

Der blockierte Weg zum Wort

Kindliche Sprechapraxie und Unterstützte Kommunikation: warum das zweite Standbein das Sprechen nicht verdrängt, sondern entlastet

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

10. August 2026

Arbeitsfassung. Kaum eine Diagnose erzeugt so viel kommunikative Frustration auf so engem Raum wie die kindliche Sprechapraxie (auch: verbale Entwicklungsdyspraxie): Das Kind weiß, was es sagen will – und der Weg vom Wort im Kopf zur Bewegung im Mund stockt. Weil das Sprachwissen weitgehend intakt ist, wird die Störung oft unterschätzt («das kommt schon noch») und die Unterstützte Kommunikation oft zu spät geholt («erst mal richtig üben»). Dieser Text erklärt, was die Sprechapraxie von anderen Aussprachestörungen unterscheidet, warum intensive Sprechtherapie und Unterstützte Kommunikation kein Entweder-oder sind, und wie das zweite Standbein konkret aussieht. Quellen mit Prüfvermerk am Ende; Praxisregeln als Konsens gekennzeichnet.

Inhalt

1. Das Kind, das weiß, was es sagen will
 2. Was die Sprechapraxie ist — und was nicht
 3. Die doppelte Falle: warten oder überüben
 4. Zweigleisig: Therapie und zweites Standbein
 5. Wie das zweite Standbein aussieht
 6. Der Druck und die Wahl
 7. Wie wir es bei AssistUK halten
 8. Grenzen dieses Textes
 9. Fazit in fünf Sätzen
 10. Literatur (mit Prüfvermerk)
-

1. Das Kind, das weiß, was es sagen will

Man muss sich die Situation einmal von innen vorstellen: Das Wort ist da. Der Satz ist da. Das Kind weiß genau, was es sagen will — und was herauskommt, ist jedes Mal anders, oft unverständlich, manchmal gar nichts. Die Zuhörer raten, korrigieren, geben auf. Kaum eine Konstellation produziert so viel Frust bei so wachem Verstand: Anders als bei vielen anderen Diagnosen dieser Reihe ist bei der kindlichen Sprechapraxie das sprachliche Wissen häufig weitgehend intakt — es scheitert nicht das Formulieren, sondern die **Ausführung**. Genau deshalb gehört diese Diagnose in die Reihe: Sie ist ein Paradefall dafür, dass Sprechen und Sprache zweierlei sind — und dass ein Mensch, dessen Sprechweg blockiert ist, einen zweiten Weg verdient, ohne den ersten aufzugeben.

2. Was die Sprechapraxie ist — und was nicht

Die maßgebliche Definition stammt aus dem Positionspapier der amerikanischen Fachgesellschaft ASHA (2007): Die kindliche Sprechapraxie ist eine neurologische Störung, bei der **Präzision und Konsistenz der Sprechbewegungen beeinträchtigt sind — ohne dass neuromuskuläre Defizite** (wie Lähmungen oder auffälliger Muskeltonus) **das erklären**. Gestört ist die **Planung und Programmierung** der Bewegungsabfolgen: Der Bauplan für das Wort kommt nicht zuverlässig bei den Muskeln an, obwohl die Muskeln könnten.

Drei Merkmale gelten als Kernzeichen: **inkonsistente Fehler** (dasselbe Wort klingt bei jedem Versuch anders — das unterscheidet die Apraxie von stabilen Aussprachemustern), **gestörte Übergänge** zwischen Lauten und Silben (die Koartikulation, das flüssige Ineinandergreifen der Bewegungen), und eine **auffällige Prosodie** (Betonung und Sprechmelodie wirken abgehackt, gleichförmig, mühsam). Und ebenso wichtig ist, was die Sprechapraxie **nicht** ist: keine Muskelschwäche (das wäre eine Dysarthrie), keine Sprachentwicklungsstörung im engen Sinn (das Sprachverstehen ist oft deutlich besser als das Sprechen), keine Frage von Faulheit oder mangelnder Übung — und kein Zustand, der

sich von allein auswächst. Die Diagnose selbst ist anspruchsvoll und gehört in logopädische und phoniatische Hände; dieser Text setzt sie voraus.

3. Die doppelte Falle: warten oder überüben

Familien geraten nach dieser Diagnose typischerweise in eine von zwei Fallen — oft nacheinander in beide.

Die Warte-Falle: Weil das Kind so offensichtlich versteht und so viel weiß, wirkt das Sprechen wie eine Frage der Zeit. »Das kommt schon noch« ist hier besonders verführerisch — und besonders teuer: Der Diagnose-Klammertext dieser Reihe (»Diagnose kein Rezept«) beschreibt, was in der Wartezeit verloren geht: Jahre, in denen das Kind nicht altersgerecht fragen, erzählen, streiten, Freundschaften pflegen kann. Bei der Sprechapraxie kommt die Frustration dazu — ein Kind, das täglich erlebt, dass Kommunizieren scheitert, zieht Konsequenzen: Rückzug, Wut oder das Verstummen, das Carmen Basil als erlernte Passivität beschrieben hat.

Die Überübungs-Falle: Die Gegenbewegung macht das Sprechen zum Dauerprojekt — jede Interaktion wird zur Übung, jede Äußerung zur Nachsprech-Aufforderung. Die Therapie der Sprechapraxie ist tatsächlich intensiv und übungsbasiert (motorisches Lernen braucht viele Wiederholungen); aber wenn der ganze Alltag Therapie wird, bezahlt das Kind mit dem, wofür Sprechen eigentlich da ist: mit unbeschwerter Kommunikation. Wer nur noch geprüft wird, hört auf, sich mitteilen zu wollen.

Der Ausweg aus beiden Fallen ist derselbe — und er ist das Herzstück dieses Textes.

4. Zweigleisig: Therapie und zweites Standbein

Die Lösung heißt **zweigleisig fahren**: intensive, fachlich fundierte Sprechtherapie **und** ein funktionierendes zweites Kommunikationsstandbein — gleichzeitig, nicht nacheinander. Die Sprechtherapie arbeitet am Sprechen; die Unterstützte Kommunikation sichert währenddessen das Kommunizieren. Beides hat verschiedene Aufgaben, beides braucht das Kind jetzt.

Die Sorge, die dem im Weg steht, ist die vertraute aus dem Autismus-Text dieser Reihe: Nimmt das zweite Standbein dem Kind den Antrieb zu sprechen? Die Antwort ist dort mit breiter Evidenz gegeben — Unterstützte Kommunikation hemmt die Lautsprache nicht, sie stützt sie im Mittel sogar —, und für die Sprechapraxie kommt ein eigenes Argument hinzu: **Druck ist Gift für motorisches Lernen.** Ein Kind, das kommunikativ am Abgrund steht (verstanden werden oder nicht), spricht unter maximalem Druck; ein Kind, das weiß, dass seine Botschaft notfalls über das Gerät ankommt, kann sich das Sprechen als Übungsfeld leisten. Das zweite Standbein verdrängt das erste nicht — es nimmt ihm die Last, alles allein tragen zu müssen. In der Praxis berichten Fachkräfte regelmäßig vom Gegenteil des befürchteten Effekts: Mit gesicherter Kommunikation steigt die Sprechfreude, weil das

Scheitern seinen Schrecken verliert (als Praxiskonsens gekennzeichnet; die kontrollierte Evidenz speziell für Sprechapraxie ist dünner als die breite Autismus-Literatur).

5. Wie das zweite Standbein aussieht

Vollwertig, nicht notdürftig. Weil das Sprachwissen oft weitgehend da ist, braucht das Kind kein reduziertes Bedürfnis-Set, sondern ein **sprachstarkes Vokabular**: Kernvokabular mit Positions Konstanz, altersgerechte Themen, Grammatikwege — das ganze Programm dieser Reihe. Ein Kind mit Sprechapraxie, das nur »Ich will trinken«-Tafeln bekommt, wird unterschätzt und unterfordert zugleich.

Buchstaben früh dazu. Kaum eine Gruppe profitiert so direkt vom Alphabet wie diese: Wer sein Sprachwissen nicht über den Mund zeigen kann, kann es über die Schrift zeigen — und das Schreiben trainiert nebenbei genau die Lautanalyse, an der auch die Therapie arbeitet. Der Schreiben-Aufsatz dieser Reihe gilt hier verschärft: Buchstaben-Zugang von Anfang an, erfundene Schreibungen willkommen.

Alle Kanäle zählen. Gebärden und körpereigene Zeichen sind für viele Kinder mit Sprechapraxie ein schneller, motorisch gut erreichbarer Kanal (Handbewegungen unterliegen nicht derselben Planungsstörung wie Sprechbewegungen — oft, nicht immer: es gibt begleitende Gliedmaßenapraxien). Die Mischung macht es: Gebärde für das Schnelle, Gerät für das Genaue, Sprechen für das, was schon trägt — der Gebärden- und der Körpereigene-Kommunikation-Text beschreiben die Bausteine.

Die Umgebung modelt. Wie überall gilt: Das Kind lernt den neuen Weg, wenn die Erwachsenen ihn sichtbar benutzen (Modeling), nicht wenn sie ihn nur bereitlegen.

6. Der Druck und die Wahl

Die wichtigste Alltagsregel ist zugleich die einfachste: **Das Kind wählt den Kanal.** Es darf sprechen, zeigen, gebärden, tippen — und es wird nie gezwungen, eine gelungene Geräte-Äußerung »jetzt auch noch mal richtig« zu sagen. Nachsprech-Aufforderungen gehören in die Therapiestunde, wo sie vereinbart sind — nicht ins Abendessen. Ebenso gilt: Eine verstandene Äußerung wird beantwortet, nicht benotet. Wer das Kind erst korrigiert und dann antwortet, unterrichtet: Deine Botschaft zählt weniger als deine Aussprache. Die Prüffragen des Haltungs-Textes helfen, die eigene Praxis ehrlich anzuschauen — und der Entscheidungs-Text erinnert daran, wem die Wahl gehört: Auch die Entscheidung, in welcher Situation gesprochen und wann gezeigt wird, ist eine Entscheidung des Kindes, nicht der Erwachsenen.

7. Wie wir es bei AssistUK halten

Für Kinder mit Sprechapraxie zählt in unseren Werkzeugen dreierlei: **sprachstarke Vokabulare** statt Bedürfnis-Sets (Kernvokabular, Grammatik, altersgerechte Themen), der

Buchstaben-Zugang von Anfang an neben den Symbolen, und **Tempo ohne Druck** — Oberflächen, die schnelle Mischkommunikation erlauben (erst die Gebärde, dann das genaue Wort auf dem Gerät), ohne das Kind in einen Modus zu zwingen. Und weil das zweite Standbein die Familie entlasten soll, nicht belasten: Unsere Materialien und Kurse sind kostenlos zugänglich — die Einarbeitung der Umgebung ist bei dieser Diagnose die halbe Versorgung.

8. Grenzen dieses Textes

Dieser Text ersetzt keine Diagnostik und keine Sprechtherapie: Die Abgrenzung der Sprechapraxie von Dysarthrien und phonologischen Störungen sowie die Wahl der Therapieverfahren gehören in logopädische und phoniatische Fachhände; die Therapieforschung (welche motorischen Lernverfahren bei welchen Kindern) ist ein eigenes, sich entwickelndes Feld, das hier bewusst nicht bewertet wird. Die Aussage »Unterstützte Kommunikation hemmt nicht« stützt sich auf die breite Evidenz der Nachbardiagnosen und auf Praxiskonsens; sprechapraxie-spezifische kontrollierte Studien dazu sind rar — das ist gekennzeichnet. Und wie überall in dieser Reihe gilt der Klammertext »Diagnose kein Rezept«: Kein Kind ist seine Diagnose; die Versorgung folgt der Beobachtung, nicht dem Etikett.

9. Fazit in fünf Sätzen

Bei der kindlichen Sprechapraxie ist der Weg vom Wort im Kopf zur Bewegung im Mund gestört — das Sprachwissen ist oft weitgehend intakt, und genau das macht die Frustration so groß. Die maßgebliche Definition (ASHA 2007) beschreibt eine Planungs- und Programmierungsstörung ohne neuromuskuläre Erklärung, erkennbar an inkonsistenten Fehlern, gestörten Übergängen und auffälliger Prosodie. Die beiden Fallen heißen Warten (»kommt schon noch«) und Überüben (jede Interaktion wird Therapie) — der Ausweg heißt zweigleisig: intensive Sprechtherapie und ein vollwertiges zweites Standbein, gleichzeitig. Das zweite Standbein hemmt das Sprechen nicht, es entlastet es — wer notfalls verstanden wird, kann sich das Üben leisten; dazu gehören ein sprachstarkes Vokabular, früher Buchstaben-Zugang, Gebärden und Modeling. Und im Alltag gilt: Das Kind wählt den Kanal, Botschaften werden beantwortet statt benotet — Nachsprechen gehört in die Therapiestunde, nicht ins Abendessen.

10. Literatur (mit Prüfvermerk)

Kernquelle web-geprüft (✓); Praxisregeln als Konsens gekennzeichnet.

1. ✓ **American Speech-Language-Hearing Association (2007)**. Childhood Apraxia of Speech [Position Statement und Technical Report]. — Definition: Beeinträchtigung von Präzision und Konsistenz der Sprechbewegungen ohne neuromuskuläre Defizite; Störung der

Bewegungsplanung und -programmierung. (Web-geprüft 10.08.2026, asha.org/policy/ps2007-00277.)

2. ✓ **Basil, C. (1992).** Social interaction and learned helplessness in severely disabled children. *Augmentative and Alternative Communication*, 8(3), 188–199. — Erlernte Passivität; hier auf die Frustrationsspirale gewendet. (Aus dem geprüften Bestand.)
3. ✓ **Schlosser, R. W. & Wendt, O. (2008).** Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 212–230. — Unterstützte Kommunikation hemmt die Lautsprachentwicklung nicht; hier als übertragener Befund gekennzeichnet. (Aus dem geprüften Bestand des Autismus-Textes.)
4. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Diagnose kein Rezept (Warte-Falle) · Keine Angst vor dem zweiten Weg (Autismus, Hemmungs-Frage) · Das kleinste Vokabular ist das größte (Buchstaben-Zugang) · Die Hände sprechen mit (Gebärden) · Die zweihundert Wörter (Kernvokabular) · Im Zweifel für die Person (Prüffragen) · Die Entscheidung bleibt bei der Person (Kanalwahl). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die Schwestertexte dieses Textes.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.