ISSN 0584—9470

C 6068 F

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Eberhard Kruse, Marburg
Zentrale Sprachentwicklungsstörungen — Differentialdiagnose und Therapie

Christiane Niemeyer-Reich, Bonn
Sprachbehandlung bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen

Helmut Moddemann, Hannover
Der Einsatz künstlicher Sprechhilfen
im Rahmen der Rehabilitation Laryngektomierter

Gregor Heinrichs, Essen
Anregungen für die Praxis des Erstlese- und Schreibunterrichts
in der Schule für Sprachbehinderte

Aus der Organisation
Würdigungen
Umschau
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Dezember 1980 · 25. Jahrgang · Heft 6

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I.G.L.P.)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Peter Griesmaier, Ackerstraße 2, 7140 Ludwigsburg-Egolsheim
Bayern	Klaus Thierbach, Sperlingstraße 4, 8502 Zirndorf-Weiherhof
Berlin	Ernst Trieglaff, Kiepertstraße 23, 1000 Berlin 48
Bremen	Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	Rainer Bangen, Seestraße 15, 2000 Hamburg 52
Hessen	Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Dipl. Päd. G. Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	Dieter Kroppenberg, Hegelstraße 49, 6500 Mainz
Saarland	Manfred Bohr, Koßmannstraße 16, 6600 Saarbrücken 6
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, Golfstraße 5 a, 2057 Wentorf bei Reinbek
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
Redaktion	Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn), Telefon (0 64 22) 28 01
	Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9, Sonderpädagogik Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13 Telefon: Dienststelle (040) 41 23 39 56

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 3,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 21,60 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, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. 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.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1980 · 25. Jahrgang · Heft 6

Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 6, S. 205—212

Aus der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Marburg (Abteilungsleiter Prof. Dr. med. E. Schönhärl)

Eberhard Kruse, Marburg

Zentrale Sprachentwicklungsstörungen — Differentialdiagnose und Therapie

Zusammenfassung

Ausgehend von dem Begriff der »zentralen Sprachentwicklungs*störungen*« unter Ausklammerung der Hörstörungen wird versucht, aus der Sicht der diagnostisch-therapeutischen *Praxis* — und weniger aus wissenschaftlich-theoretischer Richtung — die einzelnen zugehörigen Krankheitsgruppen zu definieren, die diagnostischen Kriterien zu erstellen und die notwendigen therapeutischen Konsequenzen in den Grundzügen festzulegen. Dabei fußt der Autor auf der von *Leischner* vorgeschlagenen Unterteilung in Sprachentwicklungsbehinderung und -verzögerung und fügt eine weitere, prognostisch günstigere Gruppe unter der vorläufigen Diagnose »V. a. verzögerte Sprachentwicklung« ein, deren Kriterien im einzelnen beschrieben werden. Die Organisation der meist notwendigen interdisziplinären Teamtherapie weist derzeit noch erhebliche Lücken auf, deren Beseitigung als vordringlich notwendig erscheint.

Die zentralen Sprachentwicklungsstörungen gehören ähnlich wie etwa die frühkindlichen Hörstörungen zu den Erkrankungen innerhalb unseres Fachgebietes, die direkte und oftmals recht folgenschwere Auswirkungen haben auf die späteren persönlichen, sozialen und beruflichen Lebenschancen der betroffenen Kinder. Dies wird allein schon durch die Frage der Einschulung bzw. der Art der Beschulung deutlich, die während der Behandlung dieser Störungen immer eine wesentliche Rolle spielt und nur in Abhängigkeit der bis dahin erzielten Therapieergebnisse zu beantworten ist.

Dieser Hinweis möge genügen, um die enorme, kaum hoch genug zu schätzende Verantwortung zu beleuchten, die jeder auf sich zu nehmen hat, dem solche Kinder in Klinik oder Praxis anvertraut werden.

Unter dem Stichwort »kontrollierte Therapie« haben wir u. a. auch die Behandlungsergebnisse bei den zentralen Sprachentwicklungsstörungen überprüft. Wenngleich diese Untersuchungsserie noch nicht abgeschlossen ist, so erscheinen doch aufgrund der ersten vorliegenden Ergebnisse Konsequenzen als notwendig, die sich auf zwei Grundthesen zusammenfassen lassen:

1. Die *Diagnostik* muß so früh wie möglich und so ausführlich wie nötig erfolgen.
2. Die *Therapie* hat unmittelbar anschließend so intensiv wie möglich und so komplex wie nötig zu erfolgen.

Diese beiden Thesen möchte ich nun näher erläutern und zur Diskussion stellen unter Betonung des vorläufigen Charakters aufgrund der noch laufenden Untersuchungen.

Differentialdiagnostische Definitionen

Unter dem bewußt so neutral gewählten Oberbegriff »*zentrale Sprachentwicklungsstörungen*« verstehen wir nach *Leischner* alle *vor* Abschluß der normalen Sprachentwicklung auftretenden Sprachstörungen im Gegensatz zur Aphasie.

Innerhalb dieses so definierten Komplexes haben wir uns nun um klar umrissene und nicht verschieden interpretierbare Diagnosen zu bemühen, da aus unserer Sicht die erforderlichen therapeutischen Konsequenzen sich unmittelbar und untrennbar aus der Diagnostik zu ergeben haben. Daß wir von einer solchen Einheitlichkeit der Diagnosen noch weit entfernt sind, verdeutlicht ohne zusätzlichen Kommentar die folgende Übersicht (Abbildung 1), die wir einer Arbeit von *Linck und Haberkamp* (1976) entnommen haben. Hinzuzufügen wäre aus unserer Sicht noch die universelle Dyslalie ab einer gewissen Altersstufe, worauf wir später noch kurz zu sprechen kommen werden.

Tabelle I. Nomenklatur der kindlichen Sprachstörungen in der Literatur

Autor	Jahr der Publikation	
Coen	1886	erworbene Aphasie, Hörstummheit
Gutzmann	1924	Hörstummheit, sensorische Stummheit
Fröschels	1931	Hörstummheit Seelentaubheit
Arnold	1959	Sprachentwicklungsverzögerung, Hörstummheit
Myklebust	1956	learning disabilities
Morley	1957	developmental aphasia
De Ajuriaguerra und de Ajuriaguerra	1962	dysphasie
Forsius et al.	1959	kongenitale Aphasie
Leischner	1967	Aphasie, Sprachentwicklungsbehinderung, Sprachentwicklungsverzögerung
Böhme	1974	verzögerte Sprech- und Sprachentwicklung
Bauer	1973	verzögerte Sprachentwicklung

Abb. 1: Aufzählung der gebräuchlichen Diagnosen (aus Linck und Haberkamp)

Diese Vielfalt von Diagnosen für ähnliche oder identische Krankheitsbilder ist natürlich deutlicher Ausdruck einer Unsicherheit, die sich notwendigerweise auch auf die Therapie auswirkt. Wir brauchen also eindeutige Definitionen zunächst der verwendeten *Diagnosen,* um zu wissen, woraufhin, in welche Richtung wir zu diagnostizieren haben.

Wir selbst benutzen die von *Leischner* gegebene Einteilung in *Sprachentwicklungsverzögerung* als rein funktioneller Störung und in *Sprachentwicklungsbehinderung* als Sprachstörung im Rahmen einer zentral-organischen oder cerebralorganischen Schädigung spätestens im frühkindlichen Stadium.

Ähnlich wie bei den Begriffen »Schwerhörigkeit« einerseits und »Resthörigkeit« oder »Gehörlosigkeit« andererseits muß man u. E. zumindest den Versuch einer solchen qualitativen Unterscheidung auch bei den zentralen Sprachentwicklungsstörungen unternehmen, da sich hieraus unterschiedliche Konsequenzen hinsichtlich der Prognose und damit auch für unsere Therapie ergeben, so schwierig es auch im Einzelfall sein mag, diese beiden Formen inhaltlich und diagnostisch untereinander abzugrenzen.

Sprachentwicklungsverzögerung — Sprachentwicklungsbehinderung

Die Sprachentwicklungs*behinderung* soll nach *Leischner* durch einen endogenen Hirnschaden verursacht werden, der mit der eigentlichen Sprachentwicklung, also der Sprachanlage selbst gar nichts zu tun habe — ich würde vorsichtiger formulieren, nichts zu tun zu haben braucht — also bildlich gesprochen »außerhalb« der Sprachanlage lokalisiert ist. Dieser »äußere« Hirnschaden behindert die an sich normale Sprachanlage in ihrer Entwicklung, die ohne diesen neurologisch nachweisbaren »äußeren« Faktor *Leischner* zufolge normal verlaufen wäre. Nach *Linck und Haberkamp* sollen *extrapyramidale* Symptome für diesen »äußeren« Schaden pathognomonisch sein.

Tabelle IV. Neurologische Diagnosen

	SpEV	SpEB	
Normale Befunde	16	1	17
Koordinationsstörungen	34	7	41
Extrapyramidale Ausfälle	–	42	42
Σ	50	50	100

Abb. 2: Neurologische Differentialdiagnostik nach Linck und Haberkamp

Bei der Sprachentwicklungs*verzögerung* liegt der Schaden in der Sprachentwicklung selbst, es handelt sich um einen »inneren« Schaden, oder andersherum ausgedrückt: Man findet in diesen Fällen keinen »äußeren« Schaden, jedenfalls nicht mit den uns bis heute zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten.

Den mit diesem Krankheitsbild identischen Begriff »Hörstummheit« sollte man schleunigst streichen, da er äußerst mißverständlich ist und häufig zu falschen Konsequenzen führt, etwa der Einschulung in eine Hörbehinderten-Schule!

In der neurologischen Diagnostik finden *Linck und Haberkamp* bei den Sprachentwicklungsverzögerungen auffallend häufig *Koordinationsstörungen,* die sie als »Ausdruck von Reifungsverzögerungen im motorischen System« und im Gegensatz zu *Leischner* nicht als Nachweis einer frühkindlichen Hirnschädigung interpretieren (vgl. Abbildung 2).

Diese für uns wichtige These sollte auch von anderen Kinderneurologen bzw. Neuropsychologen noch abgesichert werden, da wir aufgrund unserer eigenen Erfahrungen eine solch klare Unterscheidung noch nicht für sicher möglich halten. Als Arbeitshypothese stellt sie jedoch für unsere Analyse eine wertvolle Hilfe dar.

Aufgrund dieser Untersuchungen von *Linck und Haberkamp* sollen sich aber in Hinsicht auf verschiedene Merkmale ausnahmslos signifikante Unterschiede der klinischen Befunde zwischen der Sprachentwicklungsverzögerung und der Sprachentwicklungsbehinderung ergeben mit teilweise sehr spezifischem differentialdiagnostischen Aussagewert.

Tabelle X. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsmerkmale zwischen SpEV und SpEB, wie sie sich aus eigenen Untersuchungen ergeben

	Risikofaktoren	Neurologischer Befund	Verhalten	Ergebnisse der hirnpathologischen Untersuchung		
				expressive Sprache	rezeptive Sprache	konstruktive Leistung
SpEV						
SpEB	x	x	x	x	x	x

x = Merkmal signifikant häufiger bzw. ausgeprägter gestört.

Abb. 3: Signifikante Unterschiede zwischen der Sprachentwicklungsverzögerung und der Sprachentwicklungsbehinderung nach Linck und Haberkamp

Generell stellt demnach die Sprachentwicklungs*behinderung* das stärker ausgeprägte und schwerwiegendere Krankheitsbild dar, bei dem die organische Schädigung anderer Hirnfunktionen oder -zentren *unter anderem auch* die Entwicklung der Sprache behindert. Demgegenüber handelt es sich bei der Sprachentwicklungs*verzögerung* um eine reine Reifungsstörung der Sprachanlage selbst.

In der *Diagnostik* macht sich dieser Unterschied dadurch bemerkbar, daß die Symptome der Sprachentwicklungsverzögerung erst bei zunehmenden Schwierigkeitsgraden der verwendeten Testaufgaben auftreten, während die Symptome der Sprachentwicklungs*behinderung* unabhängig vom Schwierigkeitsgrad der jeweiligen Aufgaben von Anfang an deutlich werden.

Für die *Therapie* hieße dies, daß wir bei der Sprachentwicklungsverzögerung eine an sich richtig begonnene, ins Stocken geratene Sprachentwicklung beschleunigen und verstärken müssen im Sinne einer »Katalysator-Funktion«, während bei der *Sprachentwicklungsbehinderung* doch ein komplex anzulegender Neuaufbau der Sprache zu erfolgen hat auf der Basis einer jeweils unterschiedlichen Ausgangssituation je nach Ausmaß der allgemeinen Hirnschädigung.

Dies mag zunächst genügen, um zu zeigen, daß eine Unterscheidung zwischen diesen beiden *pathologischen* Formen der Sprachentwicklungsstörungen offenbar möglich ist und daß qualitative Unterschiede erkennbar sind mit Auswirkungen auf Symptomatik, Verlauf, Therapie und Prognose, wobei die Differentialdiagnostik vorwiegend eine kinderneurologische bzw. eine neuropsychologische Aufgabe darstellt. Die *pathologische* Qualität begründet sich in der Tatsache, daß diese Störungen in der Regel nicht bis zur Einschulung, d.h. nicht relativ kurzfristig und selbst bei den Sprachentwicklungsverzögerungen zum Teil auch auf Dauer nicht geheilt, sondern lediglich gebessert werden können.

Physiologische Form der Sprachentwicklungsstörungen

Wir meinen nun über *Leischner* hinaus noch eine dritte Variante der zentralen Sprachentwicklungsstörungen abgrenzen zu müssen, die sich durch ihre günstige *Prognose* qualitativ grundlegend von den beiden besprochenen pathologischen Formen unterscheidet und deshalb unter bestimmten Voraussetzungen als *noch physiologisch* zu bezeichnen ist. Hier lassen sich ätiologisch und diagnostisch keine endogenen »inneren« und »äußeren« Schäden im Sinne *Leischners* feststellen. Vielmehr finden wir exogene, umweltbedingte Ursachen, wie etwa zu geringe sprachliche Anregung und Anforderung, Einzelkindsituation, pädagogisches Ungeschick in Form von Under- und Overprotection u. ä., jedenfalls immer Ursachen, deren sprachliche Folgen sich durch eine intensiv-ambulante Therapie bis zur Einschulung in der Regel vollständig beseitigen lassen. In dieser relativ *kurzfristigen* Behebbarkeit liegt der entscheidende qualitative und prognostische Unterschied, der von wesentlicher Bedeutung ist nicht zuletzt auch für die Beratung der Eltern dieser Kinder.

Nun ist diese prognostisch günstige Tendenz nicht von vornherein zu erkennen, so daß folgende diagnostische Kriterien erfüllt sein müssen, um nicht Gefahr zu laufen, eine pathologische Sprachentwicklungs*verzögerung* zu übersehen und die vorliegende Störung zu verharmlosen.

1. Alter der Kinder maximal fünf Jahre (also höchstens ein Toleranzjahr über die durchschnittliche Dauer der normalen Sprachentwicklung hinaus),
2. risikofreie Anamnese (also weder Schwangerschaftserkrankungen der Mutter noch perinatale oder frühkindliche Traumen),
3. normales oder normalisierbares Hörvermögen (also höchstens Mittelohrerkrankungen bzw. Schalleitungsschwerhörigkeiten),
4. unauffälliger kinderneurologisch-psychiatrischer oder neuropsychologischer Befund, zumindest negative Screening-Ergebnisse (nach *Frostig, Hellbrügge* u. a.), d. h. kein Nachweis einer endogenen »inneren« und »äußeren« Schädigung nach *Leischner* bzw. *Linck und Haberkamp.*

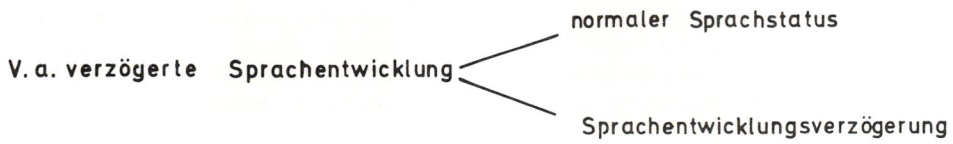
Sind diese Voraussetzungen gegeben, sollte sofort anschließend an die Diagnostik eine intensiv-ambulante *logopädische* Therapie beginnen, worunter wir möglichst tägliche Einzelbehandlungen von durchschnittlich einer halben Stunde Dauer verstehen. Nach allerhöchstens 30 Sitzungen, bei uns bereits nach 20 Sitzungen, hat eine phoniatrische Kontrolle zu erfolgen, bei der über die qualitative Tendenz und damit über die Art der weiteren Therapie zu entscheiden ist, und zwar in ausschließlich nur zwei alternativen Richtungen (siehe Abbildung 4 auf Seite 210 oben):

Entweder waren a) die Therapieergebnisse so gut, daß bereits ein normaler Sprachstatus resultiert oder aber höchstens noch eine Störung vom Grad einer partiellen Dyslalie besteht, deren vollständige umgehende Beseitigung anzunehmen ist,

oder aber b) die bisherigen Ergebnisse sind unzureichend und haben erst eine geringe Besserung ergeben, so daß eine *pathologische Sprachentwicklungsverzögerung* vorliegt mit allen therapeutischen Konsequenzen.

Wir haben es also bei dieser physiologischen Variante der zentralen Sprachentwicklungsstörungen immer mit einem Übergangsstadium zu tun, das innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, nämlich spätestens bis zum Einschulungsalter, in eine der beiden genannten Diagnosen überzugehen hat. Da wir somit bei der Erstdiagnostik hier immer nur eine *Verdachts*diagnose und noch keine endgültige Diagnose stellen können, haben wir hierfür die zugegebenermaßen etwas umständliche Bezeichnung »*V. a. verzögerte Sprachentwick-*

3. V. a. verzögerte Sprachentwicklung



(Stichtag: Zeitpunkt der Einschulung)

Abb. 4: Alternative Enddiagnostik bei Verdacht auf verzögerte Sprachentwicklung

lung« gewählt. Damit möchten wir einen Schwebezustand verdeutlichen, der den Therapeuten elektrisieren und anstacheln soll in seinem Bemühen, dem Kind nicht unnötig spätere Lebenschancen zu verbauen.

Zusammenfassend darf ich die differentialdiagnostischen Kriterien dieser drei von uns unterschiedenen Formen der zentralen Sprachentwicklungsstörungen anhand der folgenden tabellarischen Übersicht verdeutlichen:

Arbeitshypothese Marburg 1979

Zentrale Sprachentwicklungsstörungen

A. physiologisch		B. pathologisch	
V. a. verzögerte Sprachentwicklung (I)	DIAGNOSE	Sprachentwicklungsverzögerung (II)	Sprachentwicklungsbehinderung (III)
keine Risiken (familiäre Sprachschwäche?)	ANAMNESE	selten Risiken familiäre Sprachschwäche negativer Therapieversuch bei A.	meistens Risiken geistige Behinderung hirnschädigende frühkindliche Erkrankung
logopädisch – phoniatrischer Befund normales oder normalisierbares Hörvermögen normaler Kinderneurog. oder neuropsycholog. Befund bzw. negative Screening-Tests	DIAGNOSTIK	pathologischer kinderneurologischer oder neuropsychologischer Befund (obligat!)	
bis maximal 5 Jahre	ALTER	bis spätestens 5 Jahre, möglichst früh	
logopädisch intensiv-ambulant	THERAPIE	intensive Teamtherapie (medizinisch) meist stationär (Sprachheilklinik)	(Mehrfachbehindertenklinik)
→ oder ← normaler Sprachstatus / Sprachentwicklungsverzögerung	VERLAUF	meist Sonderbeschulung (pädagogisch) mit weiterer Sprachtherapie (Sonderschule S)	(Sonderschule L)
		Schallempfindungsschwerhörigkeiten sind nicht berücksichtigt !	

Abb. 5: Differentialdiagnostische Übersichtstabelle

Therapeutische Konsequenzen

Warum nun die dringliche Betonung einer *intensiven* Therapie bei notwendiger *altersmäßiger* Eingrenzung? Unter Berücksichtigung unserer eingangs erwähnten Verantwortung für die späteren Lebenschancen dieser Kinder muß uns klar sein, daß die entscheidende Weiche zur Zeit der Einschulung gestellt werden muß, also zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr. Normal- oder Sonderschule, und wenn Sonderschule, welche Art, das sind notgedrungen existentielle Fragen für diese Kinder, für die wir in Kooperation mit den Eltern Lobby zu sein haben.

Auf der anderen Seite ist eine sinnvolle Diagnostik als absolute Vorbedingung der Therapie frühestens mit drei Jahren, meistens erst mit vier Jahren möglich. Angesichts der schwerwiegenden und meist komplexen Störung bleibt uns also wirklich nicht viel Zeit für die ebenso komplexe und vielschichtige Therapie!

Jedes Bummeln, jede unnötige Verzögerung in dieser Phase verschlechtert unweigerlich die Chancen dieser Kinder.

Dies betonen zu müssen ist *ein* Ergebnis unserer bisherigen Untersuchungen.

Zum anderen zeichnet sich hinsichtlich der pathologischen Formen im Unterschied zur physiologischen Variante immer eindeutiger ein therapeutisches Dilemma ab, das die Notwendigkeit dieser Unterscheidung wiederum verdeutlicht. Wir kommen in vielen Fällen bei der *ambulanten* Therapie, selbst wenn diese intensiv durchgeführt wird, nicht mit der Zeit aus, die uns für die primär medizinisch orientierte Therapie zur Verfügung steht. Wir können zum Zeitpunkt der Einschulung die Prognose meist noch nicht so eindeutig stellen, daß daraus Konsequenzen für die Art der Beschulung gezogen werden könnten.

Dieser unerfreuliche Tatbestand erklärt sich u. E. durch die Komplexität und notwendige Vielfalt der Behandlungsmaßnahmen, die allein logopädisch meistens nicht zu gewährleisten sind. Vielmehr wird eine *Team*therapie erforderlich, die über unser eigenes Fachgebiet hinausreicht und in wechselnder Ausprägung Psychomotorik, Wahrnehmungstraining, Gedächtnis- und Konzentrationsübungen, grob- und feinmotorische Therapien, pädagogische Frühförderung, Musiktherapie u. ä. einschließen sollte. *Ambulant* läßt sich eine solche Vielfalt einzelner Behandlungsmaßnahmen erfahrungsgemäß nicht gewährleisten, schon lange nicht in der erforderlichen Intensität, ganz abgesehen davon, daß die beteiligten Disziplinen räumlich und inhaltlich in dauerndem Kontakt stehen sollten.

Solange wir noch nicht über geeignete Tageskliniken verfügen, sind wir deshalb auf *voll*stationäre klinische Einrichtungen angewiesen, die uns in Hessen mit der Klinik Schloß Dehrn oder aber mit kinderpsychiatrischen Mehrfachbehinderten-Kliniken zur Verfügung stehen.

Um Mißverständnisse von vornherein auszuschließen: Ich habe angesichts dieser Situation von einem therapeutischen Dilemma gesprochen, um deutlich zu kennzeichnen, wie unwohl wir uns bei dieser Konsequenz fühlen. Wir sind nämlich der grundsätzlichen Überzeugung, daß mit bestimmten Ausnahmen ein Kind am besten in der häuslichen Umgebung und möglichst innerhalb der Familie zu fördern ist. Dies gilt erst recht und besonders für das behinderte Kind!

Auf der anderen Seite dürfen wir aber auch nicht die empirische, jetzt sich auch als objektiv nachweisbar abzeichnende Tatsache übersehen und verdrängen, daß trotz einer *intensiven* ambulanten Therapie — und selbst das ist ja noch längst nicht die übliche Behandlungsweise — der Entwicklungsabstand dieser Kinder zu den sprachlich normalen in vielen Fällen nicht ausgeglichen werden kann, sondern erschreckend häufig sogar noch größer wird. In dieser Zwickmühle haben wir uns unter Berücksichtigung der jeweiligen Möglichkeiten für das auf Dauer gesehen geringere Übel zu entscheiden. Ob dies nun in der Tat die fraktioniert stattfindende und wiederholbare stationäre Therapie ist, wird derzeit ebenfalls überprüft. Resultate liegen aber im Augenblick noch nicht vor.

Unabhängig davon bemühen wir uns, neben der generellen Möglichkeit für die Mutter-Kind-Aufnahme in den bestehenden vollstationären Einrichtungen Hessens auch deren tages-klinisch ambulante Öffnung zu erreichen. Wenn dies gelänge, könnten wir uns sicherlich wieder wohler fühlen.

Mit der Einschulung verlagert sich dann das Primat der Behandlung von der medizinischen Therapie auf die pädagogische Förderung im Sinne einer Behandlungskette, wie wir sie in ähnlicher Weise bei den Hörbehinderungen längst praktizieren.

Bis zu diesem Zeitpunkt der Einschulung haben wir also ein Höchstmaß an Energie darauf zu verwenden, das sprachgestörte Kind dem *altersgemäßen* Niveau zu nähern und, wenn möglich, die ursprüngliche Störung zu beseitigen. Die uns hierfür zur Verfügung stehende Zeit ist sehr knapp und sollte intensiv genutzt werden.

»Universelle Dyslalie«

Abschließend noch ein Wort zur bereits erwähnten »universellen Dyslalie«, die für uns zumal in der eigentlich immer vorfindlichen Kombination mit dem Dysgrammatismus spätestens ab dem 4. Lebensjahr keine eigenständige Diagnose mehr darstellt, sondern immer hochverdächtig ist auf eine pathologische Form der zentralen Sprachentwicklungsstörungen.

Dies wird durch unsere bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse bereits eindrucksvoll bestätigt. Daraus folgt zwangsläufig, daß jedes etwa 3- bis 4jährige Kind mit einer Sprachstörung vom Grade einer universellen Dyslalie kinderpsychiatrisch bzw. neuropsychologisch zu untersuchen ist und aus diesem Untersuchungsergebnis dann die notwendige therapeutische Konsequenz gezogen wird, wie ich es oben dargestellt habe. Ob dies wirklich nur für die universelle oder nicht auch schon unter bestimmten Voraussetzungen für die multiple Dyslalie zu gelten hat, muß derzeit noch offen bleiben.

Schlußbemerkung

Zusammenfassend ist hoffentlich deutlich geworden, daß die Prognose für alle Kinder mit zentralen Sprachentwicklungsstörungen in entscheidendem Maße abhängig ist von einer gründlichen, rechtzeitigen Frühdiagnostik unter verbindlichem Einschluß einer kinderpsychiatrischen oder neuropsychologischen Untersuchung mit Kontrollen.

Dabei darf hier kein Zweifel bestehen an dem eindeutig *medizinischen* Charakter dieser Diagnostik, da Kompetenzstreitigkeiten an diesem Punkt unweigerlich zu Lasten der betreffenden Kinder gehen müssen.

Wir sollten die hier insgesamt angesprochene Verantwortung immer an der Vorstellung messen, daß ja auch gelegentlich ein eigenes Kind betroffen sein könnte.

Literatur

Böhme, G.: Hör- und Sprachstörungen bei Mehrfachschädigung im Kindesalter. Stuttgart 1976.

Leischner, A.: Kindliche Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Hessisches Institut für Lehrerfortbildung, April 1972.

Leischner, A.: Die Sprachstörungen im Kindesalter. Z. Kinderheilk. 100 (1967) 137—159.

Linck, H. A., und Haberkamp: Sprachentwicklungsbehinderung — Sprachentwicklungsverzögerung, Versuch einer Abgrenzung. Folia phoniat. 28 (1976) 141—160.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Eberhard Kruse, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik,
Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Deutschhausstraße 3, 3550 Marburg/Lahn.

Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 6, S. 213—223

Christiane Niemeyer-Reich, Bonn

Sprachbehandlung bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen*

Zusammenfassung

Anhand zweier detaillierter Fallbeschreibungen werden zunächst praktische Beispiele aus einer Sprachheilambulanz gegeben. Diese gehen über die Arbeit in den meisten Ambulanzen hinaus, da sie das Prinzip einer komplexen, behinderungsspezifischen Therapie berücksichtigen sowie Notwendigkeit und Chancen der Frühbetreuung sprachentwicklungsgestörter Vorschulkinder verdeutlichen. Im Anschluß an die konkreten Falldarstellungen wird versucht, die gegenwärtige Situation in der ambulanten Sprachheilarbeit kritisch zu analysieren und Vorschläge zur Verbesserung der derzeitigen Therapieformen aufzuzeigen.

Einleitung

Gibt es eigentlich die Behandlung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen? Diese Frage wird wohl von jedem Therapeuten verneint, der sich vor Therapiebeginn mit folgenden Fragestellungen auseinandersetzt: Welche vermutliche Ursache hat die Sprachentwicklungsstörung? Gibt es eine klar definierte organische Ursache wie frühkindlicher Hirnschaden oder Hörbeeinträchtigung? Was für eine Persönlichkeitsstruktur zeigt das Kind? Ist bereits eine psychische Sekundärsymptomatik ersichtlich? Auf welchem physischen, psychischen und intellektuellen Entwicklungsstand befindet sich das Kind? Erscheinen außer der Sprache noch andere Funktionsbereiche als nicht normgerecht (z. B. Motorik, Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit)? In welchem soziokulturellen Milieu wächst das Kind auf? Wie ist das Angebot an Entwicklungsreizen? Wie wirken die innerfamiliären emotionalen Bezüge? Welche Position hat das Kind in der Familie, z. B. innerhalb der Geschwisterreihe?

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß die Behandlung eines sprachentwicklungsgestörten Kindes niemals eine reine Symptombehandlung sein kann, sondern daß sich die Richtlinien für die Therapie aus der Analyse dieses Bedingungsfeldes ergeben. Nur so kann die Sprachheilbehandlung das Kind als Ganzes erfassen, wodurch vermieden werden soll, daß eine Sprachstörung losgelöst von der Gesamtpersönlichkeit therapiert wird.

Im folgenden sollen zwei Sprachheilbehandlungen aus der Ambulanz für Sprachstörungen der Rheinischen Landesklinik Bonn beschrieben werden. Sie stellen den Versuch dar, Sprachtherapie nach den individuellen Bedürfnissen eines Kindes unter Berücksichtigung seiner Gesamtpersönlichkeit zu gestalten. Sie können daher nur Beispiele sein, die keine Allgemeingültigkeit haben.

Erste Fallbeschreibung

Oliver N., zum Zeitpunkt des Therapiebeginns gerade vier Jahre alt. Intelligenz: IQ 115 (*Kramer* 1954), MZQ 120 (*Ziler* 1970). Zur Familienanamnese: Vater: Postbeamter der mittleren Laufbahn, Mutter: Kaufm. Angestellte, seit der Geburt von O. nicht mehr berufstätig, Geschwister: einjähriger Bruder.

Oliver wurde wegen einer Sprachentwicklungsverzögerung expressiver Art über einen Zeitraum von etwa einem dreiviertel Jahr einmal wöchentlich eine Stunde sprachheilpädagogisch betreut (insgesamt ca. 30 Stunden). Die Ursache des Sprachrückstandes ließ sich nicht eindeutig feststellen. Obwohl die neurologische Untersuchung keine beweisenden Auffälligkeiten ergab, konnte aufgrund der Anamnese eine frühkindliche Hirnschädigung nicht ausgeschlossen werden (cerebraler Krampfanfall und Hypoglykomie im Alter von 20 Monaten).

---

* Nachdruck mit Genehmigung des W. Fink Verlages, München. Der Beitrag erschien zuerst in: Peuser, G. (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. München 1979, S. 251—268.

Sprachliche Ausfälle zeigten sich artikulatorisch in Form eines multiplen Stammelns, von dem neben den Lauten *f, w, r, s, z, sch, ch*$_{1/2}$[1] und ihren Verbindungen sämtliche Konsonantenverbindungen (z. B. *bl, fl, kn* usw.) betroffen waren. Da O. zusätzlich noch in einer sehr kleinkindhaften Sprache mit erheblichem Dysgrammatismus (ungeordnete, flexionslose Aneinanderreihung von Substantiven und Verben; Auslassung von Artikeln, Präpositionen usw.) bei insgesamt eingeschränktem Wortschatz sprach, war er für Außenstehende gar nicht bzw. nur schwer zu verstehen. O. benutzte daher zur Verdeutlichung seiner Wünsche häufig auch Gesten. Seine Sprechbereitschaft war aber nicht so weit beeinträchtigt, daß er sich völlig auf eine Zeichensprache zurückzog. Dennoch war bei O. schon ein erhebliches Störungsbewußtsein ersichtlich; es ergaben sich Anhaltspunkte, daß dieses reaktiv zu einer Verhaltensstörung geführt hatte. O. fiel durch ein unangepaßtes Verhalten sowohl zu Hause als auch im Kindergarten auf. Seine fehlende sprachliche Kompetenz versuchte er durch aggressives Verhalten auszugleichen, um sich dadurch »Gehör« zu verschaffen. Die Aggressionsäußerungen erfolgten sowohl verbal (lautes Schimpfen) als auch in Handlungen, die gegen Dinge und Personen gerichtet waren (Zerstören von Spielzeug, Bilderbüchern usw., Treten und Anspucken von Bezugspersonen). Sie traten phasenhaft in Form von regelrechten Wutanfällen auf. Auffällig erschien O. zudem durch eine ausgeprägte motorische Unruhe, eine schwache Konzentrationsfähigkeit und eine geringe psychophysische Belastbarkeit, Symptome, die zusammen mit bestimmten Aggressionsanteilen zusätzlich auch in Zusammenhang mit einem etwaigen Hirnschaden oder dem immer noch labilen Zuckerspiegel stehen könnten. Zusätzlich wies O. im motorischen Bereich leichte Koordinationsstörungen und feinmotorische Unsicherheiten auf.

Der Behandlungsschwerpunkt lag in diesem Therapiezeitraum auf der Anbahnung der fehlenden bzw. der Korrektur der fehlerhaften Laute und ihrer Verbindungen. Es wurde angenommen, daß sich durch einen Abbau des Stammelns O.s Verständigungsmöglichkeiten verbessern würden. D. h., auch wenn seine Sprache zunächst noch ungrammatisch bliebe, wäre er bei korrekter Aussprache der einzelnen Worte für seine Umwelt zu verstehen. Ein ständiges Nachfragen könnte vermieden werden, was sicher zu einer Steigerung des Selbstbewußtseins bei dem Jungen führen würde.

Vorbereitend für die speziellen Sprachübungen waren erst einmal eine allgemeine Lockerung des Jungen in Sprechsituationen sowie eine Förderung der Konzentrationsfähigkeit (praktische Hinweise hierzu siehe *Gottsleben und Offergeld* 1973). O. zeigte sich zwar an sich sprechfreudig. Die ständigen Ermahnungen seiner Umwelt, deutlich zu sprechen, hatten aber zu einer Verweigerungshaltung bei sprachlichen Aufgaben geführt. Nachsprechen war zu dem Zeitpunkt bei ihm gar nicht mehr möglich. Gerade die Bereitschaft zur Nachahmung und eine gewisse Konzentrationsfähigkeit sind Voraussetzung für sprachtherapeutische Maßnahmen. So wurde mit O. zunächst nur gespielt, wobei seine Sprache kaum beachtet wurde. Dies ließ ihn nach kurzer Zeit sprechfreudiger werden. Bei Lottospielen, Memories, Dominos usw. wurde O. zwar zu sprachlichen Äußerungen ermuntert (z. B. zu sagen, welche Karte er hat). Er wurde aber nicht ständig dazu gedrängt, sondern ggf. verbalisierte die Therapeutin O.s sprachlichen Spielanteil. Nach und nach akzeptierte O. bestimmte sprachliche Aufgaben als zum Spiel gehörige Spielregel. Auch beim Betrachten von Bilderbüchern, die er zunächst vermutlich wegen der zu erwartenden sprachlichen Aufgaben ablehnte, äußerte er sich zunehmend spontan, nachdem die Therapeutin ihm von sich aus einfache Dinge beschrieb, Sachverhalte erklärte und auf Details aufmerksam machte. Sprachprovozierend wirkte sich auch aus, wenn die Therapeutin Dinge erwähnte, die gar nicht auf dem Bild zu sehen waren, oder sie falsch beschrieb.

---

[1] In API-Transkription: /f/, /v/, /r/, /s/, /ts/, /ʃ/, /ç/, /x/.

In Spielsituationen mit Puppen, Spielzeugfahrzeugen, Stofftieren, geräuscherzeugenden Gegenständen usw. wurde O. zudem zum Nachahmen emotionaler Sprachäußerungen wie Tier- und Geräuschelaute, Silbenspiele, kleine Reime usw. angeregt. Durch ein spielerisches Funktionstraining des Artikulationsapparates (Kiefer-, Lippen-, Zungenübungen) wurde die Aufmerksamkeit des Kindes auf seinen Mund gelenkt, so daß sich der Übergang von der Nachahmung dieser stummen mundmotorischen Übungen zur Nachahmung von Sprachlauten mühelos vollziehen ließ. Blas- und Pusteübungen waren dann die direkte Vorbereitung einer Anbahnung der Laute *f* und *w,*[1] die O. als erste erlernte. Im weiteren Verlauf der Therapie folgten dann die Konsonantenverbindungen mit *l (bl, pl, fl, kl, gl),* mit *n (kn, gn),* die Laute *r, sch, s, z, ch*$_{1/2}$[2] und ihre Verbindungen in der Reihenfolge der Aufzählung. Entgegen der in der Literatur häufig zu findenden Methode, die erlernten Laute zunächst in Silben und dann erst in Worten zu üben, gehe ich in der Therapie nach der Erlernung des isolierten Lautes sofort zur Einübung in sinnvollen Worten über, wobei die Laute nacheinander als An-, In- und Auslaut geübt werden.

Da nach der Anbahnung eines Lautes das eigentliche Üben entsprechender Wörter und Sätze, in die das Wort (anfangs nur am Satzende) eingebaut ist, in häuslicher Arbeit erfolgen muß, werden von mir für die Kinder Hefte angelegt. In diese Hefte schreibe ich nicht nur die zu übenden Wörter und Sätze, sondern ich male dazu auch die entsprechenden Gegenstände, Tiere usw. Dies stellt nicht nur eine erhebliche Motivation für die Kinder dar, es erhöht auch die Effektivität des Übens durch vermehrte Übungsmöglichkeiten: denn das Heft wird zu einer Art Bilderbuch, durch das sich die Kinder emotional angesprochen fühlen. Sie setzen sich mit dem Heft allein hin, betrachten es und malen — meist verbunden mit spontanen sprachlichen Äußerungen — die Dinge darin an.

Beim Üben wird nicht nur nachgesprochen (dies allein geschieht »sinnvoller« mit bildhafter Unterstützung), sondern die Kinder können, wenn sie in der Lautbildung sicherer geworden sind, die Dinge spontan benennen, wodurch der erste Schritt zur Anwendung des Gelernten getan ist. Hier sei aber angemerkt, daß eine derartige Gestaltung der Übungshefte ein gewisses Zeichentalent voraussetzt. Außerdem benötigt man etwas mehr Zeit, was aber innerhalb der einstündigen Therapie durchaus möglich ist, da Phasen mit Sprach- und Sprechübungen, Phasen des Spielens und Phasen der Stillbeschäftigung (z. B. zur Förderung von Konzentration, Wahrnehmung und Feinmotorik) abwechseln.

O. zeigte sich von Anbeginn der Therapie an als sehr motiviert und bei Beginn der eigentlichen sprachtherapeutischen Maßnahmen auch als sehr lernfähig. Die Anbahnung der fehlenden Laute und Lautverbindungen gelang relativ rasch, wodurch O. die zur Erhaltung der Lernbereitschaft notwendigen Erfolgserlebnisse hatte. Die erworbenen Laute und Lautverbindungen wurden, nachdem O. sie in der Übungssprache beim Nachsprechen von Wörtern und Sätzen weitgehend beherrschte, zunächst anhand von Situationsbildern (*Werscherberger Sprachfibel* 1975; Trainingsbilder von *Elstner* 1975; Logopädische Bilderreihen von *Cervenka* 1974), Bildersprachbüchern (z. B. *Offergeld und Gottsleben* 1975; *Grunwald* 1967, 1975), dann auch in Erzähl- und Spielsituationen geübt und waren — abgesehen vom *r,* wo O. noch Schwierigkeiten hatte — am Ende des Therapiezeitraumes weitgehend automatisiert.

Der Aufbau einer grammatikalisch-syntaktisch geordneteren Sprache konnte in diesem Behandlungskursus nur ansatzweise erfolgen. Eingebettet in Spielsituationen (mit Spielzeugtieren und -fahrzeugen, Puppen, Gegenständen aus verschiedenen Lebensbereichen, in mimisch-gestischen Spielen usw.) wurden Dinge benannt, z. B. »Das ist...« oder »Ich habe...« oder »Ich möchte...« (ein Auto, Puppe, Teddy usw.) und Tätigkeiten verbalisiert (z. B. »Der Teddy sitzt« oder »Ich male«). Durch die Vorgabe von möglichst vielen Sprech-

---

[1] /f/, /v/.

[2] /r/, /ʃ/, /s/, /ts/, /ç/, /x/.

anlässen durch Bilder, Bildgeschichten, sprachbezogene Arbeitsblätter (z. B. aus Vorschulmappen) und Sprachspiele wurde immer wieder versucht, O.s Sprech- und Erzählfreude zu erhalten und zu fördern und seinen aktiven und passiven Wortschatz zu erweitern. Ein systematischer Nachvollzug der Phasen der Satzentwicklung soll in einer Wiederholungsbehandlung erfolgen. Eine Verlängerung des Behandlungszeitraumes wäre eine Überforderung des wenig belastbaren Jungen gewesen. Die gesamte Therapie wurde ohnehin durch die sehr wechselhafte physische und psychische Verfassung des Jungen erschwert. Gerade bei O. erwies es sich als sehr günstig, daß die sprachtherapeutischen Maßnahmen nicht auf einen festen Zeitraum von ca. einer Viertelstunde komprimiert werden mußten, sondern als kleine Übungsphasen über einen Zeitraum von einer Stunde verteilt werden konnten. Bei längeren Übungsphasen wurde O. ungeduldig, aggressiv oder auch albern und verweigerte dann seine Mitarbeit. Dagegen akzeptierte er den Wechsel von Spiel und Übung und war dadurch immer wieder neu motiviert. Durch die Einbeziehung von kleinen Übungen im motorischen, vor allem feinmotorischen Bereich, die sich wie bei vielen sprachbehinderten Kindern auch bei O. als notwendig erwiesen, konnte zudem seinem motorischen Betätigungsdrang entsprochen werden (Anregungen dazu siehe u. a. *Gottsleben und Offergeld* 1973; *van den Hoven und Speth* 1976).

Schon zu Beginn der Therapie wurde deutlich, daß der Erfolg sprachheilpädagogischer Maßnahmen in erheblichem Maße davon abhängen würde, inwieweit sich bei O. psychische Faktoren wie Affektlabilität, Frustrationstoleranz, Konzentration, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeitsbelastbarkeit positiv beeinflussen ließen. (Hierzu war die Schaffung eines guten emotionalen Bezuges zwischen Kind und Therapeutin eine wesentliche Voraussetzung.) Problematisch erschien auch, daß O.s Mutter in ihrem Erzieherverhalten sehr unsicher und inkonsequent war und zunehmend Erziehungsschwierigkeiten mit O. hatte. Da aber gerade in allen sprachtherapeutischen Maßnahmen die Mutter als Ko-Therapeutin eine wesentliche Rolle spielt (siehe auch *Radtke* 1973, S. 35), fanden zunächst (und auch begleitend während des ganzen Therapiezeitraumes) Gespräche mit der Mutter statt (zum Teil in Zusammenarbeit mit der Klinikpsychologin), um den mütterlichen Erziehungsstil zu verändern und dadurch die Voraussetzungen für eine sachgerechte Mitarbeit zu schaffen. (Die Mutter erhielt u. a. auch Hinweise, wie sie O.s Eifersucht auf den jüngeren Bruder begegnen sollte.) Daneben wurde unter Berücksichtigung verhaltenstherapeutischer Grundsätze versucht, in der einstündigen Therapie nicht nur O.s Sprache zu fördern, sondern auch eine Verhaltensmodifikation zu bewirken. Wichtig erschien in der Interaktion mit O. auch, eine einfache, klar formulierte Sprache zu benutzen (dies gilt überhaupt für den Umgang mit sprachbehinderten Kindern) und dem Kind mit unbedingter Konsequenz zu begegnen (beides im Gegensatz zum mütterlichen Stil). Als gute Möglichkeit, seine Aggressionen abzureagieren, erwiesen sich für O. Spiele mit Kasperlepuppen, die ja gleichzeitig sprachtherapeutische Bedeutung haben. In anderen Spielen (Lottos, Memories, Puzzles, Kimspielen usw.), in kleinen rhythmischen Übungen und Sinnesübungen (siehe u. a. *Gottsleben und Offergeld* 1973) wurde versucht, O.s Konzentration zu fördern, die Spanne seiner Aufmerksamkeitsbelastung zu verlängern und in Wettspielen seine Frustrationstoleranz zu erhöhen.

Der Erfolg dieser die Sprachtherapie vorbereitenden und sie unterstützenden Maßnahmen war unterschiedlich. O. wurde durch diese Art Spieltherapie überhaupt erst »therapiereif«, indem die Bereitschaft, die Sprachübungen mitzumachen, die Fähigkeit, sich auf eine Sache zu konzentrieren, d. h. die Bemühungen nicht sofort nach einem Mißerfolgserlebnis einzustellen und eine gewisse Ausdauer zu zeigen, geweckt wurden. Der Abbau der Aggressivität gelang mit wechselhaftem Erfolg. O.s Reizschwelle blieb insgesamt niedrig, ein Zusammenhang mit der jeweiligen physischen Tagesform war erkennbar. So gab es Tage, an denen O. — auch zu Hause — recht gut zu leiten war und auch freiwillig die häuslichen Sprachübungen machte, dann wieder gab es Tage, an denen er kaum aß,

ständig müde war, seine Umwelt nur mit Aggressionsäußerungen bedachte und auch die Sprachübungen verweigerte. Eltern und Therapeutin stellten sich insofern darauf ein, daß sie ihn dann nicht zu Übungen zwangen, sondern ihm Erholungspausen gewährten, damit nicht seine gesamte Übungsbereitschaft abgebaut wurde.
Nach Beendigung der Therapie ist eine Therapiepause von ca. einem dreiviertel Jahr vorgesehen, in der sich die gewonnenen artikulatorischen Fähigkeiten des Jungen stabilisieren sollen. Der Mutter wurden abschließend noch Hinweise gegeben, wie und mit welchen Materialien sie in dem Zeitraum bis zur Wiederholungsbehandlung (zum Abbau des Dysgrammatismus) die sprachliche Ausdrucksfähigkeit des Kindes, bezogen auf Wortschatz, Syntax und Grammatik, in spielerischer Weise fördern kann. Derartige Hinweise dürfen nicht zu umfangreich und anspruchsvoll sein, da primär die Freude des Kindes an der Sprache erhalten bleiben soll, Eltern aber aus Besorgnis über die Sprachbehinderung des Kindes oder aber auch aus Ehrgeiz dazu neigen, das Kind mit sprachlichen Übungen zu überfordern. Dies könnte sich jedoch negativ auf die weitere sprachliche Motivation des Kindes auswirken.

Zweite Fallbeschreibung

Annette R., zum Zeitpunkt des Therapiebeginns fast sechs Jahre alt. Intelligenz: IQ 112 (*Kramer* 1954), PR 95 (*Raven* 1958). Zur Familienanamnese: Eltern beide abgeschlossenes Hochschulstudium, Mutter aber seit der Verheiratung nicht mehr berufstätig. Geschwister: drei Brüder (16, 14, 9).

Annette wurde wegen einer Sprachentwicklungsverzögerung expressiver Art über einen Zeitraum von einem dreiviertel Jahr einmal wöchentlich eine Stunde sprachheilpädagogisch betreut. Aus der medizinischen Anamnese und der neurologischen Untersuchung ließen sich keine Gründe für den Sprachrückstand finden, A. hatte aber erst mit drei Jahren angefangen zu sprechen.
Sprachliche Ausfälle zeigten sich neben einem leichten partiellen Stammeln (*ch*$_1$ /ç/, in- und auslautendes sch /ʃ/ sowie Schwierigkeiten bei artikulatorisch komplizierteren Worten) vor allem in einem für das Alter des Mädchens erheblichen Dysgrammatismus mit Umstellungen und Auslassungen von Worten sowie Beugungsfehlern (Deklination, Konjugation) bei an sich überdurchschnittlich gutem Wortschatz. In emotionsgeladenen Situationen und unter psychischem Druck verschlimmerte sich die Symptomatik so stark, daß der Sinn sprachlicher Mitteilungen schwer zu entnehmen war. Obwohl A. sehr kontaktfreudig, aufgeschlossen und an sich sprechfreudig war, schien sich doch ein gewisses Störungsbewußtsein ausgeprägt zu haben, wodurch ihre sprachliche Kommunikationsbereitschaft beeinträchtigt wirkte. A. stand — vor allem in der gleichaltrigen Kindergruppe — ständig unter einer Art Spannung, weil sie sich den anderen gegenüber als sprachlich nicht kompetent fühlte. Sie war zwar in der Lage, sich sprachlich zu verständigen und auch sehr motiviert zu lernen. Dies war aber für sie mit einem erheblichen Energieaufwand verbunden, der wiederum Spannungszustände erzeugte, die A. z. B. im Spiel aggressiv entlud.
Da sich die vorhandenen leichten artikulatorischen Mängel sehr schnell abbauen ließen, konnte der Schwerpunkt der Therapie auf der Verbesserung der grammatikalisch-syntaktischen Fähigkeiten des Mädchens liegen. Voraussetzung hierfür war, daß A.s sprachliches Selbstbewußtsein stieg und sie in ihren sprachlichen Äußerungen gelockerter wurde. Deshalb wurden zunächst möglichst viele Sprechanlässe geschaffen, durch die sich A. emotional positiv angesprochen fühlte, die sie aber vom sprachlichen Anspruchsniveau her nicht überforderten, sondern ihr im Gegenteil durch die Einfachheit, Kürze und mehrfache spielerische Wiederholung von Sätzen Erfolgserlebnisse ermöglichten (z. B. Lottospiele: »Wer hat...?«, »Ich habe...«; Memoryspiele: »Das ist...«; Farbspiele: »Der (die, das) ... ist...«; Quartettspiele: »Hast du...?«; Kimspiele: Antworten auf die Fragen: »Was ist das? Wie ist das?«; Spiel mit dem Kaufladen: »Ich möchte...« oder »Haben Sie...?«). Auch lustige, klar strukturierte Bilder mit Fehlern und Bilder, die Gegensätze

darstellten, waren für A. geeignete sprachliche Motivationen. Das Kind wurde in der ersten Zeit wenig korrigiert; es wurde lediglich ermuntert, im Rahmen seiner Möglichkeiten in ganzen Sätzen zu sprechen.

Nach dieser Phase der allgemeinen sprachlichen Aktivierung, in der sich auch der Kontakt zwischen Kind und Therapeutin entwickeln konnte, wurde mit dem gezielten Aufbau einer grammatikalisch-syntaktisch geordneteren Sprache begonnen. Mit Gegenständen, in Spielen sowie anhand von Bilderbüchern und Bildersprachbüchern (*Eisenberger und Elstner* 1975; *Offergeld und Gottsleben* 1975; *Grunwald* 1967, 1975) konnten Satzmuster mit elementaren grammatikalischen und syntaktischen Strukturen geübt werden, die nach und nach durch Objekte und adverbiale Bestimmungen ergänzt wurden (z. B. »Das ist ein Hund.« / »Das sind viele Hunde.« / »Der Hund frißt.« / »Die Hunde fressen.« / »Der Hund ist dick.« / »Der Hund frißt einen Knochen.« / »Viele Hunde fressen viele Knochen.« / »Der Hund frißt einen großen Knochen.« / »Der Hund sitzt auf dem Tisch.«). Einen Schwerpunkt bildete die Übung des Gebrauchs der Präpositionen, vor allem der Raumpräpositionen (in, an, auf, unter usw.). Da auch an sich altersgemäß sprechende sechsjährige Kinder bei der Fallsetzung nach Präpositionen noch Fehler machen, überrascht es nicht, daß gerade ein dysgrammatisch sprechendes Kind infolge seines mangelhaft entwickelten Sprachgefühls hier besondere Schwierigkeiten hat. Entsprechende Übungen wurden nicht nur in Form von Aussagesätzen durchgeführt, sondern in einer späteren Phase kamen sie auch in Befehlssätzen (z. B. »Teddy, setz dich unter den Tisch!«) und in Spielen mit Fragesätzen vor (z. B. »Wo fliegt dein Schmetterling hin?« »Mein Schmetterling fliegt auf die Fensterbank!«). Wichtig erschien bei allen diesen Übungen, daß sich die Therapeutin und zu Hause die Mutter selbst in die Sprachübungen mit einbezogen, z. B. dadurch, daß bei der Arbeit an Bildersprachbüchern oder auch in Frage-Antwort-Spielen abwechselnd gesprochen wurde oder ein Rollentausch stattfand. Motivierend wirkte auf A. auch, wenn der Erwachsene unkorrekte Sätze (»Kasperlesätze«) bildete (z. B. »Ich schneide die Wurst mit dem Löffel.«). Möglichkeiten zum Transfer dieser eingeübten einfachen Sprachstrukturen ergaben sich im freien Spiel mit Kasperlepuppen, Spieltieren usw., beim Betrachten von Bilderbüchern und vor allem in den verschiedensten didaktischen Spielen. Es sei angemerkt, daß überhaupt die meisten Spiele (z. B. Memories, Lottos, Dominos, Puzzles, Farb- und Formspiele) nicht nur die Möglichkeit bieten, Bereiche wie Konzentration, Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Form- und Farbauffassung zu fördern, sie lassen sich auch fast alle durch eine Modifizierung der Spielregeln für sprachheilpädagogische Intentionen umstrukturieren, ohne daß der spielerische Aspekt verlorengeht. Eine Übungsmöglichkeit elementarer Satzstrukturen ließ sich auch durch ein Spiel mit Bildern von Gegenständen, Tieren und Personen herstellen. Hierbei wurde abwechselnd versucht, mit zwei, später auch drei Bildern kurze Sätze zu bilden. Dies machte A. besonderen Spaß, da sich meist auch lustige Sätzchen bilden ließen.

Nachdem A. in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit auf einfacher Ebene sicherer geworden war, konnte zum Ausbau der Sätze zu Satzgefügen übergegangen werden. Anhand von Situationsbildern, Bildgeschichten, Bilderbüchern wurden z. B. Vorgänge erläutert oder Gesichtsausdrücke erklärt, wobei sich u. a. Satzkonstruktionen bilden ließen mit »weil« (z. B. »Warum weint das Kind?« »Das Kind weint, weil es hingefallen ist.«), »damit« (z. B. »Warum hält das Auto?« »Das Auto hält, damit die Kinder über die Straße gehen können.«), »um zu« (»Warum klettert der Mann auf die Leiter?« »Der Mann klettert auf die Leiter, um Äpfel zu pflücken.«). Andere Konstruktionen konnten in Fragespielen (z. B. »Weißt du, wo man Brot kaufen kann?« »Ich weiß, wo man Brot kaufen kann.« »Was weißt du alles?« »Ich weiß, daß man mit der Schere schneiden kann.« »Was würdest du tun, wenn du viel Geld hättest?« »Wenn ich viel Geld hätte, würde ich mir eine große Puppe kaufen.«) oder in Satzergänzungsübungen trainiert werden, z. B. »Wenn ich Hunger habe, ... (mache ich mir ein Butterbrot.)« »Der Schneemann schmilzt, ... (weil die Sonne scheint.)«.

So nahmen kontinuierlich die geübten grammatikalischen und syntaktischen Strukturen an Umfang und Schwierigkeitsgrad zu. An Vorgängen des täglichen Lebens (Einkaufen, Spülen, Schuhe putzen usw.), an Bildersprachbüchern (z. B. *Grunwald*) und in Satzergänzungsübungen wurden u. a. die Haupttempora, die Pluralbildung, die Passivbildung, die Komparation sowie die Pronomina geübt (Anregungen dazu siehe *Staps* 1971; *Wulff* 1974).

A.s Sprachleistungen konnten allmählich von einzelnen Sätzen zu größeren Sprecheinheiten und dann zum zusammenhängenden Erzählen erweitert werden. Die Übungen hierzu wurden im Schwierigkeitsgrad allmählich gesteigert und führten von einem eher gebundenen Sprechen anhand von Bildgeschichten zum freien Erzählen von kleinen Erlebnissen, vorgelesenen Märchen, Geschichten usw. und dem emotionsgetragenen Sprechen in Spielsituationen (Kasperletheater, Rollenspiel). Gerade das Sprechen mit bildlicher Unterstützung sollte bei dysgrammatisch sprechenden Kindern länger geübt werden. Das dabei gewonnene sprachliche Selbstvertrauen hilft erfahrungsgemäß, die Angstschwelle vor dem freien Sprechen abzubauen. Aufgrund des vielseitigen Marktangebotes ließen sich die Erzählübungen mit Bildgeschichten recht abwechslungsreich gestalten und auch entsprechend dem wachsenden Ausdrucksvermögen nach Umfang und inhaltlicher Differenziertheit abstufen (z. B. *Eisenberger und Elstner* 1975; »Domino-Duett«; »Zuhören und Sprechen«; *Rothenbach* [o. J.]; *Meixner* 1975; *Grunwald* 1967, 1975; *Thorwarth* [o. J.]; *Rettich* 1976; »Raconte«). Dabei ergaben sich durch das genaue Beschreiben, Suchen von treffenden Ausdrücken usw. immer wieder Gelegenheiten, A.s Wortschatz noch zu differenzieren. Beim Erzählen von Bildgeschichten, die aus losen Einzelbildern bestanden, war speziell bei A. auch wichtig, daß sie zunächst die ungeordneten Bilder in eine sinnvolle Reihenfolge brachte. Trotz ihrer überdurchschnittlichen Intelligenz hatte A. Schwierigkeiten im Erkennen bildlich dargestellter Situationen und ihrer inhaltlichen Zusammenhänge. Gefördert wurde dieser Bereich zudem durch das Vorlegen von Situationsbildern mit Fehlern, durch Bildgeschichten ohne Schluß oder mit Lücken im Handlungsverlauf sowie durch Einzelbilder, die zu mehreren möglichen Geschichten zusammengestellt werden konnten.

In der letzten Phase der Therapie wurde noch versucht, A.s Sprache bezogen auf Sprechtempo und Sprachmelodie zu normalisieren. A. hatte sich, weil sie sich sehr bemühte, korrekt zu sprechen, eine langsame, zu monotone Sprechweise angewöhnt. Die Korrektur dieser Sprechweise erfolgte durch rhythmisch-musikalische Übungen (siehe u. a. *Haberl* 1977), durch das Sprechen von Reimen, Gedichten und Sätzen in verschiedenen Intonationen (z. B. fröhlich, traurig usw.) und Lautstärken, das Umsetzen von Bildgeschichten in die wörtliche Rede sowie in Spielsituationen (Rollenspiele mit wechselnden Tier- und Menschenstimmen, Kasperletheater). Hierbei wurde zu A.s eigener Kontrolle auch das Tonbandgerät eingesetzt.

Bei Abschluß der Therapie hatte sich A.s Sprache so gebessert, daß sie in normalen Sprechsituationen fast völlig unauffällig war. Satzbau und Grammatik waren durchweg korrekt; nur gelegentlich — vor allem unter psychischem Druck — kam es noch zu Deklinations- oder Konjugationsfehlern, die A. aber infolge des im Therapieverlauf offensichtlich angebahnten Sprachgefühls meist spontan verbesserte. A. konnte, nachdem zunächst wegen der Schwere des Dysgrammatismus die Schule für Sprachbehinderte vorgesehen war, nun doch in die normale Grundschule eingeschult werden. In den noch im Therapiezeitraum liegenden ersten zwei Monaten nach der Einschulung fiel A. in der Schule sprachlich nicht auf. Sie war nach Aussagen der Lehrerin allen Anforderungen — auch im sprachlichen Bereich — gewachsen.

Neben den speziell sprachlichen Fördermaßnahmen erschien bei A. trotz der guten Anregungen durch das Elternhaus eine gezielte Förderung nichtsprachlicher Bereiche, die zum Teil aber auch bedeutsam sind für den Erwerb von Sprache, erforderlich. Einbezogen in die therapeutischen Maßnahmen wurden Übungen zur Verbesserung der optischen und

akustischen Differenzierungsfähigkeit, der Merkfähigkeit und der visuomotorischen Koordination (z. B. *Frostig* »Wahrnehmungstraining« 1974; Vorschulmappen »Sehen-Hören-Sprechen« 1973; »Mini-Lük für Vorschulkinder«; »Lauter Laute« 1975; Sprechlernspiele, Konzentrations- und Wahrnehmungsspiele).

Zusammenfassung und Ausblick

Die beiden geschilderten Fälle von Sprachentwicklungsverzögerungen bestätigen die allgemein anerkannte These, daß kindliche Sprachstörungen in den meisten Fällen nicht isoliert erscheinen, sondern eingebettet sind in ein Bündel von Begleit- und Folgebehinderungen, die nicht nur den sprachlichen Bereich betreffen (siehe auch *Knura* 1974, S. 137 f.). Bei den Begleitstörungen im nichtsprachlichen Bereich sind vor allem die Störungen bzw. Reifungsverzögerungen in den Bereichen der Motorik, der Sensorik, des Gedächtnisses, der Konzentration und im psycho-sozialen Bereich zu nennen, Störungen, »die sich im Zusammenwirken unter dem Einfluß des Faktors Zeit potenzieren« (*Knura* 1974, S. 157). Daraus folgt, daß sich jede Sprachstörung im Kindesalter negativ auf die geistige, psychische und soziale Entwicklung eines Kindes auswirkt, zu Störungen im Lern- und Leistungsverhalten führt und somit Persönlichkeitsentwicklung und soziale Integration gefährden.

Will man vermeiden, daß sich eine Sprachstörung bei einem Kind fixiert und auf eine Sekundärsymptomatik ausweitet, so ergeben sich folgende Notwendigkeiten:

— Sprachgestörte Kinder müssen möglichst frühzeitig erfaßt und sprachheilpädagogisch betreut werden.

— Die bisherigen Therapieformen müssen qualitativ verbessert, und in einer »mehrdimensionalen Therapie« (*Knura* 1974, S. 147) sollte die Sprachstörung nicht isoliert, sondern das Kind in seiner Ganzheit therapiert und gefördert werden.

Notwendigkeit der Früherfassung und -behandlung sprachgestörter Kinder

Die Bedeutung der Früherfassung und Frühbehandlung von sprachgestörten Kindern ist in Fachkreisen unumstritten. Denn die Erfahrung zeigt, daß Folgebehinderungen durch einen frühzeitigen Therapiebeginn vermieden werden bzw. in ihrem Ausprägungsgrad auf ein Minimum beschränkt werden können. Dies wurde auch bei den oben beschriebenen Kindern deutlich. Bei Oliver konnte durch die rechtzeitig einsetzenden Erfolgserlebnisse die bereits erheblich ausgeprägte Verhaltensstörung zum Teil wieder abgebaut werden, da das Störungsbewußtsein noch nicht zu stark verfestigt war. Bei Annette erfolgte die Therapie schon fast zu spät, um sie noch in die normale Grundschule einschulen zu können. Daß eine Sonderbeschulung bei ihr nicht erforderlich wurde, ist vermutlich auch der überdurchschnittlichen Intelligenz des Mädchens und dem günstigen sozialen Hintergrund mit der guten Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Familie zu verdanken. Da aber nur wenige sprachbehinderte Kinder derartig günstige intellektuelle und vor allem soziale Bedingungen mitbringen, ist gerade bei ihnen ein erheblich früherer Therapiebeginn notwendig, um ihre schulische Ausgangsbasis zu verbessern. Der physiologisch und psycho-sozial günstigste Zeitpunkt für einen Therapiebeginn dürfte um das vierte Lebensjahr herum liegen (siehe auch *Knura* 1974; *Meixner* 1977; Orthmann 1968; *Radtke* 1973; *Teumer* 1978 u. a.). In der Praxis hört man aber immer wieder, daß viele Ambulanzen wegen Personalmangels und langer Wartelisten Kinder erst im letzten Jahr vor der Einschulung therapieren können. Der Personalmangel hat seine Ursachen jedoch nicht in der Zahl der unbesetzten Stellen, sondern in der Zahl der zu besetzenden Stellen.

Qualitative Verbesserung der bisherigen Therapieformen im Sinne einer mehrdimensionalen Therapie

»Eine qualifizierte Sprachheilarbeit darf sich nicht in Symptombehandlung (etwa Lautanbildung) erschöpfen, sondern hat das der individuellen Störung zugrunde liegende Bedingungsgefüge komplex

zu berücksichtigen und durch gezielte behinderungsspezifische Lernhilfen die in der Regel nicht nur im sprachlichen, sondern auch im nichtsprachlichen Bereich vorhandenen Lerndefizite des Sprachbehinderten auszugleichen . . .« (Sprachheilambulanzen haben daher) »eine verantwortungsvolle und sehr differenzierte Arbeit zu leisten« (*Knura* 1974, S. 178).

Diese Arbeit scheint unter den überwiegend anzutreffenden Bedingungen nicht realisierbar zu sein. Dies läßt sich vor allem auf folgende ungünstige Faktoren zurückführen:

— Unzureichende räumliche Bedingungen

Die ambulanten Sprachtherapien der Vorschulkinder finden meist in wenig kindgerechter — oft steriler — Umgebung, z. B. in Gesundheitsämtern und Klassenräumen statt, weshalb schon durch den äußeren Rahmen (nicht kindgemäßes Mobiliar, kein oder wenig Spielmaterial, fehlende sprachanregende Wandgestaltung) eine für das Kind ungünstige Situation entsteht. Aber gerade eine kindgerechte Umgebung ermöglicht vielen Kindern Lockerung und Abbau ihrer Ängste.

— Zu kurze Therapiezeit

Die für das einzelne Kind zur Verfügung stehende Zeit ist zu kurz. Es ist bekannt, daß Sprachtherapie häufig als eine Art »Fließbandtherapie« ablaufen muß; denn für den Abbau der bei den Ambulanzen bestehenden Wartelisten ist vor allem die *Quantität* der an einem Nachmittag therapierten Kinder wesentlich. In der Kürze der Zeit hat man aber weder die Möglichkeit, das ganze Kind und seine Schwierigkeiten (auch die Begleit- und Sekundärsymptome), z. B. durch Beobachtung im Spiel und ausführliche Elterngespräche zu erfassen, noch kann man die in den meisten Fällen notwendige mehrdimensionale Therapie durchführen. Zudem ist der gute, entspannte Kontakt zwischen Kind und Therapeut, der sich erst im längeren Zusammensein entwickeln kann, eine wichtige Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Auch vom speziell sprachheilpädagogischen Standpunkt ist eine Therapiezeit von ca. 20 Minuten wenig sinnvoll. Die Sprachübungen sind auf einen zu kurzen Zeitraum komprimiert, wodurch das sprachgestörte Kind, das Sprache ohnehin oft schon als negativ erlebt, in seinem Störungsbewußtsein eher verstärkt wird. Für eine Reihe von Kindern bedeutet eine solche Übungszeit aufgrund ihrer mangelnden Konzentrationsfähigkeit auch eine Überforderung, während sie in einer Therapiestunde, in der sprachliche Übungen mit Spielen, Konzentrations-, Wahrnehmungs- und feinmotorischen Übungen abwechseln, immer wieder neu motiviert werden können und die Therapie für sie einen spielerischen Charakter behält. (Zudem hält man ja auch die Eltern zu über den Tag verteilten, kurzzeitigen häuslichen Übungen an, um die Effektivität der Therapie zu verstärken und die Motivation der Kinder zu erhalten.) Hinzu kommt, daß sich in derart knapper Therapiezeit sowohl für Stammler als auch für Dysgrammatiker zu wenig Möglichkeiten ergeben, Sprache »anzuwenden«, d. h., erworbene artikulatorische und grammatikalisch-syntaktische Fähigkeiten in verschiedenen Spielsituationen zu trainieren. Gerade bei einem dysgrammatisch sprechenden Kind fallen erst in einer einstündigen Therapie (vor allem im fortgeschrittenen Behandlungsstadium, wenn das Kind sprachlich schon sicherer geworden ist) noch verbliebene spezielle grammatikalisch-syntaktische Probleme auf, die man dann gezielt angehen kann.

— Zu viele nebenamtlich tätige Therapeuten

Der größte Teil der ambulanten Sprachheilarbeit bei Kindern wird von Sonderschullehrern an Nachmittagen in nebenamtlicher Tätigkeit geleistet und erfolgt deshalb unter den oben geschilderten ungünstigen räumlichen und zeitlichen Bedingungen. Diese Regelung beinhaltet eine gewisse Abwertung der sprachtherapeutischen Arbeit: Sprachtherapie läßt sich quasi »nebenher machen«. Dies mag zwar dem Therapeuten unter Umständen gewisse ökonomische Vorteile bringen, ist aber im Hinblick auf die Belange des sprachgestörten Kindes sicher keine gute Lösung. Eine komplexe behinderungsspezifische Förderung, wie sie z. B. in der hiesigen Klinik durchgeführt werden kann, »ist ohne Qualitätsverlust auf die Dauer nicht im Nebenamt zu leisten« (*Knura* 1974, S. 178). Ein weiterer Aspekt hierbei ist außer den oben genannten auch die Tatsache, daß diese Therapien nur an Nachmittagen stattfinden können, zu einem Zeitpunkt also, wo die Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit vor allem der Vorschulkinder bereits erheblich herabgesetzt sind.

— Zu wenig umfassende Ausbildung der Sprachheilpädagogen

Die Realisierung einer multidimensionalen Therapie scheitert nicht allein daran, daß die meisten Therapeuten »nur« im Nebenamt in der Sprachheilarbeit tätig sind und unter wenig kindgemäßen

räumlichen und hektischen zeitlichen Bedingungen arbeiten, sondern auch daran, daß im Studium der Sprachheilpädagogik zwar die Einbettung der Sprachbehinderung in eine Begleit- und Sekundärsymptomatik immer wieder betont wird, dies aber in der praktischen Ausbildung kaum oder gar nicht Berücksichtigung findet. Die praktische Ausbildung orientiert sich eher an den Methoden einer Symptombehandlung. Bereiche wie Motopädagogik, Rhythmik, Wahrnehmungsförderung, Konzentrationstraining, Verhaltens- und Spieltherapie werden — wenn überhaupt — nur theoretisch angerissen.

Aufgrund meiner sowohl in nebenamtlicher Arbeit in städtischen Ambulanzen als auch in der jetzigen hauptamtlichen Tätigkeit als Sprachheilpädagogin in der Ambulanz für Sprachstörungen der Rheinischen Landesklinik Bonn gesammelten Erfahrungen erscheint mir eine qualitative Verbesserung der Behandlung sprachentwicklungsgestörter Kinder im Sinne einer komplexen behinderungsspezifischen Therapie dringend erforderlich. Voraussetzung hierfür ist die Erfüllung folgender Kriterien:

— Abschaffung des nebenamtlich in der Sprachheilarbeit tätigen Therapeuten durch die vermehrte Einrichtung von Planstellen für hauptamtliche Sprachheillehrer.

— Kindgerechte Einrichtung der Therapieräume und Bereitstellung von entsprechendem didaktischen Material.

— Verlängerung der Therapiezeit im Hinblick auf eine umfassendere Therapie (außer vielleicht bei Sigmatismen und manchen partiellen Stammelfehlern).

— Verbesserung der Ausbildung von Sprachheilpädagogen durch die Einbeziehung von Bereichen, die eine nichtsprachliche Förderung der Kinder ermöglichen.

Literatur

Cervenka, M.: Wer ist das? Was ist das? Logopädische Bilderreihen. München 1974.

»Domino-Duett«. Ravensburg, ohne Jahr.

Eisenberger, E., und W. Elstner: Wir wollen gute Sätze bauen. 5 Hefte. München 1975².

Elstner, W.: Trainingsbilder. München 1975.

Frostig, M.: Individualprogramm zum Wahrnehmungstraining. Dortmund 1975.

Gottsleben, R., und K. Offergeld: Sprachanbahnung und Sprachförderung. Weißenthurm 1973.

Grunwald, L.: Bildersprachbuch. Weißenthurm 1967⁶.

Grunwald, L.: Bildersprachgeschichten. Weißenthurm 1975⁴.

Haberl, A. und H.: Schulung der phonematischen Differenzierungsfähigkeit bei sprachentwicklungsverzögerten Vorschulkindern. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977, S. 115—128.

Heuß, G.: Sehen — Hören — Sprechen. Ravensburger Spiel- und Arbeitsbogen. Stufen 1 und 2. Ravensburg 1973.

Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 35: Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974, S. 103—198.

Kramer, J.: Kramer-Test. Ein Verfahren zur Prüfung der Intelligenz. Solothurn 1954.

Meixner, F.: Bildgeschichten. München 1975.

Meixner, F.: Rehabilitationsmöglichkeiten bei Sprachentwicklungsverzögerungen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977, S. 49—56.

»Mini-LÜK für Vorschulkinder«. Hefte 1—4. Wilhelmshaven, ohne Jahr.

Offergeld, K., und R. Gottsleben: Logopädisches Bilderbuch. Weißenthurm 1975.

Orthmann, W.: Sinn und System im Sprachgeschädigtenwesen. Zeitschrift für Heilpädagogik 19 (1968), S. 137—148.

»Raconte«. 55 Bildergeschichten. Rielasingen, ohne Jahr.

Radtke, J.: Effektivität in der ambulanten Sprachbehandlung. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 2, S. 33—40.

Raven, J. C.: Standard Progressive Matrices. London 1958.

Rettich, R. und M.: Hast Du Worte? Ravensburg 1976⁶.

Rettich, R. und M.: Kennst du Robert? Ravensburg 1976².

Rettich, R. und M.: Was ist hier los? Ravensburg 1976³.
Rothenbach, H.: 8 Tiergeschichten in bunten Bildern. Hamburg, ohne Jahr.
Schüttler-Janikulla, K.: Lauter Laute. Arbeitsmappe zur Förderung der akustischen und optischen Differenzierungsfähigkeit. Oberursel 1975.
»Sprechlernspiele«. Ravensburg, ohne Jahr.
Staps, H.: Spiele und Übungen zur Sprachbildung. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Übungsblätter zur Sprachbehandlung. Sammelband. Folge 9. Hamburg 1971.
Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 1, S. 1—16.
Thorwarth, H.: Wir sprechen mit Bildern. Hamburg, ohne Jahr.
Van den Hoven, M., und L. Speth: Motorik ist mehr als Bewegung. Berlin 1976².
Werscherberger Sprachfibel. Oldenburg 1975.
Wulff, J. und H.: Der kleine Sprechmeister. München 1974.
Ziler, H.: Der Mann-Zeichentest. Münster 1970.
»Zuhören und Sprechen«. Pelikan Vorschulspiele, ohne Jahr.

Anschrift der Verfasserin:
Christiane Niemeyer-Reich, Augustusring 30, 5300 Bonn 1.

Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 6, S. 223—238

Helmut Moddemann, Hannover

Der Einsatz künstlicher Sprechhilfen im Rahmen der Rehabilitation Laryngektomierter[1]

Zusammenfassung

Kurze Zeit, nachdem die Chirurgie in der Lage war, Kehlkopfentfernungen erfolgreich durchzuführen, wurden für die Betroffenen künstliche Sprechhilfen entwickelt. Auf solche Apparate waren Laryngektomierte ausschließlich angewiesen, bis verschiedene Methoden zum Erlernen der Ösophagussprache entdeckt wurden. Seitdem wird der Gebrauch einer künstlichen Sprechhilfe nahezu ausschließlich negativ beurteilt. Der folgende Beitrag will herausstellen, daß eine künstliche Sprechhilfe nicht nur in Betracht gezogen werden soll, wenn das Erlernen der Ösophagussprache nicht möglich ist, sondern von Anfang an in die Sprachheilbehandlung mit einbezogen wird. Nur wenn der Kehlkopflose beide Methoden erlernt, entwickelt er die Fähigkeit, je nach Umgebung und eigener körperlicher oder seelischer Verfassung, effektiv und der Situation angemessen zu kommunizieren. Es werden unterschiedliche Arten künstlicher Sprechhilfen vorgestellt und Hinweise für den Einsatz solcher Geräte gegeben.

1. Einführung

Zu den Themen, die bis heute im Rahmen der Rehabilitation Kehlkopfloser leidenschaftlich diskutiert werden, gehört die Frage nach dem Für und Wider der künstlichen Sprechhilfen. Häufig spielen dabei Emotionen eine größere Rolle als Forschungsergebnisse.

Vor allem in Veröffentlichungen der dreißiger und vierziger Jahre, aber auch in neuerer Literatur kann man nachlesen, nahezu jeder könne, wenn er nur wolle, die Ösophagussprache erlernen (vgl. *Snidecor* 1978, S. 199). Auf der 16. Jahrestagung der International Association of Laryngectomees fragte ein Kehlkopfloser die Fachkräfte einer Podiumsdiskussion — es waren Ärzte, Krankenschwestern und Speech Pathologists[2] —, wann und

[1] Überarbeitete Fassung eines Referates, gehalten am 17. November 1979 anläßlich der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. — Landesgruppe Niedersachsen — in Oldenburg/O.

[2] Diese Berufsbezeichnung ist weder durch Sprachheilpädagoge noch Logopäde angemessen im Deutschen wiederzugeben.

unter welchen Bedingungen sie einen künstlichen Kehlkopf befürworten würden. Eines der Podiumsmitglieder, ein Arzt, lehnte grundsätzlich diese technische Hilfe ab, wobei ihm aus dem Zuhörerkreis applaudiert wurde. Die Kehlkopflosen im Auditorium mußten feststellen, daß es sich um eine Diskussion handelte, die hauptsächlich von Emotionen getragen war (vgl. *Lauder* 1968, S. 147).

Viele Fachkräfte befürworten den Gebrauch eines Elektrolarynx aus psychologischen wie auch aus ökonomischen Gründen. Die Kehlkopflosensprache könne später erlernt werden, wenn der Patient sich weitgehend von dem Trauma erholt hat. Sie führen an, gerade am Anfang sei das Instrument verständlicher und ermögliche früher eine Kommunikation, vor allem in Situationen wie Streß und geräuschvoller Umgebung.

Die Gegenseite sieht in dem Instrument eine unnötige, entbehrliche Krücke, die das spätere Erlernen der Kehlkopflosensprache erschwere. Der Patient solle nicht zum Gebrauch des Gerätes ermutigt werden. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß ein Großteil aller Kehlkopflosen die Ösophagussprache nicht erlernen kann. *Horn* führte 1960/61 bei 3366(!) Laryngektomierten eine Umfrage durch und fand heraus, daß 64 Prozent mit der Ösophagussprache sprachen, 5 Prozent sowohl die Kehlkopflosensprache als auch die Sprechhilfe anwandten, 10 Prozent nur mit einem Elektrolarynx sprachen und 12 Prozent gar nicht verbal kommunizierten. Die Restlichen machten keine Angaben (*Horn* 1962). *Gardner und Harris* berichten, daß 40 Prozent aller Laryngektomierten so wenig verständlich die Ösophagussprache beherrschen, daß künstliche Sprechhilfen angebracht seien (*Gardner und Harris* 1961).

Insgesamt läßt sich feststellen, daß etwa 30 Prozent aller Kehlkopfoperierten keine Ösophagussprache erlernen (*Diedrich und Youngstrom* 1977, S. 138; *Snidecor* 1978, S. 199). Selbst bei einem guten Angebot an Sprachtherapie verbleiben nach *Greene* etwa 20 Prozent, die die Ruktussprache nicht erlernen können.

Wir kommen in der Fragestellung nicht weiter, wenn die Diskussion nach dem Entweder —Oder geführt wird.

Snidecor fordert mehr Toleranz, Verständnis und Informationen seitens der Sprachtherapeuten und Ärzte beim Gebrauch der künstlichen Sprechhilfen (*Snidecor* 1978, S. 199), und *Diedrich und Youngstrom* schlagen vor, die Dichotomie zwischen Ösophagussprache und Elektrolarynx aufzugeben (*Diedrich und Youngstrom* 1977, S. 138).

Lueders weist darauf hin, daß es aus psychologischen Gründen ungeheuer wichtig ist, so früh wie nur irgend möglich zu einer Kommunikationsfähigkeit zurückzukehren. Verbale Kommunikation gehört zu den grundlegenden Fähigkeiten des Menschen überhaupt. Darum sollte sie so schnell wie möglich wiederhergestellt werden. Der psychische Effekt eines zwangsweisen Schweigens kann negative Folgen auf die Kooperationsbereitschaft des betroffenen Menschen haben (vgl. *Lueders* 1956).

In den letzten Jahren sind eine Fülle von Geräten entwickelt worden, um denen, die den Larynx verloren haben, eine Ersatzstimme zu geben.

Gardner weist darauf hin, daß lange Zeit die Patienten nahezu ausschließlich auf solche Apparate angewiesen waren, da kaum jemand die Kehlkopflosensprache beherrschte oder lehren konnte (*Gardner* 1971, S. 53).

Heute wird der Ösophagussprache der Vorzug gegeben (*Böhme* 1974; *Luchsinger* 1970; *Wendler* 1977). In letzter Zeit weisen aber in zunehmendem Maße Forscher darauf hin, daß der Elektrolarynx häufiger empfohlen und als eine Möglichkeit der Kommunikation respektiert werden sollte (*Arnold* 1960; *Berlin* 1964; *McCroskey und Mulligan* 1963; *Dugay* 1975 a; *Diedrich und Youngstrom* 1977; *Miller* 1959; *Martin* 1963; *Snidecor* 1978).

In einigen empirischen Untersuchungen wurde versucht, Ösophagussprecher mit denjenigen zu vergleichen, die einen Elektrolarynx benutzen. *Hyman* berichtet, daß die befragten

Personen den Elektrolarynx bevorzugten, was Lautstärke und Tondauer anbelangt. Er fand keinen Unterschied zwischen beiden Methoden des Sprechens, was die Wortverständlichkeit betrifft (*Hyman* 1955). *Shames* et al. berichten andererseits, daß der Ösophagussprache der Vorzug gegeben werde, weil sie verständlicher sei (*Shames* et al. 1963). Andere Untersuchungen liegen vor von *McCroskey und Mulligan* 1963 und *Crouse* 1962.

Die einzelnen Untersuchungsergebnisse sind kaum zu vergleichen, weil unterschiedliche Parameter wie Sprachverständlichkeit, bevorzugte Art des Sprechens, auditive oder audiovisuelle Stimuli benutzt wurden. Auch setzten sich die Beurteilungsgruppen aus jeweils anderen Personen wie Laien, Kehlkopflosen oder Sprachtherapeuten zusammen. Legt man die Sprachverständlichkeit für den Hörer zugrunde, so rechtfertigen die Forschungsergebnisse insgesamt nicht die voreingenommene Meinung einiger Sprachtherapeuten und Ärzte, die Ösophagussprache sei in jedem Falle dem Elektrolarynx vorzuziehen. Insgesamt wird vom Standpunkt des Hörers aus der Ösophagussprecher bevorzugt, er ist aber nicht besser zu verstehen.

Die kommerziell erhältlichen Sprechhilfen werden gewöhnlich in zwei Kategorien eingeteilt, in die pneumatischen und die elektronischen, letztere wieder in die Mund- und in die Halstypen. (Manche Wissenschaftler teilen in Mund- und Halstypen ein, wobei sie bei der ersten Gruppe dann noch einmal zwischen pneumatischen und elektronischen Geräten unterscheiden.)

Die pneumatischen Geräte nutzen die Atemluft vom Stoma, um einen Vibrator (Membrane) zu aktivieren. Der Ton wird durch eine Röhre in den Mund geführt und dort moduliert.

Elektronische Geräte sind batteriegespeiste Tongeneratoren, die den Ton entweder durch das Halsgewebe oder durch einen Tubus in den Mund leiten.

Nicht alle Laryngektomierten können eine künstliche Sprechhilfe benutzen, und folgende Punkte sollten beachtet werden, wenn mit dem Patienten über den Gebrauch eines Gerätes gesprochen wird.

Mögliche Einschränkungen bei den Mundtypen:

— Die Tonübertragung durch die Mundtypen kann durch Speichel behindert werden.
— Wenn das Stoma sehr unregelmäßig geformt oder zu groß ist, kann es sein, daß die Öffnung nicht genügend durch das Gerät abgedeckt wird.
— Einige Personen lehnen diese Art von Geräten aus hygienischen Gründen ab.
— Atemschwierigkeiten, Asthma u. ä. verhindern für gewöhnlich den Gebrauch pneumatischer Geräte.

Mögliche Einschränkungen bei den Halstypen:

— Es kann sein, daß das Gewebe am Hals sehr verhärtet oder vernarbt ist. Dieses hat eine Reduktion des Tones bei der Transmission durch das Gewebe zur Folge. Manchmal ist keine weiche Gewebestelle vorhanden, an die die Sprechhilfe angesetzt werden könnte.
— Bei einer Fistel im Pharynx ist der Gebrauch einer Sprechhilfe dieses Typus häufig nicht möglich.
— Bei Gewebe, das durch die Operation gefühllos geworden ist, kann es vorkommen, daß der Elektrolarynx nicht mit genügender Schnelligkeit und Genauigkeit an die richtige Stelle gesetzt wird (vgl. *Blom* 1977).

2. Die unterschiedlichen Arten künstlicher Sprechhilfen

2.1. Historische Vorläufer

Schon 1859 erfand der Tscheche Czermak einen »künstlichen Kehlkopf«. Die Luft vom Stoma aktivierte in einer Röhre eine Membran. Diese Vibration wurde in den Mund übertragen. Czermak selbst berichtete der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien: »Bei den vorläufigen, aufmunternden Versuchen, welche ich in dieser Richtung an der Patientin (ein 18jähriges Mädchen mit einer kompletten Stenosis) und an mir selbst — während ich den Larynx fest verschlossen hielt — anstellte, bediente ich mich eines Blasebalges zur Hervorbringung des Luftstromes. Ich halte es jedoch für möglich, bei der Patientin die eigene aus der Atmungskanüle hervorströmende Expirationsluft hierzu zu benutzen, wodurch der große Vorteil erwüchse, daß die Patientin die Handhabung des Gebläses nicht erst zu erlernen brauchte (Czermak zit. bei *Lebrun* 1973, S. 19).

Man weiß nicht, ob Czermaks Apparat tatsächlich kommerziell hergestellt wurde, auch nicht, ob er von Patienten benutzt wurde. Er gilt aber als Prototyp aller später hergestellten external pneumatischen Geräte.

Die erste erfolgreiche Extirpation des Larynx führte wahrscheinlich Billroth 1873 in Wien durch. Er entfernte den Kehlkopf, ließ aber eine Passage zwischen der Trachea und dem Pharynx bestehen. Josef Leiter, ein Gerätehersteller, schlug für Billroths Patienten eine künstliche Sprechhilfe vor, die zwischen Trachea und Pharynx eingesetzt werden konnte. Er konstruierte eine internale pneumatische laryngale Prothese, wahrscheinlich die erste dieser Art (vgl. Abbildung 1).

Leiters Gerät umfaßte drei Kanülen: eine tracheale, eine laryngale und eine phonatorische. Die tracheale war gebogen, konnte in die Trachea eingeführt werden und wurde durch ein Gummiband um den Hals gehalten.

Die phonatorische hatte eine Membran, außerdem war eine künstliche Epiglottis in Form eines Deckels angebracht.

Leiter hoffte, daß der Patient beim Schlucken durch die Zungenwurzel den Deckel schließen würde, um zu verhindern, daß Speichel und Nahrungsmittel in die Trachea gelangen. Der Patient atmete durch das Stoma. Wenn er schlucken wollte, hatte er dieses mit seinem Finger abzudecken und die Luft durch die laryngale und phonatorische Kanüle auszuatmen. Diese Luft sollte die Membran in Schwingungen versetzen, um einen Ton zu erzeugen.

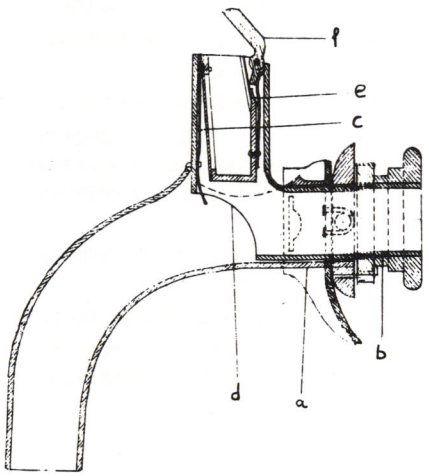


Abb. 1: Leiters künstliche Sprechhilfe (1873)
a: tracheale Kanüle, b: laryngale Kanüle,
c: Rohrblatt zur Tonerzeugung, d: Öffnung,
e: phonatorische Kanüle,
f: künstlicher Kehldeckel (nach Lebrun 1973, S. 21)

Carl Gussenbauer, Billroths Assistent, versuchte 1874 dieses Gerät zu verbessern, denn es passierte immer wieder, daß Speichel in die Trachea gelangte. Außerdem versuchte er, statt Metallzungen eine elastische Membran zu verwenden, die in bezug auf die Klangfarbe der menschlichen Stimme ähnlicher ist. Wegen der mangelhaften Lautstärke entschied er sich letztlich doch für Metallmembranen. Die Stimme war sehr monoton, und der Sprecher mußte sich sehr anstrengen, um verstanden zu werden.

Modifikationen des Gussenbauerschen Larynx' nahmen 1878 Irvine und Fould in England (vgl. Abbildung 2) und Bruns 1881 in Deutschland vor. Bruns arbeitete vor allem an dem Problem, die Speise beim Schlucken den richtigen Weg finden zu lassen. Er konstruierte darum einen Pfropfen, der während des Essens durch das Stoma in die laryngale Kanüle gesetzt wurde. Außerdem arbeitete er an einer Gummimembran, um den Klang der menschlichen Stimme ähnlicher zu machen.

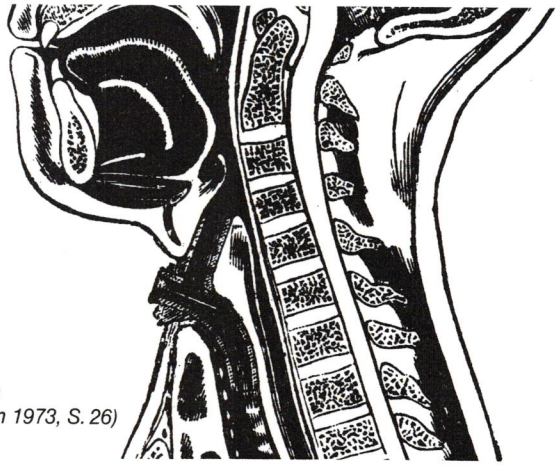


Abb. 2: Die eingesetzte künstliche Sprechhilfe von Irvine und Fould (1878) (aus Lebrun 1973, S. 26)

Bruns' Gerät wurde immerhin so weit entwickelt, daß es von Beuerle in Tübingen kommerziell vertrieben wurde.

Dennoch war man mit den internal pneumatischen Geräten nicht zufrieden. Der Arzt Julius Wolff schrieb: »Die Gummizunge und das Gummiventil litten beständig durch den beim Sprechen von oben her eintretenden Schleim und Speichel. Da somit beide sehr häufig herausgenommen und gereinigt werden mußten, so durften sie nur ganz locker befestigt werden. So kam es, daß beide häufig herausfielen und daß die Gummizunge öfters plötzlich durch den Expirationsstrom in die Höhe getrieben wurde und auf den Zungenrücken des Patienten flog. Ferner gab die Gummizunge der Stimme einen monotonen Klang, und endlich drang durch das Gummiventil wenig Luft ein« (Wolff zit. bei *Lebrun* 1973, S. 29).

Wolff verbesserte den Brunsschen Apparat, verkürzte die Laryngalkanüle, verlängerte die Phonationskanüle und verschloß sie nach oben durch ein engmaschiges silbernes Sieb, um Speichel und Schleim fernzuhalten. Auch dieses Gerät wurde kommerziell hergestellt.

Andere Forscher wie Störk, Gluck u. a. griffen die Idee von Czermak auf und arbeiteten weiter an einer externalen pneumatischen Sprechhilfe, wie sie im Prinzip heute noch benutzt wird.

Inzwischen hatte sich auch die Operationsmethode geändert. Gluck hatte vorgeschlagen, den Boden zum Pharynx vollständig zu vernähen. Nach dieser Operationsmethode konnten die Patienten natürlich keine internale Prothese mehr benutzen.

Erst 1965 griff Asai in Japan auf die alte Operationstechnik zurück, die er aber wesentlich verbesserte. Nach Herausnahme des Kehlkopfes wird in mehreren Operationen eine Hautröhre geschaffen, die die Trachea mit dem unteren Pharynx verbindet. Der Verschluß der Tracheatube zwingt die Atemluft durch die tracheo-pharyngale Röhre in den Pharynx (vgl. *Moddemann* 1979, S. 86).

Einen viel beachteten künstlichen Larynx entwickelte Gottstein 1899 für einen Eisenbahner. Er bestand aus einem Verbindungsstück für die Trachea, einem Gummischlauch, einem Ventil zum Atmen, einer Röhre mit Membran und einem Mundstück (vgl. Abbildung 3).

Gottstein schreibt: »Mittels dieses Apparates gelang es dem Patienten, eine laute, wenn auch eintönige Sprache zu erlernen, so daß er bereits einige Monate nach seiner Entlassung aus der Klinik von der Eisenbahnverwaltung wieder in den vollen Dienst übernommen wurde« (Gottstein zit. bei *Lebrun* 1973, S. 33).

Abb. 3: Gottsteins künstliche Sprechhilfe (1900)

Im Laufe der Zeit wurde eine Fülle von externalen pneumatischen Geräten entwickelt, auf die ich hier nicht eingehen kann. Auf eines möchte ich noch hinweisen, das zwar zu den Vorläufern gehört, für das aber heute noch Teile erhältlich sind, das Western Electric Nr. 2 von 1920, das gemeinsam von den Bell Telephone Laboratories, der American Telephone and Telegraph Company und von Western Electric entwickelt wurde (vgl. Abbildung 4). Es bestand aus einem Doppel-»L«-geformten Silbertubus. An einem Ende war eine bewegliche Gummiröhre mit einer Gummikappe für das Stoma befestigt. Am anderen Ende des »L« war ebenfalls eine Gummiröhre, die in den Mund geführt wurde. Die Luft aus der Trachea wurde durch die Röhre geleitet und erzeugte in einem Metallteil durch Vibration einen Ton. Eine Öffnung im Mittelteil, die durch den Daumen kontrolliert wurde, erlaubte es dem Patienten, entweder durch die Öffnung zu atmen oder, wenn diese durch den Daumen verschlossen war, die Luft durch die Röhre zu führen.

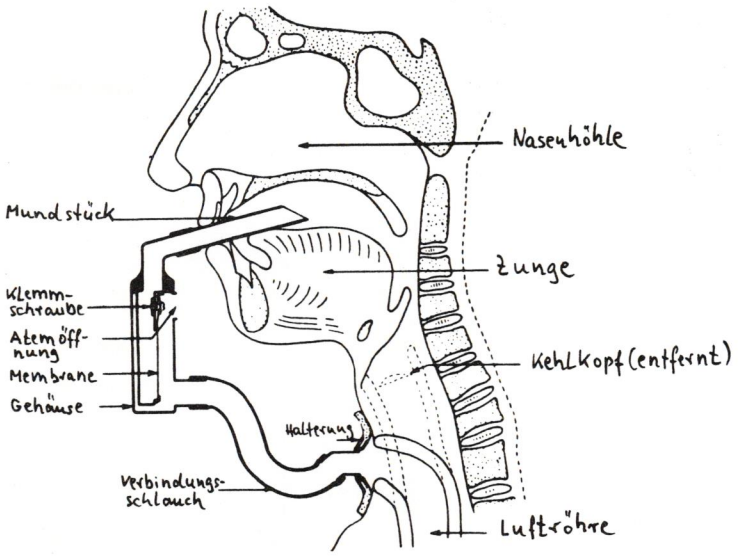


Abb. 4:
Western Electric Nr. 2
(nach Lebrun 1973, S. 41)

Bei den meisten pneumatischen Geräten gelangte die Luft in den Mund, bei wenigen in die Nase, bei einer dritten Art durch eine Fistel in den Pharynx. Als Quelle diente entweder die Ausatmungsluft oder ein Blasebalg unter dem Arm oder in der Hand.

Die Idee zu einem elektrischen Kehlkopf hatte als erster Gluck. Er schlug 1910 folgendes vor: »Wenn man die Walze eines Phonographen mit der Stimme eines Sängers oder einer Sängerin ladet (man läßt den Sänger bzw. die Sängerin einen schönen vollen Ton in den Apparat hineinsingen), so reproduziert der Apparat begreiflicherweise diesen einen Ton, wie er sonst Melodien oder Worte reproduziert. Wenn Sie in einen kleinen Kasten, welcher diese Walze birgt, einen kleinen Elektromotor... und einen... kleinen Akkumulator hineinbringen, so können Sie, wenn Sie eine Starktonmembrane hinzufügen, ausgezeichnete... Stimmen... erhalten, und wenn Sie auf feine... elektrische Drähte diese Stimme fortleiten, so vermögen Sie einem Patienten diesen Ton in Nase oder Mundhöhle mit Hilfe dieser Zahnplatte einzuleiten. Dann spricht der Patient mit der Stimme des Individuums, welches in den Phonographen hineingesungen hat« (*Lebrun* 1973, S. 57). Gluck nannte das Gerät eine »Stimmkonserve«.

Der erste erfolgreiche Elektrolarynx wurde 1942 von Greene und Wright entwickelt und von der Aurex Corporation vertrieben.

Heute werden entweder weiterentwickelte pneumatische Geräte benutzt, wie das Tokio, Neher, DSP 8, oder elektronische Geräte, wie das Cooper Rand, Western Electric, Aurex oder Servox.

2.2. Pneumatische Sprechhilfen

Die heute erhältlichen pneumatischen Sprechhilfen arbeiten alle ähnlich wie die Western Electric Nr. 2.

Tokio-Sprechhilfe

Dieses Gerät (vgl. Abbildung 5) wird in Japan hergestellt. Es besteht entweder aus Stahl oder Gummi, wobei eine Gummikappe das Stoma abschließt und in einer zylindrischen Kammer mit Hilfe einer Gummimembran ein Ton erzeugt wird, der durch eine Plastik- oder Gummiröhre in den Mund geführt und dort moduliert wird. Am Stimmgeber befindet

sich eine Öffnung, die während der Tonerzeugung mit einem Finger abgedeckt werden muß.

Durch Veränderung der Spannung an der Membran und durch unterschiedlichen Druck der Atemluft ist es möglich, die Lautstärke zu beeinflussen.

Zum Tokio-Gerät gibt es verschiedene Adapter für Stomakanülen. Auch sind für das Gerät unterschiedliche Mundstücke erhältlich.

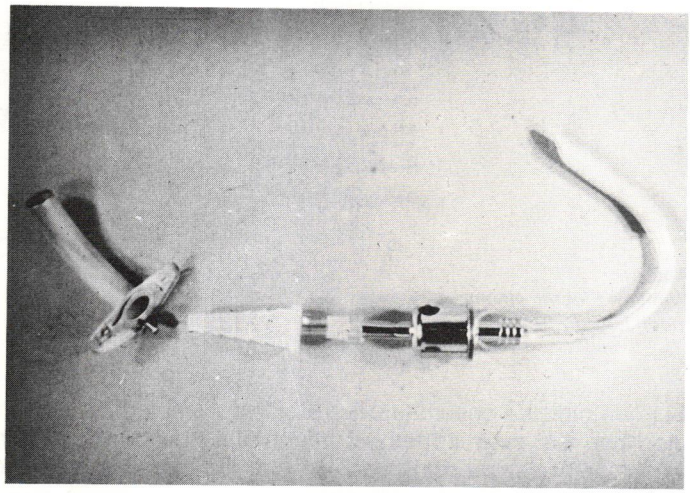


Abb. 5: Tokio-Sprechhilfe

Das Yamamura-Gerät

Das Yamamura-Gerät (Abbildung 6) arbeitet ähnlich wie die Tokio-Sprechhilfe. Stimme und Lautstärke können verändert werden. Es hat aber keine Zwischenöffnung zum Atmen.

Abb. 6: Das Yamamura-Gerät

Neher-Modell 5000

Das Neher-Modell (keine Abbildung) arbeitet ähnlich wie die oben beschriebenen. An der Röhre befindet sich auch eine Öffnung für die Fingerkontrolle. Das Gerät ist in verschiedenen Größen und Ausführungen zu haben. Die einzelnen Teile können außerdem in Länge und Form verändert werden, so daß eine Veränderung des Tones möglich ist. Das Gerät ist ebenfalls mit einem Adapter für eine Kanüle lieferbar.

Van-Humen-Sprechhilfe DSP 8

Der van-Humen-»Kehlkopf« (vgl. Abbildungen 7 und 8) besteht ganz aus Plastik, hat eine verstellbare Membran und ein luftgefülltes Kissen, das auf das Stoma gesetzt wird. Es handelt sich um ein 1962 in Holland entwickeltes Fabrikat.

Auch hier bringt die ausgeatmete Luft eine Membran zum Schwingen. Diese Vibrationsluft wird über eine kleine, biegsame Plastiktube in den Mund geleitet. Das DSP 8 ist so konstruiert, daß auch die eingeatmete Luft durch den Apparat geführt wird. Beim normalen Ausatmen entsteht kein Ton. Dieser wird erst durch vermehrten Druck beim Ausatmen erzeugt. Das Gerät kann mit einer Hand bedient werden.

Das Gerät wiegt nur 30 g und eignet sich besonders in der Anfangszeit nach der Operation als Sprechhilfe, wenn der Patient kein Mundgerät benutzen möchte. Der Zeitpunkt des Einsatzes ist abhängig vom Verheilen der Narben und wird vom Arzt bestimmt.

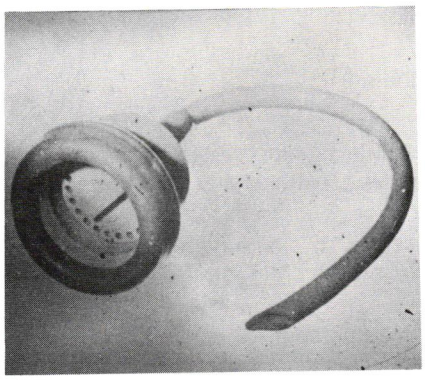


Abb. 7: van Humen DSP 8

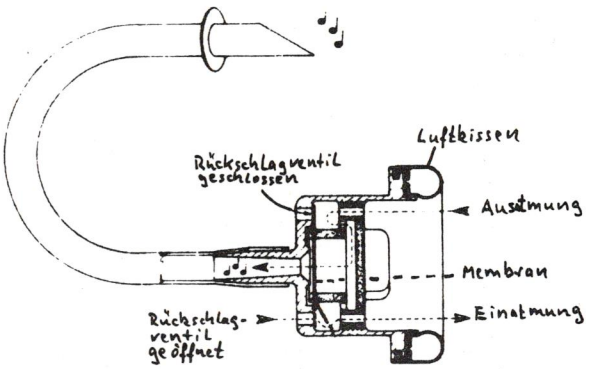


Abb. 8: Darstellung der Funktion des DSP 8 (nach Lebrun 1973, S. 48)

2.3. Elektronische Geräte

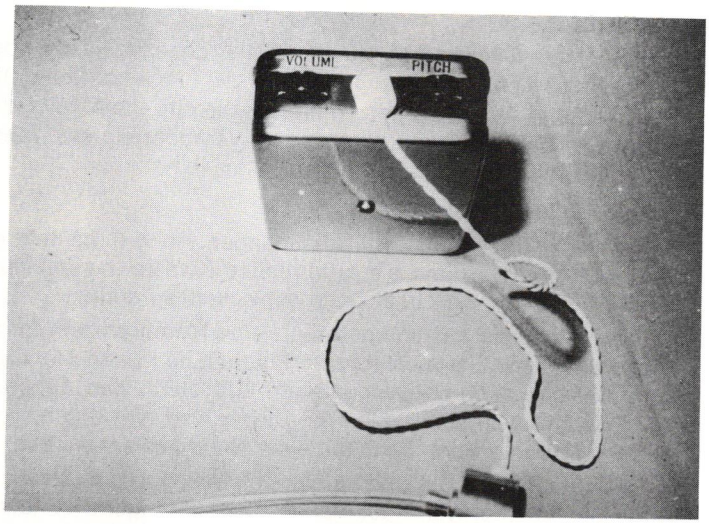
2.3.1. Mundgeräte (intraoral-elektronische Sprechhilfen)

Cooper Rand Elektrolarynx

Der Cooper Rand (vgl. Abbildung 9) ist wahrscheinlich der bekannteste künstliche Kehlkopf dieser Art. Er besteht aus einem batteriegespeisten Tongenerator, der durch einen Draht mit einem Transduktor verbunden ist. Durch eine kurze Plastikröhre wird der erzeugte Ton in den Mund geführt. Mit Hilfe eines Schalters lassen sich Stimme und Lautstärke regulieren. Die Firma hat vor kurzem notwendig gewordene Verbesserungen vorgenommen. Das Material ist jetzt stabiler, das Mundstück wurde so konstruiert, daß kein Speichel mehr eindringen kann, auch wurde die Stöpselung vereinfacht und so eindeutig gestaltet, daß keine Verwechslungen mehr vorkommen können.

Dieses Gerät ist für alle diejenigen eine große Hilfe, die kein sogenanntes Halsgerät benutzen können, weil das Gewebe verhärtet ist.

Abb. 9:
Cooper Rand Elektrolarynx



Pipa de Ticchioni

Bei uns wurde die Pipa de Ticchioni (keine Abbildung) bekannt. Der Tongeber unterhalb eines Pfeifenkopfes sendet den Ton durch das Mundstück einer Tabakspfeife. Der Schaltknopf ist an der Seite des Pfeifenkopfes angebracht.

2.3.2. Halstypen (transcervicale elektronische Sprechhilfen)

Western Electric Nr. 5

Die am häufigsten gebrauchte elektronische Sprechhilfe ist der Western Electric (vgl. Abbildung 10). Sie gibt es in zwei Ausführungen, als Nr. 5 A für Männer mit tiefem Ton und als Nr. 5 B für Frauen mit höherem Summton.

Dieses Gerät wird an den Hals angesetzt. Im Chassis wird ein Summton erzeugt, der durch das Gewebe in die Rachen- und Mundhöhle gelangt. Wichtig ist, daß das Gerät an der richtigen Stelle plaziert wird.

Als Stromquelle dient eine Batterie, die nicht wieder aufgeladen werden kann. Dadurch wird das Gerät auf die Dauer recht teuer, obwohl der Anschaffungspreis niedrig ist.

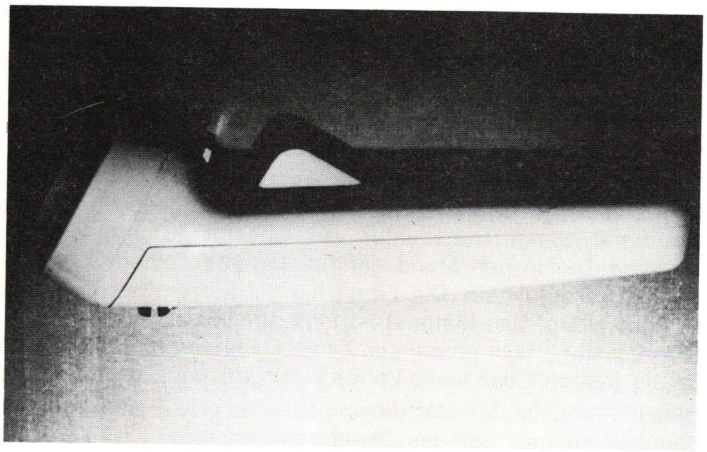


Abb. 10:
Western Electric Nr. 5

Aurex Neovox (keine Abbildung)

Dieses Gerät arbeitet nach dem gleichen Prinzip wie das Western Electric, ist aber etwas lauter und hat einen tieferen Summton. Höhe und Lautstärke lassen sich geringfügig regulieren. Der Ton kann angenehmer verändert werden, indem um den Kopf ein Stückchen Baumwollstoff gespannt wird. Das Gerät wird mit einer aufladbaren Batterie betrieben.

Servox Sprechhilfe

Dieses Gerät (vgl. Abbildung 11) gilt als eines der besten, die sich zur Zeit auf dem Markt befinden. Es ermöglicht eine gute Tonhöhen- und Lautstärkenregulierung unabhängig voneinander und wird mit einer aufladbaren Batterie betrieben. Der Schaltknopf hat einen Schutzring, der verhindert, daß das Gerät angestellt werden kann, wenn man es z. B. in der Tasche trägt und versehentlich gegen den Knopf drückt.

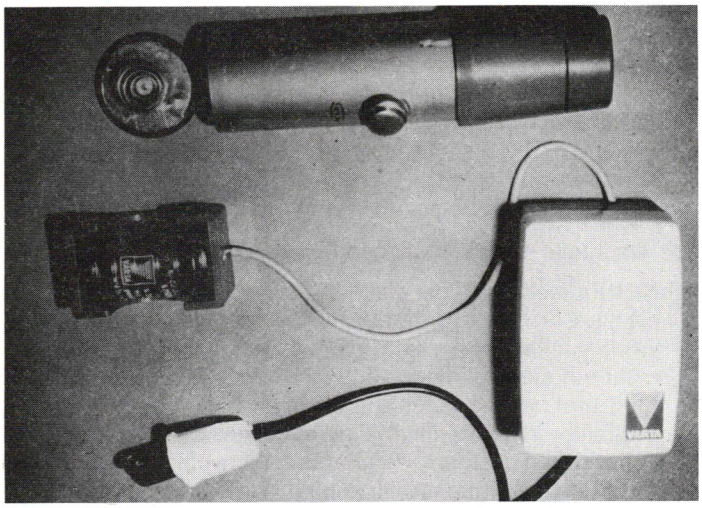


Abb. 11: Servox Sprechhilfe

Variaton

Ein neu entwickeltes, sehr handliches italienisches Gerät ist das Variaton (keine Abbildung). Es ist in zwei Ausführungen für Männer mit tieferem, für Frauen mit höherem Ton erhältlich. Tonhöhe und Lautstärke lassen sich verändern. Die Batterie ist wieder aufladbar.

2.3.3. Weitere Sprechhilfen

Viele Kehlkopflose beklagen sich, daß die Ösophagussprache nicht laut genug ist und die Zuhörer dadurch Verständnisschwierigkeiten haben. Dieses Problem tritt vor allem bei Schwerhörigkeit oder lauter Umgebung auf.

Solche Personen finden Hilfe durch Sprachverstärker. Der Sprecher hält vor seine Lippen ein kleines Mikrophon, das durch eine Schnur mit dem Gerät verbunden ist. Bei uns hat die Firma Hassheider in Köln mehrere solcher Geräte entwickelt.

3. Vor- und Nachteile von künstlichen Sprechhilfen

In der Literatur werden häufig die Vor- und Nachteile der elektronischen und pneumatischen Sprechhilfen diskutiert. Wie erwähnt, geschieht diese Diskussion zum Teil sehr emotional, und es wird immer der Ösophagussprache der Vorzug gegeben.

Gardner gibt eine Übersicht aus der einschlägigen Fachliteratur zu dieser Fragestellung. Einige Punkte daraus sollen hier wiedergegeben werden (*Gardner* 1971, S. 60 ff.).

3.1. Vorteile einer künstlichen Sprechhilfe

— Das Gerät ermöglicht jedem sofort Sprache zu jeder Zeit.
— Es ist gut beim Telefonieren zu verstehen.
— Es ist gut verwendbar in lauter Umgebung, bei eigener leiser Stimme oder wenn der Sprecher erkältet ist.
— Es ist die einzige Möglichkeit, zu kommunizieren, wenn die Ösophagussprache nicht erlernt werden kann oder nur sehr unzureichend beherrscht wird.
— Es kann schon sehr früh nach der Operation eingesetzt werden, um mit Angehörigen, Freunden direkt zu kommunizieren oder über das Telefon zu sprechen.
— Es ist hilfreich bei Müdigkeit oder der Notwendigkeit, lange zu sprechen.
— Der Gebrauch des Gerätes ist leichter und schneller zu erlernen als die Ösophagussprache.
— Es erfordert weniger Muskelkraft.
— Es wird häufig besser verstanden als die Ösophagussprache.
— Es ist besser als schriftliche Kommunikation oder Flüstern.
— Es wird nicht durch Geräusche aus dem Stoma beeinflußt.
— Patienten, die erst die Sprechhilfe benutzen, lernen später schneller die Ösophagussprache.
— Es verhindert Depressionen, weil frühzeitig nach der Operation Sprechen möglich ist.

3.2. Nachteile einer künstlichen Sprechhilfe

— Kein Patient ist mit der elektronischen Sprechhilfe ganz zufrieden. Die meisten benutzen sie nicht mehr nach Erlernen der Ösophagussprache.
— Wenn ein Patient ein Instrument benutzt und mit ihm sprechen lernt, wird er es oft nicht mehr auf sich nehmen, die Speiseröhrensprache zu erlernen.
— Ein Gerät ist kein guter Sprechersatz.
— Es zieht in der Öffentlichkeit die Aufmerksamkeit auf sich.
— Es ist wenig geeignet, den Patienten psychisch zu unterstützen.
— Es ist eine sichtbare Ablenkung für den Zuhörer.
— Es erfordert immer den Gebrauch einer Hand.
— Die Anschaffung und der Unterhalt kosten Geld.
— Bei Ausfall macht es den Patienten hilflos.
— Es ist ein sichtbarer Hinweis auf eine Behinderung, ein Stigma.
— Der Klang der Instrumente ist unnatürlich monoton, metallen.
— Es ist weniger zuverlässig als die Ösophagussprache.
— Der Patient hat nicht das Gefühl, daß er selbst spricht.
— Es ist ungünstig für spontane, gelegentliche Bemerkungen, da es nicht schnell genug verfügbar ist.

Die Art der Argumentation zeigt, »daß die Kritikpunkte gegen die künstlichen Sprechhilfen vor allem die psychologischen Probleme in Zusammenhang mit der Handhabung der Instrumente betreffen, während die Argumente, die den Gebrauch befürworten, die Notwendigkeit und den praktischen Nutzen als Hilfe für den Sprecher betonen« (*Gardner* 1971, S. 62).

4. Gesichtspunkte für den Einsatz künstlicher Sprechhilfen

Horn (1962) und *Diedrich und Youngstrom* (1977) weisen darauf hin, daß durchschnittlich zwei bis drei Monate vergehen, bevor nach der Operation die Sprachtherapie zum Erlernen der Ösophagussprache beginnt. Viele Patienten verständigen sich in dieser Zeit durch

Schreiben. Es dauert dann durchschnittlich noch einmal etwa vier bis sechs Monate, bis die Ösophagussprache für den Hörer voll verständlich benutzt werden kann. Manche Patienten benötigen bis zu einem Jahr.

Diese zwei Intervalle (Operation bis Beginn der Therapie und dann noch einmal bis zum Beherrschen der neuen Sprechweise) stellen eine Zeit dar, in der der Kehlkopflose schon aus psychologischen Gründen soviel wie möglich kommunizieren sollte. Mancher hätte dabei großen Nutzen durch den Gebrauch einer Sprechhilfe, bevor er die Ösophagussprache erlernt.

Alte Leute oder solche mit Stenosen in der Speiseröhre, Schwerhörigkeit, Mobilitätsstörungen der Zunge, Spasmen im Schließmuskel der oberen Speiseröhre oder mit anderen Beeinträchtigungen sind wenig geeignet, die Ösophagussprache zu erlernen (vgl. *Gardner* 1971, S. 63).

Manche Patienten fühlen sich psychologisch sicherer, wenn sie zu Hause eine Sprechhilfe zum Kommunizieren benutzen können. Viele fürchten, nicht mehr telefonieren zu können, auch da kann ein Gerät Abhilfe leisten. Durch den Gebrauch einer Sprechhilfe kurze Zeit nach der Operation ist in manchen Fällen eine berufliche Eingliederung leichter oder überhaupt möglich.

In der ersten Zeit der Sprachtherapie kann eine künstliche Sprechhilfe für die Verständigung mit dem Therapeuten eine große Hilfe sein.

Diedrich und Youngstrom weisen darauf hin, daß der Gebrauch einer Sprechhilfe, wenn sie recht bald nach der Operation eingesetzt wird, dazu beitragen kann, die artikulatorische Geschicklichkeit zu verbessern. Derjenige, der einen Elektrolarynx benutzt, muß sehr genau artikulieren, sonst ist die Sprechweise nicht verständlich. Er muß lernen, stimmlose Konsonanten durch den intraoral-pharyngalen Luftdruck zu produzieren. Dazu steht ihm nicht mehr die Atemluft zur Verfügung. Der Ösophagussprecher muß in gleicher Weise verfahren.

Bei der Phonation von stimmhaften Verschluß- und Zischlauten steht dem Benutzer einer Sprechhilfe keine Luft aus der Speiseröhre zur Verfügung, um den intraoral-pharyngalen Luftdruck zu ergänzen, damit es zur Herstellung dieser Laute kommt. Dieses gilt auch für den Ösophagussprecher.

Der Hauptunterschied zwischen beiden Sprechweisen besteht wahrscheinlich in den Zungenbewegungen. Während des Sprechens mit der Ösophagusstimme ist die Zunge fortwährend bemüht, Luft einzuführen mit dem Ziel, Stimme zu erzeugen. Diese Bewegungen sind nicht notwendig beim Gebrauch einer künstlichen Sprechhilfe (*Diedrich und Youngstrom* 1977, S. 142).

Gute Artikulation hat auch einen günstigen Einfluß auf die Lufteinführung in die Speiseröhre. *Diedrich und Youngstrom* glauben sogar, daß der Gebrauch einer Sprechhilfe den Lernvorgang zum Erwerb der Ösophagussprache verkürzen kann. Sie führen dazu folgendes Beispiel an: Wenn ein Kehlkopfloser stündlich zehn Minuten übt, die Ösophagussprache zu erlernen, so kommen dabei an einem Zehn-Stunden-Tag etwa hundert Minuten Übungszeit pro Tag heraus. Vor allem am Anfang wird er versuchen, Luft in die Speiseröhre zu bekommen, um einen Ton zu produzieren. Er könnte mindestens noch einmal hundert Minuten pro Tag mit einem Elektrolarynx üben. Dieses Training verbessert nicht nur die Leistung im Bereich der Artikulation, sondern auch das Phrasieren, was der Ösophagussprache letztlich wieder zugute kommt und den Lernprozeß insgesamt verkürzen dürfte. Der frühe Gebrauch eines Elektrolarynx kann also dazu führen, daß mehr freies Sprechen möglich ist, besser artikuliert wird und als Folge einer besseren Artikulation und wirksameren Luftaufnahme die Therapiezeit zum Erlernen der Ösophagusstimme verkürzt wird (*Diedrich und Youngstrom* 1977, S. 142).

Beide Methoden können also gleichzeitig erlernt werden. Die Frage, welche Art der Kommunikation bevorzugt verwendet werden soll, kann zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden. Es kann sein, daß die Sprechhilfe überflüssig wird. Vielleicht ist sie eines Tages nur noch bei lauter Umgebung, bei Abspannung oder längerem Sprechen notwendig. Sollte der Kehlkopflose die Ösophagussprache nicht erlernen können, so verbleibt ihm dann die Möglichkeit der Kommunikation mit der Sprechhilfe.

Bei der Anweisung zum Gebrauch einer Sprechhilfe sollten mit dem Kehlkopflosen folgende Punkte besprochen werden:

— Warum wird eine künstliche Sprechhilfe benutzt?
— Wann wird eine künstliche Sprechhilfe sinnvoll eingesetzt?
— Die Auswahl eines bestimmten Gerätes oder einer Geräteart.
— Vorzüge durch den baldigen Gebrauch einer Sprechhilfe nach der Operation.

Die Anweisungen zum Erlernen des Sprechens mit einer Sprechhilfe müssen folgende Punkte enthalten:

— Ausfindigmachen der geeigneten Stelle zum Ansetzen des Gerätes.
— Fertigkeit erwerben, diese Stelle schnell und sicher zu treffen.
— Gleichzeitigkeit von Tonerzeugung durch das Gerät und Artikulation, da sonst das Gerät auch in den Sprechpausen weitersummt.
— Kontrolle der Atmung (eventuell muß das Stoma-Geräusch verringert werden).
— Übungen zur Verbesserung der Artikulation (Vokale, Diphtonge, Konsonanten). Besonders schwierig ist es, stimmhafte und stimmlose Konsonanten herauszuarbeiten.
— Erlernen von Phrasieren, Pausen einhalten, Silbenverbindung.

Auf mögliche Probleme, die beim Gebrauch einer Sprechhilfe auftreten können, wurde in der Einführung hingewiesen.

5. Schluß

Sprachheilpädagogen und Logopäden haben die Verantwortung für die sprachliche Rehabilitation Kehlkopfloser. Diese kann durch das Erlernen der Ösophagussprache oder durch den Gebrauch einer künstlichen Sprechhilfe erfolgen. Die Ausführungen zeigen, daß es sich dabei nicht um eine Entweder/Oder-Entscheidung handelt. Die Kommunikationsfähigkeit kann durch eine Sprechhilfe wiederhergestellt werden, gleichzeitig kann das Training zum Erlernen der Ösophagussprache erfolgen. Es gibt keine Begründung dafür, daß diese beiden Methoden einander ausschließen.

Wie *Duguay* ist auch *Gardner* der Meinung, daß die Behauptung, der Gebrauch eines Elektrolarynx verhindere das Erlernen der Ösophagussprache, jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehre (*Duguay* 1975b; *Gardner* 1971). Auch *Diedrich und Youngstrom* glauben, daß diese Fragestellung niemals ernsthaft untersucht wurde (*Diedrich und Youngstrom* 1977, S. 141).

Auf jeden Fall muß die Sprechhilfe benutzt werden, wenn der Kehlkopflose nicht in der Lage ist, die Ösophagussprache zu erlernen. Dieses gilt auch für Personen, die bis zum Beherrschen der Ösophagussprache sehr viel Zeit benötigen. Ältere Personen, die eventuell an zusätzlichen Behinderungen wie Schwerhörigkeit, Beeinträchtigungen der Zunge oder anderer Sprechwerkzeuge leiden, sollten ebenfalls eine Sprechhilfe benutzen.

Es gibt kein Richtig oder Falsch bei der Frage nach dem Gebrauch einer künstlichen Sprechhilfe. Diese Frage muß für jeden einzelnen Fall neu entschieden werden. Jeder Kehlkopflose ist ein Individuum mit seinen ganz individuellen Lebensgewohnheiten.

Snidecor gibt zwar der Ösophagussprache den Vorzug, aber nur dann, wenn sie effektiv genug ist, und betont, daß der Gebrauch eines Elektrolarynx in jedem Falle besser ist als eine schlechte oder überhaupt keine Kommunikation (*Snidecor* 1978).

Das Problem der Indikation ist von der Forschung her noch zu bearbeiten.

Es geht nicht um die Frage, ob eine Sprechhilfe angebracht ist oder nicht, sondern um die Frage, unter welchen Bedingungen und ob zeitweilig oder dauernd ein Gerät gebraucht werden soll.

Ebenso geht es nicht darum, welche von beiden die bessere Methode ist, sondern welche Methode für den Betroffenen die beste ist. Das, was nach der Operation angebracht ist, mag nicht mehr nach einem Jahr richtig sein. Die Wahl muß immer zusammen mit dem Patienten getroffen werden, nachdem er gründlich informiert worden ist.

Jede Klinik, in der Kehlkopfkrebsoperationen durchgeführt werden, sollte eine genügend große Anzahl unterschiedlicher Geräte zur Verfügung haben.

Anmerkung

Wenn jemand ein Gerät benötigt, wende er sich am besten an

— die Orts- oder Landesverbände des Bundesverbandes für die Kehlkopflosen der Bundesrepublik Deutschland,
— den Bundesverband für die Kehlkopflosen der Bundesrepublik Deutschland e.V., Josefstraße 51, 5190 Stolberg,
— die Vereinigung der Kehlkopflosen e.V., Talberg 26, 8021 Icking.

Ein Firmenverzeichnis ist beim Verfasser erhältlich.

Literatur

Arnold, G. E.: Alleviation of alaryngeal aphonia with the modern artificial larynx. Logos, 3, 1960.

Berlin, C. J.: Hearing loss, palatal function, and other factors in postlaryngectomy rehabilitation. Journ. Chron. Dis., 17, 1964.

Blom, E.: The Artificial Larynx. In: Keith, R. (Hrsg.): Proceedings of the laryngectomee rehabilitation seminar, Supplement. Mayo Clinic, Rochester (USA) 1977.

Böhme, G.: Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Stuttgart 1974.

Crouse, G.: An experimental study of esophageal and artificial-larynx speech. Emory (USA) 1962 (unveröffentlicht).

Diedrich, W., und K. Youngstrom: Alaryngeal Speech. Springfield (USA) 1977.

Duguay, M.: Psychological Aspects of Laryngeal cancer. In: Keith, R. (Hrsg.): Proceedings of the laryngectomee rehabilitation seminar. Mayo Clinic, Rochester (USA) 1975 (1975 a).

Duguay, M.: Preoperative Considerations. In: Keith, R. (Hrsg.): Proceedings of the laryngectomee rehabilitation seminar. Mayo Clinic, Rochester (USA) 1975 (1975 b).

Gardner, W., und H. E. Harris: Aids and devices for laryngectomees. Arch. Otolaryng., 73, Chicago 1961.

Gardner, W.: Laryngectomee Speech and Rehabilitation. Springfield (USA) 1971.

Greene, J. S.: The postlaryngectomy clinic of the National Hospital for Speech Disorders, a statistical study. New York Journ. Med., 49, New York 1949.

Horn, D.: Laryngectomee Survey Report. Convention of the International Association of Laryngectomees. Memphis (USA) 1962.

Hyman, M.: An experimental study of artificial larynx and esophageal speech. Journal of Speech and Hearing Disorders, 20, Washington (USA) 1955.

Keith, R.: Factors influencing the learning of esophageal speech. British Journal of Disorders of Communication, 9, 1974.

Lauder, E.: The Laryngectomee and the Artificial Larynx. Journ. of Speech and Hearing Disorders, 33, Washington (USA) 1968.

Lauder, E.: Self-Helf for the Laryngectomee. San Antonio (USA) 1978.

Lebrun, Y.: The Artificial Larynx. Amsterdam 1973.

Luchsinger, R.: Die Stimme und ihre Störungen. New York (USA) 1970.

Lueders, O. W.: Use of the electrolarynx in speech rehabilitation. Arch. Otolaryng., 63, Chicago (USA) 1956.

Martin, H.: Rehabilitation of the laryngectomee. Cancer, 16, 1963.

McCroskey, R. D., und M. Mulligan: The relative intelligibility of esophageal speech and artificial-larynx speech. Journ. of Speech and Hearing Disorders, 28, Washington (USA) 1963.
Miller, M. H.: The responsibility of the speech therapist to the laryngectomized patient. Arch. Oto-laryng., 70, 1959.
Moddemann, H.: Beratung Kehlkopfloser als Rehabilitationshilfe. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen. Hamburg 1979.
Shames, G. H., u. a.: Factors related to speech proficiency of the laryngectomized. Journal of Speech and Hearing Disorders, 28, Washington (USA) 1963.
Snidecor, J. C.: Speech Rehabilitation of the Laryngectomized. Springfield (USA) 1978.
Wendler, J., u. a.: Lehrbuch der Phoniatrie. Leipzig 1977.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Helmut Moddemann, Dipl.-Päd., Evangelische Fachhochschule in Hannover, Blumhardtstraße 2, 3000 Hannover 69.

Sonderschullehrer

Fachrichtungen Sprachbehinderten- und Lernbehindertenpädagogik, Tätigkeit an L- und S-Schulen, Erfahrung in ambulanter Sprachtherapie, Spezialgebiet Rhythmisch-Musikalische Erziehung, zur Zeit im Staatsdienst Bad.-Württ., sucht verantwortungsvolle und selbständige Tätigkeit im Raum Heidelberg, Mannheim, Ludwigshafen.

Angebote unter Chiffre 01/06 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

STÄDT. KRANKENHAUS LÖRRACH
KINDERKLINIK
— AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS —

Für das Sozialpädiatrische Zentrum der Kinderklinik suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine zweite

Logopädin

Das Aufgabengebiet des Zentrums umfaßt Diagnostik und Therapie von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatischen Reaktionsbildungen und neuropädiatrischen Erkrankungen.

Unser Team besteht zur Zeit aus Pädiater, Psychologe, Krankengymnastinnen, Sozialpädagogin und Logopädin.

Das Aufgabengebiet der Logopädin umfaßt Diagnostik, Therapie und Elternberatung sprachgestörter und entwicklungsverzögerter Kinder.

Die Stelle ist auch für Berufsanfänger geeignet, da Einarbeitung durch eine Kollegin möglich ist.

Die Anstellung erfolgt zu den üblichen Bedingungen des öffentlichen Dienstes.

Richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bitte an:
Chefarzt P-D Dr. M. Stahl, Städt. Krankenhaus, Kinderklinik, Spitalstraße 25, 7850 Lörrach, Telefon (07621) 1 63 10.

Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 6, S. 239—243

Gregor Heinrichs, Essen

Anregungen für die Praxis des Erstlese- und Schreibunterrichts in der Schule für Sprachbehinderte

Gemäß den Richtlinien sind der Schule für Sprachbehinderte »die Pläne für den Unterricht der allgemeinen Schule zugrunde zu legen. Art und Auswirkung der jeweiligen Sprachbehinderung verlangen jedoch eine sorgfältige Auswahl der Unterrichtsinhalte unter sonderpädagogischen Aspekten.«

In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage nach dem Erstlese- und Schreibunterricht in der Schule für Sprachbehinderte besondere Bedeutung. Das Gros der Schüler in den Anfangsklassen der Schule für Sprachbehinderte besteht häufig aus stark sprachentwicklungsverzögerten Kindern. Ein therapieintegrierter Unterricht hat jedoch nicht nur den bei den einzelnen Kindern vorhandenen Sprachbestand, sondern auch die damit in Verbindung stehenden anderen Teilleistungsstörungen zu berücksichtigen. Als Beispiele seien einmal genannt:

Abbau von sozialer Unangepaßtheit (in Zusammenhang mit dem sozialen Aspekt von Sprache),
Training der phonematischen Diskriminationsfähigkeit in auditiver und sprechmotorischer Hinsicht,
Training der allgemeinen Verbalintelligenz,
Rhythmik und Training im grob- und feinmotorischen Bereich (vgl. auch Richtlinien, Abschnitt 4).

Beginn mit der Druckschrift

Gegenüber sprachunauffälligen Erstkläßlern ist in den Anfangsklassen der Schule für Sprachbehinderte mit mehr Schwierigkeiten im Bereich der Handmotorik und im Bereich der Koordination von Auge und Hand zu rechnen. Bei Würdigung dieses Bedingungsfeldes wird man nach vorgeschaltetem allgemeinen Sprachtraining für den Erstleseunterricht die Druckschrift (Gemischtantiqua) als Anfangsschrift bevorzugen müssen. Während die Schreibschrift schon allein wegen der motorischen Anforderungen eine besondere Erschwernis darstellt, können die Kinder mit Hilfe der Druckschrift leichter und kindgemäßer zum Lesen geführt werden. Ferner ist auch das für nichtbehinderte Kinder zutreffende Argument bedeutsam, daß nämlich in der Umwelt der Kinder mehr Druckschrift zu finden ist, in Reklame, Straßenschildern usw.

Für einen methodisch vielseitigen Unterricht, der auch viele Differenzierungsmöglichkeiten anbieten kann, ist ebenfalls von Bedeutung, daß es mehr Arbeitsmaterialien und mehr Lernspiele in Gemischtantiqua gibt. Hingewiesen sei u. a. auf:

Wir drucken, Ausgabe B (Stempelkasten), Finkenverlag, Oberursel;
Lesespiel, Schmidt-Spiele in Verbindung mit der Zeitschrift »Eltern«;
Wir legen Wörter, Schmidt-Spiele;
Lese-memory, Otto-Maier-Verlag, Ravensburg.

Wegen der besseren Gliederungsfähigkeit räumen übrigens Legasthenie-Pädagogen der Gemischtantiqua im Erstleseunterricht einen eindeutigen Vorrang ein. In dem Fernstudienlehrgang Legasthenie verweist *Hans Meyer* auf die Ausführungen *Bleidicks*, »der

ebenso wie *Meis* und *Weinert* nach einer Analyse der verschiedenen Möglichkeiten zu dem Resultat kommt, daß die... ‚Gemischtantiqua die Methode der Wahl'... sei.« Im Lehrerhandbuch zur Bunten Fibel schreibt *R. Valtin*: »Die Druckschrift als einheitliche Erstschrift für Schreib- und Leselehrgang bringt in der Anfangsphase Erleichterungen für die Lernprozesse.«

Die Vereinfachte Ausgangsschrift

Im Anschluß an die Druckschrift stellt sich die Frage nach der geeigneten Schreibschrift. Für motorisch gehemmte Kinder scheint die von der Kultusministerkonferenz empfohlene Vereinfachte Ausgangsschrift vorteilhafter zu sein als die bekannte Lateinschrift. Die Ähnlichkeit mit der Druckschrift, die klarere bewegungsmäßige Durchgliederung und die einfacheren Formen, die — anders als bei der lateinischen Ausgangsschrift — aneinandergereiht ein Schriftbild ergeben, sind nicht zu unterschätzende Pluspunkte. Leider ist in den gängigen Fibeln die Vereinfachte Ausgangsschrift noch nicht üblich.

Hier ein Auszug aus den Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Schreiberziehung 1975:

Einsatz von Lautgebärdenzeichen (Handzeichen)

Daß sprachbehinderte Kinder für die Festigung der Phonem-Graphem-Korrespondenz zusätzliche Hilfen benötigen, bedarf keiner Frage. Hier bietet sich z. B. der Einsatz von Handzeichen an. An dieser Stelle seien einmal Handzeichen vorgestellt, die die Lautbildung veranschaulichen sollen und somit für den Einsatz in der Schule für Sprachbehinderte als besonders geeignet erscheinen.

Handzeichen nach *Kossow*:

Anhang: Beispiel eines Unterrichtsverlaufs

LAA Frau A. Häring, Essen; Bezirksseminar Heiligenhaus
Mentorin: Frau Krüger-Kenter, Albert-Liebmann-Schule Essen
Klasse 1 b (13 Schüler; m: 8 / w: 5)

Lehrziel: Im Zusammenhang mit der Phonem-Graphem-Korrespondenz sollen die Schüler (SS) den großen Druckbuchstaben »D« identifizieren können.

Lernziel: Gewünschtes Endverhalten: Die SS haben das Graphem des Großbuchstabens »D« durch Buntmalen von anderen Graphemen unterschieden.

Bedingungen: Arbeitsblatt, Wachsmalstifte; Einzelarbeit, Lehrer-/Schülerkontrolle.

Maßstab: Alle Schüler zeigen eine richtige Diskriminierung:

— lernstarke SS: mindestens 7 Lösungen,
— lernschwache SS: mindestens 4 Lösungen.

Der Unterricht wurde für folgende Schüler durchgeführt:

1 (m): Reste einer Sprachentwicklungsverzögerung (SEV), sprechscheu, motorisch stark gehemmt, links schwerhörig, lernstark, besuchte bereits eine Eingangsklasse für Sprachbehinderte (E).
2 (m): Multiples Stammeln, leichter Dysgr.; Unsicherheiten bei »dr-«.
3 (m): Stammeln noch in der Spontansprache, klon. Stottern, E., Konzentrationsstörung.
4 (m): Stammeln u. a. »dr«, SEV.
5 (m): SEV, Schwierigkeiten bei »dr-« in Spontansprache, E.
6 (w): SEV, Dysgr., Unsicherheiten bei »dr-« in Spontansprache, E., Konzentrationsstörung.
7 (w): Stammeln nur noch in Spontansprache, lernschwach, E.
8 (w): Tonisches Stottern, hypermotorische Unruhe, E., Konzentrationsstörung.
9 (w): LKG-Kind, Schwierigkeiten in der Feinmotorik und bei Plosivlauten.
10 (w): SEV, lernschwach.
11 (m): Multiples Stammeln und Dysgr., lernschwach.
12 (m): Stammeln, in der Übungssprache weitgehendst behoben, E., lernstark.
13 (m): SEV, E.

Die SS werden nach einem synthetischen Lese-Schreibverfahren unterrichtet. Die Buchstaben (Gemischtantiqua) O, I, M, P, E, N sind den Kindern bereits bekannt. Der Buchstabe T ist erst später vorgesehen, damit keine gegenseitige Hemmung entsteht. Mit den durchgeführten Sozialformen waren die SS bereits vertraut.

Von der gesprochenen Sprache ausgehend, wurde das »D« über möglichst viele Kanäle erfahrbar gemacht.

Literatur

Bleidick, U.: Lesen und Lesenlernen unter erschwerten Bedingungen. Essen 1966, S. 172 ff.
Deutsches Institut für Fernstudien (Hrsg.): Fernstudienlehrgang Legasthenie, Studienbegleitbrief 4., Weinheim und Basel 1974.
Kossow, H.-J.: Zur Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche. Berlin-Ost 1973, S. 256 ff.
Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Schule für Sprachbehinderte — Richtlinien. Köln 1980.
Meis, R.: Schreibleistungen von Schulanfängern und das Problem der Ausgangsschrift. Göttingen 1963.
Meyer, H.: Verwendung von Druckschrift oder von Schreibschrift. In: Angermaier, M. (Hrsg.): Legasthenie. Frankfurt 1976.
Weinert, F., Simon, H., und Essing, W.: Schreibmethode und Schreibentwicklung. Weinheim 1966.
Will-Beuermann, H., Hinnrichs, J., Reincke, H.-J., und Valtin, R.: Bunte Fibel. Lehrerhandbuch, Hannover 1977, S. 165.

Anschrift des Verfassers:
Dipl. Päd. Gregor Heinrichs, Sprachheillehrer, Rühlestraße 20, 4300 Essen 1.

Verlaufsplanung

Zeit ca.	Handlungsschritte	Operationen	Differenzierung für die SS:													Anmerkungen
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
5 Min.	Die SS sehen und hören einen Zaubertrick mit Smarties: Der Laut "n" wird in den Laut "d" verwandelt.	sich konzentrieren, sehen, hören, beobachten	Lh	x	Lh	x	x	Lh	x	Lh	x	x	x	x	x	Lh = Besondere Hilfe bzw. Zuwendung des Lehrers erforderlich wegen Hörschwierigkeiten (Sitzordnung!) und Konzentrationsschwierigkeiten (SS 1, 3, 6, 8). x = Bei diesen SS werden keine Probleme erwartet. Sozialform: Kreis (Integration, Förderung des Sozialverhaltens).
	Die SS äußern sich zum Ergebnis	überlegen, sprechen, zuhören														Um die Spontaneität der SS-Äußerungen nicht zu gefährden, werden vorwiegend indirekte Möglichkeiten des sprachtherapeutischen Eingreifens genutzt.
	SS erarbeiten den Laut "d" mit Smarties über die Ableitung von "n".	mit der Zunge gegen Gaumen drükken, Verschluß für den Luftstrom öffnen		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	Sozialform: "Partnerarbeit" an den Tischen mit je einem Spiegel.
	- Beim Einsetzen des Plosivlautes "d" hält S zunächst die Nase zu.	s.o.									x					Kontrolle durch den Lehrer; Selbstkontrolle vor dem Handspiegel.
10 Min.	SS bilden den isolierten Laut "d", legen dabei den Daumen an die Unterlippe und spüren dort den weichen Luftstrom des Plosivlautes "d".	Daumen an Unterlippe legen, Plosivlaut "d" bilden, fühlen	H	H	H	H	x	x	x	H	H	H	H	x	x	H = Hilfe durch Mitschüler oder Lehrer wegen zu erwartender Anfangsschwierigkeiten bei der Handmotorik. Meth. Kommentar: Einführung des Handzeichens für "d" nach Kossow.
	SS suchen selbst Wörter mit D-(Anlaut) und machen dabei das Handzeichen.	überlegen, hören, sprechen, fühlen	x	x	x	x	x	x	Lh	x	x	Lh	Lh	x	x	Lernschwache SS erhalten Hinweise durch den Lehrer. Eventuell individuelle Sprechhilfen bei dr-Anlautung (SS 2, 4, 5, 6).
5 Min.	SS erkennen D-Gegenstände aus anderen heraus (Spiel mit Bildkarten).	differenzieren, erkennen, benennen	x	x	x	Lh	Lh	Lh	x	x	Lh	x	x	x	x	Lh = SS werden zu besonders deutlicher Aussprache angehalten, z.B. durch korrekte Wiederholung.
5 Min.	SS sehen das Graphem "D" an der Wandtafel und schreiben die Gestalt nach: - Finger in Luft - Bunte Kreide an Tafel SS sprechen dabei: "Strich runter, Bogen dran!"	sehen, schreiben, sprechen merken	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Affektive Einbettung und Herausstellen der Phonem-Graphem-Korrespondenz: Beim Anschreiben von "D" an die Tafel spricht der L.: "Die Zunge geht herunter und in einem Bogen fällt das Smartie heraus. Strich runter, Bogen dran."
	SS schreiben mit geschlossenen Augen in die Luft.		T	x	x	x	x	x	x	T	x	x	x	x	x	Diff.: Motorisch gehemmte Kinder: grobmotorische Übung durch Spurschreiben an der Tafel (T).
10 Min.	SS ertasten in Form eines Spiels mit dem "Zaubersack" das "D" unter einer Anzahl verschiedener Gegenstände. SS: "Ich habe ein D."	tasten, differenzieren, sprechen														Sozialform: Halbkreis. Motorisch gehemmte und lernschwache SS kommen zunächst an die Reihe, damit am Schluß der Ablauf zügiger ist. Bei richtiger Lösung erhält jeder ein Smartie. Satzmuster für SS mit Dysgr.
10 Min.	SS identifizieren das Graphem "D" auf einem Arbeitsblatt durch Buntmalen.	erkennen, ausmalen														Falls bei einzelnen SS noch Schwierigkeiten auftauchen sollten: individuelle Hilfestellung durch den Lehrer. Sozialform: Einzelarbeit an den Schülertischen.

Hauptvorstandssitzung in Saarbrücken

Am 24. September 1980 — dem Tag vor der Eröffnung unserer XIV. Arbeits- und Fortbildungstagung — trat der Hauptvorstand (HV) unserer Gesellschaft zu einer ordentlichen Arbeitssitzung zusammen. Als Gäste waren die Vorsitzenden des Zentralverbandes für Logopädie, Frau H. Johannsen-Horbach, der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen, Frau B. Remper-Hinterland, und des Berufsverbandes der Sprachtherapeuten, Frau M. Gey, anwesend.

Nach Begrüßung und Vorstellung der Gäste durch unseren 1. Vorsitzenden, Herrn Hahn, bestätigte Herr Trieglaff, daß die XV. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik trotz Ausfalls des zunächst vorgesehenen Tagungsgebäudes vom 29. September bis 2. Oktober 1982 in Berlin stattfinden wird, und zwar unter dem vorläufigen Thema: »Rehabilitation der Sprachbehinderten — Konzeptionen und Organisationsformen«.

Der Erziehungswissenschaftliche Beirat unserer Gesellschaft, dem die Herren Prof. Braun, Dr. Homburg und Prof. Dr. Teumer angehören, stellte dem HV ein Manuskript mit dem Arbeitstitel »Berufsgruppe der Sprachbehindertenpädagogen« vor, das als Fortsetzung bzw. Ergänzung der bereits veröffentlichten Darstellung der »Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten« gedacht ist und noch ergänzt werden soll durch die Berufsbilder des Logopäden, des Sprachtherapeuten, des Atem-, Sprech- und Stimmlehrers und des Diplompädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik.

Finanzielle Probleme machten es notwendig, die Frage der Veröffentlichung des Tagungsberichtes der XIV. Arbeits- und Fortbildungstagung von Saarbrücken zu überdenken. Als kostengünstigere Form empfahl der HV nach eingehender Beratung den Abdruck der Beiträge in der »Sprachheilarbeit«, wodurch nicht nur der Bundeskasse ein erheblicher Betrag, sondern auch den Lesern unserer Zeitschrift die Kosten für den Tagungsbericht erspart blieben. Eine Zusammenfassung der Vorabdrucke wird den Interessenten in Buchform preisgünstig zur Verfügung stehen.

Herr Hahn berichtete dem HV über ein Forschungsvorhaben »Frühkindliche Entwicklungsverläufe und primäre Prävention von Sprachauffälligkeiten«, für das Herr Prof. Dr. Grohnfeldt, Reutlingen, eine finanzielle Unterstützung durch unsere Gesellschaft erbittet, und über einen Briefwechsel mit Herrn Prof. Dr. Biesalski im Zusammenhang mit der Diskussion um das Papier »Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten«.

Nachdem eine Kommission eine Vorauswahl aus den über 40 eingegangenen Entwürfen für ein Emblem der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik getroffen hatte, entschieden sich die anwesenden Mitglieder des HV am Freitag, 26. September 1980 — nach dem Empfang beim Oberbürgermeister der Stadt Saarbrücken —, für die graphische Darstellung von Frau B. Sander, Hamburg, die wir nachstehend abdrucken.

Die nächste HV-Sitzung wird am 9. Mai 1981 in der Sprachheilschule Felix-Dahn-Straße 11 in Würzburg stattfinden.

R. Mosebach, Geschäftsführer

dgs

Ergebnis des Wettbewerbs

für den Entwurf eines Emblems der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

An dem in der »Sprachheilarbeit«, Heft 3/1980, ausgeschriebenen Wettbewerb für den Entwurf eines Emblems der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. haben sich erfreulicherweise viele Leser unserer Fachzeitschrift beteiligt.

So konnte der Hauptvorstand auf seiner Sitzung am 24. September 1980 in Saarbrücken mehr als 40 termingerecht eingegangene Entwurfsarbeiten registrieren und in Augenschein nehmen.

Ein aus vier Mitgliedern des Hauptvorstands gewählter Ausschuß erhielt den Auftrag, diese Entwürfe zu prüfen und eine Auswahl zu treffen. Als Ergebnis dieser Vorarbeit wurden dem Hauptvorstand drei Entwürfe zur Begutachtung und Entscheidung vorgelegt.

Im Rahmen seines Schlußwortes zur XIV. Arbeits- und Fortbildungstagung konnte der 1. Vorsitzende den preisgekrönten Entwurf vorstellen und den Namen der Preisträgerin, *Bärbel Sander* aus Hamburg, bekanntgeben.

Wir gratulieren Frau Sander recht herzlich und sagen auf diesem Wege allen Teilnehmern des Wettbewerbs unseren Dank.

Der Hauptvorstand

XIV. Arbeits- und Fortbildungstagung

der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. vom 24. bis 27. September 1980 in Saarbrücken

Tagungsthema: Sprache und Persönlichkeit

Zur diesjährigen Arbeits- und Fortbildungstagung hatte die Landesgruppe Saarland nach Saarbrücken eingeladen. Für Nordlichter liegt das recht weit abseits; aber dennoch, so sagen die Saarbrücker von sich selbst, seien sie keinesfalls Hinterwäldler, sondern Zwischenwäldler. Bald merkt man, wie recht sie haben: Wälder umschließen die ganze lebhafte Stadt, und der Campus liegt weit draußen geruhsam im Grünen. — Die Nähe des Nachbarlandes Frankreich macht sich vorzüglich auf den Speisekarten bemerkbar. Doch auch heimische Spezialitäten wie Zwiebelkuchen, kühles saarländisches Bier oder ein edler Saarwein tragen dazu bei, die Geselligkeit zu fördern. Und was wäre wichtiger bei einer Tagung? Kommt ein sonniger Altweibersommer mit milden Abenden hinzu, die einladen, in der Altstadt noch lange beieinanderzusitzen, so bleiben kaum Wünsche offen. Natürlich braucht man auch Räume, und die gibt es reichlich, sowohl in der großen, modernen Kongreßhalle als auch draußen in der Universität. Summa summarum: Saarbrücken ist ein idealer Tagungsort.

Am Mittwochnachmittag versammelten sich die Delegierten im kleinen Saal der Kongreßhalle. Eine umfangreiche Tagesordnung erwartete sie, so daß Tätigkeitsberichte, Wahlen, vor allem aber lebhafte Diskussionen um Anträge der Landesgruppen und des Geschäftsführenden Vorstands bis in die Abendstunden dauerten. U. a. wurde eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit beschlossen, um stärker als bisher agieren statt nur reagieren zu können. Zustimmung fand auch der Antrag der Landesgruppe Niedersachsen auf Gründung eines ständigen Ausschusses innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik zur Vertretung von Mitgliederinteressen. Schließlich gab es die ebenso leidige wie unausweichliche Forderung nach Erhöhung des Mitgliedsbeitrags für die Bundeskasse. Nach längerer Debatte wurde ein Jahresbeitrag von 40 DM festgesetzt.

Die Wahl des Geschäftsführenden Vorstands brachte folgendes Ergebnis:

1. Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn
2. Vorsitzende: Hildegard Schneider-Haber
Geschäftsführer: Rolf Mosebach
Rechnungsführer: Oskar Brennecke
Schriftführerin: Anita Schwarze
Redaktion »Die Sprachheilarbeit«:
Arno Schulze und Prof. Dr. Jürgen Teumer
Referent für Öffentlichkeitsarbeit: Dieter Fichtner
Referent für die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden: Egon Dahlenburg
Referent für Statistik und besondere Aufgaben: Joachim Wiechmann
Referent für Berufsfragen: Kurt Bielfeld
Referentin für Mitgliederangelegenheiten: Ursula Randt
Kassenprüfer: Burkhard Timm, Gerhard Wohlrab.

Am Donnerstagvormittag fanden sich etwa 600 erwartungsvolle Teilnehmer zur Begrüßung und Eröffnung der Tagung im Audimax der Universität des Saarlandes zusammen. Wie immer waren zahlreiche Gäste aus dem Ausland erschienen, so u. a. Herr Aschenbrenner, Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Frau Belterman, die Vorsitzende der Niederländischen Vereinigung für Logopädie und Phoniatrie, Herr Bohler aus Luxemburg in Vertretung seines Kultusministers, und Herr Prof. Dr. Loebell, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I.G.L.P.). Der Begrüßungsansprache von Herrn Prof. Dr. Müller, dem Präsidenten der Universität, folgte eine Ansprache von Herrn Prof. Dr. Knies, Minister für Kultus, Bildung und Sport des Saarlandes und Schirmherr unserer Tagung. Herr Hahn verlas das Grußtelegramm des vielbeschäftigten Oberbürgermeisters von Saarbrücken, Oskar Lafontaine.

Das Einführungs- und Hauptreferat zum Thema »Sprache und Persönlichkeit« hielt Herr Prof. Dr. Otwin Massing, Politologe und Soziologe an der Universität Hannover, der sich aus seiner Sicht kritisch mit diesem Komplex auseinandersetzte.

Am Nachmittag und am folgenden Tage mußte man sich zwischen mehreren Arbeitsgemeinschaften und Vortragsreihen entscheiden. Daß die Arbeitsgemeinschaften vom Donnerstag am nächsten Vormittag fortgesetzt wurden, gab zwar die Möglichkeit zur Vertiefung gewonnener Kenntnisse und Einsichten, schränkte aber andererseits den Bewegungsspielraum der Teilnehmer erheblich ein. Der Themenkreis war wieder weitgespannt. Man befaßte sich u. a. mit Gesprächstherapie, Stottertherapie, Sprecherziehung, Psychodrama, Aphasien, Autismus — womit nur ein Ausschnitt aus dem reichen Angebot genannt ist. Die Qual der Wahl war folglich groß.

Und nicht nur die verschiedensten wissenschaftlichen Veranstaltungen konkurrierten miteinander, sondern außerdem verlockten auch Ausflugsfahrten ins Saarland, nach Nancy und nach Luxemburg, wo das logopädische Zentrum besichtigt werden konnte. Viele ließen die Universität hinter sich und bestiegen den Bus.

Überall fand man Möglichkeiten zu Begegnung und Gespräch. Schon beim Begrüßungsabend

am Mittwoch hatte man freudig Wiedersehen gefeiert. Der Festabend in der Kongreßhalle führte wiederum viele zusammen. Im Foyer vergnügte sich die Jugend bei einer Disco, während die gesetzteren Jahrgänge den konventionelleren Stil im kleinen Saal vorzogen. Hier wie dort hielten die Unentwegten bis zu den Morgenstunden aus.

Diesmal nahmen die Medien besonders lebhaften Anteil an unserer Tagung. So brachten nicht nur die Regionalprogramme des Saarländischen Rundfunks und Fernsehens Beiträge, sondern auch der NDR strahlte ein Telefon-Interview mit dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik aus. Ausführlich berichtete die Presse des Saarlandes über die Probleme der Sprachbehinderten.

Mit diesen Problemen wurde man übrigens in der Eingangshalle zum Audimax nicht nur theoretisch konfrontiert: Neben einer Ausstellung von Fachliteratur, Lehr- und Lernmitteln und technischen Geräten war dort erfreulicherweise auch ein Stand der Stotterer-Selbsthilfegruppe Saarland zu finden. Wie gut war es, daß dort — wenn auch nur am Rande der Tagung — die Betroffenen selbst Gelegenheit fanden, zu Wort zu kommen!

Der Samstagvormittag führte wieder alle Teilnehmer im Audimax zusammen — vielmehr, er sollte sie eigentlich zusammenführen. Das Wochenende aber hatte leider bewirkt, daß die meisten bereits nach allen Himmelsrichtungen verschwunden waren. Das war ein bedauerliches Fazit für die Referenten aus Belgien und den Niederlanden, Frankreich und Luxemburg, die nur noch einem recht kleinen Zuhörerkreis von der sprachtherapeutischen Situation in ihren Ländern berichten konnten. Hoffentlich wurden sie durch das große Interesse, das ihren Vorträgen entgegengebracht wurde, ein wenig entschädigt.

Dank sei Herrn Bohr, dem Vorsitzenden der Landesgruppe Saarland, und seinen Helfern für alle Mühen, die die Organisation einer großen Tagung mit sich bringt. Er hatte schon bei der Eröffnungsveranstaltung gebeten, man möge ihn und seine Mitarbeiter umarmen, falls man mit ihrer Arbeit zufrieden sei. Wer in Saarbrücken keine Gelegenheit gefunden hat, diese Bitte zu erfüllen, sollte es wenigstens in Gedanken nachholen!

Dank sei auch Herrn Prof. Dr. Müller, dem Universitätspräsidenten, der die Räume der Universität kostenlos zur Verfügung stellte, und der Stadt Saarbrücken, die alle Teilnehmer gastlich aufnahm.

Ursula Randt

Würdigungen

Curt Heidrich (*1901 † 1980)

Am 6. September 1980 verstarb in Bremen der erste Direktor des damaligen Rheinischen Landeskurheims für Sprachgeschädigte zu Oberkassel bei Bonn. Langjährige Erfahrungen als Gehörlosenlehrer in Dresden, Hirnverletztenlehrer in Wiesloch und Leiter einer Hamburger Sprachheilschule gaben ihm die persönliche und fachliche Autorität zum Aufbau des Sprachheilheims Oberkassel in den Jahren von 1959 bis 1968. Offen in der Diskussion, behutsam und zurückhaltend bei der Beurteilung neuer Behandlungsansätze, gelang es ihm, eine breite Vertrauensbasis für die Gründung des Therapeuten-Teams zu schaffen. Sein Führungsstil war durch Toleranz, Einfühlungsvermögen und ein hohes Maß an Geduld gekennzeichnet. Nur so wurde es möglich, daß Sprachheilpädagogen, Klinische Psychologen und Sozialpädagoginnen verschiedene Alternativen der stationären Behandlung von sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nebeneinander entwickelten.

Die Freude an der klassischen Musik und Literatur teilte er mit seiner Frau Elisabeth, welche gleichfalls Lehrerin war. Beide durften gemeinsam erleben, wie ihre vier Kinder sich erfolgreich als Ärzte oder Musiker durchsetzten.

Seit seinem Umzug nach Bremen war es immer stiller um Curt Heidrich geworden. Ein Augenleiden bereitete ihm große Sorgen. Dennoch nahm er bis zuletzt regen Anteil an der persönlichen und beruflichen Entwicklung seiner früheren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ausführliche Würdigungen seines jahrzehntelangen hilfreichen Wirkens für gehörlose und sprachgestörte Mitmenschen erfolgten in den Heften 1/67 und 6/76 dieser Zeitschrift. Wer Curt Heidrich kannte, wird ihn nicht vergessen.

Hans Iwert

6. Berchtesgadener Tage

Die »6. Berchtesgadener Tage«, die Fortbildungstage der Landesgruppe Hessen, finden wiederum in Verbindung mit der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und den Landesgruppen Bayern, Niedersachsen und Rheinland in der Zeit vom 6. bis 11. April 1981 im Lehrerheim Schloß Fürstenstein, Berchtesgaden, statt.

Als Rahmenthemen für die praxisnahe Erarbeitung und zur ausführlichen Diskussion stehen folgende, von Praktikern aufbereitete Vorhaben auf der Tagesordnung:

Zur Führungsrolle der Medizin bei der Diagnostik und Therapie von Hör- und Sprachbehinderungen.

Gegen die »Therapien-Inflation« in der Heil- und Sonderpädagogik — für verstärkten Einsatz erzieherischer, unterrichtlicher und behindertenpädagogischer Verfahren. Zugleich ein Beitrag zur Kostendämpfung.

Diskussion mit Stotterer-Selbsthilfegruppen.

Praktische Übungen zur Atem-, Stimm-, Sprech- und Musikerziehung.

Anmeldungen, die nach der Reihenfolge des Eintreffens berücksichtigt werden, sind zu richten an Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. Von dort erhalten Sie auch das endgültige Programm und alle Tagungsunterlagen. Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben (Unkostenpauschale 10 DM), die Unterbringung im Lehrerheim Schloß Fürstenstein ist obligatorisch (Vollpension ca. 38 DM, Halbpension ca. 30 DM, nur Frühstück ca. 22 DM, Kinderermäßigungen).

3. Europäische Regionalkonferenz von Rehabilitation International

vom 6. bis 10. April 1981, Kongreßzentrum der Hofburg, Wien — Thema: Der Behinderte in der Gesellschaft

An der 3. Europäischen Regionalkonferenz von Rehabilitation International werden voraussichtlich etwa 1500 Experten aus aller Welt teilnehmen. Von diesem Kongreß sind Impulse zu erwarten, die die zukünftigen Maßnahmen der Rehabilitation wesentlich beeinflussen sowie die aktive Teilnahme der Behinderten bei der Lösung ihrer Probleme fördern.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Programmes sind zahlreiche Arbeitskreise vorgesehen. Im Vordergrund stehen Fragen der Prävention und medizinischen Rehabilitation, der Erziehung und Ausbildung Jugendlicher und Erwachsener sowie die soziale Integration Behinderter.

Erstmalig findet im Rahmen eines solchen Kongresses ein eigener Arbeitskreis statt, der sich mit dem Behinderten als kreatives Element in der Gesellschaft befaßt. Durch Behinderungen werden nämlich oftmals Kräfte und Fähigkeiten aktiviert, die besonders in der Kunst zu beachtlichen Leistungen und großer Anerkennung führen. In Ergänzung dazu sind Künstler eingeladen, ihre Werke den Besuchern des Kongresses zu präsentieren. Diese Ausstellung wird auch öffentlich zugängig sein.

Während des Kongresses wird eine umfangreiche Fachausstellung Gelegenheit bieten, sich über die neuesten technischen, medizinischen und pharmakologischen Entwicklungen zu informieren. Ebenso werden einschlägige Publikationen zur Schau geboten werden und Organisationen ihre Einrichtungen und Aktivitäten den Besuchern näherbringen.

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat INTERCONVENTION Kongreßorganisationsges. m. b. H., Frau Schaup, Hofburg - Heldenplatz, Postfach 105, A-1014 Wien, Telefon (0222), 57 63 05.

Einladung zur Jahrestagung

der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde am 29. und 30. Mai 1981 in Mainz, Kurfürstliches Schloß

Die Tagungsthemen lauten: 1. Stimm- und Sprachstörungen bei Nervenläsionen, 2. Medikamentöse Therapie bei Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, 3. Zentrale Hörstörungen.

Anmeldungen für Vorträge sind bis spätestens 31. Dezember 1980 beim Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, Herrn Prof. Dr. P. Biesalski, Klinik für Kommunikationsstörungen, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, einzureichen. Später eingehende Vortragsanmeldungen können nicht berücksichtigt werden.

Elementare Musik und Szene

Der 13. Lehrgang der Mühlberger Fortbildungskurse findet in der Zeit vom 22. bis zum 26. April 1981 in Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern, statt.

Der Kurs stellt Materialien und Modelle vor, die ihre Anwendung in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung,

der elementaren Sprecherziehung, in der Sozial- und Behindertenpädagogik, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung finden.

Thematische Schwerpunkte: Elementare Instrumente und ihre Spieltechnik — Improvisation Klang-Bewegung-Sprache — Sensomotorisches Training — Puppenspiel — Multimediale Spielformen — Elementares Musiktheater.

Referenten: Dr. Claus Thomas, Freiburg i. Br., Dr. Werner Thomas, Heidelberg, Josef W. Janicke, Bonn.

Auskunft und Anmeldung über die Abteilung für Stimm- und Sprachstörungen sowie Pädoaudiologie der Universitäts-HNO-Klinik, 6900 Heidelberg.

Tagung der Arbeiterwohlfahrt

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e. V., plant in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt Bonn anläßlich des Jahres der Behinderten in Osnabrück vom 5. bis 7. November 1981 eine Tagung zum Thema »Prävention und Sprachbehinderungen«.

Die Betonung des Gedankens präventiven Arbeitens im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich der Bundesrepublik wird für besonders wichtig gehalten. Die geplante Tagung soll mithelfen, die Diskussion über Prävention zu intensivieren, wobei Sprachbehinderungen den Schwerpunkt der Gesamtthematik bilden sollen.

Die Teilnehmer der Tagung werden Sprachtherapeuten, Logopäden, Sprachheilpädagogen, Psychologen, Ärzte u. a. sein. Neben einigen Grundsatzreferaten sollen überwiegend Arbeitsgruppen stattfinden.

Anfang des Jahres 1981 wird das ausführliche Programm vorgelegt werden.

Informationen erteilt: Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e. V., Referat Sprachheilarbeit, Klingenbergstraße 73, 2900 Oldenburg.

Inzigkofener Gespräche

Die 13. IG finden vom 6. bis 8. März 1981 statt. Rahmenthema: Sprecherische Ausdrucksgestaltung als Therapieform bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörstörungen.

Organisation und Leitung: Dr. G. Lotzmann, Privatanschrift: Bothestraße 120, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 38 17 89.

Mitteilung des Sprachheilzentrums Oldenburg

Die Werscherberger Sprachfibeln A—D sind noch immer vergriffen. Ab Frühjahr 1981 wird eine weitere Auflage erscheinen, die gegen eine Schutzgebühr von 4 DM zuzüglich Versandkosten abgegeben werden kann. Die restlichen Kosten übernimmt nach wie vor die Aktion Sorgenkind.

Die Werscherberger Lautprüf- und Übungsmappe ist vergriffen. Eine Neuauflage ist im Augenblick nicht geplant.

Die Werscherberger Sprech- und Stimmspiele sowie die Werscherberger Übungsbilder zur Lautdifferenzierung »Hören—Unterscheiden—Sprechen« können noch gegen Erstattung der Versandkosten von der Buchdruckerei Hugo Prull KG, Scheideweg 25—29, 2900 Oldenburg, abgegeben werden.

Sprachheilzentrum Oldenburg der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e. V.

Eine Fachzeitschrift mit neuem Titel und in neuem Gewand:

Geistige Behinderung

Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte

Mit Heft 3/1980 wurde die bisherige Vierteljahresschrift »Lebenshilfe« nach fast 20jährigem Erscheinen durch die inhaltlich und äußerlich umgestaltete Zeitschrift »Geistige Behinderung« abgelöst.

Nach Darstellung der Herausgeber trägt diese Veränderung dem Wunsch nach vertiefenden Informationen und Berichten zum Phänomen der geistigen Behinderung Rechnung, der wiederholt von Mitarbeitern in Einrichtungen für geistig Behinderte, Fachleuten in Verbänden und Verwaltung sowie aus dem Aus- und Fortbildungsbereich, nicht zuletzt auch von besonders interessierten Eltern geäußert wurde.

Neben stärker theoretisch-fachlich ausgerichteten Beiträgen enthält jedes Heft als Handreichung für die Praxis einen auf andersfarbigem Papier gedruckten heraustrennbaren Innenteil.

Als Ergänzung erscheint seit Beginn des Jahres (sechsmal pro Jahr) die »Lebenshilfe-Zeitung«. Sie soll die allgemeine, umfassende und doch knappe Information aller Angehörigen und Freunde geistig behinderter Menschen übernehmen.

Jürgen Teumer

Erweiterte Rezension

Gerda Knura/Berthold Neumann (Hrsg.): **Handbuch der Sonderpädagogik — Pädagogik der Sprachbehinderten.** Band 7. Carl Marhold Verlag, Berlin 1980. 694 Seiten. 155 DM.

Nach mehreren Ankündigungen ist nun endlich im Herbst dieses Jahres im Rahmen der elfbändigen Reihe »Handbuch der Sonderpädagogik« der für die Sprachbehindertenpädagogik zuständige Band erschienen. Folgt man dem Verlagsprospekt, so handelt es sich hier um einen »Orientierungsrahmen von zentraler Kompetenz, um ein Standardwerk für die Gegenwart und für das kommende Jahrzehnt«. Und zweifelsohne, hier breitet sich vor dem Leser ein 700 Seiten umfassendes Werk, gefüllt mit Artikeln von zahlreichen bekannten und anerkannten Autoren, aus. Blickt man jedoch ein wenig hinter die Kulissen oder in einzelne Literaturverzeichnisse, fällt auf, daß die Entstehung der Beiträge, die für das kommende Jahrzehnt konzipiert sein sollen, häufig sehr weit in das vergangene Jahrzehnt zurückreicht. Aus dieser Zeitspanne entspannt sich auch der Beurteilungsmaßstab für dieses Handbuch: Wieweit gelingt es, eine umfassende Bestandsaufnahme »dieser jungen Wissenschaft Sprachbehindertenpädagogik« vorzulegen, und inwieweit wird tatsächlich das Forschungsfeld der nahen Zukunft hier präpariert? Schon die Konzeption des Buches verspricht einiges, der Aufbau dokumentiert eindeutig die Lösung von der medizinisch geprägten Vergangenheit, die Besinnung auf die pädagogische Dimension dieses Faches in all ihren Aspekten und die Neubestimmung der Bedeutung der Medizin im Kanon der kooperierenden Wissenschaften Psychologie, Soziologie und Linguistik.

Doch versuchen wir chronologisch und exemplarisch vorzugehen. Der Auftakt des Buches wird von einer Grundsatzarbeit der Herausgeberin, Gerda Knura, bestimmt, ein mehr als gelungener Einstieg, und zwar aus verschiedenen Gründen:

a) In ihrem Kapitel Begriffsklärung, Standort- und Gegenstandsbestimmung bemüht sich die Autorin um eine umfassende Darstellung, und auch das Verhältnis zwischen der Sprachbehindertenpädagogik und den Nachbardisziplinen wird einsichtig und ausgiebig erörtert. Das beklagte Theoriedefizit kann dieser Beitrag allerdings nicht erfassen.

b) Knura gelingt es, durch den Einbezug neuerer Literatur, aktuell zu argumentieren. So ist sie meines Wissens die erste und einzige Wissenschaftlerin der Sprachbehindertenpädagogik (abgesehen von Brauns Rezension, vgl. Die Sprachheilarbeit 25 [1980] 1, S. 26—30), die sich mit Homburgs «Pädagogik der Sprachbehinderten« auseinandersetzt, sowohl kritisch, wenn sie seinem Ansatz »ideologische Gebundenheit« vorwirft, aber auch integrativ, wenn sie Homburgs »Raster zur Taxonomie pädagogischer Handlungen« zitiert und verarbeitet.

c) Die von ihr geleistete Zusammenschau der verschiedenen Sprachstörungen führt in weiten Teilen, obwohl durch die quantitativen Auflagen eines solchen Handbuches komprimiert, zu einer vorzüglichen Vorstellung der verschiedenen Sprachauffälligkeiten, die manches sogenannte Standardlehrbuch unserer Disziplin übertrifft. Hier wird, z. B. bei der Dyslalie und dem Dysgrammatismus, auf immer wieder angeführte, nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht haltbare Definitionen verzichtet und statt dessen eine problemorientierte Darstellung versucht.

Nach diesem lesenswerten Beginn folgen dann Übersichtsreferate von Orthmann und Zuckrigl, die sich der historischen und organisatorischen Aspekte der Sprachbehindertenpädagogik annehmen und dabei bekannte Fakten übersichtlich geordnet präsentieren.

Eine erste Enttäuschung erlebte der Rezensent dann in dem der Sprachbehindertendiagnostik gewidmeten Kapitel von Neumann, der zwar umfangreich, aber total unkritisch gebräuchliche Übungsverfahren zu den verschiedenen Bereichen der Sprachbehinderung subsumiert. Eine problembewußte Auseinandersetzung mit den neueren standardisierten Sprachtests (PET, LSV, HSET, der gar nicht aufgeführt ist) oder den Praktiker weiterführende Überlegungen zur Spontansprachdiagnostik sucht man vergeblich.

Weiter geht es zu dem Komplex der Sprachtherapie, die mit einer allgemeinen Einführung durch die Herausgeber eine nähere Bestimmung erfährt, die zumindest in der grundlegenden Definition Diskussionen auslösen könnte, wenn die Sprachtherapie global »als die Gesamtheit der auf Beseitigung von Sprachstörungen und -behinderungen gerichteten Tätigkeiten« (S. 161) erscheint. Ein vorsichtigerer und differenzierterer Umgang mit dem ohnehin umstrittenen Begriff der Therapie hätte hier zweifelsohne mehr Klarheit verschaffen können. Und auch die weiteren Ausführungen provozieren Fragen. Wie und wo soll bei dem momentanen (Zu-)Stand der Forschung und Ausbildung der Sprachtherapeut sich umfassende Kenntnisse

»über das Regelsystem Sprache, die Sprachentwicklung, die altersspezifischen Lernprinzipien, die Entwicklung von Persönlichkeit und Sozialverhalten, die Lernerschwerungen im sensorischen, motorischen, kognitiven und psycho-sozialen Bereich« erwerben? So sinnvoll und wichtig diese Forderungen ja sind, sie schießen doch zum Teil weit an dem momentan Praktizierten und Möglichen vorbei. Ähnliches gilt für die Schlußfolgerung der Autoren, die dem Pädagogen, nachdem sie pädagogische, verhaltenstherapeutische, individualpsychologische und psychoanalytische Therapiemethoden kurz vorgestellt haben, ein gründliches Kennenlernen *all* dieser Modelle, ihre intensive praktische Brauchbarkeitsprüfung und schließlich die Festlegung für das eine oder andere empfehlen. Wer soll das *heute* auf welchen Wegen leisten?

Anregend und fundiert und auch englischsprachige Literatur berücksichtigend sind dann die Behandlungsvorschläge von Kilens für die Therapie der Alalie, der Dyslalie und des Dysgrammatismus. Die Lektüre dieses 30seitigen Abschnitts kann gerade auch dem Praktiker empfohlen werden. Es folgen Arbeiten über die Behandlung der Legasthenie (Angermaier), der Aphasie (Völker-Thomanek), der Dysarthrie (Haupt), der Rhinolalien und Palatolalien (Krejci), der Stimmstörungen (Wängler) und natürlich des Stotterns. Hier werden, verständlicherweise, die Ausführungen wieder weiter gefaßt. Braun eröffnet den Reigen mit einer hochinteressanten, Diskussionen anregenden grundsätzlichen Abhandlung, die vor allem bei der Beschreibung und Einschätzung der momentanen Situation eine klare Sprache findet. »Die Problematik des Stotterns indessen ist nach wie vor gleich vielschichtig, umfangreich und *ungelöst* geblieben« (S. 250). Nach der Vorstellung einer leider etwas veralteten (Wendlandt und Westrich fehlen z. B.), aber in einigen Details immer noch interessanten Umfrage zur Anwendung von Stottertherapien bei Sprachbehindertenlehrern (die Altmeister Liebmann und Gutzmann rangieren immer noch im Vorderfeld), versucht der Autor eine Systematik der zahllosen Ansätze in einem pädagogisch-therapeutischen Handlungsmodell, die wie all diese Versuche fragwürdige Zuordnungen in Kauf nehmen muß, dennoch zu eigenen Überlegungen und Anregungen provoziert. Die Systematik wird fortgesetzt nach sprachtherapeutischen, psychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Methoden, die im Laufe der Geschichte bekannt und angewandt worden sind. Für die sprach- und die verhaltenstherapeutische Richtung bietet Braun umfangreiche Tabellen der Autoren und ihrer Therapien an. Insgesamt vermag die Arbeit einen ausgezeichneten Überblick zum Thema zu vermitteln. Spezieller wird es dann in den Artikeln von Wendlandt (Verhaltenstherapie), Lenz (Individualpsychologie) und Bokelmann (Psychoanalyse), die ihre theoretisch-therapeutische Basis vorstellen. Der Beitrag von Dupuis zu den kombinierten Methoden in der Stottererbehandlung geht dann zwar von der richtigen Erkenntnis aus, daß von einer sinnvollen Methodenkombination nur gesprochen werden kann, wenn sie in ein Gesamtkonzept integriert werden kann, vermag aber zur Realisierung dieses schwer einzulösenden Anspruchs keine weiterführenden Gedanken vorzutragen. Extrem oberflächlich und verkürzt wirken die Überlegungen von Heese zur Behandlung des Polterns und des Mutismus (zwei Seiten). Ausführlicher gestaltet ist Borstels »Training der Wahrnehmung und der Motorik«. Es folgt erneut Braun mit Gedanken zur Veränderung des Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltens Sprachbehinderter. Anhand zahlreicher, meist im Rahmen von Zulassungsarbeiten durchgeführten und deshalb nicht veröffentlichten Untersuchungen weist er seine These nach, »daß Sprachbehinderte gleich welcher sprachlichen Störsymptomatik vor allem in den verbal-kognitiven Voraussetzungen, in der Lern- und Leistungsmotivation, in der emotionalen Stabilität, in der Soziabilität und Kommunikationsfähigkeit Nichtbehinderten gegenüber auffällig benachteiligt sind« (S. 340). Durch dieses — breiten Fachkreisen bisher nicht zugängliche — Datenmaterial erweckt der Beitrag Interesse und liefert notwendige Informationen.

Ein weiterer Bogen von Arbeiten umspannt das Thema Sprachstörungen und andere Behinderungen, wobei das breit gestreute Niveau an den Polen bestimmt wird von den unzumutbaren Thesen Bergs (für die Lernbehinderten) und den gelungenen Ausführungen Neidhardts (für die Verhaltensgestörten). Daß ausgerechnet im Bereich der wissenschaftlich fundierten Lernbehindertenpädagogik auf einen Autor wie Berg zurückgegriffen werden mußte, der für Separierung eintritt, Lernbehinderte über ihre »Triebunterlegenheit und Strebungsarmut« beschreibt und Lernbehinderte im engeren Sinn durch IQ-Festlegungen (55 bis 75) eingrenzt, bleibt ein Rätsel der Verantwortlichen. Erfreulicher wird es dann wieder im Kapitel über Erziehung und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte, ein Thema, das Knura in einem Überblick, auch gerade unter der jahrzehntealten, aber nach wie vor aktuellen Frage der Integration von Therapie und Unterricht, angeht. Die bekannten Überlegungen von Rothe bis Orthmann kommen zur Sprache und werden mit einem Aufruf an Theorie und Praxis, in der Sprachbehindertendidaktik »das Stadium der Vororientierungen« zu

überwinden, abgeschlossen. Es folgt eine engagiert und fundiert vorgetragene Bestandsaufnahme der curricularen Probleme vom Früh- bis zum Erwachsenenbereich, für die Schneider-Haber verantwortlich zeichnet, die dann von mehreren Autoren altersorientiert (Vorschule, Primar- und Sekundarbereich, Berufseinmündung) differenziert wird, wobei erneut Schneider-Haber ausführlich über das vernachlässigte Thema der Berufsvorbereitung Sprachbehinderter referiert.

Nach Darstellungen zur Musik-, Kunst- und Leibeserziehung bei Sprachbehinderten findet die Mediendidaktik Berücksichtigung. Wer hier jedoch erwartet hatte (wie der Rezensent), daß der pädo-therapeutische Ansatz Orthmanns und die Medienkompetenz Walthers (die für diesen Artikel federführenden Autoren) zu einer lesenswerten, harmonischen Zusammenführung dieser Bereiche gebracht werden, daß der Einsatz von Medien unter pädo-therapeutischen Aspekten problematisiert wird, der wird herb enttäuscht. Nach allgemeinen Bemerkungen folgt dann recht schnell eine Zusammenstellung technischer Mittel, die noch nicht einmal mit ausreichenden Bemerkungen zu ihren Schwierigkeiten und Nachteilen beim Einsatz versehen worden sind. So findet der pädagogische Teil des Handbuchs, der immerhin über 500 Seiten umfaßt, einen etwas schalen Ausklang.

Als erste Nachbarwissenschaft stellt sich nun die Psychologie vor, wobei wiederum Braun und zusätzlich Keese zu Wort kommen. Brauns erster Beitrag bietet zum Problem der Psychologie der Sprachbehinderten zwar einige Wiederholungen aus der Arbeit zum Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten und ein aufgeblähtes Literaturverzeichnis, aber auch präzise Bestimmungen zum Aufgabengebiet der Psychologie bei Sprachbehinderten und ein eigenes Kommunikationsmodell. Und auch das von ihm vorgelegte Schema zur »Beschreibung und Analyse sprachlicher Störungen« kann auf Komplexität und Praxisbezug hinweisen und somit Zustimmung beanspruchen. Insgesamt kann dieser Psychologie-Teil aber nicht befriedigen. Keeses Bemühungen zur Psychodiagnostik weisen die gleichen Versäumnisse auf wie Neumanns Gedanken, die Betrachtung der Sprachdiagnostik aus psychologischer Sicht bleibt aus, und auch die theoretische Fundierung, bei der Defizit- und Förderdiagnostik relativ unkritisch nebeneinanderstehen, die Strukturdiagnostik erst gar nicht erwähnt wird, wirkt schmal. Zumindest aber werden die vorgestellten Tests zu den Bereichen Intelligenz, Emotion und soziale Beziehungen nach ihrer Sprachabhängigkeit und ihren Sprachanforderungen problematisiert. Brauns letzter Artikel, diesmal zur Psychologie des Unterrichtens und Erziehens, fällt dann deutlich hinter seine anderen im Handbuch zu findenden Beiträge zurück; über einige allgemeine Formulierungen und eine sehr willkürliche Einteilung nach lerntheoretischen und kommunikationstheoretischen Ansätzen kommt dieser kurze Beitrag nicht hinaus. Das Einbringen von Überlegungen aus der Tiefenpsychologie, Neuropsychologie oder Gesprächstherapie wäre in diesem Zusammenhang wohl keineswegs überflüssig gewesen.

Der Part der Soziologie bringt dann ebenfalls nur magere Erträge. Während Hohmeiers, dem Interaktionismus verpflichteter Artikel noch hier und da Anregungen bietet, liegen Flehinghaus' Ausführungen zu den soziokulturellen Determinanten jenseits des noch Erträglichen. Wenn Teumer in einer Rezension von Kaschades Übungsbuch dem Autor bescheinigt, daß seine Überlegungen zur Sprachentwicklung »einem Studenten der unteren Semester als scheinwürdige Leistung schwerlich abgenommen werden könnte« (vgl. Die Sprachheilarbeit 25 [1980] 4, S. 161), so läßt sich diese Einschätzung bedenkenlos auf die fünf Seiten, die Flehinghaus zu seinem Thema einfallen, übertragen. Auf Belege möchte ich hier mit Rücksicht auf den Leser verzichten. Das Engagement eines versierten Soziolinguisten wäre bestimmt ein Gewinn gewesen.

Das Niveau hebt sich dann erfreulicherweise gegen Ende des Handbuchs wieder, auch wenn Leischners Arbeit, in der er seine bekannten Unterscheidungen zur Aphasie, Sprachentwicklungsbehinderung und Sprachentwicklungsverzögerung vorträgt, aus pädagogischer Sicht nicht unkommentiert bleiben kann, wenn er am Schluß des Kapitels die Diagnose von Sprachstörungen den Ärzten, die Behandlung den Pädagogen zuteilt. Auf die Überfrachtung seiner Thesen durch organische und anlagemäßige Faktoren kann hier nur erneut verwiesen werden. Lesenswert, weil auch gegenüber psychischen Faktoren sehr offen und nicht nur auf frühkindliche Hirnschädigungen festgelegt, präsentiert sich Lempps psychiatrischer Aspekt verschiedener Sprachauffälligkeiten.

Einen letzten Höhepunkt erlebt das Handbuch im sprachwissenschaftlichen Teil, den Scholz mit einer exzellenten Abhandlung einleitet. Vor allem das Gebiet der Phonetik und seiner Bedeutung für Sprachbehinderungen wird für den Leser verständlich und qualifiziert entfaltet. Auch der von Jakobson vorgestellte Ansatz zu Sprachstörungen im Erwachsenenalter erfährt eine großzügige Besprechung, wobei dann als einziges Manko die spärlichen Ausführungen zum Komplex der Grammatik und ihren Beeinträchtigungen bleiben. Den Schluß bilden zwei empfehlenswerte, einen ge-

rafften Überblick über die Themen Sprachentwicklung (Nußbeck) und Psycholinguistik (List) vermittelnde Beiträge, ohne daß sich aber der Eindruck aufdrängt, die Angebote, die die Linguistik an die Sprachbehindertenpädagogik machen kann, wären umfassend zur Sprache gekommen.

Was bleibt für ein Resümee nach dieser Blitztour durch Themen und Artikel, wenn man sich die Ausgangsüberlegungen vergegenwärtigt? Soviel ist selbstverständlich, das Buch sollte punktuell gelesen werden, nicht nur aufgrund des Umfangs oder der Vielfalt, sondern auch aufgrund des breit gestreuten Niveaus der Arbeiten. Herausragend wirken dabei vor allem die Überlegungen Brauns, Knuras und Scholz', aber auch andere in der Besprechung positiv erwähnte Schriften sollte sich der für ein bestimmtes Thema interessierte Leser nicht entgehen lassen. Dabei überwiegen die lesenswerten Gedanken die mißlungenen Darstellungen bei weitem. Aber auch für die anregenden Ausführungen gilt übereinstimmend, daß sie sich im Rahmen einer kompetenten Bestandsaufnahme bewegen. Die sprachbehindertenpädagogische Forschung entscheidend weiterführende oder total neue Aspekte lassen sich kaum finden. Die Ursache für die fehlende Dynamik und Genese des Fachs liegt meines Erachtens überwiegend darin, daß auch mit der Herausgabe dieses Handbuchs die Probleme der Sprachbehindertenpädagogik — primär genannt seien die theoretischen Defizite, die Didaktik, die Stottertherapie und die Sprachdiagnostik — nicht eindeutig genug aufgegriffen und durch das Einbringen und Integrieren umfassender psychologischer und linguistischer Erkenntnisse einer Lösung nähergebracht werden konnten. Hier waren und bleiben Fragen, deren Antworten in der Zukunft, vielleicht in diesem Jahrzehnt liegen. Das Handbuch hat an ihnen jedenfalls seine Grenze gefunden, die es nicht überschreiten konnte. Insofern liefert es ein unverzerrtes Spiegelbild des erreichten Standes der Sprachbehindertenpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland, Grund genug, zumindest hineinzuschauen und — je nach Interesse — sich einzulesen. Eine Anschaffung des Handbuchs mag jeder Interessent mit seinen finanziellen Verhältnissen ausmachen.

Anschrift des Verfassers:
Axel Holtz, Lange Gasse 1, 7916 Nersingen-Leibi.

Alfred Fries (Hrsg.): **Empirische Untersuchungen zum Lern- und Leistungsverhalten und zur Persönlichkeitsstruktur sprachbehinderter Kinder** — Konsequenzen für eine Rehabilitation Sprachbehinderter in der teilstationären Einrichtung »Tagesstätte«. Eine Dokumentation der Maria-Stern-Schule (Schule für Sprachbehinderte) in Würzburg. Eigenverlag, Würzburg 1979. Broschiert 88 Seiten. Bezugsquellen und Preis über die Schule.

Die lesenswerte Broschüre stellt wissenschaftliche Untersuchungen und ihre Ergebnisse dar, die vom Kollegium der Maria-Stern-Schule und der dortigen Tagesstätte durchgeführt wurden. Die Forschungsbeiträge beschäftigen sich einerseits mit dem schulischen Lern- und Leistungsverhalten und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen sprachbehinderter Kinder. Zum anderen wird mit den weiteren Beiträgen die Frage »Tagesstätten — ja oder nein?« dahin gehend beantwortet, daß die Notwendigkeit derartiger Einrichtungen an Schulen für Sprachbehinderte noch beweiskräftiger bejaht werden kann.

Die Arbeiten im einzelnen sind: »Untersuchungen zur visuellen Wahrnehmung sprachbehinderter Kinder in der Tagesstätte und anderen Einrichtungen der Maria-Stern-Schule« von Alfred Fries und Rudi Lebschi; Karl Söhl beschäftigt sich mit »Sprachbehinderung und Motorik« und Alfred Fries mit »Konzentrationsfähigkeit und Sprachbehinderung«. Es folgen Alfred Fries und Erika Hanna mit »Untersuchungen zum Rechtschreibverhalten sprachbehinderter Kinder«, Alfred Fries wiederum mit »Neurotizismus und Schulunlust bei sprachbehinderten und nichtsprachbehinderten Kindern«. Die allgemeine Zusammenfassung aller Untersuchungsergebnisse in Verbindungsetzung mit Ergebnissen aus der Fachliteratur »... machen deutlich, daß sprachbehinderte Kinder sowohl in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit als auch in ihrem gesamten Lern- und Leistungsverhalten aufgrund ihrer Sprachbehinderung umfassend beeinträchtigt sind und somit besonderer logopädischer, psychologischer und pädagogischer Förderung bedürfen« (S. 83).

Abschließend schreiben Elmar Schaar und Otto Wapes über die »Rehabilitation Sprachbehinderter in der teilstationären Einrichtung ‚Tagesstätte'«. Sie stellen überblickhaft das System der Rehabilitation Sprachbehinderter dar, in welchem die Tagesstätte eingebaut bleiben und noch nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen weiter ausgebaut werden muß.

Arno Schulze

Michael Atzesberger: Einführung in die Tiefenpsychologie und Kinderpsychotherapie mit besonderer Berücksichtigung der analytischen Kinderpsychotherapie. Carl Marhold Verlag, Berlin 1980. 184 Seiten. Kartoniert.

Atzesberger nennt sein Buch eine »Grundinformation für Psychologen, Pädagogen, Mediziner

und für Studierende dieser Berufe«, und diese Informationen bietet das Buch auch: gekonnt gestrafft, klar und im anschaulichen, leicht lesbaren Stil.

Der Autor will zeigen, daß bestimmte Denkmöglichkeiten und bestimmte Praktiken tiefenpsychologischer Schulen auch die pädagogischen Hilfen für Behinderte fördern können. Nachdem die historischen Ansätze von Freud, Adler und Jung berührt werden, geht nach kurzen Hinweisen auf Aichhorn, Frankl und Schultz-Hencke der Verfasser auf die neopsychoanalytische Kinderpsychotherapie näher ein. Auch Familientherapie, Psychodrama, Gruppenpsychotherapie, Spieltherapie nach Axline sowie nach Ginott werden erwähnt.

Der abschließende Hinweis auf Verhaltenstherapie und das Handeln in der Kinderpsychotherapie nach Stefan Schmidtchen hätten meiner Meinung nach Atzesberger noch mehr anregen können, vom pädagogischen Standpunkt aus ein deutliches kritisches Wort zu sagen zur heutigen »Therapienflut«, zur Inflation des Therapiebegriffs überhaupt und zur damit verbundenen oft vorschnellen Abstempelung und Etikettierung zu vieler Menschen als therapiebedürftige Kranke und Behinderte.

Eine Andeutung in dieser Hinsicht soll wahrscheinlich der letzte Absatz des Buches sein, worin es heißt: »Allerdings könnten sich Erziehung und Erzieher — konfrontiert mit der unrühmlichen Produktion von Therapiebedürftigkeit von Kindern — nach Selbstreflexion und Hintergrundanalyse angestoßen fühlen, sich präventionsgerecht fortzuentwickeln« (S. 183).

Arno Schulze

Aus anderen Zeitschriften

Der Sprachheilpädagoge (Österr.), Heft 3/1980:

Argyle, M.: Die Sprache der Augen. S. 66—75.

Kiss, T., u. J. Mohr: Korrektion der Sprachfehler bei stotternden Kindern in der Grundschule des Internats für Sprachfehlerkorrektion. S. 63—65.

Martin, F.: Die Laryngektomie aus chirurgischer Sicht. S. 1—6.

Moddemann, H.: Die Rehabilitation Kehlkopfloser. S. 7—51.

Motsch, H.-J.: Was können Stottertherapien leisten? S. 52—62

Szanya, A.: Bildungsarbeit mit Hörbehinderten. S. 76—80.

Die Sonderschule (DDR), 25. Jahrgang 1980:

Chalilowa, L. B.: Besonderheiten des Spracherwerbs cerebralparetischer Kinder. Heft 2, S. 106—112.

Gilewitsch, J. M.: Vergleichen von Größen und Mengen im Mathematikunterricht der Schwerhörigenschule. Heft 2, S. 100—106.

Jastrebowa, A. W.: Logopädische Hilfe für sprachgestörte Kinder, die die Normalschule besuchen. Heft 1, S. 28—33 und 43.

Koltunenko, I. W.: Entwicklung der Lautsprache in der außerunterrichtlichen Arbeit. Heft 1, S. 19—23.

Mastjukowa, E. M.: Sprachstörungen bei Schülern mit einer hyperkinetischen Form der Cerebralparese. Heft 3, S. 171—177.

Müller, R., u. R. Radicke: Beratungsstelle für Hörgeschädigte. Heft 1, S. 51—57.

Rau, F. F.: Sprachentwicklung im Vorschulalter. Heft 4, S. 223—226.

Reimann, B.: Differentialdiagnostik debiler schwerhöriger Kinder. Heft 1, S. 24—28 und 43.

Schuster, Käthe-Maria: Entwicklung des Sprachverständnisses bei Vorschulkindern mit HSR (hochgradig sprachentwicklungsrückständig). Heft 4, S. 226—232.

Sikejew, A. G.: Korrektiv-erzieherischer Unterricht in der sowjetischen Gehörlosenschule. Heft 3, S. 150—155.

Vollbrecht, Anneliese: Katamnestische Untersuchung zum sprachlichen und schulischen Leistungsstand an Stotterern. Heft 2, S. 94—99.

Weuffen, Maria: Aspekte des Zusammenhangs zwischen Verbosensomotorik, Laut- und Schriftsprache. Heft 3, S. 142—149.

Arno Schulze

»Hilfen für die Behandlung von Dysgrammatikern — Übungen für den Sprachaufbau bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen«, zusammengestellt von Joachim Wiechmann, Zeichnungen von Bärbel Sander. Folge 23 der Übungsblätter zur Sprachbehandlung. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50. 48 Seiten, 4,80 DM.

Die Behandlung eines hartnäckigen Dysgrammatismus ist eine so langwierige Angelegenheit, daß es gar nicht genug Übungsmaterial dafür geben kann. Eine Auswahlmöglichkeit ist wünschenswert, denn die Kinder reagieren auf die einzelnen Angebote recht unterschiedlich. Ein Wechsel des Arbeitsmittels fördert und erhöht die Sprechfreudigkeit.

Das neu erschienene Übungsheft stellt eine wertvolle Ergänzung zu dem bereits vorhandenen Material dar. In Form von Zeichnungen bietet es einen Sprachaufbau an, der von Zwei- bzw. Drei-Wort-Sätzen bis zu Satzverbindungen führt. Auch für den Deutschunterricht mit ausländischen Kindern kann das Übungsheft wertvolle Hilfe leisten.

Die Autoren haben es verstanden, im üblichen Format der »Übungsblätter« möglichst viele Bilder unterzubringen. Diese Vielfalt könnte für jüngere Kinder etwas verwirrend sein. Aber die sehr lebendig gestalteten Zeichnungen sprechen die Kinder an und fordern sie zum Erzählen auf.

Heim

Heinrich Staps: Hilfen zur Verhütung von Lese-Rechtschreibstörungen für Kinder im Vorschulalter und Leseanfänger. Verlag Wartenberg & Söhne. Hamburg 1980. 48 Seiten. 5,20 DM.

In den letzten Jahren ist in der Diskussion um die Lese-Rechtschreibschwäche das Augenmerk immer stärker auf die Förderung der Voraussetzungen für das Lesen- und Schreibenlernen gerichtet worden, um Lese-Rechtschreibschwierigkeiten vielleicht schon von vornherein verhindern zu können. Zu diesen Voraussetzungen gehört neben dem artikulatorisch einwandfreien Sprechvermögen sicher auch die Fähigkeit, gesprochene Sprache als einen »Gegenstand«, als ein Objekt der Wahrnehmung — relativ unabhängig vom Inhalt — betrachten zu können. Erst dann kann es gelingen, die gesprochene Sprache zu segmentieren und aufzugliedern, was wiederum als Vorbedingung für das Erlernen der komplizierten Phonem-Graphem-Beziehung unserer Schriftsprache anzusehen ist.

Um diese Fähigkeiten zu wecken und zu fördern, legt H. Staps jetzt ein Übungsheft vor. Es enthält nach einer kurzen Einleitung nur konkrete Spielvorschläge, die für Kinder im Vorschulalter und in der ersten Schuljahren gedacht sind. Sie sind aber auch vorzüglich bei der Stammlerbehandlung zu verwenden, denn die Mängel in den genannten Fähigkeiten dürften auch eine Rolle bei Schwierigkeiten im Spracherwerb spielen. Wie wohltuend, nicht Reden über etwas, sondern handfeste Hilfe zu finden!

Die Spielvorschläge gliedern sich in fünf Gruppen:

I Hörübungen zum Erkennen falsch gesprochener Wörter
II Hilfen zur Vergegenständlichung der Sprachgebilde
III Grobgliederung
IV Gestaltqualitäten und vergleichendes Beurteilen von Wortklängen
V Hilfen bei der Feingliederung.

Folgende Vorzüge zeichnen die Übungen aus:

1. Sie sind nicht in Spielformen verpackt, sondern sind wirkliches Spiel mit den Sprech- und Sprachgebilden. Sie sind nicht künstlich erdacht, sondern zum großen Teil Kindern abgelauscht.
2. Sie beziehen das Wahrnehmen der akustischen, der motorischen, der kinästhetischen und der rhythmisch-melodischen Seite der Sprache mit ein.
3. Sie »kommen an« bei den Kindern.

Da es bisher nur wenig ähnliche Anregungen gibt, ist das Erscheinen des Heftes außerordentlich zu begrüßen. Die »Hilfen« sind jedem Lehrer, insbesondere dem Sprachheillehrer, sehr zu empfehlen.

Rainer Bangen

Otto Speck: Geistige Behinderung und Erziehung. 4., völlig neubearbeitete Aufl. Erschien früher unter dem Titel »Der geistigbehinderte Mensch und seine Erziehung«. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1980. 319 Seiten, 36 Abb. 29,50 DM.

Die Geistigbehindertenpädagogik gehört zu den jüngsten Teildisziplinen der Erziehungswissenschaft; sie befindet sich in Praxis und Theorie noch im Anfangsstadium. 1970 legte O. Speck erstmalig für die Bundesrepublik ein systematisches Lehrbuch vor: »Der geistigbehinderte Mensch und seine Erziehung«; seitdem ein Standardwerk nicht nur für die in der Ausbildung stehenden Sonderpädagogen, sondern auch für den vor vielfältigen Fragen stehenden Praktiker. Die 4. Auflage dieses Buches unter dem Titel: »Geistige Behinderung und Erziehung« wurde nicht nur angereichert durch ein erweitertes Literaturverzeichnis (wie so oft bei Neuauflagen die einzige Ergänzung), sondern erfuhr auch inhaltlich eine völlige Neubearbeitung. Dazu schreibt der Autor in seinem Vorwort:

»Die Entwicklung der Geistigbehindertenpädagogik ist in den zehn Jahren nach Erscheinen der 1. Auflage derart zügig vorangekommen — und zwar nicht nur hierzulande —, daß bei der erneuten Auflage nun eine gründliche Überarbeitung und Erweiterung unumgänglich notwendig war. Einerseits ist die Phase des Aufbaues der nötigen Einrichtungen weitgehend abgeschlossen, andererseits haben sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse wesentlich weiter entwickelt. Ursprüngliche bloße Annahmen konnten durch empirische Überprüfungen gestützt oder verworfen werden, so daß heute in Verbindung mit einer Fülle praktischer Erfahrungen, die inzwischen gemacht werden konnten, mehr gesichertes Wissen um die Verbesserung der Erziehungsbedingungen für geistigbehinderte Kinder vorliegt.«

Was die erste Auflage, vermehrt noch dieses neue Buch hervorhebt, ist folgendes: Der geistigbehinderte Mensch wird in seiner Existenz ernst genommen und die Verantwortung des Erziehers, sowohl der Eltern wie der Pädagogen in den ein-

zelnen Institutionen, wird in voller Breite gesehen. Das Bewußtsein der Verantwortung läßt die Vorstellung nicht aufkommen, den Geistigbehinderten lediglich als Objekt der Erziehung zu sehen, aus ihm durch isolierte Maßnahmen oder durch einseitige Therapie soviel wie möglich »herauszuholen«. Vielmehr lehrt dieses Buch, vom Geistigbehinderten aus zu sehen und der Frage nachzugehen: Was kann in seinem Sinne, zu seinem Wohlbefinden getan werden? Das ist wiederum nur nachzuvollziehen, wenn man sich mit Speck zur anthropologischen Ausrichtung bekennt, die geistige Behinderung als »realen und normalen Bestandteil menschlicher Existenz« zu verstehen.

Die Rezension dieses Buches läßt sich am besten in einer Empfehlung zusammenfassen: Es sollte keinen Studenten der Geistigbehindertenpädagogik geben, der sich nicht intensiv mit O. Specks neuem Buch auseinandergesetzt hat, und darüber hinaus, das Buch sollte in die Hände derjenigen gelangen, die in ihrer Familie, in ihrer Gruppe, in ihrer Klasse einen »Problemfall« haben. Es geht nicht nur darum, daß viele Fragen beantwortet werden, daß der Leser für viele Fragen hellsichtiger wird, es geht um mehr, nämlich um das Erreichen der rechten Grundeinstellung zum Behinderten. Und in diesem Sinn führt Specks Buch weit über die Geistigbehindertenpädagogik hinaus.

Ursula Hagemeister

Ullrich Grzeskowiak und Käte Kleuker: Grundlagen der Sprachheilpädagogik — Eine Einführung für Mitarbeiter in der Behindertenarbeit. Edemissen 1979. 226 Seiten, Kartoniert 24 DM. Zu beziehen durch: K. Kleuker, Buchenweg 37, 3154 Wendesse.

Mit der erfreulichen Angebotsvielfalt an teilstationären und stationären Behinderteneinrichtungen hat zweifellos bisher die fachspezifische (meint hier die sprachheilpädagogische) Qualifizierung der dort tätigen Mitarbeiter nicht Schritt zu halten vermocht. Grzeskowiak und Kleuker, beide versehen mit einschlägiger Berufspraxis in der Arbeit mit (geistig) Behinderten und bei der Ausbildung von entsprechenden Mitarbeitern, wollen mit ihrem Buch diese Lücke aus sprachheilpädagogischer Sicht verkleinern helfen.

Sie bieten dafür drei Teile an: Im ersten Teil werden die normale und verzögerte Sprachentwicklung skizziert sowie Funktion und Störungen der Sprechorgane und des Gehörs herausgearbeitet. Im zweiten Teil vermitteln sie Informationen zu Definition, Symptomatologie, Ätiologie, Diagnose, Therapie und Prognose von Stammeln, Näseln, Dysgrammatismus, Stottern und Poltern.

Die Informationen sind gediegen, praxisorientiert und vor allem verständlich. Daß nicht in jedem Fall auf den aktuellen Diskussions- und Erkenntnisstand — gedacht ist z. B. an die Therapienvielfalt und ihre Begründungen — abgehoben wird, muß mit Blick auf den erwarteten Leserkreis kein Mangel sein. Bedauerlicher ist da schon aus pädagogischer Sicht die Literaturauswahl (Luchsinger/Arnold, Seeman, Böhme) und die dadurch wahrscheinlich provozierte Vernachlässigung psychosozialer Determinanten.

Wenn man hinsichtlich dieser beiden Teile nach den Vorzügen gegenüber dem »Führing/Lettmayer« fragt, so wird man schwerlich grundsätzlich Unterschiedliches zutage fördern. Also ein unnötiges Buch?

Sicher nicht, wenn man den dritten Teil betrachtet: In ihm stellen die Autoren das Problem der Dyslogie, der Beeinträchtigung der Sprache bei geistiger Behinderung, in den Mittelpunkt. Nicht zuletzt hier wird deutlich, welche Gruppe von Mitarbeitern in der Behindertenarbeit besonders angesprochen werden soll. Das dann folgende Plädoyer gilt einer Sprachheilbehandlung bei gleichzeitiger systematischer Förderung der Gesamtentwicklung des Kindes. Grundlagen hierfür werden vor allem in der Verhaltensmodifikation als Teil eines übergeordneten, alle pädagogischen Bemühungen bestimmenden Prinzips, des sogenannten Normalisierungsprinzips, gesehen. Dessen inhaltliches und methodisches Konzept, aus skandinavischen Ländern entlehnt, will bewirken, den geistig Behinderten schrittweise sozial zu integrieren, d. h. ihn so weit wie möglich an die Lebensgewohnheiten der Durchschnittsbevölkerung heranzuführen. Hierzu sind die Anbahnung und Förderung von Sprache und Sprechen beim geistig behinderten Menschen und die stete Verringerung der bei Nichtbehinderten vorhandenen (und im letzten Abschnitt des Buches empirisch belegten) sozialen Distanz zwei entscheidende Voraussetzungen.

Ich meine, daß man das Buch nicht nur den Mitarbeitern von Einrichtungen für geistig Behinderte, sondern ebenso interessierten Eltern und nicht zuletzt auch Studenten der Geistigbehinderten-Pädagogik als Einführungslektüre empfehlen kann.

Jürgen Teumer

Hans Strohner: Spracherwerb. Versuch einer Bedingungsanalyse. Wilhelm Fink Verlag, München 1976. Broschur.

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, einige Bedingungen für den Spracherwerb — konkreter: Erwerb von Kombinationen einzelner Morpheme — zu untersuchen. Solche Bedingungen liegen

nach Auffassung des Verfassers weniger in der Sprache selbst (»angeborene Struktur der Grammatik«, S. 126) als in der Vertrautheit mit nichtsprachlichen Verhaltenssystemen (S. 147).

Die Arbeit stützt sich weitgehend auf experimentelle Studien. So wird über Untersuchungen berichtet, in denen Kinder »nach einem Verständnistraining sprachlicher Modellverhaltenssysteme häufiger imitieren als vor dem Training« (S. 139). Eindrucksvoll werden die Verhaltensbedingungen auch verdeutlicht anhand von Untersuchungen behinderter und nicht behinderter Kinder mittels sogenannter Vergleichssysteme (»mehr« leichter erworben als »weniger«), Merkmalssysteme (»groß« leichter erworben als »klein«) und anderer Systeme. Schon auf S. 9 wird Chomsky der Vorwurf gemacht, er habe die nichtsprachlichen Verhaltensbedingungen (im Spracherwerb) vernachlässigt. Der Autor versucht, die »Erreichung kreativen Sprachverhaltens« zu begründen (S. 27—47). Ein Kapitel beschäftigt sich mit denjenigen Bedingungen des Erwerbs der Kombinationen von sprachlichen Verhaltenssystemen (d. h. Morphemen, S. 8), die aus der Gesprächsinteraktion resultieren (S. 126). Es geht hier u. a. um Imitation (S. 130) und um Korrekturen (S. 168).

Der Rezensent gibt offen zu, daß er dem Verfasser nicht in allen Einzelheiten zu folgen vermag, was an einer nicht traditionell-linguistischen Terminologie liegen kann. Soweit wir sehen können, geht es in dem vorliegenden Buch beim »Spracherwerb« um *Sprachverständnis* sowie um dessen Weiterführung in *Sprechfähigkeit*, auch als »passiver« und »aktiver« Sprachbesitz bezeichnet. Dabei vermag es der Begriff »sprachliche Verhaltensweise« (S.46) nicht so recht, den Spracherwerb nach diesen beiden Stufen zu differenzieren. Vielleicht ist das auch mehr für pathologische Zwecke von Belang. Ergänzungsbedürftig jedoch scheint uns die auf S. 17 erwähnte Theorie, nach dem »das Kind zunächst nichtsprachliche Begriffe und Relationen bildet und diese dann in Sprachverhaltenssysteme einbaut«. Abgesehen davon, daß in dieser Sichtweise kein klarer Unterschied zwischen bloßen (bedeutungslosen) Sprachausdrücken einerseits und Sprache im Sinne bedeutungsvoller Zeichen andererseits gemacht wird, muß der beschriebene Prozeß wohl auch umgekehrt gelten: Das Verständnis von sprachlichen Verhaltenssystemen (S. 139) kann nämlich nicht nur auf dem vom Autor angeführten Weg über die Versprachlichung eines »Situationsereignisses« (S. 5) im Sinne einer »Ausdrucksfindung« erreicht werden, sondern es vollzieht sich auch auf dem Weg über die inhaltliche Ausfüllung eines sprachlichen Ereignisses: »Inhaltsfindung«. Einem dem Kind vorgestellten Morph (etwa »Worthülle«) wird ein Inhalt zugeordnet, was ein sprachliches Zeichen (in der Terminologie des Verfassers: sprachliches Verhaltenssystem, S. 8) ergibt. Mit anderen Worten: Dem Kind begegnet zuerst eine sprachliche Ausdrucksform mit unidentifiziertem Bedeutungsgehalt; zum Verständnis kommt es dann, wenn für diese »leere« Form der Inhalt gefunden wird. Wir sehen, daß unter diesen Voraussetzungen ein Einzelereignis im Spracherwerb seinen Ursprung in der Sprache nimmt, sozusagen »glossogen« ist. Der in entgegengesetzter Richtung verlaufende Ausdrucksfindungsprozeß hat das »Situationsereignis« als Ausgangspunkt. Er erinnert an Leo Weisgerbers »Worte der Welt«. Der glossogene Spracherwerbsprozeß dagegen ermöglicht uns einen zunächst »situationslosen« Einstieg in den Weg zur Sprache; erst durch Inhaltsfindung kommt es zum Sprachbesitz. Im Falle der Ausdrucksfindung fragt das Kind (modellhaft): »Wie heißt das?«; bei Inhaltsfindung lautet die Frage: »Was bedeutet das?«

Im gesamten Spracherwerbsprozeß scheint sich ein zeitlicher Primat abzuzeichnen, da vorausgesetzt werden kann, daß das Kind mit der Versprachlichung von »Situationsereignissen« (sprich Vorstellungen, Ideationen) beginnt, um sich dann allmählich Worthüllen gegenübergestellt zu finden, die mit Inhalt zu füllen sind. Nebenbei sei hier erwähnt, daß, wenn jemand zu der Stufe des Fremdsprachenerwerbs gelangt, der glossogene Aspekt in der Aneignung gleich vorherrscht: Er steht vor inhaltsleeren Vokabeln und idiomatischen Kombinationen von beherrschten oder nicht beherrschten »sprachlichen Verhaltenssystemen«, und es geht um Inhaltsfindung.

Die Erkennung der zweifachen Bedingtheit des Spracherwerbs scheint für eine Begriffsklärung förderlich, die Entwicklung von Methoden zur Beobachtung des glossogenen Spracherwerbs eine wichtige und lohnende Aufgabe zu sein.

Martin Kloster-Jensen

Handbuch der Behindertenpädagogik. Konzeption und herausgeberische Vorbereitung H. Dennerlein und K. Schramm. Kösel-Verlag, München 1979. Band 1: 701 Seiten; Band 2: 588 Seiten. Paperback 128 DM (gebunden 148 DM).

Handbücher auf dem Sektor der Sonder- oder Behindertenpädagogik scheinen in Mode zu kommen. Da gibt es jene im Marhold-Verlag, deren erste bereits erschienen sind und deren weitere im Laufe der nächsten Jahre noch erscheinen werden. Sie sprechen einen engeren Kreis von Fachleuten an und reflektieren den relativ aktu-

ellen Erkenntnisstand einzelner wissenschaftlicher Disziplinen. Und da gibt es solche wie die hier vorgelegten Bände, die einen fachlich interessierten, aber eben noch nicht hinreichend qualifizierten oder im Studium begriffenen Personenkreis erreichen möchten. Sie müssen weitgehend auf die allzu detaillierte Erörterung diffiziler Problemstellungen verzichten und bevorzugen die schlichtere, meistens auch verständlichere Sprache (ohne daß dies notwendigerweise zu einer Verfälschung der wissenschaftlichen Fakten führen müßte!).

In den beiden Bänden, für deren wissenschaftliche und editorische Beratung N. Hartmann, K. A. Jochheim, K.-J. Kluge, A. Löwe und A. Zuckrigl zur Verfügung standen, kommt in acht Kapiteln mit 140 Einzelbeiträgen ein recht prominentes Aufgebot von 75 Autoren aus Wissenschaft und Praxis zu Wort. Als formales Konzept dient das andernorts bewährte Muster (vgl. Bleidick, U., u. a.: Einführung in die Behindertenpädagogik, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1977), neben einer eher theoretischen Grundlegung die einzelnen Behindertenpädagogiken abzuhandeln.

In Band 1 werden auf fast 300 Seiten Grundlagen der Behindertenpädagogik unter pädagogischer, sozialpädagogischer und soziologischer, psychologischer, therapeutischer, medizinischer und sozialrechtlicher Betrachtung vermittelt. Danach folgen auf etwa je 140 Seiten Informationen über Verhaltensauffällige, Lernbehinderte und Geistigbehinderte. Hier wie bei den in Band 2 enthaltenen (zwischen 100 und 170 Seiten umfassenden) Beiträgen über Sprachbehinderte, Gehörlose und Schwerhörige, Blinde und Sehbehinderte sowie über Körperbehinderte stehen jeweils ähnliche Gliederungsgesichtspunkte im Vordergrund: Ursachen und Erscheinungsformen, Früherkennung und Frühförderung, Erziehung und Bildung im schulischen und außerschulischen Bereich, Therapie, Medien und Hilfsmittel. Recht ausführliche Literaturverzeichnisse am Ende eines jeden der acht Kapitel sind ebenso vorhanden wie — am Schluß des zweiten Bandes — ein Personen- und Sachregister sowie eine Auswahl nützlicher Anschriften, d. h. Adressen der wichtigsten Verbände auf dem Behindertensektor in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz.

Hier interessiert vor allem das in Band 2 enthaltene etwa 150seitige Kapitel über Sprachbehinderte. 17 Autoren, mit wenigen Ausnahmen südlich der Mainlinie mit den geographischen Schwerpunkten in Baden-Württemberg und Österreich beheimatet, setzen sich in 25 Beiträgen sehr aspektreich mit der Thematik auseinander. Der Bogen spannt sich von sprachwissenschaftlichen, entwicklungspsychologischen und psychodiagnostischen Informationen über die Beschreibung der verschiedenen Handlungsfelder bis hin zu den Behandlungsinhalten und den einsetzbaren Medien und Hilfsmitteln.

Der Vorzug der Kürze dieser Beiträge findet seine (negative) Kehrseite in der Dichte der Information, die manchen Beitrag allein schon wegen der vielen Literaturquerverweise nicht besonders leserfreundlich macht.

Als Mängel empfinde ich, daß die im Vorwort (bestehend aus ganzen 22 Zeilen!) angekündigte interdisziplinäre Sicht praktisch auf das oben erwähnte Grundlagen-Kapitel beschränkt bleibt. Daneben hätte ein über den bloßen formalen Rahmen hinausreichendes inhaltliches Konzept sicher in mehrfacher Weise positive Wirkungen gezeitigt: Die uneinheitliche Terminologie (Beispiel: Sprachentwicklungsverzögerung!) und die erhebliche Redundanz (z. B. mehrmals wiederkehrende Definitionen!) hätten durch eine bessere Abstimmung der beteiligten Autoren untereinander vermieden werden können. Ich bin sicher, daß man sich bei dieser Gelegenheit auch von Abgestandenem entledigt hätte (Beispiel: Neundlinger arbeitet bei der Behandlung des Stammelns immer noch mit Sonden, und dies unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit und Kindgemäßheit!). Mit Sicherheit wären auch erhebliche Lücken zum Vorschein gekommen (Beispiel: Keplinger verzichtet in ihrem Beitrag zur Behandlung des Stotterns und Polterns gänzlich auf die Darstellung verhaltenstherapeutischer Ansätze!). Schließlich läßt das Literaturverzeichnis — in dankbarer Anerkenntnis der erfreulichen Breite — den Wunsch nach größerer Sorgfalt aufkommen (Beispiel für eine schlampige redaktionelle Arbeit: Schilling, A.: Sprech- und Sprachstörungen, in: Berenek/Link/Möllner (Hrsg.): Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Stuttgart 1963. Richtig heißen die Herausgeber: Berendes/Link/Zöllner).

Ich wage nicht vorauszusehen, ob das Handbuch der Behindertenpädagogik — auch in Anbetracht des nicht unerheblichen Preises — ein Verkaufsschlager werden wird.

Jürgen Teumer

Handbuch der Lehranstalten für das Bundesgebiet mit Berlin (West). Wirtschaftsverlag M. Klug, München 60. 1200 Seiten DIN A 5, 62 DM.

Das bereits in der 7. Ausgabe erschienene Buch bietet mit vollständigen Anschriften eine umfassende Übersicht über das Schulwesen in der Bundesrepublik. Alle Schularten, Internate, Universitäten und Hochschulen sind darin zu finden, ebenso wissenschaftliche Institute und Behördenanschriften.

W.

Etta Wilken: Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin 1979. 3. durchgesehene und erweiterte Auflage. 148 Seiten. Kartoniert. 22 DM.

Sprachbehindertenpädagogische Kompetenz läßt sich in nicht geringem Maße durch die Arbeit bei Schwerbehinderten erwerben, weil sich die Probleme hier geradezu in der Vergrößerung darstellen und zur Lösung drängen. Zur Erlangung eines guten Stücks dieser Kompetenz trägt das inzwischen fast zum Standardwerk der fachspezifischen Darstellung avancierte Buch fraglos bei.

Neben Informationen über den Begriff, die Ursachen und Erscheinungsformen erhält der Leser vor allem — und durch empirische Arbeiten belegte — Einsichten in die Komplexität der Behinderung und ihre von der Autorin gründlich reflektierten Sonderbedürfnisse, selbstverständlich in erster Linie hinsichtlich des sprachlichen Bereichs.

Die zahlreich angebotenen Übungsmöglichkeiten zum Funktionstraining, zur Schulung der Motorik und Wahrnehmungstüchtigkeit (vor allem des Hörens) dienen im wesentlichen als funktionale Voraussetzungen bzw. Begleiter für den Aufbau des Sprachverständnisses, des aktiven Wortschatzes und zur Überwindung artikulatorischer Schwierigkeiten. Hierbei ebenso wie in den abgedruckten Beispielen für Tagesübungsprogramme für Klein- bzw. Schulkinder und in einem kurzen Bericht über eine Gruppentherapie bei sieben Schulkindern werden nicht zuletzt die begrüßenswert klaren praxisorientierten Intentionen deutlich.

Ich möchte das Buch (in seiner im Vergleich zu früheren Auflagen jetzt vorhandenen konzeptionellen Breite) außer Studenten der Sprach- und Geistigbehindertenpädagogik auch und vor allem denjenigen Sprachbehindertenpädagogen empfehlen, die mit geistig behinderten Kindern selten oder nie zu tun haben. Die Umsetzung der hier gewonnenen Einsichten und Kenntnisse in die tägliche Praxis bei »nur« sprachbehinderten Kindern wird für alle Beteiligten von großem Gewinn sein.

Jürgen Teumer

Karl Rieder: Sprachfördernde Übungen und Spiele. Verlag Jugend und Volk, Wien/München 1980. 192 Seiten. Leinen. 26,80 DM.

Rieder hat aus seiner Arbeit mit hörgeschädigten Kindern 741 sprach- und sprechfördernde Spiele und Übungen zusammengetragen. Sie sollen in erster Linie dem sprachentwicklungsgestörten bzw. hörgeschädigten Kind im Vorschul- und Schulalter Sprache in ihrer kommunikativen Funktion einsichtig machen.

Die Sammlung ist in drei der groben Orientierung dienende Schwierigkeitsstufen gegliedert, und zwar in eine Vorbereitungs-, Aufbau- und Ausbaustufe. Zur besseren Orientierung und als Hinweis auf den jeweiligen Förderschwerpunkt tragen die meisten Anregungen verschiedene Symbole. Sie verweisen auf Hörübungen, sprech- und sprachfördernde Übungen, Partner- oder Gruppenübungen, Möglichkeiten der Konzentrationsförderung und Aufmerksamkeitsschulung, auf spezielle therapeutische Übungen sowie auf solche, mit denen die Motorik oder die Koordinationsfähigkeit gefördert bzw. angeregt werden soll.

Der Anhang enthält einige Anregungen zur Herstellung einfacher Spiele sowie neben Literaturangaben ein Verzeichnis von Fachausdrücken mit (allerdings unzulänglichen) Erklärungen.

Der Benutzer — und hier meine ich in erster Linie den Behindertenpädagogen — wird durch dieses Buch vielfältige und interessante Anregungen erhalten und seinen Vorrat an Spiel- und Übungsmöglichkeiten zur motivationssteigernden, kindgemäßeren und vor allem auf Sprachhandeln gerichteten Gestaltung seines Tuns erweitern können. Allerdings wird dieser die Inhalte des Buches als Unterstützung und Stimulanz, weniger als feste Richtschnur verstehen dürfen. Seine Auswahl wird von den individuellen Bedürfnissen des Kindes her getroffen werden müssen, die selbstverständlich in einem derartigen Katalog nicht berücksichtigt werden konnten. Eltern, an die sich das Buch ebenfalls wendet, werden in jedem Falle der fachlichen Anleitung und Stütze bedürfen. Andernfalls wären Mißerfolge vorprogrammiert.

Jürgen Teumer

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

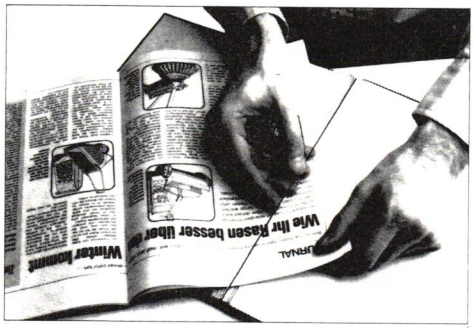
Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

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

So einfach ist es:

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für
»Die Sprachheilarbeit«

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten.

Die Mappen entsprechen in Größe und Farbe den bisherigen Einbanddecken, passen sich also der alten Form weitestgehend an und nehmen wie bisher zwei Jahrgänge auf. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 13,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

An Wartenberg & Söhne Verlag · Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je ____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74, 1971/72, 1969/70.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

_____

_____

_____

Name

_____

Straße

_____

Postleitzahl Ort

_____

Datum

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND

stellt ein:

Logopädinnen/Logopäden

(auch als Halbtagskräfte)
— Vergütung nach dem Bundesangestelltentarif —

in den **Rheinischen Landesschulen für Körperbehinderte**

— Duisburg
— Euskirchen
— Frechen-Königsdorf
— Leichlingen
— Rösrath
— Wiehl-Oberbantenberg
— Wuppertal

Gewährt werden alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes, 5-Tage-Woche, 13. Monatsgehalt sowie Urlaubsgeld.

Bewerbungen werden erbeten an den

Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland

Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21, Landeshaus.
Telef. Auskunft: (0221) 8283/2705
Kennziffer: 12.12.

Dipl.-Pädagogin

(Päd. der Sprach- und Körperbehinderten), 1. Lehramtsprüfung für Grund- und Hauptschule, sucht Halb- oder Ganztagsstelle oder freie Mitarbeit in Einrichtungen/freien Praxen im Raum Kirchheim u. Teck/NT/GP/ES/S. Erfahrungen in Aphasie- und Dysarthriebehandlung Erwachsener vorhanden.

Angebote unter Chiffre 02/06 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sonderschullehrerin

Fachrichtungen Geistigbehinderten- und Sprachbehindertenpädagogik, 1. und 2. Staatsexamen, Diplom, sucht neue Stelle im Großraum Frankfurt.

Angebote unter Chiffre 03/06 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung
1.—18. Folge mit Übungstexten, 21.—23. Folge mit Bildern

Bildgeschichten
zur Sprachförderung und Überwindung der Sprachnot

Testmittel zur Sprachbehandlung
Untersuchungs- und Behandlungsbogen

SMS Strukturierte Materialien-Sammlung
Informative Darstellung von 170 Spiel- und Übungsmaterialien

Beratungsschriften für Eltern

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag
Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

essen

■ Einkaufsstadt ■ Messestadt ■ Universitätsstadt
■ Industriestadt ■ Energiestadt ■ Verwaltungsstadt

Die Stadt Essen sucht für die beim Gesundheitsamt bestehenden **therapeutischen Einrichtungen für behinderte Kinder**

Krankengymnasten(innen) Kennziffer 53/29

Logopäden(innen) Kennziffer 53/30

Motopäden(innen) Kennziffer 53/31

Das Gesundheitsamt verfügt seit Jahren über einen heilpädagogischen Sonderkindergarten für körperbehinderte Kinder mit angeschlossener Kleinkindambulanz und einen heilpädagogischen Sonderkindergarten für sprachbehinderte Kinder. Krankengymnastisch mitbetreut werden die Tagesstätten sowie die Schulen für geistig Behinderte.

Außerdem hat am 1. Oktober 1980 ein Frühtherapiezentrum für behinderte Kinder seine Tätigkeit aufgenommen, in dem eine umfassende Therapie für alle behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder angeboten wird. Dieses Angebot erstreckt sich einmal auf die medizinische Behandlung, die von Ärzten und den hierzu ausgebildeten therapeutischen Mitarbeitern — Krankengymnastin, Logopädin, Beschäftigungstherapeutin, Motopädin — durchgeführt wird. Darüber hinaus werden auch die Ursachen und Folgen der Behinderung und die pädagogischen Belange berücksichtigt. Hierfür stehen ein Psychologe, eine Sozialarbeiterin und eine Heilpädagogin zur Verfügung.

In den verschiedenen Einrichtungen besteht die Möglichkeit zu einer weitgehend selbständigen Tätigkeit, wobei eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Fachärzten (Orthopäde, Neuropädiater, HNO-Arzt) gegeben ist.

Neben einem sicheren und interessanten Arbeitsplatz werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen geboten; Fortbildung kann im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten verwirklicht werden.

Über die Vergütung möchten wir uns mit Ihnen unterhalten. Dabei ist die Stadt Essen bereit, den Besonderheiten und Schwierigkeiten dieser Tätigkeiten sowie der Mangelsituation in diesen Berufen voll Rechnung zu tragen.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf und Zeugnisabschriften sind **unter Angabe der entsprechenden Kennziffer** zu richten an **Stadt Essen — Personalamt — Rathaus — 4300 Essen 1.**

mit 660 000 Einwohnern
fünftgrößte Stadt der Bundesrepublik

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

Postvertriebsstück — Gebühr bezahlt

Wartenberg & Söhne GmbH
Druckerei und Verlag
Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50

HERRN WSS 000199 *0016*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Für unsere private Heimsonderschule für Sprachbehinderte suchen wir zum Schuljahresbeginn 1981/82 einen

Direktor einer Heimsonderschule für Sprachbehinderte.

Das Sprachheilzentrum Lahr begann seine Arbeit mit dem Schuljahr 1980/81.

Wir bieten:

- Vergütung nach LBO/BAT
- Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen
- Mitwirkung am Aufbau der Einrichtung und entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten

Wir erwarten:

- Einen erfahrenen Sonderschullehrer –S–
- Kooperationsbereitschaft
- Fähigkeiten als Führungskraft, die Einrichtung zu leiten
- Administrative Fähigkeiten
- Engagement

Lahr ist eine am Rande des südlichen Schwarzwalds (Bundesautobahn zwischen Offenburg und Freiburg) gelegene Kleinstadt mit ca. 40 000 Einwohnern. Am Ort sind alle Schularten vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an den Träger der Schule:

Ev. Kinder- und Jugendhilfezentrum Dinglingen e.V.
Weinbergstraße 9, 7630 Lahr, Telefon (07821) 4 30 61.