

ISSN 0584—9470

C 21843 F
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Chr. Kiese, P. M. Kozielski, R. Arold, Göttingen

Das „Göttinger Programm“
Die Bedeutung phoniatischer Vorsorgeaktionen
im Kleinkind- und Kindesalter

Elisabeth Blöcher, Hannover

Beziehung zwischen Kieferanomalie, Sprachstörung und Leserechtschreibschwäche
unter dem Aspekt einer motorischen Dysfunktion

Susanne Schmidt, Berlin

Zum Problem einer Mehrfachbehinderung:
Sprachbehinderung und Sehschädigung

Umschau
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · August 1978 · 23. Jahrgang · Heft 4

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 Tonhöhen-schulung 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

August 1978 · 23. Jahrgang · Heft 4

Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 4, S.113—120

Chr. Kiese, P. M. Kozielski, R. Arold, Göttingen

Das »Göttinger Programm« — Die Bedeutung phoniatischer Vorsorgeaktionen im Kleinkind- und Kindesalter

Zusammenfassung

Das »Göttinger Programm« wird als umfassendes Instrument zur phoniatischen Vorsorgeuntersuchung im Kleinkind- und Kindesalter vorgestellt. Es besteht aus Screeningverfahren zur Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes, der visuellen und auditiven Sinnesfunktionen, der kognitiven Fähigkeiten sowie der Zungenmotilität und des Zahnbefundes. Die Hör- und Sprachbefunde von 600 Kindern aus der Vorsorgeaktion 1977 werden dargestellt. Es folgt eine vergleichende Ergebnisdiskussion der drei Vorsorgeuntersuchungen aus den Jahren 1974, 1975 und 1977. Die methodische Wichtigkeit von mehrdimensionaler Untersuchung und abschließendem Informations- und Beratungsgespräch durch Phoniater und Psychologen wird hervorgehoben.

1. Einleitung

Eine breit angelegte Vorsorgeaktion zur Früherfassung von Artikulations- und Sprachentwicklungsstörungen, wie sie das in der phoniatischen Abteilung der Universitäts-HNO-Klinik Göttingen entwickelte Untersuchungsprogramm darstellt, mag zunächst als übertriebenes Unterfangen anmuten, wenn man bedenkt, welche positiven Tendenzen sich in der Bundesrepublik bereits abzeichnen, durch allgemeine pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen bzw. durch gezielte Maßnahmen der Entwicklungsdiagnostik und der Motoskopie schon ab Säuglingsalter einfach- und mehrfachbehinderte Kinder zu erfassen.

Dennoch scheinen uns spezifische Vorsorgemaßnahmen zur Diagnostik von Sprachauffälligkeiten im frühen Kindesalter insofern ein aktuelles phoniatisches Anliegen zu sein, als pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen bisher nicht in ausreichendem Maße verwirklicht werden konnten. Andererseits bedürfen Sprachstörungen im Kindesalter, auch wenn sie ein monosymptomatisches Erscheinungsbild bieten, zur Beurteilung ihrer klinischen Relevanz spezieller mehrdimensionaler Untersuchungen, die den Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsdiagnostik sprengen.

Die klinisch-phoniatrische Erfahrung zeigt, daß das Symptom einer Sprachstörung im Kindesalter nicht immer in seiner Bedeutung für die weitere Gesamtentwicklung richtig erfaßt wird. Daher wird häufig unter der falschen Annahme einer physiologischen Sprachstörung zum hoffnungsvollen Zuwarten geraten, womit wertvolle Zeit für Förderungsmaßnahmen ungenutzt bleibt. Sprachgestörte Kinder werden leicht in bezug auf ihren geistigen Reifegrad oder ihr Verhalten falsch beurteilt, wodurch adäquate Förderungsmaßnahmen verhindert werden.

Eine möglichst genaue frühzeitige Beurteilung des Hörvermögens zum Ausschluß etwaiger audiogen bedingter Sprachentwicklungsstörungen stellt ein weiteres phoniatisches Anliegen dar.

Phoniatische Vorsorgeuntersuchungen werden in Göttingen seit dem Jahre 1974 etwa in Jahresabständen durchgeführt (Arold et al. 1976, Gabriel et al. 1976, Kozielski et al. 1976). Im Laufe der Jahre konnten durch unsere Untersuchungen große Teile der Bevölkerung unseres Einzugsgebietes interessiert und medizinisch aufgeklärt werden.

II. Methodik

Das »Göttinger Programm« umfaßt folgende Methoden:

A. Untersuchungsteil:

1. Obligatorisch:
 - 1.1. Sozialanamnese
 - 1.2. logopädische Untersuchung
 - 1.3. audiometrische Untersuchung
2. Fakultativ:
 - 2.1. Ophthalmologische Untersuchung
 - 2.2. orientierende psychologische Untersuchung
 - 2.3. zahnärztliche Untersuchung

B. Beratungsteil:

abschließendes Informations- und Beratungsgespräch (mit den Eltern).

A. Untersuchungsteil

1.1. Sozialanamnese

Bei jedem untersuchten Kind wurden seine Personenstandsdaten erfragt sowie

- a) Lebensalter, Bildung (unterteilt nach: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß, mittlere Reife, Abitur, Fachhochschulabschluß, Hochschulabschluß) sowie Berufstätigkeit bzw. ausgeübte Tätigkeit der Eltern,
- b) Zahl, Alter und Geschlecht der Geschwister und
- c) bisherige Förderung des Kindes (unterteilt nach: Kindergarten, Sprachförderung, krankengymnastische Behandlung, Malkurs, Hörgerät bzw. Ohrbehandlung, Elternberatung sowie sonstige Förderung).

Sofern möglich wurden Angaben betreffs Sprachschwächen in der Familie eingeholt.

1.2. Logopädische Untersuchung

Die logopädische Untersuchung beinhaltet die Beurteilung

- a) des Sprachverständnisses,
- b) der Zungenmotilität,
- c) des Wortgebrauchs und der Grammatik,
- d) des aktiven Wortschatzes,
- e) der Artikulation,
- f) der Hörgedächtnisspanne.

Die Prüfung des Sprachverständnisses erfolgte mit Standardprüfsätzen in Gestalt von Aufforderungen und Aufträgen (z.B. »zeig mir deine Nase«; »hol mir bitte den Ball«; »zeig mir meine Hand«).

Die Untersuchung der Zungenmotorik wurde mit dem Zungenmotilitätstest (*Chilla und Kozielski 1977*) durchgeführt: Wortgebrauch sowie Syntax und Flexion wurden anhand der Beschreibung einer vierteiligen Bilder Geschichte erfaßt.

Bei Artikulationsstörungen muß man mit einer Ausdehnung der Störung auf Wortbildung und Wortverständnis, u.U. auch auf Satzbildung und Satzverständnis, rechnen. Daher wurde bei der logopädischen Untersuchung nicht ein reiner Lautbestand erhoben, sondern ein standardisierter und geeichter aktiver Wortschatztest durchgeführt (AWST 3—6), der die Messung des Wortschatzumfangs, die Beurteilung der Wortbildung und der Artikulation ermöglicht (*Kozielski 1977, Kiese 1978*).

Die Überprüfung der Hörgedächtnisspanne umfaßte die Reproduktion vorgesprochener Silben und Sätze ansteigender Schwierigkeit. Der Schwierigkeitsgrad wurde als Länge des zu reproduzierenden Gedächtnismaterials definiert. Das Nachsprechen erlaubte eine nochmalige Überprüfung von Artikulation und Stimme; gleichzeitig ermöglichte diese Überprüfung eine grobe Beurteilung der Lautdiskriminationsfähigkeit des Kindes.

1.3. Audiometrische Untersuchung

Die audiometrische Untersuchung setzte sich aus

- a) einer Flüstersprachabstandsprüfung,
- b) einer Umgangssprachabstandsprüfung sowie
- c) einer apparativen Überprüfung mit Hilfe des Phonak-Selectors für die Frequenzen 1000 und 4000 Hz bei verschiedenen Lautstärken zusammen.

Das Sprachmaterial für a) und b) waren einsilbige Substantive aus dem Göttinger Sprachverständnistest I (*Gabriel et al. 1976*).

2.1. Ophthalmologische Untersuchung

Bei der ophthalmologischen Untersuchung wurde

- a) der Visus beider Augen mit der E-Haken-Tafel oder bei mangelhaftem Instruktionsverständnis, z. B. bei jüngeren Kindern, mit der Löhlein-Tafel,
- b) das plastische Sehen mit dem Stereo-Test und
- c) das Farbsehen mit den Ishiara-Tafeln überprüft.

Daneben wurde auf Schielstellung oder auffällige organische Beeinträchtigung der Augen geachtet.

2.2. Orientierende psychologische Untersuchung

Zur groborientierenden psychologischen Untersuchung gehörte

- a) der Menschzeichentest in der detailstatistischen Auswertung nach *Ziler* sowie
- b) die graphomotorische Formreproduktion von 5 geometrischen Figuren.

Diese Verfahren wurden als möglicher Hinweis für eine geistige bzw. kognitive Entwicklungsstörung angewandt. Die Menschzeichnung ist ein altbekanntes und bewährtes Verfahren zur Messung der averbalen Intelligenz, das von *Winkelmann (1972)* für 5—7jährige Kinder normiert wurde.

Das Abzeichnen von geometrischen Formen ist eine in der Psychodiagnostik gebräuchliche Methode zur Beurteilung von visueller Formauffassung, Wahrnehmungsdifferenzierung, Reifegrad der visuo-motorischen Koordination und Bestandteil verschiedener Intelligenz- und Zeichentests sowie von Suchverfahren zur Aufdeckung von groben Entwicklungsstörungen (z.B. Denver Suchtest). Zugleich kann anhand der qualitativen Leistung (Formentstellung, Richtungsstörungen etc.) ein Hinweis für eine etwaige minimale cerebrale Dysfunktion gegeben werden. Endgültige Diagnosen werden durch ausführliche Nachuntersuchungen erstellt.

2.3. Zahnärztliche Untersuchung

Bei der zahnärztlichen Untersuchung lag der Schwerpunkt neben der Erfassung

- a) des Zahnbefundes (z. B. fehlende oder zerstörte Zähne, Kariesbefall etc.) und
- b) von Gebiß- und Kieferanomalien auf
- c) der Elternberatung hinsichtlich erforderlicher zahnärztlicher und/oder kieferorthopädischer Maßnahmen sowie Prophylaxe und Verbesserung der allgemeinen Mundhygiene.

B. Abschließendes Informations- und Beratungsgespräch

Das abschließende Informations- und Beratungsgespräch mit den Begleitpersonen beinhaltete

- a) die Information über die gewonnenen Befunde der verschiedenen Screenings und
- b) die Mitteilung der erforderlichen Maßnahmen wie phoniatische, audiometrische, ophthalmologische, psychologische, neurologische oder zahnärztliche Nachuntersuchung, Einleitung von allgemeiner Entwicklungs- und Sprachförderung wie Kindergartenspielgruppe, Vorschulgruppe, Schulkindergarten bzw. Einzel-Sprachheilbehandlung oder Wiedervorstellung in 6 bzw. 12 Monaten bei physiologischen oder noch nicht behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten in der Stimm- und Sprachabteilung der Universitäts-HNO-Klinik Göttingen.

III. Ergebnisdarstellung

Die Vorsorgeuntersuchungen 1974 und 1977 wurden als Werbeerfassungen durchgeführt, d. h., auf entsprechende Information in den öffentlichen Medien (Zeitung, Plakate, Radio, Fernsehen) konnten alle interessierten Eltern ihre Kinder zur Teilnahme anmelden.

Bei der Vorsorgeuntersuchung 1975 (Meldeerfassung) wurden alle Eltern von 3—6jährigen Kindern zweier Göttinger Stadtteile angeschrieben und zur Teilnahme aufgefordert.

Bei der folgenden vergleichenden Ergebnisdarstellung und Diskussion der Vorsorgeuntersuchung 1974, 1975 und 1977 wurden nicht alle Untersuchungsergebnisse mit dem sogenannten »Göttinger Programm« zugrundegelegt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die jeweils durchgeführten Untersuchungen.

Tabelle 1: Vorliegende Untersuchungsbefunde der drei Vorsorgeuntersuchungen mit dem »Göttinger Programm«

	1974	1975	1977
Sprache	+	+	+
Hören	+	+	+
Sehen	+	+	—
Gebiß und Kiefer	—	+	+
Kognitive Fähigkeiten	+	+	+

Wir beschränken uns in dieser Arbeit auf die Analyse von Artikulationsstörungen und Hörauffälligkeiten.

a) Artikulationsstörungen

Die festgestellten Artikulationsstörungen wurden wie schon bei den zwei vorhergehenden Untersuchungen nach ihrem Schweregrad in 6 Gruppen (1—6) unterteilt. Für

die 3jährigen Kinder wurde diesmal die Gruppe 7 ergänzt, die die physiologischen Artikulationsstörungen beinhaltet. Darunter verstehen wir partielle Erscheinungen einer fehlerhaften Aussprache, die aufgrund des niedrigen Lebensalters der Kinder noch entwicklungsbedingt sein können.

Tabelle 2: Prozentuale Häufigkeit der Artikulationsstörungen bei Kindern der Vorsorgeuntersuchung 1977 in Abhängigkeit von Lebensalter und Geschlecht

		Grad der Artikulationsstörungen							N	*)
Lebensalter		1	2	3	4	5	6	7		
3jährig	♂	20,2	1,0	4,0	14,1	2,0	—	58,6	99	10 = 9,2 %
	♀	22,5	1,2	11,2	11,2	—	—	53,8	80	12 = 13,0 %
4jährig	♂	33,3	4,4	53,5	8,8	—	—	—	114	7 = 5,8 %
	♀	40,0	12,6	42,1	5,3	—	—	—	95	7 = 6,9 %
5jährig	♂	49,4	—	44,9	5,6	—	—	—	89	1 = 1,1 %
	♀	60,6	3,2	31,1	4,9	—	—	—	61	1 = 1,6 %
6jährig	♂	40,0	10,0	40,0	10,0	—	—	—	10	1 = 9,1 %
	♀	40,0	20,0	40,0	—	—	—	—	5	—

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Größe der jeweiligen Gruppe (= N) der untersuchten Kinder. Die Zahl der Kinder, die nicht untersucht werden konnten, ist unter *) aufgeführt.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die prozentuale Häufigkeit der bei den drei Vorsorgeuntersuchungen festgestellten Artikulationsstörungen.

Dabei bezeichnen die Zahlen 1—7 (wie in Tab. 2) in Anlehnung an die schematische Klassifizierung der Sprachstörungen im Kindesalter hinsichtlich des Schweregrades (nach *Kozielski et al. 1976 b*) die Grade der Artikulationsstörungen:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 0: nicht untersucht | 4: mittelgradige Sprachstörung |
| 1: keine Artikulationsstörung | 5: schwere Sprachstörung |
| 2: geringe Sprachbeeinträchtigung | 6: schwerste Sprachstörung |
| 3: leichte Sprachstörung | 7: physiologische Sprachstörung |

Tabelle 3: Überblick über Schweregrad und prozentuale Häufigkeit der Artikulationsstörungen der drei Göttinger Vorsorgeuntersuchungen

J a h r	Grad der Artikulationsstörungen							N	
	0	1	2	3	4	5	6		7
1 9 7 4	6,0 %	34,9 %	15,3 %	35,5 %	6,4 %	1,5 %	0,4 %	—	1119
1 9 7 5	10,9 %	43,0 %	13,9 %	23,3 %	7,1 %	1,7 %	0,1 %	—	704
1 9 7 7	7,3 %	33,4 %	3,8 %	30,2 %	7,8 %	0,3 %	0,0 %	17,0 %	599

Die Zahl der sprachlich unauffälligen Kinder bei beiden Werbeerfassungen unterscheidet sich nicht wesentlich voneinander; sie liegt in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht bei ca. 34 % der untersuchten 3—5jährigen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der Artikulationsstörungen ab. Bei Mädchen werden statistisch signifikant weniger Artikulationsstörungen beobachtet als bei Jungen. Dies stimmt mit den in der entwicklungspsychologischen Literatur berichteten Ergebnissen überein. Dagegen ist bei der Meldeerfassung ein deutlicher Anstieg der Zahl der artikula-

tionsunauffälligen Kinder festzustellen. Dies dürfte im wesentlichen auf den Sachverhalt zurückzuführen sein, daß bei den Werbeerfassungen zwei Gruppen von Eltern angesprochen wurden:

- a) Eltern, die bei ihrem Kind bereits eine Auffälligkeit vermutet haben und/oder
- b) engagierte Eltern.

Bei der Meldeerfassung traten diese Motive in den Hintergrund. Durch die schriftliche Aufforderung, ihr Kind zu einem bestimmten Untersuchungstermin vorzustellen, konnten auch Kinder untersucht werden, deren Eltern sonst keinen Anlaß zu einer Vorsorgeuntersuchung gesehen hätten.

b) Hörauffälligkeiten

Vorauszuschicken ist, daß es sich bei der Hördiagnostik im Rahmen einer Reihenuntersuchung selbstverständlich nur um ein Screening-Verfahren handeln kann.

Aufgrund des strengen Auslesekriteriums (über 20 dB = hörauffällig) wurden mehr Kinder als hörauffällig bezeichnet, als es tatsächlich waren.

Tabelle 4 stellt die Hörauffälligen der drei Göttinger Vorsorgeuntersuchungen in absoluter und prozentualer Häufigkeit dar.

Tabelle 4: Anzahl der hörauffälligen Kinder in den drei Göttinger Vorsorgeuntersuchungen

Jahr	hörauffällig		unauffällig		Σ
	absolut	%	absolut	%	
1974	180	16,2	932	83,8	1112
1975	161	22,9	543	77,1	704
1977	165	27,5	434	72,5	599

Die steigende Zahl der Kinder, die als hörauffällig bezeichnet wurden, ist im wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen:

- a) die Zahl der jüngeren Kinder, d.h. der Drei- und Vierjährigen, ist im Gegensatz zur Untersuchung 1975 angewachsen (vergl. Tabelle 5).

Daraus resultieren:

- b) Mitarbeiterprobleme hinsichtlich einer geringeren Aufmerksamkeitsspanne bzw. leichteren Ermüdung, höherem Bedürfnis nach abwechslungsreicher Beschäftigung usw.,
- c) mangel- bzw. lückenhaftes Instruktionsverständnis.

Neben dem niedrigeren durchschnittlichen Lebensalter der Stichprobe ist hervorzuheben, daß sehr viele Kinder an einem akuten Infekt erkrankt waren.

Dadurch wurden relativ viel Kinder »fälschlich« als hörauffällig bezeichnet, wie die spätere Nachuntersuchung ergab.

Tabelle 5: Altersverteilung der Kinder in den Vorsorgeuntersuchungen 1977 und 1975
(*) = ohne Angabe)

Jahr	Lebensalter in Jahren								Σ
	*) absolut	%	3 absolut	%	4 absolut	%	5 absolut	%	
1977	16	2,7	201	33,9	223	37,7	152	25,7	592
1975	23	3,2	206	29,3	219	30,7	259	36,8	704

IV. Diskussion

Als wesentlicher positiver Aspekt der Göttinger Vorsorgeaktion muß festgestellt werden, daß die Zahl der schweren und schwersten Artikulationsstörungen kontinuierlich zurückgegangen ist. Dafür lassen sich zwei Gründe anführen. Zum einen wurden die Kinder mit schweren und schwersten Sprachstörungen erfaßt und logopädisch bzw. sprachheilpädagogisch betreut. Kindern mit physiologischen, leichten oder mittelgradigen Sprachstörungen, die noch keinen Kindergarten besuchten, wurde als erste sprachfördernde Maßnahme der Besuch eines Kindergartens empfohlen. *Kozielski et al.* (1976) wiesen nach, daß Kindergartenbesuch die Artikulationsleistung verbessert, insbesondere bei Jungen.

Neben diesem Primäreffekt der Vorsorgeuntersuchung ist als Sekundäreffekt zu verzeichnen, daß den Eltern sprachauffälliger Kinder durch die starke Resonanz in der lokalen Tagespresse ein Weg zur Beratung bzw. zur Behandlung gewiesen wurde.

Das »Göttinger Programm« zur systematischen Erfassung von primär sprachauffälligen Kindern ist mehrdimensional und besteht aus einem Untersuchungs- und einem Beratungsteil. Obligate Untersuchungsabschnitte sind Sozialanamnese, logopädische und audiometrische Untersuchung; die anderen Diagnostika sind fakultativ. Die Untersuchungen können z.T. nach entsprechender Einführung auch von medizinischen Hilfskräften vorgenommen werden. Die Befundeinordnung und Interpretation sowie die Veranlassung von Nachuntersuchung(en) in dem abschließenden Eltern- und Informationsgespräch bildet den Beratungsteil. Sie sollte zweckmäßigerweise von einem Arzt-/Psychologenteam ausgeführt werden, da seitens der Eltern fast immer auch andere Anliegen, Schwierigkeiten und Probleme vorgetragen werden, die oft in Richtung einer Erziehungsberatung tendieren. Erfahrungsgemäß basiert die Motivation zur Teilnahme an einer derartigen Vorsorgeuntersuchung auf einem sehr großen Informationsbedürfnis seitens der Eltern. Gesprächsführung sowie Beratungstechniken setzen entsprechende Kenntnisse und Übung voraus, die dem Arzt und dem Psychologen geläufig sind.

Die Elternaufklärung in einer phoniatischen Vorsorgeuntersuchung an Kindern im Kindergarten- und Vorschulalter ist als ein wesentlicher Bestandteil anzusehen. Eine Vorsorgeuntersuchung des Hörens und Sprechens deckt nicht nur therapiebedürftige Störungen auf, sondern kann durch Beratung und die daraus resultierende veränderte Eltern/Kind-Interaktion bessere Vorbedingungen für den Erwerb der sekundären Sprachformen, nämlich des Lesens und Schreibens schaffen. Dies wiederum könnte eine Prophylaxe von Schulschwierigkeiten bzw. möglichen Verhaltensauffälligkeiten darstellen. Die Gefahr einer Verfestigung von sprachlichem Fehlverhalten kann verringert werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kam *Puppe* (1976, S. 151): »Die obligatorische Schulreifeuntersuchung kommt fast immer für eine effektive sprachtherapeutische Einflußnahme — d.h. für die Verhütung einer Sprachbehinderung mit ihren weitreichenden Folgeerscheinungen — zu spät.«

Der sich daraus ergebenden Konsequenz — die Institutionalisierung entsprechender Vorsorgeuntersuchungen zur Erfassung von Sprachstörungen im frühen Kindesalter — schließen wir uns voll an.

Literatur:

- Arold, R., Kiese, Chr., Kozielski, P. M., Chilla, R.: Hör- und Sprachstörungen im Vorschulalter — Ergebnisse der 2. Göttinger Vorsorgeuntersuchung, 3. Mitteilung. Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 4, S. 97—103.

- Chilla, R., Gabriel, P., Kozielski, P. M., Bänsch, D., Kabas, M.: Der Göttinger Kindersprachverständnistest I. Sprachaudiometrie des »Kindergarten«- und retardierten Kindes mit einem Einsilber-Bildtest. HNO 24 (1976), S. 324—346.
- Chilla, R., Kozielski, P. M.: Die Zunge als Spiegelbild cerebraler und artikulatorischer Dysfunktion. Zungenmotilitätstest für Drei- bis Fünfjährige. Münch. med. Wschr. 119 (1977), S. 403—408.
- Gabriel, P., Chilla, R., Kozielski, P. M., Stennert, E.: Hör- und Sprachstörungen im Vorschulalter — Ergebnisse einer Göttinger Vorsorgeuntersuchung, 1. Mitteilung. Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 2, S. 33—38.
- Kiese, Chr.: Validitätsuntersuchungen am aktiven Wortschatztest für drei- bis sechsjährige Kinder von Kozielski (1977) (AWST 3—6). Math. nat. Fak. Diss. Göttingen 1978.
- Kiese, Chr., Arold, R.: Psychologische Aufgaben in der Phoniatrie. HNO 25 (1977), S. 291—294.
- Kozielski, P. M.: Die Entwicklung eines aktiven Wortschatztestes für drei- bis sechsjährige Kinder (AWST 3—6). Math. nat. Fak. Diss. Göttingen 1977.
- Kozielski, P. M., Gabriel, P., Chilla, R., Stennert, E.: Sehstörungen im Vorschulalter — Ergebnisse einer Göttinger Vorsorgeuntersuchung, 2. Mitteilung. Die Sprachheilarbeit 21 (1976 a) 3, S. 66—69.
- Kozielski, P. M., Kiese, Chr., Chilla, R.: Über die Beziehungen von Artikulationsstörungen und sozialen Milieubedingungen im Vorschulalter. Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsych. 25 (1976 b), S. 190—196.
- Leydmecker, W.: Grundriß der Augenheilkunde. Berlin, Heidelberg und New York 1968.
- McNemar, Q.: Psychological Statistics. New York 1962.
- Puppe, P.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 5, S. 141—152 und 6, S. 169—184.
- Winkelmann, W.: Normen für den Mann-Zeichentest von Ziler und die Coloured Progressive Matrices von Raven für 5- bis 7jährige Kinder. Psychologische Beiträge 14 (1972), S. 80—94.
- Ziler, H.: Der Mann-Zeichentest in detailstatistischer Auswertung. MZT (det) Münster i. W. 1971.

Sammelanschrift der Verfasser:

HNO-Klinik, Sprach- und Stimmabteilung, Geiststraße 5—10, 3400 Göttingen.

»Die Sprachheilarbeit«

erscheint bereits im 23. Jahrgang. In den 110 bisher erschienenen Heften sind zeitlose fachwissenschaftliche und praxisnahe Beiträge zu finden, die eine wertvolle Handreichung für Sprachheilpädagogen, Logopäden und Fachärzte darstellen.

Hefte älterer Jahrgänge

sind in begrenzter Anzahl noch zu haben. Interessenten stehen Inhaltsverzeichnisse zur Verfügung.

Wir kaufen auch Hefte älterer Jahrgänge an.

Wenden Sie sich bitte direkt an den Verlag

Wartenberg & Söhne · 2000 Hamburg 50 · Theodorstraße 41 w

Beziehung zwischen Kieferanomalie, Sprachstörung und Leserechtschreibschwäche unter dem Aspekt einer motorischen Dysfunktion

Zusammenfassung

Eine funktionell bedingte Sprachstörung und sprachlich bedingte Leserechtschreibfehler sind nicht isoliert zu sehen. Sie sind als Teil eines Syndroms zu betrachten und zu behandeln, als dessen Ursache eine zerebrale Dysfunktion, in schwereren Fällen eine zerebrale Schädigung angesehen wird. Die Primärstörungen sind statische Schwäche und grob- und feinmotorische Bewegungsanomalien, durch die normale Kiefer- und Zungenstellungen und exakte Kiefer-, Zungen- und Lippenbewegungen erschwert werden. Die akustisch-kinästhetisch-taktile Wahrnehmung ist beeinträchtigt, und die mnestiche Einprägung sprachlicher Ausdrücke und Inhalte bereitet Schwierigkeiten. In einer Streßsituation, z.B. bei psychischer Belastung, treten alle Schwächen verstärkt auf.

Vorbemerkung:

Das häufige Zusammentreffen verschiedener Auffälligkeiten bei Kindern mit Sprachstörungen und sprachlich bedingten Rechtschreibfehlern veranlaßt die Verfasserin nach dem Abhängigkeitsverhältnis der verschiedenen Störungen zueinander und nach ihrer Ursächlichkeit zu fragen. Es werden die Beziehungen zwischen statischer Schwäche im Sitz und im Stand, grobmotorischen Bewegungsstörungen, Kieferanomalien, offenem Mund und interdental gerichteter Zungenspitze dargestellt.

Die zu diesem Zweck ausgewerteten Beobachtungen beziehen sich auf Schüler einer Sonderschule für Sprachbehinderte, einer Sonderschule für Lernbehinderte und auf Schüler, die Sondereinrichtungen für Legastheniker besuchen.

Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pädiatern, Neurologen und Kieferorthopäden und durch deren Beratung — sowie im Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen der betreffenden Fachsparten und mit Bewegungs- und Beschäftigungstherapeuten — wurde eine Vertiefung und Klärung eigener Betrachtungen ermöglicht.

Methodische Hilfen, die von der Verfasserin aus ihrer dargestellten Sicht erarbeitet und praktiziert wurden, beweisen ihr für ihre Arbeit, daß auf diese Art zeitlich schneller und von der Wirkung her grundlegender Unterrichts- und Therapieerfolge zu verzeichnen sind. Für die Allgemeingültigkeit dieser Feststellung sind anderweitig Untersuchungen und Arbeitsversuche notwendig. Die Veröffentlichung möge dazu anregen.

Eine an sich notwendige Ergänzung der schriftlichen Fixierung durch Fotos, Skizzen und schriftsprachliche Arbeitsproben ist drucktechnisch erschwert. Es wird aus diesem Grund zunächst darauf verzichtet.

Der Abschnitt »Pädagogische Hinweise« muß in anderer Form ausführlicher behandelt werden.

1. Körpermotorische und sprechmotorische Auffälligkeiten als Resultat einer zerebralen Dysfunktion

Sprechmotorische Auffälligkeiten, Artikulations- und Lautkoordinationsstörungen, die zu einer akustischen Differenzierungsschwäche führen können, haben häufig ihre Ursache in einer Behinderung der Kiefer-Zungenmotorik. Diese steht nicht selten in Zusammenhang mit einer körpermotorischen Instabilität und ist weit mehr als bisher angenommen das Resultat einer frühkindlichen Hirnschädigung.

Nach *Lempp* ist ihre Bedeutung für eine Sprachverzögerung unumstritten. »*Böhme* und *Botzler* haben festgestellt, daß die Hälfte der MBD-Kinder (MBD = minimal brain dysfunction) wie man sagt, Sprachverzögerungen zeigen« (*Lempp* 1977, S. 21).

Motorische Instabilität kann in ihren verschiedenen Formen so minimal in Erscheinung treten, daß sie erst nach längeren Beobachtungen und diffizilen Untersuchungen registriert wird. Wenn auch eine motorische Auffälligkeit derart niederen Grades nicht mehr als Schädigung bezeichnet werden kann, bedarf sie doch einer eingehenden Beachtung, da hier die Ursache für Schwächen und »Teilleistungsschwächen« zu suchen ist (*Graichen* 1975, S. 53).

Zerebral bedingte Bewegungsstörungen lassen sich durch motoskopische Tests nachweisen (vgl. u.a. *Lange-Cosack* (1968), *Hochleitner* (1971), *Wittrock*, *Höger*, *Macke* (1975), *Lesigang* (1973).

Im Gegensatz zu einem motometrischen Verfahren, z.B. nach *Oseretzky* und *Eggert*, das als Schultest gebräuchlich ist, werden — anstatt das motorische Lebensalter zu ermitteln — in einem motoskopischen Verfahren Bewegungsabläufe beschrieben und bewertet. »Die Beurteilungskriterien für Zeichen, die einzeln angesehen als inkonstant, zufällig oder bedeutungslos erscheinen können, leiten sich von der klinischen Erfahrung an Bildern von ausgeprägter Zerebralparese her« (*Lesigang* 1973, S. 463). »Mit der verfeinerten entwicklungsneurologischen Untersuchung nach *Prechtl* (1970) und *Wittrock* (1975) werden unter gesunden Kindern bis zu 20 % Kinder mit minimaler zerebraler Dysfunktion gefunden« (*Böhme* und *Botzler* 1975, S. 1883). »Diese Kinder wirken in ihrem äußeren Erscheinungsbild normal, haben eine normale, dem Familienniveau entsprechende Intelligenz« (*Hochleitner* 1971, S. 100).

Kinder mit zerebralen Dysfunktionen befinden sich in allen Schularten; in Gymnasien, Grundschulen, Sonderschulen aller Sparten, vor allem in Schulen für Sprachbehinderte und neben Kindern mit leichten und mittelgradigen zerebralen Schädigungen in Einrichtungen für Lernbehinderte und Körperbehinderte. Nach *Lange-Cosacks* Beurteilung ist »nur ein Teil der Kinder debil, der größte Teil durchschnittlich begabt, einige Kinder sind sogar überdurchschnittlich begabt« (*Lange-Cosack* 1968, S. 134).

Körpermotorische Instabilität als Folgeerscheinung einer zerebralen Dysfunktion äußert sich in folgenden Symptomen:

- gestörte Statik
- nicht ausgereifte und falsche Bewegungsmuster
- Gleichgewichtsstörung
- mangelhafte Koordination
- Muskeltonusveränderungen.

Sprachlicher Ausdruck ist abhängig von sprechmotorischer Leistung. In einem Zustand ausgeglichener Körperspannung funktionieren sprechmotorische Abläufe normal und frei, während bei gesteigertem oder verringertem Muskeltonus, vorwiegend im Schulter-Halsbereich und bei nicht ausgereiften oder falschen, die Statik verändernden Bewegungsmustern, die Leistungsmöglichkeit der Kau- und Sprechorgane sowie der gesamten Gesichtsmuskulatur beeinträchtigt ist. Außer Lautbildung und Lautkoordination sind Stimmgebung und Atmung betroffen.

2. Von der Norm abweichende Zungenposition in Beziehung zu körpermotorischen und kiefermotorischen Auffälligkeiten

Falsche Haltungsmuster sind nicht selten verbunden mit Dysgnathien (Kieferanomalien). Das betrifft Stammer und Stotterer und Schüler mit einer Leserechtschreib-

schwäche, auch wenn diese zuletzt Genannten in ihrer Aussprache nicht grob auffällig erscheinen.

Durch ständige Kontraktion der rückwärtigen Halsmuskeln bei überstreckter oder lordosierter Halswirbelsäule ist die vordere Halsmuskulatur, die Antagonistenstellung einnimmt, dauernd überdehnt. Diese Fixierung kann zu einer Erschlaffung und Funktionsverminderung führen. Der offene Mund — auch bei geschlossenen Lippen kann ein Spalt zwischen den Zahnreihen vorhanden sein — und der Distalbiß (Rückverlagerung des Unterkiefers) wären als Folgeerscheinung zu betrachten.

Kieferorthopädische Untersuchungen führten bei Schülern einer Sonderschule für Sprachbehinderte zu folgenden Ergebnissen:

Von 8 Kindern eines 3. Schuljahres hatten 7 Kinder einen Befund, von 9 Kindern eines 1. Schuljahres hatten 8 Kinder einen Befund.

Bei dem größten Teil der Untersuchten trafen verschiedene Auffälligkeiten zusammen:

- Schmalkiefer, Distalbiß, tiefer Biß
- Schmalkiefer, frontaler Engstand, rechtsseitiger Kreuzbiß im Milchzahngebiet, Mundatmung
- Distalbiß asymmetrisch, Mundatmer.

Auffallend häufig wurde in beiden untersuchten Klassen sprachgestörter Kinder der Distalbiß diagnostiziert. Er war bei 5 von 7 auffälligen bzw. bei 6 von 8 auffälligen Kindern vorhanden.

Wulff fand 1964 nach Untersuchungen bei 3086 Hamburger Schulkindern als häufigste Störung der Beziehung der Zahnreihen zueinander den Distalbiß. Von 1831 Kindern mit dieser Abweichung zeigte die Hälfte Anomalien mittleren und schweren Grades.

In welcher Beziehung stehen Artikulationsfehler und Verlagerungen des Unterkiefers zueinander? *Wulff* stellt fest, daß 20 % aller Kinder mit Distalbiß Lispler sind. Die Prozentrate der Stotterer, Stammer und der Kinder mit Lautkoordinationsstörungen wurde nicht ermittelt.

Bahnemann weist darauf hin, daß durch die Anordnung der Kopfhaltung der Unterkiefer um einen Zentimeter verlagert werden kann. Die veränderte Stellung des Unterkiefers betrifft gleichzeitig die Position des Zungenbeins und somit die Position des Zungenmuskels im Mundbereich. Dieser ist zurückgezogen, der hintere Zungenrücken ragt weiter als gewöhnlich in den Rachenraum. Die Zungenspitze liegt in Höhe des Zahnreihenzwischenraums. In manchen Fällen ist sie noch höher gerichtet. Eine solche Lage erschwert die Artikulationsbewegung der Zunge. Sie begünstigt bei nicht geschlossenen Zahnreihen, erhöhten Bewegungsimpulsen und überstrecktem Zungenmuskel ein unkontrolliertes Durchschießen der Zungenspitze zwischen den Zähnen, wie es bei interdental gebildetem S geschieht.

Es ist nicht nur für die Diagnose, sondern auch für therapeutische Bemühungen notwendig, daß beide Auffälligkeiten, von der Norm abweichende Kieferstellung und von der Norm abweichende Zungenlage nicht nur in Relation zueinander, sondern in Abhängigkeit zur Stellung des Kopfes und des Halses und damit zum gesamten motorischen Status gesehen werden müssen.

Eine falsche Zungenlage kann durch andere Dysfunktionen bedingt sein:

- Beschränkte Beweglichkeit der Schulter-Halsmuskulatur bei Pronation der Arme
- Spastizität im Schulter-Halsbereich
- fehlende oder ungenügende Kopfkontrolle
- unkontrollierte, übersteuerte Bewegungen, z.B. Zurückstoßen des Kopfes, das noch zur Zeit des Einschulungsalters vorhanden sein kann

- Lordosierung der Halswirbelsäule als kompensatorisches Muster bei einer Lendenlordose und Kyphose der Brustwirbelsäule. (In diesem Zusammenhang ist auch die Stellung der Füße von Bedeutung. *Schubert* (1970) erwähnt aus der Sicht des Kieferorthopäden den Zusammenhang zwischen Haltungsanomalien und Fußschäden).

Die Fehlhaltung der Halswirbelsäule, des Unterkiefers und der Zunge behandelt *Fitz* (1961). Auf der von ihm beschriebenen Zeichnung ist die Lordose der Halswirbelsäule eine statisch kompensatorische Stellung zu der Lordose der Lendenwirbelsäule. Dasselbe pathologische Haltungsmuster bringt *Jäger* (1969) in einer Abbildung ihres Artikels. In der Veröffentlichung von *Lange-Cosack* (1968) zeigen die abgebildeten Kinder mit leichter Spastik und mit athetotisch-spastischer Mischform bei der Übung »Aufrichten aus der Rumpfbeuge mit senkrechtem Hochstrecken der Arme« die Lordosierung.

Auf dem von *Bahnemann* (1973) veröffentlichten Foto einer Lendenlordose ist die Seitendifferenz auffallend, der bei der Diagnose einer zerebralen Dysfunktion oder Schädigung eine Bedeutung zukommt.

Die abnorme Zungenstellung mit schwebender Zungenspitze muß nicht mit einer Kieferanomalie in Verbindung stehen. Auch wenn keine Dysgnathie vorliegt, wird die interdental gerichtete Zungenspitze als Folge ständig oder zeitweilig überstreckter oder lordosierter Halswirbelsäule bemerkt. Sie kann bei manchen Kindern schon während ihres Sprechens beobachtet werden. Bei verschiedenen motorischen Testübungen wird sie durch Veränderung der Halsstellung und Öffnen des Mundes oder durch Mitbewegung der Mundmuskulatur deutlich sichtbar. Von der Verfasserin wurde diese Auffälligkeit bei folgenden motorischen Leistungen beobachtet:

- Aufstehen aus dem Kniestand
- Gehen auf einer Linie mit seitwärts erhobenen Armen, Schritt vor Schritt
- Seitsitzwechsel
- Versuch, im Langsitz bei Kyphose der Brust- oder Lendenwirbelsäule den Oberkörper aktiv aufzurichten.

Wenn Schulkindern die verschiedenen Artikulationsstellen präzise verdeutlicht werden, können sie selbst über ihre Zungenlage Auskunft geben.

Während einer kieferorthopädischen Überprüfung von sechs sprachgestörten Kindern im Vorschulalter wurde bei allen sechs die interdental gerichtete Zungenspitze beim Einbeinhüpfen und beim Gehen auf einer Linie mit seitwärts erhobenen Armen sichtbar.

3. Die Indispositionsstellung der Zunge als Ursache bestimmter Lautbildungs- und Lautkoordinationsfehler

Die Indispositionsstellung der Zunge — in Verbindung mit falschen Haltungsmustern der Halswirbelsäule — ist neben fehlgesteuerten Zungenbewegungen, Tonusveränderungen der Zungen-Lippenmuskulatur und Sensibilitätsstörungen im Mundbereich eine wesentliche Ursache der Lautbildungs- und Lautkoordinationsstörung. Verschiedentlich ist sie nur in einem Ermüdungszustand und in einer Streßsituation — auch durch veränderten Sprachklang, stockende und wenig akzentuierte Redeweise — auffallend. Die interdental gerichtete Zungenspitze erschwert den Sprechvorgang. So können z.B. Laute, zu deren Artikulation sich die Zungenspitze in der unteren Mundregion bewegen muß — hinter dem unteren Zahnkranz liegend wie bei m — beim Sprechakt übergangen, nicht deutlich gebildet oder durch andere Laute ersetzt werden. Hier liegt eine der Ursachen für die Unsicherheit bei dem Gebrauch von m und n:

m wird durch n ersetzt. Es entsteht eine Unterscheidungsunfähigkeit, die nicht nur zu orthographischen, sondern auch zu grammatischen Sprech- und Schreibfehlern führt. Wir finden diese grammatischen Fehler auch bei Kindern, in deren Elternhaus ein gutes Schriftdeutsch gesprochen wird.

Durch die interdental gerichtete Zungenspitze können auch die Vokale u [\mathfrak{u} , \mathfrak{U}] und i [\mathfrak{i} , \mathfrak{I}] nicht deutlich oder falsch gebildet werden. Statt u [\mathfrak{u} , \mathfrak{U}] wird o [\mathfrak{o} , \mathfrak{O}] gesprochen.

Artikulationsfehler dieser Art wurden von der Verfasserin insbesondere bei Kindern einer Anfängerklasse für Lernbehinderte beobachtet. Statt i [\mathfrak{i} , \mathfrak{I}] wird e [\mathfrak{e} , \mathfrak{e} , \mathfrak{e}], ü [\mathfrak{y} , \mathfrak{Y}] oder ö [\mathfrak{o} , \mathfrak{oe}] artikuliert.

Dieses geschieht auch, wenn i [\mathfrak{i} , \mathfrak{I}] als Anlaut steht.

Das Stammeln dieser Sprachlaute wurde aus logopädischer und unterrichtsmethodischer Sicht bislang wenig beachtet und korrigiert.

Fallbeispiele:

S. wurde im Alter von 5 1/2 Jahren wegen eines multiplen Stammelns vorgestellt. Im Langsitz wurde bei S. eine Lendenkyphose bemerkt. Beim passiven Aufrichten war der Kopf leicht zurückgeneigt und der Mund geöffnet. Die Knie waren leicht flektiert. Nach hinten gebeugter Kopf, leicht geöffneter Mund und interdental gerichtete Zungenspitze wurden auch beim Einbeinhüpfen sichtbar. Ein Sprung aus ca. 30 cm Höhe geschah mit lautem Aufprall, herabfallend und nicht federnd. Diese Art des Aufsprungs ist neben anderen Bewegungsauffälligkeiten bezeichnend für eine motorische Dysfunktion.

Während der Übungsstunden sprach S. statt:

Fisch	—	Füsch	Birne	—	Böne, Börne
Tisch	—	Tüsch	Schiff	—	Schöff

U. wurde im Alter von 4 3/4 Jahren durch den Pädiater wegen einer Sprachstörung überwiesen. Es handelte sich um ein partielles Stammeln. Zunächst war eine interdental S [\mathfrak{s} , \mathfrak{z}]-Bildung auffällig. Während der Behandlungsstunden wurde eine undeutliche i [\mathfrak{i} , \mathfrak{I}]-Artikulation bemerkt.

U. sprach statt:

Birne	—	Bürne	Kirche	—	Kürche
Kirsche	—	Kürsche	dahin	—	dahen

Gravierender als die Sprachstörungen waren motorische Auffälligkeiten. Die motoskopische Untersuchung in einem Sozial-Pädiatrischen Zentrum ergab einen Grenzbefund zu einer minimalen Athetose mit nicht altersgemäßer Bewegungskoordination (Stand eines 3 1/2jährigen Kindes) und verstärkten assoziierten Bewegungen. Es bestanden handmotorische Schwierigkeiten. Wesentlich wäre, daß bis zur Zeit der Einschulung jeglicher Entwicklungsrückstand aufgeholt würde und eine Stabilisierung der Statik für die Sitzhaltung geschehen könnte. Zur Zeit der Untersuchung war U. nicht in der Lage, im Langsitz gut frei zu sitzen. U. mußte sich nach hinten mit den Händen abstützen.

Eine falsche Zungenlage hat nicht nur für Nasale und Vokale eine Bedeutung. Der — bei interdental gerichteter Zungenspitze — weit in den Rachenraum ragende Zungenrücken erschwert die Formung feiner Bewegungsnuancen, wie sie zur Bildung und Unterscheidung der Velare und ihrer Koordination mit anderen Sprachlauten vorhanden sein müssen.

4. Artikulationsfehler als Ursache einer fehlerhaften Rechtschreibung

Eine ungenaue und falsche Artikulation wird in einem Redefluß von dem Zuhörer nicht immer wahrgenommen. Sie wird beim Lautieren wenig bekannter Wörter deutlich und kann sich in einer fehlerhaften Rechtschreibung äußern.

Kossow (1972) hebt in diesem Zusammenhang die Differenzierungsschwierigkeiten bei kurzen Vokalen, vor allem Verwechslungen von e—i, o—u und o—a hervor. Die Vertauschung von o—a ist nach Ansicht der Verfasserin schreibmotorisch bedingt und muß in einem anderen Zusammenhang behandelt werden. Die beiden Vokalgegenüberstellungen sind jedoch in Verbindung mit der Zungenposition zu betrachten. Die Vertauschung geschieht nicht nur bei kurzen, sondern auch bei langen Vokalen.

Statt i wird e, ö oder ü, statt u wird o eingesetzt. Dieses ist die Regel, auch wenn bei allgemeiner Artikulationsunsicherheit ein u für ein o geschrieben werden kann.

Beispiele aus Test- und Übungsdiktaten:

K., 3. Klasse für Legastheniker:

Wer nüssen im Zimmer blen. (Wir müssen im Zimmer bleiben.)

C., 4. Klasse für Lernbehinderte:

Ein Kamel trampelt durch die Wüste. (Ein Kamel trampelt durch die Wüste.)

Auch nach scheinbar abgeschlossener Sprachtherapie und nach mehrjährigen sprachtherapeutischen Übungen ist die Zungenstellung nicht immer normalisiert.

E., 7. Klasse einer Sonderschule für Sprachbehinderte:

Sprachliche Auffälligkeit: Stottern, noch in Streßsituationen bemerkbar — schreibt wenig bekannte Wörter in Übungsdiktaten folgendermaßen:

Roß (Ruß) — Raßteilchen (Rußteilchen — Bundesrepoblik (Bundesrepublik) — sorechtbigen (zurechtbiegen).

In manchen Fällen sind es nicht akustisch wahrnehmbare Artikulationsfehler, sondern bestimmte orthographische Fehlleistungen, die auf falsche Zungenposition und -bewegungen und auf bestimmte Lippenstellungen aufmerksam machen.

Wir finden, wie schon erwähnt, Artikulationsfehler der Vokale und Nasale nicht nur bei Sprachgestörten, sondern bei Kindern aller Schularten. Bei Lernbehinderten treten diese Art der sprachlichen Auffälligkeiten und der Rechtschreibfehler ebenso gehäuft auf wie bei Legasthenikern. Es gibt jedoch graduelle Unterschiede. Im ganzen gesehen ist nach bisherigen Untersuchungen und Beobachtungen bei Lernbehinderten eine motorische Schwäche noch auffälliger und eine Kieferanomalie mit noch höherer Prozenrate vorhanden als bei Sprachgestörten und Legasthenikern. Bei Lernbehinderten hatte bei den bisher Untersuchten der Schmalkiefer Vorrang.

5. Beeinträchtigung der Zungenbeweglichkeit durch Fehlsteuerung des sprechmotorischen Ablaufs und durch Tonusveränderung der Sprechmuskulatur

Die Indispositionsstellung der Zunge beeinträchtigt die Bewegungsmöglichkeit des Zungenmuskels. Das betrifft Zungenspitze und Zungenrücken. Außer dieser durch seine Fehlstellung hervorgerufenen Behinderung des Sprechorgans kann dessen Beweglichkeit durch folgende Auffälligkeiten gestört sein: Fehlsteuerung des sprechmotorischen Ablaufs — Bewegungsintensität und Bewegungsrichtung betreffend — und durch Tonusveränderung der Sprechmuskulatur.

Nicht selten treffen verschiedene Symptome zusammen. So könnte bei interdental gerichteter Zunge — hervorgerufen durch falsche Hals- und Kieferstellung bei Spastizität im Schulter-Halsbereich — der Zungenmuskel außerdem durch Hypertonie der Kau-Sprechmuskulatur bewegungsbehindert sein. In schwereren Fällen dieser Art gelingt die apikale I-Bildung nicht oder nur mit Schwierigkeiten.

Oder: Bei interdental gerichteter Zungenspitze wäre zugleich ein übersteuerter sprechmotorischer Ablauf vorhanden, der außer Lautstärke auch das Sprechtempo betrifft. Diese Art der Artikulationsstörungen ist athetotischen Auffälligkeiten zuzuordnen. Es

werden vorwiegend Vokale als Inlaute und Vokale und Konsonanten als Auslaute übersprochen, verschluckt und in der schriftlichen Fixierung ausgelassen. Das S [s, z] wird interdental, evtl. auch in den Fällen, in denen seitliche Veränderungen im Bewegungsablauf des Kiefers und des Zungenmuskels vorhanden sind, lateral gebildet. Auf die Frage, wann eine falsche S-Bildung als pathologisch angesehen werden sollte, wäre in Anbetracht dieser Zusammenhänge zu prüfen, ob eine falsche Artikulation dieses Lautes als Auswirkung einer motorischen Dysfunktion gesehen werden muß. Die Primärursache darf in bezug auf Diagnose und Therapie bei einer falschen Lautbildung nicht unbeachtet bleiben.

6. Die Bedeutung des Mund- und Lippenschlusses und der Lippenbeweglichkeit für die Lautbildung

Sprechfehler entstehen nicht nur durch falsche Zungenstellung und falsche Zungenbewegung. Der Mund- und Lippenschluß und die Lippenbeweglichkeit spielen außerdem eine Rolle.

Bei schwer beweglichem Kiefer, schwer beweglichem Zungenmuskel und bei offenem Mund oder bei weitem Spalt zwischen den Zahnreihen trotz geschlossener Lippen werden Verschußlaute vorwiegend weich gesprochen. Dementsprechend wird z.B. g statt k geschrieben, auch, wenn g oder k als Auslaut steht. In diesem Fall ist bei der Fehlernormierung, wie es bei Rechtschreibtests üblich ist, die g-k-Verwechslung im Auslaut kein Regelfehler, sondern beruht auf einer sprechmotorischen Störung. Diese soeben geschilderte nicht exakte Art der Artikulation tritt bei Hypotonie der Muskulatur verstärkt in Erscheinung.

Bei interdental gerichteter Zungenspitze und dadurch erschwerte Bewegungsmöglichkeit der Zunge werden Artikulationshemmungen in der Lautbildung vorwiegend durch verstärkte Kiefer-Lippenbewegungen ausgeglichen. Da durch überstreckte oder lordosierte Halswirbelsäule als Ursache dieser falschen Zungenstellung die Bildung des engen Kieferwinkels an sich schon erschwert ist, geschehen Lippenbewegungen — vor allem die Breitspannung — mit erhöhter Anstrengung.

Der Sprecher verspürt in manchen Fällen die Überbeanspruchung der Sprechmuskulatur. Vor allem jüngere Kinder verhalten sich dann nicht nur beim Sprechen, sondern auch beim Essen ökonomisch. Sie lehnen alle intensiver zu kauenden Speisen, vor allem Fleisch ab, um einer anstrengenderen Kautätigkeit zu entgehen. In einem Erschöpfungszustand können diese Kinder wieder in eine kleinkindhafte Sprechweise verfallen.

Fallbeispiel:

T., 7 Jahre, gebrauchte zum Schluß des 1. Schuljahres wieder Ersatzlaute:

Is dehe in die Sule — Ich gehe in die Schule

Als man das Kind darauf ansprach, antwortete es: »Laß doch, ich kann das doch, aber es strengt so an.« Nach kurzer Ruhezeit war diese Sprachauffälligkeit wieder verschwunden.

T. war ein Risikokind mit Kaiserschnittgeburt. Als pathologisches Muster wurde der Kniesitz zwischen den Füßen beobachtet. Er gilt als Zeichen einer »Spastic diplegia« (Bobath 1976, S. 31). Wir finden diesen Sitz auch bei Kindern mit schlaffer Muskulatur. Im 4. Lebensjahr fiel ein frühkindliches Stottern auf. Ihm wurde keine Bedeutung geschenkt, und es verlor sich nach einem Jahr. Eine manchmal undeutliche Aussprache wurde nicht sonderlich registriert. Im Gymnasium traten im fremdsprachlichen Unterricht Schwierigkeiten bei der Artikulation und bei dem Einprägen von Vokabeln auf.

Wegen motorischer Ungeschicklichkeit im Turnunterricht nahm T. an einem Kinderturnen teil. Mit 12 Jahren wurde bei T. eine beginnende Kyphose und Skoliose festgestellt. Jetzt wurden sondergymnastische Übungen und therapeutisches Schwimmen dringend notwendig.

7. Beziehungen zwischen Lautbewegungsbild und mnestischer Speicherung für sprachliche Formen

»Das Lautbild ist unlöslich an das Lautbewegungsbild gekettet« (Wängler 1972, S. 123). Laute, die falsch gebildet oder übersprochen sind, werden kinästhetisch-taktil falsch oder gar nicht wahrgenommen. Es entstehen falsche Wortengramme, ungenaue Wortengramme und z.T. verschiedene Gedächtnisbilder für ein und dasselbe Wort. Diese Tatsache kann zu Fehlleistungen bei der Zuordnung der Wortbezeichnung zu bestimmten begrifflichen Inhalten führen. Ebenso wie Artikulationsfehler können Sprachrhythmusstörungen eine Auswirkung auf akustisch Wahrgenommenes und auch auf Erlesenes in bezug auf Speicherung und Reproduktion haben. Die Verfasserin sieht das Versagen sprachbehinderter Kinder bei dem Untertest Zahlennachsprechen im HAWIK in diesem Zusammenhang.*

Bei Erstkläßlern einer Sonderschule für Sprachbehinderte erreichten 12 von 14 Kindern in dem Untertest ZN Wertpunkte zwischen 1 und 7. Vier Kinder hatten nur 1 Wertpunkt erreicht. Die Ausfälle im ZN standen nicht in Relation zu einer mündlichen Rechenleistung.

Ebenso wie das Einprägen von Zahlen kann das Erlernen fremdsprachlicher Vokabeln und bestimmter Eigennamen erschwert sein. Diese Schwächen sowie die Unlust, sich sprachlich zu äußern, gefährden den persönlichen Sprachaufbau. Eine verstümmelte Sprache und ein Dysgrammatismus sollten unter diesen Gesichtspunkten mitbetrachtet werden.

8. Die Zuordnung bestimmter Sprechfehler zu bestimmten pathologischen Bewegungsmustern

Nach Lempp ist die Bedeutung einer frühkindlichen Hirnschädigung für eine Sprachstörung unumstritten. Eine frühkindliche Hirnschädigung hat als Primärstörung motorische Auffälligkeiten zur Folge (Bobath 1968). Welcher Art sind diese Störungen und in welcher Relation stehen verschiedene Sprachauffälligkeiten zu bestimmten pathologischen Bewegungsmustern?

Wir finden bei Kindern mit minimalen Schädigungen dieselben Bewegungsanomalien wie bei Kindern mit schweren Ausfällen und Veränderungen, nur sind sie graduell unterschiedlich und nicht immer sogleich erkennbar. Bewegungsbilder, die Finnie in ihren Behandlungshinweisen für Säuglinge und Kleinkinder präsentiert, finden wir z.T. auch noch bei Schülern aller Jahrgänge. Ebenso lassen sich bei ihnen dieselben pathologischen Haltungsmuster — oft in abgeschwächter Ausprägung — erkennen, die B. und K. Bobath in ihrem Buch »Motor Development in the Different Types of Cerebral Palsy« veröffentlichen.

Es lassen sich folgende Formen unterscheiden:

- das spastisch rigide, d.h., das verkrampte bewegungsstarre Kind. Die Muskelspannung ist hyperton. Es sind vorwiegend die rumpfnahen Glieder, Schulter und Hüfte, die betroffen sind.
- Das athetotische Kind wechselt zwischen Hypo- und Hypertonie. Dieses Kind ist immer in Bewegung. Die obere Körpermuskulatur, z.B. Arme, Hände, Augen und Zunge führen vor allem im Erregungszustand Extrembewegungen aus. »Athetotis bedeutet keine fixierte Position« (Bobath 1968, S.95). Die Überbeweglichkeit ist ohne Kontrolle der Mittelphasen. Bezeichnend ist die Fingerhaltung.

* Kossow (1972) bemerkt, daß beim Nachsprechen von Zahlenreihen die LRS-Kinder normalen Kindern nur geringfügig unterlegen waren.

— Kinder mit Ataxien haben einen Hypotonus. Sie bewegen sich mit unsicherem, schleifendem Gang, können ihre Bewegungen schlecht ausbalancieren und sind gleichgewichtsgestört.

Wie sind diesen pathologischen Bewegungsmustern, die häufig in Mischformen auftreten, verschiedene Arten der Sprachstörung zuzuordnen?

Bei *Spastikern* haben wir eine schlechte Kieferrotation. Außer einer Indispositionsstellung der Zunge bei überstreckter Halshaltung und angespannter Nackenmuskulatur kann der Zungenmuskel selbst in seiner Beweglichkeit gestört sein. Die Zunge liegt schwer und kloßig im Mund. Die Spannung der Lippen und der Mundschluß und damit die Fähigkeit, die Lippen während des Artikulationsvorgangs zur Bildung bestimmter Sprachlaute exakt zu formen, ist abhängig von der gesamten Körperhaltung, von dem Grad und der Dauer geistiger Anspannung. Es kann geschehen, daß bei Überanstrengung der Sprechmuskulatur die Lautbildung nicht exakter, sondern nachlässiger und reduziert wird (siehe Fallbeispiel T., Seite 127).

Kinder mit Spastizität fallen durch Stammelfehler auf. Durch Bewegungsverminderung ist auch die Lautkoordination erschwert. Der Sprachklang ist durch bevorzugten Gebrauch weicher Laute gefärbt. Bei schwer beweglichem Kiefer, Zungenmuskel und bei verspannten Lippen ist deren kinästhetisch-taktilen Wahrnehmungsvermögen gestört und somit das kinästhetische Gedächtnis der Artikulationsbewegungen geschwächt.

Bei sprachgestörten *athetotischen* Kindern bewegt sich die Zunge manchmal ebenso überschießend, wie sich Arme und Hände bewegen und wie der Kopf sich rückwärts wirft. Wir finden abnorme Kieferbewegungen: Zurückziehen des Kiefers, manchmal mit gleichzeitigem Nagen oder Lutschen an der Unterlippe — Vorstoßen des Kiefers, manchmal bei gleichzeitigem Rückwärtsstoßen des Kopfes — Seitwärtsbewegungen des Kiefers. In manchen Fällen korrelieren die Kieferbewegungen mit einem Strabismus. Bei interdental gerichteter Zungenspitze und überspontaner und überaktiver Sprechfähigkeit kommt es leicht zu einer stark akzentuierten Sprache. Die Sprachlaute werden vorwiegend hart gesprochen, übersprochen, herausgepoltert.

Kindern mit *Ataxie* fällt die Koordination der Laute nicht leicht. Die Sprache ist wenig moduliert, schwer und schleppend. Einzelne Laute werden undeutlich artikuliert oder durch andere ersetzt. Bei schneller Sprechweise ist die Breitspannung der Lippen manchmal oberflächlich, statt ch [ç] wird sch [ʃ] gesprochen.

9. Pädagogische Hinweise

Der Ansatz sprachtherapeutischer Bemühungen liegt in der Normalisierung der Kiefer-Zungenstellung und -bewegung bei gleichzeitiger gesamtmotorischer Stabilisierung. Dieses gilt auch, wenn es sich nur um Lautkoordinationsstörungen handelt, die zu einer Leserechtschreibschwäche führen können. Da, wo eine gestörte Motorik nicht durch geeignete Umwelteinflüsse und Umwelthilfen zu normalisieren ist, wird sie behandlungsnotwendig.

Von verschiedenen Autoren — es seien nur einige erwähnt — wird auf die Notwendigkeit einer Bewegungsschulung in bezug auf Sprachstörung (*Fitz* 1961), Leserechtschreibschwäche (*Delacato* 1970), Konzentrationsstörung bei LRS-Kindern (*Kossow* 1972) und Kieferanomalien (*Bahnemann* 1969, 1973) hingewiesen.

In manchen Fällen erlebte die Verfasserin, daß motorische Störungen schwerwiegender und gravierender waren als die Sprachauffälligkeiten, die zunächst bemerkt wurden.

Fallbeispiel:

R. wurde im Alter von 15 Jahren wegen eines interdentalen Sigmatismus durch die Kieferorthopäden überwiesen. Die kieferorthopädische Behandlung eines lutschoffenen Bisses mit vorgekippter Oberkieferfrontzahnguppe konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Während der Sprachbehandlung schien die Lautbildung nach einer Übungsstunde normalisiert, jedoch in der nächstfolgenden Woche waren die Stammelfehler: interdentalen S [s, z] und s [s] statt ch [ç] wieder vorhanden. R. sprach schnell und überhastet, die Sprache klang leicht erregt. Auf Kiefer-Zungenstellung und Zahnreihenverschluß wurde zur Zeit der Behandlung von dem Therapeuten nicht wesentlich geachtet. Jedoch ergab die Beobachtung verschiedener Bewegungsmuster, daß erhebliche Störungen vorlagen. R. war nicht in der Lage, im Seitsitz ohne Armstütze zu verharren oder den Seitsitz über den Kniestand zu wechseln. Sie konnte sich nicht mit Führung des Kopfes von einem Stuhl erheben, sondern mußte sich mit vorgeschobenem Becken hochstoßen. Wegen ihrer handmotorischen Ungeschicklichkeit — obgleich die Schrift keine erheblichen Auffälligkeiten zeigte — war es R. nicht möglich, einen hauswirtschaftlichen Zweig einer weiterbildenden Schule zu besuchen. In den ersten Jahren einer Buchhändlerlehre ergaben sich Schwierigkeiten, da R. sich nicht umsichtig genug verhalten haben sollte. Aus der anfänglichen sprachtherapeutischen Betreuung wurde eine Beratung der Mutter, die einsichtig genug war, die Schwächen der Tochter nicht mehr nur als Zeichen einer Opposition anzusehen.

Für eine motorische Stabilisierung ist es wichtig, daß zunächst alles unterbunden wird, was schon vorhandene falsche Bewegungsmuster verstärken könnte. So sollte der Kniesitz zwischen den Füßen (*Bobath* 1976, S. 31) durch wechselseitigen Seitsitz allmählich abgelöst werden.

Finnie (1971) weist darauf hin, daß der Schneidersitz nicht unterstützt werden sollte, da durch ihn verschiedene Schwächen verstärkt werden können, u.a. werden die Außenkanten der Füße, die bei diesem Sitz nach innen gedreht sind, zu stark belastet, eine Fußhaltung, die bei zerebral gestörten Kindern an sich schon vorhanden ist.

Statt der Bauchlage, durch die eine Lordosierung der Halswirbelsäule begünstigt wird, wäre besser die Seitenstabilitätslage einzunehmen.

Es ist eine Notwendigkeit, im Elternhaus und in Institutionen dem Kind das seiner Körpergröße angepaßte Gestühl zur Verfügung zu stellen, damit nicht durch Unachtsamkeit und Nachlässigkeit motorische Störungen mit ihren Auswirkungen fixiert und zu bleibenden Schäden werden. So wird zum Beispiel durch zu hohes Gestühl die Tendenz zu einem Spitzfuß verstärkt. Die durch falsche Tisch- und Stuhlgrößen verursachte Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Arbeitsunlust und auch Verhaltensauffälligkeit ließe sich vermeiden.

In manchen Fällen gelingt die Normalisierung der Zungenstellung nach kurzer Zeit, z.B. da, wo äußere Einflüsse zu schlechten Sitzstellungen geführt und eine Indispositionsstellung der Zunge begünstigt haben oder in den Fällen, in denen körpermotorische Auffälligkeiten weitestgehend beseitigt wurden und die interdentalen Zungenstellung noch als Angewohnheit verblieben ist.

Es ist bei allen Kindern schon viel gewonnen, wenn sie das normale größere Bewegungsmaß der Sprechmuskulatur erspüren und alle unterschiedlichen Lautbildungen kinästhetisch-akustisch wahrnehmen können, auch wenn die Korrektur motorischer Schwächen längere Zeit beansprucht oder je nach Schweregrad nicht ganz gelingt.

Die Art der Sprechfehler und der sprechmotorisch bedingten Rechtschreibfehler kann den verschiedenen Bewegungsformen zugeordnet werden. Die Tatsache, daß wir die verschiedensten Bilder motorischer Auffälligkeiten vor uns haben, macht es notwendig, die Art der Bewegungsübungen so einzusetzen, daß sie für den bestimmten

Fall adäquat sind. Das benötigt nicht selten Betreuung durch ausgebildete Bewegungstherapeuten.

Da nicht genügend Fachkräfte zur Verfügung stehen, sollten Sonderpädagogen und Sport- und Gymnastiklehrer in der Lage sein, gewisse bewegungstherapeutische Hilfen geben zu können. In Zusammenarbeit mit pädiatrischen und klinischen Zentren dürften geeignete Übungen für Einzel- und Gruppenbetreuung gefunden werden, die zur Behebung von Sprachanomalien, Lern- und Verhaltensstörungen je nach Fall als wesentliche Unterstützung aller sonderpädagogischen Maßnahmen eingesetzt werden könnten.

Auch wenn der Ansatz aller Hilfen in der Normalisierung falscher Haltungsmuster und Bewegungsabläufe liegt — das betrifft die Motorik des Rumpfes, der Extremitäten und der Gesichtsmuskulatur mit den Kau-Sprechorganen — bleiben zur Behebung einer Sprachstörung und einer Leserechtschreibschwäche noch sprachtherapeutische und unterrichtliche Überlegungen notwendig. Sie haben sich auch nach der Art der sprachlichen und motorischen Auffälligkeiten zu richten. Die Bemühungen um Methoden und um sinnvolles Arbeitsmaterial hat mit dem Ziel zu geschehen, einem insgesamt verunsicherten Kind zu einer positiven Weiterentwicklung zu verhelfen. Das bedeutet, daß auch andere, je nach Fall vorhandene Schwächen, z. B. nicht altersgemäß entwickelte Handmotorik und visuelle Fixierungsschwäche nicht übersehen werden dürfen.

Da in Streßsituationen alle Behinderungen verstärkt auftreten, ist es wichtig, daß im Elternhaus und in Institutionen das Klima geschaffen wird, das derartige Belastungen nicht aufkommen läßt oder auf sie abschwächend wirkt. *Bobath* (1968) weist darauf hin, daß schon im frühesten Kindesalter durch die vorhandenen Auffälligkeiten einer nicht altersgemäßen zerebralen Reifung oder einer zerebralen Behinderung der Mutter/Kind-Kontakt gestört sein kann. Die Mutter hat Erwartungen, die von dem Kind nicht oder nur bedingt erfüllt werden. Es erlebt ihre Enttäuschung. Außerdem ist seine Verständigung mit der Umwelt nicht immer so, wie es seine Umgebung gewöhnt ist. So geht z. B. das sprachentwicklungsverzögerte Kind, das in der Zeit des Fragealters sich nicht durch Fragestellungen äußern kann, auf das Objekt zu, das es erforschen will. Sein taktiles Begreifenwollen wird oft als Unart gewertet. Das Kind erlebt eine Verständnislosigkeit, die es depressiv und aggressiv werden läßt. Hier werden schon die Weichen gestellt für Verhaltensweisen, die sich im Schulalter als Störungen bemerkbar machen.

Für diese Kinder muß durch alle gegebenen Hilfen wieder das aufgebaut werden, was kaum noch vorhanden ist: Vertrauen zu sich selbst, Mut zur Selbstäußerung, Kontaktaufnahme und Kontaktbewahrung. Sie müssen lernen, ihre ihrem Alter und ihrer Entwicklung entsprechende Stellung im sozialen Gefüge einzunehmen, auszufüllen und zu behaupten. Das bedeutet für sie Wagnisse und Einschränkungen. Die ihnen gemäße Stellung muß von ihrer Umgebung respektiert werden und da geschaffen werden, wo sie nicht vorhanden ist.

Das Bemühen um die Risikokinder verlangt für die Diagnoseforschung und für die Therapievorschläge eine offene Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Disziplinen und allen Fachsparten der Schulpädagogik. Alle Überlegungen sollten sich insbesondere auf die Vorschulerziehung richten, damit nicht während der Schulzeit das behandlungsnotwendig wird, was zuvor nicht registriert oder gar durch Unkenntnis und Unachtsamkeit zu einer Behinderung wurde.

Aus drucktechnischen Gründen konnten nicht alle lautsprachlichen Beispiele in phonetischer Schrift wiedergegeben werden.

Anmerkung: Ich bedanke mich für Mitteilungen und die Möglichkeit zu Gesprächen bei Frau Dr. med. *Hochleitner* (Kinderdorf St. Isidor/Österreich), Frau Dr. med. *Scholz* (Sozialpädiatrisches Zentrum/Hannover), bei den Kieferorthopäden Herrn Dr. *Bahnemann*, Herrn Dr. *Schubert* und Herrn Dr. *Stock* — ihm besonders für die Überlassung von Untersuchungsergebnissen.

Außerdem sei allen Kollegen und Kolleginnen aus der Pädagogik und Sonderpädagogik, die mich jahrelang mit ihrem Interesse bei dieser Arbeit unterstützt und ermutigt haben, mein Dank gesagt.

L i t e r a t u r

- Bahnemann, F.: Über Para- und Dysfunktionen beim Gnatho-Vertebral-Syndrom und die Möglichkeit ihrer Therapie. Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 20 (1973).
- Bahnemann, F.: Haltungsschäden bei Jugendlichen und ihre Beeinflussung mit apparativer Hilfe, bes. mit dem Schwebeläufer. Physikalische Medizin und Rehabilitation 8 (1967).
- Bahnemann, F.: Kieferorthopädie als Funktionstherapie bei jugendlichen Haltungsschäden. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 22 (1969).
- Bobath, B., und Bobath, K.: Motor Development in the Different Types of Cerebral Palsy. London (Heinemann) 1976².
- Bobath, K.: Die Neuropathologie der infantilen Cerebralparese. In: Verband deutscher Vereine zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e.V. (Hrsg.): Diagnose und Therapie cerebraler Bewegungsstörungen im Kindesalter. Düsseldorf 1968.
- Böhme, G., und Botzler, R.: Minimale cerebrale Dysfunktion und Sprachstörungen. Münch. med. Wschr. 117 (1975).
- Delacato, C.: Diagnose und Behandlung der Sprach- und Lesestörung. Freiburg 1970.
- von Essen, O.: Allgemeine und angewandte Phonetik. Berlin 1962.
- Eggert, D., und Kiphard, E.: Die Bedeutung der Motorik für normale und behinderte Kinder. Schorndorf 1973².
- Finnie, F.: Hilfe für das cerebral gelähmte Kind. Ravensburger Elternbücher 10/11. Ravensburg 1971.
- Fitz, O.: Schach dem Stottern. Freiburg 1961.
- Graichen, J.: Kann man legasthenische und dyskalkulatorische Schulschwierigkeiten voraussagen? Praxis der Kinderpsychologie 24 (1975).
- Hochleitner, Margit: Untersuchungstechnik zur Erkennung minimaler zerebraler Bewegungsstörungen. Fortschr. Med. 89 (1971).
- Hochleitner, Margit: Schulschwierigkeiten bei Kindern mit minimaler motorischer Behinderung. Monatskurse ärzt. Fortbild. 25 (1975).
- Jäger, Evelyn: Einflußmöglichkeiten der modernen Gymnastik auf sprachgestörte Menschen. Leibesübungen, Zeitschr. f. Turnen und Sport 11 (1969).
- Kossow, H.: Zur Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche. (Ost-)Berlin 1972.
- Lange-Cosack, Hertha: Erkennung und Behandlung leichter cerebraler Bewegungsstörungen. Biomechanics 1 (1968).
- Lesigang, Ch.: Minimale cerebrale Bewegungsstörungen. Pädiad. prax. 12 (1973).
- Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern 1970².
- Lempp, R.: Die Sprachentwicklungsstörung und ihre Diagnose unter medizinischem Aspekt. Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977.
- Schubert, W.: Ganzheitsbezogene Kieferorthopädie. Zahnärztl. Mitteil. Nr. 20 (1970).
- Wängler, H.: Grundriß einer Phonetik des Deutschen. Marburg 1960.
- Wängler, H.: Physiologische Phonetik. Marburg 1972.
- Wittrock, J., Höger, Ch., Macke, A.: Entwicklungsneurologische Untersuchungen im Vorschulalter. Münch. med. Wschr. Nr. 2 (1975).
- Wulff, J.: Gebißanomalien und Sprechfehler. Medizinischlogopädische Beiträge 1. München, Basel 1964.

Anschrift der Verfasserin:

Elisabeth Blöcher, Kleine Düwelstr. 17, 3000 Hannover (Albert-Liebmann-Schule)

Susanne Schmidt, Berlin

Zum Problem einer Mehrfachbehinderung: Sprachbehinderung und Sehschädigung

1. Eingrenzung des Themas

1.1 Klärung der Begriffe »Behinderung« und »Mehrfachbehinderung«

Um den Begriff »Mehrfachbehinderung« näher zu umreißen, muß zunächst der Begriff »Behinderung« geklärt sein. Unter »Behinderung« ist ganz allgemein ein Mangel im körperlichen, psychischen, geistigen oder sozialen Bereich zu verstehen. Das bedeutet, daß dem betroffenen Individuum etwas fehlt, über das die überwiegende Mehrzahl der anderen Menschen verfügt.

Man unterscheidet verschiedene Behinderungsbegriffe, z. B. aus medizinischer, sozialrechtlicher, pädagogischer Sicht. Im folgenden soll »Behinderung« immer in pädagogischem Sinn verwendet werden. Von einer Behinderung betroffen sind demnach die Individuen, deren Entwicklung im Bereich des Lernens (z. B. bei geistiger Behinderung), der sprachlichen Kommunikation (z. B. bei Sprachbehinderung), der Bewegung (z. B. bei Körperbehinderung) oder im Bereich des sozialen Zusammenlebens (z. B. bei Verhaltensstörungen) eingeschränkt bzw. gestört ist (Solarova 1975).

Eine Mehrfachbehinderung liegt dann vor, wenn mindestens zwei Behinderungen zusammentreffen. Sie ist mehr als eine summative Erscheinung von mehreren Behinderungen. Hudelmayer (1975, S. 48) spricht von einem »multiplikativen Bedingungsgeflecht«. Das bedeutet, daß die Behinderungen sich gegenseitig beeinflussen und eine Erscheinung eigener Art bilden, die nicht vollständig durch die Beachtung der Besonderheiten jeder einzelnen Behinderung für sich erfaßt werden kann. Auch eine hierarchische Betrachtungsweise, die die schwerwiegendere Behinderung zu ermitteln sucht, ist ungenügend, da auch hierbei den Wechselwirkungen der Behinderung aufeinander nicht Rechnung getragen wird. Dennoch bildet die hierarchische Betrachtungsweise in den meisten Fällen noch die Grundlage, nach der die Zuweisung zu der zuständigen Sonderschule vorgenommen wird.

Behinderungen und Mehrfachbehinderungen sind natürlich in allen Altersschichten anzutreffen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf den schulischen bzw. vorschulischen Bereich, d. h. auf sehgeschädigte Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen.

1.2 Definitionen von »Sprachbehinderung« und »Sehschädigung«

Den zu dem Begriff »Sprachbehinderung« analogen Begriff bildet eigentlich »Sehbehinderung«. Da aber die »Sehbehinderung« nur einen Teilbereich eingeschränkter Sehfähigkeit umfaßt, wird dem Terminus »Sprachbehinderung« der Begriff »Sehschädigung« gegenübergestellt. »Sprachbehinderung« und »Sehschädigung« umfassen als Oberbegriffe alle Grade eingeschränkten Sprach- und Sehvermögens.

Von einer Sprachbehinderung spricht man, wenn die Aufnahme, Verarbeitung oder Wiedergabe der Umgangssprache trotz intaktem Hörvermögen dem Alter des Betroffenen entsprechend nicht normgerecht erfolgt und der Betroffene dadurch in seiner Entwicklung im geistigen, körperlichen, seelischen oder sozialen Bereich beeinträchtigt ist (Knura 1974).

Eine Sehschädigung liegt dann vor, wenn die Sehfähigkeit trotz bestmöglicher Korrektur unter der Norm liegt und diese Tatsache sich nachteilig auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. *Hudelmayer* (1975) beschreibt die Sehschädigung als ein Kontinuum, dessen eines Ende der leichteste Grad beeinträchtigten Sehens darstellt und dessen anderes Ende die Blindheit bildet. Jede Sehschädigung befindet sich an irgendeiner Stelle auf diesem Kontinuum.

Eine Sprachbehinderung und eine Sehschädigung sind, wie bereits oben angedeutet, erst dann in pädagogischer Hinsicht relevant, wenn das Kind dadurch in seiner Entwicklung eingeschränkt ist.

1.3 Sprachbehinderung und Sehschädigung als Mehrfachbehinderung

Treffen eine Sprachbehinderung und eine Sehschädigung bei einem Individuum zusammen, so liegt eine mögliche Form von Mehrfachbehinderung vor. Es handelt sich bei der Sprachbehinderung dann zumeist um eine »Folgebehinderung« (*Solarova* 1975, S. 245 ff.), d.h. um eine Erscheinung, die letztlich durch die Sehschädigung hervorgerufen wurde. Oder es liegen zwei primäre Schädigungen vor, die auf ein und dieselbe Ursache, also vermutlich auf eine Hirnschädigung, zurückzuführen sind.

Die Zuweisung zu einer Sonderschulart erfolgt, wie bereits erwähnt, nach der dominanten Behinderung. In den meisten Fällen wird die Sehschädigung als dominante Behinderung angesehen, so daß eine weitaus größere Anzahl sehgeschädigter und zugleich sprachbehinderter Kinder sich in Sehgeschädigtenschulen befindet als in Sprachbehindertenschulen.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen befassen sich mit dem Personenkreis der in Sehgeschädigtenschulen betreuten Kinder. Daher beziehen sich die folgenden Ausführungen auch nur auf diese Personengruppe. Das bedeutet aber natürlich nicht, daß in Sprachbehindertenschulen keine sehgeschädigten Kinder anzutreffen sind, sofern es sich bei ihnen nicht um Blindheit, sondern um Sehbehinderungen stärkeren oder schwächeren Ausmaßes handelt.

2. Untersuchungen zum Problemkreis Sprachbehinderung und Sehschädigung

2.1 Bisher vorliegende Untersuchungen

Sieht man die großen Lehrbücher der Sprachbehindertenpädagogik wie z. B. *Luchsinger/Arnold* (1970), *Becker/Sovak* (1975), *Seeman* (1969) u. a. auf Hinweise durch, die sich auf den Zusammenhang von Sprache und Gesichtssinn beziehen, so kann man feststellen, daß alle Autoren auf die Erschwerung des Spracherwerbs durch die fehlende oder eingeschränkte optische Sprachperzeption hinweisen.

Obwohl schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts das Problem der kombiniert auftretenden Sehschädigung und Sprachbehinderung von Blindenpädagogen erkannt wurde, kam es im deutschsprachigen Raum erst nach dem Zweiten Weltkrieg zu einer systematischeren, gezielteren Auseinandersetzung mit diesem Fragenkomplex.

Elstner (1974) therapiert seit über 20 Jahren sehgeschädigte und zugleich sprachbehinderte Kinder, die das Wiener Blindenerziehungsinstitut besuchen. Die Ergebnisse seiner jahrelangen Arbeit veröffentlichte er in verschiedenen Fachzeitschriften. Außerdem berichtete er auf mehreren Kongressen über die Erfahrungen, die er mit sprachbehinderten, sehgeschädigten Kindern sammeln konnte.

Zuckrigl (1968) stellte Ende der sechziger Jahre die Resultate, die bei Schülern des 2./3. Grundschuljahres an allgemeinbildenden Schulen (*Ptock*), an Sonderschulen für Blinde und Sehbehinderte (*Häusler*) und bei lernbehinderten Schülern an Sehgeschädigtenschulen (*Knölke, Häusler*) festgestellt wurden, zusammen und verglich sie.

Im Rahmen des Studiums der Sonderpädagogik wurden von *R. Häusler* (1968), *B. Knölke* (1967), *E. Korsch* (1969), *H. Schrimpf* (1973), *R. Täuber* (1974) und *G. Wolf* (1972) Examensarbeiten angefertigt, die sich mit verschiedenen Aspekten des Problemkreises Sprachbehinderung und Sehschädigung auseinandersetzen. Diese Arbeiten wurden bisher nicht veröffentlicht, doch referierten *Zuckrigl* (1968, 1970, 1975), *Wegbrod* (1971), *Hudelmayer* (1975), *Elstner* (1971 a, 1971 b, 1974) und *Mersi* (1975) zumindest teilweise die ermittelten Ergebnisse.

Fischer (1975) veröffentlichte die Resultate, die er bei der Untersuchung der Spontansprache sehgeschädigter und sehender Zweitkläßler, die er sorgfältig nach mehreren Gesichtspunkten miteinander parallelisiert hatte, festhalten konnte.

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Angaben der genannten Autoren. Nicht berücksichtigt wird die nicht-deutschsprachige Literatur zum Thema.

2.2 Einige wesentliche Untersuchungsergebnisse

Elstner (1971 a, 1971 b, 1974), *Zuckrigl* (1968, 1970, 1975), *Häusler* (nach *Elstner* und nach *Zuckrigl*), *Knölke* (nach *Elstner* und nach *Zuckrigl*), *Korsch* (1969) und *Schrimpf* (1973) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß sehgeschädigte Kinder häufiger sprachbehindert sind als sehende Altersgenossen. Sie ermittelten an Sehgeschädigtenschulen einen Anteil von etwa 40—60 % sprachbehinderten Schülern, insbesondere wenn man die ersten Schuljahrgänge untersucht. Für sehende Schulanfänger wurden dagegen von *Schulze/Teumer* (1974) Prozentwerte von etwa 27 % angegeben.

Weiterhin konnte festgestellt werden, daß blinde Kinder häufiger unter Sprachbehinderungen leiden als sehbehinderte, und daß die sehgeschädigten Kinder umso eher von Sprachbehinderungen betroffen sind, je früher die Sehschädigung bei ihnen auftrat.

Die verschiedenen Sprachbehinderungen sind bei Sehgeschädigten nicht nur häufiger als bei Normalsichtigen zu finden, sie sind auch in ihrem Vorkommen anders verteilt. Stammelfehler machen zwar auch bei Sehgeschädigten den weitaus größten Teil aller sprachlichen Auffälligkeiten aus, doch spielen die anderen Sprachbehinderungen eine bedeutendere Rolle als bei sehenden Kindern. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Phänomen des M-N-Verwechselns bei Blinden. Bei sehenden Kindern tritt diese Form des Stammelns kaum isoliert auf, sondern allenfalls im Rahmen von multiplen Dyslalien.

Außerdem konnte festgestellt werden, daß Sehgeschädigte häufiger mehrere Sprachbehinderungsarten gleichzeitig aufweisen als Sehende.

Festzuhalten bleibt noch das Ergebnis, daß sehgeschädigte und zugleich lernbehinderte Kinder prozentual häufiger sprachbehindert sind und mehr Sprachstörungen gleichzeitig aufweisen als sehgeschädigte normalbegabte Kinder und als lernbehinderte sehende Kinder.

Die Ergebnisse der genannten Autoren stimmen nicht völlig überein. Bestehende Differenzen sind u.a. auf die durchgeführten Reihenuntersuchungen (*Häusler*, *Knölke*, *Zuckrigl* [1968], *Korsch*) zurückzuführen, die nicht unbedingt die Gewähr bieten, alle etwaigen Sprachbehinderungen in der kurzen Zeit, die für die Prüfung zur Verfügung steht, zu diagnostizieren. Daher ist es erklärlich, daß *Elstner*, dessen Ergebnisse auf den Erfahrungen seiner langjährigen Sprachheilarbeit beruhen, zu höheren Angaben gelangt.

Fischer (1975) ermittelte bei seiner Erhebung, daß sehende und sehgeschädigte Zweitkläßler sich hinsichtlich der von ihm untersuchten Sprachindizes wie Wortschatz, Satzlänge, Komplexität der Sätze usw. nicht voneinander unterscheiden.

Seine Resultate stehen nicht im Widerspruch zu den von anderen Autoren ermittelten Angaben, da verschiedene Aspekte der Sprache Gegenstand der jeweiligen Untersuchungen waren. Während *Fischer* die Analysierung der gesprochenen Sprache ohne Berücksichtigung etwaiger Sprachbehinderungen in den Mittelpunkt seiner Untersuchung stellte, versuchten die anderen Autoren, die Sprachbehinderung zu erfassen.

2.3 Ursachen für diese Ergebnisse

Elstner und *Zuckrigl* versuchen, die Ursachen aufzuzeigen, die zu den oben dargelegten Ergebnissen geführt haben können. Durch die fehlende oder eingeschränkte optische Sprachperzeption ist es dem sehgeschädigten Säugling nicht oder nur erschwert möglich, die Artikulationsstellung abzusehen und die Artikulationsorgane zu erkennen. Weiterhin kann er die sprachlichen Äußerungen begleitende Mimik und Gestik nicht verfolgen und durch Nachahmung lernen. Während das sehende Kleinkind durch die permanent erfolgenden Anreize seiner Umwelt, die es durch seinen Gesichtssinn aufnimmt, ständig Sprechreize erhält und daraufhin seinen Kundgabeapparat in Bewegung setzt, lallt das sehgeschädigte Kind infolge fehlender optischer Sprechreize nicht so intensiv, sein Wortschatz ist zu Beginn der Sprachentwicklung erheblich geringer und auch in seiner Umwelterfahrung steht es hinter dem sehenden Kind deutlich zurück. Die mangelnden Sprechreize und das nicht so häufig erfolgende Lallen führen auch beim Training der Sprechwerkzeuge zu einem Rückstand.

Das sehgeschädigte Kind ist häufig Spannungssituationen infolge unverständlicher, beängstigender Vorgänge in seiner Umwelt ausgesetzt. Derartige Spannungen können sich nachteilig auf die Sprache auswirken, indem es zu psychisch bedingten sprachlichen Auffälligkeiten wie z.B. Stottern kommt.

Der Grad und der Zeitpunkt des Eintritts der Sehschädigung sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Ausprägung etwaiger Sprachbehinderungen.

Wie jedes behinderte Kind ist auch das sehgeschädigte Kind in vermehrtem Maße extremen Erziehungssituationen wie Verwahrlosung oder Überbehütung ausgesetzt. Beide Möglichkeiten können sich nachteilig auf die gesamte Entwicklung des Kindes auswirken, u.a. also auch auf die sprachliche Entwicklung.

Hirnorganische Defekte können die gemeinsame Ursache für Sprachbehinderungen und Sehschädigungen bilden. Da Sehschädigungen häufig auf hirnorganischen Schädigungen beruhen — das Auge stellt eigentlich einen vorgelagerten Teil des Gehirns dar —, ist es leicht möglich, daß von der Schädigung auch andere als nur die für das Sehen verantwortlichen Hirnregionen mitbetroffen sind.

Hier wäre auch das häufig in Mitleidenschaft gezogene Hörvermögen zu nennen. Da eine intakte Hörfähigkeit die Voraussetzung für einen normalen Spracherwerb bildet, sind als Folge eines eingeschränkten Hörvermögens häufig sprachliche Auffälligkeiten zu finden.

Für die von *Fischer* (1975) ermittelten Ergebnisse, die, wie bereits dargelegt, besagen, daß sehgeschädigte Zweitkläbler hinsichtlich ihrer gesprochenen Sprache — ohne Berücksichtigung eventuell vorhandener Sprachstörungen — sehenden Zweitkläblern nicht unterlegen sind, gibt der Autor selbst keine Erklärungsversuche, er konstatiert sie nur. Er stützt mit seinen Resultaten die Aussagen von *Hudelmayer* (1975), nach denen sehgeschädigte Kinder nicht grundsätzlich häufiger sprachliche Auffälligkeiten aufweisen als sehende Kinder.

2.4 Kritische Anmerkungen zu den Untersuchungen

Die von den genannten Autoren dargelegten Ergebnisse können nicht unreflektiert übernommen werden. An einigen Stellen der Untersuchungen zeigen sich gewisse Unzulänglichkeiten, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse etwas fragwürdig erscheinen lassen, wenn nicht weitere Untersuchungen die ermittelten Resultate unterstreichen und erhärten.

Elstner vergleicht seine bei Schulanfängern gewonnenen Ergebnisse mit denen anderer Autoren. Er hat die Probanden nur hinsichtlich des einen Merkmals, daß sie nämlich Schulanfänger sind, miteinander parallelisiert. Das Alter ist zwar ein wesentlicher Faktor, der die Sprachentwicklung beeinflusst. Mindestens ebenso bedeutsam sind aber andere Faktoren für die Ausbildung der Sprache, wie z.B. die Schichtzugehörigkeit.

Es kann als erwiesen gelten, daß Unterschichtskinder hinsichtlich der Entwicklung ihrer sprachlichen Fähigkeiten gegenüber Kindern höherer Schichten benachteiligt sind. Da aber Unterschichtskinder bei den Schülern der Sehgeschädigtenschulen überrepräsentiert sind (*Rath* 1974), scheint es eine logische Folgerung zu sein, daß an Sehgeschädigtenschulen in vermehrtem Maß sprachliche Auffälligkeiten zu finden sind. Dabei ist nicht gesagt, daß dieses vermehrte Auftreten auf den Faktor Sehgeschädigung zurückzuführen ist, es könnte ebenso auf dem Faktor Unterschichtszugehörigkeit beruhen.

Auch der Grad der vorhandenen Intelligenz beeinflusst die Entwicklung der Sprache. Da *Elstner* nicht auf die Ergebnisse von Intelligenzuntersuchungen zurückgreifen kann, gibt er als Kriterium für die Vergleichbarkeit seiner Schüler mit denen anderer Untersuchungen die Tatsache an, daß sie alle Einrichtungen besuchen, in denen nach dem Normallehrplan unterrichtet wird. Dieses Kriterium ist nicht ausreichend.

Es ist schon bei sehenden Schulanfängern schwierig, zwischen einer eventuell bestehenden leichten Lernbehinderung und einer Entwicklungsverzögerung zu unterscheiden. Um diese Kinder nicht schon zu Beginn ihrer schulischen Laufbahn als lernbehindert abzustempeln und ihnen die Möglichkeit zu geben, mit Hilfe der schulischen Fördermöglichkeiten ihre Lernbehinderung zu kompensieren bzw. ihren Entwicklungsrückstand aufzuholen, werden sie normalerweise in Regelschulen aufgenommen.

Noch schwieriger ist eine Unterscheidung zwischen leichter Lernbehinderung und Entwicklungsverzögerung bei sehgeschädigten Schulanfängern. Außerdem ist erwiesen, daß in leichtem Maß lernbehinderte, vermutlich auch entwicklungsverzögerte Kinder sich in der Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten an den Menschen ihrer Umgebung orientieren. Die Wahrscheinlichkeit, eine leichte Lernbehinderung auszugleichen, ist also umso größer, wenn das betroffene Kind mit normalbegabten Kindern zusammen ist. Ergebnisse, die in diese Richtung weisen, hat auch *Zuckrigl* (1968) veröffentlicht, indem er die von *Knölke* (1967) bei lernbehinderten Sehgeschädigten, die entweder isoliert oder zusammen mit normalbegabten Sehgeschädigten aufwachsen, in bezug auf Sprachbehinderungen ermittelten Ergebnisse referiert hat.

Die relativ kleine Anzahl von Schülern pro Klasse in Sehgeschädigtenschulen ermöglicht u.U. auch ein Eingehen auf die Schwierigkeiten, die sich durch eine zusätzliche Lernbehinderung ergeben.

Behinderte Kinder werden, wie bereits erwähnt, in der Regel sofort der Schule zugewiesen, die für ihre gravierendste Behinderung — in der Mehrzahl der Fälle wird die Sehschädigung als schwerwiegendste Behinderung angesehen — zuständig ist. Es

gibt zwar eine ausreichende Anzahl von Bildungseinrichtungen für normalbegabte »nur« sehgeschädigte Kinder. Es gibt aber keine ausreichende Anzahl von Einrichtungen für mehrfachbehinderte sehgeschädigte Kinder, in denen sie angemessen gefördert werden können. Demzufolge wird häufig versucht, Grenzfälle, d.h. Kinder, die über eine nur leichte zusätzliche Behinderung verfügen, nach Möglichkeit in den Institutionen bzw. Abteilungen für »normale« sehgeschädigte Kinder zu belassen.

Man kann also nicht ohne weiteres davon ausgehen, daß sehgeschädigte und sehende Schulanfänger hinsichtlich ihrer Intelligenz grundsätzlich miteinander vergleichbar sind, wenn sie Regelschulen bzw. Schulen für normalbegabte Sehgeschädigte besuchen.

Nicht alle Autoren haben in ihren Untersuchungen berücksichtigt, ob die Hörfähigkeit ihrer Probanden intakt oder eingeschränkt war. Da ein uneingeschränktes Hörvermögen aber die Voraussetzung für einen normalen Spracherwerb darstellt, andererseits an Sehgeschädigtenschulen häufiger Kinder mit Hörschäden zu finden sind als an Regelschulen, müßten folgerichtig an Sehgeschädigtenschulen in vermehrtem Maße sprachliche Auffälligkeiten auftreten. Die Sprachbehinderungen müssen dann nicht auf der Sehschädigung beruhen, sondern können auch durch die verminderte Hörfähigkeit verursacht worden sein. Es handelt sich dann zumeist um Mehrfachbehinderungen, denen eine gemeinsame Ursache, eine frühkindliche Hirnschädigung, zugrunde liegt.

Das Ergebnis von *Elstner* (1971 a, 1974) und *Häusler* (nach Elstner), daß in späterem Alter Erblindete seltener an Sprachbehinderungen leiden als Früherblindete erscheint einleuchtend zu sein, da der Spracherwerb zum Zeitpunkt des Eintritts der Schädigung bereits weitgehend abgeschlossen war. Andererseits ist dieser Personenkreis eher anfällig für psychisch bedingte Sprachstörungen. Wenn man die von *Elstner* (1971 a, 1974) veröffentlichten Zahlen betrachtet, fällt die geringe Population (11 bzw. 14 Personen, davon 1 bzw. 3 sprachbehinderte) auf. Prozentangaben, die auf einer so kleinen Gruppe von Versuchspersonen beruhen, haben keinen Aussagewert, da sie statistisch nicht abgesichert sind und die Gefahr eines zufälligen Ergebnisses zu groß ist.

2.5 Folgerungen aus den Untersuchungsergebnissen für die Praxis

Festzuhalten bleibt die Tatsache, daß Sprachbehinderungen an Sehgeschädigtenschulen prozentual häufiger auftreten als an Regelschulen. Aus dieser Tatsache lassen sich mehrere Folgerungen ableiten:

- An Sehgeschädigtenschulen sollten, wie *Zuckrigl* (1968, 1971, 1975) es fordert, Fachleute für Sprachbehindertenpädagogik tätig sein. Dabei kann es sich entweder um Sehgeschädigtenpädagogen mit einer Zusatzausbildung in Sprachbehindertenpädagogik handeln oder um Sprachbehindertenlehrer mit grundlegenden sehgeschädigtenpädagogischen Kenntnissen.
- Weiterhin sollte ein Grundkurs über Sprachbehindertenpädagogik in die Sehgeschädigtenlehrrausbildung aufgenommen werden, so wie es im Institut für Hör-, Sprach- und Sehgeschädigtenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg bereits üblich ist. Ein derartiger Grundkurs soll die Lehrer in die Lage versetzen, sprachliche Auffälligkeiten zu erkennen, die betroffenen Kinder an Fachleute zu überweisen und gezielte therapeutische Maßnahmen zu unterstützen.
- Es sollten Sprachheilkurse und Therapiezeiten für Einzelbehandlung in den Stundentafeln der Sehgeschädigtenschulen berücksichtigt werden.
- Um eine sprachtherapeutische Behandlung so effektiv wie möglich zu gestalten,

sollten auch die Eltern, die Heimerzieher und die anderen Lehrer für die unterstützende Mitarbeit gewonnen und ihnen praktische Hinweise an die Hand gegeben werden.

- Der Sehgeschädigtenpädagoge, der sich gezielt mit der Frühbetreuung auseinandersetzt, sollte über grundlegende Kenntnisse der Sprachbehindertenpädagogik verfügen. Wenn im Rahmen der Frühbetreuung nicht nur die sehgeschädigten-spezifischen Probleme angegangen, sondern auch die Sprachentwicklung und evtl. sich manifestierende sprachliche Auffälligkeiten sorgfältig beobachtet werden, läßt sich das Übergehen von reinen Auffälligkeiten zu Sprachbehinderungen häufig durch den Einsatz gezielter Maßnahmen vermeiden. Grundsätzlich gilt auch hier die These: Je früher eine Therapie einsetzt, um so erfolversprechender ist sie.

Eine Sprachtherapie bei sehr jungen Kindern muß aber besonders behutsam erfolgen, da die Gefahr besteht, daß sich die bestehenden Auffälligkeiten verstärken und eventuell sogar neue hinzutreten. Außerdem muß man die enormen zeitlichen Unterschiede bei der normalen sprachlichen Entwicklung berücksichtigen. Man kann erst dann von sprachlichen Auffälligkeiten sprechen, wenn es sich nicht mehr um physiologisches Stottern, Stammeln oder Dysgrammatismus handelt und der überwiegende Teil der gleichaltrigen Kinder nicht mehr diese Besonderheiten aufweist.

Da in den Untersuchungen von Häusler (1968), Knölke (1967) und Korsch (1969) festgestellt wurde, daß die mehrfachbehinderten Kinder in Sehgeschädigtenschulen — Sprachbehinderungen wurden bei der Zuordnung zu den Mehrfachbehinderungen ausgeklammert — häufiger Sprachbehinderungen aufweisen als »nur« blinde Kinder, ist es unbedingt notwendig, gerade diesen Personenkreis gezielt sprachheilpädagogisch zu betreuen. Das bedeutet, daß der Sehgeschädigtenpädagoge, der mit diesen Kindern arbeitet, sich auch mit den Problemen der Sprachbehindertenpädagogik auseinandergesetzt haben sollte.

3. Hinweise zur Sprachtherapie bei sehgeschädigten Kindern

3.1 Grundsätzliche Bemerkungen zur Sprachtherapie

Ein wichtiger Grundsatz ist es, eine gelockerte Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind sich wohlfühlt. Um die Sprachbehinderungen genau diagnostizieren und angehen zu können, müssen Sprechkanäle geschaffen werden, die das Kind zum Reden anregen.

Die wichtigsten Hilfsmittel stellen hierbei das Spiel, insbesondere das mit Puppen, Kasperle-Puppen usw. und bildliche, das Kind ansprechende Darstellungen dar. Auf diese Hilfsmittel wird deshalb gern zurückgegriffen, weil das Kind die Situation bzw. den Gegenstand erkennen, benennen und beschreiben kann, ohne daß der Therapeut die zu übenden Wörter vorspricht.

Der Einsatz von Bildern, Bildgeschichten und Bilderspielen wie Lotto und Memory ist bei sehgeschädigten Kindern stark eingeschränkt. Statt dessen muß der Therapeut eine Vielzahl kleiner alltäglicher Gegenstände und Geräuschbänder zur Verfügung haben, die die Funktionen des Bildmaterials übernehmen. Bei der Zusammenstellung der Gegenstände und Geräusche muß unbedingt dem eingeschränkten Weltbild des sehgeschädigten Kindes Rechnung getragen werden. Beides, Gegenstände und Geräusche, sollen so sein, daß das Kind sie sofort und ohne irgendwelche Erklärungen von seiten des Therapeuten wiedererkennt. Die Gegenstände und Geräusche können wie das Bildmaterial beim sehenden Kind eingesetzt werden: Das Kind kann sie be-

nennen, beschreiben und dazu Geschichten erzählen. Dabei wird vermieden, daß der Therapeut unnötig viel selbst spricht.

Das Spiel mit Puppen ist bei Sehgeschädigten uneingeschränkt einsatzfähig. Das Spiel bietet die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit des Kindes von seiner Sprache abzulenken, was besonders bei der Therapie des Stotterns bedeutsam sein kann.

Wichtig ist die Einbeziehung der Bezugspersonen in den Behandlungsplan, um die Therapie zu unterstützen. Eine kontinuierliche Unterstützung der Therapiemaßnahmen ermöglicht eine kürzere und zugleich erfolversprechendere Sprachbehandlung.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Sprachtherapie bei sehgeschädigten Kindern nicht grundsätzlich anders ist als bei sehenden. Sie muß aber hinsichtlich der spezifischen Bedürfnisse der sehgeschädigten Kinder modifiziert werden.

Im folgenden sollen einige Hinweise zur Therapie der häufigsten Sprachbehinderung, des Stammelns, gegeben werden.

3.2 Zur Therapie des Stammelns

Bevor eine Anbildung bzw. Umbildung des verstammelten Lautes beginnen kann, müssen die Hörfähigkeit und die Funktionstüchtigkeit der Artikulationsorgane geprüft werden. Nach eventuell notwendiger medizinischer Versorgung bzw. wenn nur eine Schwäche im Bereich des Hörens vorliegt, können systematische Übungen einsetzen, um den Hörsinn zu trainieren. In diesen Bereich gehören Übungen wie Erkennen von Geräuschen, die Unterscheidung ähnlicher Geräusche, das Verfolgen und Suchen einer Geräuschquelle, das Erkennen der Bodenbeschaffenheit an Schrittgeräuschen, das Erkennen von Gegenständen am Geräusch des Fallens und Aufschlagens auf den Boden, das Orten von Geräuschen, das Heraushören von Geräuschen aus einer Geräuschkulissee, usw. Mit sehgeschädigten Kindern können nicht genug Hörübungen gemacht werden, da ein gut geschultes Gehör einen äußerst hilfreichen Sinn für den Sehgeschädigten darstellt. Die Fähigkeit, die vom Gehör empfangenen Daten gut auswerten zu können, ist die Voraussetzung für eine zunehmende Mobilität des Blinden, d.h. für das Erlernen des Langstock-Gehens.

Falls die Funktionstüchtigkeit der Artikulationsorgane eingeschränkt ist, müssen Übungen einsetzen, die die Zungen-, Lippen-, Unterkiefer- und Gaumensegelbeweglichkeit trainieren. Derartige Übungen sollten nach Möglichkeit in Form spielerischer Handlungen verlaufen, um bei den Kindern die Motivation zur Mitarbeit hervorzurufen bzw. zu erhalten.

Da das blinde oder stark sehbehinderte Kind die Artikulationsstellung und die Lippenmotorik nicht beim Therapeuten absehen kann, müssen ihm diese anderweitig klargemacht werden. Wenn der zu übende Laut an- bzw. umgebildet wird, müssen taktile Hilfsmittel eingesetzt werden. *Elstner* (1971 a, 1974) schlägt vor, die Artikulationsorgane und -stellung so weit wie möglich abtasten zu lassen. Natürlich leisten auch Modelle gute Dienste, um die Stellung der Artikulationsorgane innerhalb des Mund-, Nasen- und Rachenraumes zu veranschaulichen.

Damit die eigene gesprochene Sprache mit dem vorgesprochenen Wort des Therapeuten verglichen werden kann, sollte ein Language-Master eingesetzt werden. Er ist für die Arbeit mit Sehgeschädigten ebenso gut geeignet wie für die mit Sehenden.

Wenn das Kind den neu gelernten Laut in der Übungssprache beherrscht, muß er langsam auch in die Spontansprache übergehen. *Elstner* (1971 a, 1974) schlägt vor, den zu übenden Laut im Punktschrifttext zu lackieren, auszustanzten oder aufzukleben, um dem Kind beim Lesen eine Erinnerungshilfe zu geben.

4. Ansatzpunkte für weitere Arbeiten zum Problemkreis Sprachbehinderung und Sehschädigung

4.1 Theoretische Untersuchungen

Um die bisher veröffentlichten Ergebnisse zu erhärten, zu präzisieren oder auch zu verwerfen, sollten weitere Untersuchungen sich mit diesem Fragenkomplex beschäftigen.

Eine Möglichkeit wäre es, wie *Fischer* (1975) vorzugehen und nach sorgfältiger Parallelisierung zwei Gruppen sehgeschädigter und sehender Kinder zusammenzustellen und diese hinsichtlich etwaiger Sprachbehinderungen zu untersuchen. Wesentliche Merkmale für die Parallelisierung müßten u.a. Milieu, Erziehungsgeschichte, Schichtzugehörigkeit, Hörfähigkeit, Geschlecht, Intelligenz sein. Das Alter dürfte nur bedingt in die Parallelisierung eingehen, da sehgeschädigte Kinder häufig in ihrer Entwicklung verzögert sind.

Eine Erschwerung für die Parallelisierung stellt die Internatsunterbringung dar. Die meisten sehgeschädigten Kinder leben wegen der großen Entfernung zwischen Elternhaus und Sehgeschädigtenschule im Internat. Die größte Anzahl der sehenden Kinder lebt dagegen im Elternhaus. Da die Frage der Internatsunterbringung in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin weitgehend entfällt, wäre es sinnvoll, eine derartige Untersuchung in den dortigen Schulen vorzunehmen.

Eine Untersuchung aller Schüler von Sehgeschädigtenschulen hinsichtlich sprachlicher Auffälligkeiten könnte unter Berücksichtigung von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Intelligenz, Hörfähigkeit, Erziehungsgeschichte, Zeitpunkt des Eintritts der Sehschädigung eventuell Hinweise liefern auf das Bedingungsgefüge, das in vermehrtem Maße zu Sprachbehinderungen führen kann.

Interessant wäre auch eine Untersuchung aller sehgeschädigten Schüler, die Sprachheilschulen besuchen. Ein Vergleich dieser Schülergruppe mit den Schülern, die sich in Sehgeschädigtenschulen befinden, gibt vielleicht Aufschluß über die Faktoren, die zu dem unterschiedlichen Schulbesuch führen. Ein Faktor, der in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt, ist sicher der Grad der Sehschädigung.

Eine gezielte Untersuchung der Kinder, die sich noch nicht im schulpflichtigen Alter befinden, könnte die These erhärten oder verwerfen, die optische Sprachperzeption habe so großen Einfluß auf die Sprachentwicklung, daß der Ausfall oder die Einschränkung des Gesichtssinnes wirklich als Ursache für eine verzögerte Sprachentwicklung und eventuell für das vermehrte Auftreten von Sprachbehinderungen anzusehen ist.

4.2 Erarbeitung von Konzepten zur Sprachtherapie bei sehgeschädigten Kindern

Ebenso wichtig wie die Erstellung weiterer Untersuchungen zum Problemkreis Sprachbehinderung und Sehschädigung ist die Erarbeitung konkreter Konzepte für die Sprachbehandlung bei Sehgeschädigten, damit die betroffenen Kinder adäquat therapiert werden können.

In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung von genormtem Testmaterial zu nennen, mit dessen Hilfe sehgeschädigte und sehende Kinder gleichermaßen hinsichtlich ihrer Sprache überprüft werden können. Bisher fehlt derartiges Material, so daß alle Untersucher auf das für Sehende gültige Material zurückgreifen und eine Auswahl entsprechend den sehgeschädigtenspezifischen Erfordernissen treffen mußten (z. B. Bildmaterial ausschalten). Erst wenn derartiges Material vorliegt, sind eine adäquate Überprüfung und ein aussagekräftiger Vergleich der Ergebnisse möglich.

Für die sprachtherapeutische Arbeit mit »nur« sehgeschädigten Kindern wäre es wichtig, unter Beachtung sehgeschädigtenspezifischer Besonderheiten Konzepte auszuarbeiten. Diese Aufgabe ist von einigen Heidelberger Studenten (Wolf 1972, Täuber 1974) angegangen worden. Sie haben Sigmatikertherapien für Blinde und hochgradig Sehbehinderte entwickelt.

Wichtig wäre es, für den in der Frühbetreuung tätigen Personenkreis wie Frühbetreuer, Vorklassenleiter und Eltern Hinweise zu erarbeiten, mit deren Hilfe die Sprachentwicklung beobachtet, bei Bedarf gefördert und sprachliche Fehlentwicklungen beseitigt werden können. Einen Schritt in diese Richtung stellen die Louis-Braille-Briefe dar. In einigen von ihnen werden konkrete Hilfen zur Förderung der Sprachentwicklung gegeben.

Sehr wesentlich ist auch die Erstellung von Konzepten für die Sprachtherapie bei geistig- und lernbehinderten Kindern, da diese nach eigenen Gesetzmäßigkeiten verlaufen muß. Ein Grundsatz für die Sprachtherapie bei diesem Personenkreis wäre z. B. die Beachtung besonders kleiner Lernschritte.

Als eine Voraussetzung für die Verwirklichung derartiger Konzepte ist der Einsatz von Fachleuten, d. h. von Sehgeschädigtenpädagogen bzw. Sprachheilpädagogen mit entsprechender Zusatzausbildung bei der Sprachtherapie sehgeschädigter Kinder anzusehen. Die andere Voraussetzung stellt die Berücksichtigung von Therapiezeiten — Therapiestunden, Sprachheilkurse usw. — in den Stundentafeln der Sehgeschädigtenschulen dar.

Beide Voraussetzungen sind noch nicht überall und nicht in ausreichendem Maß verwirklicht worden. Doch befinden sich die Sehgeschädigtenschulen auf dem Weg zu einer adäquateren Förderung ihrer mehrfachgeschädigten Kinder, zu denen auch die sprachbehinderten sehgeschädigten Schüler gehören.

Literatur:

- Becker, K.P./Sovak, M.: Lehrbuch der Logopädie. Köln 1975.
- Elstner, W.: Blindheit und Sprachstörungen. Heilpädagogische Forschung, Bd. III (1971 a) 2, S. 225—252.
- Elstner, W.: Sprachstörungen bei sehbehinderten Schulanfängern. In: Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Hamburg 1971 b, S. 69—77.
- Elstner, W.: Sprachheilunterricht bei Sehgeschädigten. In: XXVII. Deutscher Blindenlehrerkongreß, Kongreßbericht. Hannover 1974, S. 92—105.
- Fischer, H.: Sprachliche Leistungen blinder und hochgradig sehbehinderter Grundschul Kinder — Ergebnisse einer empirischen Untersuchung formaler sprachlicher Leistungen mit Hilfe verschiedener Sprachindizes. Sehgeschädigte (1975) 5, S. 64—85.
- Häusler, R.: Sprachbehinderungen an Sonderschulen für Sehbehinderte und Blinde. Zulassungsarbeit (unveröffentlicht). Heidelberg 1968, nach: Elstner, W.: 1971 a, 1971 b, 1974 und nach Zuckrigl, A.: 1968, 1970, 1975.
- Hartmann, N.: Probleme der Mehrfachschädigung sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 1, S. 13—20.
- Hudelmayer, D.: Die Erziehung Blinder. In: Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 52, Sonderpädagogik 5. Stuttgart 1975, S. 139—223.
- Knölke, Berta: Sprachstörungen bei Lernbehinderten in Blindenschulen. Zulassungsarbeit (unveröffentlicht). Heidelberg 1967, nach: Elstner, W.: 1971 a, 1974 und nach Zuckrigl, A.: 1968, 1970.
- Knura, Gerda: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 35, Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974, S. 103—198.
- Korsch, Elise: Untersuchungen zur Häufigkeit von Hör- und Sprachstörungen bei blinden und sehbehinderten Kindern. Examensarbeit (unveröffentlicht). Hamburg 1969.
- Luchsinger, R./Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien/New York 1970.

- Mersi, F.: Die Erziehung Sehbehinderter. In: Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 52, Sonderpädagogik 5. Stuttgart 1975, S. 139—223.
- Rath, Waldtraut: Empirische Untersuchungen zur Organisation von Sonderschulen. Berlin 1974.
- Schrimpf, H.: Sprachstörungen bei Schülern an Sehbehindertenschulen. Zulassungsarbeit (unveröffentlicht). Heidelberg 1973.
- Schulze, A./Teumer, J.: Untersuchungen über Vorkommen und Häufigkeit von Sprachschädigungen im Vorschul- und Schulalter. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 6, S. 161—174 und 19 (1974) 1, S. 1—14.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1969.
- Solarova, Svetluse: Mehrfachbehinderte — Ursachen, Erscheinungsformen und Auswirkungen. In: Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 52, Sonderpädagogik 5. Stuttgart 1975, S. 225—272.
- Täuber, Renate: Zur methodischen Gestaltung einer Sigmatakertherapie bei blinden und hochgradig sehbehinderten Kindern im Vorschul- und Schulalter. Zulassungsarbeit (unveröffentlicht). Heidelberg 1974.
- Wegbrod, O.: Die Häufigkeit von Sprachstörungen bei Sehbehinderten und Blinden. In: Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Hamburg 1971, S. 65—69.
- Wolf, G.: Sigmatismusbehandlung bei blinden Kindern. Zulassungsarbeit (unveröffentlicht). Heidelberg 1972.
- Zuckrigl, A.: Sprechprüfungen im 2./3. Grundschuljahr allgemeiner Schulen, an Sonderschulen für Sehbehinderte und Blinde und bei Lernbehinderten an Blindenschulen. Die Sprachheilarbeit 13 (1968) 4, S. 249—257.
- Zuckrigl, A.: Das sprachgestörte blinde Kind. In: XXVI Deutscher Blindenlehrerkongreß, Kongreßbericht. Hannover 1970, S. 74—79.
- Zuckrigl, A.: Sprachstörungen bei sehgeschädigten Kindern. In: Hartmann, N. (Hrsg.): Beiträge zur Pädagogik der Mehrfachbehinderten, Bd. 1, Neuburgweier 1975², S. 214—221.

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Schmidt, Seesener Str. 74, 1000 Berlin 31.

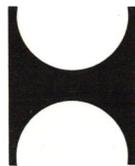
Wir suchen für unsere Klinik für med. Rehabilitation und Geriatrie in Hannover-Kirchrode (Chefarzt Dr. Rustemeyer) eine

Logopädin

Die 1973 eröffnete Bundesmodellklinik (101 Betten) verfügt über eine Vielzahl von therapeutischen Einrichtungen auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation.

Wir bieten eine Vergütung nach AVR des Diakonischen Werkes (in Anlehnung an BAT), 13. Gehalt, Sozialleistungen, zusätzliche Altersversorgung.

Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugniskopien an die Personalabteilung der



HENRIETTENSTIFTUNG

Marienstr. 80-90 · 3000 Hannover · ☎ (0511) 8112-500

Nachruf

Unser Ehrenmitglied, Frau **Martha Friedländer**, ist am 19. Mai 1978 nach langem schweren Leiden im 82. Lebensjahr heimgegangen.

Frau Friedländer übernahm 1946, aus der Emigration nach Deutschland zurückgekehrt, die Leitung der Schwerhörigen- und Sprachheilschule in Bremen. Sie begann unter den schwierigsten äußeren Bedingungen ihre Arbeit, um mit ihrer ganzen Kraft den behinderten Kindern zu helfen. Rüstzeug für diese umfassende Arbeit gaben ihr die reichen beruflichen Erfahrungen aus der Zeit vor 1933 in Görlitz und Berlin.

Frau Friedländer hat in Veröffentlichungen, Vorträgen und Gesprächen ihr großes Wissen, ergänzt durch Besuche von Kongressen, persönlichen Kontakten mit Fachpädagogen aus dem In- und Ausland, vielen Menschen weitervermittelt. Unermüdlich und rastlos hat Frau Friedländer ihre Arbeit für die Schule geleistet und war darüber hinaus in großer Hilfsbereitschaft für alle da, die sich in Not an sie wandten.

Wir älteren Mitarbeiter, die Frau Friedländer schätzten und verehrten, werden ihr ein ehrendes Andenken bewahren. Klaus Ortgies

Umschau

Der Bundesverband

»Hilfe für das autistische Kind« e. V.

veranstaltet anlässlich seiner 4. Bundestagung am 24.—25. 11. 1978 einen Kongreß im Nordwest-Zentrum in Frankfurt.

Thema: »Therapie und schulische Förderung autistischer Kinder als Voraussetzung für eine soziale Rehabilitation.«

Auf diesem Kongreß werden führende Fachleute aus modellhaften Autismus-Schulen und Projekten in Amerika und England spezielle therapeutische Methoden, Struktur, Lernorganisation und Ergebnisse ihrer Institutionen darstellen.

Weiter werden therapeutische Institutionen, Modelle und Versuche des deutschsprachigen Raumes vorgestellt. Außerdem sollen Frühförderungsprogramme, Funktion, Inhalte und Ergebnisse von Eltern/Lehrer-Trainingsprogrammen diskutiert werden.

Voraussichtliche Tagungsgebühr: DM 50,— (für Eltern und Studenten: DM 25,—).

Anmeldung ab sofort an: Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind« e. V., Bebelallee 141, 2000 Hamburg 60. Tel. (040) 511 56 04.

An der **Landeslinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau** ist erstmals die Stelle

eines Logopäden / einer Logopädin

zu besetzen. Die Landeslinik Nordschwarzwald ist eine vom Land Baden-Württemberg neu errichtete Psychiatrische Klinik mit eigenständigen neurologischen und kinder-jugendpsychiatrischen Fachabteilungen. Die Stelle eines Logopäden/ einer Logopädin ist neu geschaffen worden. Die logopädische Tätigkeit wird sich vorwiegend auf die Patienten der neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen erstrecken. Bei den neurologischen Patienten stehen Aphasiestörungen im Vordergrund, bei den Kindern Sprachentwicklungsstörungen (Stottern, Autismus, Legasthenie).

Die Klinik liegt im nördlichen Schwarzwald oberhalb von Calw-Hirsau in 600 m Höhe. Bezahlung nach BAT. Appartements im Klinikgelände sowie sehr schöne Wohnungen in Calw-Hirsau stehen zur Verfügung.

Interessenten wenden sich bitte mit den üblichen Bewerbungsunterlagen an die Verwaltung der Landeslinik Nordschwarzwald, 7260 Calw-Hirsau, Tel. (07051) 1921.

Bücher und Zeitschriften

Joachim Wiechmann (Bearbeiter): Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West. Mit Anhang Österreich nach dem Stand vom 1. Januar 1978. Verlag und Vertrieb: Wartenberg & Söhne, 2000 Hamburg 50 Theodorstraße 41 w. 168 Seiten. Kartoniert. 32,— DM.

Die 5. Auflage dieses wichtigen Nachschlagewerkes liegt nunmehr vor. Dem Bearbeiter kann man für seine sehr erhebliche Mühe dankbar sein, diese Spezialquelle wieder einem weiten Kreis zugänglich gemacht zu haben. Immer wieder sucht man doch sozusagen »händeringend« nach Adressen von Einrichtungen und Personen, die Sprachgeschädigten helfen können. Das Auffinden von speziellen Hilfsmöglichkeiten ist nun wieder durch das nach den einzelnen Bundesländern geordnete Buch möglich. Die Sprachheileinrichtungen jedes Landes werden aufgeführt nach:

1. Beratung und ambulante Behandlung, 2. Vorschuleinrichtungen, 3. Schulen, 4. Heime, 5. Klinische Einrichtungen, 6. Sonstige Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten, 7. Landesärzte für Sprachgeschädigte und Landesbeauftragte für die Sprachgeschädigtenfürsorge.

Abschnitte über Studium und Ausbildung der Sprachheillehrer, über die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und andere Organisationen und Verbände, über Fachzeitschriften und ein Auszug aus gesetzlichen Bestimmungen erhöhen den Informationswert der Schrift erheblich. Man findet auch eine vollständige Mitgliederliste der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, der Logopäden und der Schule Schlawffhorst-Andersen.

Das Buch wird allen Einrichtungen und Mitarbeitern des Sprachheilwesens, darüber hinaus allen Sonderschulen, Schul-, Sozial- und Fürsorgebehörden und Krankenkassen zur Anschaffung empfohlen.

A.S.

G. Frank und P. Grziwotz: Spiele für Dysgrammatiker. Folge 2: Bildkarten zum Satzaufbau. Sprachheilzentrum 7980 Ravensburg, Hochgerichtstr. 46. 10,28 DM (+ Porto, Verpackung, Umsatzsteuer).

Der praktischen Arbeit im Sprachheilzentrum Ravensburg entspringend sind jetzt — neben den Übungen zu den Präpositionen — als weitere Folge der Spiele für Dysgrammatiker die »Bildkarten zum Sprachaufbau« erschienen.

Dieses Programm besteht aus 29 Blättern (dünnere Karton in DIN-A4-Format) und einer Lege-

tafel. Die Blätter werden in einzelne Kärtchen zerschnitten, und nun können die Satzmuster geübt und verändert werden; dabei ist die Legetafel als Gliederungshilfe gedacht. Jedes Verb ist vierfach als Symbolkarte dargestellt und farbig unterlegt (z. B. fängt / fängt nicht / fangen / fangen nicht), um die entsprechenden Satzformen zu ermöglichen.

Je nach Erfordernissen können Subjekt, Prädikat, Objekt geändert bzw. durch andere Kärtchen ersetzt werden. Dadurch wird spielerisch eine Vielzahl von Satzmustern ermöglicht.

In den Situationsbildern werden dann die eingeübten Sätze noch weiter gefestigt, variierend geübt und in der Spontansprache angewendet.

Mit diesem Material soll die grammatisch richtige Sprechweise durch Einübung von Satzmustern gefördert werden; darüber hinaus werden dadurch auch die allgemeine Sprachentwicklung, der Satzaufbau, die Speicherfähigkeit und die sprachliche Kreativität trainiert und berücksichtigt. Die einfachen, kindgerechten Darstellungen ermöglichen einen günstigen Einsatz vor allem auch im Vorschulalter.

Die Übungshilfen und -arbeitsmaterialien im Bereich der gezielten grammatischen Förderung sind relativ gering, und da könnte dieses Material eine bestehende Lücke schließen. Für den Einsatz in Vorschule, Grundschule und Ambulanz ist diese Folge — wie auch die übrigen — sehr zu empfehlen.

Eine Erweiterung und Vervollständigung dieses Programms durch Entwicklung ähnlich spezieller Serien wäre sehr wünschenswert.

T. Walther

Walter Piel: Kleines Lehrbuch der Lernpsychologie. Westermann Braunschweig 1977. 12,80 DM.

Auf knapp 100 Seiten wird in diesem Buch ein kritischer Überblick über die empirische Lernforschung der letzten 100 Jahre gegeben. Der Autor beginnt bei *Pawlows* Klassischem Konditionieren, referiert dann *Ebbinghaus'* Kognitiv-Assoziatives Gedächtnislernen, *Thorndikes* Lernen durch Versuch und Irrtum, behavioristische bzw. neobehavioristische Lernkonzepte (*Guthrie, Hull, Skinner, Tolman*), Gestaltpsychologische Konzepte (*Köhler, Koffka, Lewin*) sowie das Modelllernen nach *Bandura* und schließt mit einem Kapitel über das Lernen von Motiven durch die *Ach-Mierkesche*

Objektion. Die Vorstellung des letztgenannten und bislang wenig beachteten Modells ist dem Autor ein besonderes Anliegen. Jedes lerntheoretische Modell wird dargestellt hinsichtlich seiner theoretischen Positionen, der experimentellen Befunde sowie seiner pragmatischen Auswirkungen auf Pädagogik (auch Sonderpädagogik) und Psychotherapie. Dabei werden die vorgestellten Konzepte aufeinander bezogen und ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufgezeigt. Nach Auffassung des Autors müssen die Konzepte nicht zwingend als konkurrierend gesehen werden, da sie — mit Ausnahme von Pawlows Klassischem Konditionieren — keine jeweils in sich geschlossenen Lerntheorien darstellen; vielmehr erklärten sie jeweils verschiedene Lernarten: das Erlernen von Signalen, von Handlungen, von Wissensbeständen und von Motiven.

In Form von Exkursen behandelt der Autor einige der einzelnen Konzepte übergeordnete Fragen, z. B. »Theoretische Begriffe«, »Definitionsarten« oder »Theorien zum Leib-Seele-Problem«. Bei letzterem fällt auf, daß die pro-

noncierten Positionen der marxistischen Psychologie hierzu nicht referiert werden (wie auch insgesamt das Konzept des Lernens als Aneignungsprozeß nicht in das Lehrbuch mitaufgenommen ist).

Insgesamt fällt die Darstellung der verschiedenen Ansätze sehr knapp aus. So ist ein wenig zu bezweifeln, ob der beabsichtigte Zweck eines »Lehrbuches«, wie der Titel sagt bzw. einer Einführung in das Gebiet der Lernpsychologie, wie es der Autor im Vorwort formuliert, erfüllt wird. Eher scheint das Buch für denjenigen Leser geeignet, der sich mit einzelnen Konzepten schon befaßt hat und in diesem Buch eine gelungene, kritisch beurteilende Zusammenfassung findet.

Zum Schluß sei noch die ansprechende formale Gestaltung des Buches erwähnt: in direkter Umsetzung lernpsychologischer Erkenntnisse werden zur besseren Einprägung die wichtigsten Stichworte jeweils in einer neben dem fortlaufenden Text eingerichteten Spalte gesondert festgehalten.

Ursula Pixa-Kettner



Die Stadt Ludwigshafen a. Rh.
sucht
für die Abteilung für Hör-, Stimm- und
Sprachstörungen der HNO-Klinik ihres
Schwerpunktkrankenhauses

2 Logopädinnen

mit Freude an engagierter, abwechslungsreicher und vielseitiger Tätigkeit in allen logopädischen Arbeitsbereichen (einschließlich Aphasien) und bei allen Altersgruppen in einem aufgeschlossenen Team von Phoniatern, Psychologinnen, Logopädinnen und Audiometrie-Assistentin mit gutem Betriebsklima.

Vergütung erfolgt nach BAT. Wohnmöglichkeiten bestehen im neuerbauten Personalwohnheim.

Bitte, richten Sie Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und der Angabe der Kennziffer 11.51.78 an die

Städtischen Krankenanstalten
Bremserstraße 79, 6700 Ludwigshafen a. Rh.

Logopädischer Helfer sucht Arbeitsplatz an Klinik, Fachkrankenhaus oder bei frei praktizierenden Logopäden. Großes Latinum, Volksschullehrer (Deutsch, Englisch), 3 Jahre Berufserfahrung mit Lernbehinderten.

Angebote unter SP 401 an den Verlag Wartenberg & Söhne, 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Das Sprachheilinstitut für Stimm- und Sprachgestörte der AOK Essen

sucht ab sofort eine qualifizierte, selbständig und eigenverantwortlich arbeitende

Logopädin

Gewährt werden alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes:

5-Tage-Woche — 13. Monatsgehalt verbilligter Mittagstisch.

Bewerbungen werden erbeten an den Geschäftsführer der AOK Essen, Jägerstr. 25, 4300 Essen 1.

Stadt Frankfurt am Main

Städtisches Krankenhaus Frankfurt a. M. — Höchst

— Krankenhaus der Maximalversorgung mit über 1100 Betten —

Wir suchen zum sofortigen Eintritt oder später

Logopädinnen / Logopäden

für die unserer Kinderklinik (Leiter: Chefarzt Prof. Dr. Theopold)
angeschlossenen Untersuchungsstelle für frühgeschädigte Kinder sowie für die
Geriatrische Tagesklinik (Leiter: Chefarzt Dr. med. Kark).

Neben einer Vergütung nach dem BAT bieten wir vorbildliche Sozialleistungen:
13. Monatsgehalt, zusätzliche beitragsfreie Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
überdurchschnittliche Urlaubsdauer, verbilligter Mittagstisch, Urlaubsgeld, Beihilfe.

Bei der Beschaffung einer Wohnung sind wir ggf. behilflich.

Bewerbungen sind zu richten an:

Städtisches Krankenhaus Frankfurt a. M. — Höchst

Personalabteilung

Gotenstraße 6—8, 6230 Frankfurt a. M. - 80

Die Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. Norden

sucht zum baldigen Dienstantritt

eine Logopädin.

Es handelt sich dabei um eine Dauerstellung mit weitgehend
selbständigen Aufgaben.

Wir verfügen in unserer Tagesstätte, in der z. Zt. 94 Kinder betreut
werden, über

1 Bewegungsbad — 1 kleines Bad — 1 Turnhalle und Therapieräume

Vergütung erfolgt nach BAT, zusätzliche Altersversorgung,
großzügige Urlaubsregelung.

Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir gern behilflich.

Norden (ca. 26 000 Einwohner) liegt 5 km von der Nordseeküste
entfernt. Zu den Nordseeinseln Norderney, Juist und Baltrum
bestehen gute Schiffsverbindungen. Gesundes Küstenklima.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und
Zeugnisabschriften richten Sie bitte an

Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. Norden

Heerstraße 13 — 2980 Norden 1 — Tel. (04931) 120 55



Die Stadt Bonn



sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

für die **Sonderschule für Geistigbehinderte** (Kennziffer 40-1)
und für den **Sonderkindergarten für sprachbehinderte Kinder**
(Kennziffer 50-1)

je zwei Logopäden(innen) (Sprachtherapeuten(innen))

Vergütung entsprechend den tariflichen Vorschriften bis Gruppe Vb BAT.

Die Stadt Bonn bietet beitragsfreie zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen im Rahmen der Vorschriften, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld in Höhe einer Monatsvergütung und vermögenswirksame Leistungen.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit Lichtbild, Lebenslauf und beglaubigten Zeugnisabschriften **unter Angabe der Kennziffer an den Oberstadtdirektor**
— Personalamt —, Stadthaus, 5300 Bonn 1.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.
Für Beratungsstellen und Ambulanzpatienten stellen wir auf Wunsch spezielle Bestellzettel für Übungsblätter zur Verfügung, die im Sinne eines Rezeptes den Patienten ausgehändigt werden können.

Wartenberg & Söhne, Verlag, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8502 Zirndorf-Weiherhof, Sperlingstraße 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 Prospekt des Wilhelm Fink Verlages bei.

Sanyo Sprachstudien-Recorder M-2508E

Das neue Medium der Heil- und Sonderpädagogik



Eine wertvolle Hilfe bei der Rehabilitation sprachgeschädigter und lese-/rechtschreibschwacher Kinder.

Zur Optimierung von Therapieprozessen z.B. bei auditiver Wahrnehmungsschwäche, Artikulationsstörung, Dysgrammatismus, verzögerter Sprachentwicklung und Lese-/Rechtschreibschwäche. Zum erfolgreichen Erlernen von Fremdsprachen.

- Sprachlehrbetriebsschaltung nach HSA/AAC-Verfahren:

Abhören der Lehrerstimme von Spur 1, Aufnahme der Schülerstimme auf Spur 2, gemeinsame Hörskontrolle zum kritischen Vergleich

- Verwendung fertiger Programmkassetten
- Einfaches Herstellen von Programmen
- Repetiertaste mit Markierungston für bespielte Bandstellen
- Getrennte Lautstärkeregelung für Lehrer- und Schülerspur
- Robuste Kopfhörer-Mikrofon-Kombination

Der SANYO-Sprachstudienrecorder M2508 ist Basisbaustein für kostengünstige Sprachlernsysteme. Der stufenweise Aufbau einer Sprachlernanlage entsprechend den finanziellen Möglichkeiten ist somit in sinnvoller Weise möglich:

1. TLS-Kassetten-Kopieranlage 1020
Zur Programmervielfältigung bei Einsatz mehrerer Sprachstudienrecorder
2. TLS-Flexilab 1520
Mobil und flexibel einsetzbare Kleinanlage für HS- und HSA-Betrieb
3. TLS-Sprachlernanlage 2040
Stationäre HSA-Anlage mit vollkommen abdeck- und abschließbarem Mobiliar



 **SANYO**

Gebietsvertretungen:

Baden-Württemberg, Bayern, Hessen,
Rheinland-Pfalz, Saarland:
MSM-SANYO-Vertriebs GmbH.
Weiler Straße 13, 7850 Lörrach
Tel.: (07621) 880 14
Westendstraße 28, 6000 Frankfurt 1
Tel.: (0611) 723248

Nordrhein-Westfalen:
TLS - Boczek GmbH.
Lichtstraße 52, 4000 Düsseldorf 1
Tel.: (0211) 66 14 60

Berlin, Bremen, Hamburg,
Niedersachsen, Schleswig-Holstein:
A V T
Audio-Video-Technik GmbH.
Steindamm 81, 2000 Hamburg 1
Tel.: (040) 2 80 30 33