervention bei prälokutionären Kindern
  - 9.7.4. Post-implantäre Intervention bei postlokutionären Kindern
    - 9.7.4.1. Einführung in die Einheit

- 9.7.4.2. Phasen der auditiven Rehabilitation
  - 9.7.4.2.1. Phase der Geräuscherfassung
  - 9.7.4.2.2. Phase der Unterscheidung
  - 9.7.4.2.3. Phase der Identifizierung
  - 9.7.4.2.4. Phase der Erkennung
  - 9.7.4.2.5. Phase des Verstehens
- 9.7.5. Nützliche Aktivitäten für die Rehabilitation
  - 9.7.5.1. Aktivitäten für die Erfassungsphase
  - 9.7.5.2. Aktivitäten für die Unterscheidungsphase
  - 9.7.5.3. Aktivitäten für die Identifizierungsphase
  - 9.7.5.4. Aktivitäten für die Erkennungsphase
  - 9.7.5.5. Aktivitäten für die Verstehensphase
- 9.7.6. Die Rolle der Familie im Rehabilitationsprozess
  - 9.7.6.1. Leitlinien für Familien
  - 9.7.6.2. Ist es ratsam, dass die Eltern bei den Sitzungen anwesend sind?
- 9.7.7. Die Bedeutung eines interdisziplinären Teams bei der Intervention
  - 9.7.7.1. Erste Überlegungen
  - 9.7.7.2. Die Gründe für Die Bedeutung des interdisziplinären Teams
  - 9.7.7.3. An der Rehabilitation beteiligte Fachkräfte
- 9.7.8. Strategien für das schulische Umfeld
  - 9.7.8.1. Erste Überlegungen
  - 9.7.8.2. Kommunikative Strategien
  - 9.7.8.3. Methodologische Strategien
  - 9.7.8.4. Strategien zur Anpassung von Texten
- 9.7.9. An die logopädische Intervention in der Audiologie angepasste Materialien und Ressourcen
  - 9.7.9.1. Nützliche Materialien aus eigener Herstellung
  - 9.7.9.2. Nützliche Materialien auf dem Markt
  - 9.7.9.3. Nützliche technologische Ressourcen
- 9.7.10. Abschließende Schlussfolgerungen
- 9.8. Bimodale Kommunikation
  - 9.8.1. Einführung in die Einheit
  - 9.8.2. Was ist bimodale Kommunikation?
    - 9.8.2.1. Konzept
    - 9.8.2.2. Funktionen
  - 9.8.3. Elemente der bimodalen Kommunikation
    - 9.8.3.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.3.2. Elemente der bimodalen Kommunikation
      - 9.8.3.2.1. Pantomimische Gesten
      - 9.8.3.2.2. Elemente der Gebärdensprache
      - 9.8.3.2.3. Natürliche Gesten
      - 9.8.3.2.4. "Idiosynkratische" Gesten
      - 9.8.3.2.5. Andere Elemente
  - 9.8.4. Ziele und Vorteile der Nutzung bimodaler Kommunikation
    - 9.8.4.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.4.2. Vorteile der bimodalen Kommunikation
      - 9.8.4.2.1. Bezüglich des Wortes beim Empfang
      - 9.8.4.2.2. Bezüglich des Wortes beim Ausdruck
    - 9.8.4.3. Vorteile der bimodalen Kommunikation gegenüber anderen unterstützenden und alternativen Kommunikationssystemen
  - 9.8.5. Wann sollten wir bimodale Kommunikation in Betracht ziehen?
    - 9.8.5.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.5.2. Zu berücksichtigende Faktoren
    - 9.8.5.3. Fachleute als Entscheidungsträger
    - 9.8.5.4. Die Bedeutung der Rolle der Familie
  - 9.8.6. Der erleichternde Effekt der bimodalen Kommunikation
    - 9.8.6.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.6.2. Der indirekte Effekt
    - 9.8.6.3. Der direkte Effekt
  - 9.8.7. Bimodale Kommunikation in verschiedenen Sprachbereichen
    - 9.8.7.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.7.2. Bimodale Kommunikation und Verständnis
    - 9.8.7.3. Bimodale Kommunikation und Ausdruck
  - 9.8.8. Formen der Umsetzung in der bimodalen Kommunikation
  - 9.8.9. Programme zum Erlernen und Umsetzen des bimodalen Systems
    - 9.8.9.1. Erste Überlegungen
    - 9.8.9.2. Einführung in die bimodale Kommunikation mit Hilfe der Autorenwerkzeuge Clic und NeoBook
    - 9.8.9.3. Bimodal 2000
  - 9.8.10. Abschließende Schlussfolgerungen

- 9.9. Die Figur des Gebärdensprachdolmetschers (ILSE)
  - 9.9.1. Einführung in die Einheit
  - 9.9.2. Geschichte des Dolmetschens
    - 9.9.2.1. Geschichte des mündlichen Sprachdolmetschens
    - 9.9.2.2. Geschichte des Gebärdensprachdolmetschens
    - 9.9.2.3. Gebärdensprachdolmetschen als Beruf
  - 9.9.3. Der Gebärdensprachdolmetscher (ILSE)
    - 9.9.3.1. Konzept
    - 9.9.3.2. ILSE-Berufsprofil
      - 9.9.3.2.1. Persönliche Eigenschaften
      - 9.9.3.2.2. Intellektuelle Eigenschaften
      - 9.9.3.2.3. Ethische Merkmale
      - 9.9.3.2.4. Allgemeinwissen
    - 9.9.3.3. Die unverzichtbare Aufgabe des Gebärdensprachdolmetschers
    - 9.9.3.4. Professionalität beim Dolmetschen
  - 9.9.4. Methoden der Dolmetschung
    - 9.9.4.1. Eigenschaften des Dolmetschens
    - 9.9.4.2. Der Zweck des Dolmetschens
    - 9.9.4.3. Dolmetschen als kommunikative und kulturelle Interaktion
    - 9.9.4.4. Arten des Dolmetschens:
      - 9.9.4.4.1. Konsekutivdolmetschen
      - 9.9.4.4.2. Simultandolmetschen
      - 9.9.4.4.3. Dolmetschen bei einem Telefongespräch
      - 9.9.4.4.4. Dolmetschen von schriftlichen Texten
  - 9.9.5. Komponenten des Dolmetschprozesses
    - 9.9.5.1. Nachricht
    - 9.9.5.2. Wahrnehmung
    - 9.9.5.3. Verbindungssysteme
    - 9.9.5.4. Verständnis
    - 9.9.5.5. Deutung
    - 9.9.5.6. Bewertung
    - 9.9.5.7. Beteiligte Humanressourcen





- 9.9.6. Liste der Elemente des Dolmetschmechanismus
  - 9.9.6.1. Mosers hypothetisches Modell des Simultandolmetschens
  - 9.9.6.2. Modell der Dolmetscherarbeit von Colonomos
  - 9.9.6.3. Modell des Dolmetschprozesses von Cokely
- 9.9.7. Dolmetschtechniken
  - 9.9.7.1. Konzentration und Aufmerksamkeit
  - 9.9.7.2. Erinnerungsvermögen
  - 9.9.7.3. Notizen machen
  - 9.9.7.4. Redegewandtheit und geistige Agilität
  - 9.9.7.5. Ressourcen für den lexikalischen Aufbau
- 9.9.8. Die Aktionsfelder des ILSE
  - 9.9.8.1. Dienste im Allgemeinen
  - 9.9.8.2. Spezifische Dienste
  - 9.9.8.3. Organisation von ILS-Diensten in anderen europäischen Ländern
- 9.9.9. Verbände für Gebärdensprachdolmetscher
  - 9.9.9.1. ILSE-Verbände in Europa
  - 9.9.9.2. ILSE-Verbände im Rest der Welt

## Modul 10. Psychologische Kenntnisse von Interesse im Bereich der Logopädie

- 10.1. Kinder- und Jugendpsychologie
  - 10.1.1. Erste Annäherung an die Kinder- und Jugendpsychologie
    - 10.1.1.1. Was wird in der Kinder- und Jugendpsychologie untersucht?
    - 10.1.1.2. Wie hat sie sich im Laufe der Jahre entwickelt?
    - 10.1.1.3. Welche verschiedenen theoretischen Ausrichtungen kann ein Psychologe verfolgen?
    - 10.1.1.4. Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell
  - 10.1.2. Symptome der psychologischen und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
    - 10.1.2.1. Unterschied zwischen Zeichen, Symptom und Syndrom
    - 10.1.2.2. Definition einer psychischen Störung
    - 10.1.2.3. Klassifizierung der psychischen Störungen DSM 5 und ICD-10

- 10.1.2.4. Unterschied zwischen einem psychologischen Problem oder einer Schwierigkeit und einer psychischen Störung
- 10.1.2.5. Komorbidität
- 10.1.2.6. Häufige Probleme, die Gegenstand der psychologischen Betreuung sind
- 10.1.3. Fähigkeiten von Fachkräften, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten
  - 10.1.3.1. Grundlegende Kenntnisse
  - 10.1.3.2. Persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten der Fachkraft
  - 10.1.3.3. Kommunikationsfähigkeiten
  - 10.1.3.4. Das Spiel in der Sprechstunde
- 10.1.4. Die wichtigsten Verfahren zur psychologischen Beurteilung und Intervention im Kindes- und Jugendalter
  - 10.1.4.1. Entscheidungsfindung und Hilfesuche bei Kindern und Heranwachsenden
  - 10.1.4.2. Vorstellungsgespräch
  - 10.1.4.3. Aufstellen von Hypothesen und Bewertungsinstrumenten
  - 10.1.4.4. Funktionsanalyse und Hypothesen zur Erklärung der Schwierigkeiten
  - 10.1.4.5. Zielsetzung
  - 10.1.4.6. Psychologische Intervention
  - 10.1.4.7. Follow-up
  - 10.1.4.8. Psychologisches Gutachten: Wesentliche Aspekte
- 10.1.5. Vorteile der Zusammenarbeit mit anderen Personen, die mit dem Kind zu tun haben
  - 10.1.5.1. Eltern
  - 10.1.5.2. Pädagogische Fachkräfte
  - 10.1.5.3. Der Logopäde
  - 10.1.5.4. Psychologe
  - 10.1.5.5. Andere Fachleute
- 10.1.6. Das Interesse der Psychologie aus dem Blickwinkel eines Logopäden
  - 10.1.6.1. Bedeutung der Prävention
  - 10.1.6.2. Der Einfluss von psychologischen Symptomen auf die logopädische Rehabilitation
  - 10.1.6.3. Die Bedeutung des Wissens, wie man mögliche psychologische Symptome erkennt
  - 10.1.6.4. Überweisung an die zuständige Fachkraft
- 10.2. Internalisierende Probleme: Angstzustände
  - 10.2.1. Konzept der Angst
  - 10.2.2. Erkennung: Hauptmanifestationen
    - 10.2.2.1. Emotionale Dimension
    - 10.2.2.2. Kognitive Dimension
    - 10.2.2.3. Psychophysiologische Dimension
    - 10.2.2.4. Verhaltensdimension
  - 10.2.3. Risikofaktoren für Ängste
    - 10.2.3.1. Individuell
    - 10.2.3.2. Kontextuell
  - 10.2.4. Konzeptionelle Unterschiede
    - 10.2.4.1. Ängste und Stress
    - 10.2.4.2. Ängste und Furcht
    - 10.2.4.3. Ängste und Phobien
  - 10.2.5. Ängste im Kindes- und Jugendalter
    - 10.2.5.1. Unterschied zwischen entwicklungsbedingten und pathologischen Ängsten
    - 10.2.5.2. Entwicklungsängste bei Säuglingen
    - 10.2.5.3. Entwicklungsängste in der Vorschulphase
    - 10.2.5.4. Entwicklungsängste in der Schulphase
    - 10.2.5.5. Die wichtigsten Ängste und Sorgen in der Pubertät
  - 10.2.6. Einige der wichtigsten Angststörungen und -probleme bei Kindern und Jugendlichen
    - 10.2.6.1. Ablehnung in der Schule
      - 10.2.6.1.1. Konzept
      - 10.2.6.1.2. Abgrenzung der Konzepte: Angst, Ablehnung und Schulphobie
      - 10.2.6.1.3. Wichtigste Symptome
      - 10.2.6.1.4. Prävalenz
      - 10.2.6.1.5. Ätiologie
    - 10.2.6.2. Pathologische Angst vor der Dunkelheit
      - 10.2.6.2.1. Konzept
      - 10.2.6.2.2. Wichtigste Symptome
      - 10.2.6.2.3. Prävalenz

- 10.2.6.2.4. Ätiologie
- 10.2.6.3. Trennungsangst
  - 10.2.6.3.1. Konzept
  - 10.2.6.3.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.3.3. Prävalenz
  - 10.2.6.3.4. Ätiologie
- 10.2.6.4. Spezifische Phobie
  - 10.2.6.4.1. Konzept
  - 10.2.6.4.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.4.3. Prävalenz
  - 10.2.6.4.4. Ätiologie
- 10.2.6.5. Soziale Phobie
  - 10.2.6.5.1. Konzept
  - 10.2.6.5.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.5.3. Prävalenz
  - 10.2.6.5.4. Ätiologie
- 10.2.6.6. Panikstörung
  - 10.2.6.6.1. Konzept
  - 10.2.6.6.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.6.3. Prävalenz
  - 10.2.6.6.4. Ätiologie
- 10.2.6.7. Agoraphobie
  - 10.2.6.7.1. Konzept
  - 10.2.6.7.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.7.3. Prävalenz
  - 10.2.6.7.4. Ätiologie
- 10.2.6.8. Allgemeine Angststörung
  - 10.2.6.8.1. Konzept
  - 10.2.6.8.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.8.3. Prävalenz
  - 10.2.6.8.4. Ätiologie
- 10.2.6.9. Zwanghafte Verhaltensstörung
  - 10.2.6.9.1. Konzept
  - 10.2.6.9.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.9.3. Prävalenz
  - 10.2.6.9.4. Ätiologie
- 10.2.6.10. Posttraumatisches Stresssyndrom
  - 10.2.6.10.1. Konzept
  - 10.2.6.10.2. Wichtigste Symptome
  - 10.2.6.10.3. Prävalenz
  - 10.2.6.10.4. Ätiologie
- 10.2.7. Mögliche Beeinträchtigung der Angstsymptomatik in der logopädischen Rehabilitation
  - 10.2.7.1. In der Rehabilitation der Artikulation
  - 10.2.7.2. In der Rehabilitation der Alphabetisierung
  - 10.2.7.3. In der Rehabilitation der Stimme
  - 10.2.7.4. In der Rehabilitation der Dysphemie
- 10.3. Internalisierende Probleme: Depression
  - 10.3.1. Konzept
  - 10.3.2. Erkennung: Hauptmanifestationen
    - 10.3.2.1. Emotionale Dimension
    - 10.3.2.2. Kognitive Dimension
    - 10.3.2.3. Psychophysiologische Dimension
    - 10.3.2.4. Verhaltensdimension
  - 10.3.3. Risikofaktoren für Depression
    - 10.3.3.1. Individuell
    - 10.3.3.2. Kontextuell
  - 10.3.4. Evolution der depressiven Symptomatik im Laufe der Entwicklung
    - 10.3.4.1. Symptome bei Kindern
    - 10.3.4.2. Symptome bei Jugendlichen
    - 10.3.4.3. Symptome bei Erwachsenen
  - 10.3.5. Einige der wichtigsten Störungen und Probleme bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter
    - 10.3.5.1. Major Depression
      - 10.3.5.1.1. Konzept
      - 10.3.5.1.2. Wichtigste Symptome
      - 10.3.5.1.3. Prävalenz
      - 10.3.5.1.4. Ätiologie

- 10.3.5.2. Anhaltende depressive Störung
  - 10.3.5.2.1. Konzept
  - 10.3.5.2.2. Wichtigste Symptome
  - 10.3.5.2.3. Prävalenz
  - 10.3.5.2.4. Ätiologie
- 10.3.5.3. Störende Dysregulationsstörung der Stimmung
  - 10.3.5.3.1. Konzept
  - 10.3.5.3.2. Wichtigste Symptome
  - 10.3.5.3.3. Prävalenz
  - 10.3.5.3.4. Ätiologie
- 10.3.6. Einfluss der depressiven Symptomatik auf die logopädische Rehabilitation
  - 10.3.6.1. In der Rehabilitation der Artikulation
  - 10.3.6.2. In der Rehabilitation der Alphabetisierung
  - 10.3.6.3. In der Rehabilitation der Stimme
  - 10.3.6.4. In der Rehabilitation der Dysphemie
- 10.4. Probleme vom Typ Externalisierung: die wichtigsten störenden Verhaltensweisen und ihre Merkmale
  - 10.4.1. Faktoren, die zur Entwicklung von Verhaltensproblemen beitragen
    - 10.4.1.1. In der Kindheit
    - 10.4.1.2. In der Adoleszenz
  - 10.4.2. Ungehorsames und aggressives Verhalten
    - 10.4.2.1. Ungehorsamkeit
      - 10.4.2.1.1. Konzept
      - 10.4.2.1.2. Manifestationen
    - 10.4.2.2. Aggressivität
      - 10.4.2.2.1. Konzept
      - 10.4.2.2.2. Manifestationen
      - 10.4.2.2.3. Arten von aggressivem Verhalten
  - 10.4.3. Einige der wichtigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
    - 10.4.3.1. Oppositionelles Trotzverhalten
      - 10.4.3.1.1. Konzept
      - 10.4.3.1.2. Wichtigste Symptome
      - 10.4.3.1.3. Ermöglichende Faktoren
      - 10.4.3.1.4. Prävalenz
      - 10.4.3.1.5. Ätiologie
    - 10.4.3.2. Verhaltensstörung
      - 10.4.3.2.1. Konzept
      - 10.4.3.2.2. Wichtigste Symptome
      - 10.4.3.2.3. Ermöglichende Faktoren
      - 10.4.3.2.4. Prävalenz
      - 10.4.3.2.5. Ätiologie
  - 10.4.4. Hyperaktivität und Impulsivität
    - 10.4.4.1. Hyperaktivität und ihre Erscheinungsformen
    - 10.4.4.2. Beziehung zwischen Hyperaktivität und störendem Verhalten
    - 10.4.4.3. Evolution von hyperaktivem und impulsivem Verhalten im Laufe der Entwicklungszeit
    - 10.4.4.4. Probleme im Zusammenhang mit Hyperaktivität/Impulsivität
  - 10.4.5. Eifersucht
    - 10.4.5.1. Konzept
    - 10.4.5.2. Wichtigste Erscheinungsformen
    - 10.4.5.3. Mögliche Ursachen
  - 10.4.6. Verhaltensprobleme beim Essen oder Schlafen
    - 10.4.6.1. Häufige Schlafprobleme
    - 10.4.6.2. Häufige Probleme bei den Mahlzeiten
  - 10.4.7. Beeinflussung von Verhaltensproblemen in der logopädischen Rehabilitation
    - 10.4.7.1. In der Rehabilitation der Artikulation
    - 10.4.7.2. In der Rehabilitation der Alphabetisierung
    - 10.4.7.3. In der Rehabilitation der Stimme
    - 10.4.7.4. In der Rehabilitation der Dysphemie
- 10.5. Aufmerksamkeit
  - 10.5.1. Konzept
  - 10.5.2. An Aufmerksamkeitsprozessen beteiligte Hirnareale und ihre Hauptmerkmale
  - 10.5.3. Klassifizierung der Aufmerksamkeit
  - 10.5.4. Einfluss der Aufmerksamkeit auf den Sprachgebrauch
  - 10.5.5. Einfluss des Aufmerksamkeitsdefizits auf die logopädische Rehabilitation
    - 10.5.5.1. In der Rehabilitation der Artikulation
    - 10.5.5.2. In der Rehabilitation der Alphabetisierung
    - 10.5.5.3. In der Rehabilitation der Stimme
    - 10.5.5.4. In der Rehabilitation der Dysphemie

- 10.5.6. Spezifische Strategien zur Förderung verschiedener Arten der Aufmerksamkeit
  - 10.5.6.1. Aufgaben, die anhaltende Aufmerksamkeit fördern
  - 10.5.6.2. Aufgaben, die Selektive Aufmerksamkeit fördern
  - 10.5.6.3. Aufgaben, die geteilte Aufmerksamkeit fördern
- 10.5.7. Die Bedeutung einer koordinierten Intervention mit anderen Fachleuten
- 10.6. Exekutive Funktionen
  - 10.6.1. Konzept
  - 10.6.2. An den exekutiven Funktionen beteiligte Hirnareale und ihre wichtigsten Merkmale
  - 10.6.3. Komponenten der exekutiven Funktionen
    - 10.6.3.1. Redefluss
    - 10.6.3.2. Kognitive Flexibilität
    - 10.6.3.3. Planung und Organisation
    - 10.6.3.4. Inhibition
    - 10.6.3.5. Entscheidungstreffen
    - 10.6.3.6. Vernunft und abstraktes Denken
  - 10.6.4. Einfluss der exekutiven Funktionen auf die Sprache
  - 10.6.5. Spezifische Strategien für das Training der exekutiven Funktionen
    - 10.6.5.1. Strategien zur Förderung des Redeflusses
    - 10.6.5.2. Strategien, die die kognitive Flexibilität fördern
    - 10.6.5.3. Strategien zur Unterstützung von Planung und Organisation
    - 10.6.5.4. Strategien, die die Inhibition fördern
    - 10.6.5.5. Strategien zur Unterstützung des Entscheidungstreffens
    - 10.6.5.6. Strategien, die das logische und abstrakte Denken fördern
  - 10.6.6. Die Bedeutung einer koordinierten Intervention mit anderen Fachleuten
- 10.7. Soziale Kompetenzen II: Verwandte Konzepte
  - 10.7.1. Soziale Kompetenzen
    - 10.7.1.1. Konzept
    - 10.7.1.2. Die Bedeutung sozialer Kompetenzen
    - 10.7.1.3. Die verschiedenen Komponenten der sozialen Kompetenz
    - 10.7.1.4. Die Dimensionen sozialer Kompetenzen
  - 10.7.2. Die Kommunikation
    - 10.7.2.1. Kommunikationsschwierigkeiten
    - 10.7.2.2. Effektive Kommunikation
  - 10.7.2.3. Komponenten der Kommunikation
    - 10.7.2.3.1. Merkmale der verbalen Kommunikation
    - 10.7.2.3.2. Merkmale der nonverbalen Kommunikation und ihre Komponenten
  - 10.7.3. Kommunikative Stile
    - 10.7.3.1. Gehemmter Stil
    - 10.7.3.2. Aggressiver Stil
    - 10.7.3.3. Assertiver Stil
    - 10.7.3.4. Vorteile eines assertiven Kommunikationsstils
  - 10.7.4. Elterliche Erziehungsstile
    - 10.7.4.1. Concepto
    - 10.7.4.2. Freizügig-nachsichtiger Erziehungsstil
    - 10.7.4.3. Nachlässiger, freizügiger Stil
    - 10.7.4.4. Autoritärer Erziehungsstil
    - 10.7.4.5. Demokratischer Erziehungsstil
    - 10.7.4.6. Auswirkungen unterschiedlicher Erziehungsstile auf Kinder und Jugendliche
  - 10.7.5. Emotionale Intelligenz
    - 10.7.5.1. Intrapersonelle und interpersonelle emotionale Intelligenz
    - 10.7.5.2. Grundlegende Emotionen
    - 10.7.5.3. Die Bedeutung des Erkennens von Emotionen bei sich selbst und anderen
    - 10.7.5.4. Emotionale Regulierung
    - 10.7.5.5. Strategien zur Förderung einer angemessenen Emotionsregulierung
  - 10.7.6. Selbstwertgefühl
    - 10.7.6.1. Konzept des Selbstwertgefühls
    - 10.7.6.2. Unterschied zwischen Selbstkonzept und Selbstwertgefühl
    - 10.7.6.3. Merkmale eines Selbstwertdefizits
    - 10.7.6.4. Faktoren, die mit Defiziten im Selbstwertgefühl verbunden sind
    - 10.7.6.5. Strategien zur Förderung des Selbstwertgefühls
  - 10.7.7. Empathie
    - 10.7.7.1. Konzept der Empathie
    - 10.7.7.2. Ist Empathie dasselbe wie Sympathie?

- 10.7.7.3. Arten von Empathie
- 10.7.7.4. Theorie des Verstands
- 10.7.7.5. Strategien zur Förderung der Empathie
- 10.7.7.6. Strategien für die Arbeit an der Theorie des Geistes
- 10.8. Soziale Kompetenzen II: spezifische Richtlinien für den Umgang mit verschiedenen Situationen.
  - 10.8.1. Kommunikative Absicht
    - 10.8.1.1. Faktoren, die Sie bei der Aufnahme eines Gesprächs berücksichtigen sollten
    - 10.8.1.2. Spezifische Richtlinien für die Einleitung eines Gesprächs
  - 10.8.2. Sich in ein begonnenes Gespräch einschalten
    - 10.8.2.1. Spezifische Richtlinien für den Einstieg in ein begonnenes Gespräch
  - 10.8.3. Den Dialog aufrechterhalten
    - 10.8.3.1. Aktives Zuhören
    - 10.8.3.2. Spezifische Richtlinien zur Aufrechterhaltung des Gesprächs
  - 10.8.4. Gesprächsabschluss
    - 10.8.4.1. Schwierigkeiten, auf die wir beim Abschluss von Gesprächen stoßen
    - 10.8.4.2. Assertiver Stil beim Gesprächsabschluss
    - 10.8.4.3. Spezifische Richtlinien für den Abschluss von Gesprächen unter verschiedenen Umständen
  - 10.8.5. Anfragen stellen
    - 10.8.5.1. Nicht-assertive Arten, Anfragen zu stellen
    - 10.8.5.2. Spezifische Richtlinien für assertive Anfragen
  - 10.8.6. Ablehnung von Anfragen
    - 10.8.6.1. Nicht-assertive Arten, Anfragen abzulehnen
    - 10.8.6.2. Spezifische Richtlinien für die assertive Ablehnung von Anfragen
  - 10.8.7. Lob geben und annehmen
    - 10.8.7.1. Spezifische Richtlinien für die Vergabe von Lob
    - 10.8.7.2. Spezifische Richtlinien für die selbstbewusste Annahme von Lob
  - 10.8.8. Reagieren auf Kritik
    - 10.8.8.1. Nicht assertive Art, auf Kritik zu reagieren
    - 10.8.8.2. Spezifische Richtlinien für eine assertive Reaktion auf Kritik
  - 10.8.9. Aufruf zu Verhaltensänderungen
    - 10.8.9.1. Gründe für die Forderung nach Verhaltensänderungen
    - 10.8.9.2. Spezifische Strategien für die Aufforderung zur Verhaltensänderung
  - 10.8.10. Zwischenmenschliches Konfliktmanagement
    - 10.8.10.1. Arten von Konflikten
    - 10.8.10.2. Nicht-assertive Wege der Konfliktbewältigung
    - 10.8.10.3. Spezifische Strategien für einen assertiven Umgang mit Konflikten
- 10.9. Strategien zur Verhaltensänderung in der Sprechstunde und zur Steigerung der Motivation von Kleinkindern in der Sprechstunde.
  - 10.9.1. Was sind Techniken zur Verhaltensänderung?
  - 10.9.2. Techniken, die auf operanter Konditionierung basieren
  - 10.9.3. Techniken zur Initiierung, Entwicklung und Verallgemeinerung von angemessenen Verhaltensweisen
    - 10.9.3.1. Positive Verstärkung
    - 10.9.3.2. Token-Wirtschaft
  - 10.9.4. Techniken zur Reduzierung oder Beseitigung von unangemessenen Verhaltensweisen
    - 10.9.4.1. Auslöschung
    - 10.9.4.2. Verstärkung von unvereinbaren Verhaltensweisen
    - 10.9.4.3. Kosten für die Reaktion und den Entzug von Privilegien
  - 10.9.5. Bestrafung
    - 10.9.5.1. Konzept
    - 10.9.5.2. Wichtigste Nachteile
    - 10.9.5.3. Leitlinien für die Anwendung von Strafen
  - 10.9.6. Die Motivation
    - 10.9.6.1. Konzept und Hauptmerkmale
    - 10.9.6.2. Arten von Motivation
    - 10.9.6.3. Wichtigste erklärende Theorien
    - 10.9.6.4. Der Einfluss von Überzeugungen und anderen Variablen auf die Motivation
    - 10.9.6.5. Wichtigste Anzeichen für geringe Motivation
    - 10.9.6.6. Leitlinien zur Förderung der Motivation in der Sprechstunde



- 10.10. Schulversagen: Lerngewohnheiten und -techniken aus logopädischer und psychologischer Sicht
  - 10.10.1. Konzept des Schulversagens
  - 10.10.2. Ursachen des Schulversagens
  - 10.10.3. Folgen des Schulversagens für Kinder
  - 10.10.4. Einflussfaktoren auf den Schulerfolg
  - 10.10.5. Aspekte, auf die wir achten müssen, um eine gute Leistung zu erzielen
    - 10.10.5.1. Schlaf
    - 10.10.5.2. Ernährung
    - 10.10.5.3. Körperliche Aktivität
  - 10.10.6. Die Rolle der Eltern
  - 10.10.7. Einige Studienrichtlinien und -techniken, die Kindern und Jugendlichen helfen können
    - 10.10.7.1. Lernumfeld
    - 10.10.7.2. Die Organisation und Planung des Lernens
    - 10.10.7.3. Berechnung der Zeit
    - 10.10.7.4. Unterstreichungs-Techniken
    - 10.10.7.5. Schemata
    - 10.10.7.6. Mnemotechnische Regeln
    - 10.10.7.7. Überprüfung
    - 10.10.7.8. Pausen

“ *Dieser Private Masterstudiengang vermittelt Ihnen die am weitesten verbreiteten Techniken für die Behandlung von Patienten mit spezifischen Störungen des sprachlichen Ausdrucksvermögens*“

06

# Methodik

Dieses Fortbildungsprogramm bietet eine andere Art des Lernens. Unsere Methodik wird durch eine zyklische Lernmethode entwickelt: **das Relearning**.

Dieses Lehrsystem wird z. B. an den renommiertesten medizinischen Fakultäten der Welt angewandt und wird von wichtigen Publikationen wie dem **New England Journal of Medicine** als eines der effektivsten angesehen.



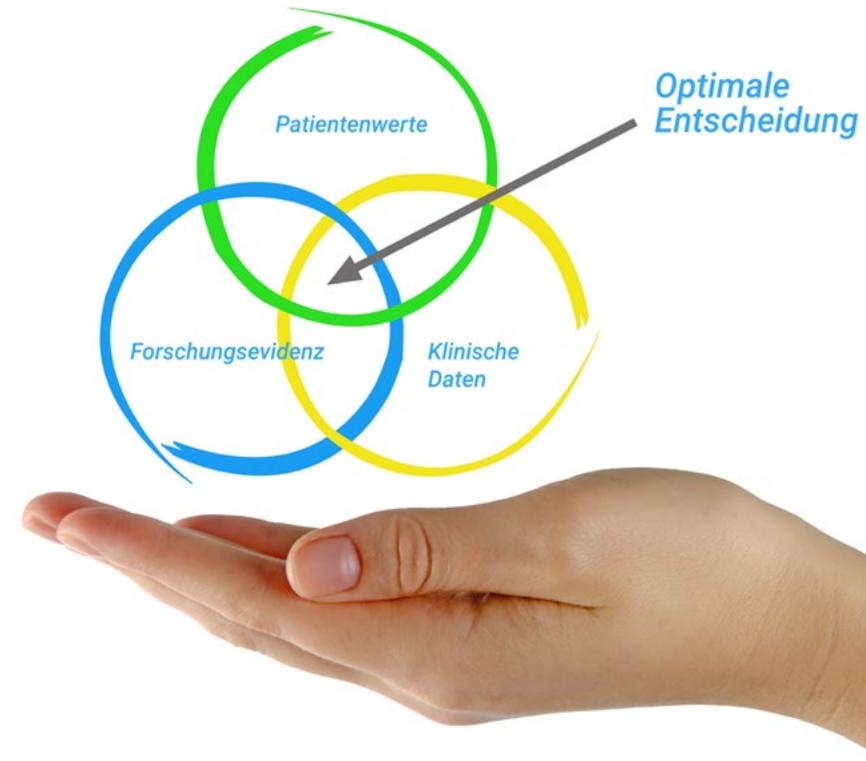
“

*Entdecken Sie Relearning, ein System, das das herkömmliche lineare Lernen aufgibt und Sie durch zyklische Lehrsysteme führt: eine Art des Lernens, die sich als äußerst effektiv erwiesen hat, insbesondere in Fächern, die Auswendiglernen erfordern"*

## Bei TECH verwenden wir die Fallmethode

Was sollte eine Fachkraft in einer bestimmten Situation tun? Während des gesamten Programms werden die Studenten mit mehreren simulierten klinischen Fällen konfrontiert, die auf realen Patienten basieren und in denen sie Untersuchungen durchführen, Hypothesen aufstellen und schließlich die Situation lösen müssen. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit der Methode. Fachkräfte lernen mit der Zeit besser, schneller und nachhaltiger.

*Mit TECH werden Sie eine Art des Lernens erleben, die die Grundlagen der traditionellen Universitäten in der ganzen Welt verschiebt.*



Nach Dr. Gérvas ist der klinische Fall die kommentierte Darstellung eines Patienten oder einer Gruppe von Patienten, die zu einem "Fall" wird, einem Beispiel oder Modell, das eine besondere klinische Komponente veranschaulicht, sei es wegen seiner Lehrkraft oder wegen seiner Einzigartigkeit oder Seltenheit. Es ist wichtig, dass der Fall auf dem aktuellen Berufsleben basiert und versucht, die realen Bedingungen in der beruflichen Praxis des Arztes nachzustellen.

“

*Wussten Sie, dass diese Methode im Jahr 1912 in Harvard, für Jurastudenten entwickelt wurde? Die Fallmethode bestand darin, ihnen reale komplexe Situationen zu präsentieren, in denen sie Entscheidungen treffen und begründen mussten, wie sie diese lösen könnten. Sie wurde 1924 als Standardlehrmethode in Harvard eingeführt“*

Die Wirksamkeit der Methode wird durch vier Schlüsselergebnisse belegt:

1. Schüler, die dieser Methode folgen, erreichen nicht nur die Aufnahme von Konzepten, sondern auch eine Entwicklung ihrer geistigen Kapazität, durch Übungen, die die Bewertung von realen Situationen und die Anwendung von Wissen beinhalten.
2. Das Lernen basiert auf praktischen Fähigkeiten, die es den Studierenden ermöglichen, sich besser in die reale Welt zu integrieren.
3. Eine einfachere und effizientere Aufnahme von Ideen und Konzepten wird durch die Verwendung von Situationen erreicht, die aus der Realität entstanden sind.
4. Das Gefühl der Effizienz der investierten Anstrengung wird zu einem sehr wichtigen Anreiz für die Studenten, was sich in einem größeren Interesse am Lernen und einer Steigerung der Zeit, die für die Arbeit am Kurs aufgewendet wird, niederschlägt.



## Relearning Methodik

TECH ergänzt den Einsatz der Harvard-Fallmethode mit der derzeit besten 100%igen Online-Lernmethode: Relearning.

Unsere Universität ist die erste in der Welt, die das Studium klinischer Fälle mit einem 100%igen Online-Lernsystem auf der Grundlage von Wiederholungen kombiniert, das mindestens 8 verschiedene Elemente in jeder Lektion kombiniert und eine echte Revolution im Vergleich zum einfachen Studium und der Analyse von Fällen darstellt.



*Die Fachkraft lernt anhand realer Fälle und der Lösung komplexer Situationen in simulierten Lernumgebungen. Diese Simulationen werden mit modernster Software entwickelt die ein immersives Lernen ermöglicht.*

Die Relearning-Methode, die an der Spitze der weltweiten Pädagogik steht, hat es geschafft, die Gesamtzufriedenheit der Fachleute, die ihr Studium abgeschlossen haben, im Hinblick auf die Qualitätsindikatoren der besten spanischsprachigen Online-Universität (Columbia University) zu verbessern.

Mit dieser Methode wurden mehr als 250.000 Ärzte mit beispiellosem Erfolg in allen klinischen Fachgebieten ausgebildet, unabhängig von der chirurgischen Belastung. Unsere Lehrmethodik wurde in einem sehr anspruchsvollen Umfeld entwickelt, mit einer Studentenschaft, die ein hohes sozioökonomisches Profil und ein Durchschnittsalter von 43,5 Jahren aufweist.

*Das Relearning ermöglicht es Ihnen, mit weniger Aufwand und mehr Leistung zu lernen, sich mehr auf Ihre Spezialisierung einzulassen, einen kritischen Geist zu entwickeln, Argumente zu verteidigen und Meinungen zu kontrastieren: eine direkte Gleichung zum Erfolg.*

In unserem Programm ist das Lernen kein linearer Prozess, sondern erfolgt in einer Spirale (lernen, verlernen, vergessen und neu lernen). Daher wird jedes dieser Elemente konzentrisch kombiniert.

Die Gesamtnote des TECH-Lernsystems beträgt 8,01 und entspricht den höchsten internationalen Standards.



Dieses Programm bietet die besten Lehrmaterialien, die sorgfältig für Fachleute aufbereitet sind:



#### Studienmaterial

Alle didaktischen Inhalte werden von den Fachleuten, die den Kurs unterrichten werden, speziell für den Kurs erstellt, so dass die didaktische Entwicklung wirklich spezifisch und konkret ist.

Diese Inhalte werden dann auf das audiovisuelle Format angewendet, um die TECH-Online-Arbeitsmethode zu schaffen. Und das alles mit den neuesten Techniken, die dem Studenten qualitativ hochwertige Stücke aus jedem einzelnen Material zur Verfügung stellen.



#### Chirurgische Techniken und Verfahren auf Video

TECH bringt den Studenten die neuesten Techniken, die neuesten pädagogischen Fortschritte und die modernsten medizinischen Verfahren näher. All dies in der ersten Person, mit äußerster Strenge, erklärt und detailliert, um zur Assimilierung und zum Verständnis des Studierenden beizutragen. Und das Beste ist, dass Sie ihn so oft anschauen können, wie Sie wollen.



#### Interaktive Zusammenfassungen

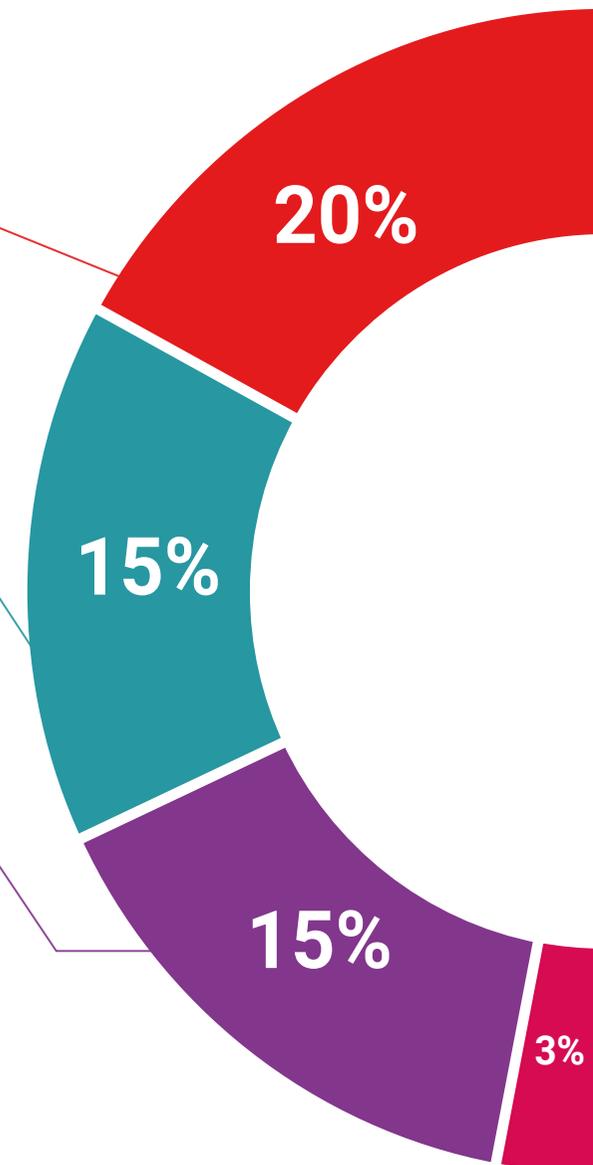
Das TECH-Team präsentiert die Inhalte auf attraktive und dynamische Weise in multimedialen Pillen, die Audios, Videos, Bilder, Diagramme und konzeptionelle Karten enthalten, um das Wissen zu vertiefen.

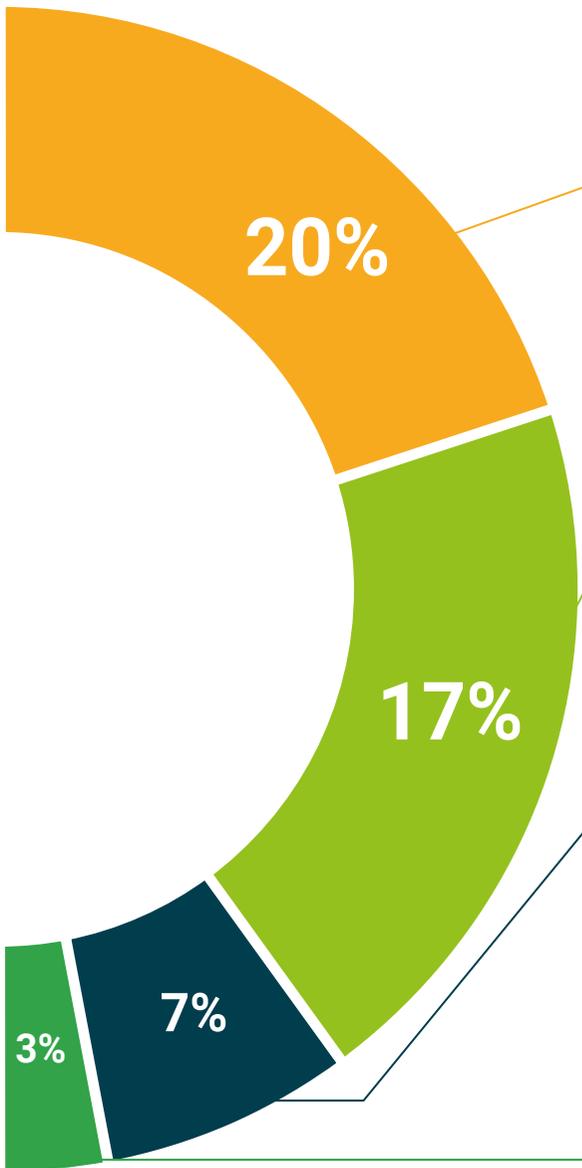
Dieses einzigartige Bildungssystem für die Präsentation multimedialer Inhalte wurde von Microsoft als "europäische Erfolgsgeschichte" ausgezeichnet.



#### Weitere Lektüren

Aktuelle Artikel, Konsensdokumente und internationale Leitfäden, u.a. In der virtuellen Bibliothek von TECH haben die Studenten Zugang zu allem, was sie für ihre Ausbildung benötigen.





#### Von Experten geleitete und von Fachleuten durchgeführte Fallstudien

Effektives Lernen muss notwendigerweise kontextabhängig sein. Aus diesem Grund stellt TECH die Entwicklung von realen Fällen vor, in denen der Experte den Studierenden durch die Entwicklung der Aufmerksamkeit und die Lösung verschiedener Situationen führt: ein klarer und direkter Weg, um den höchsten Grad an Verständnis zu erreichen.



#### Prüfung und Nachprüfung

Die Kenntnisse der Studenten werden während des gesamten Programms regelmäßig durch Bewertungs- und Selbsteinschätzungsaktivitäten und -übungen beurteilt und neu bewertet, so dass die Studenten überprüfen können, wie sie ihre Ziele erreichen.



#### Meisterklassen

Es gibt wissenschaftliche Belege für den Nutzen der Beobachtung durch Dritte: Lernen von einem Experten stärkt das Wissen und die Erinnerung und schafft Vertrauen für künftige schwierige Entscheidungen.



#### Leitfäden für Schnellmaßnahmen

TECH bietet die wichtigsten Inhalte des Kurses in Form von Arbeitsblättern oder Kurzanleitungen an. Ein synthetischer, praktischer und effektiver Weg, um den Studierenden zu helfen, in ihrem Lernen voranzukommen.



07

# Qualifizierung

Der Privater Masterstudiengang in Medizinischer Ansatz bei Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen garantiert neben der strengsten und aktuellsten Ausbildung auch den Zugang zu einem von der TECH Technologischen Universität ausgestellten Diplom.



“

*Schließen Sie dieses Programm erfolgreich ab  
und erhalten Sie Ihren Universitätsabschluss  
ohne lästige Reisen oder Formalitäten"*

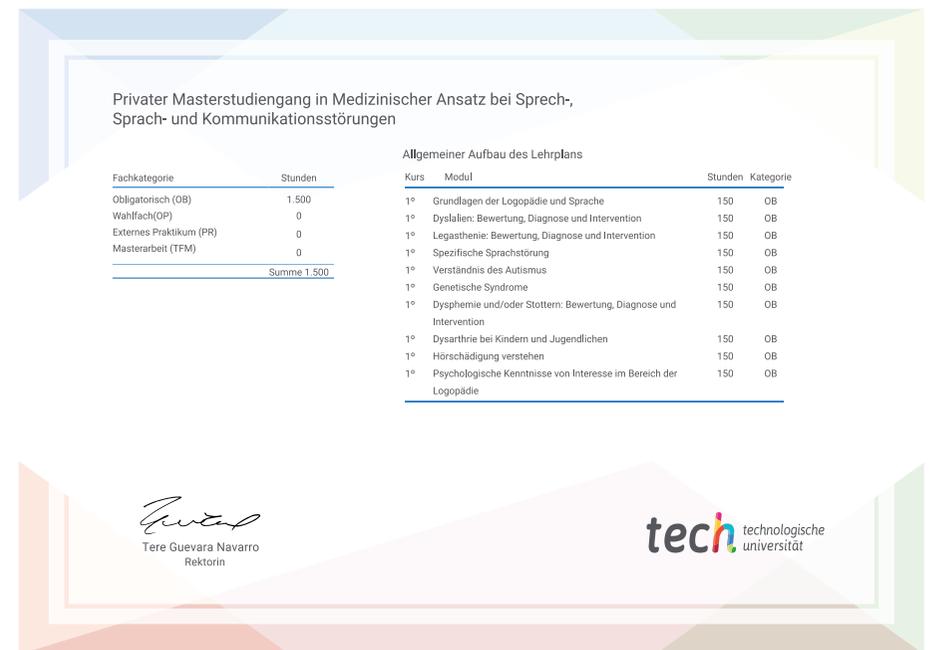
Dieser **Privater Masterstudiengang in Medizinischer Ansatz bei Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen** enthält das vollständigste und aktuellste Programm auf dem Markt.

Sobald der Student die Prüfungen bestanden hat, erhält er/sie per Post\* mit Empfangsbestätigung das entsprechende Diplom, ausgestellt von der **TECH Technologischen Universität**.

Das von **TECH Technologische Universität** ausgestellte Diplom drückt die erworbene Qualifikation aus und entspricht den Anforderungen, die in der Regel von Stellenbörsen, Auswahlprüfungen und Berufsbildungsausschüssen verlangt werden.

Titel: **Privater Masterstudiengang in Medizinischer Ansatz bei Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen**

Anzahl der offiziellen Arbeitsstunden: **1.500 Std.**



\*Haager Apostille. Für den Fall, dass der Student die Haager Apostille für sein Papierdiplom beantragt, wird TECH EDUCATION die notwendigen Vorkehrungen treffen, um diese gegen eine zusätzliche Gebühr zu beschaffen.

zukunft

gesundheit vertrauen menschen  
erziehung information tutoren  
garantie akkreditierung unterricht  
institutionen technologie lernen  
gemeinschaft verpflichtung  
persönliche betreuung innovativ  
wissen gegenwart qualität  
online-Ausbildung  
entwicklung institutionen  
virtuelles Klassenzimmer

**tech** technologische  
universität

**Privater Masterstudiengang**

Medizinischer Ansatz bei  
Sprech-, Sprach- und  
Kommunikationsstörungen

Modalität: Online

Dauer: 12 Monate

Qualifizierung: TECH Technologische Universität

Unterrichtsstunden: 1.500 Std.

# Privater Masterstudiengang

Medizinischer Ansatz bei  
Sprech-, Sprach- und  
Kommunikationsstörungen

