

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Peter Puppe, Bremen

Sprachauffälligkeit im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt
einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik
(Fortsetzung und Schluß)

Erika Wölfert, Reutlingen

Über den Einsatz von Kommunikationstafeln
bei cerebral bewegungsgestörten Kindern mit schweren Dysarthrien

Eberhard Ockel, Dülmen-Buldern; Ilse H. Schnorr, Düsseldorf

Feinmotorisches Training als Sprecherziehung

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Würdigung und Nachruf

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Dezember 1976 · 21. Jahrgang · Heft 6

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen · Rektor i. R. J. Wulff

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Ruf (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 199
Berlin Ernst Trieglaff, 1 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen Gerd Homburg, 282 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg Horst Schmidt, 2 Hamburg 26, Schadesweg 13 a
Hessen Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen Otto-Friedrich von Hindenburg, 3 Hannover, Ubbenstraße 17
Rheinland Werner Großmann, 401 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz Prof. Dr. Edmund Westrich, 65 Mainz, Cöttelmannstraße 46
Saarland Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein Heinz Cremer, 2057 Wentorf bei Reinbek, Golfstraße 5 a
Westfalen-Lippe Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Stettiner Straße 29

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn),
Am Schwimmbad 8, Telefon (064 22) 28 01
Dr. Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,
Telefon (064 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 3,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 20,40 DM zuzüglich Portokosten.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen veröffentlicht, die für die Sprachgeschädigtenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Redakteur Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis:

Der heutigen Ausgabe unserer Fachzeitschrift liegt ein Subskriptions-Bestellzettel des Verlages Wartenberg & Söhne bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1976 · 21. Jahrgang · Heft 6

Peter Puppe, Bremen

Sprachauffälligkeit im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik

(Fortsetzung aus Heft 5/76)

4. Exemplarische Untersuchung zur Früherkennung sprachauffälliger Kinder in fünf Bremer Kindertagesheimen

4.1. Vorbemerkung

Die Darstellung einer eigenen Untersuchung und die Auswertung der Ergebnisse durch den Verfasser soll an dieser Stelle eingeschoben werden.

Nach dem Aufzeigen der Schwierigkeiten, mit denen sich jeder Diagnostiker sprachauffälliger Vorschulkinder auseinanderzusetzen hat, erscheint es dem Verfasser sinnvoll darzulegen, in welcher Weise er in der Praxis exemplarisch bemüht war, die Schwierigkeiten zu meistern.

Im Anschluß daran werden die Konsequenzen für eine Frühbehandlung sprachauffälliger Kinder und die daraus erwachsende Problematik erörtert.

4.2. Soziologische Voraussetzungen

Die Untersuchung wurde vom Verfasser in den Monaten Mai und Juni 1975 in fünf Bremer Kindertagesheimen (KTH) selbständig durchgeführt.

Es handelte sich um zwei KTH in der Bremer »Satellitenstadt« Neue Vahr und drei KTH in Bremen-Gröpelingen.

Die Neue Vahr ist ein reines Wohngebiet mit Hochhäusern und zwei- bis viergeschossigen Wohnblocks, die fast ausschließlich im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus entstanden sind (Wohnbaugesellschaft »Neue Heimat«, Bremen). Die beiden KTH liegen nur etwa 700 Meter voneinander entfernt.

Die Bevölkerung in der Neuen Vahr wird in der Regel nicht als sozial schwach angesehen. Der Durchschnitt dürfte soziologisch betrachtet knapp über dieser Charakterisierung liegen.

Beim Stadtteil Bremen-Gröpelingen handelt es sich um ein älteres Wohngebiet in unmittelbarer Nähe der stadtbremischen Industrie- und Handelshäfen. Die KTH liegen etwa 300 bis 600 Meter voneinander entfernt.

Die Bevölkerung in Gröpelingen wird im Schnitt als sozial schwach angesehen.

Alle fünf KTH beherbergen mehrere Gruppen mit 13 bis 21 Kindern (Durchschnitt: 18 Kinder) im Alter zwischen dem vollendeten 3. und 6. Lebensjahr.

Die Kinder jeder Gruppe werden von zwei Bezugspersonen betreut, bei denen es sich meistens um eine ausgebildete Erzieherin und eine Praktikantin handelt.

Jede Gruppe verfügt über einen in der Regel der Gruppengröße angepaßten, gut geeigneten Gruppenraum mit mindestens befriedigender Arbeitsmaterialausstattung. Jedes KTH hat eine Außenspielfläche zur Verfügung.

4.3. Zielsetzung für die Untersuchung

Dem Verfasser ging es bei der Planung und Durchführung seiner Untersuchung darum,

- die Notwendigkeit der Früherkennung und -behandlung sprachauffälliger Vorschulkinder auch aus konkreter Anschauung heraus zu erfassen,
- die mit der Früherkennung und -behandlung verbundene Problematik in der Realität zu erforschen,
- einen exemplarischen empirischen Beitrag zur Sprachauffälligkeit im Vorschulalter zu leisten.

4.4. Methodisches Vorgehen

Der Besuch des Verfassers — als eine den Kindern unbekannt Person — entwickelte ein Neugierverhalten. Dieses wurde in den meisten Fällen für das erste, gemeinsame Ansprechen der Gruppe genutzt.

Bei Gruppen mit überwiegend kleineren Kindern (3 und 4 Jahre) beteiligte sich der Verfasser zunächst für ein bis zwei Stunden am Kindergartenleben, bevor die eigentliche Untersuchung in Angriff genommen wurde.

Die Gruppen wurden mit etwa folgenden Worten angesprochen:

»Ich möchte mit euch gern ein kleines Spielchen machen. Ich hab' dafür hier eine ganze Menge schöner Bilderbücher mitgebracht.

Das Spielchen geht so, daß ich mich immer mit drei oder vier Kindern an einen Tisch setze. Dann darf sich jeder eins von den Büchern aussuchen, was er sich gerne ansehen möchte. Und wenn ihr dann ein Bild gefunden habt, was euch besonders gut gefällt, dann erzählt ihr einmal, was ihr auf dem Bild alles sehen könnt.

Und jetzt kommt noch etwas Besonderes: Wenn ihr das ganz gut gemacht habt — und ich glaube, ihr könnt das alle ganz prima — dann bekommt ihr auch noch etwas aus dieser großen Tüte hier. Wollen wir das so machen? (In der Regel begeisterte Zustimmung!)

Wenn die ersten drei oder vier Kinder dann fertig sind, setzen sich die nächsten auf die Plätze, ja?«

Die Bilderbücher und natürlich auch die große Tüte mit Fruchtbonbons oder Schokolinsen wurden den Kindern gezeigt. Bei den Büchern handelte es sich um großformatige Kinderbücher mit vielfältig zum Sprechen anregenden bildlichen Darstellungen (z. B. *Mitgutsch*, Ali: »Komm mit ans Wasser« / »Rundherum in meiner Stadt« / »Bei uns im Dorf«, Ravensburg 1972¹⁰).

In den wenigen Ausnahmefällen, in denen sich ein Kind gegen das Mitmachen entschied, wurde es während seiner Eigenbeschäftigung vom Verfasser angesprochen oder im Gespräch mit anderen Kindern beobachtet.

Der Zeitbedarf für verschiedene Kinder war unterschiedlich. Oft genügten 2 bis 3 Minuten für die Feststellung »sprachunauffällig«, dagegen nahm manche Diagnose auch 5 bis 6 Minuten in Anspruch.

Prinzipiell wurde nicht nach geringsten Sprachauffälligkeiten gesucht, sondern nach relativ rascher und oberflächlicher Diagnose wurden die »sprachunauffälligen« Kinder ausgesondert.

Dem Verfasser kann daher nicht die Vorhaltung gemacht werden, er habe — um möglichst beeindruckende, hohe Prozentzahlen zu erhalten — nach geringsten Auffälligkeiten »regelrecht gesucht«.

Die Symptome der Sprachauffälligkeit und ihr Ausprägungsgrad wurden für jedes einzelne Kind schriftlich festgehalten.

4.5. Begründung des methodischen Vorgehens

Der Verfasser war bemüht, eine exemplarische Untersuchungsform zu entwickeln, die das Vorschulkind altersgemäß anspricht. Die Kinder wurden auf diese Weise motiviert, die von ihnen erwartete Sprechleistung zu erbringen. Andererseits sollte dem einzelnen Kind nicht bewußt werden, daß insbesondere sein Sprachverhalten beobachtet und registriert wurde.

Soweit festgestellt werden konnte, faßten wohl alle Kinder die Untersuchung als »Spielchen« — wie angekündigt — oder als Wettbewerb auf. Ein deutliches »Störungsbewußtsein«, wie es sprachbehinderte Schulkinder häufig zeigen, konnte bei keinem Kind im untersuchten Alter beobachtet werden und wurde durch die Form der Untersuchung auch vermieden.

Für die richtige Einschätzung der Sprachfähigkeit des Vorschulkindes war es von entscheidender Bedeutung, daß tatsächlich die Spontansprache beurteilt wurde. Dieses konnte durch die gewählte Untersuchungsform erreicht werden.

Die Süßigkeiten dienten erstens dem Anreiz, damit sich möglichst alle Kinder der Gruppe — auch die Sprechscheuen — freiwillig zum Mitmachen entschließen konnten, und zweitens der materiellen Verstärkung der erbrachten Einzelleistung.

4.6. Kriterien für die Klassifizierung von Sprachauffälligkeit

In Anbetracht der aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Diagnostik sprachauffälliger Vorschulkinder ist die Beschreibung möglichst eindeutiger Kriterien von ausschlaggebender Bedeutung für den Wert des Untersuchungsergebnisses.

Damit die zu ermittelnden Zahlen mit bereits vorliegenden Ergebnissen anderer Untersuchungen vergleichbar werden, wäre es sinnvoll, sich an deren Kriterien zu orientieren.

Leider erwies sich dieses als unmöglich: »Kriterien zur Beurteilung des Schweregrades der registrierten Sprachstörungen und ihrer unterschiedlichen Behandlungsbedürftigkeit sind in den vorliegenden Untersuchungsberichten unterschiedlich und meist nur vage beschrieben und erschweren wegen ihrer subjektiven Auslegbarkeit einen objektiven Vergleich« (Knura, in: Deutscher Bildungsrat 1974b, S. 128).

Das Zitat bezieht sich auf Untersuchungen bei Schulkindern, gilt aber um so mehr für die wenigen Untersuchungen von Vorschulkindern.

Der Verfasser sah sich also gezwungen, eigene Kriterien zu entwickeln. Dabei galt es, zwei bedeutsame Aspekte zu berücksichtigen:

- die Klassifizierung von Sprachauffälligkeit im Vorschulalter sollte nach *phänomenologisch-symptomatischen* Gesichtspunkten erfolgen,
- die Klassifizierung sollte aus pragmatischen Gründen die *Therapiebedürftigkeit* (Schweregrad der Auffälligkeit) berücksichtigen.

4.6.1. Die phänomenologisch-symptomatischen Kategorien

Die Schwierigkeiten einer eindeutigen Diagnose der Sprachauffälligkeit bei Kindern im Vorschulalter sind ausführlich dargelegt worden. Sie beruhen hauptsächlich darauf, daß die heutige Diagnostik ätiologische Aspekte zu berücksichtigen hat. Gerade

dieses aber erscheint dem Verfasser aus den dargestellten Gründen bei Reihenuntersuchungen von Kindern im Vorschulalter unmöglich.

Es sei nachdrücklich betont, daß die Berücksichtigung des ätiologischen Aspektes bei der Einzeldiagnose insbesondere sprachbehinderter Kinder außerordentlich wichtig ist, da er — wie Werner hervorhebt — die therapeutischen Bemühungen auf »kausalthérapeutische Ansätze« (Werner) verweist.

Obwohl der ätiologische Aspekt bei einem großen Teil der untersuchten Kinder durchschaubar erschien, hat sich der Verfasser auf die Erstellung einer phänomenologisch-symptomatischen Diagnose beschränkt. Der ätiologische Gesichtspunkt hätte die Klassifizierung der Sprachauffälligkeit mit einer nicht abzuschätzenden Fehlerquelle belastet.

4.6.1.1. Diagnosen

Im Alter zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr handelt es sich bei Sprachauffälligkeiten vom phänomenologisch-symptomatischen Aspekt aus betrachtet im wesentlichen um Entwicklungsstörungen der Artikulation (Dyslalien oder Stammeln) unterschiedlichen Schweregrades.

An weiteren Sprachauffälligkeiten waren zu berücksichtigen:

- der Dysgrammatismus,
- das offene und geschlossene Näseln,
- der Mutismus,
- das Stottern und Poltern,
- die Sprachauffälligkeit bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten.

Zu diesen Sprachauffälligkeiten ist im einzelnen folgendes zu bemerken:

- Der *Dysgrammatismus* und das *Näseln* treten in der untersuchten Altersgruppe wohl niemals selbständig auf, sondern immer in Verbindung mit Stammeln unterschiedlichen Grades. Um Schnittmengen* sprachauffälliger Kinder zu vermeiden, wurden diese Fälle nach dem Schweregrad ihres Stammelns eingeordnet. Schnittmengen würden die Aussagekraft der ermittelten Zahlen einschränken, insbesondere bei der Forderung nach Therapiemöglichkeiten.
- Der *Mutismus* wurde als selbständige Sprachauffälligkeit in zwei Fällen (von 322 Kindern) festgestellt und daher in einer eigenen Ergebniskategorie vermerkt. Leichtere mutistische Erscheinungen tauchten im Zusammenhang mit Stammeln auf. Hier wurde in gleicher Weise verfahren wie beim Dysgrammatismus und beim Näseln (siehe oben).
- *Stottern* wurde als manifeste Sprachauffälligkeit in keinem Falle festgestellt. Bei zwei Kindern tauchte der Verdacht einer beginnenden Entwicklung des Stotterns auf.
- *Poltern* und *LKG-Spalten* sind nicht festgestellt worden.

Weitere früh- oder späterworbene Störungen der Sprache — im Sinne Becker/Sovaks — sind nicht festgestellt worden. Dies kann zwei Ursachen haben:

- Der prozentuale Anteil von Kindern mit Mutismus, Stottern, Poltern, LKG-Spalten und anderen früh- oder späterworbene Sprachstörungen ist sehr gering (vgl. Knura, in: Deutscher Bildungsrat 1974b). Bei der Zahl von nur 322 Kindern müssen diese Sprachauffälligkeiten statistisch nicht unbedingt in Erscheinung treten.

* Schnittmengen = Mengen der Kinder, die zwei Symptome aufweisen und daher in zwei Ergebniskategorien auftauchen könnten.

- Dem Verfasser ist von verschiedener Seite mitgeteilt worden, daß Eltern sprachbehinderter Kinder Schwierigkeiten haben, ein aufnahmeberechtigtes Kindertagesheim für ihr Kind zu finden.

4.6.1.2. Klassifikation

Aus den aufgetretenen Sprachauffälligkeiten ergeben sich unter Berücksichtigung des Schweregrades — und der daraus resultierenden Therapiebedürftigkeit — folgende Ergebniskategorien:

- unauffälliges Sprachverhalten,
- leichter Sigmatismus,
- partielles Stammeln,
- schwerer Sigmatismus,
- multiples bis universelles Stammeln,
- elektiver Mutismus.

Die ungewöhnliche Reihenfolge erklärt sich später selbst mit der Klassifikation nach pragmatischen Gesichtspunkten.

4.6.1.3. Kriterien für die Ergebniskategorien

- *unauffälliges Sprachverhalten*

Unauffälliges Sprachverhalten wurde diagnostiziert, wenn das Kind ein *altersgemäßes* Sprachverhalten zeigte. Dies bedeutet, daß bei jüngeren Kindern (3 und 4 Jahre) z. B. das Kriterium »Verständlichkeit« weniger streng gehandhabt wurde als bei 5- und 6jährigen.

Jüngere Kinder, bei denen ein rein physiologisches Stammeln vermutet wurde, das mit einiger Sicherheit ohne therapeutische Hilfe von selber verschwindet, wurden als »sprachunauffällig« eingestuft.

Unsaubere Zischlaute (s, sch, st, sp), die nur leicht von der unter Schulkindern üblichen Norm abweichen, wurden nicht als pathologisch angesehen.

Es sei besonders hervorgehoben, daß es im Vorschulalter wohl kaum ein Kind gibt, das streng genommen »sprachunauffällig« genannt werden könnte. In diese Kategorie wurden dennoch alle die Kinder eingestuft, bei denen der Verfasser zu dem Schluß kam, daß die leichte Sprachauffälligkeit ohne jede therapeutische Hilfe mit fortschreitender Entwicklung behoben wird und ohne Auswirkungen auf das augenblickliche und zukünftige Lern- und Sozialverhalten bleibt.

- *leichter Sigmatismus*

Leichter Sigmatismus wurde dort diagnostiziert, wo die Zischlaute addental oder — optisch und akustisch wenig auffällig — interdental gebildet wurden. Die Verständlichkeit der Sprache war im wesentlichen nicht eingeschränkt.

Leichter Sigmatismus ist eine Form der Sprachauffälligkeit, von der angenommen wird, daß sie in der Regel ohne therapeutische Hilfe mit fortschreitender Entwicklung behoben werden kann.

- *partielles Stammeln*

Partielles Stammeln wurde dort diagnostiziert, wo nur wenige Laute fehlerhaft gesprochen wurden und die Verständlichkeit nur wenig eingeschränkt war (vgl. *Führung* u. a.).

- *schwerer Sigmatismus*

Schwerer Sigmatismus wurde dort diagnostiziert, wo die Zischlaute eindeutig interdental gebildet wurden und die Verständlichkeit deutlich eingeschränkt war.

Schwerer Sigmatismus ist eine Form der Sprachauffälligkeit, die erfahrungsgemäß nicht ohne therapeutische Hilfe behoben wird. Das Lern- und Sozialverhalten kann negativ beeinflusst werden.

— *multiples bis universelles Stammeln*

Multiples Stammeln wurde dort diagnostiziert, wo »die Sprache infolge der großen Zahl fehlender oder falsch gesprochener Laute schwer verständlich war« (Führung u. a., S. 11).

Diese Sprachauffälligkeit bedarf dringend und so früh wie möglich der therapeutischen Hilfe durch den Sprachheillehrer, damit die negative Auswirkung auf das Lern- und Sozialverhalten gemildert oder verhindert werden kann.

— *elektiver Mutismus*

Elektiver Mutismus wurde dort diagnostiziert, wo eine »hochgradige Sprachscheu oder das freiwillige Schweigen« (Becker/Sovak, S. 184) festgestellt wurden.

Die negative Auswirkung auf das Lern- und Sozialverhalten ist eindeutig, die therapeutische Hilfe durch einen Sprachheillehrer erscheint dringend geraten.

Der Verfasser ist sich methodenkritisch dessen bewußt, daß die Feststellung von Art und Grad einer Sprachauffälligkeit nach seiner Methode und den hier dargelegten Kriterien ganz wesentlich von der Beurteilungsfähigkeit und Eigenart des Untersuchers abhängt.

Der subjektive Entscheidungsspielraum konnte unter den gegebenen Umständen (fehlende Sprachprüfmittel, vorhandene Zeit, Aspekte rationellen Untersuchens) nicht weiter eingeengt werden.

Im übrigen sieht der Verfasser auch keine andere, praktikable Untersuchungsmöglichkeit, die dem Alter der Kinder angemessen wäre.

4.6.2. Die pragmatischen Kategorien

Die Klassifikation der Sprachauffälligkeit orientierte sich in vorangegangenen Untersuchungen an den bestehenden oder geforderten Behandlungsmöglichkeiten. Diese bestehen für schulpflichtige Kinder — von regionalen Ausnahmen abgesehen — in

- der Sonderschule für Sprachbehinderte
- und der ambulanten Einzelbehandlung (im Ambulatorium der Sprachheilschule oder auf Krankenkassenbasis).

Vor dem 6. Lebensjahr werden Kinder in der BRD nur behandelt, wenn örtlich ein Sonderkindergarten vorhanden ist oder ein Sprachheillehrer (-therapeut oder Logopäde) zur Verfügung steht (auf Krankenkassenbasis).

Es sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß der Verfasser die üblichen Behandlungsformen — sowohl Behandlung in der Isolation (Sonderschule oder Sonderkindergarten) als auch die ambulante Einzelbehandlung — für nicht übertragbar hält auf den vorschulischen Bereich.

Eine pragmatische Klassifizierung der Sprachauffälligkeit muß sich orientieren

- an der Therapiebedürftigkeit
- und der Modellvorstellung über eine effektive und realisierbare Behandlungsform, die dem Alter der Kinder angemessen ist.

4.6.2.1. Klassifikation nach der Therapiebedürftigkeit

Grundlage für die Klassifizierung nach der Therapiebedürftigkeit bildet die unter phänomenologisch-symptomatischen Gesichtspunkten vorgenommene Klassifikation (siehe 4.6.1.).

Diese Ergebniskategorien sind nach Therapiebedürftigkeit zusammenzufassen:

- keine besondere Therapie
bei »unauffälligem Sprachverhalten« — »leichtem Sigmatismus«,
- sprachentwicklungsfördernde Therapie
bei »partiellstem Stammeln«,
- sprachheilpädagogische Therapie
bei »schwerem Sigmatismus« — »multiplem bis universellem Stammeln« — »elektivem Mutismus« — weiteren früh- oder später erworbenen Sprachstörungen (nach Becker/Sovak, S. 125—181).

Die Grenzen zwischen den drei Therapiegruppen sind fließend und daher prinzipiell offen zu halten (z. B. leichter und schwerer Sigmatismus/partielles und multiples Stammeln).

Begründung

Für Kinder mit »partiellstem Stammeln« wird eine »sprachentwicklungsfördernde Therapie« vorgesehen. Die Bezeichnung besagt bereits, daß der Verfasser davon ausgeht, daß es sich beim partiellen Stammeln im Vorschulalter um eine Sprachentwicklungsstörung handelt, die in der Regel durch eine sprachentwicklungsfördernde Therapie vollständig behoben werden kann.

Für den Vorschulbereich entsprechen sich die Bezeichnungen »partiellstem Stammeln« und »einfache verzögerte Sprachentwicklung« weitgehend: »Bei der verzögerten Sprachentwicklung entfaltet sich die Sprache später und langsamer als gewöhnlich, erreicht jedoch am Ende der Entwicklungsphase das normale Niveau« (Becker/Sovak, S. 92).

Gut ausgebildete oder angeleitete Erzieher(innen) sollten positive und negative Veränderungen im Sprachverhalten eines Kindes wahrnehmen und entsprechende Maßnahmen einleiten können.

Die Sprachauffälligkeiten, für die eine sprachheilpädagogische Therapie dringend erforderlich ist, haben drei Gemeinsamkeiten:

- die Verständlichkeit oder Verständigung (beim Mutismus) ist eingeschränkt,
- die Sprachauffälligkeit kann erfahrungsgemäß ohne sprachtherapeutische Hilfe nicht behoben werden,
- es besteht die Gefahr einer negativen Auswirkung auf das aktuelle und zukünftige Lern- und Sozialverhalten.

4.6.2.2. Klassifikation nach der Modellvorstellung über vorschulische Sprachtherapie
Die Klassifizierung nach den drei Kategorien der Therapiebedürftigkeit

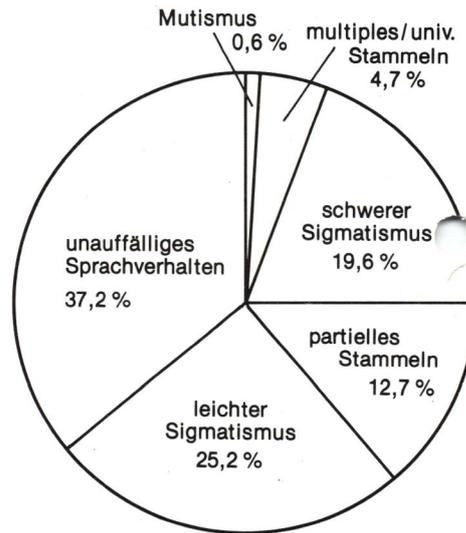
- keine besondere Therapie,
- sprachentwicklungsfördernde Therapie,
- sprachheilpädagogische Therapie

entspricht zugleich der Klassifikation nach der Modellvorstellung des Verfassers über vorschulische Sprachtherapie. Diese Modellvorstellung wird nach den statistischen Ergebnissen dargestellt. Hier sei lediglich erwähnt, daß der Verfasser eine enge Zusammenarbeit zwischen angeleiteten Erzieher(inne)n und Sprachheilpädagogen anstrebt. Sprachentwicklungsfördernde Therapie würde nach diesem Modell von den Erzieher(inne)n durchgeführt werden nach Anleitung und unter der verantwortlichen Leitung eines Sprachheilpädagogen.

4.7. Statistische Ergebnisse

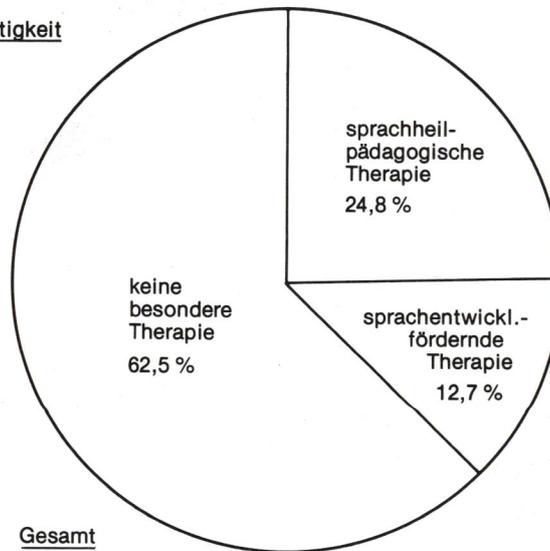
4.7.1. Die phänomenologisch-symptomatischen Kategorien

	Kinder	%- Anteil
unauffälliges Sprachverhalten	120	37,2
leichter Sigmatismus	81	25,2
partiellles Stammeln	41	12,7
schwerer Sigmatismus	63	19,6
multiplles bis univ. Stammeln	15	4,7
elektiver Mutismus	2	0,6
Gesamt	322	100,0

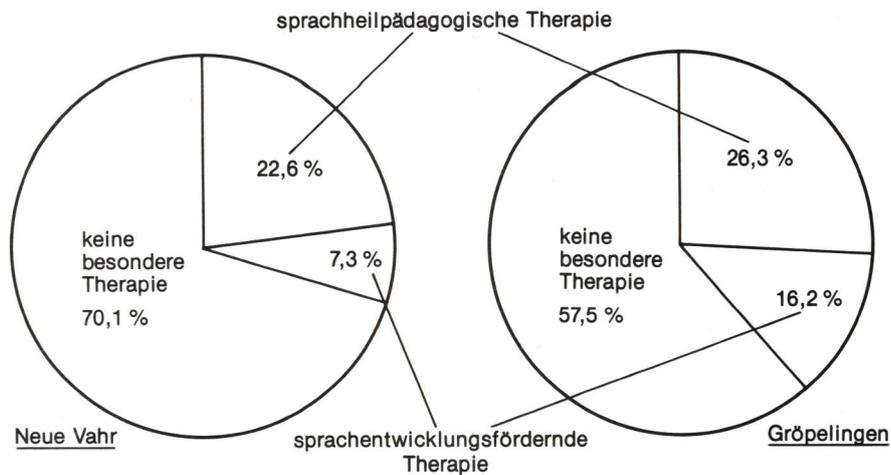


4.7.2. Die pragmatischen Kategorien

Therapiebedürftigkeit



Gesamt



4.8. Gefolgerte Tendenzen

Der Verfasser ist sich darüber im klaren, daß die ermittelten Zahlen lediglich auf einer exemplarischen Untersuchung beruhen und nicht absolut genommen werden dürfen. Für eine allgemein-gültige Aussage über die Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter ist die Normpopulation (N = 322) zu gering.

Im übrigen weisen auch die teilweise recht großen Unterschiede zwischen den Ergebnissen in verschiedenen Stadtbezirken darauf hin, daß eine größere Population (etwa das Zehnfache) zu abweichenden Prozentzahlen kommen könnte.

Bestimmte Tendenzen, die aller Wahrscheinlichkeit nach von weiteren Untersuchungen bestätigt werden könnten, lassen sich jedoch aufzeigen:

- der Anteil der therapiebedürftigen Vorschulkinder liegt etwa zwischen 30 und 40 Prozent,
- der Anteil der Kinder, die dringend sprachheilpädagogischer Therapie bedürfen und bei denen Auswirkungen auf das Lern- und Sozialverhalten bestehen oder zu erwarten sind, liegt bei etwa 25 Prozent,
- der Anteil dieser dringend therapiebedürftigen Kinder weicht in unterschiedlichen soziokulturellen Populationen nur gering voneinander ab (22,6 Prozent zu 26,3 Prozent),
- der Anteil der Kinder, die einer sprachentwicklungsfördernden Therapie bedürfen, kann sich in Populationen mit sozial benachteiligten Kindern mehr als verdoppeln (7,3 Prozent zu 16,2 Prozent).

5. Die Schwierigkeiten einer Therapie des sprachauffälligen Vorschulkindes

Ein wesentlicher Teil der Schwierigkeiten bei der Therapie sprachauffälliger Vorschulkinder ergibt sich bereits aus der Problematik der Früherkennung (siehe 3.). Die Tatsache, daß in der BRD nur etwa jedes dritte Kind einen Kindergarten besucht bzw. besuchen kann, stellt eine weitere, bedeutende Schwierigkeit dar.

Dem Verfasser erscheint der Kindergarten als der geeignetste pädagogische Raum im Vorschulalter, in dem die dringend erforderliche Sprachförderung erfolgen sollte. Da nicht jedes Kind einen Kindergarten besucht, darf die Erfassung allerdings nicht auf diesen Bereich beschränkt bleiben.

Den Begriff »Sprachförderung« verwenden wir synonym zu »Behandlung« oder »Therapie sprachauffälliger Kinder«.

Nach Auffassung und Einsicht des Verfassers gibt es in der Realität noch kein Organisationsmodell für die Sprachförderung, das dem Alter des Vorschulkindes angemessen wäre. Alle Überlegungen zur Problematik der Therapie müssen sich daher zwangsläufig auf die Entwicklung eines solchen Organisationsmodells richten.

Sekundär ergeben sich methodisch-didaktische Fragen, die aber zweckmäßigerweise aus der Praxis heraus gestellt und beantwortet werden sollten. Sie werden nicht zum Gegenstand der vorliegenden Abhandlung erhoben.

5.1. Die gegenwärtige Praxis der Frühbehandlung am Beispiel Bremens

Die Förderung der Sprachentwicklung und des Sprechens sind schon seit langem Schwerpunkte der pädagogischen Arbeit im Kindergarten. Das diesbezügliche Engagement der Mitarbeiter ist weitgehend beachtlich und erfolgreich. Dennoch müssen die Erzieher(innen) und Sozialpädagog(inn)en in den Fällen pathologischer Sprachentwicklungsverzögerungen oder anderer Sprachstörungen häufig kapitulieren.

Die Eltern sprachauffälliger Vorschulkinder in Bremen haben sich bisher an zwei Beratungsstellen wenden können:

- die Beratungsstelle für Sprachbehinderte beim Hauptgesundheitsamt Bremen,
- die Beratungsstelle für sprachbehinderte Kinder an der Sprachheilschule Thomas-Mann-Straße, Bremen.

Bei Bedarf führte die Sprachheilschule Beratungen für die Eltern sprachauffälliger Vorschulkinder durch. Sie ist jedoch institutionell nur für sprachbehinderte Schüler eingerichtet. Behandlungen von Vorschulkindern konnten so gut wie nicht durchgeführt werden.

Die Beratungsstelle des Hauptgesundheitsamtes ist lediglich mit einer Logopädin besetzt und daher hoffnungslos überlastet. An freiberuflich tätigen Logopädinnen stehen in Bremen zur Zeit drei zur Verfügung. Der Bedarf ist bei weitem nicht gedeckt.

Wenige Kindertagesheime im Stadtgebiet Bremen werden durch einen Sprachheillehrer nebenamtlich betreut. Dem Sonderpädagogen steht in der Regel ein Nachmittag zur Verfügung, an dem er etwa 6 Kinder therapieren kann.

Die Behandlung erfolgt auf Krankenkassenbasis, das bedeutet:

- teilweise sind lange Wartezeiten bis zum Abschluß der Kostenregelung und damit bis zum Behandlungsbeginn unvermeidbar,
- die Kosten werden nur zum Teil von den Krankenkassen übernommen, den Rest müssen die Eltern selbst tragen, wenn keine Anspruchsberechtigung beim Sozialamt nachgewiesen wird (Offenlegung der Einkommensverhältnisse),
- es bleibt letzten Endes der Initiative der Eltern überlassen, ob und wann eine Behandlung durchgeführt wird,
- in der Regel dürfen nur Einzelbehandlungen durchgeführt werden,
- die Behandlungszeit ist auf mindestens 30 Minuten festgelegt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Sprachtherapeutische Behandlung von Vorschulkindern erfolgt in Bremen gegenwärtig lediglich bei einem geringen Teil der schwer Sprachbehinderten.

5.2. Entwicklung einer Modellvorstellung zur Sprachförderung im Vorschulalter

5.2.1. Prinzipien der vorschulischen Sprachförderung

Die völlig unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten und die nicht altersgemäße Therapieform für Kinder im Vorschulalter sollten deutlich geworden sein.

Die Entwicklung einer Modellvorstellung zur Sprachförderung im Vorschulalter muß folgende pädagogisch-psychologischen Aspekte berücksichtigen:

1. Sprachauffällige Vorschulkinder bedürfen in der Regel keiner Symptombehandlung, sondern — mehr als ältere Kinder und Jugendliche — einer Förderung ihrer Gesamtpersönlichkeitsentwicklung.
2. Sprachauffällige Vorschulkinder sollten nach Möglichkeit Sprachförderung erfahren in der ihnen vertrauten Umgebung und durch die ihnen vertrauten Bezugspersonen.
3. Für sprachauffällige Vorschulkinder ist die Gruppentherapie nach Möglichkeit der Einzeltherapie vorzuziehen. (Das schließt nicht aus, daß in Fällen von bereits manifester Sprachbehinderung zeitweise eine Einzeltherapie erforderlich werden kann.)
4. Sprachförderung darf nicht drillmäßiges Sprachtraining bedeuten, sondern sollte eingebettet sein — methodisch und didaktisch — in die allgemeine, pädagogische Kindergartenarbeit.

5.2.1.1. Förderung der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung

Wie bereits festgestellt, handelt es sich bei der Mehrzahl der Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter um einfache Sprachentwicklungsverzögerungen. Diese haben ihre Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung der Persönlichkeit (Becker/Sovak).

Ob die Sprachentwicklungsverzögerung die Gesamtentwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigt oder ob eine allgemeine Retardierung auch den sprachlichen Bereich mit umfaßt, wird nur selten im Einzelfall eindeutig zu klären sein. In der Regel kann von einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen Sprach- und Gesamtentwicklung ausgegangen werden.

Mit Sicherheit erhöht das Fehlen einer angemessenen Sprachförderung das Entwicklungsdefizit der Gesamtpersönlichkeit und bedeutet in letzter Konsequenz für das Kind und seine Eltern häufig eine vermeidbare schwere Lebensbelastung.

Dieses Entwicklungsdefizit, für das der Sprachentwicklungsrückstand das bedeutendste und auffälligste Symptom darstellt, kann insbesondere auch bei den Kindern frühzeitig diagnostiziert werden, die später die Sonderschule für Lernbehinderte besuchen müssen (vgl. Klein, in: Deutscher Bildungsrat 1973, und Wegener, in: Deutscher Bildungsrat 1971).

Im einzelnen ergeben sich folgende Beeinträchtigungen der Gesamtpersönlichkeit, die der Förderung bedürfen:

— Störung der Sensorik

Häufiger Befund bei Sprachentwicklungsverzögerten ist eine Beeinträchtigung der Lautunterscheidungsfähigkeit (vgl. Knura, in: Deutscher Bildungsrat 1974b).

Daraus ergeben sich während der Schulzeit zusätzliche Schwierigkeiten für das Erlernen des Lesens und Schreibens (Legasthenie).

— Störungen der Motorik

Einen Überblick über die bisher aufgedeckten Zusammenhänge zwischen Sprache und Motorik geben Seeman und Knura. Becker/Sovak erklären darüber hinaus:

»Unter physiologischem Aspekt betrachtet, stellen die meisten Sprachstörungen eine Bewegungsstörung dar. Sie kann durch die Übernahme falscher Bewegungsmuster verursacht werden, Ausdruck einer Läsion der motorischen Zentren und Bahnen sein ...« (Becker/Sovak, S. 229/230).

— *Störungen des Lern- und Sozialverhaltens*

Da das Vorschulkind fast ausnahmslos innerhalb sozialer Beziehungen lernt, kann man das Lernverhalten als Teil des Sozialverhaltens betrachten. Unsere Ausführungen beschränken sich daher auf die Störungen des Sozialverhaltens.

Es ist das besondere Verdienst von Gerda Knura, die Auswirkungen von Sprachauffälligkeiten auf das Sozialverhalten verdeutlicht zu haben:

»Für die Gruppe der Artikulations- und Sprachentwicklungsgestörten bestätigen Untersuchungen die Erfahrung, daß Sprachbehinderte häufiger als Nichtsprachbehinderte bereits in ihrer Familie in einem belasteten sozialen Rahmen leben ... Bei artikulationsgestörten Kindern lassen sich häufiger als bei normalsprechenden Kindern Symptome wie Wutanfälle und Bettnässen nachweisen, die als Anzeichen seelischer Störungen aufgefaßt werden können ... Ebenso lassen sich bei ihnen häufiger Ängstlichkeit ... und andere psychische Störungen nachweisen ...« (Knura, in: Deutscher Bildungsrat 1974b, S. 134).

»... vorliegende Untersuchungsergebnisse (legen) den Schluß nahe, daß jede Sprachbehinderung zugleich ein Risiko für die Persönlichkeitsentwicklung des Betroffenen und seine soziale Integration darstellt« (Knura, in: Deutscher Bildungsrat 1974b, S. 135).

Becker/Sovak nennen folgende Aspekte zur Förderung der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung, die insbesondere im Vorschulalter unbedingter Beachtung bedürfen, wenn das erstrebenswerteste Ziel der Sprachheilpädagogik, die Verhütung von Sprachbehinderungen, ernst genommen wird:

- rehabilitative Bewegungserziehung,
- rehabilitative Denkerziehung,
- rehabilitative Sinneserziehung,
- rehabilitative Spracherziehung,
- Umerziehung (insbesondere mit Blick auf Verhaltensstörungen),
- Einflußnahme auf das Milieu.

5.2.1.2. Förderung in vertrauter Umgebung durch vertraute Bezugspersonen

Ein grundlegendes Prinzip der Kindergartenarbeit ist es, dem Kind das Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung zu vermitteln. Nur auf dieser Basis können sich Selbstbewußtsein und Selbständigkeit des jungen Menschen entwickeln. Zur Verwirklichung dieses Ansatzes sind die vertrauten Räumlichkeiten und die vertrauten Bezugspersonen unbedingte Voraussetzung.

Wenn wir die oben genannten Aspekte von Becker/Sovak für die Förderung der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung überdenken, kommen wir rasch zu dem Schluß, daß sie weder allein von Erzieher(inne)n noch allein von Sprachheillehrern adäquat berücksichtigt werden können. Die enge Kooperation zwischen pädagogischen Mitarbeitern der Kindertagesheime und Sprachheillehrern bei der Sprachförderung auffälliger Vorschulkinder muß als logische Konsequenz gefordert werden.

Für manche Bereiche wäre die Mitwirkung weiterer Fachkräfte bzw. zusätzlich ausgebildeter Erzieher(innen) wünschenswert, so z. B. für die Bewegungserziehung ein Gymnastiklehrer, für die Umerziehung ein verhaltenstherapeutisch arbeitender Psychologe oder Pädagoge und für die Einflußnahme auf das Milieu der zuständige Sozialarbeiter.

Zusammengefaßt ergibt sich:

- Sprachförderung sollte im Vorschulalter in den Räumlichkeiten stattfinden, die dem Kind von seinem täglichen Kindergartenbesuch her vertraut sind.
- An der Sprachförderung sollten die Bezugspersonen aktiv beteiligt werden, die dem Kind ebenfalls vertraut sind.

5.2.1.3. Förderung in der Gruppe

Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung erfährt das Kind im Vorschulalter

- einmal durch seine enge, soziale Beziehung zu einer vertrauten Bezugsperson,
- zum anderen als Mitglied einer Gruppe mit ihren vielfältigen, sozialen Interaktionen.

Die Einzelbehandlung im Vorschulalter ist in jedem Falle eine nicht altersgemäße Therapieform und daher entschieden abzulehnen. Sie birgt darüber hinaus die Gefahr in sich, dem Vorschulkind seine Sprachauffälligkeit überhaupt erst bewußt zu machen und dadurch eine Sprachbehinderung zu begründen. Der Verfasser hat bereits bemerkt, daß den weitaus meisten Vorschulkindern ihre Sprachauffälligkeit keineswegs bewußt ist. Eine isolierte Einzelbehandlung ist leider dazu geeignet, das Gegenteil zu bewirken.

Bei manifester Sprachbehinderung kann es notwendig werden, daß sich der Sprachheillehrer für kurze Zeit während der Gruppentherapie einem einzelnen Kind zuwenden muß. Dieses stellt dann aber keine Einzelbehandlung im herkömmlichen Sinne dar und löst das Kind nicht aus seiner Gruppe heraus.

5.2.1.4. Förderung der Sprachentwicklung

Da es sich — wie der Verfasser bereits feststellte — bei den Vorschulkindern im wesentlichen um Sprachentwicklungsstörungen handelt, darf eine angemessene Therapie sich nicht auf Symptombehandlung richten, sondern sie muß Förderung der Sprachentwicklung zum Ziele haben. (Der Verfasser verwendet die Begriffe »Sprachförderung« und »Förderung der Sprachentwicklung« synonym.)

Sprachförderung im weitesten Sinne kann sich in recht unterschiedlichen Aktivitäten darstellen:

- Sprachförderung meint die allgemeinpädagogischen Aktivitäten im sprachlichen Bereich,
- Sprachförderung meint die sonderpädagogischen Aktivitäten mit sprachheiltherapeutischer Zielsetzung,
- Sprachförderung meint den Einsatz von »Sprachtrainingsmappen« oder »kompensatorischen Programmen« zur Hebung des Sprachniveaus und zur Überwindung von »Sprachbarrieren« im soziolinguistischen Sinne.

Es ist die Auffassung des Verfassers, daß sich eine effektive und altersgemäße Sprachförderung für Vorschulkinder nur aus der sinnvollen Kombination aller drei Aspekte ergibt. Sprachförderung muß — sei sie allgemeinpädagogischer oder sonderpädagogischer Art — methodisch und didaktisch eingebettet sein in die alltägliche, allgemeinpädagogische Kindergartenarbeit. Der Sprachheillehrer allein kann dies mit Sicherheit nicht leisten.

Besondere Beachtung muß der Einsatz von »Sprachtrainingsmappen« in der Vorschulerziehung — insbesondere in Hinblick auf sprachauffällige Kinder — erfahren. Nachdem die anfängliche Euphorie über die Einsatz- und Erfolgsaussichten von »Sprachtrainingsmappen« (»kompensatorischen Programmen«) allmählich verebbt ist, sollte es möglich sein, die Brauchbarkeit solchen Materials nunmehr realer abzuschätzen.

Als spezielle Ziele der Sprachentwicklungsförderung sind zu nennen:

- Förderung der Artikulationsfähigkeit,
- Förderung der Lautdiskriminierungsfähigkeit,
- Förderung der Wortschatzerweiterung,
- Förderung der Satzbildung.

5.2.2. Organisationsmodell der vorschulischen Sprachförderung

- In allen größeren Kindertagesheimen (etwa 100—150 Kinder) wird für 4 Wochenstunden (= 3 Zeitstunden oder 1 Nachmittag) ein Sprachheillehrer tätig.
 - Zum Zwecke enger Kooperation werden ihm zwei Erzieher(innen) zugeordnet.
 - Der Sprachheillehrer führt die Erzieher(innen) — solange sie über keine sprachtherapeutische Zusatzausbildung verfügen — in die Sprachbehindertenpädagogik des Vorschulalters ein und vermittelt Kriterien zum Erkennen sprachauffälliger Kinder.
 - Die beiden Erzieher(innen) erfassen in Zusammenarbeit mit den übrigen Mitarbeitern des Kindertagesheimes die sprachauffälligen Kinder im eigenen Heim und in den zugeordneten kleineren Kindertagesheimen der näheren Umgebung.
 - Der Sprachheillehrer überprüft verantwortlich die Sprachauffälligkeit der ihm von den Erzieher(inne)n zugeführten Kinder.
 - Der Sprachheillehrer teilt verantwortlich Gruppen ein:
 - 2 Großgruppen (8—10 Kinder) für je 1 1/2 Stunden,
 - 1 Großgruppe = 2—3 Gruppen à 3—5 Kinder.
- Förderungskapazität: etwa 16—20 Kinder.
- Die Förderung der Sprachentwicklung erfolgt in Teamarbeit unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung nach dem Modell Becker/Sovaks. Die verantwortliche Leitung übernimmt allein der Sprachheillehrer.
 - In der Regel wird der Ablauf der 1 1/2 Stunden in folgender Weise vor sich gehen:
 - Der Sprachheillehrer plant im voraus gemeinsam mit den Erzieher(inne)n gezielte, therapeutische Maßnahmen, z. B. Bewegungs-, Denk-, Sinneserziehung.
 - Der Sprachheillehrer verteilt die Aufgaben auf die drei Gruppen (2 Erzieher[innen] und 1 Sprachheillehrer).
 - Die Erzieher(innen) können nach Anleitung auch sprachentwicklungsfördernde Aufgaben — z. B. für Kinder mit partiellem Stammeln u. ä. — übernehmen.
 - Der Sprachheillehrer arbeitet verstärkt mit den Kindern, die der »sprachheilpädagogischen Therapie« bedürfen.
 - Wenn es pädagogisch sinnvoll erscheint, werden die Aufgaben oder die Gruppen nach etwa einer halben Stunde untereinander gewechselt.
 - Die Gruppeneinteilung muß flexibel gehandhabt werden, so daß ein Wechsel nach einem gewissen Therapieerfolg jederzeit stattfinden kann.
 - Die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Sprachförderung sollte für das einzelne Kind — mit Rücksicht auf die noch unbehandelten Fälle — nach spätestens 6 Monaten (etwa 15—20 Sprachförderungsnachmittage) überprüft werden. Eine eventuelle weitere Behandlung muß begründet werden.
 - Die Eltern sind vom Sprachheillehrer zu beraten und — wenn es pädagogisch sinnvoll erscheint — um ihre Anwesenheit bei der Sprachfördererziehung zu bitten.
 - Sprachauffällige Kinder, die kein Kindertagesheim besuchen, werden von einer zentralen Beratungsstelle (z. B. Hauptgesundheitsamt) erfaßt und bei Bedarf

Der einzige Nachteil des Organisationsmodells — aus der Sicht des Verfassers — sei nicht verschwiegen:

Die Arbeit des Sprachheillehrers wird durch die gemeinsame Planung, die verantwortliche Leitungsfunktion und die engere Kooperation bedeutend schwieriger und unbequemer. Dieser persönliche Nachteil — der die Vorteile des Organisationsmodells bei weitem nicht aufzuwiegen vermag — sollte jedoch zum Wohle der sprachauffälligen Vorschulkinder in Kauf genommen werden.

6. *Schlußbemerkung*

Der Verfasser ist der Meinung, daß er nach Darstellung der Bedeutung von Früherkennung und -behandlung sprachauffälliger Kinder und der damit verbundenen Problematik ein neues Organisationsmodell für die Sprachförderung im Vorschulalter folgerichtig entwickelt hat.

Seit Januar 1976 wird in 5 Bremer Kindertagesheimen unter der koordinierenden Leitung des Verfassers ein Modellversuch durchgeführt, der das Organisationsmodell praktisch erproben soll. Alle weiteren Fragen bleiben einer Zwischenbilanz vorbehalten, die in frühestens einem Jahr erwartet werden kann (z. B. Gruppenzusammensetzung, Methodik und Didaktik im Vorschulalter). Die Ergebnisse werden gegebenenfalls an gleicher Stelle veröffentlicht.

Die Effektivität und Realisierbarkeit des entwickelten Modells kann zur Zeit weder behauptet noch bestritten werden. — Ein Modell muß erprobt werden!

(Literatur siehe Heft 5/76.)

Anschrift des Verfassers: Peter Puppe, Fachpädagoge für Sprach- und Verhaltenstherapie, Am Hilgeskamp 28b, 2800 Bremen 44.

Städt. Krankenhaus Lörrach

Wir eröffnen Mitte 1977 unsere 100-Betten-Kinderklinik mit einem Zentrum zur Früherfassung und Frühbetreuung entwicklungsgestörter Kinder.

Für dieses Zentrum, das durch ein Team, bestehend aus Neuropädiater, Ergo- und Physiotherapeuten betreut wird, suchen wir ab 1. Oktober 1977

1 Sprachtherapeutin

die Freude an der Arbeit in einem neuen Haus hat.

Neben der Vergütung nach BAT sowie allen sonstigen Vorzügen des öffentlichen Dienstes bietet Ihnen unsere landschaftlich schöne und verkehrsgünstige Lage einen hohen Freizeitwert.

Bewerbungen und Anfragen sind zu richten an:

Städt. Krankenhaus Lörrach - Verwaltung -, Spitalstraße 25, 7850 Lörrach

Über den Einsatz von Kommunikationstafeln bei cerebral bewegungsgestörten Kindern mit schweren Dysarthrien

In der Gruppe der cerebral bewegungsgestörten Kinder (cb Kinder) an Sonderkindertagesheimen und Sonderschulen für körperbehinderte Kinder befindet sich eine kleine Zahl, deren Sprechmotorik aufgrund der vorliegenden Schädigung des zentralen Nervensystems so stark beeinträchtigt ist, daß die Sprache für immer oder doch für viele Jahre unverständlich bleiben wird. Bei diesen schwer dysarthrischen bzw. anarthrischen Kindern, die fast ausnahmslos zu den motorisch Schwerbehinderten gehören, erhöht die Unfähigkeit, über die Lautsprache zu kommunizieren, die ohnehin vorhandene Hilflosigkeit und soziale Isolierung. Durch den Einsatz der in diesem Beitrag beschriebenen Kommunikationstafeln können erfahrungsgemäß Entwicklungsstörungen vermindert werden, die infolge des eingeschränkten Kommunikations- und Interaktionsvermögens der genannten Kinder auftreten.

1. Vorbemerkung

Sehr viel Mühe, Zeit und Kraft werden häufig in Einrichtungen für körperbehinderte Kinder auf die sprachtherapeutische Arbeit mit dysarthrischen cb Kindern verwendet. Den Schwerpunkt der Bemühungen stellen in der Regel Lautbildungsübungen dar unter Anwendung bewegungstherapeutischer Erkenntnisse. Rheinweiler hat kürzlich diesen Ansatz der Sprachheilbehandlung mit bewegungstherapeutischer Akzentuierung eingehend beschrieben (Rheinweiler 1976).

Die Arbeit wird in der Regel von Sonderschullehrern geleistet, die sich u. a. auf die Sprachtherapie mit cb Kindern spezialisiert haben, in enger Zusammenarbeit mit den Krankengymnastinnen. Jeder Laut, der von einem Kind zusätzlich gebildet werden kann, wird mit großer Freude begrüßt — und stellt doch Eltern, Erzieher und Lehrer, die von der Neuerwerbung in Kenntnis gesetzt werden, vor die Frage, was mit dem gewonnenen Laut »m« oder »p« oder »f« denn nun anzufangen sei. Die auf die Bildung von Einzellauten, dann einfacher Lautkombinationen und schließlich von Einzelwörtern ausgerichteten Übungen sind unumgänglich. Sie werden sich auch in den Fällen, bei denen die Aussicht sehr gering erscheint, daß jemals eine verständliche Sprache erworben werden kann, über lange Zeit erstrecken müssen. Es kann jedoch nicht übersehen werden, daß der auf diesem Weg erzielte Kommunikationsgewinn häufig gering ist und daß es eine Reihe von Kindern gibt, bei denen trotz jahrelanger sprachtherapeutischer Bemühungen der geschilderten Art eine hinreichend verständliche Sprache erst sehr spät oder aber nie in Sicht kommt. Im Rahmen der sonderpädagogischen Förderung dieser Kinder werden daneben andere Wege beschritten werden müssen, um das Kommunikationsdefizit zu vermindern. Insbesondere die Erfahrungen an einer Internatsschule für cb Kinder in den USA (The Matheny School, Peapack, New Jersey) haben die Verfasserin davon überzeugt, daß bei schweren Dysarthrien und bei Anarthrien der rechtzeitige Einsatz von Kommunikationstafeln angezeigt ist. Mit Hilfe einer solchen Tafel können nicht oder noch nicht artikulationsfähige Kinder durch Zeigen von Bild- oder Schriftmaterial sich bis zu einem gewissen Grade an verbalen Kommunikationsvorgängen aktiv beteiligen.

2. Die Voruntersuchung

In jedem Einzelfall wird eine sorgfältige multidisziplinäre Voruntersuchung der Entscheidung vorausgehen müssen, ob eine Kommunikationstafel eingesetzt werden

kann und soll. Während einer Beobachtungsphase muß sich das mit der Förderung des Kindes befaßte Team aus Pädagogen, Medizinerinnen und Therapeuten einen Überblick zu verschaffen suchen über die sprachlichen Möglichkeiten des Kindes, seinen kognitiven Entwicklungsstand und die vorhandenen motorischen Fähigkeiten. Eine Überprüfung der Hör- und Sehfähigkeit ist daneben anzuraten. Der Einsatz einer Kommunikationstafel kann nur für die cb Kinder empfohlen werden, die zeigen, daß sie Sprache verstehen können, deren Sprechvermögen jedoch infolge einer Dysarthrie bzw. Anarthrie so stark beeinträchtigt ist, daß ihre Sprache zum Zeitpunkt der Untersuchung nahezu oder gänzlich unverständlich ist. Es handelt sich um Fälle mit schweren Störungen des Atmungs-, Stimmgebungs- und Artikulationssystems. Häufig steigert sich bei diesen Kindern mit dem Wunsch, sich verständlich zu machen, der Grad der muskulären Verspannung, und desto unverständlicher werden ihre Sprechversuche.

Hier sei eingefügt, daß nicht selten die Eltern der Kinder sich nur schwer mit der Notwendigkeit einer Kommunikationstafel abfinden können. Sie befürchten, daß damit das Schicksal des Kindes als nicht sprechendes Wesen besiegelt wird und daß Möglichkeiten abgeschnitten würden, das Sprechen doch noch, wenn auch sehr verspätet, zu erlernen. Diese Sorge der Eltern ist verständlich. Ihnen muß einsehbar gemacht werden, daß durch die einzuleitende Maßnahme eine zweiseitige Kommunikation ermöglicht werden kann, die in ihrem Umfang über das eingeschränkte Lautbildungsvermögen und die nichtverbalen Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes nicht zu erreichen wäre.

Die Einschätzung des kognitiven Entwicklungsstandes ist bei den in der Regel motorisch schwer behinderten und nicht sprechenden Kindern außerordentlich schwierig. Der Einsatz standardisierter Intelligenztests ist kaum eine Hilfe. Die in diesen Fällen wenig reliablen Testergebnisse würden zur Klärung der Frage, ob der Einsatz einer Kommunikationstafel möglich bzw. schon möglich ist, ohnehin nicht beitragen. Im Hinblick auf diese Fragestellung wird in erster Linie zu klären sein, ob das Symbolverständnis des Kindes so weit entwickelt ist, daß es Personen und Gegenstände auf Bildern erkennen kann, da die einfachsten Kommunikationstafeln mit Bildmaterial arbeiten. Dies herauszufinden sollte bei längerer Beobachtungszeit mit einiger Sicherheit möglich sein. Keinem Kind, das diese Entwicklungsstufe noch nicht erreicht hat, sollte eine Kommunikationstafel gegeben werden, um zusätzliche Frustrationen bei Eltern und Kind zu vermeiden. Andererseits darf der Start mit der Tafel zeitlich nicht zu weit hinausgeschoben werden. Nach Möglichkeit sollte damit begonnen werden, solange das Kind noch von sich aus das Verlangen zeigt, sich lautsprachlich verständlich zu machen. Letzteres wird besonders dann deutlich, wenn es ungeduldig und ärgerlich wird, wenn seine Lautproduktionen nicht verstanden werden. Hat das Kind erst resigniert, so wird seine Motivation, sich an Kommunikationsvorgängen aktiv zu beteiligen, schwer wiederherzustellen sein.

Bei Kindern, die bereits am Leseunterricht teilnehmen, gilt es, nach Möglichkeit den Umfang des Ganzwortschatzes zu ermitteln und festzustellen, ob ihre Buchstaben- und Lautkenntnis ausreicht, um über die Technik des Lesens oder gar des Buchstabierens in Anfängen zu verfügen. Die Lehrkraft, die den Leseunterricht erteilt, wird diese Information am ehesten beisteuern können.

Die Voruntersuchung, soweit sie bisher geschildert wurde, kann von Sonderschullehrern geleistet werden. Sie werden gegebenenfalls den Rat von sprachtherapeutisch besonders erfahrenen Kollegen einholen und von Psychologen, die mit der Problematik körperbehinderter Kinder vertraut sind.

Die gemeinsame Aufgabe des Fachpersonals der Krankengymnastik und der Be-

schäftigungstherapie ist, herauszufinden, aus welcher Position und mit welchen Bewegungen dem Kind ein möglichst treffsicheres und schnelles Zeigen auf der Kommunikationstafel möglich sein wird. Eine stabile Sitzhaltung im Rollstuhl oder Arbeitsstuhl wird die Zeigequalität günstig beeinflussen. Auspolsterungen des Stuhls und Bandagen zur Fixierung des Körpers können eine Hilfe sein. Pathologische Reflexmuster, z. B. der symmetrische und der asymmetrische tonische Halsreflex, können die Reichweite eines Kindes beim Zeigen erheblich einschränken. Man wird versuchen, es in reflexhemmende Positionen zu bringen. Konsequenzen für die Anordnung des Zeigematerials auf der Kommunikationstafel können sich daraus ergeben. Sind Arm- und Handkontrolle bei einem Kind sehr schlecht bei besserer Rumpf- und Kopfkontrolle, kann ein an einem Stirnband befestigter Kopfzeiger benutzt werden. In wieder anders gelagerten Fällen wird nur das Zeigen mit dem Fuß bzw. den Zehen möglich sein. Schließlich erweist sich bei einigen wenigen Kindern das Fixieren einzelner Felder der Tafel mit dem Blick bei Verwendung eines Matrixsystems als einzig gangbarer Weg (siehe Abschnitt 4).

3. Typen von Kommunikationstafeln

Die Bildertafel

Für das Kind, das noch nicht lesen kann, ist eine Bildertafel angezeigt mit Fotos, Illustriertenausschnitten oder Zeichnungen. Der geeignetste Zeitpunkt für den Einsatz ist gegeben, wenn das Kind erstmals für längere Zeit das Elternhaus verläßt, z. B. bei Eintritt in das Sonderkindertagesheim oder ein Internat. Bei diesen Anlässen wird es erfahren, daß seine vorwiegend nichtverbalen, von unverständlichen Lauten begleiteten Ausdrucksmöglichkeiten von den Menschen in seiner neuen Umgebung nicht in dem Maße verstanden werden wie von seinen engsten Familienangehörigen.

Die erste Tafel sollte nur einige wenige Bilder von Gegenständen enthalten, z. B.: Tasse, Teller, Bett, Toilette, Spielzeug. Mit ihnen kann das Kind seine wichtigsten Bedürfnisse und Wünsche äußern. Zeigen auf die Tasse hätte etwa die Bedeutung von: »Ich bin durstig«, zeigen auf das Bett: »Ich bin müde«.

Das Kind braucht bei der Erschließung der Möglichkeiten der Kommunikationstafel die Hilfe der Menschen in seiner Umgebung. So wird man anfänglich z. B. durch den Einsatz einer Puppe dem Kind die Funktion der Tafel verdeutlichen können. Man läßt die Puppe sagen: »Ich habe Hunger« und dabei auf den Teller zeigen und gibt ihr anschließend etwas zu essen.

Später, wenn das Kind von sich aus dahin gelangt ist, seine Bedürfnisse anzuzeigen, sollte der Erwachsene, an den es sich wendet, den betreffenden Bedeutungsgehalt für das Kind lautsprachlich formulieren, bevor er darauf reagiert. Es darf angenommen werden, daß einfache Satzmuster sich auf diese Weise bei dem Kind verfestigen.

Sehr wichtig im Hinblick darauf, daß das Kind die Tafel als sein Kommunikationsmittel erkennen und benutzen lernt, ist, daß es sie, z. B. als eine Art Rollstuhltablett, ständig bei sich hat (siehe Abschnitt 4) und daß alle Kinder und Erwachsenen, mit denen das Kind Umgang hat im Elternhaus, im Internat, im Kindertagesheim bzw. in der Schule diese Möglichkeit, mit dem Kind über die Tafel zu kommunizieren, im weitestmöglichen Umfang nutzen. Auf diese Weise wird dem Kind deutlich werden, daß es sich bei der Kommunikationstafel nicht nur um ein Lernspiel für Therapie und Unterricht handelt. Zum möglichen Aufbau eines Ganzwortschatzes sollten allerdings von Anfang an unter die Bildsymbole die entsprechenden Wörter gedruckt werden.

Später kann die Tafel ergänzt werden durch die Fotos von Familienangehörigen, weitere Gegenstände des täglichen Gebrauchs, Orte, an die das Kind sich begeben möchte usw. Die Weiterentwicklung der Tafel ist in jedem Fall nach den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder auszurichten. Bildsymbole für »groß« und »klein«, »danke« und »bitte« usw. bedürfen der besonders gründlichen Einführung im Handlungszusammenhang.

Durch Kombination von zunächst zwei Wörtern vermag das Kind seine Ausdrucksmöglichkeiten zu erweitern. Zeigen auf »Vater« und »Auto« kann z. B. bedeuten: »Vater kommt mit dem Auto« — zeigen von »Mutter« und »Brief«: »Mutter hat einen Brief geschrieben«, für ein Internatskind ein äußerst wichtiges Ereignis. Die Bedeutung wird mit einiger Sicherheit aus dem Kontext zu erschließen sein, wie etwa bei einem Kind im Stadium des Zweiwortsatzes.

(Ein Beispiel einer erweiterten Bildertafel stellt Abbildung 1 dar, entnommen aus: McDonald, Schultz 1973.)

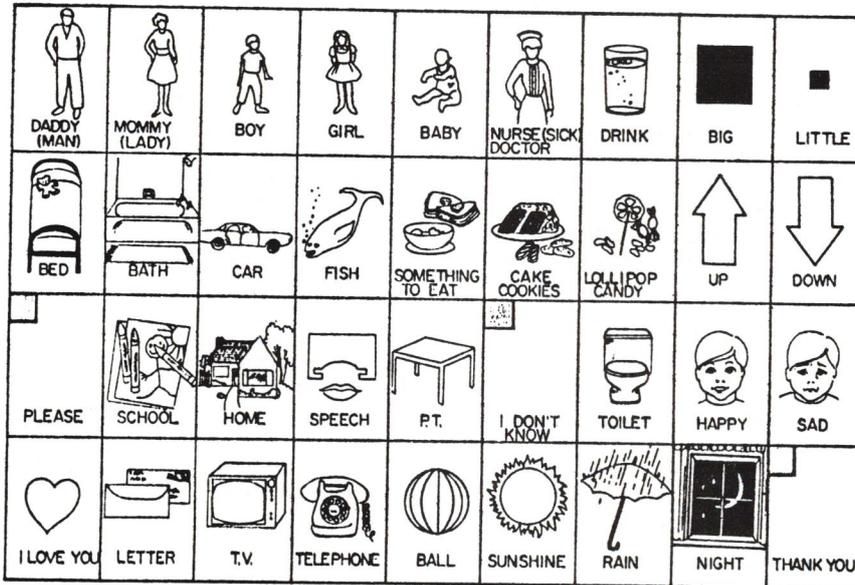


Abbildung 1: Erweiterte Bildertafel.

Die Worttafel

Sobald das Kind einen gewissen Ganzwortschatz erworben hat, sollte es eine neue Tafel bekommen mit gedruckten Wörtern, die es von seiner Bildertafel her kennt, ergänzt durch Wörter, die im Erstleseunterricht erworben wurden. Der geeignetste Zeitpunkt wird einige Monate nach Beginn der Arbeit eines ersten Schuljahres liegen. Der Inhalt der Tafel läßt sich jetzt erweitern, da der Platz für Bilder gespart wird. Die inhaltliche Erweiterung kann allerdings durch mangelhafte Zeigefähigkeit begrenzt sein. Nicht fehlen sollten auf der jetzt verwendeten Tafel einfache, die soziale Kontaktaufnahme erleichternde Redewendungen, z. B.: »Guten Tag« — »Bitte« — »Wie geht es?« — »Was ist los?« — »Ich weiß nicht« — »Danke« — »Auf Wiedersehen«. Eine Worttafel wird wie die Bildertafel die Bildung von Ein- und

Zweiwortsätzen ermöglichen neben einfachen, relativ stereotypen Satzmustern von der Art: »Guten Tag. Wie geht es?« usw. Bei einigen bildungsschwachen Schülern der Schulen für Körperbehinderte wird vermutlich nur dieses zu erreichen sein, sicherlich sehr eingeengte Ausdrucksmöglichkeiten, die jedoch gegenüber dem Ausgangszustand des aufgrund seiner motorischen Behinderung mühsam gestikulierenden, unverständliche Laute produzierenden Kindes einen deutlichen Gewinn darstellen.

Für Kinder, die sich über das bisher Erreichte hinaus als noch entwicklungsfähig erweisen, wird eine Grundkonzeption weiterverfolgt werden müssen, die sich am Spracherwerbsprozeß des nicht behinderten Kindes orientiert. Es handelt sich um die Kinder, die gute Ansätze bei der Kombination von Einzelwörtern zeigen und bei denen der Leselernprozeß erfolgreich verläuft.

Die Satzkonstruktionstafel

Satzkonstruktionstafeln ermöglichen erstmals den Aufbau mehrgliedriger Sätze. Die Wortanordnung auf einer solchen Tafel richtet sich nach einem Satzstruktursystem, das dem Kind eine Hilfe beim Satzaufbau bietet. Erst jetzt hat das Kind die Möglichkeit, Satzstrukturen, über die es durch jahrelanges Zuhören gegebenenfalls schon verfügt, erkennbar zu machen. Auf ihnen gilt es aufzubauen.

Die Tafeln, mit denen an der genannten amerikanischen Schule erfolgreich gearbeitet wurde, basierten auf dem »Fitzgerald-Key«, der für den Sprachaufbau bei Gehörlosen entwickelt wurde. Die Oberfläche der Tafel wird danach in Spalten gegliedert, die nacheinander von links nach rechts die Überschriften: Who / Verb / What / Where / When tragen. Die Auswahl der Wörter in den Spalten richtet sich hauptsächlich nach den Interessen und persönlichen Umständen der Kinder und

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
YES. HI. HOW ARE YOU? I DONT KNOW. PLEASE. THANK-YOU. GOOD-BYE. NO.							
WHO	VERB			WHAT	WHERE	WHEN	
I	HAVE	A	BIG	BALL	HOME	NIGHT	RED
MOMMY	PLAY	NOT	MY	COOKIE	PLAYROOM	YESTERDAY	YELLOW
DADDY	GO	AM	IN	PRESENT	BATHROOM	TOMORROW	ORANGE
SANDY	READ	FOR	LITTLE	FUN	SCHOOL	UP	WEEKEND
LINDA	SEE	THE	SICK	CAR	PUZZLE	OUTSIDE	SUMMER
BOY	MAY LOVE	WITH	GOOD	BED	WORDS	ROOM	EASTER
GIRL	LISTEN	IS	AT	BAD	STORY	STORE	P.T. CHRISTMAS
YOU	WANT	TO	HAPPY	LETTER	INSIDE	THANKS-GIVING	BLACK
TEACHER	ARE	AND	SAD	GAME	CAKE	DOWN	WHITE
THERAPIST	WILL			CANDY	CAKE	SPEECH	
HOUSE-MOTHER	EAT			BOOK	MAT	DINING ROOM	
	LIKE			DRINK			
	GET						

Abbildung 2: Erweiterte Satzkonstruktionstafel.

dem zu erzielenden sozialen Kommunikationsgewinn. Spalten mit Artikeln, Konjunktionen, Adjektiven bzw. Adverbien und Präpositionen können später zur Bildung vollständigerer Sätze eingefügt werden. Nach den Regeln der generativen Transformationsgrammatik lassen sich mit dem Kind an dieser Tafel zunächst Kernsätze entwickeln, sodann deren Frage- und Negationstransformation. Beispiele: »I have a ball.« — »I have a car.« usw.

(Abbildung 2 zeigt eine erweiterte Satzkonstruktionstafel, entnommen aus: McDonald, Schultz 1973.)

Für Kinder im deutschsprachigen Raum wird sich ebenfalls der Rückgriff auf die Didaktik des Sprachaufbaus der Gehörlosenpädagogik empfehlen, trotz der anderen Ausgangslage der zwar hörenden, aber aufgrund der motorischen Behinderung nicht sprechfähigen cerebralen Bewegungsgestörten. Vielversprechend erscheint der Ansatz bei Kreye zum Aufbau der »Grundstrukturen der deutschen Sprache« (Kreye 1972).

Sobald ein Kind im Unterricht einige Sicherheit im Buchstabieren erworben hat, sollte auf der Kommunikationstafel ein Buchstabenfeld hinzugefügt werden, um die Möglichkeit zu bieten, Wörter, die nicht auf der Tafel sind, durch Buchstabierversuche zu übermitteln. Die Anordnung der Buchstaben entsprechend der Schreibmaschinentastatur empfiehlt sich bei Kindern, die das Maschinenschreiben auf irgendeine Weise erlernen bzw. noch erlernen können. Eine Ziffernliste kann zusammen mit einem Feld mathematischer Symbole die Mitarbeit im Mathematikunterricht ermöglichen. Kleine Zusatztafeln mit dem wichtigsten Vokabular für bestimmte Unterrichtsbereiche können für gut lesende Kinder vom Lehrer bei Bedarf angefertigt und im Unterricht verwendet werden.

4. Zur Konstruktion der Kommunikationstafeln

In der Mehrzahl der Fälle findet ein modifiziertes stabiles Holztablett Verwendung, das auf den Armlehnen des Rollstuhls befestigt wird. Das Rollstuhltablett (etwa 70 × 45 cm) ist auf der dem Kind zugekehrten Seite offen und enthält einen etwa halbkreisförmigen Ausschnitt, der den Körper des Kindes umschließt. Für Kinder, die ihren Rollstuhl selbstständig bewegen, sind zusätzliche seitliche Ausschnitte erforderlich, so daß die Armbewegungen nicht behindert werden.

Die eigentliche Kommunikationstafel besteht aus einer festen Pappe, die auf der Innenfläche des Tablett befestigt wird und auf die kleinere Papierblätter mit den entsprechenden Bildern, Wörtern, Sätzen usw. geklebt werden. Die Pappe wird entweder durch eine Klarsichtfolie oder durch eine Plexiglasscheibe abgedeckt, die in das Tablett eingeschoben werden kann. Die herausnehmbare Plexiglasscheibe hat den Vorteil, daß erforderliche Änderungen und Ergänzungen auf der Kommunikationstafel jederzeit vorgenommen werden können.

Für die wenigen gehfähigen Kinder, die eine Kommunikationstafel benötigen, empfiehlt sich eine Tafel, die in der Art einer Halbschürze umgehängt wird und vor dem sitzenden Kind flach auf den Tisch gelegt werden kann. Als Grundmaterial findet fester Stoff bzw. Kunststoff Verwendung, auf den die Blättchen mit dem Sprachmaterial aufgeklebt werden. Anschließend sollte das ganze mit einer Klarsichtfolie umklebt werden.

Die Anordnung des Sprachmaterials auf der Kommunikationstafel richtet sich nach den motorischen Möglichkeiten des Kindes. Ist die Zielsicherheit beim Zeigen eingeschränkt, so werden die einzelnen Sprachelemente in relativ großen Abständen voneinander angebracht werden müssen. Buchstaben, Wörter und Sätze werden

entweder gedruckt oder mit der Maschine geschrieben. Die Buchstabengröße richtet sich insbesondere nach der Sehfähigkeit des Kindes. Für Kinder mit begrenzter Reichweite beim Zeigen stehen für das Sprachmaterial nur bestimmte Abschnitte der Tablettoberfläche zur Verfügung. Wird ein Kopfzeiger benutzt, so muß das Material entlang der Peripherie des Tablett angebracht sein, da das Zeigen in unmittelbarer Körpfernähe nicht möglich ist.

Abschließend sei noch auf die nach einem Matrixsystem gegliederte Kommunikationstafel eingegangen, die von Kindern benutzt werden kann, die motorisch so schwer behindert sind, daß sie über keinerlei Zeigefähigkeit verfügen, die sich aber verständlich machen können, indem sie mit dem Blick bestimmte Regionen der Tafel fixieren. Grundlage mag eine 5×5 -Felder-Matrix sein. Die Spalten sind von 1 bis 5 numeriert, die Zeilen in fünf verschiedenen Farben angelegt. Diese Matrix wird im Zentrum des Rollstuhltablett befestigt. Entlang der drei Außenseiten des Tablett sind in weiten Abständen Farb-/Nummernfelder angebracht, z. B. links unten: gelb/1, links oben: blau/2, oben Mitte: orange/3 usw. Das Kind, das in Kommunikation treten möchte, hat folgende Schritte zu vollziehen: Die Zeilenfarbe und Spaltennummer des gewünschten Feldes herausfinden, dann auf die entsprechende Farbe und schließlich auf das entsprechende Nummernfeld blicken. Später können eine Buchstabenmatrix und eine Ziffernmatrix hinzugefügt werden.

Es versteht sich von selber, daß der Umgang mit einer Matrixtafel an die kognitiven Fähigkeiten des Kindes höhere Anforderungen stellt als die einfache Zeigetafel, und daß auch bei Kindern, die das Matrixsystem erlernen können, nicht die 5×5 -Felder-Matrix am Anfang stehen wird, sondern die 2×2 -Felder-Matrix, die dann allmählich jeweils um eine Zeile und Spalte erweitert wird.

5. Schlußbemerkungen

Die in den USA entwickelten Kommunikationstafeln der in diesem Beitrag geschilderten Art sollen am Ende abgehoben werden von Kommunikationshilfen für nicht sprechende Kinder, soweit sie aus der deutschsprachigen Literatur bekannt sind (Kunert und Kunert 1967, Micheelsen 1967 und 1971, Wolfgart 1972). Es fällt auf, daß die in den genannten Schriften angebotenen Lösungen fast ausnahmslos technische Hilfsmittel darstellen, die den motorisch behinderten Kindern die Bedienung einer Schreibmaschine erleichtern bzw. ermöglichen, so der »Kölner Lichtschreiber«, das »Possum-Gerät« und die »Spezialschreibmaschine für Spastiker« nach Micheelsen. Diese Geräte sind schwer transportabel und auf den Anschluß an das elektrische Leitungsnetz angewiesen. Außerdem setzt der Einsatz dieser Hilfsmittel voraus, daß das Kind bereits lesen und buchstabieren kann, Lernvorgänge, die bei nicht artikulationsfähigen Kindern ohnehin eine weit längere Zeit beanspruchen als bei nichtbehinderten. Der Ansicht von Micheelsen, daß eine Spezialschreibmaschine nur der »letzte Stein« im Sprachaufbau dieser Kinder sein sollte (Micheelsen 1971, S. 283), wird zugestimmt, nur dürfte das von ihm vorgestellte »Zeigeplattensystem«, das — nach vorbereitenden, den Erstleseunterricht begleitenden Bild- und Wortkartenübungen — mit 100 Wortkarten einsetzt, auch nicht der erste Stein sein. Individuell angepaßte Kommunikationstafeln, die als einfache Bildertafeln bereits im Vorschulalter einsetzbar sind und dann gemäß den wachsenden Fähigkeiten des Kindes über Worttafeln bis zu Satzkonstruktionstafeln erweitert werden können, sind demgegenüber ein Vorteil.

Schließlich soll noch der Frage nachgegangen werden, was durch den Einsatz der Kommunikationstafeln bei schwer dysarthrischen bzw. anarthrischen cb Kindern bewirkt werden kann. Letzteres kann nur hypothetisch sein, da unser Wissen über den Spracherwerb bei diesen Kindern noch sehr unvollkommen ist.

Die Möglichkeit, sich über das genannte Hilfsmittel als ein aktiver Partner an sprachlichen Kommunikationsprozessen beteiligen zu können, so viel kann mit einiger Sicherheit angenommen werden, ist von nicht zu unterschätzendem Wert für die soziale Entwicklung der Kinder. Der Kreis der Personen, mit denen sie in einfache Kommunikationsprozesse eintreten können, wird über den der engsten Familie hinaus erweitert. Ihre durch das fehlende Sprechvermögen bedingte soziale Isolation kann bis zu einem gewissen Grade aufgehoben werden.

Des weiteren läßt sich vermuten, daß durch eine möglichst früh in der Entwicklung des Kindes einsetzende Arbeit mit der Kommunikationstafel sein Spracherwerbsprozeß dadurch günstige Impulse erhält, daß es aus dem Zustand des reinen Rezipierens von Sprache herausgenommen wird und seinerseits, wenn auch innerhalb relativ enger Grenzen, Sprache produzieren kann.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, was Prillwitz nach einer Bestandsaufnahme der Gehörlosenpädagogik zu sagen hat: »Der geförderte Sprachaufbau sollte früher als bisher einsetzen. Zu diesem Zweck ist ein Zeichensystem notwendig, wie die Gebärdensprache, das sich in der frühen Kommunikation und Interaktion des Kindes entwickeln kann und das durch die Steigerung des Sprachumsatzes die notwendigen Voraussetzungen liefert für Sprachlernprozesse ...« (Claussen u. a. 1975, S. 325). Bei Berücksichtigung neuer psycholinguistischer Erkenntnisse ist es nicht mehr gerechtfertigt, bei gehörlosen Kindern auf den frühen Gebrauch der Gebärdensprache als Zeichensystem zu verzichten bzw. sie sogar zu unterbinden, wie es z. B. die »oral« genannte Gehörlosenmethode getan hat. In vergleichbarer Weise dürfte es für den Spracherwerbsprozeß dysarthrischer cb Kinder verhängnisvoll sein, sie unter Betreiben von Lautbildungsübungen, die auf einen späten Erfolg hin ausgerichtet sind, ohne ein entsprechendes früh einsetzbares Zeichensystem zu belassen. Da cb Kinder zu einer differenzierten Gebärdensprache nicht fähig sind, erscheint das optische Hilfsmittel der Kommunikationstafel als ein brauchbares Zeichensystem.

Die Erwartungen hinsichtlich der Förderung des Spracherwerbsprozesses durch das Zeichensystem der Kommunikationstafeln dürfen allerdings nicht zu hoch angesetzt werden. Da die Sprachentwicklung eines Kindes in engem Zusammenhang steht mit seiner Gesamtentwicklung und insbesondere mit seiner Entwicklung im kognitiven Bereich, werden den genannten Fördermöglichkeiten durch die kognitive Entwicklung Grenzen gesetzt. Bei motorisch schwer geschädigten cb Kindern — und das sind die Dysarthriker unter ihnen fast ausnahmslos — sind Störungen der kognitiven Entwicklung die Regel. Sie treten auf als somatogene Intelligenz-Entwicklungshemmung, soweit es sich um Auswirkungen des motorisch statischen Defekts handelt, und vielfach auch als hirnorganisch bedingte Intelligenzdefekte, wobei das Dilemma besteht, daß zwischen beiden Schädigungsarten differential-diagnostisch nicht einwandfrei unterschieden werden kann (Schönberger 1974, S. 218 f.). In die Nähe der hirnorganisch bedingten Intelligenzdefekte gehören schließlich noch zentrale Sprachstörungen in der Form frühkindlich dysphasischer bzw. aphasischer Störungen, mit denen ebenfalls gerechnet werden muß.

Die Aufzählung der den Spracherwerbsprozeß möglicherweise beeinträchtigenden Schädigungen mag den Einsatz der Kommunikationstafeln von vornherein als wenig erfolgversprechend erscheinen lassen. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, daß durch die Verfügbarmachung dieses Hilfsmittels und den Gebrauch, den ein Kind davon zu machen versteht, auch Aufschluß zu erwarten ist über vorhandene Sprach- und Denkstrukturen, und daß auf der Grundlage dieser diagnostischen Aufschlüsse das Kind pädagogisch besser förderbar wird.

Literatur:

- Claussen, S. H., u. a.: Psycholinguistik in der Sonderpädagogik. Berlin 1975.
- Davis, G. A.: Linguistics and Language Therapy: The Sentence Construction Board. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 38, 2 (1973) S. 205—214.
- Fitzgerald, E.: *Straight Language for the Deaf*. Washington D. C.: Volta Bureau 1949.
- Goldberg, H. R., u. Fenton, J.: *Aphonic Communication for those with Cerebral Palsy: Guide for the Development and Use of a Conversation Board*. New York: United Cerebral Palsy of New York State 1960.
- Kreye, H.: *Grundstrukturen der deutschen Sprache und ihr didaktischer Aufbau an Sonderschulen*. Berlin-Charlottenburg 1972.
- Kunert, S. und H.: *Der Kölner Lichtschreiber*. In: Bundesministerium für Gesundheitswesen (Hrsg.): *Intelligenz- und Verhaltensforschung bei körperbehinderten Kindern*. Bad Godesberg 1967.
- McDonald, E. T., u. Schultz, A. R.: *Communication Boards for Cerebral-Palsied Children*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 38, 1 (1973) S. 73—88.
- Micheelsen, V. W.: *Versuch neuer Unterrichtsmethoden und technische Hilfsmittel für Kinder mit Zerebral Parese*. Kopenhagen 1967.
- Micheelsen, V. W.: *Unterrichtliche Hilfen für schwer kommunikationsgestörte Kinder*. In: Wolfgart, H., u. Begemann, E. (Hrsg.): *Das körperbehinderte Kind im Erziehungsfeld der Schule*. Berlin 1971.
- Rheinweiler, R.: *Der motorische Aspekt bei der sprachheilpädagogischen Förderung cerebral bewegungsgestörter Kinder*. *Heilpädagogik* 19 (1976) S. 11—23.
- Schönberger, F.: *Körperbehinderungen*. In: *Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission*, 35, Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974.
- The Matheny School: Language Boards*. Unveröffentlichtes Papier. Peapack, New Jersey 1972.
- Wolfgart, H. (Hrsg.): *Technische Hilfen im Unterricht bei Körperbehinderten*. Neuburgweiler/Karlsruhe 1972.

Anschrift der Verfasserin: Erika Wölfert, Assistentin, Lüftestraße 3, 7410 Reutlingen.

Kleine Beiträge aus der Praxis

Eberhard Ockel, Dülmen-Buldern; Ilse H. Schnorr, Düsseldorf

Feinmotorisches Training als Sprecherziehung — Anregungen zu einer Systematisierung —

Vorausgesetzt, daß der Mensch ein homöostatisches System, d. h. ein selbstregulierendes, offenes System ist, wie es etwa die Theorie der kognitiven Dissonanz nahelegt (Festinger), kann angenommen werden, daß er nicht nur Konflikte (Intra- oder Interrollenkonflikte), sondern auch Ausfälle in allen Bereichen und Funktionsbedingungen des Systems durch Stärkung der parallel- bzw. analogen Funktionen kompensiert, die damit zu Surrogaten werden.

Während bei Festinger unliebsame Geschehnisse im Gedächtnis entweder verdrängt oder korrigiert, d. h. auf ein erträgliches Maß von »Reinlichkeit« zurückgeführt werden, werden unterschiedliche/kontroverse Meinungen entweder gar nicht wahrgenommen (Prinzip der selektiven Wahrnehmung oder der sozialen Maske nach René König) oder in ihrem Informationswert so verstümmelt, daß der Erträglichkeitsgrad wiederhergestellt ist. Als Beispiel für diese oben angeführte Konsequenz aus der Homöostase des menschlichen Systems können gelten:

- auf der physiologischen Ebene der Patient mit einer ausgeheilten Laryngektomie, der durch den Oesophagus spricht;

- auf der artikulatorischen Ebene die Bildung von Ersatzlauten bei dem Ausfall von Lauten oder Lautgruppen im Fall von Stammelfehlern (etwa multiples oder universales Stammeln);
- auf der neurophysiologischen Ebene einerseits die Ausweitung des Langzeitgedächtnisses als Kompensation einer Koordinationsstörung zwischen motorischem und sensorischem Sprachzentrum und andererseits der Ersatz eines Vermittlungsmechanismus mit der Umwelt durch ein anderes, wenn angenommen werden kann, daß die folgenden Vermittlungsmedien miteinander kompatibel sind (in der Linguistik spricht man von der Kommunikationskomponente [Kanal]).

Bei allen Vorbehalten gegenüber der Vieldeutigkeit von Zeichen, die über andere als den visuellen und den akustischen Kanal vermittelt werden, kann doch vermutet werden, daß analog der Kompensationsleistung des Blinden, dessen taktile Fähigkeiten in jeglichem Maße mit dem Verlust der visuellen Orientierung zunimmt, bei einem Ausfall oder einer Einschränkung des akustischen Kanals (sowohl produktiv als auch rezeptiv) möglicherweise gesteigerte Sensibilisierung auf dem

- gustatorischen,
- thermischen und
- olfaktorischen Kanal auftritt.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen läßt sich bei Lern- und Sprechbehinderten in zwei Richtungen eine kompensierende Wirkung im Sinne der oben erwähnten Homöostase erwarten:

- auf der Ebene der muskulären Unterstützung durch gezielte Differenzierungsübungen des Ansatzrohres (→ Artikulationsübungen);
- auf der Ebene der emotionalen Übermittlungsmedien (→ semantisches Potential im Bereich der Beziehungen) (Watzlawick u. a.) durch körpersprachliche Spielübungen (→ Pantomime).

Die erste Ebene würde die organisch-neuromuskuläre Schwäche kompensieren/fördern, die vor allem bei Sprechbehinderungen mit hirnnorganischem Syndrom auftritt.

Die zweite Ebene würde geeignet sein, die eingeschränkten Möglichkeiten symbolischer Interaktion und damit zusammenhängend die Sozialbarrieren zu kompensieren/aufzuarbeiten. Dabei wird als selbstverständlich vorausgesetzt, daß ein eingeschränktes Repertoire an sprachlicher Differenzierung (→ Soziolinguistik), das im Falle der Sprechbehinderung vor allem durch den Ausfall oder die Einschränkung klanglicher, intonatorischer oder lautlicher Differenzierung deutlich wird, schon durch das Überschreiten sozial gesetzter Sprachnormen auf empfindlich spürbare Sozialbarrieren wie Verachtung/Diskriminierung stößt. Hier steht man vor einem Problem, das in seinen Konsequenzen analog den Schwierigkeiten verläuft, die das Ausländerkind in Deutschland und in besonderer Weise das lernbehinderte Ausländerkind zu bewältigen hat.

Wie im Fall der Sprachbehinderung, verfügt das Ausländerkind nur über ein eingeschränktes Repertoire, um sprachlich zu interagieren, und hier wie da wird diese Einschränkung mit einer sozialen Diskriminierung beantwortet. Das wird besonders deutlich unter dem Blickwinkel der wertneutralen Bilingualismustheorien, die die soziale Interaktion als die einzige Chance bezeichnen, sprachlich — und damit sozial — integriert zu werden.

In Konsequenz dieser Theorien — bezogen auf das Problem der Sprachbehinderung — wirkt die Sprecherziehung, wenn sie die Sprachfunktion durch Förderung motorisch-neurophysiologischer Prozesse sicherstellt oder unterstützt und die Sozial-

funktion durch Stärkung der körpersprachlich suprasegmentalen Interaktionselemente stärkt.

Diese Verantwortung der Sprecherziehung läßt auf zwei einander bedingenden Ebenen eine Langzeitwirkung erhoffen:

- einerseits ist zu erwarten, daß eine Sensibilisierung entsteht, die Erwachsene jeder sozialen Schicht bewußter auf körpersprachliche und suprasegmentale Signale der interpersonalen Beziehung sowohl reagieren, wie mit ihnen umgehen läßt, und
- andererseits folgt wahrscheinlich aus der intensiven Beobachtung und Deutung dieser Elemente eine wesentlich frühere Erkennung von funktionellen, psychosomatischen und organischen Störungen, die in diesem Bereich die soziale Interaktion beeinträchtigen.

Zur Förderung auf den zwei Ebenen bietet die Sprecherziehung in regelloser Folge ein Auswahlangebot von Übungen an, die hier systematisch aufgebaut werden sollen.

Ein methodischer Grundsatz ist, bei der Kindertherapie von der Lachmotivation auszugehen, da dadurch das Zusammenspiel der Atemmuskulatur, das häufig empfindlich beeinträchtigt ist, in der Regel gewährleistet ist.

Diese Motivation könnte bei Grimassierungen ansetzen, die gleichzeitig die Funktion einer Lockerung des Lippenmuskelrings erfüllen. Schon bei dieser Grimassierung erweist sich die Schwierigkeit einer trennscharfen Unterscheidung von sensorischem und sozial-interaktionalem Training, da ja unbezweifelbar all diese mimischen Signale einen vieldeutigen Gefühlsausdruck repräsentieren.

Das wird besonders deutlich an der Koppelung von Wangenmuskulatur und Lippenmuskelring (z. B. durch die Augenfältchen) sichtbar.

Um der methodischen Koordinierung willen können weitere Lockerungsübungen des Lippenmuskelrings erfolgen, indem z. B. die Mundwinkel zwischen die Zähne gezogen werden (mit der Steigerung der Hasenschnute);

- die Ober- und Unterlippe an die Zahnreihen gepreßt werden;
- die Lippen gerundet und vorgestülpt werden;
- die Lippen ausgeschüttelt werden;
- die Lippen mit einem Luftstrom zum Vibrieren gebracht werden (was gleichzeitig wieder die Atmung positiv beeinflusst).

Da den Lippen an Ausdruckswert überlegen und im Gesicht beherrschend, sollten die Augen in einem solchen Training an zweiter Stelle stehen. Hier bieten sich Varianten an, die

- das Öffnen und Schließen der Augen als Indikator für Gestimmtheit (z. B. von der Umwelt aufgenommen mit dem Kommentar »Der/die braucht Streichhölzer.«) bewußt machen;
- die Bewegungen der Pupille bis zum Betrachten der Nasenspitze;
- das Zusammenziehen und Hochziehen der Augenbrauen, ebenfalls als Indikator für Gestimmtheit;
- das Flattern der Augenlider;
- das aufmerksame Verfolgen eines Tones, Klanges, Geräusches mit den Augen (zur Überprüfung und Förderung der sensorischen Koordination von Hör- und Sehvermögen).

Die Nase kommt in diesem Zusammenhang insofern in Betracht, als sie einerseits eine starke Wirkung von Feinnervigkeit ausübt und andererseits eine sehr wesentliche Funktion bei der Hervorbringung und Entstehung von Resonanz übernimmt. Die

einzigste Variation in diesem Muskelbereich besteht in der Vibration oder ungesteuerten Bewegung der Nasenflügel. Im Zusammenhang mit dem Lippenmuskelring besteht vereinzelt auch die Möglichkeit der Verengung des gesamten Nasen-Rachenraums, nach außen wirksam als Ausdruck einer abwehrenden oder verdrießlichen Gemüthsstimmung.

Die enge Verbindung zwischen Lippen und Wangen, die sich bereits bei der Hasenschnute zeigte, kann sich in zwei Übungen dokumentieren:

- in einer extremen Senkung der Mundwinkel, verbunden mit einer Anhebung des Kinns und extremer Spannung der Wangenmuskulatur (das Zerrbild des Wehleidigen), sowohl mit als auch ohne Luft zu üben;
- in einer extremen Wölbung (Pausbäckchen) mit Hilfe von Ausatemluft (der Ausdruck der satten Zufriedenheit), die beidseitig oder einzeln durch die locker gespannten Lippen vermittels eines Knällchens entweicht.

Von den Lippen kann im weiteren Verlauf der Übungsorganisation der schon immer mit einbezogene Steuerungsvorgang der Ausatemluft koordiniert und konzentriert werden. Dabei nämlich wird die Unterlippe löffelförmig vorgestülpt und die Atemluft an die Nasenspitze geleitet, sodann, in Opposition dazu, die Unterlippe extrem eingezogen und bei vorgewölbter Oberlippe das Kinn angeblasen.

Ebenso kann die Luft horizontal variiert nach links und rechts seitlich dem Munde entströmen, wenn am rechten oder linken Mundwinkel eine rhombusförmige Öffnung gebildet wird. Besonderen Spaß im Sinne einer Zwischenmotivation hat diese erste Bekanntschaft mit gerichteter Atemluft, wenn gleichzeitig damit versucht wird, einen Wattedausch am Zu-Boden-Fallen zu hindern.

Als wichtigstes, für die differenzierte Variation des Ansatzrohres bei Artikulationsvorgängen verantwortliche Organ, bedarf die Zunge im weiteren Verlauf des hier entwickelten Systems eines eingehenden intensiven Trainings. Hier bieten sich an in der vorgeschlagenen Reihenfolge:

- Pleuelübungen mit der Zunge, wobei die Zunge parallel zur Mundebene durch rasches Vibrieren an der Oberlippe ein gurgelähnliches Geräusch erzeugt, und solche, wobei die Zunge horizontal die Mundwinkel berührt und ein stark gedämpftes Trommelgeräusch erklingt;
- kreisende Bewegungen der Zunge, wobei mit Bedacht der gesamte Lippenmuskelring angefeuchtet wird, und im Zusammenhang damit der Versuch, der Nase mit der Zungenspitze »Guten Tag« zu sagen bzw. das Kinn zu berühren.
- Eine Differenzierung, die vor allem für den schwierigsten Laut im System — für das »s« und alle seine Lautnachbarn — benötigt wird, ist die Eindrehung der Zunge, wobei man am zweckmäßigsten die Kinder auffordert, einen Strohhalm mit der Zunge festzuhalten und durchzublasen.
- Als vollkommen im Sinne einer Vorbereitung auf Lautdifferenzierung darf dieses Zungentraining bezeichnet werden, wenn Fixierung und Wölbung der Zunge bei den unterschiedlichen Vokalqualitäten spiegelbildlich nach außen probiert wird, die Zunge also mit ihrer Spitze am unteren Schneidezahndamm fixiert wird und soweit wie eben möglich langsam und dann immer schneller herausgeschnellt wird, wobei als wichtigste Regel gelten muß, daß sie von ihrer Fixierung am Zahndamm nicht ableitet.

Da bisher in allen linguistischen Untersuchungen, die sich mit Sprechbeschreibung beschäftigen, das Unvermögen bedauert wird, körpersprachliche und suprasegmentale Verstärkungselemente der Beziehungsebene begrifflich und kategorial zu erfassen, verstehen sich diese Hinweise einerseits als gezielter Beitrag zur Doppelproblematik neuromuskulärer und gefühls-/stimmungsübermittlender Mimikfunktio-

nen. Primär soll eine Hilfestellung gegeben werden, die eine Lücke zu füllen vermag zwischen dem Überangebot an Artikulations- und Atemübungen einerseits und gezielten, aber verstreuten und funktional gerichteten Therapieansätzen andererseits. Vermittlung deswegen, weil sich hier nach unserer Auffassung in idealer, weil gleichsam spielerisch selbstverständlicher Weise Korrelationen zwischen scheinbar zwecklosem Muskeltraining und seelischer Gestimmtheit auffinden lassen.

Literatur:

- Festinger, Leon: Die Lehre von der »kognitiven Dissonanz«. In: Schramm, Wilbur (Hrsg.): Grundfragen der Kommunikationsforschung. München 1971⁴ (1964). S. 27—38.
- Watzlawick, Beavin, Jackson: Menschliche Kommunikation — Formen, Störungen, Paradoxien. Bern 1969.

Anschriften der Verfasser: Dr. Eberhard Ockel, Gewerbestraße 40, 4408 Dülmen-Buldern; Ilse H. Schnorr, Itterstraße 166, 4000 Düsseldorf.

Umschau und Diskussion

Tagung des Schulkomitees (SC) der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IALP) in Norderstedt/Schleswig-Holstein

Vom 23. bis zum 29. August 1976 fand in der Sprachheilschule Norderstedt in Schleswig-Holstein die 5. Arbeitstagung des Schulkomitees statt (Leitung: Walter Elstner, Vorsitzender des SC, Organisation: Studiendirektor Konrad Leites, Leiter der Sprachheilschule Norderstedt). Teilnehmer waren Mitglieder des SC (die ernannten Vertreter der nationalen Fachverbände für Sprachheilpädagogik/Logopädie in den verschiedenen Mitgliedsländern) und wenige geladene Gäste. Auf dem Programm standen — wie bei allen vorangegangenen Werktagungen des SC — ein fachspezifisches Thema sowie Fragen von Organisation, Richtung und Strategie der Sprachheilpädagogik/Logopädie innerhalb und außerhalb der IALP.

1. Vorträge

Das Fachthema »Dysphasie im Kindesalter — Terminologie — Ätiologie — Art und Typen — Grade — Diagnostik — Rehabilitation/Integration« — wurde in Vorträgen und Diskussionen beleuchtet. Die Erfahrungen der Teilnehmer in ihren verschiedenen Wirkungsbereichen (Lehre, Forschung, sprachtherapeutische Praxis, spezialisierte Neurologie, Linguistik) verhiinderten eine einseitige Betrachtungsweise.

Die Titel der Vorträge lauteten: Classification of Communicative Disorders (Dr. M. Dalby, Dänemark, Neurologe und ärztlicher Beirat des SC); Diagnosis and Aetiology in Dysphasia (M.

Dalby); Zu einigen Aspekten der Früherziehung hochgradig sprachentwicklungsrückständiger (hrs) Kinder im Vorschulalter (Prof. Dr. R. Becker, DDR); Bewegungserziehung dysphatischer Kinder (W. Elstner, Österreich); Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie des motorisch-sensorisch bedingten expressiv-impresiven Sprachentwicklungsrückstandes bei Kindern (Dr. med. h. c. E. Kaiser, Schweiz); Pädagogische Pathologie und Therapie an einer Schule für Sprachkranke (K. Leites, Bundesrepublik); Dysphasie d'ordre psychomoteur chez un enfant bilingue (M. Mussafia, Belgien, verlesen von Frl. Anne-Marie Sergent); Dysphasie — Beschreibung eines Falles (B. Olsson, Schweden); Erfassung von Satzbaumängeln mittels eines dafür entwickelten Bildersprachtests (H. Sulser, Schweiz); Wichtige Bedingungen der diagnostischen und therapeutischen Strategie der logopädischen Behandlung von dysphatischen Kindern (R. Wierenga und T. J. Van Goelst Meyer, Holland).

Ergänzung und Abrundung des Themas »Dysphasie« brachte der Besuch einer Veranstaltung der Landesgruppe Hamburg der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V., bei welcher der Neurochirurg Dr. Flidner über »Gehirn und Sprache — neuroanatomische Grundlagen der Sprache« referierte. Schon die ersten Vorträge (Dalby, Elstner) zeigten, daß Umfang und Inhalt des Begriffes der Dysphasie keineswegs eindeutig definiert sind. In der Regel wird der Verlust früher erworbener Sprachfunktion als Aphasie, Defekte des Sprach-Lernprozesses werden als Dysphasie bezeichnet (Dalby). Nach anderen Auffas-

sungen bestehen zwischen Aphasie und Dysphasie lediglich graduelle Unterschiede. Bis zur Abklärung des Begriffes, was die Sprachheilpädagogik von der medizinischen Forschung erwartet — sollten für die fachpädagogische Rehabilitation linguistische Klassifikationen (Diskussionsbemerkung Kloster-Jensen) oder eingeführte Bezeichnungen wie Sprachentwicklungsverzögerung, Sprachentwicklungsrückstand u. a., womöglich mit zusätzlichen Angaben über die Ätiologie der Störung, verwendet werden.

Im Rahmen eines Kurzberichtes ist es nicht möglich, auf den Inhalt der Vorträge einzugehen. Sie werden im nächsten Jahr als 3. Dokumentation des SC¹ in Buchform (diesmal in Deutsch, mit englischen und französischen Zusammenfassungen) erscheinen und können dort nachgelesen werden. Die Vorträge enthalten neben Grundsätzlichem zahlreiche Anleitungen zur fachpädagogischen Therapie entwicklungsrückständiger Kinder. Wesentliche Gesichtspunkte wurden als Empfehlung an alle mit solchen Kindern befaßten Stellen und an den Vorstand der IALP zusammengefaßt und von den Mitgliedern des SC beschlossen:

1.1. Entwicklung bzw. Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Fragen der Diagnostik und Therapie sprachentwicklungsverzögerter Kinder. An Fachdisziplinen sind besonders angesprochen: Medizin (Neuropsychiatrie, Phoniatrie, Pädiatrie u. a.), Logopädie — Sonderpädagogik — Heilpädagogik, Psychologie, Linguistik u. a.

1.2. Frühdiagnostik, Frühtherapie und Frühziehung sollten unbedingt im Vorschulalter beginnen.

1.3. Arten und Grade der Sprachentwicklungsverzögerungen verlangen flexible Arbeitsweisen in differenzierten Rehabilitationseinrichtungen (Ambulatorien mit medizinischen und logopädischen Behandlungsmöglichkeiten, Sprachheilkindergärten, Sprachheilschulen, Kliniken).

¹ 1. Dokumentation: Frühziehung sprachgeschädigter Kinder/Ausbildung von Sprachheilpädagogen. Wien 1969 (Hrsg. W. Elstner), vergriffen.

2. Dokumentation: Komplexe Sprachstörungen/Legasthenie (dreisprachig) Hrsg. J. Kramer/E. Kaiser. Verlag Hans Huber, Bern 1974.

3. Dokumentation: Dysphasie im Kindesalter (in Vorbereitung). Hrsg. W. Elstner und Henning Karlstad, Oslo. — Kontakte mit UNESCO wurden aufgenommen.

1.4. Bei hochgradig sprachentwicklungsverzögerten Kindern ist das soziale Milieu diagnostisch und therapeutisch besonders zu berücksichtigen. Eine intensive Anleitung aller Personen der näheren und weiteren Umwelt des Kindes ist für den Erfolg aller Maßnahmen entscheidend.

1.5. Die Problematik der hochgradigen Sprachentwicklungsverzögerung bedarf dringend der weiteren Erforschung im Hinblick auf ätiologische, differentialdiagnostische und methodische Faktoren.

Die pädagogische Einstellung der Teilnehmer möge eine Diskussionsbemerkung kennzeichnen (Dr. Kaiser): Bei allen notwendigen vielfältigen Untersuchungen und Behandlungen — für das sprachentwicklungsverzögerte Kind meist unverständliche Prozeduren — sollten wir nicht vergessen, daß wir es mit einem Kind zu tun haben, das unsere fachpädagogische Hilfe und Erziehung braucht, und nicht nur mit einem »interessanten« Fall.

2. Öffentlichkeitsarbeit, gesellschaftliches Programm

Dem fachwissenschaftlichen und administrativen Arbeitsprogramm an den Vormittagen stand ein wohlorganisiertes gesellschaftliches an den Nachmittagen gegenüber, welches verschiedenen Zielen diene.

2.1. Die Bedeutung von Sprachheileinrichtungen und sprachheilpädagogischer Arbeit im allgemeinen und der Sprachheilschule Norderstedt im besonderen sollte bei lokalen Behörden und Ämtern sowie in der Öffentlichkeit besser ins Bewußtsein gerückt werden. Dazu dienten ein Pressegespräch, ein außerordentlich herzlicher Empfang beim Bürgermeister von Norderstedt und ein Rundfunkinterview.

2.2. Die Teilnehmer sollten eine deutsche Sprachheilschule mit ihren Außenstellen und den Querverbindungen zu Schularzt, Klinik, Schulen, Ämtern, Behörden usw. als Muster-einrichtung fachpädagogischer Versorgung eines Distriktes kennenlernen.

2.3. Ein ausgewogenes gesellschaftliches Programm diene dem Vertiefen persönlicher Kontakte der Mitglieder, dem Kennenlernen von Besonderheiten des Gebietes und dem Erleben der Schönheit schleswig-holsteinischer Landschaft.

3. Nächste Zusammenkunft des SC

Zwei Tage vor Beginn des IALP-Kongresses in Kopenhagen (August 1977) versammeln sich die Mitglieder des SC, um fachliche und organisatorische Fragen im Zusammenhang mit der Norderstedter Tagung zu beraten. Einer Emp-

fehlung des Schatzmeisters der IALP, Dr. H. Damsté, folgend, wird das eine »offene« Tagung sein, zu der auch Gäste Zutritt haben.

4. Nächste Werktagung des SC

Dem SC wurde eine Einladung zur nächsten Tagung anlässlich des 10jährigen Jubiläums des logopädischen Kindersanatoriums für therapieresistente stotternde Kinder in Thalheim, DDR, übermittelt. Die Mitglieder des SC nahmen diese Einladung einstimmig an. Das Rahmenthema soll sich mit Stottern — Poltern befassen. Als Zeitpunkt der Tagung wurde die erste Septemberhälfte 1978 vorgeschlagen. Rahmenplan und detaillierte Termine werden in Absprache mit dem Vorsitzenden von den Organisatoren den SC-Mitgliedern zugesandt. Vorschläge zu Beiträgen schicken die SC-Mitglieder nach Beratung mit ihren nationalen Gesellschaften dem Vorsitzenden Walter Elstner, Wien, zu.

Walter Elstner, Wien

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

am 20./21. Mai 1977 in Bad Reichenhall

Tagungsthemen: 1. Erfassung und Frühbehandlung hörgestörter Kleinkinder, 2. Pathologie, Klinik und Therapie der Dysarthrien, 3. Rundgespräch: Psychodiagnostik und Psychotherapie im Tätigkeitsbereich der Logopädie. Anmeldungen für Vorträge sind bis spätestens 31. Januar 1977 beim Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, Herrn Prof. Dr. P. Biesalski, Klinik für Kommunikationsstörungen, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, einzureichen. Später eingehende Anmeldungen können nicht berücksichtigt werden.

18. Internationaler Montessori-Kongreß 1977 in München

In der Zeit vom 4. bis 8. Juli 1977 findet in München der 18. Internationale Montessori-Kongreß statt.

Die Thematik des Kongresses lautet: »Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind«. Der Kongreß wird veranstaltet von der Association Montessori Internationale Amsterdam gemeinsam mit der Aktion Sonnenschein — Hilfe für das behinderte Kind, München. Ehrenpräsident: Dr. Mario Montessori, Amsterdam; Präsident des Kongresses: Prof. Dr. Th. Hellbrügge, München.

Hauptreferate: A. Grosso, Turin: »Das geistig behinderte Kind in der Montessori-Pädagogik« — Th. Hellbrügge, München: »Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind« — N. Jordan, Dublin: »Emotional gestörte und unangepasste Kinder« — M. Montessori, Amsterdam: »Die Normalisation des emotional gestörten Kindes in der Montessori-Pädagogik« — K. Neise, Köln: »Das lernbehinderte Kind in der Montessori-Pädagogik« — J. R. Osterkorn, Milwaukee: »Frühkindliche Störungen — der Erwachsene und die Gesellschaft« — J. Pechstein, Mainz: »Sozialbehinderte und verhaltensgestörte Kinder« — M. E. Stephenson, Washington: »Das hör- und sprachbehinderte Kind in der Montessori-Pädagogik«.

Außerdem finden Workshops in der Arbeit mit Montessorimaterial und in Programmen der Frühtherapie und Frühpädagogik statt.

Die Aktion Sonnenschein führt am 7. Juli 1977 eine Sonderveranstaltung durch, in der die Programme des Kinderzentrums München von Frühdiagnostik, Frühtherapie und früher sozialer Eingliederung mehrfach und verschiedenartig behinderter Kinder referiert und demonstriert werden.

Der Kongreß findet im Deutschen Museum in München statt. Teilnahmegebühr 150 DM.

Näheres über das komplette Programm ist bei der Anmeldung zu erfahren. Anmeldungen erfolgen über »Montessori-Kongreß München« per Adresse Kinderzentrum München, Güllstraße 3, 8 München 2.

Dr. Antonius Sommer zum Professor für Rhythmisch-Musikalische Erziehung Behinderter an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg ernannt

Die bereits vor einigen Jahren eingerichtete Planstelle konnte nunmehr — trotz der angespannten Haushaltslage — durch Dr. Sommer aus Hildesheim besetzt werden.

Der Genannte promovierte mit einer Arbeit über musikalischen Rhythmus in den Bühnenwerken Richard Wagners 1971 und befaßte sich in zahlreichen Veröffentlichungen mit Rhythmik in der Schul- und Vorschulpädagogik.

Die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik, auf deren Initiative die Stelle geschaffen wurde, erfüllt die nunmehrige Besetzung mit besonderer Genugtuung, zumal sie sich aus diesem Bereich weitere wichtige Impulse für Therapie und Unterricht Sprachbehinderter verspricht.

A. Zuckrigl

Aus der Organisation

XII. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. in Nürnberg vom 29. September bis 2. Oktober 1976

Eine erfolgreiche Tagung liegt hinter uns. Sie wurde am Mittwoch mit einer Sitzung des Hauptvorstandes eingeleitet, der eine Pressekonferenz vorausgegangen war. Auf der Delegiertenversammlung am Nachmittag des gleichen Tages waren alle Landesgruppen vertreten. Nach den Tätigkeitsberichten des Geschäftsführenden Vorstands und der Redaktion wurde der Vorstand entlastet. Da einige Vorstandsmitglieder nicht wieder kandidierten, mußten alle Ämter neu besetzt werden. Die Neuwahl hatte folgendes Ergebnis:

1. Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg
2. Vorsitzender: Hildegard Schneider, Hannover

Geschäftsführer: Peter Kröger, Hamburg
Schriftführer: Rolf Mosebach, Hamburg
Rechnungsführer: Oskar Brennecke, Hamburg
Referenten: Egon Dahlenburg, Bremen,
Ursula Randt und Joachim
Wiechmann, beide Hamburg

Redaktion: unverändert

Es schlossen sich die Beratung von Einzelfragen und die Beschlußfassung über einige Anträge an. Die Herren Rölke und Reuter wurden wegen ihrer in langjähriger Vorstandsarbeit erworbenen Verdienste zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Als nächster Tagungsort wurde Hannover bestätigt (11. bis 14. Oktober 1978), Tagungsthema: Sprachbehinderungen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Als Tagungsort 1980 schlug die Landesgruppe Saarland Saarbrücken vor. Einzelheiten über beide Sitzungen enthalten die Protokolle. Ein Begrüßungsabend vereinigte zahlreiche Tagungsteilnehmer im Hotel Carlton.

Die Arbeits- und Fortbildungstagung wurde am Donnerstag in festlichem Rahmen in der Meistersingerhalle eröffnet. Nach einem Orgelvorspiel begrüßte der Vorsitzende die Ehrengäste und die fast 1000 Teilnehmer aus der Bundesrepublik und dem Ausland und dankte der Stadt Nürnberg sowie den Herren Orth und Thierbach, die mit ihren Kollegen die Veranstaltung vorbildlich vorbereitet hatten. Den Begrüßungsansprachen des Herrn Ministerialdirigenten Keitel vom Bayrischen Kultusministerium, des Herrn Regierungsvizepräsidenten

Schuegraf vom Regierungsbezirk Mittelfranken sowie des Herrn Oberbürgermeisters der Stadt Nürnberg, Senator Dr. Urschlechter, folgten die Hauptreferate zum Tagungsthema von Prof. Dr. Knura, Prof. Dr. Lempp und Dipl.-Psych. Graichen. An der am Nachmittag von Oberschulrat Kremer geleiteten Podiumsdiskussion zu Fragen der Kooperation nahmen die geladenen Vertreter verschiedener Fachbereiche und einige Besucher aus dem Plenum teil.

Alle folgenden Veranstaltungen wurden in den Räumen der Universität, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften, durchgeführt. Zur Aussprache standen die Referate der Plenarsitzung des Vormittags. Da Prof. Dr. Lempp leider anderen Verpflichtungen nachkommen mußte, übernahm Herr Graichen auch seinen Part.

Der Freitag war Referaten und Vorfürhungen vorbehalten, die allerdings parallel gelegt werden mußten, so daß die Teilnehmer die Qual der Wahl hatten. Die zeitlich großzügig mit eineinhalb oder drei Stunden angesetzten Einzelveranstaltungen ließen ausreichend Zeit zu Diskussionen. — In drei »Elternschulen« trafen sich am Abend Eltern und Pädagogen zu gemeinsamem Gespräch über die Probleme behinderter Kinder.

Die Arbeitsgruppen waren wie bei früheren Tagungen auf den letzten Tag gelegt. Vor dem Schlußwort des Vorsitzenden gaben die Diskussionsleiter der Arbeitsgruppen (leider nicht alle) Kurzberichte über deren Ergebnisse.

Filmvorführungen fanden vor und zwischen den anderen Veranstaltungen statt. Sie waren damit allerdings an den Rand gedrängt. Ein Festabend im Hotel Tiergarten und Stadtführungen gehörten zum Rahmenprogramm. Dem Herrn Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg ist schließlich zu danken für den schönen Empfang, zu dem der Vorstand, die Hauptreferenten und die Organisatoren der Tagung eingeladen waren.

Auf Wunsch vieler Mitglieder hatte die Deutsche Gesellschaft mit der Plenarsitzung, der Podiumsdiskussion, den Ausspracheforen, »Elternschulen« und entgegen früherer Gepflogenheit zeitlich erweiterten Referaten mit ausreichender Gelegenheit zu vertiefter Diskussion erstmals eine neue Form der Gestaltung ihrer Tagungen versucht. Wir sind der Auffassung, daß dieser Versuch im ganzen

geglückt ist. Die völlige Abkehr von einer Organisationsform, die bisher — mit Ausnahme der Arbeitsgruppen — nur Vorträge und Referate enthielt, hat nach dem Urteil von Tagungsteilnehmern allerdings auch Nachteile, da keine Gelegenheit besteht, in Kurzreferaten Forschungsergebnisse und Arbeitsergebnisse darzulegen. Der Vorstand möchte erfahren, wie dieses Problem von den Tagungsteilnehmern beurteilt wird, und bittet um Stellungnahmen. Es wäre denkbar, auch Kurzreferate künftig einen gewissen Zeitraum zu geben. Äußerungen sind schließlich auch zu der Frage erwünscht, ob ein Hauptthema oder mehrere Themengruppen verhandelt werden sollen. Die Beschränkung auf nur ein Thema gestattet es u. U. nicht, wichtige Probleme dann anzusprechen, wenn sie aktuell sind.

Die Kurzfassungen aller Referate liegen den Tagungsteilnehmern vor. Auf Inhaltsangaben an dieser Stelle wird daher verzichtet. Die vollständigen Texte einschließlich der Diskussionsbeiträge werden wieder in den Tagungsbericht aufgenommen, der 1977 erscheinen wird. Es wird allen Interessenten dringend empfohlen, Vorbestellungen* umgehend beim Verlag vorzunehmen, damit sie den Vorteil des ermäßigten Subskriptionspreises ausnutzen können.

Allen, die an Vorbereitung und Durchführung der Tagung beteiligt waren, sei schließlich an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

Hahn — Wiechmann

Landesgruppe Bremen

Bericht

Mitgliederstand: September 1976 63 Mitglieder.
Arbeitsformen: monatliche Treffen des Landesgruppen-Vorsitzenden und des stellvertretenden Landesgruppen-Vorsitzenden zur Besprechung aktueller Fragen —

Arbeitssitzungen der Landesgruppe am 12. Dezember 1974, 6. November 1975, 15. März 1976, 22. Juni 1976.

Themen: Honorarvertrag mit Krankenkassen; ambulante Behandlung; Bildergrammatik (Kreye) und Dysgrammatikerbehandlung — Mitarbeit des Landesgruppen-Vorsitzenden in: Vorstand der Fachgruppe Sonderschule GEW-HB, Verband Deutscher Sonderschulen Landesgruppe Bremen, Verein zur Förderung der Sonderschüler, Planungskommission Heilpäd-

*** Wir verweisen auf den beiliegenden Bestellzettel und bitten, soweit von den Tagungsteilnehmern noch nicht geschehen, um Ein-sendung an den Verlag.**

agogik der Universität Bremen, Studiengangs-kommission Behindertenpädagogik der Universität Bremen, Erstellung des Behindertengemeinsamplans für Bremen.

Aus- und Fortbildungssituation: Studiengang Behindertenpädagogik an der Universität Bremen läuft im 3. Semester, Fachrichtungen: LB, GB, V, Sp. — Plätze für postgraduales Studium werden abgebaut, nach 1978 voraussichtlich keine volle Dienstbefreiung mehr, Ersatzformen mit teilweiser Dienstbefreiung sind in der Planung — Vorbereitungsdienst für das Lehramt an öffentlichen Schulen; Sonderpädagogische Fachrichtung zur Zeit 12 Ausbildungsplätze, Dauer 18 Monate am Wissenschaftlichen Institut für Schulpraxis, Faulenstraße 26, 2800 Bremen.

Schulsituation: Neubau der Sonderschule für sprachbehinderte Kinder an der Thomas-Mann-Straße; Betrieb aufgenommen: 16. September 1974, Einweihung: 23. April 1975, Turnhallenneubau in Betrieb genommen: 17. September 1976 — Personelle Situation befriedigend — Vier Planstellen mit 104 Stunden nebenamtlich als Sonderbedarf für Ambulanz für schulpflichtige Kinder (1974: 48 299 Grund-schüler in 1595 Klassen, 1362 Vorklassenschüler in 71 Vorklassen, 5493 Hauptschüler in 194 Klassen); Träger: Senator für Bildung — In 5 KTH Modellversuch 5 Kollegen nebenamtlich Einzel- und Gruppenbehandlung; Träger: Senator für Soziales, Jugend und Sport — Früherfassung verbessert durch Erfassung in KG und KTH, aber noch lückenhaft (Ärzte, keine pädagogische Untersuchung) — Frühbehandlung auf Krankenkassenbasis oder Gesundheitsamt, Kapazitätsprobleme beim Gesundheitsamt.

Vorstand: Wahl am 22. Juni 1976.

Landesgruppen-Vorsitzender: Gerhard Homburg; stellvertretender Landesgruppen-Vorsitzender: Egon Dahlenburg; Schriftführer: Dieter Fichtner.

Gerhard Homburg

Landesgruppe Hessen

Die Landesgruppe Hessen lädt Kolleginnen und Kollegen sowie am Sprachheilwesen interessierte Personen aus allen Bundesländern und besonders auch aus dem deutschsprachigen Ausland für die Zeit vom 12. bis zum 16. April 1977 zu den zweiten »Berchtesgadener Tagen« ins Schloß Fürstenstein ein.

Die näheren Umstände und Bedingungen gehen aus unseren Ankündigungen und Berichten in unserer Zeitschrift »Die Sprachheilarbeit« hervor (siehe Heft 3/1975, Seite 97—98;

Heft 6/1975, Seite 200—201 und Heft 4/1976, Seite 126—128). Auch das österreichische Fachblatt »Der Sprachheilpädagoge« brachte in seinem Heft 3/1976 eine Würdigung dieser überregionalen Informations- und Fortbildungsarbeit der Landesgruppe Hessen. Diese Arbeit dient somit nicht nur der engeren Zusammenarbeit aller Landesgruppen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, sondern auch dem Aneinanderrücken und Erfahrungsaustausch der am sprachbehinderten Menschen handelnden Personen und Institutionen auf internationaler Ebene.

Bisher wurden folgende Themen für Referate, Bearbeitung in Kleingruppen und Diskussionen vorgeschlagen, die von Praktikern wirklichkeitsnah gestaltet werden sollen:

1. Neue Lehr-, Lern-, Arbeits- und Therapiemittel für die sprachbehindertenpädagogische Arbeit (mit Ausstellung, Probestücken und Erfahrungsberichten).

2. Die Kostenexplosion im Gesundheits- und Sozialwesen und ihre Folgen für Hör- und Sprachbehinderte sowie für Lehrer und Therapeuten (mit Vorschlägen zur Eindämmung dieser Kostenexplosion).
3. Zur Frühversorgung der Hör- und Sprachbehinderten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrfachgeschädigten (mit Berichten aus der Praxis für die Praxis).

Von den Teilnehmern können weitere oder andere Themenvorschläge eingebracht werden. Über die Aufnahme dieser Themen sowie über die Reihenfolge und Art der Behandlung der endgültigen Themen wird noch am ersten Sitzungstag abgestimmt.

Da schon Buchungen von Teilnehmern der Tagung 1976 vorliegen, fordern Sie bitte umgehend Anmeldeunterlagen an bei Arno Schulze, 1. Vorsitzender der Landesgruppe Hessen, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1.

Würdigung und Nachruf

Direktor i.R. Curt Heidrich 75 Jahre

»Immer war und blieb es mein Wunsch, behinderten Kindern zu helfen, neue Institutionen zu schaffen und unter Verwendung neuzeitlicher, wissenschaftlicher Erfahrungen mit dem Geiste Pestalozzis und Fröbels zu beseelen.« Mit diesen Worten kennzeichnete am 4. Dezember 1966, seinem 65. Geburtstag, der derzeitige Direktor des Rheinischen Landeskurheims für Sprachgeschädigte seinen damals schon fast 50 Jahre umfassenden Berufsweg. Seitdem er am 23. August 1967 durch den Kölner Regierungspräsidenten Dr. Günter Heidecke mit dem ihm vom Bundespräsidenten verliehenen Verdienstkreuz I. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für seine Leistungen als Koordinator eines Teams von Mitarbeitern aus verschiedenen Berufsgruppen zur Behandlung von Sprach- und Sprechgestörten ausgezeichnet wurde und Mitte 1968 in den Ruhestand trat, ist es stiller um ihn geworden. Er blieb jedoch auch in der Folgezeit unserer Arbeit verpflichtet und fand nun eher Gelegenheit, sich den einzelnen Sprachgestörten zu widmen.

Sein Berufsweg begann mit der Ausbildung am Dresdener Lehrerseminar (1918 bis 1922) und am Ausbildungsinstitut der Taubstummenanstalt Leipzig. Für die Aufgabe des Gehörlosenlehrers zusätzlich durch eine Stimmbildungs-

lehre bei Prof. Engels, durch musikpädagogische Zusatzausbildung und Anregungen aus der berühmten Leipziger Schule der Psychologie unter Prof. Dr. Felix Krueger besonders gut gerüstet, wirkte er bis zum Beginn des zweiten Weltkriegs als Taubstumm-Oberlehrer in Sachsen.

Diese Tätigkeit wurde durch seine Einberufung zur Wehrmacht unterbrochen. Von November 1942 bis Kriegsende war er im Lazarett Schkeuditz mit der Behandlung sprachgestörter Hirnverletzter betraut, nach dem Kriege in Wiesloch bei Heidelberg. Aus dieser Tätigkeit wuchs sein Entschluß, sich künftig diesem Sondergebiet der Heilpädagogik ganz zuzuwenden. 1950 siedelte er mit seiner Familie von Leipzig nach Hamburg über, wo er als Sprachheillehrer neu anfang. Im Mai 1952 wurde er zum Leiter der Hamburger Sprachkrankenschule gewählt und hatte darüber hinaus Gelegenheit, praktische Erfahrungen mit Sprachgestörten an die Kandidaten der Hamburger Sonderschullehrer-Ausbildung weiterzugeben. Erkenntnisse aus seiner Gehörlosenlehrer-Tätigkeit vermittelte er durch seine Lehrtätigkeit am Pädagogischen Institut der Hamburger Universität. Den Neubau seiner Schule im Pavillon-Stil erlebte er nur in der Planung, da er 1959 mit der Leitung des Rheinischen Landeskurheims für Sprachgeschädigte in Oberkassel beauftragt wurde. Er verstand diese Aufgabe

als Verpflichtung gegenüber den Sprech- und Sprachgestörten und als koordinierender, ausgleichender Manager eines Teams von Ärzten, Sprachheilpädagogen, Psychologen, Sozialpädagogen und Erziehern.

Die hierfür nötige Sicherheit und Gelassenheit gab ihm nicht zuletzt die Beschäftigung mit der klassischen Musik und der Literatur. Er gehörte zu den Leuten, die u. a. Rilke-Gedichte lasen und Prosa von Musil, noch ehe dieser neu entdeckt wurde. Aus dieser Wurzel nährte sich auch sein Bemühen um die Pflege der Sprache in Wort und Schrift. Bei all diesen Neigungen stand ihm seine Gattin verständnisvoll zur Seite. Auch sie war Pädagogin, und es war bewundernswert, welche Aktivitäten sie neben der Mühe um die Erziehung ihrer vier Kinder, die heute alle erfolgreich im akademischen Beruf tätig sind, bei der Pflege ihrer gemeinsamen Interessen entwickelte.

Nach seiner Pensionierung zunächst in Bad Honnef ansässig, behandelte er Stammler, Stotterer, Dysgrammatiker und Stimmgestörte, die ihm von einem HNO-Arzt überwiesen wurden. Zeitweise war er auch als Fachberater eines Gesundheitsamts tätig und stand darüber hinaus früheren Mitarbeitern und Fachkollegen, die seinen Rat suchten, gern zur Verfügung, Vorträge zur Weiterbildung von Lehrern und zur Information von Erzieherinnen in Sonderkindergärten, in die seine Erfahrungen aus mehr als 50jähriger Berufstätigkeit bei Gehörlosen und Sprachgestörten eingingen, ergänzten seinen selbst gewählten Aufgabenbereich als Pensionär.

1975 siedelte er nach Bremen um, wo er nun im Kreise seiner Kinder und Enkelkinder, die alle im norddeutschen Raum wohnen, sein 75. Lebensjahr vollendet. Wir hoffen sehr, daß seine Sehkraft sich wieder gebessert hat. Die Sorge um dieses so wichtige Tor zur Außenwelt mag auch verhindert haben, daß er in den letzten Jahren seine speziellen Berufserfahrungen ausführlich schriftlich niederlegte. Vielleicht liegt die Wurzel hierfür bei ihm, der fernöstlichen Lehren und Konzentrationsübungen sehr zugewandt ist, aber auch im Kernpunkt der alten chinesischen Lehre des Zen, daß nur die direkte persönliche Vermittlung von Wissen und Können Gültigkeit hat.

Zum 75. Geburtstag gratulieren herzlich der Direktor und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des heutigen Zentrums für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche Bonn sowie die Mitglieder der Landesgruppe Rheinland der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland.

Zum Tode von Karl Hofmarksrichter

Am Allerheiligentag (1. November) 1976 verstarb Prof. Dr. Karl Hofmarksrichter im 76. Lebensjahr. Er war Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. und Ehrenvorsitzender der Landesgruppe Bayern. Weiter war er im Bund Deutscher Taubstummenlehrer Ehrenmitglied.

Prof. Hofmarksrichter hatte bereits in frühen Jahren sein Interesse für das hör- und sprachgeschädigte Kind entdeckt. Auf vielen Reisen, die ihn u. a. nach Manchester und Beirut führten, hatte er sich mit den Einrichtungen für Hör- und Sprachgeschädigte vertraut gemacht. Während des Krieges arbeitete er am Hirnverletztenheim in Berlin. Dort konnte er zahllosen Kriegsverletzten wieder zu einem annehmbaren Leben verhelfen. Nach dem Kriege war er zunächst im niederbayerischen Straubing tätig und wirkte am dortigen Institut für Hörgeschädigte. Hier baute er insbesondere das Orff-Schulwerk als Therapie-Hilfe für Hörgeschädigte aus. Seine persönliche Freundschaft mit Carl Orff ließ ihn dieses Wagnis unternehmen. Er hatte Erfolg, und bald wurde diese Therapie vom In- und Ausland übernommen. Zu Beginn der 60er Jahre übernahm er eine Lehrtätigkeit an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, der sich im Jahre 1964 die Leitung des Instituts zur Ausbildung von Taubstummenlehrern in München anschloß. Dabei setzte Prof. Hofmarksrichter sich stark für eine Integration der Ausbildung von Gehörlosen- und Sprachheillehrern ein. Auch die Angliederung der Ausbildungsstätte, zunächst an die Pädagogische Hochschule, und später die Eingliederung in die Universität, hatte er stets befürwortet. Wir Studenten konnten uns in zahlreichen Vorlesungen und Seminaren von der erfrischenden Originalität Hofmarksrichters überzeugen. Zu seinem 70. Geburtstag wurde ihm von allen Seiten für seine großen Verdienste gedankt. Die damalige 1. Vorsitzende der Landesgruppe Bayern, Frau Rektorin A. Braun, überreichte dabei Herrn Prof. Hofmarksrichter eine silberne Rose — ein Hinweis auf seinen Lieblingskomponisten Richard Strauss.

Auch nachdem Prof. Hofmarksrichter in den Ruhestand getreten war, arbeitete er trotz gesundheitlicher Rückschläge weiter. In diesem Zusammenhang sei nur an seine Studien über Legastheniker erinnert.

Wir alle schulden Prof. Hofmarksrichter über seinen Tod hinaus großen Dank. Die Landesgruppe Bayern wird ihrem hervorragenden Mitglied stets ein ehrendes Andenken bewahren.

K. Thierbach

Bücher und Zeitschriften

Wolfgang Aschmoneit, Günter Böckmann, Konrad Josef, Wolf-Rüdiger Walburg: Sprachstörungen. Frankonius Verlag, Limburg 1976. ISBN 3-87962-060-1. 216 Seiten, Snolin-Umschlag, DIN A 5, 25 DM.

Dieses Buch erschien bei Frankonius als erstes der Reihe Sonderpädagogik, zu der auch Beihefte zu Einzelproblemen angekündigt sind. Die vier Autoren des Instituts für Heilpädagogik der Pädagogischen Hochschule Kiel legen eine Schrift vor, die die übliche Darstellung der Sprachstörungen unter Berücksichtigung von Ansätzen der modernen Physiologie, Psychologie und Kybernetik zu interpretieren beabsichtigt und Bereichen wie Motorik, Wahrnehmung, Spiel, Musik in ihrer Bedeutung für die Behandlung von Sprachstörungen einen breiten Raum zugesteht.

Die einzelnen Kapitel sind zwar gruppenweise nach thematischen Gesichtspunkten zusammengestellt, eine übergeordnete Gliederung ist jedoch im Inhaltsverzeichnis nicht angegeben. Dies wird dem Leser, der sich zunächst einen Überblick verschaffen möchte oder Angaben zu Einzelproblemen sucht, trotz eines angefügten Stichwortverzeichnisses eine schnelle Orientierung erschweren.

Die ersten sechs Kapitel beziehen sich auf Sprache und Lernen unter physiologischen, psychologischen und kybernetischen Aspekten.

Die folgenden neun Kapitel beschreiben die Beziehungen zwischen Motorik und Sprache. Ihre systematische und umfassende Darstellung verdient besonders hervorgehoben zu werden.

Die nächste Gruppe (zehn Kapitel) befaßt sich mit Problemen der Perzeption und der Förderung durch Wahrnehmungsschulung, Spiel und Musik.

Im anschließenden Teil (20 Kapitel mit etwa 90 Seiten) folgt eine Klassifikation der Sprachbehinderungen (u. a. verzögerte Sprachentwicklung, Hörstummheit, Dysgrammatismus, Stammeln, Rhotazismus, Lispeln, Näseln, Stottern, Poltern, Dyslogie, Dysarthrie, Dysphasie).

Die beiden angefügten Übersichten über Sprachstörungen sind ohne Kommentar nicht leicht verständlich.

Zwei Abschnitte über audiovisuelle Medien und allgemeine Hinweise schließen den inhaltlichen Teil ab.

Das Literaturverzeichnis umfaßt zwar mehr als sechs Seiten, läßt aber doch einige wichtige

Neuerscheinungen unberücksichtigt, obwohl es Angaben bis zum Jahre 1976 enthält. Allerdings sind einigen Kapiteln Hinweise auf weiterführende Literatur zugeordnet.

Als nachteilig wird angesehen, daß zwar die Kapitel 2 bis 5, nicht aber die folgenden nummeriert sind. Auch das Inhaltsverzeichnis gibt nur die Seitenzahlen der einzelnen Kapitel an. Zitiert wird zum Teil mit, zum Teil ohne Jahresangabe. In einem Falle entspricht die Jahresangabe im Text nicht der im Literaturverzeichnis. Einige Verfasser werden wohl zitiert, sind aber nicht im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Das Buch wird dem erklärten Ziel, ein »Kompendium für alle, die sich mit Sprachinsuffizienzen zu befassen haben«, unseres Erachtens nur zum Teil gerecht. Es hat seinen besonderen Wert darin, daß es in einer Reihe von Kapiteln — nicht alle haben gleichen informativen Gehalt — Gesichtspunkte interpretiert, die in der Fachliteratur nicht immer Berücksichtigung finden.

Heiner Müller: Bergedorfer Bilderbogen zur Sprecherziehung. 2 × 46 = 92 Bogen, DIN A 4, Karton, 36 DM und 2 DM Versandkosten. Bezug nur durch Verlag Sigrid Persen, Billwiese 10, 2050 Hamburg 80.

Die Bilderserie besteht aus sechs Teilen mit je sieben oder acht Bogen. Jeder Bogen enthält 12 Abbildungen von Gegenständen, die in Druckschrift auf der Rückseite benannt sind. Die einzelnen Teilserien enthalten Einzellaute und die entsprechenden Lautverbindungen in der Regel im Anlaut, Inlaut und Auslaut:

- | | |
|------------|--|
| 1. s, z, x | 4. p, b, m, f, w |
| 2. sch | 5. t, d, l, n |
| 3. k, g | 6. ch ¹ , ch ² , j, r, h |

Die Teilserien können für je 6,50 DM auch einzeln bezogen werden.

Die Begriffe sind im allgemeinen gut ausgewählt, die Darstellung dürfte auch für jüngere Kinder meistens erkennbar sein und spontan benannt werden können (soweit die Begriffe bekannt sind). Die Bilderbogen füllen zwar keine Lücke in der Reihe der vorhandenen Arbeitsmittel, wie behauptet wird, stellen insgesamt aber doch eine Bereicherung des vorhandenen Materials dar.

Die Anwendungsmöglichkeiten brauchen dem Fachmann nicht vorgestellt zu werden, soweit sie sich auf Einzel- und Gruppenarbeit — auch

im Spiel — beziehen. Der Herausgeber weist auch auf die Verwendungsmöglichkeit für Leserechtschreibübungen hin. Gleiche Laute verschiedener Schreibweise sind von ihm daher getrennt aufgeführt. Dadurch wird allerdings die Systematik für Artikulationsübungen durchbrochen.

Nicht einzusehen ist, warum die stimmhaften Verschlusslaute im Auslaut geübt werden sollen (vielleicht wegen der Stimmhaftigkeit bei Mehrzahlbildung der Begriffe?), ebenso warum einzelne Doppelkonsonanten (ll, pp, dd, ss) aufgeführt sind. Wenn dies der Rechtschreibung wegen geschehen ist, hätten auch mm, nn, tt, rr usw. der Vollständigkeit halber gebracht werden sollen.

Trotz dieser Einwände und noch mancher Unausgewogenheit wird der Fachmann dieses Arbeitsmittel sinnvoll einsetzen können.

Wiechmann

Helmut Ruge: Der Aphasiker und seine fachpädagogische Rehabilitation. Ein Handbuch für Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Therapeuten. 1. Auflage. Klett, Stuttgart 1976. ISBN 3—12—927030—2. 300 Seiten, zahlreiche Abbildungen, kartoniert, 29 DM.

Die im Vorwort getroffene Feststellung, daß es »eine umfangreiche Literatur über die Aphasie, jedoch wenig über den Aphasiker und noch weniger über die Aphasitherapie« gibt, trifft sicher zu. Das vorliegende Werk ist dementsprechend darauf angelegt, eine Lücke zu schließen, denn es »befaßt sich mit der Methodik und Didaktik der Aphasitherapie« (S. 14).

Der durch seine zahlreichen Veröffentlichungen in medizinischen und sonderpädagogischen Zeitschriften bekannte Autor kann auf 25jährige Erfahrung als Fachpädagoge für Aphasitherapie zurückblicken und darauf verweisen, daß er weit über tausend, meist »verschleppte Fälle« behandelt hat.

Es ist ein Verdienst Ruges, den »Language-Master« nach Europa gebracht und dazu geeignetes Therapiematerial entwickelt zu haben. Er will aus der Praxis für die Praxis schreiben und auf theoretische Vertiefung »weitgehend« verzichten (S. 14), bietet aber doch im Rahmen eines Problemaufrisses oft ins Detail gehende Einblicke in die internationale Fachliteratur. Hier wird der Neuling einige Schwierigkeiten haben, die wichtigeren von den weniger wichtigen Gesichtspunkten zu unterscheiden.

Das Buch ist nach der üblichen Differenzierung angelegt und bringt Ausführungen zur

Ätiologie, Symptomatologie und Therapie, und es streift auch die Prophylaxe.

Der Autor ist bemüht, die »methodische Eigen-gesetzlichkeit« der Behandlung Schwerst-sprachgeschädigter anhand vieler Beispiele zu verdeutlichen. Die vorgestellten »Lehrmittel« reichen vom Behandlungsfilm über Tafel, Bildmaterial, Wandbrett mit Gebrauchsgegenständen, Leselotto, Spiele, Bilder-Sprachbücher bis hin zum Tonband als Sprechübungsgerät, Sprach-Studien-Recorder und Language-Master.

Die fachpädagogische Aphasitherapie wird, ausgehend vom Therapieplan und der Darstellung täglicher Sprechübungen unter Berücksichtigung vielfältigster Spezialprobleme (z. B. Stimmstörungen, akustische, optische, taktile Agnosie, Ataxie und Apraxie usw.), ausführlich beschrieben. Wir finden u. a. Kapitel, die sich mit dem Schriftverkehr des Therapeuten, mit Fragen der beruflichen Rehabilitation, nachgehender Sprachheilsfürsorge oder mit gesellschaftlichen Aspekten befassen.

Ruge verwendet die Klassifikation »nach der klassischen Aphasiellehre«, um »bei der Vieltätigkeit moderner Auffassungen ... die Therapieneulinge nicht zu verunsichern« (S. 15). Er stellt erprobte Behandlungsprinzipien auf und bemüht sich um eine ganzheitliche Therapie sowie um Eingliederungshilfen mannigfaltigster Art.

Der aus der Praxis erwachsene Ratgeber sollte an allen sonderpädagogischen Studienstätten ausgewertet werden und jedem Aphasitherapeuten zur Verfügung stehen. A. Zuckrigl

Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahresschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik. Herausgegeben von der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Die Zeitschrift erhalten die Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft (Inländer und Ausländer), es gibt sie nicht über den Buchhandel.

Das österreichische pädagogische Sprachheilwesen, voran die weltbekannte »Wiener Schule« der Sprachheilpädagogik, hat nun schon seit langem auch ein eigenes Fachblatt, betitelt: »Der Sprachheilpädagoge«. Dieses Organ der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik wurde unter der Leitung seines Redakteurs Hannes Aschenbrenner und durch den engagierten Einsatz vieler Helfer und Förderer sowie durch die Autoren in kurzer Zeit zu einem auch international geschätzten Blatt.

Dies ist nur zu verständlich, denn von denen, die Namen und Rang haben in der Sprachbehindertepädagogik, waren viele von Anfang an dabei und sind es heute noch. So zählen und zählen neben vielen anderen wohl Hannes Aschenbrenner, Otto Lettmayer und Franz Maschka auch zu den ersten Anregern und heutigen Beratern, Erna Eisenberger, Walter Elstner, Frederike Meixner und Anton Rumler sowie die Vorgenannten, zu den häufiger zu Wort kommenden Verfassern.

Hannes Aschenbrenner (heute mit Inge Frühwirth) ist es dann in der Folge immer wieder gelungen, eine Fülle von interessanten und anregenden Beiträgen zusammenzubringen, und auch manches heiße Eisen wurde angepackt. In einem zusammenfassenden Urteil kann man sagen: »Der Sprachheilpädagoge« fördert das Sprachheilwesen in ausgezeichneter Weise!

Wie schon häufiger, bringen wir im Anschluß wieder einige Angaben aus den letzten Heften dieser Zeitschrift, die das Gesagte bereits schon von den Titeln her beweisen können. Vorher jedoch wünschen wir von der »Sprachheilarbeit« unseren österreichischen Kolleginnen und Kollegen mit ihrem Fachblatt weiterhin alles Gute!

Heft 2/76:

Volker Rutte, Graz: Komplexe Behandlung des Dysgrammatismus und kognitiv-mnestischer Sprachentwicklungsstörungen in der Sonderschule. S. 1.

Kurt Enekel, Irmgard Malina, Wien: Die Rhythmik im Dienste der Sprachheilarbeit unter Einsatz des Orff-Instrumentariums. S. 12.

Hugo Stelzhammer, Wien: Einfache Rhythmusinstrumente aus dem Orff-Schulwerk. S. 27.

Rudolf Beer, Karl Rieder, Wien: Sicht- hör- und meßbare Symptome leicht- bis mittelgradiger Schwerhörigkeit. S. 29.

Walter Schöler, Wien: Zur Ausführung von Hörsiebttests. S. 33.

Werner Neuroth, Wien: Schul- und Siebttest- (Screening-) Audiometer. S. 34.

Maria Luise Braunsteiner, Karl Rieder, Wien:

Einsatzmöglichkeiten des Stereo-Einzeltrainers in der schulischen Betreuung hörgeschädigter Kinder. S. 35.

Fritz Hueber, Wien: Master Hearing Aid MHA 2. S. 39.

Magda Gey, Bissendorf: Das Sprachheilzentrum Werscherberg. S. 41.

Heft 3/76:

Edmund Westrich, Mainz: Stottern — ein heilpädagogisches Problem. S. 1.

Erwin Richter, Lübbenau, DDR: Zur Frage der Gruppen- oder Einzeltherapie in der Behandlung des Stotterns. S. 13.

Elisabeth Mückenhoff, Dortmund: Das Phänomen der Sprechleistungsschwankungen bei erfolgreich therapierten Stotternden. S. 20.

Franz Wurst, Klagenfurt: Diskussionsbeitrag zu »Haloperidol und Stottern«, Referat von P. Plath. S. 26.

Andreas Rett, Wien: Über die Sprache des cerebral-organisch gestörten Kindes. S. 26.

Oskar Weichselbaumer, Linz: Zur Physiologie und Anatomie des Hörens unter Berücksichtigung des beidohrigen Hörens. S. 31.

Fritz Hueber, Wien: Das Richtungshören aus akustisch-technischer Sicht. S. 38.

Fritz Hueber, Wien: Das Hörgerät mit Schwellwert-Verstärker — ein neues Konzept für besseres Hören. S. 46.

Zusätzlich findet man in jedem Heft Personalien und Mitteilungen aus der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Berichte über Tagungen und eine ausführliche Bücher- und Zeitschriftenschau. Eine Rubrik »Aus der Presse« berichtet über sprachheilpädagogisch relevante Veröffentlichungen in Tageszeitungen und Organen anderer Fachdisziplinen.

Arno Schulze

Berichtigung

zum Beitrag »Empfehlungen und Hinweise des Deutschen Städtetages« (Heft 5/1976):

Auf Seite 160, 11. Zeile, hat sich ein grober Fehler eingeschlichen. Es muß nicht »1 Prozent«, sondern »81 Prozent« heißen.

Einbanddecken für den Doppeljahrgang 1975/76

werden im Januar 1977 nach Bedarf hergestellt. Wir bitten um Vorbestellung.

Preis etwa 8,- DM — **Wartenberg & Söhne · Verlag · Theodorstr. 41 · 2000 Hamburg 50**

Bergedorfer Bilderbögen zur Sprecherziehung

– Ein Sprechübungsspiel zum Selbermachen –

	Laute und Lautverbindungen	Preis je Doppelserie
Teil 1	S, ss, ß, Z, Zw, tz, x, st	6,50 DM
Teil 2	Sch, Schr, Schl, St, Str, Sp	6,50 DM
Teil 3	K, Kl, Kn, G, Gl, Gr, rg	6,50 DM
Teil 4	P, pp, Pf, B, Bl, Br, M, F, W	6,50 DM
Teil 5	T, Tr, D, Dr, L, ll, N	6,50 DM
Teil 6	Ch ₁ , ch ₂ , J, R, H	6,50 DM
Teil 1 bis 6 Gesamtserie (2 × 46 = 92 Blätter)		36,00 DM

Zu jeder Lieferung müssen 2,- DM Porto- und Verpackungskosten hinzugerechnet werden. Preise gültig bis Ende 1977.

Wir liefern: a) nach Überweisung des Warenwertes zuzüglich 2,- DM für Porto- und Verpackungskosten auf Postscheckkonto Hamburg 119009-200 Sigrid Persen. Die Überweisung gilt gleichzeitig als Bestellung. Auf dem

Empfängerabschnitt sind Name, Adresse und Bestellung anzugeben, z. B. »Teil 1 und Teil 2«. Rechnung wird beigelegt.

b) per Nachnahme zuzüglich der postalischen Nebengebühren.

c) an Schulen, Heime u. ä. mit Rechnung und Überweisung innerhalb von acht Tagen.

Bestellungen nur direkt beim Verlag!

Verlag Sigrid Persen, Billwiese 10, 2050 Hamburg 80

Der Tagungsbericht

der XII. Arbeits- und Fortbildungstagung in Nürnberg
der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Thema: Störungen der Sprachentwicklung

ist in Vorbereitung.

Nach Eingang aller Vortragsmanuskripte wird mit der Herstellung des Tagungsberichtes demnächst begonnen werden können. Die Auslieferung ist im Mai 1977 zu erwarten.

Wir verweisen auf den dieser Ausgabe unserer Zeitschrift beiliegenden **Subskriptions-Bestellzettel**. Eine erhebliche Anzahl von Bestellungen der Tagungsteilnehmer liegt uns bereits vor.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

18 Folgen in Einzelheften und als Sammelband

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Empfehlenswert für Erziehungsberatungsstellen
und Sprachheilambulanzen

Sprachstörungen in der Volksschule

Eine Hilfe für Lehrkräfte aller Schulen zur Erkennung
von Sprachstörungen

50 Geschichten zum Weiterspinnen

Ein Büchlein, das Sprachnot und Sprechscheu überwinden hilft.

Tagungsberichte

Abhandlungen über Theorie und Praxis der Sprach-
und Stimmbehandlungen

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten-
und Schwerhörigenpädagogik

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

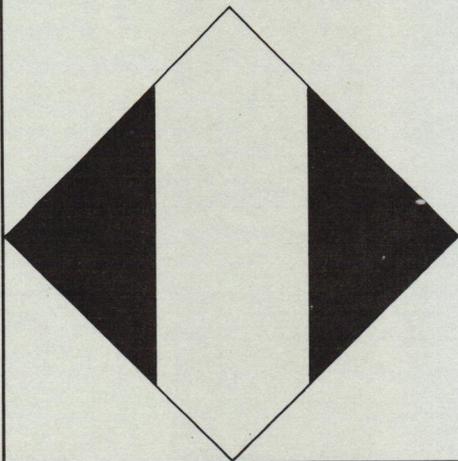
Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

Technikerausbildung für Gehörlose und Schwerhörige in Köln.

Interessenten bitte melden bei: HWG, Postfach 50 14 01, 5000 Köln 50.

Aufnahmevoraussetzung ist abgeschlossene Berufsausbildung und mindestens 2 Jahre Berufspraxis, Ziel staatl. gepr. Techniker; wahlweise Zusatzprüfung zur Erlangung der Fachhochschulreife. Für Wohnung und Betreuung wird gesorgt.

Die Stadt Leverkusen sucht



für die Sonderkindergärten
der verschiedensten Behinderungen
im neuerbauten
Heilpädagogischen Zentrum

eine Sprachheil- therapeutin/ Logopädin

Die Vergütung erfolgt nach
BAT VII/Vb

Schriftliche Bewerbungen an
Stadt Leverkusen
Personalamt
Friedrich-Ebert-Platz 17
City-Hochhaus
5090 Leverkusen 1

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag
anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße
und pünktliche Belieferung gewährleistet werden

Wartenberg & Söhne
Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

**Der direkte Weg
ist der kürzeste und wirtschaftlichste.**

Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

Fordern Sie bitte Prospekte und Bestellzettel an von

Wartenberg & Söhne, Verlag, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50

Telefon (040) 89 39 48

Die STIFTUNG REHABILITATION Heidelberg, Träger von Einrichtungen, Forschungszentren und Zentralinstituten der Rehabilitation und Prävention sucht für das SÜDWESTDEUTSCHE REHABILITATIONSZENTRUM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE NECKARGEMÜND zum frühestmöglichen Zeitpunkt:

für die **Abteilung Logopädie**

1 Mitarbeiter(in) für die Leitung der Abteilung sowie mehrere Mitarbeiter(innen) mit Berufserfahrung auf dem Gebiet der Sprach-, Stimm- und Hörstörungen.

Wir bieten eine der jeweiligen Aufgabenstellung und Verantwortung angemessene Vergütung nach BAT.



Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an

**SÜDWESTDEUTSCHES REHABILITATIONSZENTRUM
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE NECKARGEMÜND**

– Personalabteilung –

Postfach 106 · Neckargemünd