

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Otto Braun, Reutlingen, Gerhard Homburg, Bremen, und Jürgen Teumer, Hamburg
Früherfassung und Früherziehung
sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder

Martin Kloster-Jensen und Heiner Jahncke, Hamburg
SNAsAm — ein Analyseverfahren bei Stammeln

Henning Wulff, Hoisdorf
Organisatorische und personelle Entwicklung
der sprachheilpädagogischen Behandlung von Patienten
mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in Hamburg

Ursula Horsch und Lothar Werner, Heidelberg
Kommunikationstheoretische Überlegungen
zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern

Aus der Organisation
Umschau
Würdigungen
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Juni 1982 · 27. Jahrgang · Heft 3

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen

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	.....	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
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	.....	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	.....	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	.....	Dipl. Päd. G. Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	.....	Dieter Kroppenberger, Hegelstraße 49, 6500 Mainz
Saarland	.....	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 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 (064 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 4,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 27,60 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

Juni 1982 · 27. Jahrgang · Heft 3

Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 111—120

Otto Braun, Reutlingen, Gerhard Homburg, Bremen, und Jürgen Teumer, Hamburg

Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder

Zusammenfassung

Die Verfasser versuchen, das Aufgabenfeld der Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder begrifflich zu strukturieren und ein begründetes mehrspektivisches Konzept unter Betonung eines pädagogischen Ansatzes zu entwickeln. Die Beschreibung und Analyse der gegenwärtigen Situation und die Darstellung von Problemen bilden die Basis zur Ableitung von Zielvorstellungen und Forderungen zum System der Frühmaßnahmen in politisch-sozialer, fachlicher und personeller Hinsicht zur Sicherung des Erreichten und zur Verbesserung des Vorhandenen.

Vorwort

Die vorliegende Darstellung geht zurück auf einen Auftrag des Hauptvorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. an den Erziehungswissenschaftlichen Beirat dieses Verbandes. Da dieser Auftrag aber nicht genauer formuliert worden war, sahen sich die Autoren genötigt, zunächst die Voraussetzungen eines Konzeptansatzes zu erarbeiten.

Im Gegensatz zu benachbarten sonderpädagogischen Arbeitsbereichen ist das Feld der Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder weitgehend unstrukturiert. Die Autoren hoffen, daß mit dem hier vorgelegten Positionspapier Impulse ausgelöst werden, die sich auf die Weiterentwicklung dieses an Bedeutung gewinnenden Arbeitsfeldes positiv auswirken.

Angesichts der divergenten Ausgangslage und weithin ungeklärter fachlicher Grundlagen kann jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine vollgültige und inhaltlich differenzierte Konzeption erwartet werden.

Bei aller Notwendigkeit, Entwicklungen in der angerissenen Weise auszulösen, dürfen aber auch kritische Momente nicht übersehen werden. Sie liegen vor allem in den Gefahren einer frühzeitigen Etikettierung und in Risiken eines verfrühten und störenden Eingriffs in die kindliche Entwicklungsdynamik.

1. Begriffsbestimmung

Das Begriffsfeld zur Kennzeichnung früher Maßnahmen bei Sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung Bedrohten stellt sich äußerst divergent dar. Einem Vorschlag von

Grund (1977) entsprechend soll die begriffliche Vielfalt im folgenden strukturiert und anschließend definitorisch festgelegt werden.

Frühmaßnahmen: Früherfassung
Früherziehung
— Früherkennung (Frühdiagnostik)
— Frühberatung
— Frühförderung und Frühtherapie

Unter *Frühmaßnahmen* versteht man alle Bemühungen medizinischer, pädagogischer, psychologischer, sozialer, juristischer und seelsorgerischer Art, die auf eine umfassende Hilfe bei Sprachbehinderung und drohender Sprachbehinderung abzielen.

Früherfassung ist der organisatorische Vorgang des Bekanntwerdens und Registrierens eines Sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung Bedrohten (vgl. auch Heese 1978).

Früherziehung umfaßt alle funktionalen und intentionalen pädagogischen Maßnahmen, die an der unmittelbaren Lebenswelt des Sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung Bedrohten ansetzen. Zur funktionalen Früherziehung gehören alle äußeren oder inneren Geschehnisse, die eine Veränderung (Formung, Gestaltung) in der Persönlichkeit bewirken. Zur intentionalen Früherziehung zählen alle beabsichtigten Handlungen aus den Bereichen Früherkennung (Frühdiagnostik), Frühberatung und Frühförderung/Frühtherapie.

Früherkennung (Frühdiagnostik) besteht in der Anwendung informeller, formalisierter und standardisierter pädagogisch-psychologischer Verfahren zur Untersuchung des Entwicklungsstandes, des bisherigen Entwicklungsverlaufs und der Entwicklungsdynamik, des Lernverhaltens und des erzieherischen Bedingungsgefüges (vgl. auch Neumann 1980; Grohnfeldt 1979).

Unter *Frühberatung* wird die in Anbetracht des beeinträchtigten Erziehungsverhältnisses notwendige Anleitung und Hilfe für Eltern (Erziehende) verstanden.

Frühförderung beinhaltet die gezielte Anwendung von sonderpädagogischen Methoden, um die sprachtragenden Basisfunktionen in den Bereichen der Psychomotorik, Wahrnehmung, Kognition und Emotionalität zu entwickeln (vgl. Speck 1977) sowie Sprache und Kommunikation aufzubauen.

Frühtherapie erstreckt sich auf den systematischen Aufbau nichtentwickelter und die Korrektur gestörter spezifischer physiologischer und psychologischer Funktionen (z. B. sprachliche, sensomotorische u. a. Funktionen) als auch komplexer psycho-physischer und psychosozialer Verhaltensweisen (z. B. Spielen, Lernen, Interagieren) (vgl. auch Braun et al. 1980).

Die Vorsilbe »früh« in den beschriebenen Begriffen wird in zweifacher Bedeutung verwendet (vgl. Teumer 1978, 1981): Einerseits wird eine altersunabhängige Sicht im Sinne von rechtzeitig, andererseits eine altersbezogene, auf Kinder im frühen Lebensalter beschränkte Sicht betont. Im letzteren Fall werden zwei Altersgruppierungen in Abhängigkeit von der Erkennbarkeit der verursachenden Faktoren unterschieden (vgl. Becker et al. 1978), und zwar

- Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren,
also Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter
oder in der Frühphase,
- Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren (bis zum Schuleintritt),
also Kinder im Kindergarten- und/oder Vorschulalter
oder in der Elementarphase.

Das vorliegende Positionspapier befaßt sich unter Berücksichtigung der altersbezogenen Sichtweise mit der Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder im Alter bis zum Schuleintritt bzw. bis zu 6 Jahren.

2. Konzeptansatz der Früherfassung und Früherziehung

2.1. Notwendigkeit

Erkenntnisse und Forschungsergebnisse verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen geben Hinweise für die Notwendigkeit des Einsatzes früher Hilfen im Falle von Behinderung und drohender Behinderung.

So verweist die Neurophysiologie auf die Plastizität und Kompensationsfähigkeit des Zentralnervensystems (vgl. *Pechstein* 1975). Besonders in den ersten Lebensjahren erfolgt eine relativ umfangreiche und rasche Zunahme, Ausdifferenzierung und Oberflächenvergrößerung des neuronalen Systems. Die Reifungsprozesse des Gehirns und damit seine Plastizität, seine Fähigkeit zu Wachstum und Veränderung, halten wesentlich über die Geburt hinaus an. Deshalb ist die Beeinflussbarkeit des noch wachsenden Gehirns in dieser Zeit am größten.

Bei Schädigungen besteht eine nutzbare Kompensationsmöglichkeit. Allerdings sind dafür die entsprechenden entwicklungsfördernden Reize notwendig. Bleiben diese aus, sind strukturelle Entwicklungshemmungen wahrscheinlich (z. B. bei Kindern mit minimalen cerebralen Dysfunktionen).

Die Entwicklungspsychologie zeigt Regelmäßigkeiten und wechselseitige Abhängigkeiten zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren in der frühkindlichen Entwicklung der Persönlichkeit auf. Sie betont die Wirksamkeit sogenannter sensibler und kritischer Phasen, die den Entwicklungsprozeß entscheidend beeinflussen (vgl. *Aebli* 1974).

Da einerseits die Ausdifferenzierung des zentralen Nervensystems abhängig ist von Anregungen der Umwelt und andererseits das Verhalten der Bezugspersonen von der Entwicklungshöhe des Kindes bestimmt wird, führen Organschäden, Funktionsanomalien sowie entwicklungshemmende Sozialisationsbedingungen in der Regel nicht allein zu Fehlentwicklungen einzelner Funktionsbereiche wie Sprache, Bewegung, Wahrnehmung, sondern zu Behinderungen der gesamten Persönlichkeit.

Das Ausmaß einer Behinderung hängt im Einzelfall vom Zeitpunkt der schädigenden Einwirkung auf das Individuum, von ihrer Dauer und von Beginn, Art und Umfang der einsetzenden Hilfen ab. Bleiben wirksame Gegenmaßnahmen aus, ist das Individuum auf Ersatzlösungen angewiesen, die später zumindest nicht mehr in vollem Umfang korrigierbar sind (*Speck* 1977).

Auch die Pädagogik bestätigt, daß es Entwicklungsphasen gibt, in denen Kinder für bestimmte Lernanforderungen besonders empfänglich sind (z. B. Sprachentwicklungsphase des nachahmenden Lallens). Sie verweist auf die Bedeutung einer konstanten, positiv erlebten Mutter-Kind-Beziehung für die sozial-emotionale Entwicklung. Im Falle mangelhafter oder gestörter Beziehungsverhältnisse besteht die Gefahr der Kontakt- und Kommunikationsstörung.

Zusammenfassend ergibt sich, daß vornehmlich neurophysiologische Gründe für einen sehr frühen Beginn, psychologische Gründe für eine entwicklungsgerechte Platzierung und pädagogische Gründe für eine soziale Einbindung der Früherfassung und Früherziehung von sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern sprechen.

Da die frühkindliche Entwicklung nur als ganzheitlicher und zugleich sich differenzierender Prozeß zu verstehen ist, müssen Frühmaßnahmen umfassend und interdisziplinär ansetzen. Es sind sowohl medizinische als auch psychologische als auch pädagogische Disziplinen einzubeziehen. Jeder Ansatz für sich allein wird den Erfordernissen der kindlichen Entwicklung nur begrenzt gerecht.

Auf dem Hintergrund eines derartigen komplexen und interdisziplinären Ansatzes soll im folgenden das *pädagogische* Verständnis von Frühmaßnahmen bei sprachbehinderten oder

von Sprachbehinderung bedrohten Kindern herausgearbeitet werden. Die deshalb notwendigerweise in einer Richtung akzentuierte Darstellung sollte keinesfalls als Beleg dafür gelten, daß etwa andere Sichtweisen zum Problem von untergeordneter Bedeutung wären.

2.2. Ziele

Frühe pädagogische Maßnahmen bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern verfolgen generell das Ziel, die Entstehung sprachlicher Auffälligkeiten zu verhindern (primäre Prävention), entstandene Auffälligkeiten abzubauen und ihre negativen Folgen zu vermindern bzw. aufzuheben (sekundäre Prävention).

Frühe pädagogische Maßnahmen bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern zielen darauf ab, Voraussetzungen für eine Schullaufbahn im Rahmen der Regelschule zu schaffen und Sonderschulbedürftigkeit vorzubeugen (vgl. *Knura 1974, Schneider 1980*).

Frühe pädagogische Maßnahmen bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern zielen auf seiten des Kindes auf die Entfaltung und Ausschöpfung seiner Entwicklungsmöglichkeiten, auf seiten seiner Erzieher auf eine Annahme des Kindes, auf die Schaffung von Erfahrungsmöglichkeiten und auf die Gestaltung interaktions- und kommunikationsfördernder Bedingungen. Sie verfolgen generell das Ziel eines in eine altersgerechte Gesamtentwicklung eingebetteten Sprachentwicklungsverlaufs, zumindest aber die Verringerung der Spanne zwischen individueller Sprachentwicklung und einem als durchschnittlich geltenden Entwicklungsstand der verschiedenen sprachlichen Funktionen. Dabei soll sich das pädagogische Handeln jedoch nicht in der ausschließlichen Ausrichtung auf das sprachliche Symptom erschöpfen, sondern sich ebenso — in Anerkennung gegebener Interdependenzen — auch auf das Ermöglichen und Ingangsetzen von Lernprozessen im gesamt sprachlichen, kognitiven, kommunikativen, motorischen, sensorischen, sozialen und emotionalen Bereich erstrecken.

Dieses Bemühen sollte zudem auch immer den konkreten Lebensrahmen des Kindes und seiner Eltern/Erzieher berücksichtigen.

Es ist also notwendig, immer die Bezugsgrößen Kind — Sprachstörung/Entwicklungsauffälligkeiten — Familie/Umwelt — zukünftige Schullaufbahn in den Blick zu nehmen. Anders ausgedrückt: Adressat ist immer das Kind, das mit seiner in ein Geflecht von Entwicklungsdefiziten eingebetteten Sprachstörung in die Lebenswirklichkeit seiner familiären und sozialen Umwelt eingebunden ist (vgl. *Teumer 1981*).

2.3. Vorgehensweisen

Diese komplexen Zielsetzungen verlangen ein differenziertes Angebot an beratenden, informierenden, diagnostisch-therapeutischen und erzieherischen Maßnahmen.

Die *Beratung* umfaßt die individuelle erzieherische Beratung der Familie und die Beratung der anderen an der Erziehung und Förderung beteiligten Personen. Das kann im Einzelfall z. B. bedeuten, daß die Familie durch eingehende Beratung und Anleitung befähigt wird, das sprachbehinderte Kind zu verstehen, zu bejahen, angemessen zu fördern und das in der Anleitungssituation Gelernte auf den familiären Alltag zu übertragen und anzuwenden. Übersteigen diese Anforderungen die Leistungsfähigkeit der Familie, wird es erforderlich sein, weitere Fachkräfte in den Förderungsprozeß des Kindes einzubeziehen und entsprechend zu beraten.

Zur Beratung der Familie gehören schließlich auch Hinweise auf sozial-rehabilitative Möglichkeiten (fürsorgerische, rechtliche, finanzielle u. a. Maßnahmen).

Information der Öffentlichkeit will durch Presse, Funk und Fernsehen über die Bedeutung von Sprache, altersgerechter Sprachentwicklung, Störanfälligkeit, aber auch über die För-

derbarkeit sprachlicher Leistungen Verständnis für Sprachbehinderte erwirken. Dieses ist eine wesentliche Grundlage zur Vorbeugung der Entstehung sprachlicher Auffälligkeiten (primäre Prävention) bzw. zur Verhinderung der Ausweitung ihrer Folgen (sekundäre Prävention). Darüber hinaus erleichtert und ermöglicht dieses Verständnis die Schaffung öffentlicher Fördereinrichtungen.

Die *Diagnose* zielt auf eine möglichst genaue Beschreibung und Erklärung der sprachlichen Auffälligkeit im Rahmen des gesamten Erlebens und Verhaltens. Die Abklärung einer bereits vorhandenen bzw. einer zu befürchtenden Sprachbehinderung verlangt eine zuverlässige, mehrdimensionale Überprüfung der sprachtragenden Bereiche (Sehen, Hören, Denken, Bewegen) und der sprachlichen Leistungen (Aussprache, Grammatik, Begriffsbildung, Stimme, Atmung, Wortschatz, Sprachverständnis). Die Erhebung des Befundes bezieht sich nicht nur auf den aktuellen Lern- und Leistungsstand, sondern auch auf dessen Entwicklung in der gesamten individuellen Lerngeschichte (Anamnese). Hierbei ist es notwendig, in Gesprächen mit den Eltern Daten über Beginn und Verlauf wie auch über die psychosoziale und familiäre Situation zu sammeln.

Die sprachdiagnostische Tätigkeit fügt sich in eine interdisziplinäre Diagnostik ein, an der vor allem Mediziner (u. a. HNO-Arzt, Phoniater, Neurologe, Pädiater) und Psychologen beteiligt sind. Im Regelfall baut die sprachliche Diagnostik auf der medizinischen Diagnostik auf, unterstützt und ergänzt durch diagnostische Maßnahmen von Fachpsychologen. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Beschaffung und Bewertung von Informationen, die Grundlage zur Entwicklung von Förderkonzepten sind und die ggf. Entscheidungshilfen für die Auswahl der angemessenen Institutionen bieten.

Die *Sprachtherapie* ist darauf gerichtet, die sprachlichen Beeinträchtigungen nach Möglichkeit zu beseitigen bzw. zu korrigieren, im Falle wahrscheinlich anhaltender Sprachbehinderungen Hilfen zur Kompensation bereitzustellen. Die sprachtherapeutischen Maßnahmen zielen in erster Linie auf die Förderung komplexer sprachlicher Verhaltensweisen in kindgemäßen und altersgerechten Situationen, insbesondere in Spiel und Beschäftigung. Bevorzugt werden sollten solche Situationen, in denen das Kind zu einem aktiven und kommunikativen Sprachgebrauch angeregt wird.

Analog zum Vorgehen in der Diagnostik sind interdisziplinär aufeinander abgestimmte therapeutische Konzepte und Vorgehensweisen erforderlich.

Zusätzlich erschwerende Lern- und Verhaltensbedingungen machen weitergehende pädagogische Fördermaßnahmen wie kognitive Lernförderung, Entwicklung des Sozialverhaltens, Abbau von Ängsten und Hemmungen, Förderung von Selbstsicherheit und Kreativität usw. erforderlich.

Die Notwendigkeit, in bestimmten Förderphasen Teilaspekte herauszulösen (z. B. Training einzelner motorischer Funktionen), bringt die Gefahr mit sich, die anderen Aspekte zu vernachlässigen und so zu einer nur additiven Arbeitsweise zu kommen, bei der die erwünschte Integrationsleistung dem Kinde überlassen bleibt. Eine solche Vorgehensweise ließe sich nur dann rechtfertigen, wenn die angestrebte komplexe Zielsetzung ohne sie nicht erreichbar erscheint.

Die *Erziehung* ist darauf ausgerichtet, der Verfestigung bzw. Entstehung von Sprachbehinderungen vorzubeugen. Angestrebt wird, einerseits die Anregung und Entfaltung der Eigenaktivität des Kindes, andererseits eine positive Veränderung seiner Lebens- und Entwicklungsbedingungen zu erreichen (primär-präventive Erziehung).

Im Falle positiv veränderbarer sprachlicher Störungen zielt das erzieherische Handeln auf eine Normalisierung des Sprechens und der Sprache (sekundär-präventive bzw. korrektive Erziehung).

Im Falle unveränderbar erscheinender sprachlicher Behinderung besteht das Ziel in einer größtmöglichen Entfaltung der sprachlichen, kommunikativen und sozialen Fähigkeiten (tertiär-präventive bzw. kompensatorische Erziehung).

Insgesamt liegen die Schwerpunkte der sprachtherapeutischen und erzieherischen Arbeit bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern im Frühbereich vorwiegend auf elternzentrierten, im Elementarbereich auf eltern- und kindzentrierten Maßnahmen.

3. Realisation der Früherfassung und Früherziehung

Da es bislang in der Bundesrepublik Deutschland kein einheitliches Konzept der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung von Frühmaßnahmen bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern gibt und die neu übernommene Aufgabe der Früherfassung und Früherziehung auf unterschiedliche, historisch bedingte organisatorische, rechtliche und personelle Voraussetzungen traf, entstand eine Vielfalt von Einrichtungen, Organisationsformen, administrativen Zuordnungen und finanziellen Regelungen.

Die Palette der Realisationsformen reicht von Hausfrüherziehung und Spielgruppen über Beratungs- und Behandlungsstellen an Gesundheits- und Sozialämtern, an Grundschulen, Sonderschulen, Sprachheilzentren, Erziehungsberatungsstellen, von Angeboten der freien Praxis über teilstationäre und stationäre Vorschuleinrichtungen (Sondertagesheime, Kindertagesstätten, Kindergärten, Tagesheime, Sonderkindergärten, Sonderschulkindergärten, Sprachheilkindergärten, Wechselgruppen) bis hin zu den verschiedenen Formen klinischer Einrichtungen.

Sie unterstehen u. a. sozial-, gesundheits- und kultusministerieller, karitativer, konfessioneller, privater Trägerschaft bzw. derjenigen freier Wohlfahrtsverbände.

Personell stellt sich die Situation in der Praxis weitgehend so dar, daß Frühmaßnahmen bei sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern von Sonderschullehrern für Sprachbehinderte und/oder für Hörgeschädigte sowie (in weit geringerem Maße) von Diplom-Pädagogen (Fachrichtung Sprachrehabilitation), Logopäden und nichtklinischen Sprachtherapeuten verschiedener Ausbildungsrichtungen wahrgenommen werden. Während die letztgenannten Berufsgruppen teilweise hauptberuflich für diese Arbeit zur Verfügung stehen, betätigen sich Sonderschullehrer überwiegend im Nebenamt mit bis zu sechs genehmigungspflichtigen Stunden pro Woche. Es bestehen Tendenzen und erste Schritte der Verwirklichung, diese nebenamtliche Tätigkeit in das Hauptamt zu überführen.

Finanziell getragen wird diese Arbeit überwiegend durch eine »Mischfinanzierung«, indem in größerem Maße die Mittel aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, in geringerem Umfang aus dem Kultusbereich in Anspruch genommen werden.

Die administrativen Zuordnungen und rechtlichen Regelungen sind von Bundesland zu Bundesland verschieden. Während in einigen Bundesländern (z. B. in Rheinland-Pfalz) Frühmaßnahmen in die alleinige Kompetenz des Sozialministeriums fallen, anerkennen andere Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg) durch Erlaß entsprechender Richtlinien die kultusministerielle Zuständigkeit.

4. Probleme der Früherfassung und Früherziehung

Eine Analyse der bestehenden Realisationsformen läßt im wesentlichen sechs Problemkreise erkennen, die mit der Dichte des Betreuungssystems, seiner selektiven Wirkungsweise, den divergierenden Zuständigkeiten, der inhaltlichen Gestaltung, dem zeitgerechten Einsatz und seiner personellen Basis zusammenhängen.

Einrichtungen der Früherfassung und Früherziehung sind gegenwärtig in der Bundesrepu-

blik Deutschland unterschiedlich verteilt. Dies gilt sowohl für den Vergleich der Bundesländer untereinander als auch für den Vergleich von ländlichen und städtischen Räumen. Daraus resultieren wohnortabhängig ungleiche Chancen des Zugangs zu den Fördereinrichtungen.

Ein besonderes Problem stellt die zahlenmäßig erheblich ins Gewicht fallende Gruppe von sprachbehinderten bzw. von Sprachbehinderung bedrohten Kindern aus sozial schwachen Familien dar. Die praktizierte Früherfassung und Früherziehung ist wenig schichtenneutral — oder anders ausgedrückt: Mit sinkendem Sozialstatus der Familie wächst die Gefahr verspäteter oder ausbleibender Frühmaßnahmen. Mangel an Information und Bereitschaft, Resignation, Schwellenangst vor Kontakten mit Behörden, familiäre Probleme u. a. m. verstellen den Eltern häufig den Weg in die entsprechenden Einrichtungen.

Nachteilig ist, daß für die gesamte Früh- und Elementarphase eine verbindliche institutionelle, organisatorische und rechtliche Basis fehlt. Die Entscheidungsfreiheit der Erziehungsberechtigten einerseits und die administrative Kompetenzersplitterung andererseits erschweren die Koordination der aufeinander bezogenen medizinischen, psychologischen, sozialen und pädagogischen Maßnahmen.

Die gegebenen gesetzlichen Grundlagen werden vielfach nicht voll ausgeschöpft, weil sie zum einen zu eng gehandhabt werden, zum anderen den Eltern die Offenlegung ihrer Besitz- und Einkommensverhältnisse abverlangen.

Die diagnostische Praxis orientiert sich noch allzu eng an den auffälligsten laut- und redensprachlichen Symptomen, vernachlässigt deren Einbettung in das gesamte Erleben und Verhalten, ist zu häufig auf eine Quantifizierung von Funktionsdefiziten beim Kind abgestellt und blendet dadurch wichtige qualitative Variablen wie die Analyse der Erziehungsverhältnisse, das Angebot an Erfahrungsmöglichkeiten, an interaktiven und sprachlichen Mustern in der Familie aus.

Es gibt kaum diagnostisch verlässliche Verfahren zur Bestimmung des frühsprachlichen Entwicklungsstandes, weil bisher lediglich Teilergebnisse entwicklungspsycholinguistischer Forschung vorliegen.

Sprachliche Entwicklungsrückstände werden meist zu spät erkannt und in ihrer Tragweite unterschätzt, da der Spracherwerb im Vergleich mit anderen Entwicklungsbereichen erst relativ spät nach außen hin sichtbar wird und in seiner Abhängigkeit von nichtsprachlichen Funktionen und Faktoren unerkannt bleibt. Sprachliche Defizite werden augenscheinlich dann als Behinderung angesehen, wenn sie mit organischen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht werden können. Bei unklaren somatischen Befunden sowie wahrscheinlicher soziokultureller Bedingtheit werden spezifische Betreuungsmaßnahmen in der Regel aufgeschoben, allzu häufig unterbleiben sie ganz.

Die Beurteilung von Sprache und Sprechen unterliegt zudem subjektiven Normen und Erwartungsvorstellungen, was zu einer großen Schwankungsbreite in der Beurteilung sprachlicher Auffälligkeiten durch Laien und Experten führt.

Die therapeutische Praxis bildet die diagnostische weitgehend ab, d. h., sie stellt das Symptom als wegzutherapearendes Objekt und weniger das Kind als Person mit seinen Bedürfnissen, seinen existentiellen Erschwernissen und seiner konkreten Umwelt in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen. Es mangelt ihr daran, die funktionsorientierte Entwicklungstherapie mit gesamtsituationsbezogenem pädagogisch-sozialem Handeln sinnvoll zu verbinden (vgl. *Teumer* 1981).

Ein zentrales, weitgehend ungelöstes Problem des therapeutischen Handelns ist die Beratung der Eltern bzw. die Familienarbeit. Die Beratung der Eltern, die sich zumeist auf Explorationen in neutralen, die Realität der Erziehungsverhältnisse weitgehend abstrahierenden Räumlichkeiten der Beratungs- und Behandlungsstelle stützt, ist schlechterdings unzuläng-

lich bis unbrauchbar. Die Elternarbeit erschöpft sich überwiegend noch im Vorzeigen von Übungen und im Anbieten von zwar gutgemeinten, von den Eltern aber nur schwer einlös-
baren Ratschlägen.

Die gesicherte Erkenntnis, daß die frühestmögliche Erkennung von sprachbehinderten oder von Sprachbehinderung bedrohten Kindern den relativ größten Erfolg therapeutischer Bemühungen verspricht, findet in der Praxis keine durchgängige Entsprechung. Aus diagnostischen, didaktisch-methodischen, arbeitsökonomischen und personellen Gründen werden die Frühmaßnahmen in die Elementarphase, also das Alter zwischen vier und sechs Jahren, verlegt, obwohl aus den dargestellten neurophysiologischen, entwicklungspsychologischen und pädagogischen Erkenntnissen abgeleitet werden kann, daß die eigentliche sprachliche Prägungsphase im Frühbereich, also im Alter zwischen Geburt und drei Jahren, liegt.

Die erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist vor allem durch personell bedingte Probleme belastet, die auf unterschiedliche Voraussetzungen und Ausbildungsgänge, Besoldungen und Weisungsbefugnisse, Selbstverständnisse und Hierarchisierungen zurückgehen.

Ein zusätzliches personelles Problem ergibt sich aus der Tatsache, daß Sonderschullehrer für Sprachbehinderte gegenwärtig wie zukünftig die zahlenmäßig größte Berufsgruppe für die verschiedenartigen sprachheilpädagogischen Aufgaben darstellen. Geringe Flexibilität und Festhalten an schulbezogenem Denken und Handeln können angesichts der mit den Frühmaßnahmen verbundenen methodisch-didaktischen Erfordernisse bei dieser Gruppe zu Veränderungsängsten führen und auf diese Weise notwendige Entwicklungen hemmen.

Im Zuge des Ausbaus von Frühmaßnahmen wird sich die Struktur der Schule für Sprachbehinderte wandeln (vgl. *Knura* 1974). Das bedeutet jedoch keinen Arbeitsplatzverlust der in ihr Tätigen. Vielmehr sind auch zukünftig sprachheilpädagogische Qualifikationen mindestens in der heute schon vorhandenen Größenordnung erforderlich.

5. Zielvorstellungen und Forderungen

Im folgenden sollen in katalogartig-komprimierter und möglicherweise lückenhafter Anordnung Zielvorstellungen und Forderungen zum System der Frühmaßnahmen in politisch-sozialer, fachlicher und personeller Hinsicht zur Sicherung des Erreichten und zur Verbesserung des Vorhandenen beschrieben werden. Dabei wird die bisher im vorliegenden Positionspapier vorherrschende pädagogische Sichtweise um sozial-politische Aspekte erweitert:

Die unterschiedliche Dichte des Systems von Einrichtungen zur Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder zwischen verschiedenen Bundesländern und zwischen ländlichen und städtischen Regionen ist auszugleichen.

Tendenzen, die den Beginn der Maßnahmen weiter in die Frühphase verlagern und dadurch die Spanne zwischen Erfassungszeitpunkt und Einschulungstermin der Kinder vergrößern und somit ihre Aussichten für eine Schullaufbahn im Rahmen der Regelschule verbessern, sind zu verstärken.

Darüber hinaus ist eine aktivere, aufspürende Arbeit durch die Mitarbeiter der Einrichtungen zu fordern. Die üblicherweise einbahnig angelegte Praxis, die von den Eltern in Richtung auf die Einrichtungen zielt, sollte durch eine zweibahnige, auch auf die Eltern zuführende Praxis ergänzt werden (vgl. *Teumer* 1981).

Durch Ausbau und Verstärkung familiennaher mobiler Dienste ist die noch vorhandene selektive Wirkung der Frühmaßnahmen abzubauen.

Dem gleichen Ziele dienen im Falle einer aufgrund der desolaten psychosozialen bzw. psychophysischen Situation gegebenen Erziehungsuntüchtigkeit der Eltern komplex anset-

zende, langfristig konzipierte, familienbezogene Hilfen. Obwohl dabei in realistischer Einschätzung Grenzen des medizinisch, psychologisch, pädagogisch und sozial zu Bewältigenden in Betracht gezogen werden müssen, sollte dennoch versucht werden, den unabänderlich erscheinenden Chancennachteilen dieser Kinder gegenzusteuern.

Angestrebt werden sollten vereinheitlichende Regelungen im rechtlichen und institutionellen Bereich sowie bei der Kostenträgerschaft, um auf diese Weise Grundlagen zur Koordination und Kooperation der beteiligten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Dienste zu schaffen. Dabei sollten auch die sozial bedingten Beeinträchtigungen bei der Frage der Kostenregelung den organisch determinierten Störungen gleichgestellt werden. Voraussetzung hierfür ist eine Erhöhung der Sensibilität bei politischen Entscheidungsträgern und Sozialisationsinstanzen für Entwicklungsgefährdungen aufgrund von psychosozialen Bedingungen bzw. der Interaktion und Kumulation von psychosozialen und äußerlich oft nicht feststellbaren organischen Faktoren.

Die Breitenwirksamkeit von Presse, Funk und Fernsehen zur Information der Bevölkerung muß besser genutzt werden. Inhaltlich sollte es darum gehen, Einblicke in ausgewählte Aspekte der normalen Sprachentwicklung, aber auch der Störanfälligkeit zu vermitteln, vor allem aber auf kindgerechte, spielerische Übungsformen einbeziehende Möglichkeiten positiver Stimulation in den Bereichen der sensorischen Aktivierung und differenzierten Bewegungsgeschicklichkeit hinzuweisen (vgl. *Teumer* 1981).

Daneben sollten zielgruppenorientierte Informationen und Kenntnisse über die frühen Anzeichen, Methoden und Möglichkeiten der Erkennbarkeit von sprachlichen Entwicklungsrückständen sowie über die institutionellen Angebote vermittelt werden.

Auf dem Forschungssektor ist eine Reihe von Desideraten aufzuarbeiten. Es fehlt an grundlegenden Untersuchungen zum Problem der Sprachentwicklung und deren Verzögerungen und Störungen.

Für die Frühdiagnostik sind verlässliche Verfahren zu entwickeln, mit deren Hilfe Entwicklungsgefährdungen vorhergesagt und pathologische Sprachentwicklungsverläufe identifiziert werden können. Sie sollen zugleich eine Einordnung des Sprachentwicklungsstandes des Kindes und Ableitungen von Förderstrategien ermöglichen.

Weiterhin sind Untersuchungen über die Grundlagen der Theorie und Praxis der Kompensation und Korrektur von (Sprach-)Entwicklungsstörungen bei unterschiedlicher Genese notwendig.

Für die Hand des Praktikers sind theoriegeleitete und praxiserprobte Modelle verschiedener Reichweite und Konkretion zu entwickeln, die ganzheitliche und funktionsbezogene Förderung verbinden. Für den Frühbereich sollten derartige Modelle vorwiegend familienzentriert, im Elementarbereich vorwiegend gruppenzentriert angelegt sein.

Ebenso sind Vergleichsuntersuchungen über die Wirksamkeit von separierenden versus integrierenden Modellen der Förderung durchzuführen.

Hinsichtlich der Qualifikation des im Bereich der Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder tätigen Personenkreises sind Absicherungen zu treffen, indem in Aus- und Weiterbildung umfangreiche Fachkenntnisse und auf die speziellen Erfordernisse der praktischen Arbeit ausgerichtete Fähigkeiten vermittelt werden (u. a. Formen und Praxis der Elternarbeit, vgl. *Speck* 1973, 1977).

Durch entsprechende Aufklärungsarbeit sollten bei den Mitarbeitern bestehender Einrichtungen möglicherweise vorhandene Veränderungsängste abgebaut werden.

Eine konsequente Entwicklung des Sprachheilwesens im Bereich der Frühmaßnahmen wird zu Veränderungen der Organisationsstruktur bestehender und zur Schaffung neuer Einrichtungen führen.

Literatur

- Aebli, H.: Die geistige Entwicklung als Funktion von Anlage, Reifung, Umwelt- und Erziehungsbedingungen. In: Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 4. Roth, H. (Hrsg.): Begabung und Lernen. Stuttgart 1974, 9. Aufl., S. 151—191.
- Becker, R., et al.: Früherziehung geschädigter Kinder. (Ost-)Berlin 1978.
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 1—17.
- Deutscher Bildungsrat: Empfehlungen der Bildungskommission. Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Zeitschrift für Heilpädagogik, Beiheft 11. Februar 1974.
- Grohnfeldt, M.: Diagnose von Sprachbehinderungen. Theorie und Praxis der Felddiagnostik bei Sprachbehinderten. Berlin 1979.
- Grond, J.: Gegenstand, Ziele und Aufgaben der Früherziehung bei geistig Behinderten. In: Grond, J. (Hrsg.): Früherziehung behinderter Kinder. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik. Luzern 1977, S. 19—50.
- Heese, G.: Frühförderung behinderter Kinder als pädagogische Aufgabe. In: Heese, G. (Hrsg.): Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Berlin 1978, S. 3—25.
- Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 35. Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974, S. 103—198.
- Neumann, B.: Sprachbehindertenpädagogische Diagnostik. In: Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 125—158.
- Pechstein, J.: Sozialpädiatrische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder. In: Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 53. Sonderpädagogik 6. Stuttgart 1975.
- Schneider, H.: Curriculare Probleme der Früherziehung, Schule, Berufsschule und Erwachsenenbildung für Sprachbehinderte. In: Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 422—437.
- Speck, O.: Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder. In: Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 25. Sonderpädagogik 1. Muth, J. (Hrsg.): Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung. Stuttgart 1973, S. 111—150.
- Speck, O.: Zur Konzeption pädagogischer Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. In: Speck, O.: Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. München/Basel 1977, S. 13—77.
- Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder. Die Sprachheilarbeit 23 (1978), S. 1—16.
- Teumer, J.: Zur Struktur von Frühmaßnahmen bei sprachbehinderten Kindern — Bestandsaufnahme und Zielvorstellungen aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht. In: Clauss, A. (Hrsg.): Früherkennung, Früherfassung und Frühförderung Hör- und Sprachbehinderter. Erlangen 1981, S. 41—60.
- Werner, L.: Das sprachgeschädigte Kind in der Vorschulerziehung. Bern/Frankfurt 1975, 2. Aufl.
- Anschriften der Verfasser:
Prof. Otto Braun, Dipl.-Psych., Päd. Hochschule Reutlingen, Postfach 680, Am Hohbuch, 7410 Reutlingen;
Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Ritterhude-Platjenwerbe;
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13.

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

Martin Kloster-Jensen und Heiner Jahncke, Hamburg

SNAsAm — ein Analyseverfahren bei Stammeln

Zusammenfassung

Artikulationsauffälligkeiten als Folge von Sprachentwicklungsverzögerung sind nicht als Fehler, sondern vielmehr als Lallreste zu deuten. Sie werden unter dem Gesichtspunkt der Differenzierung im passiven bzw. aktiven phonologischen Code des Kindes betrachtet. Die phonetische Analyse einer nicht normgerechten Aussprache richtet sich in recht traditioneller Weise nach den Faktoren (Teilartikulationen) Stimmhaftigkeit (S), Nasalität (N), Artikulationsstelle (As) und Artikulationsmodus (Am). Jede durch Vergleich mit einer Norm festgestellte Abweichung in einer Phonemrealisation enthält einen entsprechenden Formelausdruck, z. B. »As« oder »NAm«.

Abschließend werden Hinweise zur Erstellung von Therapiematerial gegeben, mit dessen Hilfe einzelne Teilartikulationen angebildet und gefestigt sowie in gewünschter Weise mit anderen Teilartikulationen verbunden werden können.

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag ist eine besonders für die sprachbehindertenpädagogische Praxis gedachte Bearbeitung der Darstellung von SNAsAm in der Festschrift für Otto von Essen (Kloster-Jensen 1978). Um dem Leser den Einstieg zu erleichtern, waren einige Wiederholungen unumgänglich.

1. Grundlagen des aktuellen Beschreibungsverfahrens bei Dyslalien (Lallresten)

Zu den Erwartungen, denen der heranwachsende Mensch im Normalfall entgegentreten bestrebt ist, gehört die des Entwickelns von sprachlichem Ausdrucksvermögen. Dieser Prozeß wird durch das Bedürfnis, sich auszudrücken und verstanden zu werden, unterstützt und gar motiviert. Sehr früh erhalten die lautlichen Äußerungen eines Kindes ein Element der Mitteilung. Mit wachsendem Sprachverständnis fängt das Kind an, die lautlichen Symbole der Sprache aktiv zu verwenden, indem es versucht, seine Äußerungen sprachlich zu gestalten. Diese Inanspruchnahme von Sprache in der Mitteilung läßt u.E. eine Annahme zu, die von herkömmlichen Anschauungen über phonologischen Spracherwerb abweicht. Der Übergang vom Lallen zum Sprechen wird gewöhnlich als ein Bruch bezeichnet, ein Neubeginn, der sogar durch eine Schweigephase deutlich vom Lallen getrennt sei. Das Kind soll nach dieser Schweigephase anfangen, sich das Phonemsystem für den eigenen aktiven Gebrauch anzueignen. Wesentliche Impulse zur Stärkung dieser Anschauungsweise gingen von Roman Jakobson (1940, 1969) aus. Unbefriedigend bleibt jedoch das Postulat des Bruches in der Entwicklung; phylogenetisch ist der Gedanke übrigens kaum nachzuvollziehen. Außerdem läßt sich eben auf den Beobachtungen von Jakobson und vielen anderen Autoren eine Theorie der ununterbrochenen Entwicklung der Kindersprache aufstellen:

Das lallende Kind ist vom Ausdrucksbedürfnis getrieben. Mit einsetzendem Sprachverständnis versucht das Kind, die Ausdrucksgrößen des Lallens durch sprachliche Symbole zu ersetzen, und zwar in dem Umfang, in dem es das Sprachsystem passiv beherrscht.

Gerechnet werden muß jeweils mit einem Vorsprung der Fähigkeit des Sprachverständnisses gegenüber dem aktiven Ausdruck. Dies scheint für alle Teilsysteme der Sprache zuzutreffen: Phonologie, Morphologie, Syntax, Prosodie, Lexikon. Da unser Interesse hier vornehmlich der Phonologie gelten soll, wollen wir entsprechend den Begriffen »aktive und passive Beherrschung von Sprache« eine Differenzierung des Phonembegriffs vornehmen. Sie geht auf frühere Studien eines der Verfasser zurück (Kloster-Jensen 1952).

Die bedeutungsdifferenzierenden Einheiten (Phoneme) der passiv beherrschten Sprache werden früher ausdifferenziert als diejenigen der aktiv beherrschten. Da folglich in der phonologischen Entwicklungsphase der Bestand von passiv beherrschten Phonemen ein anderer (weil größerer) ist als der Bestand von aktiv beherrschten bedeutungsdifferenzierenden Einheiten, genügt es nicht, vom »Erwerb der Phoneme« zu sprechen, sondern es muß gefragt werden, welche Phoneme passiv verwertet und welche von diesen auch aktiv gebraucht werden. »Verstandene« Phoneme nennen wir mit einem von *Trojan* (1959) entlehnten, etwas umgedeuteten Ausdruck *Akueme*. Für die aktiv (und zwar spontan) beherrschten Phoneme gebrauchen wir in Anlehnung an *Becker/Sovák* (1975) die Bezeichnung *Artikuleme*.

Die von uns angenommene ungebrochene Entwicklung vom Lallen zum Sprechen sehen wir in der allmählichen Inanspruchnahme von Artikulemen beim Kind aufgrund der (passiv) beherrschten *Akueme*. Ohne ein besonderes Untersuchungsverfahren können wir nicht wissen, ob ein stammelndes Kind schon die betreffenden *Akueme* beherrscht. Tut es das nicht, nennen wir das Stammelns sensorisch. Anderenfalls handelt es sich um ein motorisches Stammelns.

Es soll hier auch eine Bemerkung zum Ausdruck »Aussprachefehler« gemacht werden. Die Abstempelung einer frühkindlichen Sprechweise als »Fehler« verkennt offenbar den Entwicklungsaspekt des Spracherwerbs. Ein Großteil der sogenannten Dyslalien scheint uns auf der Grundlage der oben skizzierten allmählichen Entwicklung vom Lallen zum Sprechen durchaus naturgemäß zu sein, genau wie ein gewisser Grad an unterschiedlicher Entwicklungsgeschwindigkeit. Wir tun dem Kind unrecht dadurch, daß wir den Grad seiner jeweiligen aktiven Beherrschung von Phonemen wertend an dem Stadium der abgeschlossenen Entwicklung messen wollen. Den Tatsachen weit mehr entsprechend und gerechter erscheint uns zur Ablösung des Begriffes »Aussprachefehler« die schon oben gebrachte Bezeichnung *Lallreste*. Denn diese sind das letzte Zeichen dafür, daß das phonologische System das persönliche, im Lallen begründete Ausdruckssystem noch nicht voll abgelöst hat.

Auch den sogenannten subphonematischen Dyslalien, z. B. dem gelispelten *s*, haften wegen der fehlenden Fähigkeit zur Nachahmung Lall-Elemente an, sofern sie nicht durch die Sprechweise der Umgebung (»falsche Vorbilder«) bedingt sind.

Ebensosehr wie die Anschauung von Lallresten als Fehler beruhen die Bezeichnungen »Verstümmelung«, »Auslassung«, »Zusatz« und »Umtausch« auf dem Anlegen eines unbührend anspruchsvollen Maßstabs, nämlich dem des Lernziels »voll entwickelte Normal-sprache«. Was gibt uns z. B. das Recht zu behaupten, daß ein Kind *k* durch *t* ersetzt? Wir nennen den Fall keine Verstümmelung, weil uns das hervorgebrachte *t* lautlich durchaus, nur in seiner Bedeutungsfunktion nicht befriedigt. So ist die Idee vom Ersatz rein phonologisch begründet, im Gegensatz zu der der Verstümmelung. Die Artikulation von *t* in »Kanne« ist u. E. kein Ersatz, sie ist Ausdruck einer nicht vollzogenen artikulemischen Differenzierung. Zur Illustration möchten wir folgendes Beispiel anführen: Wenn ein Kleinkind sowohl für Zehe als für Finger die Bezeichnung »Finger« gebraucht, dann sagen wir nicht, daß »Zehe« durch »Finger« ersetzt wird. Wir stellen einfach fest, daß die Ausdrucksgröße »Finger« in bezug auf Symbolfunktion bei dem betreffenden Kind noch nicht sprachgerecht differenziert ist.

Entsprechend gilt, daß die »Auslassung« eines Lautes diesen Namen nicht rechtfertigt: Auslassen kann man nur, was einmal da war. Das vom phonematisch voll entwickelten Beobachter bemerkte »Fehlen« eines Segments im Sprechverlauf ist eben ein Lallrest und keine Auslassung. In diesem Sinne deuten wir auch einen »Zusatz« und einen »Umtausch« als Lallreste, die auf mangelnde Fähigkeit zur Wiedergabe von Lautsequenzen zurückzuführen sind.

2. Unser Ansatz zur Beschreibung von Artikulationen

Zur Beschreibung der lautsprachlichen Artikulation haben sich seit den frühen Jahren der Lautphysiologie (Brücke 1856) die folgenden Kriterien bzw. Parameter bewährt: Stimmbeteiligung, Artikulationsstelle und Artikulationsmodus. Ein feinmaschigeres Raster zur physiologischen Lautcharakteristik läßt sich leicht erstellen, was zahlreiche Versuche zeigen, auf die wir hier nicht eingehen können. Solche oft sehr weitgehenden Ausdifferenzierungen haben den Nachteil, daß ihre relativ schwierige Handhabung sich nicht durch besondere Vorteile etwa einer Vollständigkeit rechtfertigen läßt.

Die althergebrachte Darstellung geschieht bekanntlich in einer zweidimensionalen Graphik: waagrecht die Artikulationsstellen (labial, labiodental, dental usw. bis glottal), senkrecht die Artikulationsmodi (Verschlußlaut, Reibelaut usw. und eventuell auch Vokalöffnungslaut). Die Optik einer solchen Darstellung täuscht, weil die Stimhaftigkeitsdimension nur durch eine Regelung der Reihenfolge stimmlos—stimmhaft berücksichtigt wird: p-b, f-w usw. Eine vierte Dimension: die Nasalitätsteilbeteiligung, wird als extra Artikulationsmodus hingestellt. Dies vertuscht die Tatsache, daß Nasallaute (m-n-ng) ebenso sehr einen Verschluß im Mundkanal aufweisen wie die entsprechenden sogenannten Verschlußlaute (p b, t d, k g). Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, fassen wir in bezug auf den Artikulationsmodus die Nasalkonsonanten mit den traditionell so genannten Verschlußlauten zusammen. Wir bezeichnen diese Kombination als »Mundverschlußlaute« und analysieren sie weiter in Nasale und Nichtnasale. Unser Verfahren hat außerdem den Vorteil, daß eine normabweichende Beteiligung der Nasenresonanz unabhängig von und gleichzeitig mit dem »Artikulationsmodus« in der Analyse angegeben werden kann. Eine doppelte Modalangabe (»nasalierter Reibelaut«, »nasaler vokaloffener Laut«) kommt mit unserer Analyse-methode nicht vor. Für *m* und *b* rechnen wir mit keinem Modus-Unterschied; die jeweilige Beteiligung des Gaumensegels bezeichnen wir durch die Teilartikulation »N« (Nasalität/Nichtnasalität). Entsprechend sagen wir, daß *t* und *k* sich nur durch die Artikulationsstelle »As« unterscheiden. Und zwischen *f* und *v* (»w«) macht die Stimmbeteiligung »S« das physiologisch Charakteristische aus. Einen weiteren Unterschied im Artikulationsmodus »Am« weisen z. B. *s* gegenüber *t* oder *k* gegenüber »ch₂« auf.

Die Analyse des Unterschiedes zwischen *n* und *t* ergibt »SN«; sowohl Nasalitäts- als Stimmbeteiligung ist verschieden. Der Vergleich von *t* und *l* bringt »SAM«; beide sind nicht-nasal und dental, also ohne Unterschied in Nasalitätsbeteiligung oder Artikulationsstelle. Entsprechend besteht zwischen *s* (stimmlos) und *m* »SNAsAm«; hier sind alle vier Teilartikulationen verschieden.

Neben diesem detaillierten Vergleich verschiedener Sprachlaute bietet das Analyseverfahren SNAsAm die Möglichkeit, die verschiedenen Teilartikulationen im Redeablauf zu verfolgen. Wir gewinnen durch eine solche *dynamische* Analyse tiefere Einsicht in die artikulatorischen Vorgänge. Um von einem *k* zu einem *l* zu kommen, z. B. im Wort »klar«, müssen wir die Stimmlippen in Schwingungen setzen: Den Prozeß bezeichnen wir modellgemäß mit »S«. Weiter ändern wir die Artikulationsstelle von velar zu dental und sagen: Der Übergang ist ebenfalls ein »As«. Schließlich wird der Mundverschluß durch Seitenöffnung ersetzt, also ein »Am«-Übergang. Ergebnis der Analyse des Lautübergangs: SAsAm. Ein weiteres Beispiel: Bei der Lautfolge sü- in »süß« wird das dentale (stimmhafte) *s* von einem Palatalvokal abgelöst. Dies bedeutet Änderung in der Artikulationsstelle und auch im Modus. Ergebnis der dynamischen Analyse: »AsAm«.

Im folgenden soll verdeutlicht werden, wie im Sprechverlauf (Redefluß) alle möglichen Kombinationen von Änderungen in den vier aufgezeigten Dimensionen auftreten. Wir zeigen in Abbildung 1 das verhältnismäßig grobe theoretische Raster mit Belegen für das Vorkommen im Hochdeutschen. Dies heißt natürlich nicht, daß alle theoretischen Möglichkeiten

für *Phonem*kombinationen ausgenutzt sind. Wir haben lediglich zeigen wollen, daß die oben genannten vier Beschreibungsdimensionen, isoliert sowie in allen denkbaren Kombinationen, bei Lautübergängen im deutschen Redefluß vertreten sind. Für andere Sprachen fehlen bislang entsprechende Aussagen.

einfache Übergänge	S Aufwind	1	N Ende	2	As Sekt	3	Am Post	4				
zweifache Übergänge	SN bunt	5	SAs schwarz	6	SAm alt	7	NAs Grade	8	NAm Pansen	9	AsAm dicht	10
dreifache Übergänge	SNAs Amt	11	SNAm Gans	12	SAsAm Kalk	13	NAsAm Schelm	14				
vierfache Übergänge	SNAsAm Sims	15										

Abb. 1: Änderung in der Artikulation beim Übergang zwischen Nachbarlauten im Redefluß, dargestellt an der Beteiligung von Teilartikulationen (SNAsAm)

Die Beispiele in Abbildung 1 lassen sich variieren. Wir geben weiter unten SNAsAm-atisch analysierte Übergänge der Typen 1 bis 15. Das Nachvollziehen der Analyse, zu der wir den interessierten Leser einladen, trainiert das artikulatorische Formeldenken und hilft dem Therapeuten, beim Hören einer dyslalischen Form dieselbe sofort nach Teilartikulationen zu beschreiben.

1. einfache Übergänge: S Dachrinne, Strichjunge
2. einfache Übergänge: N Amboß, Ungarn (ng-Laut)
3. einfache Übergänge: As Abtei, optisch
4. einfache Übergänge: Am Ärger, trotz
5. zweifache Übergänge: SN Ampel, Onkel
6. zweifache Übergänge: SAs Schreck, scharf
7. zweifache Übergänge: SAm Lerche, Hals
8. zweifache Übergänge: NAs Umgang, Anbau
9. zweifache Übergänge: NAm Köln, Ingrid
10. zweifache Übergänge: AsAm Elbe, oft
11. dreifache Übergänge: SNAs einpacken, Knie
12. dreifache Übergänge: SNAm Snob, Hans
13. dreifache Übergänge: SAsAm klein, halb
14. dreifache Übergänge: NAsAm warm, Kern
15. vierfache Übergänge: SNAsAm schmal, manche

Ein Blick auf die Graphik (Abbildung 1) zeigt, daß die analysierten Übergänge fast ausnahmslos an Einzelmorphemen belegt werden können. Nur im Fall Nr. 1 vollzieht sich der Übergang ausschließlich *zwischen* Morphemen. Wir möchten in diesem Zusammenhang die Frage stellen, ob bei gewissen Formen der Dyslalie ein Lautübergang zwischen Morphemen ebenso schwerfällt wie ein Wechsel von Teilartikulationen innerhalb eines Morphems. Mit anderen Worten: Könnte es sein, daß ein Kind »sprich/t« und »lob/st« normgemäß artikuliert, aber bei »dicht« und »Obst« (monomorphematisch) auffällig wird? »Haus/tür« gelingt vielleicht, »Last/auto« dagegen nicht. In den Fällen, wo solche Unterschiede in der Sprechfähigkeit festgestellt werden können, würden natürlich Übungen mit zwischenmorphematischen (morphemüberschreitenden) Lautübergängen einen sinnvollen Einstieg bieten.

3. Weiteres Trainieren des artikulatorischen Formel Denkens

Ein weiterer Schritt zur Beherrschung der SNAsAm-Analyse ist die Übung, einer beliebigen artikulatorischen Lautfolge eine SNAsAm-Formel zuzuordnen, mit zunehmender Sicherheit und Schnelligkeit:

pl ist ein SAsAm-Übergang. Entsprechend heißt es für *lt*: SAm, für *nf* SNAsAm, für *kt* As, für *gn* NAs usw. Der Einblick vertieft sich noch bei der Umkehrung dieser Auflage: »Geben Sie Lautbeispiele für einen SAs-Übergang« (Antwort: *Dorf*), »einen N« (Antwort: *Indien*), »einen NAsAm« (Antwort: *Horn*), »einen SN« (Antwort: *Ente*).

4. Grundsätzliches zur Diagnostik

Der mit dem oben dargestellten Analyseverfahren Vertraute sollte ein Mittel in der Hand haben, um ein auf einzelne Teilartikulationen gerichtetes Therapieprogramm auszuarbeiten. In der Diagnose stellt er außerdem fest, ob einige von den entdeckten Lallresten kombinatorisch bedingt sein könnten. Ein Beispiel: Die snasamatische dynamische Analyse der Aussprache *Brense* für *Bremse* deckt bei *Brense* einen NAM-Übergang, bei *Bremse* dagegen einen NAsAm-Übergang auf. Auf eine kombinatorische Bedingtheit des Lallrests ließe sich in diesem Fall dann schließen, wenn die Artikulation z. B. bei *Stempel*, *Lampe*, *Kampfer* gelingt und wenn *m* ohne konsonantischen Nachbarn normgerecht gesprochen wird: *Mut*, *immer*, *komm*. Entsprechend kann u. U. *sliegen* für *fliegen* als kombinatorisch bedingt gedeutet werden (SAm statt SAsAm). Nach einer ersten Untersuchung von Dyslalie-Fällen nach SNAsAm (*Bemmé* 1976) scheint der Anteil an potentiell kombinatorisch bedingten Lallresten erheblich zu sein, was die folgende Hypothesenbildung fruchtbar erscheinen ließ: *Das dyslalisch sprechende Kind ist geneigt, den Übergang zwischen zwei in unmittelbarer Berührung miteinander stehenden konsonantischen SNAsAm-Strukturen (Lautartikulationen) so zu gestalten, daß die Zahl der Teilübergänge gegenüber dem Normalsprechen verringert ist. Beispiel: Brense statt Bremse.*

Die begründete Annahme einer kombinatorischen Bedingtheit verlangt natürlich eine besondere Analyse der gegebenen Lautkombinationen, vor allem der hervorgebrachten Teilartikulationsübergänge gegenüber den erwarteten (im Beispiel *Brense*: der nicht vollzogene Wechsel der Artikulationsstelle).

Lallreste, snasamatisch aufgeschlüsselt, lassen sich nach Art und Anzahl der nicht bzw. nicht normgemäß vollzogenen Teilübergänge differenzieren. Dies ist letzten Endes der Inhalt der hier beschriebenen Diagnostik.

Zählungen zur Häufigkeit der in Lallresten beteiligten Teilübergänge bringen As-Auffälligkeiten an die erste Stelle; dann folgen Am-Auffälligkeiten. Das kann mit dem Umstand zusammenhängen, daß die anderen beiden Teilartikulationen bloß binär besetzt sind (Ja oder Nein), während As und Am eine ganze Reihe von Möglichkeiten bieten. Dementsprechend scheinen sich auch im voll entwickelten Sprachgebrauch As- und Am-Übergänge weit häufiger als S- und N-Übergänge zu vollziehen. Eine erste Zählung von Teilartikulationswechseln in einem laufenden Text mit 700 Lautübergängen ergab für das Hochdeutsche in gut 1/3 aller Fälle S-Wechsel, in gut 1/4 aller Fälle N-Wechsel, in knapp 3/4 aller Fälle As-Wechsel und in etwas über 3/4 aller Fälle Am-Wechsel.

Die bloße Angabe von z. B. »Wechsel der Artikulationsstelle« oder »nicht bzw. nicht normgemäß erfolgter Wechsel des Artikulationsmodus« sagt natürlich weder etwas über die diesen Phänomenen zugrunde liegenden physiologischen Prozesse noch über mögliche ätiologische Aspekte aus. Auf dieser Stufe geht es nur darum, mit SNAsAm den äußeren, peripheren Sprechablauf in einer bestimmten Weise zu analysieren, und zwar den normalen wie den abweichenden und vor allem beide im Vergleich zueinander. Erst wenn eine solche Art von Rahmen-Diagnose zur Grundlage eines Therapiekonzepts gemacht wird, bei dessen Erarbeitung die Befunde konkretisiert und in einen größeren Zusammenhang gestellt werden — teils durch Anwendung zusätzlicher Methoden, teils durch Vergleich mit den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen zur Struktur des Deutschen und der bei deutschsprechenden Kindern auftretenden Dyslalien nach SNAsAm —, ergeben sich Möglichkeiten zur Ursachenforschung.

5. Formales zur Diagnose

Eine für die Behandlung von Sprech- und Sprachfehlern nutzbringende Diagnose sollte grundsätzlich qualitativ sein. Sie bezeichnet Zustände nach spezifizierenden Kriterien und leitet so zur Therapie an. Dagegen ist eine quantitative Angabe abweichender Ausspracheformen etwa nach Auffälligkeit der Sprechweise oder nach Beeinträchtigung der Verständlichkeit des Gesprochenen höchstens betreuungsorganisatorisch nutzbar oder interessant. Die Bezeichnung »partielles« bzw. »multiples« oder »universelles Stammeln« wird daher, zur Orientierung für den Therapeuten, durch nähere Angaben über gestammelte Laute ergänzt (»interdentales Lispeln«, »T statt K« u. ä.).

Wir machen hier den Versuch, eine Diagnostik von Stammeln zu erstellen, die vier Faktoren der Artikulation (S, N, As, Am) berücksichtigt, erstens, um ein differenziertes Bild der dyslalischen Ausfälle zu erhalten, und zweitens, um eine auf einzelne Teilfunktionen des Sprechapparats gerichtete Behandlung planen zu können. Wir möchten in diesem Zusammenhang erwähnen, daß der Ausfall in *einem* Teilaspekt der Artikulation, nämlich in der Artikulationsstelle (As), sehr leicht ein »universelles Stammeln« zur Folge haben kann. Man stelle sich vor, daß *ptk*-Laute ohne bedeutungsunterscheidende Funktion gebraucht werden. Eine allgemeine As-Verwechslung bewirkt auch bei *bdg* und bei *mng* ein Durcheinander. As-Dyslalien beeinflussen in der gleichen Weise die Gruppe der Reibelauten (f, s, sch, ch₁ und ch₂). Einer diagnostischen Bezeichnung »universelles Stammeln« steht in diesem Fall die Angabe »durchgängiges As-Stammeln« gegenüber, was als ein deutlicher Vorteil gesehen werden muß. Natürlich ist auch die Angabe »As-Stammeln« insofern unspezifiziert, als nicht gesagt wird, welche Artikulationsstellen betroffen sind. Andererseits lassen sich schon Therapieanweisungen zusammenstellen, die besonders für As-Stammler in Frage kommen (und entsprechend für Stimmbeteiligungs- bzw. Nasalitäts- und Am-Stammler).

6. Beschränkungen des Diagnosemittels

Es wird dem aufmerksamen Leser nicht entgangen sein, daß das Diagnosemittel SNAsAm auf der informativen Seite erheblichen Beschränkungen unterliegt. Von diesen sollen nun einige näher besprochen werden.

a) Vokallaute

Mit dem undifferenzierten Artikulationsmodus »Vokalöffnung« können wir weder den typischen Öffnungsgraden noch dem Merkmal der Lippenrundung gerecht werden. Es ist somit auch nicht möglich, dyslalische Vokalabweichungen mit SNAsAm zu beschreiben. Da bekanntlich Vokale selten beim Stammeln betroffen sind, haben wir gemeint, der Einfachheit des Diagnoseapparates in diesem Fall den Vorrang geben zu sollen.

b) Konsonantenlaute

Die Tatsache, daß die Laute *bdg* sich nicht immer durch Stimmhaftigkeit, sondern manchmal nur durch Nichtbehauung von *ptk* unterscheiden, kann von der SNAsAm-Analyse nicht erfaßt werden. Ein stimmlos gesprochenes *b* fällt in dieselbe Kategorie wie *p*. Ebenso wenig unterscheidet unser Analysesystem den Artikulationsmodus für *h* in »Hund« und für ch₂ in »Tuch« oder für *h* in »hier« und für ch₁ in »ich«. Da die als systematische Größen verwechselbaren Laute aber nie in derselben Stellung im Wort stehen und somit nie »snasamatisch« und für diagnostisch-therapeutische Zwecke zum Vergleich kommen, sehen wir in dieser Einschränkung der Analysemöglichkeit keinen Nachteil.

c) Die unspezifizierten As und Am

Durch die Teilanalyse nach Stimmhaftigkeit und nach Nasalität ergibt sich von selbst eine Charakteristik: Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein. Im Falle von Artikulationsstellen und Artikulationsmodi dagegen wird nur das Eintreffen bzw. Nichteintreffen einer von meh-

renen Möglichkeiten erkannt; das Prinzip der Binarität wird nicht aufrechterhalten. Bei abweichender As gibt es fünf, bei abweichendem Am vier Möglichkeiten. Grundsätzlich sagt SNAsAm nur etwas über gleich und ungleich aus; die Analyse soll keine zusätzliche Beschreibung ergeben. In den meisten Fällen bedeutet aber die Feststellung einer Abweichung ebenfalls das Erkennen der Art der Abweichung; nur wird diese nicht festgehalten. Die vollständige Beschreibung der As- und Am-Abweichungen läßt sich natürlich sowohl für Vokal- als auch für Konsonantenlaute binär durchführen (Kloster-Jensen 1975). Der Mehraufwand an Kriterien ist aber beträchtlich und für unsere Zwecke überflüssig.

Die oben unter a bis c erwähnten Beschränkungen des Informationswerts einer snasamatischen Analyse sind der Preis, der bezahlt werden muß, um auf einen Blick Übereinstimmungen und Abweichungen in vier Aspekten einer Lautartikulation abzulesen.

7. Fundierung einer Therapie

Ausgehend von dem bisher Gesagten lassen sich sieben Grundsätze für eine Therapie von Dyslalien nach SNAsAm aufstellen (a bis g):

a) Die Therapie basiert auf einer Diagnostik, welche den größten Teil der Dyslalien nicht als fehlerhafte Einzelartikulationen auffaßt, sondern als mangelnde Differenzierung im Bereich von Teilartikulationen (»Lallreste«). Im Vordergrund steht also nicht der vollständige, bestimmte, einzelne und eher statisch betrachtete Laut, sondern die im dynamischen Verlauf eines Sprechaktes ständig wechselnde Kombination von Teilartikulationen.

b) Die Therapie so aufgefaßter Dyslalien muß darauf abzielen, die festgestellten Differenzierungsmängel zu beheben.

c) Ansatzpunkt dazu ist die beim Vergleich des erwarteten mit dem gesprochenen Laut oder des mangelhaft gesprochenen mit seinem normgemäß artikulierten Nachbarn festgestellte Beziehung nach SNAsAm: Bei nicht kombinatorisch bedingten Differenzierungsschwächen ist entscheidend, in welchen Teilartikulationen der erwartete Laut mit dem gesprochenen übereinstimmt und in welchen nicht. Beispiel: Tanne statt Kanne: As-Unterschied.

Bei kombinatorisch bedingten Differenzierungsschwächen dagegen kommt es auf die entsprechenden Ähnlichkeiten und Unterschiede bei drei Lauten an, nämlich dem erwarteten und dem gesprochenen jeweils zum Nachbarlaut und zueinander. Beispiel: Brense statt Bremse: $n/m = As$, $ns = NAm$, $ms = NAsAm$ -Unterschied.

d) In den beiden gerade erwähnten Fällen wird man von der noch nicht ausdifferenzierten Teilartikulation ausgehen (sind es mehrere, behandelt man sie am besten nacheinander) und nach Ableitungslauten oder -lautfolgen suchen, die jeweils zwei Bedingungen erfüllen müssen: dem gewünschten Laut oder Lautübergang snasamatisch möglichst ähnlich zu sein und dabei mindestens die gewünschte zusätzliche Teilartikulation zu enthalten. (Beispiele zu c und d werden im nächsten Abschnitt gebracht.)

e) Bei alledem sollte stets die Reihenfolge vom Akuem zum Artikulem eingehalten werden. Das heißt, bei jeder Diagnose muß festgestellt werden, welche Differenzierungen der Betreffende schon nicht hören und welche er »nur« nicht sprechen kann. Demgemäß müßten dann die geeigneten Ableitungen eventuell erst im Bereich des analysierenden Hörens von Artikuliertem eingesetzt werden und darauf aufbauend dann im Bereich der eigenen sprechenden Artikulation. So kann man etwa ein Kind, das beim Sprechen *t* und *k* nicht differenziert, nach Dingen fragen, deren Bezeichnungen sich nur durch diese Elemente unterscheiden, z.B. Kopf/Topf, Kante/Tante oder als Sätze: Wir hacken Holz /Wir hatten Holz. Stellt man hierbei den gleichen Mangel an Differenzierung fest, dann wird man mit den oben erwähnten Ableitungslauten z.B. Übungswörter bilden, die das Kind nur zu hören und dann zu zeigen oder zu schreiben oder anders zu kennzeichnen braucht (auf Gegenstände weisen, Tätigkeiten selbst darstellen usw.), ohne sie gleich selbst sprechen zu müssen.

f) Jedes dieser Verfahren sollte in möglichst natürliche Sprechsituationen eingebettet werden (was auch für Unsinnsilben gelten kann, wenn sie z. B. im Rahmen eines Spiels Anwendung finden).

g) Keines der Verfahren soll ausschließlich verwendet werden. Vielmehr sind sie nur als Ergänzung zu bewährten herkömmlichen Methoden gedacht.

8. Zum Therapiematerial

Da die Dyslalien-Therapie nach SNAsAm auf Ableitungen beruht, die nach Entsprechungen in bestimmten Teilartikulationen ausgewählt werden, ist es zweckmäßig, um nicht stets von neuem nach ihnen suchen zu müssen, sich alle jeweils in Frage kommenden Ableitungslaute einmal aufzulisten. Dadurch erhält der Therapeut auch die nötige Übung im Analysieren von Artikulationen nach SNAsAm. Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, wollten wir die (schon vorliegenden) Aufstellungen über Einsatzmöglichkeiten hier abdrucken. Statt dessen sollen im folgenden Hinweise gegeben werden, wie jeder sich selbst eine einfache Übersicht über aktuelle Ableitungslaute zusammenstellen kann.

Zunächst berücksichtigen wir Fälle *nicht kombinatorisch* bedingter Differenzierungsschwächen und daneben die jeweils in Frage kommenden Ableitungslaute. Wir beginnen mit dem Beispiel, wo der Therapeut *b* als *m* hört (mangelnde N-Differenzierung beim Kind). Hier bestehen nach SNAsAm mehrere Möglichkeiten zur Ableitung; zunächst über *p*, das sich von *b* nur durch S unterscheidet, dann über *d* oder *g*: Bei beiden gibt es nur einen As-Unterschied zu *b*. In zweiter Linie kämen in Frage *t* und *k* (in S und As von *b* abweichend) sowie stimmhafte Reibelauten *l* und *r*, die sich alle sowohl in As als in Am von *b* unterscheiden. In dieser einleitenden Darstellung begnügen wir uns aber mit der Ableitung einer einzigen Teilartikulation.

Zweites Beispiel: *b* beim Kind wird vom Therapeuten als *p* gehört: Das Kind kann in seiner Artikulation stimmhaft und stimmlos nicht differenzieren. Möglichkeit der Ableitung über *m* durch Änderung der Teilartikulation N. Oder über *d* und *g*: Änderung der Artikulationsstelle. Über den bloßen Artikulationsmodus führt kein Weg zu *b*, weil es im Hochdeutschen keinen bilabialen Reibelaut gibt.

Drittes Beispiel: Der Betroffene läßt statt (velarem) *k* (dentales) *t* hören. Die Abweichung gilt der Artikulationsstelle. Ableitung durch die Stimmhaftigkeitskorrelation über *g*. Oder über *ch₂*: Änderung des Artikulationsmodus. Über die Nasalität führt hier kein direkter Weg, weil es keinen stimmlosen velaren Nasallaut gibt.

Viertes Beispiel: *s* wird interdental gesprochen. Die Abweichung betrifft die Artikulationsstelle, wie bei *k/t*, oben. Ableitung über *f*, *ch₁* oder *ch₂*: As. Falls das *t* normgemäß gesprochen wird, kann Ableitung über *t* versucht werden: Am. Die Teilartikulation N scheidet aus, weil es keinen nasalen Reibelaut gibt. Ebenso kommt eine Ableitung durch S kaum in Frage, weil anzunehmen ist, daß ein gelispeltes *s* die abweichende Artikulationsstelle auch dann aufweist, wenn *s* stimmhaft gesprochen wird.

Für die *kombinatorisch bedingten* Differenzierungsschwächen ist das Verfahren ein anderes. Grundlage sind hier die 15 möglichen SNAsAm-Formeln (S. 124). Jeder Kombination zweier Laute entspricht eine dieser Formeln und damit auch jeder im Deutschen gewünschten. Im Falle unseres Beispiels mit *Brense* statt *Bremse* wird man zur Ableitung nach anderen Lautübergängen als *—ms—* suchen, die aber in der SNAsAm-Formel mit *—ms—* (stimmhaftes *s*) übereinstimmen. Da es sich hier um einen NAsAm-Übergang handelt, kämen also im Prinzip alle Lautübergänge in Frage, bei denen ebenfalls Wechsel in der Nasalität, der Artikulationsstelle und dem Artikulationsmodus stattfinden. Dies sind z. B. *mj*, *mw*, *nj*, *nw*, *ngl* und *ngw*. Dazu passende Wörter oder Wortverbindungen sind z. B. im Jahr, im Wald, Anja, Anwalt, England, Ingwer. Aber auch sinnlose Lautketten sind geeignet, etwa *amja*, *amwa* usw.

Neben einem solchen allgemeinen Üben von NAsAm-Übergängen zur Heranbildung oder Verbesserung der entsprechenden Differenzierungsfähigkeit wird man, wenn es um den Transfer zu einer speziellen Lautverbindung geht (hier also —ms—), solche Ableitungskombinationen verstärkt einsetzen, die schon einen (oder sogar beide) der gewünschten Laute enthalten, also neben *mj* und *mw* auch z.B. *ml* (Umland), *mr* (am Rhein), *lm* (Halm) oder *rm* (Arm).

9. Schlußwort

Das Obige ist ein Versuch, die strikt methodische und zielgerichtete Erstellung eines Therapiematerials zu erleichtern. Das Prinzip ist, die jeweils beherrschten Teilartikulationen auszunutzen, um gezielt auf abweichende Einzelzüge (S, N, As, Am) therapeutisch einzugehen. Bei Auffälligkeiten, die *mehr als eine* Teilartikulation betreffen, empfehlen wir die Inangriffnahme von *einer* Teilartikulation nach der anderen. Beispiel: *n* wird wie *l* gesprochen (statt Knie: Klie). Durch Üben des normgerechten Am (dentaler Mundverschluß) entsteht aus *l* ein *d*. Danach üben wir die Teilartikulation N. Dadurch wird *d* zielgerecht zu *n*. Als nächste Phase wird *n* in Lautkombinationen geübt und gefestigt.

Literatur

- Becker, K.-P., und Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Köln 1975².
Bemmé, Ch.: SNAsAm — Ein Modell zur Untersuchung der Sprachentwicklungsverzögerung unter dem Aspekt der Vereinfachung der Artikulation bei Konsonantenübergängen. Unveröffentl. Hausarbeit. Hamburg 1976.
Brücke, E.: Grundzüge der Physiologie und Systematik der Sprachlaute für Linguisten und Taubstummenlehrer. Wien 1856.
Jakobson, R.: Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. Frankfurt a.M. 1969².
Jensen, M. K.: Un pendant à la phonématique. Jahrbuch Universität Bergen, Historisk-antikvarisk rekke Nr. 4. Bergen 1952, S. 3—15.
Kloster-Jensen, M.: Articues: Phonetic Analysis by Binary, Articulatory Criteria. In: The World Papers in Phonetics. Tokyo 1975, S. 115—127.
Kloster-Jensen, M.: SNAsAm — Ein Modell zur artikulatorischen Beschreibung von Stellungs- und Übergangsphasen im Redeablauf. Festschrift für Otto von Essen. Hamburger Phonetische Beiträge 25 (1978), S. 201—220.
Trojan, F.: Die Ausdruckstheorie der Sprechstimme. Phonetica 4 (1959), S. 121—150, bes. S. 132.

Anschriften der Verfasser:

Heiner Jahncke, Gryphiusstraße 9, 2000 Hamburg 60.
Martin Kloster-Jensen, Prof. dr. philos., Fachausschuß Sonderpädagogik, Universität Hamburg, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13.

Ironimus Bissig

Fortschritte in der Lernelektronik

GLOSSE

Die beiden großen Hersteller in der elektronischen Unterhaltungsbranche haben in den vergangenen Jahren zunehmende Umsätze auf dem Gebiete der für die Sprachheilpädagogik einsetzbaren elektronischen Lerngeräte verbuchen können. Demnach müßte sich in vielen Sprachheilschulen eine Auswahl dieser Geräte im Dauereinsatz befinden, und es müßte eine Erfolgsmeldung die andere jagen und in dieser Zeitschrift dargestellt werden.

Eine kürzlich von der Kultusministerkonferenz in Auftrag gegebene und von den o.g. Firmen entwickelte »Anlage zur zentralen Nutzungsmessung« steht jetzt in Bonn. Mit ihrer Hilfe

sind die Verantwortlichen jederzeit in der Lage, auf elektronischem Wege über das Leitungsnetz alle Lernmaschinen (Language-master etc.) auf ihre Einsatzhäufigkeit und -effektivität zu befragen.

Bei den ersten Tests erschien jedoch meist ERROR auf dem Schirm. Am 11. 11. konnte die neue Programmierung dem Vorsitzenden und den Herren vom Rechnungshof vorgeführt werden. Wenige Sekunden nach Eingabe der Kennzahl der jeweiligen Sprachheileinrichtung war undeutlich auf dem Bildschirm lesbar: Bitte Staub wischen.

Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 130—137

Henning Wulff, Hoisdorf

Organisatorische und personelle Entwicklung der sprachheilpädagogischen Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in Hamburg

Zusammenfassung

Mit der sprachheilpädagogischen Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in Hamburg sind vier Namen eng verbunden: *Schleuß*, *Lambeck*, *von Essen* und *Johannes Wulff*. Vor allem ihrem Wirken ist es zu verdanken, daß es zu einer für Spaltpatienten notwendigen Zusammenarbeit von Fachärzten, Sprachheilpädagogen, Logopäden und Eltern gekommen ist.

Rückblickend auf die erste Entwicklung der sprachlichen und schulischen Rehabilitation von Schülern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen in Hamburg müssen besonders vier Pioniere unter den Sprachheillehrern genannt werden, ohne damit die unerläßliche und unentbehrliche Mitarbeit der vielen anderen beteiligten Sprachheillehrer herabmindern zu wollen. Es sind die Schulleiter *Wilhelm Schleuß* und *Adolf Lambeck*, Prof. Dr. *Otto von Essen* und der Schulleiter *Johannes Wulff*.

Schleuß war der erste Leiter der ersten Sprachheilschule in Hamburg, Rostocker Straße 62, die 1912 gegründet worden ist. Er hat sich als erster ganz persönlich und speziell um die sprachliche Versorgung der Gaumenspalter dieser Schule, ob unoperiert, operiert, mehrfach operiert oder mit Obturator versehen, bemüht. Diese Schüler machten damals etwa 10 Prozent der Sprachgestörten dieser Schule aus. Er hat auch als Vorsitzender der 1929 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland auf deren ersten Kongreß in Halle/Saale einen Vortrag über die sprachliche Gaumenspaltenbehandlung (siehe Literaturverzeichnis), dabei auch besonders über die Obturatorenanfertigung, -ausformung und sprachliche -eingewöhnung, gehalten. Seine Ausführungen fanden damals viel Beachtung und auch den Beifall der anwesenden und weltweit bekannten Phoniater *H. Guttmann sen.*, Berlin, *M. Nadoleczny*, München, und *E. Fröschels*, Wien. In der Sprachheilschule Rostocker Straße wurden die Spaltschüler in zwei Gruppen, und zwar jeweils Ober- und Unterklassen, zweimal wöchentlich zusätzlich durch ein spezielles Funktionstraining der behinderten Lippen-, Kiefer-, Gaumenbeweglichkeit, durch eine spezielle Hör- und Stimm-schulung und eine artikulatorische Mobilisierung behandelt.

Doch hatte man mit der Sprachverbesserung der Spaltschüler damals erhebliche Sorgen. Sie wurden, abgesehen von dem frühen Verschuß der Lippenspalte, oft gar nicht oder sehr spät und aus heutiger Sicht sehr unvollkommen und phonetisch unbedachtsam, meistens auch noch mehrmals, weil die Nähte wieder rissen, operiert, so daß der sprachliche Erfolg trotz aller Mühen oft unbefriedigend blieb, zumal eine nur durch Konzentration, Überanstrengung und Überspannung bei steter Kontrolle erreichte Sprachverbesserung nicht Bestand

haben konnte. Auch aus diesem Grunde war deshalb die Verwendung eines Obturators, besonders bei Erwachsenen nach vergeblichen operativen Bemühungen, angezeigt. Oft konnten damals damit bessere Sprecherfolge erreicht werden als durch unzulängliche Eingriffe.

Im Jahre 1934 wurde die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik aufgelöst, aber glücklicherweise nicht die beiden Sprachheilschulen Rostocker Straße 62 und Altonaer Straße 58. Die letztere war 1922 zusätzlich gegründet worden.

Wilhelm *Schleuß* mußte als Freimaurer trotz seiner hervorragenden Verdienste um die Sprachbehinderten seinen Dienst quittieren.

Sein Mitarbeiter Adolf *Lambeck*, der sich besonders um die Frühbehandlung der operierten Spaltkinder bemühte, wurde 1935 Leiter der zweiten Sprachheilschule Altonaer Straße 58. Er fand für seine Arbeit an den operierten Spaltkindern Verständnis und Unterstützung beim Direktor der am 1. September 1939 gegründeten Nordwestdeutschen Kieferklinik, Eckernförder Straße 4, *Dr. Steinbach*.

Diese neue Klinik nahm sich neben der fachärztlichen Versorgung der Gesichts- und Kieferverletzten im Kriege auch besonders der Gaumenspalträger an. *Lambeck* konnte erreichen, daß die Frühoperation der Spaltkinder sich mehr und mehr durchsetzte, so daß sich dann von selbst auch die Eingliederung der sozialen und sprachlichen Rehabilitation direkt in die Fachklinik ergab, wodurch auch der unmittelbare persönliche Kontakt zwischen Kieferchirurgen und dem Sprachheilpädagogen erreicht wurde. Bei den Eingriffen wurden nun auch mehr und mehr die phonetischen und logopädischen Zweckmäßigkeiten mitbedacht. Außerdem wurden bei ungünstigen sprechmotorischen und akustischen Gegebenheiten, wie etwa Lippen- und Kiefermängeln (Kiefersperre, Kieferklemme), bei zu starkem offenen Naseln wegen eines zu kurzen Gaumensegels, bei geschlossenem Naseln etwa nach einer Pharynxplastik, bei Gebißanomalien, bei Hör- und Stimmschäden, diese Probleme sofort miteinander beraten, so daß die zweckmäßigen Notwendigkeiten getroffen werden konnten. Diese Integrierung der Sprachbehandlung in die Fachklinik hat sich bald als äußerst vorteilhaft erwiesen und besteht heute nach vierzig Jahren immer noch.

Da *Lambeck* gleichzeitig Leiter der Sprachheilschule Altonaer Straße 58 war, nach Umzug 1940 in der Karolinenstraße 35, konnte er allein die Behandlung in der Klinik nicht mehr schaffen und bat seinen Kollegen Johannes *Wulff*, die Sprachbehandlung der erwachsenen Spaltpatienten und der sonst sprachbehinderten Soldaten nach Mund- und Kieferverletzungen sowie der stimmkranken Soldaten zu übernehmen.

Im Jahre 1937 wurden nach der Eingemeindung von Altona, Harburg und verschiedenen Landgemeinden zu einem Groß-Hamburg in Altona und Harburg zwei neue Sprachheilschulen eingerichtet und nach und nach voll ausgebaut.

Im Jahre 1939 vor Kriegsbeginn wurde auf einem Kongreß in Hamburg für die Sonderschulen für Gehör- und Sprachgeschädigte, der besonders auf Betreiben *Lambecks* veranstaltet wurde, auch das Problem der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltschüler behandelt, obwohl diese Mißbildung auch unter das nationalsozialistische Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fiel. *Dr. Thalmann* vertrat dabei die Zweckmäßigkeit der Frühoperation. *Lambeck* sprach über die Früherfassung aller Sprachbehinderten und auch besonders der L-K-G-Spaltkinder (siehe Literaturverzeichnis).

Auf dem Kongreß wurde auch die notwendige enge Zusammenarbeit der Sprachheilschule mit der Kieferorthopädie demonstriert. *Dr. Borchmann*, der Leiter der Kieferorthopädischen Abteilung in der Brennerstraße, ließ mit Unterstützung von Sprachheillehrern eine umfassende Zahnanomalienchau im Zusammenhang mit Sprechfehlern aufbauen.

Durch den Kriegsausbruch im Herbst 1939 wuchsen auch, je länger er dauerte, um so mehr, die schulischen Schwierigkeiten. Wegen Bombengefährdung wurden die meisten Schüler

in weniger gefährdete Gebiete verschickt. Auch die Sprachheilschulen und deren Lehrer wurden davon betroffen.

Im April 1945 wurde die Nordwestdeutsche Kieferklinik von der Eckernförder Straße, wo sie durch Bomben zerstört worden war, ins Elsa-Brandström-Haus, Blankenese, verlegt.

In all den schweren Kriegsjahren und Bombennächten hat Adolf *Lambeck* in seiner Sprachheilschule, die seit 1940 in der Karolinenstraße 35 untergebracht worden war, deren Schüler aber verschickt waren, dort eine Sprachberatung und eine ambulante Sprachbehandlung durchgeführt. Zudem hat er all die Jahre zweimal wöchentlich, erst in der Eckernförder Straße 4, danach in Blankenese, die Gaumenspaltenbehandlungen fortgesetzt.

Im Jahre 1946 wurde ihm dort dann die Schwester Ilse *Rehr* zugeteilt, die seitdem ununterbrochen Hilfe der Sprachabteilung der Kieferklinik bis zur Pensionierung 1975 geblieben ist.

Im Juli 1945 nach dem Kriege übernahm Prof. Dr. Dr. Dr. hc. Karl *Schuchardt* die Leitung der Nordwestdeutschen Kieferklinik, die dann im Dezember 1945 nach Friedrichsberg in das AK Eilberg verlegt wurde, wo auch die bewährte Sprachabteilung weiterhin bestand, wenn auch die Unterbringung im Keller zwar nicht zweckmäßig, aber notwendig war.

Lambeck hat sich bei seiner Arbeit, wahrscheinlich durch ein Spaltkind mit offener Tuberkulose, diese Krankheit zugezogen. Er mußte deshalb Beruf und auch die Arbeit in der Klinik 1948 aufgeben. Er bat Johannes *Wulff*, der bereits nach dem Kriege von Herbst 1945 an, nach seiner Heimkehr aus der Gefangenschaft, bis 1948 die Behandlung der operierten Spaltschüler in der Sprachheilschule übernommen hatte, auch die Sprachabteilung in der Kieferklinik zu übernehmen. Im Jahre 1950 wurde *Wulff* auch *Lambecks* Nachfolger in der Leitung der Sprachheilschule Karolinenstraße 35.

Nachdem schon ein Teil der Nordwestdeutschen Kieferklinik nach Hamburg-Eppendorf in einen Neubau verlegt worden war, erfolgte der völlige Umzug am 1. Oktober 1957. Die Klinik führte nunmehr als Chirurgische Abteilung der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Hamburg, auch ihren Traditionsnamen Nordwestdeutsche Kieferklinik weiter.

Für die sprach- und sozialtherapeutische Behandlung der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen haben sich außer den drei genannten auch noch verschiedene andere Sprachheilpädagogen mit Ernst und Fleiß bemüht. Praktisch muß sich jeder Sprachheilpädagoge auch mit diesem Problem befassen, besonders wenn er ein Spaltkind in seiner Klasse, im Schulkindergarten, in einem Tagesheim oder in einem Sprachheilheim hat. Doch tritt meistens das Problem der Stammler-, Dysgrammatismus- und Stotterertherapie weit mehr in den Vordergrund. Jedenfalls wird die Hauptlast der sprachlichen Behandlung der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen bereits seit Jahrzehnten im Sinne der Frühbetreuung von der Sprachabteilung der Kieferklinik getragen.

Dennoch dürfte zumindest noch der frühere Sprachheilpädagoge an der Sprachheilschule Rostocker Straße (1929 bis 1940) und spätere Professor am Phonetischen Institut der Universität Hamburg, Dr. Otto von *Essen*, nicht unerwähnt bleiben. Er bemühte sich in seinen Forschungen auch besonders um den phonetischen Fragenkomplex der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen. Mit der Veröffentlichung seiner Forschungsergebnisse in verschiedenen Fachzeitschriften (siehe Literaturverzeichnis) hat er nicht nur den Sprachheilpädagogen, sondern auch den Kieferchirurgen wichtige Fingerzeige gegeben, was bei der Spaltoperation und bei der Sprachtherapie phonetisch zu berücksichtigen ist. In seiner Lehrtätigkeit als Professor für Phonetik hat er außerdem vielen Studenten der Sonderpädagogik, ganz besonders aber der Sprachheilpädagogik, eine sorgfältige phonetische Ausbildung vermittelt, die sich als besonders fruchtbar für die praktische Sprach- und Stimmtherapie der Sprachheilpädagogen erwies.

Die gute Zusammenarbeit der Hamburger Sprachheilpädagogen mit Herrn Professor Dr. O. von Essen wird auch dadurch bestätigt, daß er am 16. März 1953 den Vorsitz in der wieder gegründeten Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, die auf Betreiben von J. Wulff erfolgte, übernahm. Sie wurde 1968 umbenannt in Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Das 50jährige Bestehen des Phonetischen Instituts der Universität Hamburg im Jahre 1960 wurde festlich begangen und zu einer internationalen Tagung ausgeweitet, auch unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, dem Bund Deutscher Taubstummenlehrer und dem damaligen Deutschen Ausschuß für Sprechkunde und Sprecherziehung, der jetzigen Deutschen Gesellschaft für Sprechkunde und Sprecherziehung. Hamburger Sprachheilpädagogen, Schwerhörigen- und Taubstummenpädagogen organisierten eine Ausstellung, und die Schulbehörde Hamburg gab eine Ehrengabe zu dieser »Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik« heraus.

Im Jahre 1960 wurden dann Prof. Dr. von Essen Ehrenvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik und Johannes Wulff, der vorher die Geschäftsführung innehatte, Bundesvorsitzender.

Als Schulleiter der Sprachheilschule Altonaer Straße 58 bemühte sich bereits Lambeck darum, die Sprachheileinrichtungen, besonders im Sinne der Früherfassung und Frühbehandlung der Sprachbehinderten, auszuweiten durch die Einrichtung einer Öffentlichen Sprachberatung und Sprachambulanz und die Gründung von Schulkindergärten für Sprachkranke, die nach und nach an allen vier Sprachheilschulen entstanden.

Sein Nachfolger Johannes Wulff setzte diese Bemühungen um die intensive, frühzeitige Rehabilitation der kleinen Sprachbehinderten fort. In Übereinstimmung mit der Jugendbehörde entstand an der Karolinenstraße die erste Einrichtung eines Tagesheimes für vorschulpflichtige Sprachkranke im Jahre 1953, dann die Gründung einer Spastikerklasse, aus der dann später die Schule für Körperbehinderte hervorging, und zwei Sonderklassen für Schulanfänger (Beobachtungsklassen) mit geringerer Schülerfrequenz wegen der mehrfachen, besonders aber schwersprachlichen Behinderung. Im Jahre 1955 wurde dann auch die erste Realschulklasse für Sprachbehinderte an dieser Schule von der Schulbehörde genehmigt. Außerdem konnte Wulff die Schulbehörde von der Notwendigkeit überzeugen, Sprachheilkurse für sprach- und stimmbehinderte Gymnasiasten, Handels- und Berufsschüler einzurichten.

Aus Erfahrungen bei all diesen Einrichtungen ergab sich dann bald die Notwendigkeit, über ganz Hamburg verstreut Stützpunkte mit Schulkindergärten und einzelnen Klassen bzw. einer Grundschule, aber vor allem auch mit öffentlicher Sprachberatung und Sprachambulanz einzurichten, um allzuweite Wege für hilfesuchende Eltern sprachbehinderter Kinder zu vermeiden. Für die Jugendbehörde erwies es sich sogar als notwendig, nach und nach noch weitere Tagesheime für vorschulpflichtige Sprachbehinderte zu schaffen. Im Jahre 1967 konnte ein Vollheim für sprachbehinderte Vorschulkinder eröffnet werden.

All diese genannten Einrichtungen kommen auch den Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltsformen zugute, so daß stets sehr früh mit einer Sprachberatung und -behandlung begonnen werden konnte, soweit nicht bereits in der Sprachabteilung der Kieferklinik die Sprachregulierung vollzogen werden konnte.

Nachdem die Sprach- und Stimmabteilung der HNO-Universitätsklinik nach dem Ausscheiden von Herrn Prof. Dr. Panconcelli-Calzia längere Zeit verwaist war, wurde J. Wulff im Jahre 1958 gebeten, und zwar auf Veranlassung des Klinikleiters Herrn Direktor Prof. Dr. Link, diese Einrichtung wieder in Gang zu setzen. Die Zusammenarbeit zwischen HNO-Ärzten und Sprachheilpädagogen, auch mit Psychiatern (Prof. Dr. Albrecht, Prof. Dr. Schönfelder) erwies sich als sehr erfreulich. Da die Arbeit sich häufte, wurden die Sprachheilpädagogen

H. *Spink* und später H. *Wulff* gebeten mitzuarbeiten. Im Jahre 1968 übernahm dann *Dr. Pascher* als Phoniater die Abteilung und brachte dabei den medizinisch-phoniatischen Aspekt zum Tragen. Seither hat diese Abteilung sich erfreulich, auch personell, entwickelt und praktische und wissenschaftliche Forschungs- und Erfahrungsergebnisse veröffentlicht. Im Jahre 1972 bat J. *Wulff* darum, ihn aus der Mitarbeit in der Phoniatischen Abteilung zu entlassen, zumal er bereits 1967 als Rektor der Volks- und Realschule für Sprachkranke pensioniert worden war. Die Vorlesung »Sprachstörungen durch Geburtsfehler und Erkrankungen im Zahn-Mund-Kieferbereich«, die für den ärztlich-zahnärztlichen Teil stets von einem Kieferchirurgen, sprachtherapeutisch aber von einem Sprachheilpädagogen durchgeführt wurde, hatte er bereits 1969 an *Wulff jun.* abgegeben. Die Tätigkeit als Leiter der Sprachabteilung der Kieferklinik setzte er noch bis Ostern 1974 fort, um diese dann ebenfalls seinem Sohn zu überlassen.

Die 25jährige Tätigkeit von Johannes *Wulff* dokumentiert sich in zahlreichen Vorträgen und Veröffentlichungen zur Sprach- und Stimmtherapie der Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalatformen sowie in der Herausgabe von Büchern und Übungsblättern für die Hand der Eltern bzw. der Patienten selbst. Eine Zusammenfassung bietet das nachstehende Literaturverzeichnis.

Ende 1975 begab sich auch die langjährige Mitarbeiterin in der Sprachabteilung, Schwester *Ilse Rehr*, die aufgrund ihrer jahrelangen erfolgreichen Sprachheilarbeit im Jahre 1971 den Status einer Logopädin zugesprochen erhielt, in Pension. Sie war mehr als 30 Jahre ihres Wirkens in der Sprachabteilung die vermittelnde Kraft zwischen Krankenstation und den Eltern der kleinen Spaltpatienten bzw. den Erwachsenen. Sie war verantwortlich für die Einladungen zur Operation oder zur medizinischen bzw. logopädischen Nachuntersuchung, für die Führung von Krankenblättern im Zusammenhang mit der Sprachabteilung, für die Fixierung der Sprach-, Stimm-, Mund-, Lippen-, Zahn- und Gaumendiagnose in bezug auf den Sprechvorgang, für die Protokollführung der psychologischen, erzieherischen und sprachtherapeutischen Elternberatung. Ihr oblag außerdem die Vermittlung von Besprechungen zwischen dem Leiter der Sprachabteilung und der Kieferchirurgie, der Kieferorthopädie oder der HNO-Klinik. Auch die Dokumentation des Krankengutes lag in ihren Händen. Dadurch erst konnte die wissenschaftliche Ausbeute dieser Unterlagen für Veröffentlichungen sehr erleichtert werden. Sie war nicht zuletzt dem Leiter der Sprachabteilung eine zuverlässige und geschätzte Hilfe, auch beliebt bei Eltern, Kindern und Erwachsenen, und dennoch bestimmt und resolut, wodurch sie erst diese vielseitige Verantwortung bewältigen konnte.

Ihre Nachfolgerin *Fräulein B. Stein* hat sie dann noch viele Wochen nach ihrer Pensionierung in die vielfältigen Aufgaben eingeführt, so daß die Sprachabteilung im alten bewährten Sinne und besonders in einer guten Zusammenarbeit mit dem jetzigen Leiter der Sprachabteilung *Henning Wulff* zum Wohle der anvertrauten Spaltpatienten gedeihen kann.

Im Jahre 1970 wurde der Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Herr Direktor Prof. Dr. Dr. Dr. hc. Karl *Schuchardt*, dem die gute Zusammenarbeit zwischen seiner Klinik und der von ihm eingerichteten und stets geförderten integrierten Sprachabteilung stets ein spezielles Anliegen war, emeritiert. Vor den Sprachheilpädagogen hat er wiederholt bei verschiedenen Anlässen über die kieferchirurgischen Fortschritte bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltenpatienten, auch über die unerläßliche Zusammenarbeit mit der Sprachabteilung, referiert.

Zwischen seinem Nachfolger, dem derzeitigen Direktor der 1978 in Abteilung für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Nordwestdeutsche Kieferklinik) umbenannten früheren Chirurgischen Abteilung, Herrn Prof. Dr. Dr. Gerhard *Pfeifer*, und dem Leiter der Sprachabteilung besteht eine ebenso gute und verständnisvolle Zusammenarbeit wie zwischen ihren Vorgängern.

Prof. Pfeifer hat von 1954 bis 1967 mit der Einführung eines inzwischen von vielen Kliniken übernommenen Dokumentationssystems für Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten wesentlich die Entwicklung eines interdisziplinären Spaltenzentrums für den norddeutschen Raum gefördert. Auch nach seiner Rückberufung von Tübingen nach Hamburg 1970 hat er durch die Einführung neuer Operationsverfahren dazu beigetragen, daß die Hamburger Spalt-Therapie ihre weltweite Anerkennung behalten hat. 1972 wurde von ihm eine Arbeitsgruppe für experimentelle Mißbildungsforschung eingerichtet, deren Leitung Herrn Priv.-Doz. Dr. v. Kreybig übertragen wurde. Vom Tierexperiment ausgehend wird u. a. das Ziel verfolgt, gefährdete Schwangerschaften in Familien mit Spaltkindern so günstig zu beeinflussen, daß die Spalthäufigkeit verringert wird. Inzwischen sind schon viele gesunde Kinder nach Risikoschwangerschaften geboren worden.

Als Fazit der Entwicklung der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist festzuhalten, daß die enge räumliche, zeitliche und personelle Abstimmung in einem Spaltenzentrum zwischen den Hauptbeteiligten — also dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Sprachheilpädagogen und Kieferorthopäden — die optimale Form der Behandlung und der nachgehenden Fürsorge darstellt. Bis zum Ende des Wachstumsalters werden alle Kinder und Jugendlichen in regelmäßigen Abständen untersucht, denn das Problem der Spalt-Therapie besteht darin, daß die Zweckmäßigkeit von Methoden der Primärbehandlung erst nach der Pubertät festgestellt werden kann.

Auf die sprachheilpädagogische Behandlung bezogen, kann in den meisten Fällen bereits ein Jahr nach dem Gaumenspaltverschluß in enger Zusammenarbeit mit den Eltern das Ziel der unauffälligen Sprechweise erreicht werden. Andere Patienten finden in dem sehr differenzierten Sprachheilwesen die notwendige individuelle Hilfe unter Wahrung des ständigen Kontaktes zur Klinik und ihrer Sprachabteilung.

40 Jahre lange Erfahrungen in der Spalt-Therapie und ihre guten Behandlungsergebnisse verpflichten die verantwortlichen Ärzte, Zahnärzte und Sprachheilpädagogen, sich auch weiterhin um die Verbesserung der medizinischen und sprachtherapeutischen Maßnahmen zu bemühen.

Fachliteratur von Hamburger Sprachheilpädagogen zur Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (von 1929 bis 1981)

- Schleuß, W.: Über Gaumenspalten, insbesondere die sprachliche Behandlung der Kinder mit Gaumenspalten. Eos Verlag, Wien 1929.
- Lambeck, A.: Die Sprachbehandlung der angeborenen Gaumenspalten vor der Operation. Bl. f. Tbst. Bildg. 1929.
Ein Beitrag zur Frage der Sprachverbesserung bei Wolfsrachen, Ztschr. f. Kinderf. 43/2. Berlin 1933.
Die Sprachbehandlung frühoperierter Spaltkinder. Die Deutsche Sondersch. 1939 I.
Die Gaumenschlußlaute in der Sprachbehandlung der Gaumenspalter. Neue Bl. f. Tbst. Bildg. 1950, 5, 1—2.
- Essen, Dr. O. von: Zur Beurteilung der Gaumenspalten vom phonetischen Standpunkt aus. Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk., Leipzig 1937.
Die Laute des Deutschen. Langenscheidt Verlag, Berlin 1959.
Die phonetische Dokumentation der Nasalität und des offenen Näsels. Folia Phoniatria. Vol. 13, 1961.
Allgemeine und angewandte Phonetik. Akademie-Verlag, Berlin 1962.
Die Laute der III. Artikulationszone aus phonetischer Sicht. Der Sprachheilpädagoge. 1970/3.
Grundbegriffe der Phonetik, ein Repetitorium der Phonetik für Sprachheilpädagogen. Marhold Verlag, Berlin 1972.

- Organisation und Ergebnisse der Sprachbehandlung bei operierten Gaumenspalten. Neue Bl. f. Tbst. Bildg., 1951.
- Die Sprachheilschule von heute. Neue Bl. f. Tbst. Bildg., 1952.
- Die Früherfassung und Frühbehandlung sprachkranker Kinder. Hamb. Lehrerzeitung, Jg. 1953, Heft 3.
- Die sprachliche Versorgung der operierten Gaumenspalten. Neue Bl. f. Tbst. Bildg., 1954.
- Die Vibrationsmassage als stimmtherapeutische Hilfe. Neue Bl. f. Tbst. Bildg., 1954.
- Erfahrungen bei der Sprecherziehung von Gaumenspaltenpatienten. Fortschr. d. Gesichts- u. Kieferchirurgie, Thieme-Verlag, Stuttgart, 1955. Band 1, S. 112.
- Fragen d. stimmtherapeutischen Praxis. Kongreßbericht d. Arb. f. Sprachheilpädagog. Hamburg 1956.
- Die Sprecherziehung bei Patienten mit Pharynxplastiken. Die Sprachheilarbeit, 1957, Heft 4.
- Die Behandlung von Gaumenspaltenpatienten im Team. Kongreßber. d. Arb. Gem. f. Sprachheilpädagog., Berlin 1958.
- Die sprachlichen Ergebnisse der Nachuntersuchung von 435 Gaumenspalten. Die Sprachheilarbeit, 1958, Heft 2.
- Stottern bei Gaumenspalten. Fortschritte d. Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Bd. IV, Thieme-Verlag, Stuttgart 1958.
- Zur Rehabilitation der operierten Gaumenspalten. Die Sprachheilarbeit, 1959, Heft 1.
- Zur Frage der Sprech- und Stimmnot der Lehrkräfte. Hamburger Lehrerzeitung, Nr. 10, 1959.
- 20 Jahre Sprachambulanz frühoperierter Spaltkinder in der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Ehrengabe d. Schulbehörde zum Gemeinsch. Congr. f. allg. u. angew. Phonetik, Hamburg 1960.
- Organisation und sprachheilpädagogische Maßnahmen für die Früherfassung und Frühbetreuung sprachgeschädigter Kinder. Kongreß, Hamburg 1960.
- Rhythmisch-melodisch-gymnastische Elemente in der Sprachbehandlung. Rhythmische Erziehung, Heft 4, 1961.
- Die Sprecherziehung bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten. Dtsch. zahnärztl. Ztg. 16, 1555, 1961.
- Motorische und akustische Fakten in der Sprach- und Stimmbehandlung. Kongreßber. d. Arb. gem. f. Sprachheilpädagog. 1962.
- Neue Gesichtspunkte in der Sprach- und Stimmbehandlung. Archiv f. Ohr-, Nas.- u. Kehlk. Heilk. 180, 828, 1962.
- Die Beratung und Betreuung stimmgestörter Lehrkräfte. Aus der Entwicklung und Arbeit des Hamburger Sprachheilwesens. Ehrengabe der Schulbehörde, Hamburg 1962.
- Das Hörgerät in der Sprach- und Stimmtherapie Normalhörender. Archiv f. Ohren- usw. Heilk. u. Zeitschr. f. Hals- usw. Heilk. Bd. 182, H. 2, Springer-Verlag, Berlin 1963.
- Die ganzheitliche Sicht in der Sprach- u. Stimmbehandlung und deren sprach- und entwicklungspsychologische Grundlagen. Die Sprachheilarbeit, Heft 3 und 4, 1964.
- Logopädische Fragen und Maßnahmen bei Kindern mit Gebißanomalien und Sprechfehlern. Mediz.-logopäd. Beiträge. E. Reinhardt-Verlag, Heft 1, München 1964.
- Die Atmung in der Sprach- und Stimmbehandlung. Kongreßber. d. Arbeitsg. f. Sprachheilpädagog., 1964.
- The question of preoperative speech correction. Post-operative speech therapy of cleft palate. On the question of objective judgement of speech results in treatment of patients with clefts of lip, alveolus und palate. Second Hamburg Symposion. 1964, Thieme-Verlag, Stuttgart 1966.
- Die Sprachbehandlung bei Spastikern. Die Sprachheilarbeit, Nr. 4, 1967.

- Psychische, soziale, funktionelle und logopädische Behandlung der operierten L-K-G-Spalten. Tagungsber. d. Deutschen Ges. f. Sprachheilpädagog., München 1968.
- Wulff, J.: Die submuköse Gaumenspalte. Chirurgicala Plastica et reconstructiva. Springer-Verlag. Bd. 6, S. 255, 1969.
(In: Kriens, O., und Wulff, J.)
- Wulff, J.: Indikation und Technik d. Velopharyngoplastik bei 253 Patienten mit voroperierten Gaumenspalten unter Berücksichtigung funktioneller Spätergebnisse. Fortschritte d. Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Bd. XVI/XVII, Thieme-Verlag, Stuttgart 1973.
(In: Lendrodt, Pfeifer, Wulff)
- Wulff, J.: Korreferat zu Benken, O., und Block, A.: 12 Jahre Erfahrung mit Obturatorenprothesen bei Säuglingen mit Gaumendefekt, und Pfeifer, G., und Schlote, H. H.: Sprachverbessernde Operationen bei Patienten mit voroperierten Gaumenspaltenformen. Kongreßbericht d. Deutsch. Ges. f. Sprachheilp., Kiel 1974.
- Wulff, J. und H.: Die Sprachbehandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenpatienten. Der Sprachheilpädagoge, 1. Jg., H. 2, Wien 1969.
- Die Sprachbehandlung der rückverlagerten Gaumenschlußlaute bei spät- und reoperierten Gaumenspaltenpatienten. Der Sprachheilpädagoge, 4. Jg., H. 2, Wien 1972.
- Die Sprachbehandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenpatienten. Der Sprachheilpädagoge, 8. Jg., H. 4, Wien 1976.
- Wulff, H.: Sprachheilpädagogische Aufgaben in der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Eine statistische Untersuchung von 1771 Patienten, die von 1945—1965 operiert wurden. Prüfungsarb. f. d. Lehramt f. Gehörlose, Schwerhörige und Sprachkranke, Hamburg 1966.
- Logopädische Aspekte vor und nach dem Verschuß der Gaumenspalte. Tagungsbericht d. Deutschen Ges. f. Sprachheilpädagogik, Nürnberg 1976.
- Wulff, J. und H.: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Chirurgische, otologische und sprachliche Behandlung. Reinhardt-Verlag, München 1981.
(In: Pfeifer, G., Pirsig, W., Wulff, J. u. H.)

Logopädische Übungshilfen für die Sprechreziehung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen. Verfaßt von Johannes Wulff unter Mitarbeit von Henning Wulff.

ÜBUNGSBÜCHER:

Sprechfibel — 6. Auflage — 1964.

Der kleine Sprechmeister 1974.

Ernst Reinhardt-Verlag, München.

ÜBUNGSBLÄTTER:

Heft 1: Für Lispler

2: Für Sch-Stammler und Sch-Lispler

3: Für K- und G-Stammler

4: Für R-Stammler

5: Für Kinder mit Sprachverzögerung und Stammeln

6: Für Heisere und Stimmschwache

7: Für die Behandlung des geschlossenen Näsels

8: Für die Stimm- und Sprachbehandlung der Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten

10: Für die pädagogische Behandlung von Stimmstörungen und die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen

14: Für die Beseitigung von Stimmbildungsfehlern und die Erziehung zur gesunden und mühelosen Stimmgebung

16: Anregungen zur Stottererbehandlung

Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg.

INFORMATIONSSCHRIFT:

Wenn dein Kind nicht richtig spricht. Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg.

Anschrift des Verfassers:

Henning Wulff, Tannenweg 7, 2071 Hoisdorf.

Neues vom Nachbarn

Aus der Sowjetunion wird eine bemerkenswerte Untersuchung auf unserem Fachgebiet bekannt.

Nach einer umfangreichen Fragebogenaktion, die Prof. Balbutski veranlaßt hatte, wurden neue Zusammenhänge zwischen Stottern und habituellem Zuckerkonsum bekannt.

Die überwiegende Zahl (96,79 Prozent) der Stotterer nimmt Stückenzucker! Weil nun aber im Osten der Zucker vor dem Getränk in die Tasse getan wird, werden auch Ergebnisse über das Poltern erwartet.

Die logopädische Forschung wird sich nunmehr mit der Frage befassen müssen, ob eine langsame Umgewöhnung der Patienten vom Stückenzucker über Hagelzucker und körnige zur feinen Raffinade Heilungserfolge zeitigt.

Es erscheint jedoch verfrüht, einer Offerte der Winzerzulieferer näherzutreten, von denen ein Angebot über Flüssigzucker vorliegt.

Es sollen erst Kontrolluntersuchungen in Ostfriesland (mit Kluntje) abgewartet werden.

Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 138—148

Ursula Horsch und Lothar Werner, Heidelberg

Kommunikationstheoretische Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern wird die Frage nach der Bedeutung eines kommunikationstheoretischen Ansatzes für therapieimmanentes oder -integratives Arbeiten diskutiert.

Zentraler Ansatz ist der Gesichtspunkt, daß Therapieprinzipien sich als Maßnahmen der Verbindung von Therapie und Unterricht verstehen, die den sprachbehinderten Schüler auch befähigen sollen, sich angemessen kommunikativ zu verhalten. Dies macht eine Analyse des Kommunikationsprozesses auf sprechhandlungstheoretischer Ebene notwendig und führt zu einer ersten Kennzeichnung von Kommunikation als einer Form symmetrischer oder asymmetrischer Beziehungsaufnahme. Bezogen auf die im Unterricht bestehende Lehrer-Schüler-Beziehung ergeben sich Konsequenzen für notwendige und mögliche Formen kommunikativen Handelns und Lernens.

Die Überlegungen beinhalten gleichzeitig die Frage nach den Möglichkeiten einer Stabilisierung bzw. Ausbildung der als gefährdet erachteten Ich-Identität des sprachbehinderten Schülers durch die Schule. Therapieimmanenz (und -integration) versteht sich innerhalb dieses Rahmens schließlich auch als ein Konzept, welches nicht nur auf der lokutiven Ebene des Kommunikationsprozesses angesiedelt ist, sondern über diese hinausgreifend als ein übergeordnetes Handeln in Richtung auf die Identitätsebene, um dort stabilisierend zu wirken.

Vorbemerkung

Sprachbehinderte sind in vielen Fällen Kommunikationsbehinderte. Daher wird ein therapieimmanentes oder -integriertes Arbeiten in den Schulen für Sprachbehinderte (siehe hierzu auch Werner 1975) nicht zuletzt kommunikationstheoretische Überlegungen in das rehabili-

tative Maßnahmenspektrum einzubeziehen haben. Nach den Ausführungen von *Braun et al.* (1980, S. 10 ff.) erstreckt sich das pädagogische Handeln in Schulen für Sprachbehinderte auf sprachtherapeutischen Unterricht, sprachtherapeutische Erziehung und auf Sprachtherapie. Im Rahmen besonders sprachtherapeutischer Handlungsfelder und im sprachtherapeutischen Unterrichtsgeschehen, wo neben »sprachliche(n) Funktion(en)« auch »sprachrelevante Verhaltensweisen« (*Braun et al.* 1980, S. 10) angeboten werden und zu erlernen sind, erscheinen uns die in den folgenden Ausführungen angesprochenen Sachverhalte relevant. Aus unserer Perspektive hat sich die Sprachbehindertenpädagogik bisher noch zu wenig mit diesen Aspekten befaßt, so daß wir wünschen würden, mit diesen Ausführungen einen Anstoß zur weiteren intensivierten Diskussion in dieser Forschungsrichtung geben zu können.

Therapieimmanenz unter sprechhandlungstheoretischem Aspekt

Der vorliegende Beitrag unternimmt den Versuch, Therapieimmanenz und/oder -integration in den Rahmen kommunikationstheoretischer Überlegungen zu stellen. Wir gehen dabei davon aus, daß sich diese Therapieprinzipien auch als Maßnahmen der Verbindung von Therapie und Unterricht verstehen, die den sprachbehinderten Schüler schließlich befähigen sollen, sich angemessen kommunikativ zu verhalten.

Das führt uns im Verlaufe unserer Ausführungen zu

- einer ersten Kennzeichnung von Kommunikation,
- einer sich daraus ableitenden Analyse des kommunikativen Prozesses auf der Sprechaktebene und damit zu einer sprechakttheoretischen Begründung von Kommunikation als einer Form symmetrischer oder asymmetrischer Beziehung,
- Unterricht als einem kommunikativen Prozeß und damit zu einem symmetrischen oder asymmetrischen Geschehen, bezogen auf die Lehrer-Schüler-Beziehung,
- einer kritischen Analyse möglicher bzw. notwendiger Kommunikationsformen im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte als einer Ebene kommunikativen Handelns und Lernens.

Zur Theorie einer kommunikativen Erziehung

Unterricht erweist sich u.a. als ein Prozeß, bei dem sich Lehrer und Schüler wechselseitig aufeinander beziehen und Informationen austauschen. Er ist so zunächst im weitesten Sinne ein kommunikativer Prozeß (vgl. *Ritz-Fröhlich* 1973, S. 6), der sich in sprachlichen und nichtsprachlichen Interaktionen realisiert. Kommunikation wird somit als das Zusammenwirken von Individuen im Aufbau einer sozialen Interaktion verstanden (vgl. *Flader* 1977, S. 119), bei dem »zwei oder mehr Individuen sich zueinander verhalten, sei es im Gespräch, in Verhandlungen, im Spiel oder Streit, in Liebe oder Haß, sei es um einer Sache oder ihrer selbst willen ...« (*Graumann* 1972, S. 1109).

Diese Aussage *Graumanns* läßt sich auf der Ebene der Sprechhandlungstheorie noch weiter präzisieren. »Kommunikation ist (hier) nicht nur ein Austausch von Intentionen und ein Austausch von sprachlichen Inhalten (das ist sie auch), zuallererst ist sie aber Herstellen von zweiseitigen Beziehungen; und diese determinieren das, was Verständigungsebene genannt werden kann, von der auch erst Intention und Inhalte ihren praktischen Sinn in Handlungskontexten bekommen« (*Maas und Wunderlich* 1972, S. 117).

Ein solches Verständnis von Kommunikation verweist, nun angewandt auf den »Gegenstand Sprache«, zu einer über phonetisch-phonologische, syntaktische und semantische Dimensionen hinausgehenden weiteren Dimension, welche die Kommunikationspartner umfassend einbezieht. Wesentlich erscheint dabei, daß sowohl die geäußerte Intention des Sprechers als auch das Nachempfinden oder die Handlung aufgrund dieser Intention durch den Hörer nicht isoliert steht, sondern daß zu dieser eher subjektiven Seite der Kommunika-

tion eine eher objektive — oder auch intersubjektive — Seite hinzukommt, die in den faktischen Interaktionsbeziehungen gegeben ist.

Sprechakte als Basis der Lehrer-Schüler-Beziehung

Um diesen komplexeren Kommunikationsbegriff auf den Unterricht schließlich auch mit sprachbehinderten Kindern anwenden zu können, erfordert der Prozeß des Sprechens und Verstehens eine weitere Analyse. *Austin* (1972) und *Searle* (1971) kommen dabei zu drei bzw. vier Kategorien, dem lokutiven Akt, den *Searle* in den Äußerungsakt und in den propositionalen Akt unterteilt (wir werden später auf diese Unterscheidung zurückkommen), dem illokutiven Akt und dem perlokutiven Akt.

Im lokutiven Akt produziert der Sprecher ein gegliedertes Schallgebilde, dessen Wörter einer bestimmten Sprache angehören und in einer bestimmten grammatischen Konstruktion Anwendung finden. »Mit diesem ‚Äußerungsakt‘ bezieht er sich auf Gegenstände oder Situationen in einer ‚Welt‘ und sagt etwas über sie aus (propositionaler Akt)« (*Voit* 1977, S. 75).

Mit dem illokutiven Akt wird eine bestimmte kommunikative Intention verfolgt. Der Sprecher »vollzieht im Rahmen einer sozialen Interaktionsdisposition und -erwartung eine bestimmte Sprechhandlung« (*Maas und Wunderlich* 1972, S. 119), d.h., es wird eine Frage gestellt oder beantwortet, ein Urteil gefällt, informiert, eine Absicht geäußert usw.

Der perlokutive Akt schließlich bewirkt bestimmte Gedanken, Handlungen oder Gefühle, d.h., aus dem Ausführen der Sprechhandlung ergeben sich Konsequenzen für den weiteren Kommunikations- und Handlungsprozeß.

Ein Beispiel nach *Austin* (vgl. *Austin* 1972, S. 117), in dem sich ein Sprecher (er) und ein Angesprochener (ich) aufeinander beziehen, soll diese Unterscheidung weiter verdeutlichen:

Auf der lokutiven Ebene, der Äußerungsebene, sagt er zu mir: »Das kannst du nicht tun.«

Auf der illokutiven Ebene wird die kommunikative Intention sichtbar: Er protestiert dagegen, daß ich es tue.

Auf der perlokutiven Ebene bewirkt er, daß ich es nicht tue, er hält mich davon ab.

Auch wenn *Flader* (1977) im illokutiven Akt die Grundeinheit sozialer Interaktionen gegeben sieht und wir uns bei unseren weiteren Überlegungen hauptsächlich auf diese Ebene beziehen werden, sollen die anderen Sprechaktdimensionen beispielhaft vorgestellt werden, denn ein Sprecher führt alle drei Akte in der Regel simultan aus. »Wichtig ist die Feststellung, daß in einer normalen Kommunikation alle Teilakte zusammen und gleichzeitig ausgeführt werden, daß jedoch der Sprechakt seine wesentliche interpersonale Bestimmung durch die Art des illokutiven Aktes erhält« (*Maas und Wunderlich* 1972, S. 121).

Eine solche Unterscheidung zeigt zwar den zentralen Stellenwert des illokutiven Aktes, doch darf diese Gewichtung nicht dazu führen, Probleme sprachbehinderter Kinder nun etwa ausschließlich auf der illokutiven Ebene anzunehmen und dort zu analysieren. Gerade in den lokutiven Akt als der Ebene der Produktion von Schallgebilden, deren Wörter einer bestimmten Sprache angehören und in einer bestimmten grammatischen Konstruktion Anwendung finden, geht die Fähigkeit zur Lautbildung und -verknüpfung sowie die zur Grammatikalität zentral mit ein. Sprachschwierigkeiten stotternder, stammelnder oder dysgrammatisch sprechender Kinder werden hier sehr deutliche Normänderungen aufweisen. Nicht zuletzt aus diesen Gründen setzen sehr viele therapeutische Konzepte auf der lokutiven Ebene an. Sie therapieren unmittelbar den Äußerungsakt im Sprachproduktionsbereich. Auch unsere früheren Ausführungen zur Therapieimmanenz bzw. -integration (z. B. *Werner* 1975) haben sich im Schwerpunkt mit dieser Dimension und Problematik befaßt.

Darüber hinausgehend bestehen jedoch — etwa bei aphasischen, aber auch bei anderen Sprachbehinderten — Probleme, die erheblich komplexer sind und bei denen daher eine Therapie auf der lokutiven Ebene allein nicht umfassend genug sein mag. Diese Gruppe

Sprachbehinderter muß zusätzlich auf der illokutiven und der perlokutiven Dimension Erfahrungen sammeln können, was therapeutische Interventionen sowie spezifische Rehabilitationsangebote in immanenter bzw. integraler Struktur im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte zu beachten haben.

Bezogen auf unsere Überlegungen heißt das, es soll hier der Versuch unternommen werden, in Theorie und Praxis einen möglichen spezifischen Zugang zur illokutiven Ebene zu finden und Sprache — sowie die auf sie bezogenen therapieimmanenten (bzw. -integralen) Maßnahmen — in den kommunikativen Interaktionen dieser Dimension zu verankern. Dazu wollen wir nun den illokutiven Akt für unsere weitere Diskussion schwerpunktmäßig herausgreifen, den lokutiven Akt vorläufig als notwendige Bedingung formulieren und akzeptieren und den perlokutiven Akt als Konsequenz aus dem illokutiven Akt verstehen.

Die Frage, die sich uns dann stellt, ist, ob mit einem bestimmten illokutiven Akt jeweils auch ein ganz bestimmtes Beziehungsangebot gekoppelt ist oder ob dieses von Mal zu Mal variiert. Mit der Behauptung: »Hier zieht es« — einem fast schon klassischen Beispiel in diesem Zusammenhang — kann

- ein Lehrer den Schülern verständlich machen, daß die Fenster geschlossen werden sollen;
- die Arbeitskollegin den Mitarbeitern erklären, weshalb sie das Fenster schließt;
- die Mutter ihrem Kind erklären, weshalb sie den Raum wechseln usw.

Die Analyse verweist folglich zunächst auf eine von der jeweiligen Beziehung her definierbare Interpretationsmöglichkeit, die von einem bestimmten Kontext aus mitbestimmt wird. Das Kind muß folglich nicht nur lernen, Sätze einer Sprache zu bilden, sich also auf der lokutiven Ebene phonetisch/phonologisch und syntaktisch/grammatikalisch korrekt zu äußern (das muß z. B. ein dysgrammatisch sprechendes Kind zwar auch lernen), es muß vielmehr ebenso lernen, zu *wem* es *was* in einer *bestimmten Situation* sagen kann und was diese Äußerung vermutlich *bewirken* wird. Diese Erfahrung und Fähigkeit kann nur innerhalb einer kommunikativen Beziehung gemacht und erworben werden. Das Kind muß erfahren und erlernen, was »Sätze in welchen typischen Kontexten bedeuten können, wozu sie verwandt werden können« (Maas und Wunderlich 1972, S. 129).

Im Bereich der Schule kann aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Positionen von Lehrern und Schülern den Kindern die Möglichkeit genommen sein, »sprachliche Handlungsziele zu bestimmen oder zu verfolgen, die Reaktionen des anderen in der gewünschten Form hervorrufen, den Interaktionspartner zu wechseln usw.« (Flader 1977, S. 119).

Die Gefahr einer allzu dominierenden Rolle des Lehrers wird folglich u. a. in einer Ungleichheit der Sprechrechte und der Möglichkeit zu regulativen Sprechhandlungen gesehen. Carstens konnte dies — unter anderer Fragestellung zwar — für den Bereich der Schulen für Sprachbehinderte recht deutlich aufzeigen (vgl. Carstens 1981, S. 102 ff.).

Durch rigide Wiederholung bestimmter illokutiver Schemata kann der Lehrer ein Dialogmuster erzeugen, welches zur Verstärkung der oben genannten ungleichen oder auch asymmetrischen Kommunikationssituationen führt. Dominanz, so Flader, zeigt sich in der Asymmetrie der Sprechakte (vgl. Flader 1977, S. 124).

Aufgabe der Schule — und hier der Schule für Sprachbehinderte — wäre es dann, im Wissen um diese Dominanzgefahren, sie durch entsprechendes Lehrerverhalten abzubauen — oder doch soweit zu reduzieren, wie das aus materialen und sprachtherapeutischen Gegebenheiten möglich bzw. vertretbar ist.

Zur Abklärung ihrer tatsächlichen Realisierungsmöglichkeit in unserem schulischen Gegenstandsbereich ist diese Forderung jedoch zunächst weiter zu erörtern.

Symmetrische und komplementäre Kommunikation — eine Notwendigkeit

Es stellt sich uns somit die Frage, ob die Schule grundsätzlich nur eine symmetrische Kommunikation als Zielvorstellung anstreben kann und darf. Oder gibt es auch eine Legitimationsebene für asymmetrische Kommunikationsformen, ohne die Möglichkeiten der Schüler zur Realisierung von Sprechakten unangemessen zu verringern?

Unsere Hypothese hierzu lautet zunächst, der *Wechsel* von symmetrischen und asymmetrischen Interaktionsformen ist aus der Sicht der Schule für Sprachbehinderte unter fachspezifischen Aspekten notwendig.

Zur Abstützung dieser Aussage wollen wir Ausführungen heranziehen, die einen Zusammenhang zwischen Erziehungsstilen des Lehrers und Möglichkeiten einer symmetrischen und asymmetrischen Kommunikation herstellen und kritisch prüfen. *Grönwoldt* (1977, S. 344 ff.), der in der Kommunikation die Basis didaktischen Geschehens sieht und damit Sprache in ihrer funktionalen Vermittlung zum Gegenstandsbereich macht, nimmt eine kritische Haltung gegenüber einer ausschließlichen Forderung nach symmetrischer Kommunikation ein. Er behauptet, daß die so oft negativ bewertete komplementäre Beziehung nicht nur auf autoritärem Verhalten beruhe, sondern auch aufgrund von Freiwilligkeit zustande kommen kann. Er warnt in diesem Zusammenhang vor der Gefahr der Verengung bzw. Vergrößerung einer Beurteilung nach den Kriterien gut oder schlecht. Seiner Ansicht nach sind »komplementäre Interaktionen zwischen Lehrer und Schüler unumgänglich und vermutlich sogar notwendig« (*Grönwoldt* 1977, S. 348). »Gerade im Unterricht gibt es mehrere Beziehungsebenen, auf denen sich das Problem der Symmetrie durchaus unterschiedlich ausnimmt« (ebenda, S. 349). Diese Position übernehmend, erscheint es uns nicht haltbar, generell symmetrische Kommunikationsbeziehungen zwischen Lehrern und Schülern zu fordern, sondern differenzierter zu unterscheiden, in welchen unterrichtlichen Situationen kommunikative Symmetrie notwendig, zweckmäßig, hinderlich oder ganz unmöglich ist.

So werden sich im Unterrichtsgeschehen durchaus Phasen festlegen lassen, in denen die Schüler aufgrund des überlegenen Wissens und der größeren Erfahrungen des Lehrers freiwillig komplementäre Kommunikation akzeptieren. Das dürfte beispielsweise oft dann gegeben sein, wenn es darum geht, Sachkenntnis, Informationsquellen, Ideen, Zweifel usw. in den Unterrichtsprozeß einzubringen. Solche Situationen machen einen beachtlichen Teil des Unterrichts aus. Ebenso sind wohl viele sprachtherapeutische Methoden — gerichtet zunächst an die lokutive Ebene — in diesem Sinne strukturiert.

Es erscheint daher nicht haltbar, komplementäre Beziehungsebenen von vornherein als freiheitsbeschränkend zu qualifizieren. Erst die bereits eingangs erwähnte *Erstarrung* solcher Kommunikationsformen und ihr *fehlender Wechsel* zu symmetrischen Varianten führt schnell zu diesem Problemfeld. Für den Lehrer bedeutet das folglich, systematisch geplant (und ergänzt durch Variabilität in der Unterrichtsrealisation) symmetrische und komplementäre Sprechakte in jeweils ausgewogener Verteilung anzubieten und zu initiieren, wobei durchaus eine allmähliche Zunahme des Anteils symmetrischer Kommunikationsformen angestrebt werden sollte. Symmetrische Kommunikation ist nicht dadurch schon herstellbar, daß ein Partner — eben der Lehrer — sie anbietet. Es müssen vielmehr erst die Bedingungen (auch und gerade über komplementäre Kommunikationsformen) geschaffen werden, damit die Schüler darauf eingehen können, damit sie die Kommunikationsangebote des Lehrers wahrnehmen und zunehmend kompetent darauf reagieren bzw. damit agieren. Eine, wie *Holtz* dies fordert, »weitmögliche Beteiligung der Schüler an Planung und Realisierung im Unterricht« (*Holtz* 1980, S. 70), müßte u. a. zunächst diese Prämissen beachten, um letztlich durchführbar zu werden.

Diese Forderung kann nach dem Dargelegten folglich nur lauten, der Lehrer müsse die Einflußmöglichkeiten, die er in seiner Rolle als Kommunikationspartner nun einmal besitzt, so nutzen, daß er konsequent Situationen im Unterricht schafft, »in denen Schüler lernen kön-

nen, wie man kommunikative Symmetrie erkämpft« (Grönwoldt 1977, S. 352). Dies bedeutet aber auch, daß der Pädagoge und Therapeut aufgrund seiner unterrichtlich-therapeutischen Zielsetzungen gezwungen sein kann, bestimmte Kommunikationsangebote der Schüler zunächst abzulehnen, um seine Intention, etwa die Anwendung bestimmter Sprechakte, von eigens dafür ausgewählten Kommunikationspartnern innerhalb spezifischer unterrichtlicher und therapeutischer Situationen realisieren zu lassen.

Der nachfolgende Auszug aus einem kommunikationstheoretisch begründeten Unterricht in einem 3. Schuljahr zeigt eine Phase, innerhalb derer der Lehrer das Kommunikationsangebot einer Schülerin ablehnen muß, um seine Intentionen weiter verfolgen zu können. Das Beispiel mag aber auch gleichzeitig demonstrieren, daß sich das Zugeständnis der Schülerin: »Wie Sie wollen« zwar innerhalb einer asymmetrischen Kommunikation vollzieht, daß aber diese Form sprachlicher Fassung — sowie die hier leider nicht wiedergebbare Intonation und die sie begleitende zustimmende Gestik — ein Einverständnis signalisiert, das in Richtung symmetrischer Kommunikation geht und damit den Fortgang des kommunikativen Unterrichts sichert.

L.: Ja, wer will den kleinen Tiger noch mal zeigen, oder sieht das jeder, wer der kleine Tiger ist?

Arno, zeig mir bitte mal den kleinen Tiger. Ja, da ist er. Und die Silke zeigt mir bitte den kleinen Bären, damit wir das genau sehen. Ja, woran merkt ihr denn, daß der eine der Tiger ...

S.: Ja, weil der eine braun ist, und der eine ist so, äh ...

L.: gestreift, getigert sagt man da. Der ist getigert, ein getigertes Fell.

S.: Wieso ist der bunt?

L.: Das ist braun — und gelb soll das sein.

S.: Und grüne Augen.

L.: Und grüne Augen hat ein Tiger. So, jetzt paßt auf! Schaut mal, wie die da sitzen!

S.: Die freuen sich.

L.: Die freuen sich, was noch?

S.: Sind lustig.

L.: Sie sind lustig.

S.: Die sind Freunde.

S.: Und was soll 'n die Ente da sein?

L.: Das ist dem Tiger seine Tigerente, die ist immer dabei, 'ne?

S.: Ah, deshalb ist sie auch gestreift.

S.: Wo, wo die Kiste gekommen ist vom Wasser, und da ist der Bär gekommen, der hat eine Kiste gesehen.

L.: Ja.

S.: Und da hat Panama draufgestanden.

S.: Und dann haben sie 'ne Weltreise geplant.

S.: Und dann hat er sie rein ...

L.: Ja, Michaela, das ist eine andere Geschichte. Heute, heute erleben die eine ganz neue Geschichte, eine ganz neue Geschichte.

S.: Wie Sie wollen.

Auf der Basis einer sprachdidaktischen Konzeption, die durch den Wechsel von symmetrischen und asymmetrischen Kommunikationsformen Erstarrung verhindert und verschiedene Möglichkeiten kommunikativen Handelns anbietet, wird der sprachbehinderte Schüler lernen, wirklich umfassend kommunikativ zu handeln. Wir dürfen nochmals betonen, daß es uns hierbei nicht angemessen erscheint, nur symmetrische Beziehung realisiert zu sehen, sondern daß auf übergeordneter Ebene didaktisch verantwortbare, d.h. auch auf die jeweilige Schülergruppe bezogene, kommunikative Lernsituationen symmetrischer und asymmetrischer Art angeboten werden. In diesem Sinne versteht sich Therapieimmanenz oder -integration auch als spezifischer Interaktionsrahmen, der über die kompetente Verarbeitung und Anwendung symmetrischer und komplementärer Kommunikationsmuster eine zunehmende Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit des sprachbehinderten Kindes anstrebt.

Therapieimmanenz im Rahmen der Identitätsbildung

Kommunikationstheoretische Überlegungen zu Erziehung und Unterrichtung sprachbehinderter Schüler beinhalten gleichzeitig die Frage nach den Möglichkeiten einer Stabilisierung bzw. Ausbildung der Ich-Identität durch die Schule. Therapieimmanenz (und -integration) versteht sich innerhalb dieses Rahmens schließlich auch als ein Konzept, das nicht auf Rehabilitationsmaßnahmen beschränkt ist, die auf der lokutiven Ebene des Kommunikationsprozesses angesiedelt sind, sondern — darüber hinausgreifend — als ein übergeordnetes Handeln in Richtung auf die Identitätsebene des sprachbehinderten Kindes, um dort stabilisierend zu wirken.

Unsere Überlegungen hierzu werden bestimmt von der Kenntnis von Stigmatisierungsprozessen und den in der Literatur anzutreffenden Aussagen,

- wonach die »Einsicht (oft) verdeckt wird, daß (nämlich) Stigmatisierungen aus Interaktionen hervorgehen,
- daß Stigma das Produkt sozialer Zuschreibungen ist«
(Thimm 1975, S. 152).

Diese, in den Interaktionen erfahrenen, veränderten kommunikativen Bedingungen beinhalten für den Behinderten die Gefahr, »sich verzerrte Bilder von der Umwelt zu machen. Es kommt zu einer Störung bei der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit; der Behinderte ist dadurch in seiner personalen« (Grohnfeldt 1981, S. 27) und — wie wir meinen — auch in seiner sozialen Bewußtseinsbildung grundlegend beeinträchtigt. Personale und soziale Aspekte bestimmen jedoch in ihrer Ausgewogenheit die Ich-Identität des Menschen (vgl. Krappmann 1969).

Unterricht stellt sich uns als eine Form »kommunikativen Handelns« (Habermas 1975, S. 115) dar, und zwar in der sprachlichen und außersprachlichen Dimension. Schüler und Lehrer beziehen sich hierbei innerhalb sozialer Interaktionen wechselseitig aufeinander, wobei insbesondere die Schüler auch Fähigkeiten der »Rollendistanz«, der Frustrationstoleranz, der »Empathie« und der »Ambiguitätstoleranz« erwerben (Krappmann 1972, S. 43), um angemessen kommunikativ handeln zu lernen und eine stabile Ich-Identität ausbilden zu können.

Unterricht bei sprachbehinderten Kindern muß in Kenntnis ihrer erschwerten Formen sozialer Interaktionen besondere Maßnahmen und Angebote enthalten, um die Identitätsbildung zu fördern. Sehr häufig wird in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeiten des Rollenspiels verwiesen (vgl. z. B. Holtz 1981, Krappmann 1972, Nickel 1972), welches sicherlich einen wesentlichen Beitrag — insbesondere in bezug auf die bereits oben erwähnten Fähigkeiten — leisten kann.

Unser Interesse richtet sich gegenwärtig jedoch eher auf Maßnahmen und Handlungen des Lehrers sowie auf dessen Möglichkeiten, auf die Identitätsbildung des sprachbehinderten Schülers Einfluß zu nehmen. Es sollen hier folglich das Verhalten des Lehrers und Auswirkungen dieses Verhaltens auf die Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten bei den Schülern analysiert werden, um in diesem Zusammenhang Aspekte therapieimmanenter Handelns aufzeigen zu können.

Eine Grundüberlegung lautet folglich zunächst: Zeichnen sich auf sprechakttheoretischer Ebene mögliche Probleme zwischen Lehrern und Schülern ab?

Bereits bei unseren vorausgehenden Erörterungen zu symmetrischen und asymmetrischen Kommunikationsformen haben wir auf die Notwendigkeit gleicher Sprechchancen und regulativer Handlungsmöglichkeiten auf der Schülerseite verwiesen. Es konnte abschließend festgestellt werden, daß durch den Wechsel von symmetrischen und asymmetrischen Kommunikationsvarianten Erstarrung verhindert wird und daß über das Angebot verschiedener Möglichkeiten kommunikativen Handelns der sprachbehinderte Schüler lernt, angemessen kommunikativ zu handeln. So erwirbt er eine gewisse Sicherheit, die es ihm erleich-

tert, sprachlich bestimmte Beziehungsangebote anzunehmen und auch bei sprachlichen Schwierigkeiten auf der lokutiven Ebene diese Beziehung aufrechtzuerhalten. Hierin zeichnet sich ein wesentlicher Beitrag therapieimmanenter (und -integraler) Handelns ab.

Lehrer-Schüler-Beziehung: eine double-bind-Situation?

Therapieimmanente Maßnahmen der vorgestellten Struktur werden jedoch nicht nur aufgrund gleicher Sprechchancen und regulativer Handlungsmöglichkeiten realisierbar und innerhalb symmetrischer und komplementärer Kommunikation wirksam. Die Reduktion auf eine solche Annahme würde eine weitere relevante Problematik verdecken. Sie ist — wir haben im Zusammenhang mit den Ausführungen zum illokutiven Akt oben darauf verwiesen — in der Beziehung zwischen Schüler und Lehrer selbst gegeben und auch in den Bedingungen der Unterrichtssituation, die eine symmetrische Kommunikation erschweren bzw. unmöglich machen. *Goepfert* (1977, S. 142 ff.) spricht in diesem Zusammenhang von »double-bind«, von der schulischen Lernsituation als »Beziehungsfalle«. In Anlehnung an *Boettcher* beschreibt sie drei Arten von Beziehungsfällen in Unterrichtssituationen, die uns nur insofern interessieren, als sie mögliche Unterrichtssituationen an Schulen für Sprachbehinderte repräsentieren dürften:

- Die intrapersonale Beziehungsfalle ist immer dann gegeben, wenn der Lehrer symmetrisches Verhalten anbieten möchte, dies im verbalen Bereich auch schafft, gleichzeitig jedoch mit seinem gesamten übrigen nonverbalen Kommunikationsverhalten soziale Distanz und Ablehnung signalisiert. Auf das entsprechende distanzierte Verhalten der Schüler reagiert er in der Regel gekränkt, weil sein partnerschaftliches Verhalten abgelehnt wird.
- Die interpersonale Beziehungsfalle existiert besonders dann, wenn verschiedene Lehrer in einer Klasse unterrichten, von denen einer versucht, symmetrische Kommunikation zu erreichen, der andere (fast) ausschließlich an komplementären Stilen festhält. Diese Schwierigkeit müßte sich jedoch relativ leicht durch Aufarbeitung der komplementären Strukturen abbauen lassen.

Schwieriger ist die Situation, wenn vom Lehrer symmetrische Kommunikationsstrukturen angeboten werden, die Schüler jedoch aus Familien mit eher komplementärem Kommunikationsstil kommen. Eine vergleichbare Situation entsteht u.U. durch das Dialektsprechen.

- Die letzte, die institutionelle Form der Beziehungsfalle können wir in unseren weiteren Überlegungen zunächst nicht ausführlicher aufgreifen, doch soll sie wegen möglicher besonderer Auswirkungen auf den Schüler kurz vorgestellt werden. Sie ist immer dann gegeben, wenn vom Lehrer zwar symmetrische Kommunikation angeboten wird, die Schule jedoch selbst eine eindeutig sekundär-komplementäre Position bringt (vgl. *Boettcher* 1973, S. 44—50). Manche Ganztagschulen für Sprachbehinderte (vgl. dazu *Werner* 1981, S. 154) könnten in erheblich umfangreicherer Form, als zunächst anzunehmen sein mag, hier Probleme bereiten. Man denke nur an die in nicht wenigen Fällen für diese Betriebsform kaum geeigneten baulichen Voraussetzungen.

Es erhebt sich folglich die Frage, ob solche double-bind-Situationen nicht grundlegend die Ausbildung einer Ich-Identität im Sinne einer Balance von personaler und sozialer Identität erschweren (vgl. *Krappmann* 1969), denn sie verbieten es dem Kind geradezu, die diskrepanten Erwartungen für sich selbst neu zu interpretieren. Genau das muß der Schüler jedoch leisten können, wenn er Interaktionen weiter aufrechterhalten will, die eben keine vollständige Bedürfnisbefriedigung bringen und diskrepante Erwartungen repräsentieren. Solche erschwerten Interaktionssituationen erfährt das sprachbehinderte Kind jedoch häufig aufgrund seiner spezifischen sprachlichen Probleme. Es muß folglich in besonderer Weise die Möglichkeiten erhalten, Frustrationstoleranz, Ambiguitätstoleranz und Rollen-

distanz entwickeln zu können. Double-bind-Situationen verhindern die Ausbildung dieser Fähigkeiten in recht beachtlichem Umfang.

Man wird entsprechend jener Überlegungen zur Forderung kommen, daß das Beziehungsgeflecht zwischen Lehrer und sprachbehindertem Schüler, welches die Basis für ihre Kommunikation und für den Erwerb kommunikativen Handelns darstellt, die Gefahr des double-bind ausschließen sollte.

Um diesen Sachverhalt weiter präzisieren zu können, bedarf es einer weiteren genaueren Analyse der double-bind-Problematik.

Sprechakttheoretische Analyse des double-bind-Problems

Überprüft man die bisherigen Aussagen kritisch, so ergibt sich zunächst die Frage, ob es legitim sein kann, den Inhaltsaspekt einer Kommunikationshandlung als identisch mit der verbalen Mitteilung zu betrachten und den Beziehungsaspekt auf die nonverbale Ebene zu reduzieren (vgl. *Goepfert* 1977, S. 153), wie es besonders für die intrapersonale Beziehungsfälle bezeichnend ist. Das wäre wohl eine zu grobe Vereinfachung des Problems.

Ehlich und *Martens* (1972) haben zur Klärung dieser Frage die pragmlinguistische Unterscheidung auf der Sprechaktebene nach Proposition und Illokution herangezogen. Wir haben auf diese Unterscheidung bereits oben verwiesen. *Ehlich* und *Martens* analysieren das double-bind-Problem folglich auf der Basis von Aussage und Modalität und finden den für das double-bind charakteristischen Widerspruch auf der Ebene der Illokution. Ihrer Analyse entsprechend werden innerhalb einer Handlungssequenz mittels eines propositionalen Gehalts zwei einander ausschließende illokutive Anweisungen gegeben, die für den Schüler die gleiche Gültigkeit besitzen. So kann beispielsweise der illokutive Akt eine Aufforderung, etwas zu tun, beinhalten (Beispiel: »Komm zu mir!«), durch Intonation — einem paralinguistischen Mittel — jedoch eine genau gegenteilige Qualifizierung erhalten, nämlich ein Verbot. »Bei der Anwendung dieses nun sicherlich genauer formulierten double-bind-Begriffs ergibt sich allerdings eine weitere Schwierigkeit dadurch, daß Mimik, Gestik, Körperhaltung usw. im Zuge der Analyse nicht nur sprachlich repräsentiert und paraphrasiert, sondern explizit in einen illokutiven Akt übersetzt werden müssen« (*Goepfert* 1977, S. 154).

Damit sind wir nun in der Schwierigkeit, bezogen auf den Unterricht feststellen zu sollen, welche verbalen und nonverbalen Handlungen als kommunikative Handlungen aufgefaßt und interpretiert werden können. Kommunikationstheoretische und pragmlinguistische Kenntnisse reichen hierbei nicht aus, um innerhalb dieser intersubjektiven Beziehung bereits Allgemeingültiges festzustellen.

Es bedarf zunächst — und vor allen Dingen — auch differenziertester Untersuchungen nonverbaler Kommunikation im Kontext verbaler Kommunikation. Wertvolle Ansätze dazu liegen bereits vor (vgl. *Argyle* 1979, 1980; *Flehinghaus* 1975; *Hammer* 1981). Vielleicht können weitere Forschungsansätze, wie die z. B. von *Rehbein* und *Ehlich* (1977), innerhalb ihrer konsequent unterrichtsbezogenen Forschung eine differenziertere Darstellung des Zusammenhangs zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation eruieren. Uns ist das im Rahmen dieses Ansatzes nicht möglich.

Möglich, und aus dem bisherigen Stand unserer Überlegungen auch ableitbar, ist die von pragmlinguistischen und kommunikationstheoretischen Aussagen gestützte Forderung einer psychohygienischen Grundhaltung des Sonderpädagogen, die sich im Aufbau einer vertrauensvollen Schüler-Lehrer-Beziehung, als einer ganz wesentlichen Grundlage für die Mitarbeit des Patienten an seiner Therapie und Rehabilitation manifestiert. Sie bemüht sich u. a. als »vertrauensbildender Verhaltenskatalog« um eine Kongruenz zwischen Aussage und Form. In diesen Zusammenhang kann auch die Forderung von *Flehinghaus* gestellt werden, wonach »non-verbale Funktionen mit wortsprachlichen ... synchron ablaufen (sollen), und zwar auf der Basis sinnlicher Wahrnehmungen« (*Flehinghaus* 1975, S. 11).

Beachten wir sowohl dieses Postulat als auch den erwähnten psychohygienischen Grundsatz, so wird man zunächst den Aufbau einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Lehrer und sprachbehindertem Schüler als notwendige Bedingung für den therapieimmanenten oder -integrierten Unterricht anerkennen. Diese Beziehung läßt sich jedoch erst in einem von double-bind-Problemen freien Unterrichts- und Therapiegeschehen realisieren. Das heißt, der Lehrer muß sich vor allem darum bemühen, illokutive Eindeutigkeit in seinem Kommunikationsangebot herzustellen.

Fassen wir unsere bisherigen Überlegungen und vorläufigen Ergebnisse zusammen, so ergibt sich zum einen auf der Sprechaktebene die Gefahr der Dominanz des Lehrers (vgl. Carstens 1981), die sich auf die Identitätsbildung der sprachbehinderten Schüler negativ auswirken kann. Sie führt zur Forderung nach einem ausgewogenen, situationsangemessenen Angebot symmetrischer und komplementärer Kommunikationsvarianten im therapieimmanenten oder -integrierten Unterricht an der Schule für Sprachbehinderte.

Kommunikation, so haben wir festgestellt, realisiert sich in idealer Weise in einer symmetrischen Beziehung, und Symmetrie stellt von daher ein legales, wenn auch etwas idealisiertes, Ziel pädagogischen Tuns dar. Bemühungen um symmetrische Beziehungen werden jedoch bedroht von der Gefahr der double-bind-Problematik und können dann leicht zu einer besonderen Form der Asymmetrie führen. Dadurch entstehen beim Schüler nicht nur starke Verunsicherungen in bezug auf seine momentane Handlungsmöglichkeit, sondern vor allen Dingen auch hinsichtlich der Ausbildung der für die Kommunikationsfähigkeit als notwendig erachteten Teilfähigkeiten wie Empathie, Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz und Frustrationstoleranz. Die Ausbildung einer stabilen Ich-Identität des sprachbehinderten Schülers ist dann als gefährdet anzusehen.

Für den Lehrer bedeutet das Wissen um die möglicherweise negativen Auswirkungen des double-bind auf die Persönlichkeit des Schülers, konsequent eine sein gesamtes Handeln durchziehende therapeutische Haltung dahin gehend zu entwickeln, daß er double-bind vermeidet und sich um illokutive Eindeutigkeit bemüht. Durch dieses therapieimmanente Verhalten leistet er einen wesentlichen Beitrag zur Identitätsbildung seiner Schüler und damit zu einer wirklich stabilen Rehabilitation in den verschiedensten Dimensionen ihres Lebensvollzuges.

Literatur

- Argyle, M.: Körpersprache und Kommunikation. Paderborn 1979.
Argyle, M.: Die Sprache der Augen. *Der Sprachheilpädagoge* 12 (1980) 3, S. 66—75.
Austin, L.: Zur Therapie der Sprechakte. Stuttgart 1972.
Boettcher, W.: Kritische Kommunikationsfähigkeit. Implikationen eines Lernziels. Bebenhausen 1973.
Carstens, H.: Untersuchungen zur verbalen Interaktion im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte. Frankfurt/M., Bern 1981.
Ehlich, K., und Martens, K.: Sprechhandlungstheorie und double-bind. In: Wunderlich, D. (Hrsg.): *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt/M. 1972, S. 377—403.
Ehlich, K., und Rehbein, J.: Wissen, Kommunikatives Handeln und die Schule. In: Goeppert, Herma (Hrsg.): *Sprachverhalten im Unterricht*. München 1977, S. 36—114.
Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. *Die Sprachheilarbeit* 25 (1980) 1, S. 1—17.
Flader, D.: Soziale Rolle und psychosoziale Konflikte der Rollenträger als Determinanten der Unterrichtskommunikation. In: Goeppert, Herma (Hrsg.): *Sprachverhalten im Unterricht*. München 1977, S. 142—157.
Flehinghaus, K.-H.: Didaktische Prinzipien des Unterrichts an der Sprachbehindertenschule. *Der Sprachheilpädagoge* 7 (1975) 1, S. 1—15.
Goeppert, Herma: Schulunterricht als Beziehungsfalle. Kritische Anmerkungen zur Brauchbarkeit des Double-Bind-Konzepts. In: Goeppert, Herma (Hrsg.): *Sprachverhalten im Unterricht*. München 1977, S. 142—157.

- Graumann, C. F.: Interaktion und Kommunikation. In: Graumann, C. F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. VII, Sozialpsychologie: Forschungsberichte. Göttingen 1972, S. 1109—1262.
- Grönwoldt, P.: Unterricht als Sprachlernsituation. Symmetrische Kommunikationsbeziehungen und Identitätsbalance im Unterricht. In: Goeppert, Herma (Hrsg.): Sprachverhalten im Unterricht. München 1977, S. 344—356.
- Grohnfeldt, M.: Handlungstheoretische Aspekte in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Grohnfeldt, M., und Schoor, U.: Sonderpädagogisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik. Berlin 1981.
- Habermas, J.: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, J., und Luhmann, N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt/M. 1975, S. 101—141.
- Hammer, Waltraud: Körpersprache und Kommunikation. Der Sprachheilpädagoge 13 (1981) 1, S. 43—56.
- Heimann, P., Otto, G., und Schulz, W.: Unterricht — Analyse und Planung. Hannover 1972, 6. Aufl.
- Holtz, A.: Tiefenpsychologische Überlegungen zum Unterricht bei sprachbehinderten Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten. Der Sprachheilpädagoge 12 (1980) 4, S. 60—77.
- Krappmann, L.: Soziologische Dimension der Identität. Stuttgart 1969.
- Krappmann, L.: Lernen durch Rollenspiel. In: Klewitz, M., und Nickel, H.: Kindertheater und Interaktionspädagogik. Stuttgart 1972, S. 37—57.
- Maas, U., und Wunderlich, D.: Pragmatik und sprachliches Handeln. Frankfurt/M. 1972.
- Nickel, H.: Theaterrolle, Rollentheorie, Interaktionspädagogik. In: Klewitz, M., und Nickel, H.: Kindertheater und Interaktionspädagogik. Stuttgart 1972, S. 67—72.
- Ritz-Fröhlich, Gertrud: Verbale Interaktionsstrategien im Unterricht. Workshop Schulpädagogik. Ravensburg 1973, 2. Aufl.
- Searle, J. R.: Sprechakte — ein sprachphilosophisches Essay. Frankfurt 1971.
- Thimm, W.: Behinderung als Stigma, Überlegungen zu einer Paradigma-Alternative. Sonderpädagogik 5 (1975) 4, S. 149—157.
- Voit, Helga: Sprachaufbau beim gehörlosen Kind aus der Perspektive gestörter Beziehung. Rheinstetten 1977.
- Watzlawik, P., Beavin, J. M., und Jackson, D. D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern 1969.
- Werner, L.: Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 3, S. 77—83.
- Werner, L.: Neue Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte seit August 1980 in Baden-Württemberg in Kraft. Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 151—155.

Anschriften der Verfasser:

Dr. Ursula Horsch, Dipl.-Päd., Prof. Dr. Lothar Werner, Pädagogische Hochschule,
Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik, Keplerstraße 87, 6900 Heidelberg 1.

Aus der Organisation

XV. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, 29. September bis 2. Oktober 1982, Berlin

Ergänzend zum vorläufigen Programm teilen wir mit, daß zwei weitere Veranstaltungen durchgeführt werden:

1. Dr. R. Bindel, Kaiserslautern:
Dialogkapazität, Sprechunregelmäßigkeiten und Stottern beim Vorschulkind.
2. Dr. M. Schliep, Dortmund:
Sprachsystematisches Rechtschreibtraining und Förderung der Lernmotivation.

Zeit und Raum werden im endgültigen Programm mitgeteilt.

Trieglaff
Landesgruppe Berlin

Professor Otto Braun

an die Pädagogische Hochschule Reutlingen berufen.

Herr Professor Otto Braun wechselte von der Freien Universität Berlin an die Pädagogische Hochschule Reutlingen. Seit April 1982 vertritt er den Bereich Pädagogik und Didaktik bei Sprachbehinderten und übernimmt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. W. Orthmann. Wir wünschen Herrn Braun viel Erfolg und Freude bei seiner neuen Arbeit im Reutlinger Kollegium.

M. Grohnfeldt

2. Europäischer Kongreß für Myofunktionelle Therapie

Vom 26. bis 28. November 1982 findet in Hamburg der zweite europäische Erfahrungsaustausch über die Myofunktionelle Therapie statt.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Daniel Garliner, Coral Gables, USA.

Tagungssprache:

Deutsch. Englische Vorträge werden übersetzt.

Tagungsort:

Hotel Plaza, Marseiller Straße 2, 2000 Hamburg 36.

Teilnahmegebühr:

580 DM (inkl. 3 gemeinsame Mittagessen).

Anmeldung: Peter Helms,

Eppendorfer Landstraße 108, 2000 Hamburg 20.

Internationaler Kongreß

»Drogen im Kindes- und Jugendalter« am 26./27. November 1982 in München.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, zusammen mit dem Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands, dem Berufsverband der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Deutschen Grünen Kreuz.

Auskünfte erteilt: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Dr. M. Pachler, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (089) 72 50 71/78.

»Sprachprüfung für Kleinkinder«

Die Julius-Kardinal-Döpfner-Schule für Sprachbehinderte in Schweinfurt (Außenstelle Gerolzhofen) beabsichtigt, eine testtheoretische Prüfung

und ggf. Normierung der in der Praxis häufig eingesetzten »Sprachprüfung für Kleinkinder« (SPKK) nach *Wurst* durchzuführen. Wer über möglichst exakt bearbeitete Testprotokolle verfügt, wird hiermit gebeten, diese zur Verfügung zu stellen. Gleichfalls wäre es interessant zu wissen, ob ein ähnlicher Versuch bereits bei einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde. Adresse: Dipl.-Psych. M. Zobel, Dreimühlenstraße 22, 8723 Gerolzhofen.

8. Jahreskonferenz der Leiter von stationären Sprachheileinrichtungen

Am 13. und 14. Mai 1982 fand im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., die 8. Jahreskonferenz der Leiter der stationären Sprachheileinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland statt.

Im Vordergrund der Aussprache standen die Auswirkungen, die die Kürzungen im BSHG, vor allem im § 43, auf die Versorgung Sprachbehinderter bereits haben.

Mit Sorge wurde festgestellt, daß aus Kostengründen notwendige Behandlungsmaßnahmen unterbleiben.

Es zeigte sich ferner, daß die Regelungen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich sind und schwer Vergleiche gezogen werden können. Darüber hinaus verfahren aber auch innerhalb der Bundesländer die örtlichen Sozialämter unkoordiniert und widersprüchlich.

Weitere Gesprächsthemen waren:

- Die Zukunft der Sprachheilheime, besonders unter dem Gesichtspunkt verbesserter konkurrierender Behandlungsmöglichkeiten und der Kostenentwicklung im Sozialhilfe- und Gesundheitsbereich.
- Notwendigkeit und Formen der Öffentlichkeitsarbeit.
- Zukünftige Aufgaben der ständigen Konferenz der Direktoren von stationären Sprachheileinrichtungen.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten fand das Therapie-Konzept des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth zur Behandlung zentralorganisch sprachentwicklungsgestörter Kinder, das anhand von Video-Aufzeichnungen instruktiv vorgestellt wurde, besondere Anerkennung.

Die nächste Direktoren-Konferenz soll im Mai 1983 im Sprachheilzentrum Calw-Stammheim stattfinden.

Volker de Vries

7. Berchtesgadener Tage der Landesgruppe Hessen

Die nun schon allgemein bekannte überregionale Fortbildungstagung fand wiederum in vorösterlicher Zeit vom 29. März bis zum 3. April 1982 im Gästehaus des Bayerischen Lehrerinnen- und Lehrervereins Schloß Fürstenstein in Berchtesgaden statt.

Auf dem Programm standen als Rahmenthemen Fragen zur Aphasiebehandlung und Probleme der Selbsthilfegruppen Sprachgestörter. Dazu gab es zunächst wie immer am 29. März eine Bücher- und Materialenausstellung mit erläuternden Kommentaren (Arno Schulze, Kirchhain), abends zeigte Gregor Heinrichs, Essen, seinen Film über die Fortbildungstage 1981.

Am 30. März gab Arno Schulze, Kirchhain, einen einführenden Überblick zur Aphasie und zu den Redeflußstörungen, und es wurden Bemühungen zur Gründung von und zur Arbeit in Selbsthilfegruppen Sprachgestörter angesprochen. Dabei wurde ausdrücklich, wie auf der gesamten Tagung, auf die notwendige enge Zusammenarbeit mit der Medizin hingewiesen. Am Nachmittag wurde von Renate Braun, Köln, zur Aphasiebehandlung im einzelnen referiert, wobei Hilfs- und Selbsthilfebestrebungen ebenfalls im Vordergrund standen. Dazu wurde u. a. der Berufsverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. vorgestellt. In der Abendveranstaltung gaben Norman Bush, Zürich, und Arno Schulze, Kirchhain, Informationen über Selbsthilfegruppen in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland.

Der 31. März brachte dann die Hospitationen in der Rehabilitationsklinik Loipl/Bischofswiesen (Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Peckö), wo wieder die Versorgung und die Nachsorge der Aphasiker im Mittelpunkt der Diskussionen mit Prof. Peckö und dem Rehabilitationspersonal standen. In Arbeitsgruppen am Abend wurden in praktischen Beispielen die Besichtigungsergebnisse ausgewertet. Es wurden auch Video-Aufnahmen von Aphasikerbehandlungen gezeigt.

Am 1. April sprach Wolfgang Scheuermann, Copenbrügge, besondere Aspekte der Aphasiebehandlung an. Nach dem Einschub eines speziellen Themas zur Integration sprachbehinderter Vorschulkinder (Otto-Friedrich von Hindenburg, Hannover) nachmittags sprach abends als Mitglied einer Stotterer-Selbsthilfegruppe Dr. Ludwig Werle, Daun, zum Thema »Erfahrungen beim Atmen — mit und ohne Stottern«.

Der 2. April gehörte mit seinem Vormittag der Information über das Sprachheilwesen in Schleswig-Holstein (Armin Wiebe, Lensahn), wobei beson-

ders die neue Sprachheilunterrichtsordnung dieses Bundeslandes den Zuhörern unterbreitet wurde.

Nach der Mittagspause referierte Klaus Strüber, Marburg (der auch bei der Tagungsorganisation engagiert mithalf), über »Stottern und Emotionalität«, und er fußte hauptsächlich auf eine Arbeit von Krause aus dem Jahre 1981.

Die Abendstunden standen dann wieder den Selbsthilfegruppen zur Verfügung, und Norman Bush, Zürich, führte sehr gekonnt und anschaulich die »Naturmethode« zur Selbstbehandlung des Stotterns vor.

Am Vormittag des 3. April leitete Arno Schulze, Kirchhain, ein Podiumsgespräch, das neben einem Fazit der Tagung auch die Weiterentwicklung der Aphasiker-Versorgung und der Arbeit in Sprachgestörten-Selbsthilfegruppen zum Thema hatte.

Auch die 7. Berchtesgadener Tage haben anschließend in der örtlichen und überörtlichen Presse ein öffentlichkeitswirksames Echo gefunden.

Arno Schulze

14. Inzigkofener Gespräche

Auch die 14. IG, die vom 5. bis 7. März 1982 stattfanden und das Rahmenthema Hören — Zuhören — Hörerziehung — Hörbehinderung — Gehörlosigkeit — Hörtherapie in den Mittelpunkt gestellt hatten, erfreuten sich eines außerordentlichen Interesses. Obwohl die Regionaltagung, die vor allem Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Logopäden, Phoniater, Sprachbehindertenpädagogen und Sprecherzieher Baden-Württembergs vereinigt, in diesem Jahr — dem Thema gemäß — mehr auf Einzelvorträge abgestellt war, konnten die Inhalte in vielen Gesprächen vertieft werden. Dies war auch deshalb möglich, weil alle Referenten bis zum Schluß der Tagung zur Verfügung standen.

Das Tagungsprogramm setzte sich wie folgt zusammen: Prof. Dr. med. Günter *Stange*, Direktor der HNO-Klinik des Klinikums der Stadt Karlsruhe: »Physiologie und Patho-Physiologie des akustischen Systems und des Hörverstehens«; Armin *Löwe*, Prof. für Pädoaudiologie und Gehörlosenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg: »Zur Terminologie der Hörschäden aus sonderpädagogischer Sicht« und »Hörerziehung auch für gehörlose Kinder?«; Dr. phil. Klaus K. *Urban*, Fachbereich Erziehungswissenschaft I, Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover: »Hörverstehen in der Schule — Lernprozeß oder Schicksal?«; Dipl.-Sprechwissenschaftler, Dr. phil. Geert *Lotzmann*,

Fachgebiet Sprechwissenschaft und Sprech-
erziehung an der Universität Heidelberg: »Aku-
pädie aus sprecherzieherischer und logopädischer
Sicht«; Dieter *Kroppenberg*, Wiss. Mitarbeiter im
Fachgebiet IV — Sonderpädagogik, Fachrichtung
Sprachbehindertenpädagogik, der EWH Rhein-
land-Pfalz in Mainz: »Sprachsonderpädagogische
Förderung eines fünfzehnjährigen Mädchens mit
auditiver Dysgnosie«; German *Frank*, Sprachheil-
lehrer am Sprachheilzentrum Ravensburg, und
Fachschulrat Peter *Grziwotz-Buck*, Sprachheil-
lehrer am Sprachheilzentrum Ravensburg: »Maß-
nahmen zur Hörerziehung mit Sprache bei stam-
melnden Kindern im Vorschulalter und in den
ersten Grundschuljahren«; Dietlind *Jacobi*, Atem-,
Sprech- und Stimmlehrerin an der Schule am
Sommerhoffpark, Schule für Hörbehinderte in
Frankfurt/M.: »Arbeit mit hörgeschädigten Vor-
schulkindern nach den Prinzipien der Schule
Schlaffhorst-Andersen«; Prof. Dr. med. Claus *Tho-
mas*, Staatliche Hochschule für Musik in Freiburg:
»Auditive Sensibilisierung durch musikalisch-
polyästhetische Übungsformen«; Sabina
Manassi, Leiterin des »Instituts für Audio-Psycho-
Phonologie« in Zürich: »Beziehung Ohr — Körper
— Sprache. Pädagogik des Hörens«.

Die 15. IG finden vom 11. bis 13. März 1983 statt.
Das Rahmenthema lautet: Zur Diagnose und The-
rapie der Sprechangst (Logophobie).

Verwiesen sei noch auf zwei Publikationen, hgg.
von G. *Lotzmann*: 1981 erschien in der Reihe
»Patholinguistica« im Wilhelm Fink Verlag, Mün-
chen, als Band 8 der Titel: »Elternberatung und
Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hör-
störungen« (11. IG); im 4. Quartal 1982 erscheint im
Beltz Verlag, Weinheim/Basel, in der Reihe »For-
schungsberichte« der Titel »Nonverbale und ver-
bale Ausdrucksgestaltung in der Behandlung von
Sprech-, Sprach- und Hörstörungen« (12. und 13. IG).

Geert Lotzmann

50 Jahre Institut für Heilpädagogik Luzern

In Anwesenheit hoher Prominenz aus kirchlichen,
politischen und fachlichen Kreisen feierte das In-
stitut für Heilpädagogik in Luzern vor kurzem sein
50jähriges Bestehen. Die Festschrift (Nr. 1/1982
der Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre
Nachbargebiete) versetzt den aufmerksamen Leser
in anerkennendes Staunen angesichts des weit-
sichtigen Pioniergeistes der Gründerzeit und der

mannigfaltigen Impulse dieses privaten Instituts
während fünf Jahrzehnten. Für uns besonders er-
staunlich ist, daß gemäß Gründungsprotokoll der
damalige Direktor, Dr. J. Spieler, bereits 1932 von
einer Zentralstelle sprach, »in der alle heilpädago-
gischen und pädagogischen Strömungen der
Gegenwart, sowohl diejenigen der Schweiz als
auch diejenigen des Auslandes, beachtet werden.
Auf dieser Zentralstelle soll ein Archiv eingerichtet
werden, Zeitschriften, Zeitungsartikel, Gesetze,
Verordnungen etc., welche das Gebiet der Heil-
pädagogik oder Pädagogik betreffen, enthaltend«
(VHN 1/1982, S. 11). Es sollte also eine Zentralstelle
geschaffen werden, »welche die Vorgänge beob-
achtet, verarbeitet und der Öffentlichkeit in Form
von Beratungen nutzbar macht« (VHN 1/1982,
S. 12). — Idee und Bezeichnung einer Zentralstelle
sind also bedeutend älter als die vor zehn Jahren
gegründete Schweizerische Zentralstelle für Heil-
pädagogik (SZH). So war es wohl kein Zufall, daß
der Direktor des Instituts, Prof. Dr. E. Montalta, als
damaliges Vorstandsmitglied des Verbandes der
Heilpädagogischen Seminarien der Schweiz zu
den Mitgründern der Zentralstelle zählte.

Obschon das Institut für Heilpädagogik und die
Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik
seit je voneinander unabhängige Institutionen
sind, werden sie sehr häufig verwechselt. Das In-
stitut für Heilpädagogik sieht seine Hauptaufga-
ben in der Erziehungsberatung, der Sprachheil-
behandlung sowie der Publikation der »Viertel-
jahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nach-
bargebiete«. Es betrachtet sich als katholisches,
interkonfessionell tätiges Sozialwerk mit kirch-
lichem Auftrag. Damit sind die Hauptunterschiede
zur Schweizerischen Zentralstelle für Heilpäd-
agogik gegeben, welche mit ihrer sehr breiten
Trägerschaft aus öffentlichen und privaten Mit-
gliedern nicht konfessionell ausgerichtet ist, fer-
ner keine direkte Behindertenhilfe leistet und ihre
Informations-, Dokumentations- und Koordina-
tionstätigkeit auf den gesamtschweizerischen
Raum bezieht.

Mit der Demission seines bisherigen Direktors,
Prof. Dr. E. Montalta, wird das Institut für Heilpäd-
agogik an der Löwenstraße 5 in Luzern Ende die-
ses Jahres in ein neues Dezennium eintreten. Als
»Nachbar« wünschen wir ihm weiterhin viel Glück
und Erfolg.

Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik
(SHZ), Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern (Tele-
fon 041-23 18 83).

Würdigungen

Oberschulrat Otto Lettmayer, Sonderschuldirektor i. R., verstorben

Otto Lettmayer wurde am 16. Oktober 1899 in Wien geboren. Nach einem arbeitsreichen, erfüllten Leben ist er unerwartet am 29. April 1982 heimgegangen. Auf dem Friedhof in Neustift am Walde hat er seine letzte Ruhestätte gefunden.

Wir verlieren mit ihm einen der bedeutendsten Sprachheilpädagogen der vergangenen Jahrzehnte, dem nicht nur unsere österreichischen Kollegen viel zu verdanken haben. Als junger Volksschullehrer hatte er das Glück, zwei hervorragende Männer zu Lehrern gehabt zu haben, den Arzt Emil Fröschels und den Pädagogen Karl Cornelius Rothe. Sie bestimmten weitgehend seinen Werdegang und waren ihm Leitbilder. In erfolgreicher Teamarbeit hat er es verstanden, die Logopädie aus ihrer vorwiegend medizinisch bestimmten Gerichtetheit zu lösen und ihre pädagogische Aufgabe zu sichern.

Schon von 1927 an bis 1971 trat er in Fachzeitschriften mit wohl mehr als dreißig Veröffentlichungen hervor. Maßgeblichen Anteil hatte er als Begründer der Ableitungsmethoden in der Stammerbehandlung. Aber auch in anderen Bereichen, wie zum Beispiel auf dem Gebiet der logopädischen Behandlung von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltenpatienten und Stotterern, trat er hervor. Besonders bekannt sind seine Schriften »Rat und Hilfe bei Sprachstörungen« (zus. mit Haas, Maschka und Spanner) sowie »Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung« (zus. mit Führung), 1981 in 8. Auflage, das Standardwerk für angehende Sprachheilpädagogen.

Er baute die Wiener Sprachheilschule nach dem Kriege wieder auf und leitete sie von 1946 bis 1964. Sie wurde wie die Schule Karolinenstraße in Hamburg zu einer zentralen Stelle für Fachpädagogen und Studierende.

Otto Lettmayer war für unsere österreichischen Kollegen das, was Johannes Wulff für die deutsche Sprachheilpädagogik bedeutete. Er referierte auf zahlreichen Tagungen — auch außerhalb Österreichs, er arbeitete mit an der Herausgabe der Mitteilungen der österreichischen Arbeitsgemeinschaft, er organisierte Fachtagungen und führte Kurse durch, er war Dozent und Prüfer. Vor allem aber war Otto Lettmayer ein sehr liebenswerter, großartiger Mensch, der uns unvergessen bleiben wird.

Es ist nicht möglich, seiner Persönlichkeit an dieser Stelle ausführlich gerecht zu werden. In den Fachzeitschriften ist er oft gewürdigt worden, zuletzt anlässlich seines 80. Geburtstages. Eine Zusammenstellung seiner Veröffentlichungen findet sich in einer Bibliographie von Ingrid Jordan in »Der Sprachheilpädagoge«, Sonderheft 1/1977.

In den letzten Jahren war es um Otto Lettmayer stiller geworden. Er reiste mit seiner Frau oft und gern zu seinen Töchtern in die Schweiz und die Bundesrepublik. Ihnen allen gilt unser Mitgefühl.

Die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik verlor ihren Ehrenvorsitzenden, die Deutsche Gesellschaft ein geachtetes Ehrenmitglied. Wir werden seine Stimme vermissen.

Wiechmann

Hermann Stutte 1. 8. 1909 — 22. 4. 1982

Am 22. April 1982 verstarb das Ehrenmitglied der Landesgruppe Hessen Prof. Dr. med. Dr. phil. h. c. Dr. jur. h. c. Hermann Stutte, ehemaliger Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, des Instituts für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe der Philipps-Universität und der Erziehungsberatungsstelle Marburg.

Er hat sich große Verdienste beim Aufbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiger Wissenschaft erworben — 1954 wurde ihm der erste Lehrstuhl dieser Disziplin in der Bundesrepublik übertragen. Von Anfang an sah Hermann Stutte die Verflechtung seines Gebietes mit vielen benachbarten Fachgebieten. Das zeigen die zahlreichen Ehrungen, die ihm zuteil wurden, und die vielfältigen Aufgaben, die er in »nichtmedizinischen« Gremien wahrnahm. Dabei waren es vor allem sozial- und heilpädagogische Probleme, denen er seine Arbeitskraft widmete — sei es beim Abstecken der »Grenzen der Sozialpädagogik« (1958), sei es durch Mitwirkung bei der Gründung einer deutschen Vereinigung von Eltern und Freunden geistig Behinderter, der »Lebenshilfe« (1958), sei es durch Mitwirkung bei der Einrichtung der »Lehrgänge zur Ausbildung von Sonderschullehrern« in Marburg (1955) — dort wurden immer Lehrveranstaltungen über Sprachstörungen im Kindesalter aus neuropsychiatrischer Sicht angeboten —, sei es bei der Abfassung eines Fachwörterverzeichnisses für Jugendwohlfahrtspflege und Jugendrecht (1953).

Die große Zahl seiner fachmedizinischen Veröffentlichungen kann hier nicht aufgeführt wer-

den. Es sei nur auf Arbeiten über Aphasie und zur Klärung des Aphasiebegriffs verwiesen und auf den von ihm geprägten Begriff des »Tersites-komplexes«, der auch im Bereich der Sprachbehinderungen, insbesondere beim Stottern, zur Theoriebildung über die Genese beitragen kann.

Hermann Stutte räumte in seiner klinischen Arbeit der Mitwirkung von Sonderpädagogen, Sozialpädagogen und Psychologen neben den Ärzten, Schwestern und Krankenpflegern einen breiten Raum ein. Der Gründung der Klinik im Jahr 1957 folgte ein Jahr darauf die Einrichtung von Sonderschulklassen, die durch seine entschiedene Befürwortung zu einer eigenständigen Schulform in Hessen, der Schule für Kranke, entwickelt wurden.

Von diesem organisatorischen und fachübergreifend-wissenschaftlichen Wirken abgesehen war Hermann Stutte ein Mensch, der durch sein verständnisvolles geduldiges Eingehen auf die Probleme seiner Patienten und durch Einbeziehung aller Mitarbeiter in den diagnostisch-therapeutischen Prozeß ein Arbeitsklima schuf, das heilende Kräfte in allen Bereichen freisetzte.

Hermann Stutte war Arzt und Lehrer, der nicht nur angehende Ärzte und Psychologen, sondern auch Sonderpädagogen aller Fachrichtungen — unter ihnen natürlich auch Sprachheilpädagogen und Logopäden — jahrzehntelang entscheidend geprägt hat. Wir können des Verstorbenen nicht besser gedenken als durch Zusammenarbeit über alle fachlichen und berufsständischen Grenzen hinweg zum Wohle unserer Behinderten.

Helmut Metzker

Dietrich Schlosser verstorben

Am 20. Mai 1982 verstarb unser am 6. August 1928 in Breslau geborenes langjähriges Mitglied, der Sprachheilpädagoge und Sonderschulkonrektor Dietrich Schlosser aus Geisenheim.

Er kam nach dem Kriege zuerst nach Limburg/Lahn, studierte dann am Pädagogischen Institut in Weilburg und war seit 1949 in den Volksschulen von Oestrich, Geisenheim und Assmannshausen als Lehrer tätig.

Das Zusatzstudium zum Sonderschullehrer mit der Fachrichtung Sprachheilpädagogik absolvierte er von 1957 bis 1959 an der Philipps-Universität in Marburg. Ab April 1961 verlegte er sein sonderpädagogisches und sprachheilpädagogisches Arbeitsfeld in die Sonderschule des St. Vincensstiftes in Aulhausen, wo er am 7. Mai 1965 zum Sonderschulkonrektor ernannt wurde. Bald schon war er auch der sehr engagierte Sprachheilbeauftragte des Rheingaus in Rüdeshcim.

Mit Dietrich Schlosser ist auf besonders tragisch-unerwartete Weise ein sehr lieber und guter Kollege und Freund von uns gegangen, ein Mensch, immer bereit zu Rat und Hilfeleistung. Er begeisterte durch seine liebevoll-gütige und unbeirrt konsequente pädagogische Aktivität, die nie in leere Betriebsamkeit verfiel und von tiefgefühlendem Humor getragen wurde.

Wir werden unseren Dietrich auch im größten Gedenke dieser Zeiten nicht vergessen können: Die Spuren, die er hinterließ, sind tief und bleibend.

Arno Schulze

Bücher und Zeitschriften

Geert Lotzmann (Hrsg.): Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen. Patholinguistica 8. Wilhelm Fink-Verlag, München 1981. 176 Seiten. 28 DM.

Mit dieser Arbeit erscheint die mittlerweile siebte Publikation über die Referate und *work-shops* der »Inzirkofener Gespräche«, die sich unter der Leitung des Herausgebers zu einer fest etablierten und gern besuchten Fortbildungsveranstaltung im süddeutschen Raum entwickelt haben. Auch dieser Bericht steht für zwei Besonderheiten dieser Tagung, wenn er ein sehr umfangreiches und gleichzeitig ein in der Literatur der Sprachbehindertenpädagogik selten vorzufindendes Themengebiet anbietet. Allein durch den letzten Aspekt verdient der Band schon Interesse, während die extreme Bandbreite der Thematik doch auch Pro-

bleme in sich birgt. So kann weder das Vorwort von Lotzmann noch einer der Aufsätze grundsätzliche und allgemeingültige Überlegungen zur Struktur der einzelnen Bereiche formulieren. Eine Klärung der Differenzierungen zwischen Beratung und Therapie oder eine Einschätzung der Rolle, Funktion und Kompetenz der einzelnen Berufsgruppen, die in der beratenden und therapeutischen Arbeit mit Familien aktiv sind, all das bleibt unerwähnt oder nur recht oberflächlich abgehandelt. Ich halte diese Fragen, z. B. auf dem Hintergrund der Inflationierung des Therapiebegriffs, für nicht so randständig, wie es in der Einleitung dargestellt wird.

Doch bleiben wir bei der vom Herausgeber definierten Absicht, »verschiedene Therapeutengruppen nach ihren Beratungs- und Therapiekonzept-

ten zu befragen« (S. 8). Eröffnet wird die Arbeit mit Gedanken von Orthmann, die auf einem 1973 veröffentlichten Buch von Wyatt über »Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihrer Behandlung« basieren. Mißt man den Ertrag des Aufsatzes an seiner Überschrift (Vorstellung eines familien-therapeutischen Konzepts nach G. L. Wyatt), so wird man enttäuscht. Nach der graphisch gelungenen Präsentation der wichtigsten sprachlichen Kommunikationsebenen (psychologische, linguistische, physiologische, akustische) endet das Referat für den Leser sehr abrupt, ohne daß zur Frage der Familientherapie überhaupt etwas Nennenswertes ausgesagt worden wäre. Wesentlich erfreulicher wirken die aus einem gesunden Mischungsverhältnis von theoretischer Begründung und praktischer Berichterstattung bestehenden Überlegungen von Heinrich, der seine Elternberatung und -arbeit aus der Sicht des Sprachheillehrers vorträgt und sich dabei an tiefenpsychologischen Theorien und Vorgehensweisen orientiert, etwa an der psychischen Aufteilung der Familienkonstellation nach H. E. Richter. Sprachauffälligkeiten haben für Heinrich immer einen Syndromcharakter, wobei die soziale und emotionale Problematik nach seinen Erfahrungen, die an Fallbeispielen demonstriert werden, vor allem beim Stottern und bei Sprachentwicklungsverzögerungen gehäuft zu beobachten ist. Relevant erscheint mir seine abschließende Kritik, daß gar nicht oder zu wenig auf die Vermittlung von Kenntnissen aus der Tiefenpsychologie in der Ausbildung des Sprachheillehrers Bedeutung gelegt wird. Aus der Arbeit in der Phoniatrie-logopädischen Ambulanz in Heidelberg referieren Franke und Futterknecht. Interessant ist die gegensätzliche Erfahrung zu Heinrichs Thesen, denn die Autorinnen formulieren aus ihrer Praxis die Hypothese, daß außer bei den stotternden Kindern bei Vorschulkindern mit multipler Dyslalie *ohne SEV* mit einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung gerechnet werden muß. Liegen hier unterschiedliche Definitionen von Sprachentwicklungsverzögerung vor, oder heißt das, daß das Potential der Kinder mit Sprachauffälligkeiten und auffälligen psychischen Schwierigkeiten im Familienkontext noch größer ist, als Heinrich angibt? Unabhängig davon, wie man diese Frage beantwortet, wird bei allen drei Referenten die fundamentale Bedeutung der Beachtung und des Umgangs mit familiären Konflikten bei vielen sprachbehinderten Kindern unmißverständlich deutlich. Geissner orientiert sich in ihrem Vortrag an der Fragestellung »Eltern lehren ihre Kinder sprechen — wer lehrt sie?«, ohne dabei zu einer Antwort vorzudringen. Immerhin, wer Gedanken zum Dialekt, zur schichtspezifischen Muttersprache,

zum »Wie« des Sprechens oder zur Wertschätzung der Kommunikation nachlesen möchte, der kann dies in diesem Beitrag tun. Zusammenhängend betrachten muß man die folgenden Ausführungen von Hagner und Steffen. Letzterer ist einem breiten Publikum der Sprachbehindertenpädagogik durch sein Referat bekannt, das er 1978 in Hannover auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik über »Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen« gehalten hat. Dieser Text findet sich auch in diesem Band von Lotzmann. Hier wird ebenfalls ein mehr tiefenpsychologisch ausgerichtetes Konzept der Familientherapie zugrunde gelegt, mit Fallbeispielen veranschaulicht und in seiner Relevanz bei Sprachauffälligkeiten relativiert. Aufgrund der Erfahrungen mit 30 Kindern spricht Steffen von je einem Drittel primär psychogener, sekundär psychogen verstärkter und ausschließlich organischer Verursachungen von Sprachentwicklungsverzögerungen. Für die Aktivierung der Zuhörer relevant geworden sind in Inzirkofen vor allem die *workshops*. Hagner berichtet von einem solchen Unternehmen unter dem Titel »Familiendynamische und -therapeutische Aspekte bei Sprech- und Sprachstörungen in dialoggestörten Familien«. Dabei zeigt sich die Schwierigkeit, die Atmosphäre solcher *workshops* schriftlich zu fixieren. Der Leser kann die Bedeutung der Selbst-Erfahrung der Thematik bei den Tagungsbesuchern nur erahnen. Unbedingt unterstreichen sollte man den Schluß der Ausführungen, daß der Sprachheillehrer und Logopäde nicht die Familienbehandlung durchführen sollte, aber durch sein Wissen von der Familiendynamik eine entsprechende Hinweisfunktion auf eine solche Therapie für die Eltern übernehmen kann. Schließlich kommen Dierig und May zu Wort: Sie berichten über die Familienarbeit bei hörgeschädigten Kindern und verweisen auch für diese Population auf die psychische Bedeutung der Behinderung. Ob die von den Autoren geäußerte These, daß die enge Zusammenarbeit des Sonderschullehrers mit der Familie selbstverständlich ist, auch in der Realität so eindeutig befolgt wird und überhaupt befolgt werden kann, wage ich zu bezweifeln. Ebenfalls skeptisch ist der Meinung zu begegnen, daß familientherapeutische Interventionen nur durch rechtliche und organisatorische Grenzen der sonderpädagogischen Arbeit und durch das Familiensystem beeinträchtigt werden. Bei einer solchen Argumentation fehlt völlig der Sonderpädagoge und seine Ausbildungssituation, ein Komplex, der doch wohl das eigentliche Hindernis bei der Ausübung von Familientherapie darstellt. Die angeführten Fallbeispiele in diesem Beitrag zeigen zwar wichtige Anamnesedaten und Verhaltensinterpretatio-

nen und -erklärungen, schweigen aber vor allem dort, wo man konkrete Angaben über das therapeutische Vorgehen erwartet. Die beiden letzten, sehr ausführlichen Referate von Kemper und Büscher zeigen den Ansatz einer Familienarbeit aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie nach Rogers und der Transaktionsanalyse nach Berne. Beide Arbeiten bemühen sich um eine kurze, aber verständliche und fundierte Einführung in die entsprechenden Grundlagen ihrer Praxis, was ihnen zweifelsohne auch gelingt. Unbefriedigend wirkt der Bezug der eigenen Arbeit und des eigenen Ansatzes zur Zielgruppe der gesamten Thematik, nämlich den mit Sprech-, Sprach- und Hörstörungen lebenden Kindern und Familien. Hier scheint auch gleichzeitig das Dilemma und der Vorteil dieser Schrift insgesamt zu liegen. Der Praktiker, der mit konkreten Erwartungen, eventuell mit der schnellen Umsetzbarkeit des Gelesenen (im Buch) oder des Erlebten (auf der Tagung) in seine Praxis an die Problematik herangeht, wird streckenweise enttäuscht werden, er wird sich aber auch fragen müssen, ob seine Erwartungshaltung überhaupt einzulösen ist, ohne daß das Angebot nicht zu griffig und oberflächlich wird. Der Leser, der sich Anregungen holen möchte für die Intensivierung oder Fundierung seiner Elternarbeit, wird bei der Lektüre des Buches bestimmt Hilfreiches finden, weil er durchaus Ideen, Beispiele, Hintergründe, aber auch Hinweise zum eigenen Weiterlesen, ja sogar Weiterbilden im Sinne zusätzlicher Ausbildungsangebote bekommt, die (und hier wird Lotzmann dem Anspruch an diese Arbeit durchaus gerecht) aus verschiedenen Richtungen das globale Thema angehen.

Axel Holtz

Replik zur Rezension von Hildegard Heidtmann

(Heft 1, 1982; S. 47): *Peter Oberacker* (Hrsg.): *Lernen durch Handeln*. Hilfen und Übungsreihen für elementares Lernen. Verlag Konrad Wittwer, Stuttgart 1981.

In Heft 1, 1982, rezensiert Frau Heidtmann die genannten Hilfen und Übungsreihen für elementares Lernen — frischfröhlich, ohne sich einen Deut um den Adressatenkreis der Reihe zu kümmern — und attestiert »sehr oberflächliche Konzeption und Ausführung«. Konnte Frau Heidtmann aus den beigegebenen Begleittexten tatsächlich nicht entnehmen, daß sich die Reihe schwerpunktmäßig auf *geistig behinderte* Schüler und deren spezifische Lernausgangslage bezieht, oder muß sie sich — in Umkehrung des von ihr gezogenen Fazits — den Vorwurf einer sehr oberflächlichen Interpretation und Ausführung gefallen lassen? Wer konstatiert, daß »die Zielgruppe ‚Jugendliche‘ reichlich hochgegriffen (sei), die geforderten Tätig-

keiten ... gewöhnlich in den ersten Grundschuljahren gelernt« würden, und kritisiert, »daß das Ziel des Schneidens stark im Vordergrund steht und diesem lediglich ein Inhalt aufgepfropft wurde, ohne als solcher von Bedeutung zu sein«, hat vielleicht nicht unrecht aus der Sicht der Regelpädagogik, dokumentiert damit jedoch völlige Uninformiertheit über geistig behinderte Schüler und ihre individuellen Lernvoraussetzungen und totale Unkenntnis der Zielsetzungen und Lerninhalte der Geistigbehindertenpädagogik.

Vielleicht müßte sich die Rezensentin unter diesem Aspekt tatsächlich noch etwas intensiver mit dem von ihr negativistisch angemerkten »gerade vorherrschenden Vokabular« auseinandersetzen. Danach könnte man dann in eine Diskussion eintreten, ob tatsächlich »alle drei Übungsreihen überflüssig sind« oder nur weitere Kommentare.

Oberacker

Marion Bergk: Leselernprozeß und Erstlesewerke.

Analyse des Schriftspracherwerbs und seiner Behinderungen mit Kategorien der Aneignungstheorie. Kamp Verlag, Bochum 1980. 396 Seiten. 36 DM.

Das Buch wendet sich an Pädagogik-Studenten und Lehrer der Regel- und Sonderschule. Je nach Interessenlage ist ein unterschiedlicher Einstieg in die Problematik möglich, d.h., es kann mit der Lektüre eines beliebigen der insgesamt vier Teile begonnen werden. Die vier Teile sind:

1. Herausbildung der lerntheoretischen Kategorien;
2. Entfaltung des Lerngegenstandes Schriftsprache und Lesen;
3. Entwicklung des Modells vom Leselernprozeß;
4. Analyse der Erstlesewerke mit Kriterien dieses Modells.

Als Ausgangspunkt für die Entwicklung der lerntheoretischen Kategorien werden Vorteile struktureller Lerntheorien aufgezeigt und die Aneignungstheorie dargestellt. Aus dem Modell nicht-behinderten Lernens im Sinne der Aneignung gesellschaftlichen Erbes werden Kriterien für das Auffinden, Vermeiden und Überwinden von Behinderungen des Lernens abgeleitet. Derartige Behinderungen werden den betroffenen Schülern nicht als individuelle Mängel zugeschrieben, sondern als Beeinträchtigung des gesellschaftlichen Prozesses Lesenlernen verstanden, bei dem viele Faktoren auf komplexe Weise ineinandergreifen. Im zweiten Teil wird in der Gegenüberstellung zur Lautsprache gezeigt, inwiefern die Schriftsprache sowohl kommunikationsfördernde als auch blockierende Funktionen erfüllen kann, und ihre Bedeutung für die psychische Tätigkeit und Ent-

wicklung der Schüler wird hervorgehoben. Um die komplexe Struktur der Schriftsprache sichtbar zu machen, werden neben phonologischen auch phonetische Kategorien verwendet. Auf der Grundlage der erarbeiteten Begriffe wird die Lesehandlung modellhaft dargestellt. Im dritten Teil wird ein lerntheoretisch und psycholinguistisch fundiertes Modell des Leselernprozesses entwickelt. Bergk zeigt, wie man den Vorgang der »Analyse durch Synthese« unzerteilt belassen und die Schüler zum selbsttätigen Entdecken der Strukturelemente anregen kann. Insbesondere führt sie Möglichkeiten an, »die Abstraktionsleistungen beim Lesen zu vergegenständlichen, die Mundart der Hochsprache als gleichwertig gegenüberzustellen, das Schreiben als Lesehilfe einzusetzen, den Lesevorgang systematisch zu verkürzen und zu automatisieren und Differenzierungsprobleme durch kooperative Überprüfung und Korrektur der Lernhandlung selbst zu lösen« (S. 18). Im letzten Teil wird anhand der erarbeiteten Kriterien das in der Bundesrepublik Deutschland gebräuchliche Material zum Erstleseunterricht daraufhin untersucht, ob es den Leselernprozeß fördert oder behindert.

Für Sprachbehindertenpädagogen ist als ergänzende, spezielle Lektüre zu empfehlen H.-J. Scholz: Schriftspracherwerb bei sprachbehinderten Kindern — Ein Beitrag zur Didaktik sprachlichen Verhaltens, in: Der Sprachheilpädagoge 2/81, S. 2—11.

Hildegard Heidtmann

Alfred Zuckrigl: Linkshändige Kinder in Familie und Schule. Band 1 der Reihe: Kinder sind Kinder. Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel 1981. 2. verbesserte Auflage. 62 Seiten. Taschenbuch. 12,50 DM.

Linkshänder gibt es überall und zu allen Zeiten. Manche haben Schwierigkeiten in der Rechtshänderzivilisation und können sich nicht ihrer Veranlagung gemäß entfalten. Der Verfasser, der auf diesem Gebiet auf reiche Erfahrung zurückgreifen kann, ist besonders berufen, Eltern, Kindergärtnerinnen, Erziehern und Lehrern das Erscheinungsbild zu zeichnen, sie zu beraten und wissenschaftlich begründete Entscheidungshilfen, u. a. für die Wahl der Schreibhand, anzubieten. Neben Funktionsproben und Testverfahren werden vor allem Methoden aufgezeigt, linksveranlagte Kinder zu fördern.

(Verlagsbeschreibung)

Anton Leischner: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Klinik und Behandlung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1979. 354 Seiten. Flexibles Taschenbuch. 29,80 DM.

Ziel dieses Buches ist es, Grundkenntnisse über

die Störungen der höheren Leistungen des Nervensystems zu vermitteln. Zunächst wird deshalb eine Übersicht über die hirnanatomischen Grundlagen der genannten Funktionsstörungen gegeben. Es folgt die Beschreibung aller Aphasie-Typen, veranschaulicht durch exemplarische Kasuistik. Agraphie, Alexie sowie begleitende krankhafte Parietookzipital-Veränderungen (u. a. Fingeragnosie, Störungen der Rechts-links-Unterscheidung, Störungen des Rechnens) finden detaillierte Berücksichtigung. Den aphasiologischen Spezialproblemen des Kindesalters ist ein eigenes Kapitel eingeräumt worden. Anleitungen zur Untersuchung, zur Differentialdiagnostik und zur Erarbeitung von Behandlungsprogrammen runden das vielschichtige Informationsangebot ab.

(Aus dem Umschlagtext)

Charlotte Zillmann: Begabte Schulversager.

Band 3 der Reihe: Kinder sind Kinder.

Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel 1981. 70 Seiten. Taschenbuch. 12,50 DM.

Schulversager zu sein, bedeutet für ein Kind und seine Eltern eine große Belastung. Der Verfasserin ist es seit Jahrzehnten in ihrer schulpsychologischen Praxis ein besonderes Anliegen, hier zu raten und zu helfen. Sie hat durch umfassende psychodiagnostische Untersuchungen festgestellt, daß in den meisten Fällen weder Begabungsmangel noch Faulheit vorlagen — im Gegenteil: über 90 Prozent der von ihr untersuchten Schüler erwiesen sich als intelligent und lernwillig. Dieses Buch informiert über die sich immer wiederholenden gleichartigen Gründe für das Schulversagen. Eltern und Lehrer erhalten damit die Möglichkeit, den betroffenen Kindern ein besseres Verständnis und eine gerechtere Beurteilung entgegenzubringen, Notfälle zu bewältigen oder gar nicht erst aufkommen zu lassen.

(Verlagsbeschreibung)

Wolfgang Raps: Gesetz über den Beruf des Logopäden und Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden. Kommentar.

Rehabilitationsverlag, Bonn-Bad Godesberg 1980. 79 Seiten.

Der Autor, Regierungsrat im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, informiert über den »Werdegang« des Gesetzes, stellt das Gesetz in seiner Fassung vom 7. Mai 1980 im Wortlaut vor und kommentiert die elf Paragraphen. Weitere Abschnitte enthalten die — ebenfalls kommentierte — neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden mit einigen Anlagen (Stundenübersichten, Muster für Scheine, Zeugnis

und Urkunde). Schließlich wird der Leser noch über tarifrechtliche Regelungen und über wichtige Paragraphen aus dem Strafgesetzbuch, der Straf- und Zivilprozeßordnung unter dem Aspekt des Berufsgeheimnisses unterrichtet. Ein Stichwortverzeichnis steht am Schluß der Schrift. Sie sollte von allen Berufsgruppen des Sprachheilwesens aufmerksam zur Kenntnis genommen werden.

Jürgen Teumer



Landes-
hauptstadt

Düsseldorf

Für unser Förderungs-
zentrum für körperbehinderte
Kinder suchen wir

Logopädinnen / Sprachtherapeutinnen

Die Einstellung erfolgt im
Angestelltenverhältnis zu
den Bedingungen des
Bundes-Angestelltentarif-
vertrages. Die Tätigkeiten
sind nach Vergütungs-
gruppe VIb/Vb/IVb bewertet.

Bewerbungen mit den üblichen
Unterlagen sind zu richten an:

Stadtverwaltung Düsseldorf
— Personalamt —,
Postfach 1120, 4000 Düsseldorf 1

Sprachheilpädagogin

Diplom und 2. Staatsexamen
zweijährige Erfahrung an LB-Schule
sucht neues Betätigungsfeld
im Bereich Früherkennung / Früh-
förderung / Rehabilitation von
Sprachbehinderungen.

Angebote unter Chiffre Nr. 01/03 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

UNIVERSITÄT WÜRZBURG

DIE HALS-NASEN-OHREN-KLINIK, STIMM- UND SPRACHABTEILUNG

sucht ab 1. September 1982 eine

Logopädin

Die Arbeit ist praktisch selbständig innerhalb eines Teams (Phoniater,
Psychologin, 2 weitere Logopädinnen). Die Übernahme von Stimmtherapien
wird erwartet.

Anfragen und Bewerbungsunterlagen erbeten an:

PD Dr. C. v. Deuster
Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik (Kopfzentrum)
Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 2 01 23 72

*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

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

18 Folgen in Einzelheften und als Sammelband

Bildgeschichten

Geeignet für Kinder im Vor- und Grundschulalter
zur Förderung der Sprache und Therapie von Sprachstörungen.

SMS Strukturierte Materialien-Sammlung

Informative Darstellung von 170 Spiel- und Übungsmaterialien

Die 1. **Ergänzungslieferung** stellt weitere 108 Materialien vor

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Empfehlenswert für Erziehungsberatungsstellen
und Sprachheilambulanzen

Tagungsberichte

Abhandlungen über Theorie und Praxis der Sprach-
und Stimmbehandlungen

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

Die Sprachheilarbeit Postvertriebsstück —
C 6068 F 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

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

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

Wartenberg & Söhne GmbH
Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

HAMBURG

Unsere modern eingerichtete Wohn- und Rehasstätte für
Schwerstkörperbehinderte (136 Betten) sucht per sofort oder später

1 Logopädin

eventuell in Teilzeitbeschäftigung

Wir arbeiten im Team mit gutem Betriebsklima.

Ihre Vergütung richtet sich nach MTV-Angestellte (BAT). Sozialleistungen
des öffentlichen Dienstes.

Unterbringung im modernen Einzelzimmer und Verpflegung im Haus
möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an:

Verein für Behindertenhilfe e.V.

Senator-Neumann-Heim

Heinrich-von-Ohlendorff-Straße 20, 2000 Hamburg 67

Telefon (040) 604 7011