

ISSN 0584—9470

C 21 843 F
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK e.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Stephan Baumgartner, München

Empirische Untersuchungen zum Sozialverhalten
sprachauffälliger Vorschulkinder

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Zur Situation der Einschulungsdiagnostik
in der Sprachbehindertenschule

Arno Schulze, Marburg

Entwicklung, Stand und Perspektiven der sprachtherapeutischen Versorgung
in einem Landkreis mit Modell-Gesundheitsamt

Umschau und Diskussion

Bücher und Zeitschriften

Aus der Organisation

Kleine Beiträge aus der Praxis

Postverlagsort Hamburg · April 1978 · 23. Jahrgang · Heft 2

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S- und Reibelauten und Unterscheidung stimmloser und stimmhafter Reibelaute.

N-Indikator

zur Übung der Nasalierung bei Schulung von Hörschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f₀-Indikator

Der f₀-Indikator oder Grundfrequenz-Anzeiger für Tonhöhenschulung der Stimme, sowie Übung der Intonation.

Elektronisches HdO-Metronom

wird hinter dem Ohr getragen, kein Schalleitungsschlauch. Taktfolge kontinuierlich einstellbar von 2 s bis 0,3 s (0,5 Hz – 3 Hz). Dauerbetriebszeit über 1000 Stunden mit einer Batterie.

Einzeltrainer

zur optimalen Hör-Spracherziehung. Zur Korrektur von Fehlartikulationen und für den ständig differenzierter werdenden Sprachaufbau bei einer Hörerziehung.

Language-Master

mit dem Tonkarten-System hat für den Bereich des Lernsektors „Sprache“ den einmaligen Vorteil, daß es in engem Verbund optisch-visuelle, akustisch-auditive und sprechmotorische Faktoren bei gleichzeitiger Selbsttätigkeit des Schülers berücksichtigt.

AIWA-Sprachlehrgerät

Ein Sprachlehr-Kassetten-Tonbandgerät, 4-Spur-Norm, Zweikanalbetrieb, variable Abhörgeschwindigkeit $\pm 10\%$ der Normalgeschwindigkeit. Getrennte Wiedergabe der Lehrer- und Schüler-Spur.

Weitere ausführliche Information erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte, 8520 Erlangen, Gebbertstr. 125

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

April 1978 · 23. Jahrgang · Heft 2

Stephan Baumgartner, München

Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 2, S. 41—52

Empirische Untersuchungen zum Sozialverhalten sprachauffälliger Vorschulkinder

Zusammenfassung

Eine Experimentalgruppe sprachauffälliger Vorschulkinder und eine Kontrollgruppe nichtbehinderter Kinder wurde hinsichtlich ihres Sozialverhaltens während des sogenannten Frei- und Regelspiels systematisch beobachtet. Beide Gruppen (je $n = 8$) wurden nach den Variablen Alter, Geschlecht, Status der Eltern und Intelligenz parallelisiert. Die systematische Beobachtung beider Gruppen erstreckte sich über drei Wochen. Vorweg fand eine fünfwöchige freie Verhaltensbeobachtung mit Beobachtertraining und Entwicklung eines geeigneten Kategoriensystems statt. Observiert wurde im Rotationsverfahren nach dem Prinzip des time-samplings. Die Kategorien erwiesen sich in der Beobachterübereinstimmung als reliabel. Die statistisch abgesicherten Ergebnisse der Untersuchung zeigen für die Experimentalgruppe durchgehend signifikant auffälligeres Sozialverhalten.

1. Zielsetzung

Die vorliegende empirische Untersuchung soll explorativ im Hinblick auf die Verifizierung der Generalhypothese sein, daß sich sprachauffällige Kinder von nichtbehinderten Kindern in ihrem Sozialverhalten unterscheiden. Ihr auffälligeres Sozialverhalten wird als abhängig von der Sprachauffälligkeit postuliert. Dabei ist die Hypothese, die Verbalverhalten einschließt, einseitig auf die erhöhte Frequenz nichtsozialen und verminderte Frequenz sozialen Verhaltens in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ausgerichtet. Nichtsoziales Verhalten schließt für Vorschulkinder in der Schule Kategorien ein wie: Alleinspiel, keinen Kontakt zu anderen Kindern haben, Kontakt ablehnen, andere Kinder stören, vom Erzieher abhängig sein etc. (O'Leary und O'Leary 1972, White 1975, Smith und Conolly 1972). Kategorien sozialen Verhaltens wären kooperatives Spiel, Kontakt mit anderen Kindern haben, sich im Spiel regelgerecht verhalten, etc. (Krenauer 1977, Parten 1939).

Allgemein stimmen wir der Definition von Eisert und Barkey zu, in der Verhalten eines Individuums dann als auffällig beschrieben wird, wenn es »von wichtigen Personen seiner Umgebung, die Verstärker kontrollieren, für unangemessen erachtet wird« (1975, S. 106). Damit wird im Sinne der funktional-analytischen Verhaltensdiagnostik (vgl. Schulte 1974) auffälliges Verhalten als abhängig von den vorausgehenden Stimulusbedingungen und den nachfolgenden Konsequenzen im gesamtsozialökonomischen Feld beschrieben. »Auffälliges Verhalten« ist je nach sozialem System spezifisch normabhängig, so daß auch bei vorliegender Untersuchung das dokumentierte Sozialverhalten vor dem Hintergrund der mittelschicht-orientierten Normen des vorgegebenen Beobachtungssystems, der Beobachter, der Erzieher und der Institution Schule interpretiert werden muß.

Die Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung wurde der Verwendung ökonomischer Persönlichkeitstests bzw. -fragebogen vorgezogen, um nicht hypo-

thetische innere Bedingungen (*Bijou* 1970) oder Persönlichkeitskonstrukte, die nur »Schlüsse« auf reales Verhalten zulassen, zu erfassen, sondern um sichtbares äußeres Verhalten zu messen. Damit begreifen wir Diagnostik als funktional prozeßhaft und wesentlichen Teil der Therapie (vgl. *Schulte* 1974).

Abschließend sei bemerkt, daß Verhaltensbeobachtung unter natürlichen Bedingungen zu den schwierigsten und zeitaufwendigsten Untersuchungsverfahren gehört. Ursprünglich war vorgesehen, zwei Gruppen von sprachauffälligen Kindern ($n = 16$) zu beobachten. Die Reduktion auf eine Gruppe war Ergebnis der langen Vorbereitungszeit für die Aufstellung der Beobachtungskategorien, für das Beobachtertraining. Organisatorische Schwierigkeiten ergaben sich z. B. durch die Parallelisierung der Experimental- und Kontrollgruppe.

2. Ableitung der Generalhypothese

Zum ersten stützt sich die Generalhypothese auf die rationale Analyse von Sprachauffälligkeit als Kommunikationsstörung, wobei wir Kommunikation als Koppelung intra- und interpersonaler Regelungsprozesse in der Interaktion mindestens zweier Personen definieren. Sprachauffälligkeiten ergeben sich nicht nur aus physiologischen bzw. physikalischen Merkmalen, sondern aus der sprachlichen Gesamtsituation, zu der auch der Erlebnis- und Handlungskontext gehört, in dem sich die an der sprachlichen Kommunikation Beteiligten befinden (vgl. Regelsysteme sprachlicher Kommunikation, z. B. *Hundnurscher* et al. 1971, *Funk-Kolleg Sprache* 1973, *Keller* 1973). Reduziertes Sprachverhalten führt zu einer Einschränkung der Fähigkeit zur Kommunikation, entfernt das sprachauffällige Kind von wichtigen Verstärkern und gibt entsprechend geringere Möglichkeit, selbst zu verstärken.

Nach dem Prinzip der absteigenden Spirale führt mangelnde Verstärkung wiederum zu einer Reduktion sozialer Verhaltensweisen, woraus sich wieder eine schlechtere Anpassung an die Umgebung ergibt, usw. Die soziale Distanz zu der Umwelt wächst. *Grohnfeldt* (1975, S. 74) faßt unter sozialpsychologischem Aspekt wie folgt zusammen: »Stereotypisierung und Beziehungsstörung finden ihren Ausdruck in einer sozialen Distanz, die Rückwirkung auf das Selbstverständnis und die Persönlichkeitsmerkmale des Sprachbehinderten haben kann. Das auffällig erlebte Verhalten wirkt wiederum als Verstärker auf die Stigmatisierung zurück.«

In Abgrenzung von dem gängigen Begriff der Sprach»behinderung« wollen wir mit Sprach»auffälligkeit« die Funktionalität des sprachlichen Verhaltens bezüglich Stimulus-, Reaktions- und Konsequenzseite in der kommunikativen Situation betonen. Auffälligkeiten der Sprache sollen nicht als isolierte Organismusvariable im Sinne des medizinischen Krankheitsmodells (vgl. *Kraiker* 1974, *Belschner* et al. 1973) diagnostiziert und therapiert werden, sondern verhaltensanalytisch z. B. nach dem Kanferschen Diagnostik-Therapiemodell (*Kanfer* 1969, *Braun* 1975, *Wendlandt* 1975). Über die Bestimmung von situativen inneren und äußeren Reizen — Organismusvariablen — Reaktionen — Verstärkungsplänen — und Konsequenzen äußerer und innerer Art können wir am sprachauffälligen Individuum orientiert seine Gesamtsituation erfassen: Die symptomatischen wie auch nichtsymptomatischen Aspekte seines sprachlichen und nichtsprachlichen Verhaltens, deren soziale und physikalisch-physiologische Bedingtheit sowie die dispositionell-biologischen Einflüsse auf das Problemverhalten.

Zum zweiten rechtfertigen die Ergebnisse empirischer Arbeiten jüngerer Datums zum Sozialverhalten sprachauffälliger Kinder die Generalhypothese. Diese sollen hier nicht nochmals ausgeführt werden (vgl. Zusammenfassung in *Knura* 1974 und *Grohnfeldt* 1976, außerdem *Keese* 1972, *Knura* 1971, 1972, *Deuse* 1975).

3. Beobachtungskategorien

Systematische Verhaltensbeobachtung setzt voraus, daß die ihr zugrunde liegenden Hypothesen klar in operationalisierter Form formuliert sind, daß die Beobachtungssituation definiert ist und Beobachtungszeiträume festgelegt wurden. Beobachtet werden Verhaltensweisen (Kategorien), die vorgegeben sind (*Belschner et al. 1973, Kern 1974, Schulte 1974*).

Mit Hilfe eines Kategoriensystems erfolgt die Zuordnung jedes auftretenden Verhaltens der beobachteten Person in eine der Kategorien des Systems. Verhaltensweisen werden quantifizierbar gemacht, indem man komplexe Verhaltensweisen in kleinere Verhaltenseinheiten kategorisiert (*Mees 1977, Becker et al. 1967*).

Die Beobachtung der Kinder fand während der Phasen des Frei- und Regelspiels statt. Über das Spiel üben die Kinder Verhaltensdimensionen wie Wahrnehmung, Motorik, Denken, Gedächtnis, soziale Rollen, emotionales Lernen. Damit ist das Spiel als komplexe Kategorie menschlichen Verhaltens zu werten (vgl. *Avedon & Sutton-Smith 1971, Baumgärtl 1976*). Die soziale Entwicklung eines Kindes verläuft parallel dem Spielverhalten vom egozentrischen zum kooperativen Spiel (*Schmidtchen und Erb 1976*).

Freispiel zeichnet sich dadurch aus, daß die Kinder relativ unbeeinflußt von den Erziehern Spielform, Spielinhalt, Spielzeug in freier Entscheidung wählen können. Das Freispiel gilt als der ideale Ort für Kinder, selbstverantwortlich zu organisieren, sich mit den Realitäten auseinanderzusetzen u. a. m.

Von einem Regelspiel wird gefordert, daß es Verhaltensvorschriften hat, die eingehalten werden müssen. Die Regeln werden durch die Erzieher bekanntgegeben, beachtet und bei Verstößen mit negativen Konsequenzen für das Kind belegt. Es setzt Kenntnisse sozialer Normen voraus und Verständnis für die Notwendigkeit der Regulierung sozialer Interaktionen.

Der Erstellung zweier Kategoriensysteme für das Frei- und Regelspiel ging eine dreiwöchige freie Verhaltensbeobachtung beider Gruppen voraus. Das Ergebnis dieser Verhaltensbeobachtung war ein relativ lückenloses Protokoll für die gesamten verbalen und nichtverbalen Aktivitäten der Kinder in den Spielphasen auf der Basis operationaler Beschreibung. Außer diesem empirischen Ansatz der Kategoriengewinnung erfolgte der rationale, d.h. Annahme von aus der Literatur bereits bekannten Kategorien, die hypothetisch als brauchbar erschienen (z. B. *Hart et al. 1968, Fagot 1973, White 1975, Krenauer 1977*).

Kategoriensystem: Freispiel

Für das Freispiel ergaben sich vier größere Kategorienkomplexe.

1. Spielverhalten mit Allein-, Parallel- und kooperativem Spiel.
2. Alle Aktivitäten sozialer und nichtsozialer Art, außer Spielverhalten.
3. Verbalverhalten.
4. Interaktion mit dem Erzieher.

Auf die ausführliche Darstellung der zu den einzelnen Kategorien gehörigen operationalisierten Verhaltensweisen wird hier verzichtet. Die an ein brauchbares Kategoriensystem zu stellenden Anforderungen wie Vollständigkeit, Unabhängigkeit, Konkretheit und Anzahl der Kategorien konnten erfüllt werden. Mitsigniert wurden außerdem die Interaktion der Kinder untereinander als zusätzliche Indikation für deren Kooperationsfähigkeit und soziale Flexibilität und die jeweils verwendeten Spiele.

- (K = beobachtetes Kind; E = Erzieher)
1. Verbalverhalten
 - interaktiv IN Bsp.: K. spricht mit einem anderen Kind oder Kindern, die ihm zuhören.
 - aktiv AK Bsp.: Fragen, um etwas bitten (nicht E.).
 - nichtsprechen NS Bsp.: Kind spricht nicht.
 - stören ST Bsp.: Verbale Aggression, stören durch schreien, lärmern.
 2. Interaktion mit dem Erzieher
 - positiv PO Bsp.: Kind geht normgerecht auf Aktivität von E. ein; dieser erklärt, zeigt etc.
 - Störverhalten gegen E STE Bsp.: E. veranlaßt K. bei nicht-normgerechtem Verhalten das gezeigte Verhalten zu verändern oder zu beenden.
 - Depedenzverhalten gegenüber E DE Bsp.: Aktivität geht vom Kind aus, K. will Hilfe von E.
 3. Spielverhalten
 - kooperatives Spiel Bsp.: K. spielt mit anderen Kindern zusammen, Arbeitsteilung.
 - Parallelspiel Bsp.: K. spielt unabhängig, hat aber gleiches oder ähnliches Spielzeug wie die Kinder seiner Umgebung.
 - Alleinspiel Bsp.: K. spielt für sich allein; kein Kontakt zu anderen Kindern.
 4. Sonstige Aktivitäten
 - Kontakt KO Bsp.: Kontakt anknüpfen, Kontakt suchen.
 - Kontakt ablehnen KOA Bsp.: Sich bei Angriff nicht wehren, sich Spielzeug wegnehmen lassen.
 - kein Kontakt KK Bsp.: Am eigenen Körper spielen, dabei kein Blickkontakt.
 - Störverhalten gegen Kinder oder Objekte STK Bsp.: Alle motorischen aggressiven Verhalten gegen Kinder oder Objekte.
 - zuschauen Z STO Bsp.: K. schaut den Aktivitäten eines oder mehrerer Kinder zu, interagiert aber nicht mit diesen.
- Kategoriensystem: Regelspiel
- Sitzregel SI Bsp.: Kind entfernt sich unerlaubt von der Spielrunde.
 - Störverhalten grob STG. Bsp.: Wie in der Schule alle groben Störungen, z.B. physische Aggressionen.
 - Störverhalten leicht STL Bsp.: Alle leichten Regelverletzungen, die den Spielverlauf nicht gravierend stören.
 - Nichtmitsmachen NM Bsp.: K. will nicht mitspielen, schaut nur zu.
 - Regelverhalten I RI Bsp.: Regelgerechtes Verhalten, so wie man es üblicherweise erwarten kann.
 - Regelverhalten II RII. Bsp.: Verhalten, das über RI, über den normalen Spielverlauf und die normale Teilnahme am Spiel hinausgeht, Spielanregungen geben, bewußt auf einen Vorteil verzichten.

Erzieherverhalten

- positiv PO Bsp.: Alle Belohnungen, verbal und nicht-verbal,
- negativ NE Bsp.: Bestrafen, verbal und nicht-verbal,
- neutral NEU Bsp.: E. geht auf die Reaktion des Kindes weder positiv noch negativ ein.

Im Gegensatz zum Freispiel wurde Verbalverhalten nicht eigens signiert.

Die Kategorien schließen sich an die von *Ott* und *Bay* (1975) entwickelten eng an. Sie wurden bereits im Max-Planck-Institut in München für die Beobachtung eines Regelspieles erfolgreich verwendet.

4. Versuchspersonen

Beobachtet wurde eine Gruppe von acht sprachauffälligen Kindern der vorschulischen Einrichtung einer Schule für Sprachbehinderte sowie eine parallelisierte Vorschulgruppe von acht nicht-auffälligen Kindern in München Anfang 1977. Die Parallelisierung dieser Gruppe erfolgte nach den Variablen: Alter (Mittelwert 6,2 Jahre für die Experimentalgruppe bzw. 6,0 für die Kontrollgruppe), Geschlecht (5m, 3w), Status der Eltern (nach Moore/Kleining), Intelligenz gemessen mit CMM-Skala (mittlerer T-Wert 48,1 bzw. 51,1).

Zusätzlich kontrolliert wurden die Variablen wie Spielzeug, Spielregeln, Räumlichkeit. Die Erzieherinnen beider Gruppen konnten von den Beobachtern als erfahren und in ihrem Verhalten gegenüber Kindern als ähnlich beurteilt werden. Während des Freispiels verhielten sich die Erzieher passiv und beschränkten die notwendigen Interaktionen auf ein Minimum, was für die Kinder nicht neu war. Für das Regelspiel, das im wesentlichen die Erzieherinnen initiierten und steuerten, wurde deren Verhalten beobachtet und signiert.

Die Diagnose der Sprachauffälligkeiten umfaßte: 3 VP mit LKG-Spalten (einschl. multiplem Stammeln), 1 VP mit klonisch-tonischem Stottern und partiellem Stammeln, 3 VP mit universellem Stammeln (einschließlich Sprachverzögerung und Dysgrammatismus), 1 VP mit multiplem Stammeln und leichtem Dysgrammatismus.

5. Beobachtungsverfahren, Dauer und Reliabilität

Der Einsatz des time-samplings (Zeitstichprobe) gestattete es, den Beobachtungsvorgang möglichst ökonomisch zu halten. Im Rotationsverfahren über alle Kinder jeder Gruppe wurde 10 Sekunden lang beobachtet (vgl. Schley, Klockmann, Oechsle 1977), danach 10 Sekunden Pause für die Signierung auf einem dafür entwickelten Beobachtungsbogen, dann wieder 10 Sekunden Beobachtung des nächsten Kindes etc. Während des Freispiels signierten die Beobachter das vom Kind im 10-Sekunden-Intervall emittierte Verbal- und Nichtverbal-Verhalten. Die Zeit von 10 Sekunden wurde über Kopfhörer durch einen Zeitgeber vorgegeben. Beobachtet wurden die Kinder an 10 Tagen innerhalb von drei Wochen, was für jedes Kind eine Beobachtungsfrequenz von 110 für das Freispiel sowie eine Frequenz von 100 für das Regelspiel ergab.

Die Beobachtung führte der Versuchsleiter selbst mit zwei Praktikantinnen durch, das Beobachtertraining (vgl. le Blanc, Etzel und Tyler) dauerte fünf Wochen.

Die Reliabilität der Beobachtungsdaten wurde als Prozentübereinstimmung zwischen beiden Beobachtern mit der Methode der signierten Platz-Übereinstimmung errechnet (*Mees* 1977, S. 47 f.). Sie wurde nach Erreichen eines stabilen Prozent-Übereinstimmungsniveaus über alle Kategorien von mindestens 80% für das Frei- und Regelspiel während der systematischen Verhaltensbeobachtung siebenmal kontrolliert und kann bei einer Streuung von 78% bis 92% — Übereinstimmung für die Kate-

gorien des Freispiels und 68 % bis 84 % — Übereinstimmung für die Kategorien des Regelspiels für diese Art der Reliabilitätsberechnung als sehr befriedigend gelten.

6. Hypothesen

Aus dem bisher Dargestellten sollen die Hypothesen als Nullhypothesen hinsichtlich des statistischen Unterschiedes im Ausprägungsgrad des Sozialverhaltens der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe formuliert werden. Eine Nullhypothese besagt, daß die Differenz zwischen den zur Untersuchung beobachteten Variablen statistisch nicht bedeutsam ist. Die Hypothesen werden überprüft und auf Grund ihrer Überprüfung bestimmte Entscheidungen getroffen. Sämtliche Entscheidungen orientieren sich mindestens an der 5 %-Signifikanzgrenze. Die Fragestellung ist auf Grund der bereits vorliegenden Information einseitig. H 1 bis H 4 gelten für das Freispiel, H 5 und H 6 für das Regelspiel.

- H 1: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz sozialen und nichtsozialen Verbalverhaltens zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.
 H 2: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz des sozialen und nichtsozialen Spielverhaltens zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.
 H 3: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz definierter sozialer und nichtsozialer Aktivitäten.
 H 4: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz der von den Erzieherinnen erwünschten und nicht-erwünschten Interaktionen mit den Kindern.
 H 5: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz des geforderten regelgerechten Verhaltens.
 H 6: Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied in der Frequenz des definierten unerwünschten Verhaltens.

Zur statistischen Überprüfung der Hypothesen findet als parameterfreies Prüfverfahren der U-Test von Mann und Whitney Verwendung (*Siegel* 1976). Hierbei wird die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese zurückgewiesen, wenn die mit dem beobachteten Wert von der Prüfgröße U verbundene Wahrscheinlichkeit gleich oder kleiner als α , dem gesetzten Signifikanzniveau, ist (5 % = signifikant, 1 % = sehr signifikant).

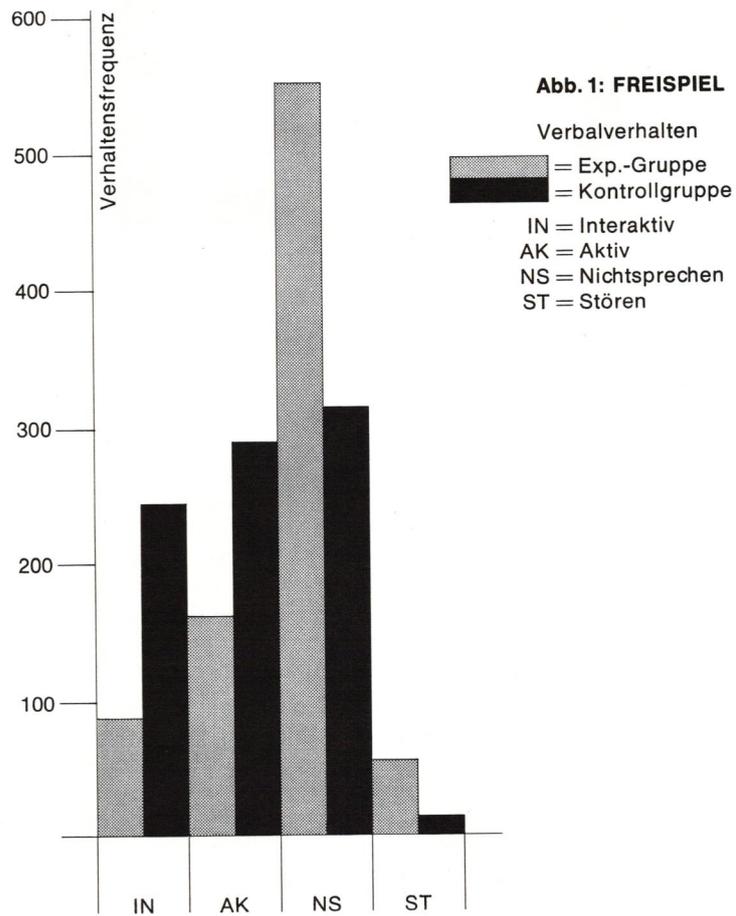
7. Ergebnisse

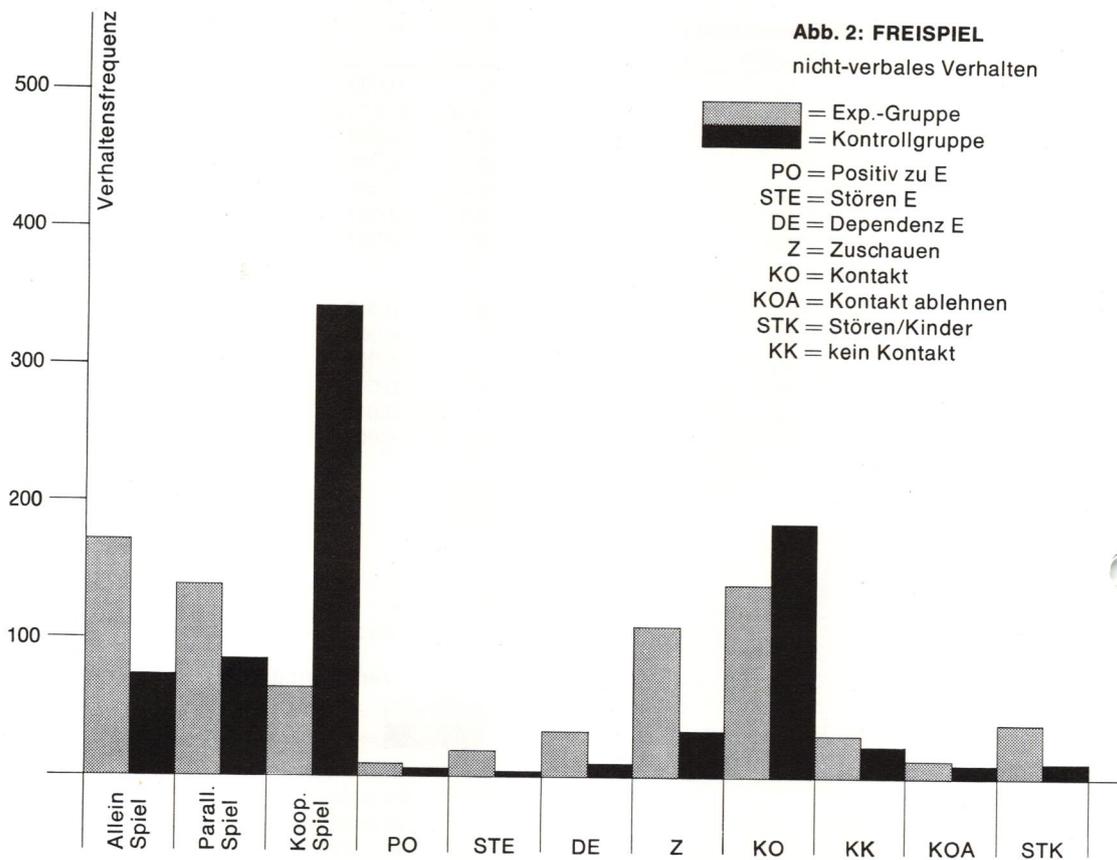
Tab. 1: Beobachtete Verhaltensfrequenzen in den einzelnen Kategorien

Statistische Auswertung nach U-Test (Mann und Whitney); U = Prüfgröße, p = Überschreitungswahrscheinlichkeit, s = signifikant, ss = sehr signifikant, ns = nicht signifikant; E = Erzieher.

Kategorien	Experimental- gruppe	Kontroll- gruppe	U	p	Signifikanzniveau
Freispiel					%
Alleinspiel	177	83	8	0,010	1 ss
Parallelspiel	149	88	6	0,005	1 ss
Koop. Spiel	59	365	0	0,000	1 ss
Kontakt	143	197	13,5	0,053	5 ns
Kein Kontakt	47	25	7	0,007	1 ss
Kontakt ablehnen	18	9	14	0,060	5 ns
Stören/Kinder	50	12	8	0,010	1 ss
Stören/Objekte	1	1	entfällt, zu geringe Frequenz		
Zuschauen	126	41	8	0,010	1 ss

Kategorien	Experimental- gruppe	Kontroll- gruppe	U	p	Signifikanzniveau
Positiv (zu E)	10	7	16	0,095	5 ns
Stören (E)	23	0	entfällt, da bei Experimentalgruppe 0		
Dependenz (E)	37	13	8	0,010	1 ss
Interaktiv (verbal)	89	237	0	0,000	1 ss
Aktiv (verbal)	153	287	0,5	0,000	1 ss
Nichtsprechen	542	314	2,5	0,001	1 ss
Stören (verbal)	56	2	3	0,001	1 ss
Regelspiel					
Regelverhalten I	512	635	8,5	0,012	5 s
Regelverhalten II	13	67	0	0,000	1 ss
Sitzregel	40	9	1	0,000	1 ss
Stören, leicht	87	16	6,5	0,006	1 ss
Stören, grob	33	2	9	0,014	5 s
Nichtmitmachen	77	32	7	0,007	1 ss

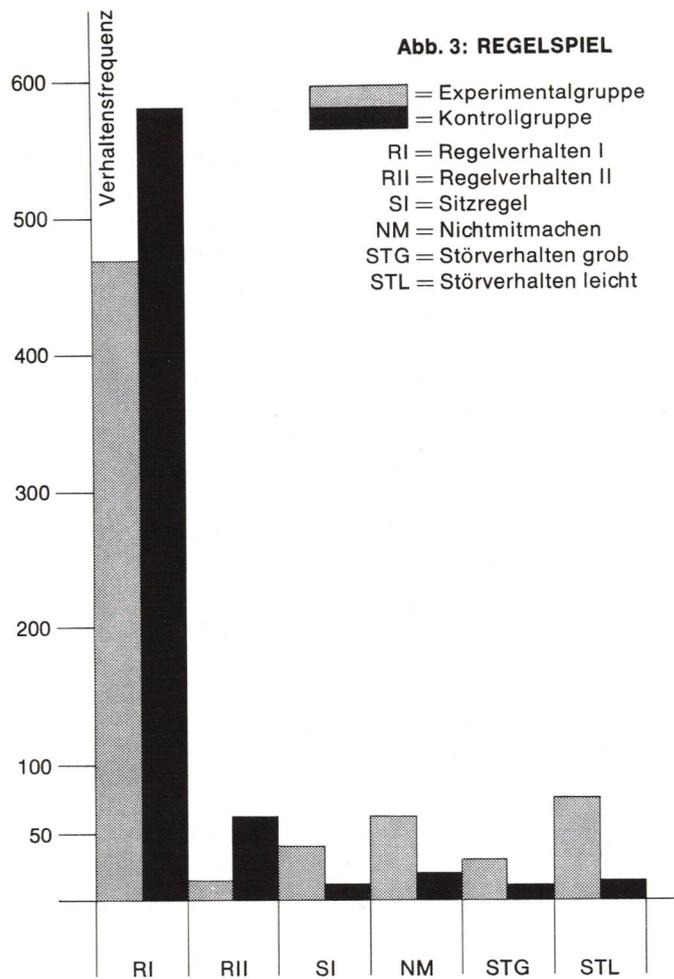




8. Diskussion

Die Nullhypothesen (H 1 bis H 6) müssen verworfen werden. Mit Ausnahme der Kategorien KO, KOA, PO (zu E) zeigen sich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe signifikante oder sehr signifikante Unterschiede. Damit konnte für diese Gruppe sprachauffälliger Kinder der Nachweis geführt werden, daß infolge von Sprachauffälligkeiten vermehrt Auffälligkeiten im Sozialverhalten zu beobachten sind. Die verwendete objektive, reliable und kontrollierbare Methode bringt Informationen über das tatsächliche Verhalten dieser Kinder. Aussagen, die über diese Gruppen hinausgehen, bleiben spekulativ; verhaltensdiagnostisch orientierte Untersuchungen sind auf Grund der jeweils kontrollierten Variablen nur auf das beobachtete Setting beschränkt.

Für das Freispiel, wo die Kinder sich weitgehend selbst überlassen blieben, wird zusammenfassend festgestellt: Bedingt durch den Mangel an sozialen Fertigkeiten tendieren die SA-Kinder mehr in extreme Richtungen als zum angemessenen Sozialverhalten. Die eine dieser Richtungen kennzeichnet gehemmtes, ängstliches, kontakt-ablehnendes Verhalten. Die Kinder sitzen häufig alleine, verteilen sich in die Raumecken, beschäftigen sich mit Spielmaterial, das kein gemeinsames Tun verlangt, sprechen mit sich selbst, stehen unbeschäftigt herum, schauen den anderen zu oder gehen ziellos im Raum umher.



Die andere Richtung führt zu aggressivem, störendem Verhalten, das ungeeignet ist, sich konfliktlos in eine Spielsituation einzubringen, sich freiwillig in einer Gruppe unterzuordnen, sich rücksichtsvoll gegenüber anderen durchzusetzen, die Wünsche anderer zu respektieren. Besonders deutlich tritt der Mangel an sozialen Fertigkeiten im geringen Ausmaß der Bereitschaft, kooperativ zu spielen, auf. Was Experimental- und Kontrollgruppe so signifikant unterscheidet, ist das Defizit der Experimentalgruppe an stabilem, kooperativem, verantwortlichem, fairem und freundlichem Verhalten. *Smith* und *Conolly* (1972) beschreiben das erwünschte Sozialverhalten u.a. mit dem Faktor »soziale Reife«. Er hat hohe Werte in den Variablen »Spielen in Gruppen« und »mit anderen sprechen«, niedere Werte in »Beschäftigung mit sich selbst« und »vor sich hinstarren«. Danach wäre die beobachtete sprachauffällige Gruppe eher sozial »nicht reif«.

Die Auswertung der in beiden Gruppen während des Freispiels verwendeten Medien ergibt für die sprachauffälligen Kinder erhöhte Frequenzen in Aktivitäten wie Malen,

Bücher anschauen, Lernspiele benutzen, Bauklötze im Alleinspiel verwenden — Aktivitäten also, die mehr isolieren, als zur Interaktion anregen. Vermehrt wurden auch Spiele mit stark aggressivem Charakter durchgeführt, wie Kissenschlacht, »Löwenjagd« oder Pistolenschießen. Diese aggressiven Spiele führten zwangsläufig zum häufigen Eingreifen der Erzieherin (vgl. Kategorie Stören E).

In der Kontrollgruppe dominierten eindeutig Rollenspiele über lange Zeiträume, Spiele, die die Mitarbeit anderer voraussetzen, wie »Verkleiden«, Projekte mit Bauklötzen gemeinsam erstellen, »Gespenster«, »Telefonieren« etc.

Erwähnt werden sollte die inhaltliche Analyse der Kategorie »Stören anderer Kinder« im Freispiel. Während sprachauffällige Kinder die hier signierten aggressiven Reaktionen real ausführten, z. B. durch Zuschlagen mit der Faust oder Werfen mit Gegenständen wie Holzklötzen, blieben die nichtauffälligen Kinder fast ausschließlich bei symbolischen sprachlichen Drohungen, wenn z. B. ein Kind mit erhobener Hand darauf hinweist, daß es gleich zuschlagen wird, dieses dann aber doch nicht ausführt.

Das Ergebnis der ebenfalls mitsignierten Interaktionen, d. h. welches Kind spielt mit welchem, wird nicht statistisch ausgewertet wie folgt beschrieben: Die Kinder der Experimentalgruppe haben nicht nur weniger Kontakt insgesamt zueinander, sondern ihre Interaktionen sind auch jeweils auf nur wenige (2 bis 3) Kinder beschränkt, keinesfalls gehen sie über größere Subgruppen wie bei den nichtauffälligen Kindern.

Nur eine Subgruppe der Experimentalgruppe ($H = 3$) kann über die Zeit als stabil bezeichnet werden, die anderen bilden sich sporadisch, zerfallen rasch. Es gibt mehr Außenseiter (4) als in der Kontrollgruppe (1). Diese Beobachtungen werden durch die von den Erzieherinnen erstellten Soziogramme bestätigt. Die Ergebnisse des Regelspiels unterstützen, was bereits an Mangel sozialer Fertigkeiten der sprachauffälligen Kinder erörtert wurde. Diese Kinder zeigen signifikant weniger Aktivitäten, die über das zum Ablauf des Regelspiels unbedingt Notwendige hinausgehen. Damit unterstreichen sie einen passiven, inaktiven Eindruck, die Unfähigkeit, »sich einzubringen«, also Kontakt aufzunehmen. Kommt es aber dennoch zu der geforderten Interaktion, dann ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens aggressiver Handlungen oder Störverhaltens allgemein hoch. Trotz allem bleibt aber zu berücksichtigen, daß sich auch diese Gruppe überwiegend regelgerecht verhalten hat. Damit ist genügend Potential für eine Verstärkung sozial erwünschter Aktivitäten gegeben.

Problematisch stellt sich die Interpretation der Ergebnisse in den Verbalkategorien für die Experimentalgruppe. Ein Unterschied zur Kontrollgruppe bezüglich der Kategorie »interaktiv«, »aktiv« und »Nichtsprechen« ist auf Grund der Variablen Sprachauffälligkeit zumindest dann logisch, wenn es sich um Mängel der sprachlichen Kompetenz handelt (vgl. Keller 1973). Begründet sich die Sprachauffälligkeit aber in der geringeren Performanz, also der Verwendung des situationsrelevanten aktuellen Könnens, so müßte folgende Frage gestellt werden: Welche Bedingungen führen dazu, daß in der Interaktion diese Kinder unter Berücksichtigung ihrer eingeschränkten Kompetenz dennoch so wenig insgesamt, vor allem miteinander sprechen? Unsere Vermutungen gehen dahin, daß in der Kommunikation zweier oder mehrerer sprachauffälliger Individuen gehäufte Störvariablen einlaufen als in Gruppen sprachunauffälliger Individuen. Diese Störvariablen, z. B. geringere Verständlichkeit oder Sprechbereitschaft, lassen eher eine Reduktion als ein Anwachsen des Sprachoutputs erwarten. Sprachauffällige Kinder könnten im Verlauf ihrer Lernbiographie aus den negativen Konsequenzen, die ihren verbalen Aktivitäten folgten, gelernt haben, weniger zu sprechen. Negative Konsequenzen, verbaler und nichtverbaler Art, wären z. B. in der Bestrafung oder im Löschen durch Nichtbeachten von Verbalverhalten seitens

wichtiger Verstärkerquellen (Eltern, Lehrer etc., vgl. Keller 1973) in der Umgebung der Kinder zu suchen. Es ist vorstellbar, daß sprachauffällige Kinder gegenüber unauffälligen vermehrt gelernt haben, von ihren tatsächlich vorhandenen sprachlichen Kapazitäten nur bedingt Gebrauch zu machen.

Wie unsere Untersuchung belegt, ist für die Experimentalgruppe die Wahrscheinlichkeit geringer als für die Kontrollgruppe, wonach sich über angemessene Verstärkung die Rate verbaler Aktivität in der Gruppe erhöhen würde. Eventuell haben diese sprachauffälligen Kinder auf Grund ihrer eigenen negativen Lerngeschichte nur ungenügend gelernt, Sprachverhalten anderer überhaupt, und wenn, auch richtig zu verstärken. Gleichzeitig fehlen in dieser Gruppe sprachunauffällige Modelle, die wesentlichen Anreiz zu neuen positiven Lernerfahrungen mit dem Medium Sprache signalisieren könnten. Unter diesem Aspekt wäre an anderer Stelle der fragliche Vorzug homogener Gruppen mit nur sprachauffälligen Kindern zu diskutieren.

Abschließend sei bemerkt, daß die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht nur der Inventarisierung von Verhalten dienen müssen, sondern sie geben auch direkte Hinweise für die einzelnen Kinder auf eine gezielte Therapie der jeweiligen Auffälligkeiten. So kann z.B. über verhaltenstherapeutisch orientierte Techniken (Belschner et al. 1973, Kraiker 1974, Kuhlen 1972) die Aktivitätsrate gehemmter Kinder erhöht, Störverhalten systematisch gelöscht oder bestraft werden, ein allgemeines Kooperations- oder Selbstbehauptungstraining begonnen werden.

Literatur

- Avedon, E., und Sutton-Smith, B.: The study of games. New York 1971.
- Baumgärtl, F.: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. München 1976.
- Becker, W. C. et al.: The contingent use of teacher attention and praise in reducing classroom behavior problems. J. of Special Education, 1967, 1, S. 287—307.
- Belschner, W. et al.: Verhaltenstherapie in Erziehung und Unterricht. Stuttgart 1973.
- Bijou, S. W.: What psychology has to offer to education — now. Journal of Applied Behavior Analysis 1970, 3, S. 65—71.
- LeBlanc, J. M., Etzel, B. C., und Tyler, B. M.: Social interaction observation. Department of human development, The University of Kansas, o. J.
- Braun, O.: Verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte im Unterricht der Sprachbehindertenschule. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 2, S. 51—62.
- Deuse, A.: Über die soziale Einstellung Sprachbehinderter. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 2, S. 37—50.
- Eisert, H., und Barkey, P.: Verhaltensmodifikation in der Schule. In: Rost/Grunow/Oechsle: Pädagogische Verhaltensmodifikation, Weinheim 1975.
- Fagot, B. I.: Influence of teacher behavior in the preschool. Developmental Psychology, 1973, 9, 2, S. 198—206.
- Funk-Kolleg Sprache. Frankfurt 1973.
- Grohnfeldt, M.: Einstellungsmessungen bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 6, S. 173—181.
- Grohnfeldt, M.: Zur Sozialpsychologie sprachbehinderter Kinder. Rheinstetten 1976.
- Hart, B. et al.: Effect of contingent and non-contingent social reinforcement on the cooperative play of a preschool child. Journal of Applied Behavior Analysis 1968, 1, S. 73—76.
- Hundnurscher, F. et al.: Linguistik I. Stuttgart 1971.
- Kanfer, F. H.: Verhaltenstherapie: Ein neues Theoriegerüst zur Lösung klinisch-psychologischer Probleme. Psychologie und Praxis 1969, 13, S. 1—18.
- Keese, A.: Das stotternde Kind und seine Behinderung in sozialpsychologischer Sicht. Die Sprachheilarbeit 15 (1972) 17, S. 24—35.
- Keller, P.: Sprachliche Kommunikation bei sprachbehinderten Kindern. Die Sprachheilarbeit 16 (1973) 3, S. 65—83.

- Kern, H. J.: Verhaltensmodifikation in der Schule. Stuttgart 1974.
- Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik 4, Bd. 35, Stuttgart 1974, S. 103—188.
- Knura, G.: Zur Motivierung des sozialen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. In: Orthmann, W. (Hrsg.): Schulische Betreuung sprachbehinderter Kinder. Berlin 1972.
- Knura, G.: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 14 (1971) 16, S. 111—123.
- Kraiker, Ch.: (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie. München 1974.
- Krenauer, M.: Gegenwärtige Beobachtungssysteme in Schule und Vorschule. In: Mees, U., und Selg, H. (Hrsg.): Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation, Donauwörth 1977.
- Kuhlen, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter. München 1974.
- O'Leary, K., und O'Leary, G.: classroom management. New York 1972.
- Mees, U.: Einführung in die systematische Verhaltensbeobachtung. In: Mees, U., und Selg, H. (Hrsg.): Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation. Donauwörth 1977.
- Ott, H., und Bay, E.: Die hierarchische Regelbeobachtung. Unveröffentl. Vortrag am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1975.
- Parten, M. B.: Social participation among preschool children. Journal of abnormal and social psychology, 1932, 27.
- Patterson, G. R. et al.: Direct intervention in the classroom. A set of procedures of the aggressive child. In: Frank W. Clark (Hrsg.): Implementing behavioral programs for school and clinic. Champaign, Ill 1972.
- Schley, W., Klockmann, M., und Oechsle, D.: Verhaltensmodifikation in Schulklassen. In: Cramer, M., Gottwald, P. und Keupp, H.: Verhaltensmodifikation in der Schule, Sonderheft III, 1976 der Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schmidtchen, S., und Erb, A.: Analyse des Kinderspiels. Köln 1976.
- Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München 1974.
- Siegel, S.: Nicht-parametrische statistische Methoden. Frankfurt 1976.
- Smith, P., und Conolly, K.: Patterns of play and social interaction in pre-school children. In: Jones, B. (Hrsg.) Ethological studies of child behavior, Cambridge 1972.
- Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1975².
- White, B.: The first three years of life. Human infants: experience and psychological development. Prentice Hall 1975.

Anschrift des Verfassers:

Wiss. Ass., Dipl. Psych. Stephan Baumgartner
 Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik FB 11 Psychologie und Pädagogik der Universität
 München, Am Stadtpark 20, 8000 München 60

Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen

— Hals-Nasen-Ohrenklinik —

Für die Untersuchungs- und Beratungsstelle für Phoniatrie und Pädaudiologie an der Univ.-HNO-Klinik wird ab sofort eine zweite

Logopädin

gesucht.

Die Vergütung erfolgt nach BAT.

An der fachärztlich betreuten Behandlungsstelle stehen alle einschlägigen Untersuchungsmethoden zur Verfügung; auch die Computer-Audiometrie wird durchgeführt.

Nähere Auskünfte erteilen der Leiter der HNO-Klinik, Herr Prof. Dr. Fleischer, sowie Frau Schepelmann. Telefon (06 41) 7 02-29 61 oder 7 02-29 74.

Bewerbungen unter Beifügung der üblichen Unterlagen erbeten an Herrn Prof. Dr. Fleischer, Univ.-HNO-Klinik, Feulgenstraße 10, 6300 Lahn-Gießen.

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Zur Situation der Einschulungsdiagnostik in der Sprachbehindertenschule

1. Problemstellung

Das Forschungsinteresse der Sprachbehindertenpädagogik konzentrierte sich bisher vorrangig auf Fragestellungen der Symptomatologie, pädagogischen Therapie, behinderungsspezifischen Unterrichtsgestaltung sowie in neuerer Zeit auf sozialpsychologische Überlegungen. Möglichkeiten der differentialdiagnostischen Abklärung über Art und Ausmaß sprachlicher Abweichungen, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, bestehen derzeit jedoch nur in vereinzelt Ansätzen. In engem Zusammenhang damit steht die uneinheitliche Definition von Sprachbehinderungen, die durch die Orientierung an notwendigerweise subjektiven Normvorstellungen keine eindeutigen Kriterien der Abgrenzung erlaubt. Vor allem die im Hinblick auf die Wahl der nachfolgenden pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen bedeutsame Unterscheidung von isolierten Verzögerungen des Spracherwerbs und komplexen Entwicklungsbehinderungen bei Dominanz der sprachlichen Auffälligkeit ist eine offene Fragestellung. Besondere Bedeutsamkeit erlangt diese Problematik, sobald eine institutionelle Zuweisung zu bestimmten Schultypen zu erfolgen hat.

Zur näheren Abklärung der damit angesprochenen Einschulungsdiagnostik in die Sprachbehindertenschule wurde eine Fragebogenerhebung mit dem Ziel durchgeführt, Belege über Art und Umfang der verwendeten Testmethoden sowie zu den äußeren Bedingungen des Aufnahmeverfahrens zu erhalten. Darüber hinaus sollten durch die angestrebte Aufdeckung möglicher Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen Thesen zum Selbstverständnis des diagnostischen Vorgehens formuliert werden. Die hier vorliegende Untersuchung versteht sich dabei als Ansatz für weiterreichende Überlegungen zur Verbesserung der Diagnostik und pädagogischen Förderung.

2. Durchführung der Untersuchung und Auswertung der Häufigkeitsverteilungen

Die Datenerhebung erfolgte im Oktober/November 1977 durch Versendung eines Fragebogens an sämtliche Sprachbehindertenschulen in der Bundesrepublik. Der neueste Stand der Einrichtungen zur Rehabilitation Sprachbehinderter war zuvor von den einzelnen Kultusministerien der Bundesländer erfragt worden.

Insgesamt wurden 93 Schulen angeschrieben. Von den zurückgeschickten Fragebögen konnten 55 ausgewertet werden.* Dies entspricht einer Rücklaufquote von 59 %.

Die Konstruktion des Fragebogens war auf eine dichotomisierte Beantwortung (Ja/Nein) ausgerichtet. Zusätzlich wurden Daten zur Schulsituation und zur Person des Prüfers erbeten. Im folgenden werden die einzelnen Items zusammen mit der Verteilung der absoluten und prozentualen Häufigkeiten dargestellt. Mit Ausnahme der Zeitangaben wird aus Gründen der Übersicht auf Dezimalstellen verzichtet.

*An dieser Stelle möchte ich allen Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Untersuchung beteiligten, für ihre Mühe herzlich danken.

Tabelle 1

Fragen	Antworten		
			%
1 Benutzen Sie bei der Datenerhebung einen Anamnesefragebogen? Eigenfassung (42%) — Wartenberg & Söhne (25%)	Ja	N = 44	80
	Nein	N = 11	20
2 Führen Sie im allgemeinen einen Hausbesuch durch?	Ja	N = 12	22
	Nein	N = 43	78
3 Benutzen Sie zur Feststellung des Sprachstandes informelle Prüflisten, Fragebogen o. ä.? bei Bejahung:	Ja	N = 52	95
	Nein	N = 3	5
4 Stammeler-Prüfliste Metzker (49%) — Wartenberg & Söhne (25%)	Ja	N = 51	93
	Nein	N = 4	7
5 Protokollbogen für Dysgrammatiker Wartenberg & Söhne (51%) — Eigenfassung (14%)	Ja	N = 40	73
	Nein	N = 15	27
6 Protokoll für Stotterer/Polterer Wartenberg & Söhne (38%) — Eigenfassung (9%)	Ja	N = 29	53
	Nein	N = 26	47
7 Protokollbogen für Näsler Wartenberg & Söhne (29%) — Eigenfassung (4%)	Ja	N = 20	36
	Nein	N = 35	64
8 Protokollbogen für Stimmgestörte Wartenberg & Söhne (29%)	Ja	N = 16	29
	Nein	N = 39	71
9 Überprüfung der phonematischen Differenzierungsfähigkeit (Lautagnosiebogen) Schäfer (31%) — BLDT (16%)	Ja	N = 29	53
	Nein	N = 26	47
10 Ist darüber hinaus der Einsatz standardisierter Testverfahren zur Bestimmung des Sprachstandes gebräuchlich? PET (22%) — LSV (11%)	Ja	N = 19	35
	Nein	N = 36	65
Die Fragen 11—14 beziehen sich auf die Eingrenzung sekundärer Begleiterscheinungen und die Untersuchung der Komplexität des Behinderungssyndroms:			
11 Werden Testverfahren zur Beurteilung der Wahrnehmungsfähigkeit eingesetzt? FEW (27%) — Eigenfassung (11%)	Ja	N = 28	51
	Nein	N = 27	49
12 Erfolgt eine Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten (Lernvoraussetzungen, Intelligenz) durch Testverfahren? HAWIK (51%) — RAVEN (33%)	Ja	N = 55	100
	Nein	N = 0	0
13 Erfolgt eine Überprüfung der Motorik durch ein besonderes Testverfahren? LOS KF 18 (44%) — KTK (2%)	Ja	N = 32	58
	Nein	N = 23	42
14 Werden im allgemeinen Persönlichkeitsfragebogen angewendet? Eigenfassung (6%)	Ja	N = 10	18
	Nein	N = 45	82
15 Erfolgt die Einschulung im allgemeinen unter Mitwirkung eines Psychologen?	Ja	N = 9	16
	Nein	N = 46	84
16 Erfolgt die Einschulung im allgemeinen unter Mitwirkung eines Facharztes?	Ja	N = 38	69
	Nein	N = 17	31
17 Halten Sie die bisherige Testpraxis im allgemeinen für befriedigend? Welche Verbesserungen sind Ihrer Meinung nach vor allem erforderlich?	Ja	N = 25	46
	Nein	N = 30	54
18 geringere zeitliche Belastung	Mehrfachnennungen möglich		
	Ja	N = 21	38
	Nein	N = 34	62

19 bessere Kooperation mit anderen Schulen	Ja	N = 25	46
	Nein	N = 30	54
20 bessere Kooperation mit den Eltern	Ja	N = 13	24
	Nein	N = 42	76
21 bessere Kooperation mit Ärzten, Psychologen...	Ja	N = 33	60
	Nein	N = 22	40
22 bessere Testverfahren zur Bestimmung des Sprachstandes	Ja	N = 39	71
	Nein	N = 16	29
23 mehr Fortbildungsmöglichkeiten (z. B. Lehrgänge, auf denen neue diagnostische Verfahren vorgestellt werden)	Ja	N = 49	89
	Nein	N = 6	11
<hr/>			
24 Jahr der Sonderschullehrerprüfung des Prüfers		N = 42 — M = 1967 —	
		s = 7	
		range = 1950—1976	
25 Wie viele Schüler haben Sie bei der letzten Einschulung untersucht?		N = 51 — M = 63 —	
		s = 63	
		range = 5—350	
26 Zeitaufwand pro Kind (bitte auf halbe Stunden abrunden)		N = 52 — M = 2,6 —	
		s = 1,7	
		range = 0,5—10	

N = Anzahl der Probanden — M = Mittelwert — s = Standardabweichung
range = Streubreite (höchster und niedrigster Wert der Verteilung)

3. Zur Interkorrelation der Daten

Die bisherigen Angaben über das Ausmaß der Bejahung bzw. Verneinung der in den einzelnen Items vorformulierten Fragestellungen vermögen noch nichts über den Grad des Zusammenhangs der einzelnen Befunde auszusagen.

Aus diesem Grunde wurde eine weitere interdependenzanalytische Verarbeitung der Daten vorgenommen, bei der der Punkt-Korrelationskoeffizient (Phi-Koeffizient) ermittelt wurde. Phi ist dabei die Maßzahl für die Korrelation zwischen zwei dichotomen Variablen, die auch im Nominalskalenniveau vorliegen können. Die Signifikanzprüfung erfolgt über eine 2x2 Kontingenztafel durch Anwendung des Chi-Quadrat-Verfahrens.

Diese Methode ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. So darf in keinem der vier Felder eine Häufigkeit Null sein, die Erwartungswerte dürfen keinen kleineren Wert als fünf annehmen (sonst korrigierte Formel), und die Stichproben müssen größer als N = 25 sein. Diese Bedingungen werden bei der vorliegenden Untersuchung mit Ausnahme von Item Nr. 12 erfüllt. Hier nimmt auf Grund der 100%igen Bejahung eine Häufigkeit im Rahmen der Vierfeldertafel den Wert Null an. Es ist deshalb nur eine formal-logische Auswertung möglich: bei jedem anderen mit ja oder nein beantworteten Item ist sicher, daß Item Nr. 12 mit ja beantwortet wird; umgekehrt ist jedoch nicht anzugeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei Bejahung von Item Nr. 12 die jeweiligen anderen Items bejaht werden.

Der Grad des Zusammenhangs zwischen den übrigen Items wird durch die folgende Interkorrelationsmatrix* wiedergegeben. Die Items Nr. 24, 25, 26 mußten ebenfalls aus der interdependenzanalytischen Auswertung herausgenommen werden, da hier die Angaben entweder nur unvollständig oder mehrdeutig (z. B. mehrere Prüfer bei Item Nr. 25) vorlagen und keine eindeutige Dichotomisierung zuließen.

*Die Interkorrelation der Daten erfolgte im Rechenzentrum der Universität Bremen. Für seine Beratung bei der Abklärung möchte ich mich bei Herrn Dr. W.-M. Kähler herzlich bedanken.

Tabelle 2: Interkorrelationsmatrix von 23 Fragebogen-Items

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Anamnesefragebogen	1	—																							
Hausbesuch		2	—																						
informelle Prüfverfahren			3	○	—																				
— für Stammer				4	+	●	—																		
— für Dysgrammatiker					5	○	+	●	—																
— für Stotterer/Polterer						6	○	—																	
— für Näsler							7	○	+	●	●	—													
— für Stimmgestörte								8	+	+	●	●	—												
— Lautagnosie									9	+	+	—													
standard. Sprachtest										10	—														
Wahrnehmung											11	+	—												
Kognition												12	—												
Motorik													13	○											
Persönlichkeitsfragebogen														14	—										
mit Psychologen															15	—									
mit Facharzt																16	—								
zufrieden mit Testpraxis																	17	+							
mehr Zeit																		18	—						
Kooperation mit Schulen																			19	—					
Kooperation mit Eltern																				20	○	—			
interdisz. Kooperation																					21	○	+	—	
bessere Testverfahren																						22	○	—	
mehr Fortbildung																							23	—	—

+ p < 0,05 ○ p < 0,01 ● p < 0,001

4. Interpretation der Ergebnisse

Die Deutung der Befunde bezieht sich ausschließlich auf den Stand der Einschulungsdiagnostik im Aufnahmeverfahren 1977, der sich in den Antworten der Sonderschulleiter widerspiegelt. Vermutungen zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik werden im Rahmen der übergreifenden Betrachtung in Form von Thesen konstituiert. An dieser Stelle erfolgt zunächst eine Darstellung der Ergebnisse, die auf Grund der Häufigkeitsverteilungen und Interkorrelation der Daten gewonnen werden konnten:

4.1. Zur linguodiagnostischen Diagnose des sprachlichen Ausdrucksvermögens

Die durchschnittliche diagnostische Einschulungspraxis in die Sprachbehindertenschule bedient sich vorwiegend informeller Verfahren zur Bestimmung des Sprachstandes (95%). Bei den zumeist gebrauchten Stammer-Prüflisten werden vorrangig Bilder als Sprechanschluß benutzt. Der Prüfbogen von Metzker findet hier eine besonders weite Verbreitung (49%). Sobald die syntaktisch-morphologische Ebene untersucht wird, erfolgt dies in der Mehrzahl der Fälle über Nachsprechmethoden. Hier wird vor allem der Protokollbogen für Dysgrammatiker vom Verlag Wartenberg & Söhne benutzt (51%), dessen System der Einlegeblätter die hohe Korrelation mit einer gleichzeitigen Überprüfung des Redeflusses, der Nasalität und Stimmgebung mit Hilfe vorgedruckter Prüflisten erklärt. Dies trifft ebenfalls für den vorliegenden Anamnesefragebogen des Verlags zu. Die anamnestiche Erfassung von Daten, die speziell für die Aufklärung des Bedingungs Hintergrundes sprachlicher Behinderungsformen Bedeutung erlangen, scheint hier jedoch noch nicht genügend systematisiert zu sein. Dies wird durch den vergleichsweise hohen Anteil an Eigenfassungen von Anamnesefragebogen (42%) unterstützt. Die recht seltene Durchführung von Hausbesuchen (22%) scheint nicht Ausdruck fehlender Notwendigkeit zu sein, sondern ist vor allem in der hohen Anzahl der untersuchten Schüler und dem damit verbundenen Zeitaufwand zu begründen. Dies wurde teilweise von den Befragten ausdrücklich vermerkt.

Im Rahmen der informellen Verfahren haben Lautagnosiebogen einen recht hohen Bekanntheitsgrad. Hier scheint die zunehmende Sensibilisierung für die Bedeutung auditiver Prozesse und der phonematischen Differenzierungsfähigkeit im Hinblick auf Erklärungsmodelle von Sprachbehinderungen und ihre pädagogisch-therapeutische Förderung ihren Niederschlag gefunden zu haben (dazu: *Walther 1977*). — Der Gebrauch standardisierter Testmethoden ist dagegen im Vergleich zu den dominierenden informellen Prüflisten noch relativ selten. Das Ergebnis wird jedoch dadurch beeinflusst, daß die gängigen standardisierten Verfahren erst seit kurzer Zeit im Handel erhältlich sind (PET 1974, LSV 1976) und nicht speziell auf die Belange der Sprachbehindertenpädagogik abgestimmt wurden. Zudem befindet sich die Erfassung des individuellen Sprachentwicklungsstandes durch altersnormierte Verfahren noch in den Anfängen und ist durch prinzipielle Schwierigkeiten bei der Auswahl der Testaufgaben und linguistischen Fundierung belastet (*Ihssen 1978, Grohnfeldt 1977b*). Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß für den prinzipiellen Einsatz standardisierter Methoden ein besonderes Selbstverständnis des (psycho-)diagnostischen Vorgehens notwendig ist, das im Rahmen der historisch tradierten Ausbildung zum Sprachbehindertenpädagogen noch keine genügende Sensibilisierung erfahren hat. Hier sind Aufklärungsmaßnahmen notwendig, die vorrangig von den sonderpädagogischen Ausbildungsstätten auszugehen haben.

4.2. Überprüfung der Kognition, Motorik und Wahrnehmungsfunktion

Die vollständige Zustimmung bei der Frage nach dem Einsatz von Intelligenztestverfahren entspricht der besonderen Situation der Einschulungsdiagnostik. Hier macht die vorrangige Verwendung des insgesamt sehr weit verbreiteten HAWIK durch seine verbale Ausrichtung speziell bei Sprachbehinderten eine vorsichtige Interpretation des Verbal- bzw. Handlungsteils notwendig. Der ebenfalls häufige Einsatz der nonverbalen Verfahren von Raven vermag zwar Hinweise zur Beobachtungsgabe und zur logischen Denktätigkeit zu geben, ersetzt jedoch nicht die Anwendung eines allgemeinen Intelligenztests (*Burke 1958*). Außerdem sind diese Verfahren bei hirnorganischen Funktionsschwächen »wegen der allgemeinen Gestaltsschwäche« (*Wewetzer 1964, 214*) nur begrenzt heranzuziehen.

Ebenfalls vergleichsweise häufig erfolgt im Rahmen der Einschulungsdiagnostik eine spezielle Überprüfung der Motorik (58%) und der kognitiven Wahrnehmungsfunktionen (51%). Die Überprüfung motorischer Fähigkeiten findet zumeist mit der Lincoln-Oseretzký-Skala (LOS KF 18) statt. Hier könnte sich ausgewirkt haben, daß der Körperkoordinationstest (KTK) z.Z. der Untersuchung noch nicht lange genug im Handel erhältlich war. Zudem messen beide Verfahren unterschiedliche Dimensionen des motorischen Verhaltens. Zur Korrelation zwischen den Items 10 und 13 ist denkbar, daß durch die Bejahung eine Sensibilisierung der betreffenden Diagnostiker für die Notwendigkeit einer weiterreichenden Erfassung des kindlichen Entwicklungsstandes zum Ausdruck kommt, bei der der Einsatz standardisierter Verfahren Hilfestellungen leisten kann. Für die ebenfalls angesprochene Erfassung kognitiver Fähigkeiten wird vor allem Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW) eingesetzt, der u.a. zur Frühdiagnose von Lernschwierigkeiten verwendet werden kann, die mit einer Störung der Wahrnehmungsfunktion zusammenhängen. — Die Angaben über den Gebrauch der o.g. Verfahren erlauben zwar keine Rückschlüsse, inwieweit die Ergebnisse als sekundäre Begleiterscheinungen der Behinderung oder als integrativ wirkendes, komplexes Behinderungssyndrom bei Dominanz der sprachlichen Auffälligkeit gedeutet werden, andererseits wird deutlich, daß Sprachbehinderungen nicht mehr ausschließlich als isoliertes Störungsphänomen angesehen werden.

Dagegen erfolgt die Verwendung von Persönlichkeitsfragebogen relativ selten (18%). Die Gründe können zum einen darin liegen, daß der Einsatz spezieller Testmethoden nicht als notwendig erachtet bzw. als zu unökonomisch und zeitlich nicht vertretbar empfunden wird, so daß sich der Diagnostiker auf sein subjektives Urteil im Rahmen der Beobachtung verläßt. Andererseits ist es auch denkbar, daß die spezielle Situation der Einschulungsdiagnostik wirksam geworden ist, bei der häufig nur ein punktuelles Kennenlernen ohne besondere Verhaltensprobleme erfolgt. Zudem gibt es keine geeigneten Verfahren, die genaue Vergleichsmöglichkeiten bieten. Auch der in dieser Hinsicht genannte Diagnostische Elternfragebogen (DEF) ist nicht standardisiert. — Das Problemfeld der genaueren Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen dürfte zur Zeit vorrangig durch Verlaufs- und Langzeitbeobachtungen im Klassenverband behandelt werden. Für weiterreichende spezielle Fragestellungen eröffnet sich das Aufgabengebiet des Psychologen.

Derzeit ist die Mitwirkung einer psychologischen Fachkraft bei der Einschulungsdiagnostik selten (16%) im Vergleich zu der eines Facharztes (69%). Neben den verschiedenen Aufgabenbereichen, die die Heranziehung eines außerpädagogischen Fachvertreters unterschiedlich häufig notwendig werden lassen, können auch historisch tradierte Gründe zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik zur Auswirkung kommen. Die Rehabilitation Sprachbehinderter wird vorrangig von Vertretern der Medizin und Pädagogik übernommen (dazu: *Orthmann* 1969).

4.3. Zufriedenheit mit der bisherigen Einschulungsdiagnostik und institutionelle Voraussetzungen

Mehr als die Hälfte der antwortenden Sonderschulleiter (54%) empfindet die derzeitige Testpraxis im allgemeinen als unbefriedigend. Vorrangig wird dabei der Wunsch nach besseren Testverfahren zur Bestimmung des Sprachstandes (71%) sowie nach mehr Fortbildungsmöglichkeiten (89%) geäußert. Dagegen wird die Zusammenarbeit mit den Eltern insgesamt als positiv erlebt. Eine derartige Tendenz der Beantwortung findet sich durchgängig und ist nicht an den Einsatz bestimmter Verfahren, z. B. informeller oder standardisierter Testmethoden gebunden.

Diese Aussagen müssen vor dem Hintergrund der äußeren und institutionellen Voraussetzungen gesehen werden, unter denen derzeit Diagnostik in Sprachbehindertenschulen betrieben wird. Besonders auffällig ist die weite Streuung der Anzahl untersuchter Schüler bei dem gleichen Zweck der Einschulungsdiagnostik. Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens 1977 wurden zwischen 5 und 350 Kinder pro Schule untersucht. Die Sonderschulleiter gaben dafür eine zeitliche Belastung an, die von 0,5 bis 10 Stunden reicht. Darüber hinaus wurden von einzelnen Schulen Aussagen zu Reihenuntersuchungen gegeben, die jedoch nicht in die statistische Auswertung einbezogen wurden. Es werden dabei durchschnittlich 600—800 Kinder überprüft. Die höchste Angabe bezog sich auf 1500 Untersuchungen bei einem Zeitaufwand von jeweils 2 Minuten!

Aus diesen Daten sowie den zusätzlichen Schreiben und Randbemerkungen der Befragten spiegelt sich die uneinheitliche Situation der organisatorischen Vorbedingungen wider. Art, Umfang und Struktur der Einschulungsdiagnostik müssen dabei im Zusammenhang mit dem jeweiligen Stand der Früherfassung und interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen werden. Das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein der örtlichen Institutionen (Beratungsstellen, Gesundheitsämter, schulpädagogischer Dienst, ...) hat hier einen großen Einfluß. So erfolgt in einigen Bundesländern automatisch eine Reihenuntersuchung, während in anderen die genaue Kenntnis der Kinder aus den Beratungsstellen die Einschulungsdiagnostik auf wenige, dafür aber gründliche Untersuchungen konzentriert.

Darüber hinaus könnte ein unterschiedliches Selbstverständnis der Prüfer wirksam geworden sein. Die Definition von Sprachbehinderungen ist in hohem Maße an subjektiven Normvorstellungen orientiert. Dies findet in den stark variierenden Häufigkeitsangaben zu sprachbedingten Auffälligkeiten in den einzelnen Altersstufen seinen Ausdruck (dazu: *Grohnfeldt 1976*). Es wäre interessant, über eine repräsentative Untersuchung zur Population der Sprachbehindertenschulen Hinweise über die jeweilige Handhabung der Aufnahmekriterien zu erhalten.

5. *Übergreifende Betrachtung und Ausblick*

Die vorgegebene Untersuchungsmethode erlaubt keine allgemeingültigen Rückschlüsse auf zugrundeliegende Motive. Sie ermöglicht jedoch begründete Aussagen auf der Grundlage einer Situationsanalyse des Aufnahmeverfahrens 1977. Die nachstehenden Schlußfolgerungen verstehen sich deshalb vorwiegend im Sinne von Thesen zur Verbesserung der diagnostischen Praxis und pädagogisch-therapeutischer Förderung. Eine übergreifende Betrachtung der Ergebnisse verweist zunächst darauf, daß die Bemühungen um ein einheitliches Verständnis von Sprachbehinderungen trotz des vielfältigen Erscheinungsbildes weiter vorangetrieben werden müssen, um vergleichbare Aufnahmekriterien zu gewährleisten. Die definitorischen Ansätze, die in Sprachbehinderungen komplexe Störungsformen sehen (*Becker/Sovák 1975; Knura 1974, 1977; Grohnfeldt 1978a, b*), erhalten in den relativ häufig verwendeten Verfahren zur Überprüfung motorischer und kognitiver Fähigkeiten eine gewisse Resonanz. Der von den Sonderschulleitern geäußerte Wunsch nach besseren Methoden zur Bestimmung des Sprachstandes ist eine Aufforderung an die sprachwissenschaftliche und fachpädagogische Forschung, Testverfahren zu konstruieren und praktisch zu erproben, die vergleichbare und gültige Aussagen zur sprachlichen Ausdrucksfähigkeit erlauben und hinreichend ökonomisch einsetzbar sind. Die bisher vorrangig gebräuchlichen informellen Prüfmethode erfüllen nicht annähernd die Voraussetzungen für eine exakte Vergleichbarkeit des individuellen Sprachentwicklungsstandes und erlauben einen hohen subjektiven Ermessensspielraum (*Scholz 1974*). Vor allem die im Hinblick auf die prognostische Beurteilung notwendige Diskriminierung von isolierten Sprachentwicklungsverzögerungen und komplex wirkenden Sprachentwicklungsbehinderungen ist noch nicht hinreichend abgesichert.

Damit wird auf die Bedeutung einer möglichst genauen Analyse der Behinderungsstruktur für die Beschaffenheit der sich anschließenden pädagogischen Interventionen und Plazierungsmaßnahmen verwiesen. Die enge Verbindung der diagnostischen und therapeutischen Phase im Sinne einer Förderungsdiagnostik ist auf der Grundlage des klinisch-psychologischen Strukturmodells von *Kaminski (1970)* denkbar, das von *Schoor (1972)* in die sonderpädagogische Praxis eingeführt wurde. Dem Selbstverständnis einer pädagogischen Diagnostik gemäß, wird auf die nachfolgenden Förderungsmöglichkeiten Bezug genommen. Ausgehend von einem funktionalen Entwicklungsmodell wäre dabei der systematische Einsatz eines mehrdimensional wirkenden Testinstrumentariums zu fordern, das im Sinne eines problemorientierten Vorgehens an die individuelle Behinderung des Kindes, die Altersstufe sowie die örtlichen institutionellen Voraussetzungen angepaßt wird (*Grohnfeldt 1978b*).

Es bleibt zu überdenken, welche Verbesserungen diagnostisch-therapeutischer Praxis kurzfristig realisierbar sind. Hier sollte zunächst dem Wunsch nach mehr Fortbildungsmöglichkeiten entsprochen werden, da sich auf diese Weise mit relativ geringen finanziellen Mitteln durch die Kenntnis neuerer Verfahren eine Erweiterung des diagnostischen Zugriffs vollzieht. Ebenfalls kommt in den Angaben zur Anzahl der untersuchten Schüler die hohe zeitliche Belastung durch die diagnostische Ar-

beit zum Ausdruck, die im allgemeinen neben der Unterrichts- und Verwaltungstätigkeit ausgeübt wird. Eine indirekte Verbesserung könnte hier durch den weiteren Ausbau der systematischen Früherfassung erfolgen, die zum einen eine weitgehende Prophylaxe sprachlicher Behinderungen überhaupt anstrebt, andererseits aber auch durch eine Verminderung der aufzunehmenden Schüler in Einrichtungen für Sprachbehinderte die Möglichkeit einer genaueren und intensiv ansetzenden Einschulungsdiagnostik zur Folge hat.

Abschließend soll noch einmal der heuristische Ansatz der Untersuchung betont werden. Anzustreben wäre eine Verlaufskontrolle und Aufdeckung der prozeßhaften Veränderung des diagnostischen Selbstverständnisses durch eine sich periodisch wiederholende Bearbeitung dieser Fragestellung.

Literatur:

- Angermaier, M.: Psycholinguistischer Entwicklungstest, PET (Deutsche Bearbeitung des Illinois Test of Psycholinguistic Abilities). Weinheim und Basel 1974.
- Barkey, P.: Modelle sonderpädagogischer Diagnostik. In: Eggert, D. (Hrsg.): Beiträge zur sonderpädagogischen Forschung. Berlin 1975, S. 14—32.
- Becker, K. P./Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Berlin (Ost) 1975.
- Burke, H. R.: Raven's Progressive Matrices: A review and critical evaluation. J. Gen. Psychol. 93 (1958), S. 199—228.
- Cronbach, L. J./Gleser, Goldine: Psychological tests and personnel decisions. Urbana. University of Illinois Press. 1965.
- Eggert, D.: Mehrdimensionale psychologische Diagnostik als sonderpädagogische Entscheidungshilfe? — Zur Problematik des psychodiagnostischen Prozesses bei der Diagnose der Lernbehinderung. In: Kornmann, R. (Hrsg.): Diagnostik bei Lernbehinderten. Rheinstetten 1975, S. 146—172.
- Elstner, W.: Anamnese, Diagnose und Elterngespräch/Elternberatung. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977, S. 179—190.
- Götte, Rose: Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV), Weinheim und Basel 1976.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen in der hierarchisch-sequentiellen Regulation von Sprachproduktion und Motorik. In: Nissen, G./Specht, F. (Hrsg.): Psychische Gesundheit und Schule. Neuwied und Darmstadt 1976, St. 125—132.
- Grohnfeldt, M.: Zur Sozialpsychologie sprachbehinderter Schüler. Rheinstetten 1976.
- Grohnfeldt, M.: Zur schulischen und sozialen Integration Sprachbehinderter in Regelschulen. In: Schindele, R. (Hrsg.): Unterricht und Erziehung behinderter Kinder in Regelschulen. Rheinstetten 1977 a, S. 266—274.
- Grohnfeldt, M.: Testdiagnostik und Didaktik in der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22 (1977 b), S. 133—143.
- Grohnfeldt, M.: Untersuchungen zur Struktur sprachlicher Behinderung. Z. Heilpäd. 29 (1978 a).
- Grohnfeldt, M.: Diagnose von Sprachbehinderungen. Berlin 1978 b.
- Heller, K./Rosemann, B.: Planung und Auswertung empirischer Untersuchungen. Stuttgart 1974.
- Ihssen, W. B.: Psychologie, Linguistik und Primärsprachdiagnostik. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation. Stuttgart 1978.
- Kaminski, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart 1970.
- Knura, Gerda: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Sonderpädagogik 4. Gutachten und Studien der Bildungskommission. Stuttgart 1974, S. 103—198.
- Knura, Gerda: Die Sprachentwicklungsstörung und ihre Diagnose unter pädagogischem Aspekt. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977, S. 5—16.
- Kornmann, R. et al.: Die diagnostische Praxis beim Aufnahmeverfahren zur Sonderschule für Lernbehinderte. Z. Heilpäd. 25 (1974), S. 227—239.
- Kornmann, R.: Diagnose von Lernbehinderungen. Weinheim und Basel 1977.

- Langfeldt, H.-P.: Pädagogische Diagnostik unter testtheoretischem Aspekt. In: Barkey, P./Langfeldt, H.-P./Neumann, Gerda: Pädagogisch-psychologische Diagnostik am Beispiel von Lernschwierigkeiten. Bern/Stuttgart/Wien 1976, S. 59—101.
- Neurath, P.: Grundbegriffe und Rechenmethoden der Statistik für Soziologen. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Bd. 3b. Stuttgart 1974.
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.
- Schneider, Hildegard: Aufnahmeverfahren (Sprachheilschule). In: Heese, G./Wegener, H. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. Bd 1. Berlin 1969, Sp. 168—169.
- Scholz, H. J.: Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung. Die Sprachheilarbeit 15 (1970), S. 97—103.
- Scholz, H. J.: Zum phonologischen Aspekt des Spracherwerbs und dessen Bedeutung für die Dyslalie. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 145—152.
- Walther, T.: Theoretische Aspekte und praktische Ansätze zum Training der auditiven Fähigkeiten in der Therapie von Artikulationsstörungen. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 49—60.
- Wewetzer, K. H.: Intelligenztests für Kinder. In: Heiß, R. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd 6. Göttingen 1964, S. 200—225.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Postfach 680, Päd. Hochschule, 7410 Reutlingen

Das Angebot für
dynamische, nach Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Erfolg strebende

qualifizierte Logopäden

und

diplomierte Sprachheilpädagogen :

Frage:

Wer möchte zum 1. Januar 1979 im mittleren Ruhrgebiet progressive freie **Praxis für Sprachtherapie**

modern konzipiert, gut eingeführt, langjährig bewährt, bestens renommiert bei Ärzten und Kliniken, anerkannt von Kostenträgern (Krankenkassen und Sozialträgern), mit hör- und sprachelektrischem Labor, geeignet als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Aufgabe aus gesundheitlichen Gründen — (Kleine Wohnung: 2 ZKDB—60 m², Küche voll eingerichtet, kann auf Wunsch übernommen werden) übernehmen?

Voraussetzungen: Fundierte wissenschaftliche Kenntnisse in Medizin, Heilpädagogik, Psychologie, umfassendes theoretisches Wissen und praktische Erfahrungen (möglichst auch klinisch) auf allen Gebieten der nichtärztlichen Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde und Rehabilitation auch bei geistig Behinderten (Kinder und Erwachsene). Neigung zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und Organisationstalent.

Anfragen: Wer sich angesprochen fühlt, wendet sich möglichst bald zur Klärung der Details unter Vorlage von Ausbildungsunterlagen, Tätigkeitsnachweisen, tab. Lebenslauf, Angabe von Spezialgebieten, Lichtbild unter »Sp 201« an den Verlag Wartenberg & Söhne, 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41.

Kleine Beiträge aus der Praxis

Arno Schulze, Marburg/Lahn

Entwicklung, Stand und Perspektiven der sprachtherapeutischen Versorgung in einem Landkreis mit Modell-Gesundheitsamt

Die Zahl der nicht oder nicht angemessen versorgten Sprachbehinderten ist besonders auf dem Lande noch immer groß. Sie wird künftig trotz aller aner kennenswerten bisherigen Bemühungen sicher weiter steigen. Dies liegt u. a. an den sich ständig mehrenden Unfällen mit Schädelverletzungen und daraus resultierenden Aphasien, an der vermehrten Geburtenziffer sogenannter »Risikokinder« und an den immer zahlreicher werdenden Belastungs- und Streßfolgen bereits bei Kindern. So werden beispielsweise die Sprachentwicklungsstörungen immer häufiger, die auch besonders bei den körper-, lern- oder geistigbehinderten Kindern behandelt werden müssen.

Deshalb benötigen wir noch mehr Einrichtungen und auch neue oder modifizierte Organisationsformen des Sprachheilwesens, um dem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf gerecht zu werden. Dabei muß sparsam gewirtschaftet werden, ohne jedoch die Belange der Sprachbehinderten zu schmälern. Dazu will die Landesgruppe Hessen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. beitragen und mit neuen Ideen, Impulsen und Arbeitsvorhaben sozusagen an der Basis beginnen, das heißt in den ländlichen Wohnorten und Kreisen!

Versuche in dieser Richtung sind im Bereich der Landesgruppe z. B. im Kreis Frankenberg/Eder durch *Teumer* in der Frühversorgung und Prophylaxe gemacht worden, früher schon im Rahmen einer besonderen Schulform (Sonderschule besonderer Prägung) durch *Brede* im Kreis Waldeck im Sinne einer schulischen Ambulanz. Auch die Tätigkeit der hessischen Sprachheilkursleiter und Sprachheilbeauftragten in Verbindung mit Gesundheitsämtern, wobei *Biener*, *Binzen*, *Eglins*, *Viemann* und andere Pionierarbeit leisteten, und die Sprachheilarbeit in Klassen für Kranke an der Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie durch *Metzker* und Mitarbeiter sei nicht vergessen. In Heimen für Verhaltensgestörte, in Einrichtungen für Mehrfachbehinderte und in der Geistigbehindertearbeit hat *Schulze* ebenfalls wichtige Aufgaben der Sprachbehindertenpädagogik gesehen und zu lösen versucht.

An die genannten und anderen Arbeiten sollen die neuerlichen Ansätze der Landesgruppe Hessen anknüpfen. Dazu sei ein kurzer geschichtlicher Rückblick auf die sprachbehindertenpädagogische Arbeit gestattet.

In der Vergangenheit ist im Hinblick auf den Auf- und Ausbau des Sprachheilwesens immer wieder herausgestellt worden, daß für einen Flächenstaat, das heißt bei vorwiegend ländlicher Struktur, bestimmte Organisationsformen der Sprachheilarbeit weniger angemessen seien. So wurde insbesondere den Sonderschulen für Sprachbehinderte kaum adäquate Wirkungsmöglichkeiten auf dem Lande eingeräumt. Ohne diese Meinung jedoch an Schulversuchen größeren Stils und mit längerer Erprobungszeit zu überprüfen oder gar an schon bestehende schulische Einrichtungen für Sprachbehinderte (z. B. Internatsschulen) und ihre Erfahrungen anzuknüpfen, wurde der ambulanten sprachtherapeutischen Versorgung der Landjugend der Vorrang gegeben. In einer damit schon sehr zeitig vorangehenden Region, im Landschaftsverband Westfalen-Lippe von Rheinland-Westfalen, wurden durch *Steinig* und später durch *Wallrabenstein* erste deutliche Zeichen gesetzt.

Wenn sich jedoch auch hier, nach einer zunächst beinahe einseitigen Stellungnahme für die ambulante Versorgung durch Sprachheilkurse, wie bald überall in der Bundesrepublik Deutschland die Bedeutung der Sonderschule für Sprachbehinderte im Gesamtsystem eines umfassenden Sprachheilwesens wieder bemerkbar machte (siehe Stellungnahmen von *Heese, Orthmann, Schulze* u. a.), wurde dieser Sonderschultyp schließlich doch wieder nur für größere Städte oder gar Ballungsgebiete für notwendig erachtet.

Bei der Beschränkung der Sonderschule für Sprachbehinderte auf den städtischen Raum wurde nicht berücksichtigt, daß die Vorteile, die sie für viele Sprachbehinderte hat, im Sinne der gleichen Bildungschancen auch den Landkindern geboten werden müßten. Außerdem wurde auch die Ergänzungsfunktion der Sonderschule für Sprachbehinderte zum Sprachheilheim oder zu anderen stationären Einrichtungen sowie zu den Sprachheilkursen übersehen. Nur diese Sonderschule bietet Möglichkeiten zur längerfristigen und umfassenden Nachbetreuung der Heimentlassenen in einer Art »Schon-, Entwicklungs- und Vermittlungsraum« zur behutsamen Vorbereitung des Übergangs in die Regelschulen und in das Berufsleben. Neben der so erfolgreicherer Rückfallverhütung werden durch die Sonderschule für Sprachbehinderte noch zusätzlich die in anderen Organisationsformen therapieresistent gebliebenen sprachbehinderten Kinder aufgefangen und mit der nur hier möglichen und wirtschaftlich vertretbaren langzeitlich einwirkenden Mehrfaktoren- und Erziehungstherapie in vielen Fällen doch noch von ihren Störungen befreit.

Wo man dann den eben beschriebenen Gedanken zur Bedeutung der Sonderschule für Sprachbehinderte auch nähertrat, blieb man doch gleich wieder in den Ansätzen stecken, denn inzwischen war die »Integrationswelle« angerollt, die bei aller Berechtigung für viele Arten von Sprachbehinderungen doch zu unreflektierte und vorschnelle, daher bald wieder zu bloßen Schlagwörtern herabsinkende Forderungen enthielt: Keine Ghettos für Behinderte, keine Ausgliederung aus der Gesellschaft der Gesunden! Das aber hieß wieder »normaler« Unterricht in der Regelschule, wobei die Therapie irgendwie nebenherlaufen mußte. Noch kürzlich wurde dann auch in Hessen wieder der Kursbehandlung der Vorzug gegeben. Die vorhandenen Sonderschulen für Sprachbehinderte wurden zwar nicht geschlossen, sollten aber auch nicht mehr weiter ausgebaut werden.

In der Gegenwart scheinen sich jedoch hier wie allerorts die Überlegungen zu einer optimalen Versorgung gerade der Kleinstadt- und Landjugend auf eine mittlere Position einzupendeln. So schlägt man heute schon für einen größeren Landkreis eine zentral gelegene Sonderschule für Sprachbehinderte vor (heute meist als Grundschule konzipiert), dazu über das Kreisgebiet verteilt einzelne Sprachheilklassen (auch meist Grundschulen angeschlossen). Weiter fordert man vermehrte Einrichtung von Sprachheilkursen. Eine noch bessere Erfassung, Beratung und Zuweisung zu den einzelnen Organisationsformen und Therapiemöglichkeiten soll nach dem hessischen Beispiel durch Sprachheilbeauftragte bei den Gesundheitsämtern geschehen (in der Regel Sonderschullehrer für Sprachbehinderte, die zur Zeit diese Funktion noch nebenamtlich wahrnehmen).

Eine zusätzliche Förderung der gesamten Sprachbehindertenhilfe ergibt sich nunmehr noch durch die Arbeit des Modell-Gesundheitsamtes des Kreises Marburg-Biedenkopf, über die weiter unten näher berichtet wird. Daran und an den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Stand anknüpfend, soll nun auf Initiative der Landesgruppe Hessen und zunächst ebenfalls im Landkreis Marburg-Biedenkopf das Sprachheilwesen weiter ausgebaut und verbessert werden, wobei der Frühversorgung und Prophylaxe, damit aber neben der Sonderschule für Sprachbehinderte, neben den Sprachheilklassen und der schulischen Ambulanz auch der vor- und

außerschulischen Sprachtherapie ein besonders wichtiger Platz eingeräumt wird. Dabei sollten auch gleich alle vorhandenen und teilweise auch noch auszubauenen Organisationsformen (z. B. Kliniken, Heime usw.) besser miteinander koordiniert werden, wobei die Sonderschule für Sprachbehinderte im Sinne eines sprachbehindertenpädagogischen Rehabilitationsschwerpunktes eine zentrale Rolle einnehmen könnte.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf bietet sich auch in der geschilderten Hinsicht als Modell aus folgenden Gründen an:

- a) Bevölkerungs- und wirtschaftsstrukturmäßig sowie landschaftlich entspricht der Kreis vielen Kreisen in Flächenstaaten der Bundesrepublik Deutschland.
- b) Im Mittelpunkt des Kreises liegt die Universitätsstadt Marburg. Die Universität bietet im Fachbereich Erziehungswissenschaften die für Hessen einzige Ausbildungsmöglichkeit für Sonderschullehrer der (Haupt-)Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik. Von dort wie von den Universitätskliniken können neueste Forschungsergebnisse in die weitere Ausbauarbeit eingehen, und die beinahe alle am Ort oder in der Nachbarschaft vorhandenen Organisationsformen des Sprachheilwesens (Kliniken, Heime, Schulen, Klassen, Ambulanzen) sind hier schon durch die unmittelbare Nähe weniger aufwendig auf ihre Wirkungen und Zusammenarbeit hin wissenschaftsbegleitet zu kontrollieren.
- c) Die für die Versorgung der Sprachbehinderten noch notwendige weitere Einrichtung von Sprachheilklassen und -kursen sowie der Ausbau der Sonderschule für Sprachbehinderte in Marburg kommen auch dem Sonderschullehrer-Nachwuchs zugute, für den somit dringend benötigte Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt werden.
- d) Schließlich bietet sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf auch deswegen an, weil in Marburg der Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte seinen Sitz hat und auch ein besonders großes Interesse der Kreistagsparlamentarier und der Politiker der Stadt Marburg am Ausbau des Sprachheilwesens vorhanden ist.
- e) Mit den wichtigsten Grund aber liefert das Modell-Gesundheitsamt, über das wir im folgenden hauptsächlich unter dem Aspekt der Sprachheilarbeit im Kreisgebiet berichten.

Nach mündlichen Mitteilungen des Leiters des Gesundheitsamtes und des Modellversuchs, Dr. med. *K. R. Nittner*, beschäftigte man sich um 1970 im Hessischen Gesundheitsministerium und im Bundesgesundheitsministerium mit der Frage, was eigentlich ein optimal organisiertes und arbeitendes Gesundheitsamt in der Größenordnung für ein Einzugsgebiet von ca. 200 000 bis 250 000 Menschen finanziell und personell erfordere. Unter der Trägerschaft und Mithilfe von Bund, Land, Kreis und Stadt wurde 1972 ein Modellversuch gestartet, nach dem man dazu das Gesundheitsamt des Kreises Marburg (nunmehr Marburg-Biedenkopf) als repräsentativ für derartige Verhältnisse im Bundesgebiet ausgewählt hatte. Drei Jahre sollten der Planung und dem Ausbau dienen, drei weitere Jahre wurden zur Erprobung vorgesehen.

Bis heute erhielt das Modell-Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf eine außerordentlich vielseitige und differenzierte Gliederung in 5 große Fachbereiche mit zahlreichen Unterabteilungen und vielfältigen Arbeitsaufgaben:

- 1) Fachbereich zentrale Leitung und Verwaltung.
- 2) Fachbereich Hygiene (Humanökologie und Seuchenhygiene).
- 3) Fachbereich Sozialhygiene, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitshilfe.
- 4) Fachbereich zahnärztlicher Dienst.
- 5) Fachbereich klinische Diagnostik (Gutachterwesen) und Zentrallabor.

Im Fachbereich 3 sind in der Abteilung »Beratung und Betreuung Behinderter« auch die Sprachbehinderten und Hörbehinderten sowie die einschlägig Gefährdeten zu finden. Obwohl im Riesenkatalog der Abteilungen und ihrer Aufgaben beinahe untergehend, wurde und wird die Sprachberatung und -therapie sehr wichtig genommen. Der Sprachheilarbeit kommt dabei zugute, daß bereits bei Anlaufen des Modellversuchs das Gesundheitsamt Marburg auf einige Jahre ambulanter Sprachheilfeürsorge zurückblicken konnte, worüber *Biener* berichtet hat.

Heute wird die Arbeit mit Sprachbehinderten von *Nittner* folgendermaßen gekennzeichnet (nach einem noch nicht veröffentlichten Entwurf):

»Ziel der Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte und Gefährdete ist die Früherfassung und Behandlung vor allem von Sprachentwicklungsverzögerungen sowie Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Erfaßt werden die Hör- und Sprachbehinderten durch:

- Reihenuntersuchungen (Schul- und Kindergartenuntersuchungen).
- Zuweisungen von niedergelassenen Ärzten und Fachärzten,
- Zuweisung durch Lehrer und Kindergärtnerinnen,
- Selbstmeldung der Behinderten oder Sorgeberechtigten.

Einmal wöchentlich wird ein Sprechtag für Sprach- und Hörbehinderte durch den Sprachheilbeauftragten — unterstützt von einer Sozialarbeiterin — abgehalten. Aufgabe der Sozialarbeiterin ist ebenfalls die nachgehende Fürsorge. Außerdem ist ganztags eine Logopädin am Gesundheitsamt beschäftigt.

Je nach Schweregrad der Sprachstörung werden folgende therapeutische Maßnahmen vorgeschlagen:

- sprachentwicklungsfördernde Maßnahmen zu Hause,
- Sprachtherapie bei der Logopädin des Gesundheitsamtes (meist Einzeltherapie),
- Sprachtherapie bei freipraktizierenden Logopäden,
- Besuch eines der Sprachübungskurse des Gesundheitsamtes, die durch Sprachheillehrer ausgerichtet werden,
- stationäre Behandlung in der Klinik für Sprachkranke des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Schloß Dehrn.

Die Behandlung bei der Logopädin des Gesundheitsamtes und in den Sprachübungskursen ist kostenlos. Zur Zeit werden so 76 überwiegend vorschulpflichtige Kinder betreut.

1975 wurden 160 Sprach- und Hörbehinderte an 41 Behandlungstagen registriert. $\frac{1}{3}$ war weiblichen, $\frac{2}{3}$ war männlichen Geschlechtes. 75 % der Sprachbehinderten wiesen eine Sprachentwicklungsverzögerung auf, bei fast 20 % lag Stottern oder Poltern vor. Bei 5,5 % konnte eine Hörbehinderung festgestellt werden. 75 % der in der Beratungsstelle betreuten Kinder befanden sich im Vorschulalter, 22 % im Schulalter von 7 bis 15 Jahren. Der Rest streute unter 3 Jahre und über 15 Jahre. Das Ziel des Beratungsdienstes, Früherfassung und Behandlung, vor allem der Sprachentwicklungsverzögerung, wird weitgehend erreicht. Durch die rechtzeitige Beseitigung der Sprachschwierigkeiten werden Hemmnisse für die schulische Entwicklung der Kinder abgebaut und später notwendig werdende, weit umfangreichere, kostspieligere Rehabilitationsmaßnahmen vermieden.«

In den weiteren Plänen zum Ausbau des Sprachheilwesens im Landkreis Marburg-Biedenkopf sowie in anderen Landkreisen sollte die wegweisende Arbeit des Modell-Gesundheitsamtes weitgehend berücksichtigt werden, zeigt dieser Versuch doch sehr deutlich, wie die sprachtherapeutische Versorgung in einem Landkreis durch die Unterstützung seines Gesundheitsamtes weiterführende Impulse und

Hilfe erhalten kann. Alle Organisationsformen des Sprachheilwesens sollten so überall mit den Gesundheitsämtern noch enger zusammenarbeiten. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf könnte eine solche Zusammenarbeit ebenfalls als Modellfall vielleicht sogar regelrecht organisiert und sozusagen »von Amts wegen« koordiniert werden. Dadurch könnten die Pläne der Landesgruppe Hessen vielleicht noch besser realisiert werden, die wir hier abschließend noch einmal anführen:

- 1) Weitere Einrichtung von Sprachheilklassen, von denen zur Zeit im Kreisgebiet nur drei bestehen.
- 2) Ausbau der Sonderschule für Sprachbehinderte in Marburg.
- 3) Gewinnung von weiteren Sonderschullehrern für Sprachbehinderte für die schulische Ambulanz (Sprachheilkurse in Schulen), aber besonders auch für die vor- und außerschulische Sprachtherapie, die von den Lehrern auch im Rahmen ihres Stundendeputats abzuleisten sein müßten. Hier könnte man die in verschiedener Hinsicht immer problematisch gebliebene nebenamtliche Tätigkeit der Sonderschullehrer — mit dem oft damit verbundenen Zwang zur Zulassung bei den Krankenkassen — vermeiden und den Kassen sowie den Trägern der Sozialhilfe Kosten sparen helfen.
- 4) Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit in der Art und Weise, wie sie vor einiger Zeit im Kreis Frankenberg/Eder vorbildlich von *Teumer* initiiert wurde.

Literatur:

- Biener, W.: Ambulante Sprachheilfeürsorge im Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes. Die Sprachheilarbeit 17 (1972) 6, S. 191—193.
- Eglins, H., und Schäfer, Hildegard: Die sogenannte Früherfassung Sprachbehinderter. Die Sprachheilarbeit 19 (1974) 1, S. 21—22.
- Heese, G.: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Berlin-West (Marhold) 1962.
- Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München (Kösel) 1967.
- Orthmann, W.: Zur Rehabilitation der Sprachgeschädigten. Organisatorische Überlegungen. Die Rehabilitation 7 (1968) 2, S. 45—50.
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin-West (Marhold) 1969.
- Schulze, A.: Zur Bedeutung von Erziehung und Unterricht bei der Behandlung schwersprachgestörter (stotternder) Schulkinder. Die Sprachheilarbeit 12 (1967) 2, S. 43—49.
- Schulze, A.: Bericht über die Frühförderung mehrfachgeschädigter hör- und sprachbehinderter Kinder in einer Beratungs- und Behandlungsstelle für Risiko-Kinder und in einem Körperbehindertenzentrum. Die Sprachheilarbeit 19 (1974) 6, S. 196—200.
- Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 1, S. 1—16.

Anschrift des Verfassers:

Arno Schulze, Oberstudienrat im Hochschuldienst an der Universität Marburg,
Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1

Ankündigung

Im Mai 1978 erscheint erstmals die

LOGOPAEDIE

BIBLIOGRAPHIE 1970-77

Bearbeiter: Motsch, Hans-Joachim
Zollinger, Barbara

Auf ca. 150 Seiten finden Sie

ca. 1700 Artikel aus 29 Fachzeitschriften.

Themenbereich- und Sachwortregister.

Empfehlenswert für alle, die in der Rehabilitation Sprachbehinderter tätig sind.

Preis: SFR 17.—, Sammelbestellungen
(ab 5 Ex.) SFR 12.— + Porto.

Bestellungen an den Herausgeber:

Heilpädagogisches Institut der Uni Freiburg
CH-1700 Fribourg, Place du Collège 21

Umschau und Diskussion

Hildegard Schäfer, Gießen

Zur Frage der mehrdimensionalen Behandlung in stationären Einrichtungen für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche

In den nachfolgenden Ausführungen soll die Notwendigkeit mehrdimensionaler Behandlung in Sprachheileinrichtungen begründet werden. Es ist beabsichtigt, eine Diskussion über die Bedeutung der verschiedenen Maßnahmen für den intendierten Heilerfolg anzuregen.

Sprachstörung stellt meistens nur einen Faktor einer Mehrfachbehinderung dar.

Bei einer möglicherweise ererbten Disposition liegen die Ursachen für eine Sprachstörung hauptsächlich

- im organisch-funktionellen Bereich und
- im psycho-sozialen Bereich.

Die gleiche Ursache im organisch-funktionellen Bereich kann mehrere Primärbehinderungen hervorrufen, von denen nur eine die Sprachbehinderung ist. Häufige Parallelerscheinungen sind Diskriminationsschwächen, gestörte Aufmerksamkeit, gestörte Bewegungsabläufe. Primärbehinderungen dieser Art können Folgebehinderungen im psycho-sozialen Bereich — wie Verhaltens- und Kommunikationsstörungen — auslösen.

Die gleiche Ursache im psycho-sozialen Bereich kann mehrere Primärbehinderungen hervorrufen, von denen nur eine die gestörte Sprache ist. Häufig treten auch Verhaltensstörungen gleichzeitig auf. Diese Primärbehinderungen können Folgebehinderungen im funktionellen Bereich — wie Enuresis, gestörte Atmung — auslösen.

Gestörte Sprache bewirkt im Kindesalter — wegen des Zusammenhangs von Sprechen und Denken — fast immer Störungen in der geistig-seelischen Entwicklung. Sprachstörung ist damit Symptom und integrierender Bestandteil einer *multifaktoriellen Störung*.

Zur Heilung von Sprachstörungen ist daher eine *mehrdimensionale* Behandlung erforderlich:

Da Heilung intendiert wird, nicht aber nur das Verschwinden des einen Symptoms, müssen alle Faktoren der komplexen Störung in ein therapeutisches Konzept einbezogen werden.

Wird der Störungskomplex hingegen nicht als Ganzes in der Behandlung berücksichtigt, d. h., erfolgt die Korrektur des einen Symptoms, so wird häufig nach einer dem Stö-

rungskomplex innewohnenden Gesetzmäßigkeit die beseitigte Symptomatik durch andere Störungssymptome ersetzt. Die Störung besteht weiter, nur die Symptomatik hat gewechselt. In einem solchen Fall darf die Sprachkorrektur nicht als erfolgreiche Heilbehandlung bezeichnet werden.

Es ist daher zur Heilung einer Sprachbehinderung erforderlich, daß die Behandlung unter mehreren Aspekten durchgeführt wird:

- unter dem medizinischen Aspekt,
- unter dem psycho-sozialen Aspekt,
- unter dem heilpädagogischen Aspekt.

Es sind diejenigen Aspekte, welche die Bereiche betreffen, die am Zustandekommen der Störung beteiligt waren. Vernachlässigt man einen dieser Aspekte, so gefährdet man den Heilerfolg.

Bleibt z. B. das soziale Umfeld eines Kindes während einer stationären Behandlung unbeeinflusst, so ist die Gefährdung des Heilerfolges durch ein gestörtes häusliches Milieu groß.

Jede Einzelmaßnahme eines therapeutischen Konzeptes beeinflusst, stützt und fördert jedoch alle anderen Maßnahmen:

Medizinisch-logopädische Behandlung fördert den Sprachaufbau und unterstützt damit die geistig-seelische Entwicklung, hat also heilpädagogische Wirkungen.

Psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen zielen u. a. auf Harmonisierung der gestörten Persönlichkeit, auf Aufmerksamkeitshaltung, Bewegungssicherheit und Selbstvertrauen. Sie bewirken damit Beruhigung des Sprechablaufes und Sprechsicherheit.

Es erscheint daher als falsch und dem Heilerfolg abträglich, medizinisch-logopädische Behandlung grundsätzlich von psychologischen und heilpädagogischen Maßnahmen zu unterscheiden, d. h. die einen als reine Heilmaßnahmen, die anderen als reine Erziehungsmaßnahmen zu werten.

Die für die Effizienz einer Sprachbehandlung schädliche Folgerung könnte dann in einer einseitigen Betonung einer Fachrichtung bei der Therapie liegen. Im Extremfall würde die sicher falsche Auffassung vertreten, daß bestimmte stationäre Einrichtungen für Sprachbehinderte »rein medizinisch-therapeutisch« ausgerichtet sein könnten, andere »rein heilpädagogisch« arbeiten.

In Wirklichkeit müßte vielmehr die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen bei Diagnose und Therapie in Klinik und Heim gesichert sein. Dabei wären allenfalls die Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit unterschiedlich zu gewichten.

In der Sprachklinik ist der fachärztliche Leiter (Phoniater) gleichzeitig Mitarbeiter im therapeutischen Team, er kann ärztliche Behandlungsweisen durchführen.

Im sprachheilpädagogischen Heim wird der ärztliche Konsiliarius (Phoniater) hauptsächlich im Bereich der Diagnose, bei der Erstellung und Überprüfung der Behandlungspläne sowie bei den verschiedenen Kontrolluntersuchungen tätig.

Ein wichtiger Mitarbeiter ist in beiden Einrichtungen der Logopäde. Er führt im allgemeinen eine mehr medizinisch-therapeutisch akzentuierte Behandlungsweise durch. Diese wird in sprachheilpädagogischen Einrichtungen durch heilpädagogische und psychologische Methoden, die im individuellen Therapieplan

für den Behinderten aufeinander abgesprochen sein müssen, bestimmt.

Dem Sprachheilpädagogen, der auch eine gründliche logopädisch orientierte Berufsausbildung hat, ist es ein besonderes Anliegen, bei seiner Arbeit heilpädagogische Methoden mit medizinisch-therapeutischen Behandlungsweisen zu verbinden. Er bietet daher — entsprechend seinem Berufsbild — die beste Voraussetzung, bei Erstellung der Behandlungspläne verantwortlich mitzuarbeiten und die einzelnen Maßnahmen bei einer stationären Behandlung zu koordinieren.

Der Sozialarbeiter nimmt in Zusammenarbeit mit allen an der Therapie Beteiligten, vor allem mit dem Psychologen, sozialtherapeutische Aufgaben, vor allem Elternarbeit, wahr. So werden bei einer mehrdimensionalen Behandlung im therapeutischen Team durch die Maßnahmen jedes einzelnen Mitarbeiters die Heilerfolge als Ganzes gefördert.

Anschrift der Verfasserin:
Hildegard Schäfer
Hasenpfad 8, 6300 Lahn-Gießen 1

Seminar mit Eltern

Auf Burg Rothenfels am Main findet vom 1. bis 7. Juli 1978 ein Seminar für Eltern zusammen mit ihren sprachbehinderten Kindern im Vorschulalter statt. Prospekte durch:

Verwaltung, 8774 Burg Rothenfels.

Würdigungen

Prof. Dr. Otto von Essen vollendet am 20. Mai sein 80. Lebensjahr

Über unseren verehrten Ehreuvorsitzenden erschien bereits zu seinem 65. Geburtstage in unserer Fachzeitschrift eine ausführliche Würdigung seiner Person als Mensch und Wissenschaftler von unserer damaligen Schriftführerin Frau Hannah Papst-Jürgensen. (Die Sprachheilarbeit, 8. Jahrgang, 1963, Heft 2)

Das *Phonetische Institut* der Universität Hamburg wird es sich nicht nehmen lassen, auf seine Tätigkeit und sein Wirken als Hochschullehrer und als Direktor und Professor an der Universität hinzuweisen und auch seine zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu würdigen. Darum verbleibt mir als seinem ehemaligen Mitarbeiter im Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Sprach-

heilpädagogik noch die ehrenvolle Aufgabe, seine Aktivitäten und seine Leistungen im Zusammenhang mit der Sprachheilpädagogik herauszukehren.

Von 1929 bis 1940 war er erst als Lehrer und dann nach Ablegung der Prüfung als Oberlehrer an Sprachheilschulen in der Rostocker Straße 62 tätig. Wegen seines Interesses für afrikanische Sprachen, mit denen er sich während seiner vierjährigen Tätigkeit als Lehrer in Südwesafrika beschäftigte, und wegen seines Studiums zum Sprachheilpädagogen führte sein Weg zwangsläufig zur Phonetik, die dann künftig auch seine große Liebe bleiben sollte.

Von 1930 bis 1933 studierte er am Phonetischen Institut Phonetik und Phonologie, promovierte 1934, habilitierte 1938 und dozierte dann am Phonetischen Institut ab 1939. Jäh

unterbrochen jedoch wurde sein Wirken durch fünf Jahre Kriegsdienst und zwei Jahre englische Gefangenschaft.

Nach seiner Heimkehr nahm er dann sofort seine Dozententätigkeit wieder auf, wurde 1949 kommissarischer Leiter und 1950 Außerordentlicher Professor und Direktor des Phonetischen Instituts und damit auch Lehrbeauftragter und Prüfer im Fachgebiet »Phonetik« für alle Studenten der Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheilpädagogik. Eine ganze Generation von Studenten dieser Sparten aus Hamburg und anderen Bundesländern hat er in seinem Fach theoretisch und praktisch unterrichtet, sie bei ihren wissenschaftlichen Arbeiten beraten und sie auch geprüft.

Bekanntlich wurde 1934 die frühere »Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik i. D.« aufgelöst. Bei der Neugründung am 12. 3. 1953 konnten wir keinen würdigeren Vorsitzenden als Prof. Dr. von Essen finden, der dann auch zusammen mit dem Vorstand unsere Arbeitsgemeinschaft bundesweit ausdehnte und dann auch noch die ersten überregionalen Tagungen leitete, und zwar

1955 in Hamburg; Thema: Theorie und Praxis der Stottererbehandlung.

1956 in Hamburg; Thema: Die menschliche Stimme (Physiologie, Psychologie, Hygiene, Pathologie und Therapie).

1958 in Berlin; Thema: Notwendigkeit und Problematik der Teamarbeit bei Hör- und Sprachstörungen.

1960 in Hamburg; Thema: Allgemeine und angewandte Phonetik.

Die Arbeitstagung 1960 war gleichzeitig mit der 50-Jahr-Feier des Phonetischen Instituts gekoppelt unter Mitbeteiligung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, des Deutschen Ausschusses für Sprechkunde und Sprecherziehung, des Bundes Deutscher Taubstummenlehrer und der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik. Sie wurde auch von vielen Wissenschaftlern aus dem Ausland besucht.

Die Schulbehörde in Hamburg ließ jedem Teilnehmer eine von Hamburger Fachkollegen zusammengestellte Festschrift »Gehörlose, schwerhörige und sprachkranke Schüler in Hamburg« überreichen und unterstützte auch eine umfangreiche und gediegene Ausstellung über Lehr-, Lern- und Therapiehilfen dieser Schulen.

Nach dieser Tagung bat dann unser Förderer und Vorsitzender wegen zuviel Arbeit um seine Ablösung als Bundesvorsitzender unse-

rer Gesellschaft und ist seitdem unser allseits verehrter Ehrenvorsitzender. Im Jahre 1966 erfolgte dann seine Emeritierung an der Universität nach einem wissenschaftlich ertragreichen Leben.

Es drängt mich aber, wenn ich an so manche Sitzung mit dem Jubilar und vor allem an so manche »Nachsitzung« zurückdenke, eine seiner meisterhaften und vergnüglichen Gaben nicht zu unterschlagen.

Mit dem Schalk im Nacken und mit blitzenden Augen versprühte er dann so oft in froher Runde seine Geistesblitze und humorigen Witze und verbreitete um sich schallendes Lachen und frohe Laune.

Seine früheren Kollegen in der Schule, seine Mitarbeiter im Bundesvorstand im kleinen Kreise anlässlich von Sitzungen und Tagungen und vor allem auch seine Studenten sprechen noch nach Jahren über solche spaßigen und unvergeßlichen Stunden und Runden. Bei ihnen allen ist schon mit der Nennung seines Namens für alle Zeiten ein vergnügliches Schmunzeln verbunden. Seine hervorragende wissenschaftliche Leistung und seine »Geburtshilfe« bei der Neugründung unserer Gesellschaft schätzen und ehren wir sehr, aber seinen beispielhaften Humor lieben wir.

Im Namen aller Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik wünsche ich unserem verehrten Ehrenvorsitzenden zur Vollendung seines 80. Lebensjahres auch für die Zukunft gute Gesundheit und auch weiterhin seinen unversieglichen Humor und seine bejahende Lebensfreude. Johannes Wulff

Das Diakonische Werk der ev. Kirche in Württemberg e. V., Stuttgart, sucht zum 1. 8. 1978 für den Aufbau einer Heimsonderschule für Sprachbehinderte

DIREKTOR

(Bes. Gr. A 15)

mit entsprechender Ausbildung und Erfahrung.

Bewerbungen sind zu richten an

Diakonisches Werk der ev. Kirche in Württemberg e. V., Personal-Abteilung, Reinsburgstraße 46—50, 7000 Stuttgart 1, Telefon: (07 11) 62 33 51.

Bücher und Zeitschriften

Stephen B. Hood (Hrsg.): An einen Stotterer. Selbstverlag der Stotterer-Selbsthilfe e.V., Postfach 2141, 5657 Haan 2. Etwa 140 S., broschiert, 10,— DM.

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Margaret **Holtrup**. Die Originalfassung »To the Stutterer« wurde 1972 von der Speech foundation of America, Memphis, Tennessee, veröffentlicht.

Um es vorweg zu sagen: Hier kommt eine bemerkenswerte Veröffentlichung auf den Büchermarkt der Rehabilitation. Formal fällt das Buch schon insofern aus dem Rahmen des Konventionellen, als es sich nicht in wissenschaftlich elaboriertem Stil an den Fachexperten wendet und nur mit diesem über das Stottern verhandelt. Vielmehr spricht es in einfacher, nüchterner und unpathetisch ermutigender Sprache den Stotterer an. Gesprächspartner dieses Stotternden sind 24 Autoren (es handelt sich also um ein Sammelreferat), die nicht nur (was erwartet wird) bekannte Wissenschaftler und Fachleute sind (16 Hochschullehrer für Sprechpathologie, 12 Direktoren von Sprech- und Gehörkliniken, 6 Leiter von Abteilungen für Sprechpathologie an Hochschulen, 2 Psychiater, 9 Verfasser von Büchern über Stotterertherapie), sondern (was nicht erwartet werden kann) die allesamt selbst Stotterer waren/sind. Jeder von ihnen weiß aus eigener Erfahrung, wie es um Angst und Verzweiflung eines Stotterers bestellt ist, jeder von ihnen hat die »harte Schule« (*M. Fraser*) dieses Leidensweges hinter sich gebracht. Jeder von ihnen deckt schonungslos die Karten auf. Zwar kennen wir auch namhafte deutsche Wissenschaftler auf diesem Gebiet, die selbst Stotterer waren, jedoch ist eine solch offene und mutige Selbstdarstellung bisher nicht bekannt.

Man wird also hier wohl der Erkenntnis ziemlich nahegerückt, daß letztlich nachempfindendes Verständnis um die kommunikativ-soziale Deviation eines Stotterers und Hilfskompetenz nur zum Teil aus bloßer fachwissenschaftlicher Kenntnis gespeist werden können. Eher dürfte ein solches Verständnis und eine solche Kompetenz auf dem Untergrund eigenen Erlebens in Verbindung mit einer wissenschaftlichen Erarbeitung eine Idealgestalt eingehen. Daß man zu einem dergestalt gefüllten Wort an den Stotterer mit einiger Spannung greift, ist verständlich.

Die Erwartung — das kann gern gesagt werden — wird nicht enttäuscht. Von den 24 Autoren hat ein jeder eine durchaus eigene Sicht auf die Struktur seines vieldimensionalen Leidens. Ein jeder ist bemüht, in ansprechender und sehr konkreter Form sowohl seine symptomatische Not als seine harte Arbeit zur Besserung darzustellen. Ein jeder wendet sich direkt an den Stotterer und fordert ihn zur Arbeit auf, ohne die Verweisung zur Anleitung und Kontrolle durch einen Fachmann zu vergessen (aber nicht überzubewerten!). Der Bearbeiter der deutschen Ausgabe **A. Starke** erinnert daran, daß die Methoden einer solchen »direkten Therapie« in Deutschland erst in Ansätzen praktiziert und die »Hilflosigkeit der Therapeuten« angesichts der »seltsamen Welt« eines Stotterers durch eben diese Veröffentlichung nicht nur offenbar werden, sondern möglicherweise abgebaut werden können. Für dieses offene Wort und den Ausdruck der Hoffnung ist zu danken!

Liegt also nun endlich das seit Jahrhunderten ersehnte Heilmittel gegen Stottern vor? Wer einigermaßen über dieses Leiden informiert ist, wird verstehen, daß weder die Frage in dieser einfachen Form gestellt noch die Antwort mit ja oder nein gegeben werden kann. Worin also liegt das Bemerkenswerte in den hier erteilten Ratschlägen? Man kann einen Hauptaspekt im Durchbruch des verhaltenstherapeutischen Ansatzes erkennen, wobei das Inventarium aller übungstherapeutischen Einzelmaßnahmen bekannter Provenienz seinen Stellenwert radikal verändern muß. Es wird nicht beiseite geschoben, was als Atmungs-, Artikulations-, Ton-, Takt- und Rhythmushilfe bekannt ist, es steht nur als alternative Hilfsmöglichkeit stärker im Dienst eines größeren Zusammenhangs. Dieser mündet in die Einsicht, daß es ein Heilmittel im Sinne vollständiger Erlösung vom Stottern nicht gibt! Allein diese Einsicht ist realistisch und kann ein Hebel zur Besserung werden. Was ein Stotterer lernen kann (und muß, wenn er »freier« leben will), ist, mit seinem Stottern zu leben, aber dieses Stottern in einer Weise zu erleben und zu handhaben, die weniger belastend ist. Es kann aufhören, »ein ernsthaftes Problem für das ganze Leben zu sein« (*M. M. Neely*). Stottern setzt sich aus Einzelaktionen zusammen, »die man tut, wenn

man versucht, das nicht zu tun, was man Stottern nennt — aber sie machen selbst das Stottern aus, das man zu vermeiden sucht. Mit anderen Worten, »Stottern« ist das, was man tut, wenn man versucht, nicht wieder zu stottern. Warum soll man versuchen, etwas zu vermeiden, was man überhaupt nicht tun würde, wenn man nicht versuchte, es zu vermeiden?« (*W. Johnson*). Dieser auch bei uns wohlbekannte logische Schluß kann als Schlüssel zum Verständnis der in diesem Buch gegebenen Ratschläge gekennzeichnet werden. »Bedenke, daß Du wählen kannst, wie Du stotterst, selbst wenn Du nicht wählen kannst, nicht zu stottern«, meint *F. P. Murray*. Kampf also mit den bekannten Stottersymptomen (z. B. Pressen) oder Ausweichen vor dem Paroxysmus (z. B. Kaschieren) verschlimmern das Problem, ja, sie können »heimlich ein Teil von einem selbst« werden (*G. R. Moses*). Es gilt somit weniger auszuweichen: »Laß Dein Stottern lieber hören und sehen, als es weiter durch Eile und Ruhe zu verheimlichen«, als vielmehr die Art seines Stotters zu ändern, anders und leichter zu stottern: »Experimentiere mit verschiedenen Arten des Stotters« (*G. R. Moses*). Freilich scheint es eine »starke Medizin« zu sein, sich nicht einwandfreies Sprechen zum Ziel zu setzen, sondern das Stottern offen und ehrlich in Angriff zu nehmen, kontrolliertes Stottern zur Schau zu stellen, mehr den »Abbau der Sorge um Dein Sprechen« als einwandfreies Sprechen anzustreben (*G. R. Moses*). Folgerichtig sieht z. B. *G. N. Laporte* im Inventarium konventioneller übungstherapeutischer Anleitungen eine Art von »Tricks«, mit deren Hilfe man »dem Problem eher aus dem Wege geht, als ihm entgegenzutreten«. Die Verantwortung aber, dem Problem ins Auge zu sehen, wird wachgerufen durch das offene Bekenntnis zum Stottern anderen gegenüber. In dieser so zu beschreibenden Verantwortung liegt auch die Verpflichtung beschlossen, dafür zu sorgen, daß der Gesprächspartner eines Stotterers sich in dessen Gegenwart wohlfühlt (*H. H. Gregory*).

Es ist nicht möglich, die vielen Einzelheiten der praktischen und eindringlichen Durchführungsanleitungen hier aufzuzählen. Sie werden sehr präzise dargestellt. Sie fordern u. a. durchgehend die Konfrontation des Stotterers mit seiner Symptomatik und dies nicht nur vage und ungefähr. Vielmehr müssen diese Symptomatik und die damit verbundenen Gefühle mikrostrukturell, glasklar und eindeutig erkannt und beschrieben werden mit Hilfe von

Spiegel, Tonband, negativer Praxis, Aufzeichnung usw.

Ernüchternd schält sich heraus: Schnellwirkende, sicherwirkende Zaubermittel gegen das Stottern gibt es nicht. Die Erlösung von der Sorge um das Stottern (nicht unbedingt vom Stottern!) ist letztlich ein Do-it-yourself-Projekt (*van Riper*). Jede Art von Stottern ist »mein Problem«. »Verschaffe Dir Hilfe, wenn Du kannst, aber wenn nicht, hilf Dir selbst« (*P. E. Czuchna*). Nach dem Studium der Ratschläge und nach den Erfahrungen der Praxis kann hier hinzugefügt werden: Die Forderung eines Stotterers an einen Therapeuten kann nur sein: Hilf mir, daß ich mir helfen kann! Und die Erkenntnis des Therapeuten kann nur darin gipfeln, als eine Art Katalysator bemüht zu sein, im Stotterer Kräfte zur Selbsthilfe zu wecken.

Das Buch wendet sich an den erwachsenen Stotterer, an dessen Einsicht, Verständnis, Willen und Arbeitsbereitschaft appelliert wird. Daß es die sich jetzt verstärkt profilierende Stotterer-Selbsthilfe e.V. dem deutschsprachigen Leserkreis zugänglich macht, ist nicht nur ein bemerkenswertes Indiz für die Bedeutung dieser Veröffentlichung, sondern ein dankenswertes Unterfangen. Der Sprachheillehrer wird sich allerdings fragen, ob die Übertragung in seinen Arbeitskreis ohne weiteres möglich ist. Es ist etwas anderes, mit stotternden Kindern zu verkehren, bei denen die oben genannten Appelle sicher nicht in gleicher Weise möglich sein werden. In einer Grundvoraussetzung allerdings befindet er sich in Übereinstimmung mit diesem Buch: Auch in der Schule für Sprachbehinderte darf der Schüler stottern und sich insofern zu seinem Problem bekennen, sich seinem Problem stellen. Was des weiteren für die Praxis unserer Schulen nutzbar gemacht werden kann, sollte uns eine wichtige Aufgabe sein.

Das Buch »An einen Stotterer« kann also jedem Sprachheillehrer wärmstens empfohlen werden!
W. Orthmann

Ernst Berger (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Verlag Hans Huber, Bern/ Stuttgart/Wien 1977. 160 Seiten, Abbildungen, kartoniert 22,— Fr./DM.

Teilleistungsschwächen als »Störungen der Wahrnehmung, der Motorik bzw. der Integrationsprozesse in beiden Bereichen . . . , die oft nicht als solche, sondern in Form von Zustandsbildern scheinbarer geistiger Behinderung oder Verhaltensstörung zutage treten«

(S.14), gewinnen nicht zuletzt infolge neuerer Möglichkeiten differentialdiagnostischer Erhellung und therapeutischen Zugangs in zunehmendem Maße an Bedeutung für die sonderpädagogische Theorie und Praxis. Es ist daher dem Herausgeber und den einzelnen Autoren, deren Vorträge anlässlich eines 1975 in Wien durchgeführten Symposiums hier gesammelt worden sind, für ihr Bemühen zu danken, das Problembewußtsein für die hinter den Teilleistungsschwächen und ihren sekundären Auswirkungen verborgenen Prozesse minimaler cerebraler Dysfunktionen, die sowohl durch direkte Schädigung des Gehirns als auch durch Trainings- und Erfahrungsmängel in der frühkindlichen Entwicklung (sensorische Deprivation) entstehen können, durch fachlich versierte Teilbeiträge schärfen zu wollen.

Im Wechsel von eher allgemein-einführenden und mehr speziell-vertiefenden Darstellungen werden der normale Entwicklungsverlauf von Wahrnehmungsprozessen im Kindesalter, Fehlentwicklungen im optischen und auditiven Bereich, ferner Grundlagen und Pathologie sprachlicher Teilleistungsstörungen (hier speziell am Beispiel der Legasthenie) sowie schließlich Entwicklung, Fehlentwicklung und Diagnostik von motorischen Funktionen fundiert und gut verständlich beschrieben. Daß nicht nur die wissenschaftlich-theoretischen Aspekte betont werden, sondern daneben auch Raum für drei weitere informative Beiträge bleibt, in denen Konsequenzen für den schulischen und hochschulischen Bereich herausgearbeitet werden, erhöht den Wert dieser Schrift.

Der Rezensent hat auf dem sonderpädagogischen Sektor selten ein derart knapp gefaßtes und dennoch (oder gerade deswegen?) informatives Buch gelesen. Es kann nur nachdrücklich empfohlen werden. Teu

Dr. Meyer-Delius-Heim

Sprachheilheim

Bredenbekstraße 44, 2000 Hamburg 65

Telefon (040) 6 05 06 61

sucht

Logopädin/en

Bezahlung erfolgt nach MTV-Angestellte.

Bezahlung erfolgt nach

MTV — Angestellte.

Zur selbständigen Weiterführung einer bestehenden logopädischen Praxis in Schopfheim, Wiesental, Kreis Lörrach, wird eine

Logopädin / Logopäde

zum 1. 8. 1978 dringend gesucht.

Bei der Kassenzulassung sind wir behilflich.

Der Ort bietet einerseits Nähe zum Ski-gebiet des Südschwarzwaldes, andererseits zum Elsaß und zur Schweiz.

Ihre Zuschrift richten Sie bitte an:

Beratungsstelle für Sprachbehinderte,

Torstraße 4, 7860 Schopfheim,

Telefon (0 76 22) 25 62.

Ergänzen Sie Ihre Fachbibliothek mit unseren Neuerscheinungen!

Wolfgang Wertenbroch: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung, ca. 50 Seiten, 14,80 DM.

Verhaltenstherapeutische Grundlagen/materielle und soziale Verstärker/ Arbeit mit den Sozialpartnern/Selbstverstärkung/Falldarstellungen/Erhebungs- und Behandlungsbogen/Planung, Durchführung, Ergebnisse und Kontrolle der Therapie/umfangreiches Literatur- und Stichwortverzeichnis.

Wolfgang Wertenbroch: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns nach der Methode von Erwin Richter, ca. 104 Seiten, 12,— DM.

Sprachübungsbehandlung/Zwerchfellatmung/klangvolle Stimmbildung/weiche Artikulation/weicher Stimmansatz/Stimmführung/Betonung/gebundenes Sprechen/Denksprechen/rhythmisch-schwingungsvolles Sprechen/Wort-, Reim- und Satzergänzungen/Selbstkontrolle.

Hans-Helmut Decker-Voigt: Spiele mit Musik (Musiktherapie), 8,80 DM.

Heiner Müller: Bergedorfer Bilderbögen zur Sprecherziehung (Sprechübungsspiel), 36,— DM.

Bestellungen nur direkt beim **Verlag Sigrig Persen**, Billwiese 10, 2050 Hamburg 80.

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:

2000 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Telefon (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silcherstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 4
Berlin	Ernst Trieglaff, 1000 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen	Gerd Homburg, 2863 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 4
Hamburg	Rainer Bangen, 2000 Hamburg 52, Seestraße 15
Hessen	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, 3000 Hannover 1, Wiesenstraße 50 E
Rheinland	Dipl. Päd. G. Heinrichs, 4300 Essen, Rühlestraße 20
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 6500 Mainz, Göttelmannstraße 46
Saarland	Manfred Bohr, 6600 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, 2057 Wentorf bei Reinbek, Golfstraße 5 a
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, 4401 Laer, Annettenweg 4

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

Prof. Dr. Jürgen Teumer, 2000 Hamburg 13, Sedanstraße 19,

FA 9, Sonderpädagogik,

Telefon: Dienststelle (040) 41 23 39 56, Privat (064 51) 49 31

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Telefon (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.

Die Autoren erhalten für ihre Beiträge ein Honorar von 10,— DM je angefangene Druckseite. Darüber hinaus werden den Verfassern 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und sind spätestens mit der Korrekturrückgabe 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: Unserer Zeitschrift liegt ein Bestellzettel für Lehrmittel des Verlages Wartenberg & Söhne und eine Einladung zur Arbeitstagung Hannover mit zwei Postkarten bei.

Für unsere Einrichtungen zur Förderung geistig und körperbehinderter Kinder (Frühförderung, Sonderschule, Tagesstätten) suchen wir engagierte

Logopädin

Wir bieten:

- Arbeit im Team
- Anstellung nach AVR/BAT
- Beihilfeversicherung
- zusätzliche Altersversorgung.

Bei der Wohnungssuche sind wir behilflich.

Bewerbungen erbeten an:

Lebenshilfe für Behinderte e.V. Schweinfurt
— Verwaltungsstelle — Neutorstraße 14,
8720 Schweinfurt, Telefon (0 97 21) 2 35 56



**LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND**

stellt ein:

Logopädinnen/Logopäden

Vergütung nach Bundesangestelltentarif

in den **Rheinischen Landesschulen
für Körperbehinderte**

in: Bonn · Frechen-Königsdorf · Köln
Leichlingen · Rösrath

Gewährt werden alle sozialen
Leistungen des öffentlichen Dienstes,
5-Tage-Woche.

Bewerbungen werden erbeten an:

**Direktor des Landschaftsverbandes
Rheinland**

Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21
Telefonische Auskunft: (02 21) 82 83 27 03

KINDERSPITAL BASEL/SCHWEIZ

Für die Leitung unserer Abteilung für Sprachstörungen
suchen wir infolge Weggang der leitenden Sprach-
therapeutin eine(n) gut qualifizierte(n)

Dipl. Sprachtherapeutin(en).

Wir stellen uns vor, daß Sie über klinische Erfahrung verfügen und fähig sind, ein Arbeitsteam wirkungsvoll und zielgerichtet zu führen.

Weitere Auskunft erteilt Ihnen gerne Herr Dr. med. D. Bürgin,
Telefon Basel 26 66 66.

Offerten mit Lebenslauf, Handschriftprobe, Zeugniskopien und Paßbild sind erbeten an das **Kinderspital**, Personalsekretariat, Postfach, CH-4005 Basel.