

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Standortanalyse und Aufgabenstellungen
der Sprachbehindertenpädagogik

Martin Kloster-Jensen, Bekkestua (Norwegen)

Lalogramme — ein diagnostisches Lautschriftsystem beim Stammeln

Helmut Breuer und Maria Weuffen, Greifswald (DDR)

Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus Langzeit-Katamnesen
bei Stotterern

Alois Braun, Osnabrück, und Helmut Stang, Oldenburg

Eine Untersuchung über die 1977 von aphasischen (und dysarthrischen)
Sprachstörungen betroffenen Patienten im Großraum Osnabrück

Steffen Giller, Hamburg

Das Studium der Sprech- und Sprachpathologie
an der University of Northern Colorado

Postverlagsort Hamburg · August 1983 · 28. Jahrgang · Heft 4

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S-Lauten.

N-Indikator

zur Behebung der Nasalierung bei Schulung von Hörgeschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f₀-Indikator

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

Einzeltrainer

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

Language-Master

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

Sprachstudienrecorder

Ein Sprachstudien-Kassettenrecorder in professioneller Halbspurtechnik. Aufnahme der Schülerspur bei gleichzeitigem Abhören der Lehrerspur mittels Kopfhörer-Mikrofon-Kombination.

Weitere ausführliche Informationen erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte 8520 Erlangen, Gebbertstraße 125

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

August 1983 · 28. Jahrgang · Heft 4

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 4, S. 129—143

Standortanalyse und Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik

Zusammenfassung

Nach einem historischen Rückblick und einer aktuellen Gegenwartsanalyse werden wesentliche Aufgabenbereiche und altersspezifische Handlungsfelder einer prospektiven Sprachbehindertenpädagogik diskutiert. Dabei wird der Elementarbereich (4 bis 6 Jahre) als Schwerpunkt zukünftiger Arbeit herausgestellt. In diesem Alter einsetzende Maßnahmen versprechen einen besonderen Erfolg, sind jedoch derzeit mit vielen Schwierigkeiten und prinzipiellen Grenzen der Einflußnahme verbunden. Es wird für eine Verbesserung der Frühförderung plädiert, um in einem Verbundsystem behinderungsübergreifender Institutionen zur Frühförderung und flexiblen Beschulungsangeboten eine zunehmende Schwerpunktverlagerung zugunsten einer präventiven Sprachbehindertenpädagogik vornehmen zu können.

1. Problemaufriß zur derzeitigen Situation

Im letzten Jahrzehnt erfolgte auf der Grundlage der »Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens« von 1972 ein erheblicher Ausbau des Sonderschulwesens in der Bundesrepublik, an dem die Sprachbehindertenpädagogik durch einen hohen Anteil an Neugründungen schulischer und vorschulischer Institutionen partizipierte. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die sich neu konstituierende sonderpädagogische Disziplin »Pädagogik der Sprachbehinderten« seit ihrem Bestehen Probleme der Selbst- und Fremdbestimmung hat, die letztlich bis heute ungelöst geblieben sind.

Die derzeitige Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß eine im Vergleich zum Stand der Theoriebildung in anderen sonderpädagogischen Sparten verspätete Grundlagendiskussion stattfindet, in der die Unsicherheit hinsichtlich didaktisch tragfähiger Konzepte aktualisiert wird. Die anfängliche Orientierung der Sprachheilpädagogik an der Medizin ist heute durch das Interesse der Linguistik, Psychologie, Soziologie ... am sprachgestörten Kind einer differenzierten Standortbestimmung und -abgrenzung gewichen, die jedoch zu erneuten Definitionsproblemen führte (Grohnfeldt 1981).

Bereits an anderer Stelle wurde deshalb in Anlehnung an das Denkmodell von Kuhn (1979) die derzeitige Lage der Sprachbehindertenpädagogik als Übergangssituation »im Sinne einer latenten Krise bei beginnender Paradigmenkonkurrenz« (Grohnfeldt 1982 a, S. 26) bezeichnet. Im folgenden soll dazu eine Standortbestimmung und Diskussion zukünftiger Aufgabenstellungen einer prospektiven Sprachbehindertenpädagogik erfolgen. Insbesondere werden

- derzeitige Entwicklungstendenzen in ihrem historischen Kontext zurückverfolgt und die zugrundeliegenden Beweggründe offengelegt,
- Perspektiven aufgezeigt und Lösungsmöglichkeiten zur praktischen Verwirklichung erörtert, wobei
- schwerpunktmäßig diskutiert wird, inwieweit die Frühförderung zur Veränderung des Selbstverständnisses der Disziplin führen kann.

2. Standortbestimmung: Historischer Kontext und internationaler Vergleich

Die zentrale Institution der Sprachbehindertenpädagogik ist die Sprachbehindertenschule (Dirnberger 1973). Sie ist Mittelpunkt eines Systems, bei dem der eigentlichen Schule Institutionen zur Frühförderung (Beratungsstellen, Schulkindergärten . . .) als vorschulische Einrichtungen zugeordnet sind.

Diese auf die Bundesrepublik bezogene Aussage wird in ihrer Bedeutung für das Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik verständlich, wenn man die historischen Entstehungsbedingungen der Disziplin zurückverfolgt und mit anderen Systemen sprachtherapeutischer Einflußnahme im internationalen Vergleich konfrontiert.

2.1. Ursprünge und Problemfelder der Sprachbehindertenpädagogik in der Bundesrepublik

Die heutige »Pädagogik der Sprachbehinderten« leitet ihre Ursprünge aus der Medizin und (Hörgeschädigten-)Pädagogik ab. Dieser zweifache Ansatz war Ausdruck des Bemühens, das komplexe Phänomen normaler wie gestörter Sprache mit den damaligen anwendungsbezogenen Wissenschaftsdisziplinen hinreichend genau zu analysieren. Dementsprechend wurden — und werden auch heute noch — zur Durchführung von Förder- und Therapiemaßnahmen schulische und klinische Institutionen gegründet, an denen unterschiedlich ausgebildete Berufsgruppen tätig sind¹⁾. Damit sind bis in die heutige Zeit Probleme des Selbst- und Fremdverständnisses verbunden, die in einer Suche nach Eigenständigkeit bei gleichzeitiger Interdisziplinarität des Fachgebietes ihren Ausdruck finden.

Die Vertreter der pädagogischen Richtung setzten sich dabei die Aufgabe, zur Konstituierung ihrer Disziplin diese als eigenständige sonderpädagogische Sparte auszuweisen. In Analogie und mit zeitlicher Verzögerung zu anderen sonderpädagogischen Sparten der Sonderpädagogik (z. B. der Lernbehindertenpädagogik) erfolgte dazu vor dem Hintergrund eines bestimmten Menschenbildes und Behinderungsbegriffes, bei dem eine Sprachbehinderung als in sich geschlossene anthropologische Kategorie postuliert wurde, die Suche nach einer defektspezifischen Didaktik und — damit verbunden — die Einrichtung separierter Schulformen (Grohnfeldt 1982 d). Im Gefolge mit einem enormen Ausbau des Sonderschulwesens in der Bundesrepublik, damals steigenden Schülerzahlen und der Einrichtung entsprechender Ausbildungsstätten für Sprachbehindertenpädagogen an Pädagogischen Hochschulen und Universitäten hat die Sprachbehindertenpädagogik ihre Existenz erst durch die Sprachbehindertenschule dauerhaft etablieren können.

Andererseits hat die Sprachbehindertenschule im System der Sonderschulen seit jeher eine — umstrittene — Sonderstellung. Als einzige Sonderschulform stellt sie sich der Aufgabe, nicht nur eine auf die Behinderung des Kindes bezogene Unterrichtsgestaltung anzubieten, sondern durch entsprechende Maßnahmen die Behinderung an sich abbauen zu helfen. Dementsprechend ist sie prinzipiell als Durchgangseinrichtung bei Orientierung am Regelschullehrplan konzipiert. Die dabei geforderte behinderungsspezifische Einflußnahme in Form einer Verbindung von Therapie und Unterricht ist seit jeher durch die »Dualismusproblematik« (Orthmann 1969) belastet, die sich aus dem medizinischen Anspruch des Heilens und der pädagogischen Prämisse des Erziehens ergibt. Trotz der bisherigen Ansätze zur »Therapieimmanenz« (Werner 1972, 1975; Horsch/Werner 1982), Entwicklung »pädo-therapeutischer Akzente« (Orthmann 1977) und der »Technik der therapieorientierten indirekten Unterrichtsakte« (Dannbauer/Dirnberger 1981) bleibt zu konstatieren, daß dieser Dualismus »nicht aufhebbar, son-

¹⁾ Interessant ist der Hinweis von Motsch (1981, S. 239), daß in der Schweiz die ersten Abteilungen für Sprachbehinderte an Gehörloseneinrichtungen aufgrund freiwerdender Kapazitäten, d. h. sinkender Schülerzahlen in den Internaten der Taubstummenanstalten eingerichtet wurden. Es wäre zu überprüfen, inwieweit sich ähnliche Zusammenhänge auch bei der Institutionalisierung des Sprachheilwesens in Deutschland aufzeigen lassen.

den allenfalls in seiner Widersprüchlichkeit zu mildern ist« (Heese 1973, S. 456) und bereits von Hansen (1929) als »Problematik der Sprachheilschule« herausgestellt wurde. Die Verbindung von Unterricht und Therapie ist offensichtlich nicht integrativ zu vollziehen, sondern allenfalls als kooperativer Arbeitsvollzug.

In neuerer Zeit muß sich die Sprachbehindertenschule darüber hinaus weiterer Kritik stellen, die im Gefolge einer Legitimationskrise der Sonderschule an sich steht. Die dabei empirisch belegten Zweifel an der Andersartigkeit des Unterrichts an Sprachbehindertenschulen im Vergleich zur Regelschule (Carstens 1981) gewinnen vor dem Hintergrund des vermehrten Alternativangebotes außerschulischer Institutionen und eines Ausbaus der Logopädienausbildung ihre besondere Bedeutung. Dies führt zu der Frage, welche Stellung die Sprachbehindertenschule überhaupt im regionalen und internationalen Vergleich einnimmt.

2.2. Das System sprachtherapeutischer Maßnahmen im regionalen und internationalen Vergleich

Die bisher genannte Zentrierung auf die Sprachbehindertenschule ist in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß zu beobachten. Es herrscht eine außerordentlich heterogene Situation, die Ausdruck der jeweiligen regionalen Bedingungen sowie des Vorhandenseins bestehender Einrichtungen ist und zu ganz verschiedenartigen Organisationsstrukturen geführt hat. So ist in einigen Bundesländern (z. B. Baden-Württemberg) im letzten Jahrzehnt ein enormer Ausbau des Sonderschulwesens zu konstatieren, dem auch die Frühförderung schulorganisatorisch zugeordnet wurde (Orthmann 1978), während z. B. in Niedersachsen ein vielfältiges System von Ambulanzen, Sprachheilheimen und klinischen Einrichtungen besteht, bei dem die Sprachbehindertenschulen einen deutlich geringeren Stellenwert einnehmen und neben den Sprachbehindertenpädagogen eine Vielzahl von Berufsgruppen (Logopäden, Sprachtherapeutische Assistenten, Atem-, Stimm- und Sprechlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen . . .) beteiligt sind.

Diese uneinheitliche Situation verkompliziert sich weiter, wenn man die Systeme der sprachtherapeutischen Institutionalisierung in den europäischen Nachbarstaaten zum Vergleich heranzieht. Eine ähnliche Organisationsform wie die in der Bundesrepublik übliche eigenständige Sprachbehindertenschule scheint es vor allem in den osteuropäischen Staaten zu geben²⁾, während in den meisten anderen Ländern vorwiegend Logopäden³⁾ mit medizinisch und/oder pädagogisch orientierter Ausbildung auf ambulanter Basis tätig werden. In der Schweiz beispielsweise standen im Jahre 1980 den 15 Sprachheilheimen mit 400 bis 500 Schülern mehr als 1000 Institutionen gegenüber, die für annähernd 20 000 Kinder eine logopädische Behandlung bei einer zunehmenden Dezentralisierung des Therapieangebotes in mobilen Diensten anbieten (Motsch 1982).

Dieser unvollständige Abriß soll und kann die Sprachbehindertenschule nicht in Frage stellen. Unterschiedliche regionale Bedingungen, historische Entwicklungslinien und politische Wertentscheidungen verbieten einen unmittelbaren Vergleich. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, daß die zentrale Stellung der Sprachbehindertenschule weniger aus zwingenden

²⁾ Einen kurzen Überblick zu der Situation in der DDR, UdSSR, CSSR, in Ungarn, England, Skandinavien, den Niederlanden und den USA findet sich bei Knura (1974). Kurzdarstellungen zur sprachtherapeutischen Institutionalisierung liegen u. a. vor für die Situation in Frankreich (Wagner 1981), Luxemburg (Steichen 1981), Belgien (Cremer-Zanzen 1981), den Niederlanden (Belterman 1981) und den USA (Frings 1980, Moddemann 1979).

³⁾ Dabei muß beachtet werden, daß die Definition des Terminus »Logopäde« uneinheitlich gehandhabt wird. In der Bundesrepublik versteht man unter Logopäden Angehörige eines nichtärztlichen medizinischen Fachberufes, die in Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. auf dessen Anweisung tätig werden. In der DDR und CSSR werden die Begriffe »Sprachbehindertenpädagoge« und »Logopäde« dagegen synonym verwendet. In der Schweiz ist die Logopädie bei interdisziplinärer Ausrichtung ein vorwiegend pädagogisches Fach, jedoch ohne schulische Ausrichtung.

sachlichen Gründen resultiert, sondern vor allem Ausdruck einer geschichtlichen Entwicklung ist, die auf das gesamte Sonderschulwesen in der Bundesrepublik ihren Einfluß nahm.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die Sprachbehindertenpädagogik sich auf keine konsistente Theorie berufen kann. Es gibt nicht die Sprachbehindertenpädagogik, sondern sich jeweils nach den regionalen Bedingungen und dem historischen Kontext ausgebildete praxisorientierte Varianten einer Disziplin, die sich unter den Oberbegriff »Pädagogik der Sprachbehinderten« einordnen.

Das häufig genannte Selbstverständnis als Integrationswissenschaft bringt es dabei mit sich, daß auf andere Wissenschaftsdisziplinen wie z. B. die Medizin, Psychologie, Soziologie und Linguistik Bezug genommen werden muß. Die Sprachbehindertenpädagogik bringt hierzu — quasi als eigenständigen Beitrag — die Sprachbehindertenschule als zentrale Institution mit ein, steht dadurch jedoch in der Gefahr, sich einseitig auf Sonderschulpädagogik zu reduzieren. Das deutsche Sonderschulwesen ist jedoch »eine historisch zufällige und durchaus umstrittene Institutionalisierung« (Sander 1982, S. 128), die durch Ausschließlichkeit wissenschaftstheoretisch und -praktisch unbefriedigend werden kann.

Für die Weiterentwicklung der Sprachbehindertenpädagogik gilt dabei: »Ein Sich-Berufen auf die Tradition allein darf nicht alleiniges Begründungsmerkmal einer sprachsonderpädagogischen Organisationsform sein« (Kroppenberg 1982, S. 53). Zu bedenken ist vielmehr, daß einmal bestehende Institutionen aufgrund ihres Beharrungscharakters ein Eigenleben gewinnen und zu ihrer Aufrechterhaltung zum Selbstzweck entarten können, indem — vor dem Hintergrund sinkender Schülerzahlen — zunehmend Kinder mit leichteren Störungsphänomenen in die Sprachbehindertenschule aufgenommen und damit indirekt und sicher unbeabsichtigt in der öffentlichen Meinung zu Behinderten etikettiert werden.

So bleibt zu fragen, ob in nächster Zeit ein Wechsel des paradigmatischen Bezugsrahmens möglich erscheint. Gibt es derzeit eine realisierbare Alternative zur Sprachbehindertenschule? Sollte weiter eine Optimierung der bestehenden Organisationsstruktur angestrebt werden? Zur Diskussion dieser Grundsatzfragen ist es notwendig, sich die Aufgabenbereiche und altersspezifischen Handlungsfelder der Sprachbehindertenpädagogik zu vergegenwärtigen.

3. Aufgabenstellungen einer prospektiven Sprachbehindertenpädagogik

3.1. Begriffsbestimmung: Kennzeichnung des Personenkreises

Am Beginn der Formulierung von Aufgabenstellungen einer anwendungsbezogenen Wissenschaft steht die Frage, mit welchem Personenkreis man es vorwiegend zu tun hat und aus welcher theoretischen Perspektive dieser näher gekennzeichnet werden soll.

Sprachauffälligkeiten sollen hier bei einer interaktionalen Betrachtung nicht als eindeutiges, nach objektiven Maßstäben gültig eingrenzbares Faktum angesehen werden, sondern als dynamisch veränderbare Normabweichung im Kommunikationsprozeß, die hinsichtlich ihrer Verursachung und Weiterentwicklung von Faktoren des Individuums, seiner Umwelt sowie der wechselseitigen Einflußnahme abhängig ist. Das Störungserleben des einzelnen sowie soziale Prozesse der Etikettierung können dabei zu entscheidenden Variablen werden. Diese Auffassung ist mit grundlegenden Konsequenzen für die Art des diagnostischen Vorgehens, die Didaktik und Methodik sowie die Institutionalisierung von Fördermaßnahmen verbunden.

Bezüglich der Art und Häufigkeit bestimmter Sprachauffälligkeiten zeigen Erhebungen von Motsch (1981, S. 10), daß über 90 Prozent der Sprachstörungen im Zeitraum des Spracherwerbs auftreten. Dabei dominieren Sprachentwicklungsstörungen mit den Leitsymptomen Stammeln und/oder Dysgrammatismus bei Kindern im Alter von vier bis acht Jahren mit weitem Abstand vor zentralen Sprachstörungen, Stottern, Näseln, Stimmstörungen und Pol-

tern (Motsch 1981, S. 253). Mit zunehmendem Alter kommt es jedoch zu einer Strukturänderung der auftretenden Störungsformen. Während beim Schuleintritt und in den Grundschulklassen Sprachentwicklungsstörungen überproportional häufig auftreten, steigt im Rahmen der Sprachbehindertenschule in höheren Klassenstufen der absolute und prozentuale Anteil an stotternden Schülern (Grohnfeldt 1979). Dementsprechend ändern sich auch die Aufgabenbereiche, wenn der Charakter der Durchgangsschule in der Orientierungsstufe zunehmend aufgegeben werden muß.

3.2. Aufgabenbereiche und altersspezifische Handlungsfelder

Aus einer nach altersspezifischen Handlungsfeldern aufgeteilten tabellarischen Zusammenfassung wesentlicher Aufgabenbereiche sollen mögliche Schwerpunkte einer prospektiven Sprachbehindertenpädagogik abgeleitet und im Hinblick auf ihre Verwirklichung diskutiert werden (siehe Tabelle).

Tabelle: Aufgabenbereiche und altersspezifische Handlungsfelder der Sprachbehindertenpädagogik

Altersstufe	o Aufgabenbereiche	Organisationsformen	Problemfelder
<i>Frühphase</i> (0—3 Jahre)	Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit; Erfassung primär durch Ärzte elternzentrierte Maßnahmen in familiengerichteten Aktivitäten	mobile Dienste, Hausspielkreise behinderungsübergreifende Zentren	unsichere Prognoseindikatoren Erfassung weitgehend schichtspezifisch Mitarbeit der Eltern unumgänglich Gefahr frühzeitiger Etikettierung und unkontrollierter Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion
<i>Elementarphase</i> (4—6 Jahre)	zusätzlich: Erfassung in Kindergärten, durch Reihenuntersuchungen ... (sprach-)entwicklungsfördernde Interventionen in Einzel- und Gruppentherapie	zusätzlich: Beratungsstellen, Sprachheilkindergärten, Wechselgruppen ...	zusätzlich: unklare Trennung von Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsbehinderungen Praxis der isolierten Symptomtherapie
<i>Schulphase</i> <i>Primarstufe</i> ↓ Abnahme der Schülerzahlen durch Ausschulung; Änderung der Störungsformen (Sprachentwicklungsstörungen — Stottern) <i>Sekundarstufe</i>	Erfassung: Bedeutung der Einschulungsdiagnostik behinderungsadäquates Einwirken durch additive und/oder integrative Therapiemaßnahmen unter ganzheitlichem Aspekt	flexibles System der Beschulung (ambulante Versorgung in Regelschulen, Sprachheilklassen, Sprachbehindertenschulen, Heimschulen ...); Kriterien der Einschulung werden durch das regionale Angebot und die Behinderungsstruktur des Kindes gegeben	Verbindung von Unterricht und Therapie (Dualismus) letztlich ungelöst Selbstverständnis der Sprachbehindertenschule umstritten (Legitimationskrise) Separierende Schulformen können der ursprünglichen Intention einer sozialen Integration entgegenstehen
<i>Jugend- und Erwachsenenalter</i>	vorwiegende Adressaten: Stotterer, Aphasiker	Stottererselbsthilfegruppen, klinische Einrichtungen	weitgehend unbeachtetes Arbeitsfeld der Sprachbehindertenpädagogik

↑ präventive Sonderpädagogik
↓
↑ rehabilitative Sonderpädagogik
↓

Eine inhaltliche Gewichtung der hier genannten Handlungsfelder unter besonderer Beachtung der zeitlichen Zentrierung der meisten Sprachstörungen im Elementar- und frühen Grundschulbereich verweist auf

- die besondere Bedeutung der Frühförderung, die als Primat zukünftiger Aufgabenstellungen herausgestellt werden soll,
- das sich mit der Verlagerung der Störungsbilder wandelnde Grundverständnis schulischer Förderung,
- den veränderten Stellenwert von Frühförderung und Schule im zukünftigen Feld sprachtherapeutischer Aufgaben.

Die Frühförderung erweist sich dabei als zentrales Anliegen neuerer (sonder-)pädagogischer Bemühungen. Sie stellt den Versuch dar, »das Spektrum sonderpädagogischer Maßnahmen über den Bereich des vornehmlich (schul-)pädagogischen Reagierens hinaus zu erweitern und schon im Vorfeld des Entstehens bzw. der Entfaltung von Behinderung vermeidend oder abschwächend einzuwirken« (Haselmann 1982, S. 338). Gerade bei kindlichen Sprachstörungen besteht in besonderem Maße die Möglichkeit einer frühzeitigen Einflußnahme, durch die eine kurz- bis mittelfristige Kompensation der meisten Störungssphänomene noch vor der Einschulung möglich ist bzw. weitreichende, auf die psychosoziale Situation des betreffenden Kindes zurückwirkende Behinderungen verhütet oder abgeschwächt werden können. Möglichkeiten einer prinzipiell anzustrebenden primären Prävention, bei der durch gezielte Erkennungs- und Interventionsmaßnahmen sich anbahnenden Sprachauffälligkeiten in ihrem Entstehen entgegengewirkt wird, sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden (Aufklärungsmaßnahmen, Mitarbeit der Eltern...), erscheinen für weite Personenkreise jedoch zunehmend denkbar.

Hinsichtlich der schulischen Förderung muß neben den im historischen Abriß (siehe Kapitel 2) genannten Problemkreisen beachtet werden, daß zukünftige Überlegungen u. U. auf der Grundlage einer veränderten Schülerschaft angestellt werden müssen. Die in Sonderschulen beobachtete und z. B. für Körperbehindertenschulen nachgewiesene Tendenz (Haupt 1982), daß in Regelschulen durch sinkende Schülerzahlen die Bereitschaft der Lehrer zur Integration behinderter Schüler wächst, könnte im Zusammenwirken mit einer effektiver arbeitenden Frühförderung dazu führen, daß zunehmend schwerwiegende, nur in geringem Maße beheb- bare Behinderungsformen auch in den unteren Klassenstufen zum vorrangigen Aufgaben- gebiet der Sprachbehindertenschule gehören. Dies kann nicht ohne Auswirkung auf das Selbstverständnis der Institution bleiben.

Schließlich bleibt zu fragen, inwieweit die Sprachbehindertenschule durch Frühförderungssysteme nicht nur ergänzt, sondern in ihrem Stellenwert als bisher zentrale Institution der Sprachbehindertenpädagogik nachdrücklich zurückgedrängt bzw. abgelöst werden kann. Befindet sich die Sprachbehindertenpädagogik in einer Phase des Paradigmenwechsels zur Frühförderung? Kann eine Optimierung des derzeitigen Systems an Frühförderungsmaßnahmen eine nicht geringe Anzahl an Sprachbehindertenschulen weitgehend ersetzen?

4. Diskussion: Prinzipien, Probleme und Grenzen einer schwerpunktmäßigen Verlagerung sprachtherapeutischer Arbeit in den Früh- und Elementarbereich

Die Forderung nach einer möglichst frühen Erkennung und Einflußnahme bei Sprachstörungen läßt sich bis in die Anfänge der Sprachbehindertenpädagogik zurückverfolgen. Die dazu vorgenommenen Versuche zur Realisierung orientieren sich in Analogie zur Geschichte der Sprachbehindertenschule vorwiegend an Vorbildern aus der Gehörlosenpädagogik und Medizin. Eine systematische und einheitlich strukturierte Frühförderung sprachauffälliger Kinder existiert derzeit nicht.

Erst in letzter Zeit werden in der Sprachbehindertenpädagogik Perspektiven zur »Weiterentwicklung dieses an Bedeutung gewinnenden Arbeitsfeldes« (Braun/Homburg/Teumer

1982, S. 111) genannt, für die in Anlehnung an bereits bestehende Konzeptionen Prinzipien, aber auch Probleme und Grenzen der Frühförderung genannt werden.

4.1. Prinzipien

Es besteht weitgehende Einigkeit in der Literatur, daß die mit dem Ziel einer primären oder sekundären Prävention von Sprachauffälligkeiten eingeleiteten Maßnahmen sich an folgenden Grundsätzen ausrichten sollten:

- Sprachförderung sollte bei einer Orientierung an der normalen Sprachentwicklung auf mehrdimensionaler und interaktionaler Grundlage als ganzheitlicher Prozeß mit dem Bestreben einer schwerpunktmäßig strukturierten Entwicklungs- und Kommunikationsförderung betrieben werden. Therapeutische Maßnahmen haben sich deshalb nicht nur auf die auffälligsten lautsprachlichen Symptome zu beziehen, sondern sollten auf eine allgemeine Entwicklungsförderung mit spezifischen Schwerpunkten ausgeweitet werden.
- Die Einsicht in das zumeist mehrdimensionale Geschehen von (Sprach-)Entwicklungsstörungen bringt es mit sich, die Organisationsformen behinderungsübergreifend zu konzipieren. »Eine Zersplitterung der Frühförderung durch bloße behinderungsspezifische Anbindungen an entsprechende Sonderschultypen halten wir für verfehlt, freilich mit Ausnahmen, z. B. für hör- und sehgeschädigte Kinder« (Speck 1980, S. 105). Auch aus medizinischer Sicht wird diese Grundannahme bei allen Divergenzen nicht bestritten und ebenfalls zur Leitlinie der Institutionalisierung gemacht (Hellbrügge 1981). — Die derzeitige Praxis der Beratungsstellen und Sonderkindergärten entspricht diesem Ansatz nicht.
- Die Notwendigkeit des interdisziplinären Vorgehens ist vor allem für den Frühbereich unumstritten. Die Probleme sind nicht durch eine Fachdisziplin hinreichend zu bearbeiten, sondern letztlich nur in Kooperation bei gegenseitiger Ergänzung.
- Die Einheit diagnostischer und therapeutischer Fragestellungen verweist auf das förderdiagnostische Konzept. Es ist unzulässig, frühzeitig zu klassifizieren und dann selektiv, isoliert und symptomorientiert zu therapieren.
- Die Institutionalisierung sollte je nach den regionalen Verhältnissen auf ein Verbundsystem mobiler Dienste und zentralisierter Einrichtungen zurückgreifen, bei dem je nach dem Alter des Kindes und dem Bedingungsgefüge seiner Sprachstörung familiengerechte, gruppen- und einzelspezifische Maßnahmen durchgeführt werden. Vor allem im Frühbereich haben »in erster Linie auf das Kind gerichtete Aktivitäten wenig Sinn« (Teumer 1981, S. 48) und sollten durch komplex ansetzende und langfristige Familienerziehungshilfen ersetzt werden.

4.2. Probleme

Die bisher aus Konzeptionen einer einheitlichen, theoretisch begründeten Frühförderung entlehnten Prinzipien sind für die derzeit praktizierten Maßnahmen bei sprachgestörten Kindern eher Anspruch als Realität. Statt dessen ist eine Vielzahl von historisch gewachsenen Problemen zu verzeichnen:

- In den einzelnen Bundesländern ist die Institutionalisierung ohne einheitliches Konzept. Das Ausmaß der Unterschiede hinsichtlich der ministeriellen Zuständigkeit, Finanzierung und Kompetenzzersplitterung läßt kaum Vergleiche zu.
- Vorwiegend erfolgt eine Orientierung an schulbezogenen Strukturformen. Der Vorwurf einer schulvorbereitenden Institutionalisierung (Hellbrügge 1981) erscheint nicht ganz unberechtigt. Die Zielvorstellung einer behinderungsübergreifenden Einrichtung ist nur in seltenen Fällen realisiert.
- Damit im Zusammenhang stehen Standesinteressen und Besitzstandsängste, die das Eigenleben traditioneller Strukturen eher stützen. »Geringe Flexibilität und Festhalten an schulbezogenem Denken und Handeln können angesichts der mit den Frühmaßnahmen

verbundenen methodisch didaktischen Erfordernisse bei dieser Gruppe (gemeint sind Sonderschullehrer, M.G.) zu Veränderungsängsten führen und auf diese Weise notwendige Entwicklungen hemmen« (*Braun/Homburg/Teumer* 1982, S. 118). In ähnlicher Weise vermutet *Motsch* (1981, S. 261), daß Therapeuten aufgrund ihres Angestellten- oder Beamtenverhältnisses (z. B. in der Schule) »im Laufe der Jahre zu einer oft unbewußten Anpassung an das eingespielte System, welches dann nicht mehr weiter hinterfragt wird«, neigen und damit den Beharrungscharakter existierender Einrichtungen stützen.

- Zudem ist nicht auszuschließen, daß ein verstärktes Interesse der Sprachbehindertenpädagogik für Arbeitsfelder der Frühförderung zu einer Reaktivierung bestimmter Abgrenzungsprobleme und Rivalitäten zur Medizin führt. Die von einigen Vertretern (z. B. *Speck versus Hellbrügge*) der pädagogisch und medizinisch initiierten Frühförderung mit äußerster Heftigkeit geführten Grundsatzdiskussionen (dazu: *Grohnfeldt* 1982 c) geben zu dieser Sorge ebenso Anlaß wie die in letzter Zeit erneut geführte Logopädedebatte (*Biesalski* 1977, 1982; *Westrich* 1977, 1978).

4.3. Grenzen

Neben den bisher genannten Problemfeldern sind mit der Frühförderung sprachauffälliger Kinder grundsätzliche Schwierigkeiten verbunden, die die Grenzen der bisherigen und zukünftig intendierten Maßnahmen aufzeigen:

- Aufgrund fließender Übergänge zwischen normalen und abweichenden Sprachverläufen bestehen Schwierigkeiten der Abgrenzung und Erfassung, so daß allein deshalb viele Sprachstörungen zu spät erkannt werden. Im Zusammenhang damit steht die Unsicherheit hinsichtlich des frühestmöglichen Zeitpunktes der Erkennung von Sprachstörungen, die eine weiterreichende Therapie erfordern. Insbesondere fehlen diagnostische Verfahren, die zeitlich begrenzte Sprachentwicklungsverzögerungen von komplexen Sprachentwicklungsbehinderungen hinreichend genau abgrenzen.
- Die Langfristigkeit und Wirksamkeit der Auswirkungen frühkindlicher Förderung wird unterschiedlich, teilweise jedoch sehr gering eingeschätzt. Aufgrund einer unklaren Abgrenzung des Therapieerfolges vom spontanen Entwicklungsverlauf muß die Effektivität der Maßnahmen letztlich unsicher bleiben.
- Dauerhafte Erfolge sind letztlich an bestimmte Voraussetzungen, insbesondere die Mitarbeit der Eltern gebunden. Dies bezieht sich zum einen auf die Schwierigkeit der Erfassung, die derzeit als nicht schichtenneutral bezeichnet werden kann (*Teumer* 1981), zum anderen aber auch auf die Notwendigkeit einer aktiven Beteiligung der Eltern bei der Förderung, vor allem im Rahmen von familiengerichteten Aktivitäten (*Grohnfeldt* 1983).
- Früh einsetzende Maßnahmen können kaum kontrollierbare sozialpsychologische Auswirkungen auf das Kind, seine Eltern, die familiäre Beziehung und gesamte Umweltsituation haben. Die Diagnose »Sprachbehinderung« vermag Stigmatisierungsprozesse auszulösen, die beim Kind zu einem Störungsbewußtsein und bei den Eltern zu Schuldgefühlen führen können. Durch eine vorzeitige Selektion vermögen so leichte Abweichungen der kindlichen Entwicklungsdynamik zu gravierenden Behinderungen und zum Auslöser einer gestörten familiären Beziehung werden (*Grohnfeldt* 1981a).

Es zeigt sich, daß die Frühförderung sprachauffälliger Kinder trotz aller Möglichkeiten und Begründungen mit einer Vielzahl an generellen und darüber hinaus speziell bei Sprachstörungen auftretenden Schwierigkeiten verbunden ist. So konstatiert auch *Dollase* (1978), daß die Euphorie der siebziger Jahre zur Früh- und Vorschulpädagogik einer realistischen Einschätzung gewichen ist.

Für die derzeitige Situation der Frühförderung sprachauffälliger Kinder ist festzustellen, daß die bisherigen Maßnahmen

- nach heutigen Erkenntnissen im allgemeinen zu spät einsetzen,
- vorwiegend auf das sprachliche Symptom und das einzelne Kind gerichtet sind,
- aufgrund der traditionellen Ausrichtung an der Schule häufig als schulvorbereitend (miß-)verstanden werden.

Dem historischen Kontext entsprechend sind die meisten Einrichtungen zur Frühförderung sprachauffälliger Kinder letztlich ein Abbild der Schule und auf diese hinführend (nach dem Vorbild des Gehörloskindergartens) oder — bei medizinischer Orientierung — vorwiegend auf die individuumbezogene »Heilung« temporärer Sprachentwicklungsverzögerungen ausgerichtet. Hier sind Erfolge zu verzeichnen, obwohl Abgrenzungen zur normalen Entwicklung und dementsprechende Effektivitätskontrollen kaum möglich sind. Schwierigkeiten treten bei komplexen Sprachentwicklungsbehinderungen auf. Eine systematische Erfassung und mehrdimensionale Förderung unter darauf abgestimmten institutionellen Rahmenbedingungen findet derzeit kaum statt. Ebenso taucht der Gesichtspunkt der Verhütung (primären Prävention) erst in letzter Zeit auf und ist organisatorisch kaum umgesetzt.

Aufgrund dieser einschränkenden Voraussetzungen erscheint es derzeit nicht opportun, bei allen Möglichkeiten einer frühzeitigen Kompensation oder sogar Prävention von Sprachstörungen das System der Sprachbehindertenschulen einseitig abzubauen. Zu fordern wäre zunächst eine Optimierung der Frühförderung, um in einem Verbundsystem behinderungsübergreifender Institutionen der Frühförderung und schulischer Einrichtungen eine sukzessive Schwerpunktverlagerung zugunsten einer präventiven Sprachbehindertenpädagogik statt der bisherigen Praxis vorwiegend rehabilitativer Maßnahmen vorzunehmen.

5. Vorstellungen zur praktischen Realisierung: Ein Verbundsystem von schwerpunktmäßiger Frühförderung und flexiblen Beschulungsangeboten

5.1. Institutionelle Rahmenbedingungen

Die bisherigen Ausführungen legen es nahe, daß einerseits die Sprachbehindertenschule seit ihren Anfängen mit spezifischen, letztlich bis heute ungelösten Problemen belastet ist, andererseits das derzeitige System der Frühförderung für eine kurzfristige Ablösung viel zu unvollkommen erscheint. Erfahrungen neuropsychologischer, ethologischer, psychologischer und pädagogischer Forschungsrichtungen stellen jedoch die besonderen Möglichkeiten früher Maßnahmen zukunftsweisend in Aussicht, so daß für eine zunehmende Akzentuierung der präventiven Sonderpädagogik an Stelle der traditionellen rehabilitativen Sonderschulpädagogik plädiert werden soll. Dies bedeutet keine Abkehr von der Schule, sondern eine »Ausweitung durch bewußte Schwerpunktverlagerung« (Sander 1982, S. 128).

Leitgedanke der Realisierung sollte der »Gesichtspunkt der Veränderbarkeit bestehender Praxis« (Teumer 1981, S. 58) sein. Prinzipiell geht es darum, neue Hilfsmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten zu schaffen sowie bestehende Institutionen auszubauen bzw. gegebenenfalls zu verändern. Dabei erscheint es vor dem Hintergrund sinkender finanzieller Ressourcen und allgemeiner Kostendämpfung angezeigt, kurzfristig keinen utopischen Vorstellungen bezüglich der Schaffung neuer Organisationsformen nachzugehen, sondern die vorhandene Basis sukzessive zu verbreitern und bestehende Mängel schrittweise abzubauen. Dies wird je nach Bundesland unterschiedlich erfolgen. Realistisch dürfte die Weiterentwicklung regional begrenzter Einrichtungen unter Einbeziehung bereits bestehender Institutionsformen sein. Anzustreben wäre langfristig ein System, bei dem »an Stelle von Förderungsmodellen, die sich an der Einteilung nach Sonderschultypen orientieren, fachübergreifende (behinderungsübergreifende) basale Förderungskonzepte zu entwickeln« (Haselmann 1982, S. 341) sind.

Dabei sollte jedoch keine einseitige Ausrichtung zugunsten der Frühförderung bei Vernachlässigung schulischer Maßnahmen erfolgen, da die Betonung von Teilaspekten den Gesamterfolg zu gefährden vermag. Auch bei einem effizient arbeitenden System von Früherziehungs-

hilfen wird es immer Kinder geben, die im Schulalter spezielle Fördermaßnahmen benötigen. Es ist sogar zu erwarten, daß bei einem Ausbau der Frühförderung die Sprachbehindertenschule zunehmend mit komplexen, schwerwiegenden Behinderungsformen konfrontiert wird, die zu einer Änderung ihres derzeitigen Selbstverständnisses führen könnten.

Zudem soll auf einen besonderen Gesichtspunkt hingewiesen werden: Es besteht die Gefahr, daß die Sprachbehindertenpädagogik bei einer einseitigen Abwendung von der Schule zur Frühförderung eine alteingesessene und bestehende Organisationsform verläßt, im interdisziplinären System der Wissenschaften zur Organisation von Frühförderung mit erneuten Schwierigkeiten konfrontiert wird und gleichzeitig ein Alibi für die Auflösung vieler Sprachbehindertenschulen liefert. Wenn die Sprachbehindertenpädagogik unter den derzeit in der Bundesrepublik gegebenen organisatorischen Bedingungen auf die Sprachbehindertenschule verzichten wollte, könnten viele ihrer Aufgaben von anderen Wissenschaften weitgehend beansprucht werden. Es sollte nicht vergessen werden, daß im außerschulischen Bereich zahlreiche andere Berufsgruppen — *Kittel* (1980) nennt über 30 zum Teil ungeschützte Berufsbezeichnungen — Sprachtherapie vergleichsweise kostengünstig anbieten.

Für eine prospektive Sprachbehindertenpädagogik bedeutet dies, ihren Anspruch für die Praxis durch verstärkte Forschungsbemühungen in einem System behinderungsübergreifender Frühförderung und flexiblen Beschulungsangeboten zu legitimieren.

5.2. Überlegungen zur Weiterentwicklung und Neuorientierung

In Anlehnung und Ergänzung an die in Kapitel 3.2. vorgenommene Aufteilung in altersspezifische Handlungsfelder sollen hier grundsätzliche Überlegungen zur Verbesserung des Systems sprachtherapeutischer Fördermaßnahmen angestellt werden.

5.2.1. Frühbereich (0 bis 3 Jahre)

Sofern nicht eindeutige organische Störungen (z. B. Dysglossien, Hörschäden ...) vorliegen, ist es bisher im Säuglings- und Kleinkindalter nur in Ausnahmefällen möglich, Sprachentwicklungsstörungen hinreichend genau zu diagnostizieren. Die vorhandenen forschungsrelevanten Daten beruhen eher auf Wahrscheinlichkeiten aus dem nichtsprachlichen Bereich (z. B. der Sensomotorik), so daß lediglich von sich anbahnenden Sprachentwicklungsstörungen auf der Grundlage noch recht unsicherer prognostischer Hinweise gesprochen werden sollte. Im allgemeinen sind dabei abweichende Sprachverläufe in diesem Alter in übergreifende motorische und kognitive Entwicklungsstörungen eingebettet.

Aufgrund der bisher genannten Schwierigkeiten der diagnostischen Abgrenzung ist der frühestmögliche Zeitpunkt der Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen umstritten. Die geläufige Praxis der Erfassung im Vorschulbereich⁴⁾ entspricht nicht den Forderungen nach einer primären Prävention bzw. frühzeitigen Kompensation vor der Einschulung. Neuere Längsschnittuntersuchungen zum Sprachentwicklungsverlauf drei- bis vierjähriger Kinder deuten jedoch darauf hin, daß sich auch Sprachstörungen von mittelgradigem Schweregrad bereits im Alter von drei Jahren durch ein subnormales Sprachverhalten ankündigen (*Grohnfeldt* 1982 b). Insbesondere sind es die Faktoren eines verzögerten Sprechbeginns und somatisch belegbarer Risiken (jeweils definiert nach *Grohnfeldt* 1981 b), die in diesem Alter Ausdruck einer bevorstehenden Sprachentwicklungsstörung sein können.

Für die praktische Umsetzung gilt es, zwischen zwei Gesichtspunkten abzuwägen:

- Primäre Anlaufstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ist der Kinderarzt. Er kann aufgrund der ersten Vorsorgeuntersuchungen die Entwicklung des Kindes zumindest ansatzweise nachvollziehen. Bei Risikokindern, die im Alter von zweieinhalb bis drei Jahren wenig oder nicht sprechen, ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren Sprachentwicklungs-

⁴⁾ Bei einer Untersuchung zum Stand der Frühförderung in Bayern wurde das durchschnittliche Erfassungsalter für Sprachstörungen mit 4;6 Jahren angegeben (*Huber* 1980, S. 4).

störung stark erhöht. Die Möglichkeit einer Erfassung, vielleicht sogar in Form eines Rundbriefs mit dem Angebot einer ärztlichen Begutachtung, erscheint hier bei allen Schwierigkeiten einer freiwilligen Mitarbeit der Eltern gegeben.

- Individuelle Voraussagen sind kaum möglich — schon gar nicht aufgrund von Einzelfaktoren (z. B. ein niedriger Apgar-Score bewirkt...). Die genannten Zusammenhänge beschränken sich auf Mittelwertvergleiche.

Zu warnen ist vor frühzeitigen Etikettierungen mit unkontrollierten Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion, die durch die — vermeintliche? — Kenntnis einer sich anbahnenden Sprachstörung entstehen können. Eine verantwortungsbewußte Diagnose impliziert, daß der weitere Weg des Kindes und seiner Eltern aufmerksam weiterverfolgt wird.

5.2.2. Elementarbereich (4 bis 6 Jahre)

Bei Kindern im Alter von vier Jahren steigt die Sicherheit der diagnostischen Trennung normaler und abweichender Sprachverläufe. Für die gezielte Einflußnahme auf sich jetzt abzeichnende Sprachentwicklungsstörungen bietet sich der Elementarbereich besonders an, da in diesem Alter durch ein Verbundsystem familiengerichteter Aktivitäten sowie einzel- und gruppen-therapeutischer Maßnahmen häufig erfolgversprechende Kompensationen im Frühstadium einer Sprachentwicklungsstörung möglich sind. Hier sollte ein Schwerpunkt zukünftiger Arbeit im Rahmen der Sprachbehindertenpädagogik liegen.

Voraussetzung zu einer systematischen Frühförderung sind dabei gezielte Erfassungsmaßnahmen. An dieser Stelle soll dazu für eine möglichst obligatorische Reihenuntersuchung für Vierjährige plädiert werden, bei der im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsbeurteilung eine Überprüfung des Hörstatus durch einen Facharzt und des Sprachausdrucks auf fachpädagogischer Grundlage durch einen Sprachbehindertenpädagogen oder Logopäden erfolgen sollte.

Ein derartiges Screeningsystem erfordert ein ökonomisches und kindgemäßes Verfahren. Zu diesem Zweck wurde das »Sprachdiagnostische Siebverfahren für Vierjährige« (Grohnfeldt 1982b) zusammengestellt, bei dem im Rahmen einer zweistufigen Erhebung eine obligatorische Überprüfung der Lautebene, des Wortschatzes sowie der grammatischen und kommunikativen Fähigkeiten erfolgt. Beim Verdacht auf eine komplexe Sprachstörung wird eine fakultative Beurteilung der sensomotorischen Voraussetzungen vorgenommen. Die Zielsetzung beschränkt sich auf eine erste Erfassung, ohne differentialdiagnostische Abklärungen anzustreben.

Im Hinblick auf das Ausmaß der erforderlichen therapeutischen Interventionen wäre es erforderlich, etwas über den möglichen zukünftigen Verlauf der Sprachentwicklung des betreffenden Kindes zu erfahren. Die prognostische Trennung temporärer Sprachentwicklungsverzögerungen und komplexer Sprachentwicklungsbehinderungen ist jedoch mit den heutigen diagnostischen Hilfsmitteln nur schwer möglich. Erste Hinweise, die sich aber lediglich auf die Lautebene beschränken, konnten bei einer Überarbeitung des Stammlerprüfbogens von Metzker gegeben werden (Grohnfeldt 1979a, 1980). Dabei konnte durch die Aufstellung der Skala »sch in Verbindungen« eine Lautgruppe faktorenanalytisch extrahiert werden, durch die eine Vorhersagefähigkeit auf andere Lautgruppen möglich ist. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse zur Lautentwicklung auf den Stand der allgemeinen Sprachentwicklung erscheint jedoch unzulässig. Als forschungsrelevante Aufgabe soll hier auf die Notwendigkeit einer genaueren Analyse der syntaktisch-morphologischen Fähigkeiten verwiesen werden. Nicht umsonst gilt der »Dysgrammatismus als Leitsymptom der verzögerten Sprachentwicklung« (Heese 1963, S. 10).

5.2.3. Schulalter

Die weitere Entwicklung der Sprachbehindertenschule hängt auch von ihrer zukünftigen Schülerstruktur ab. Die Aussagen darüber müssen derzeit noch weitgehend spekulativ bleiben. Je

nach dem Einzugsgebiet der Schule, dem Ausbau des Sonder- und Regelschulsystems im regionalen Umfeld und letztlich dem Selbstverständnis des betreffenden Einschulungsdiagnostikers werden verschiedene Lösungsvarianten denkbar sein. Das Spektrum reicht hier von der Aufnahme leichterer Störungsfälle, um den Bestand der Schule zu sichern, bis zu einer Strukturänderung der Schülerschaft in Richtung eines vermehrten Auftretens komplexer Behinderungssyndrome, bei denen Sprachbehinderungen mit massiven Lernstörungen verbunden sind. Für die weiteren Überlegungen wird hier die Vermutung geäußert, daß zukünftig eher mit einem vermehrten Auftreten struktureller und langdauernder Störungsformen gerechnet werden muß, weil leichtere Sprachauffälligkeiten durch eine verbesserte Frühförderung ausgesiebt bzw. im Regelschulsystem gehalten werden (siehe Kapitel 3.2.).

Für die Sprachbehindertenschule würde eine derartige Strukturänderung der Schülerschaft bedeuten, daß sie ihr Selbstverständnis als Sonderform der Volksschule mit dementsprechender Lehrplanorientierung neu zu überdenken hätte. Dies ist nicht als erneute Suche nach einer eigenständigen, nur auf das sprachbehinderte Kind bezogenen Didaktik zu verstehen. Dazu sind in der Literatur unter der oben genannten »Dualismusproblematik« (Orthmann 1969) vielfältige Lösungsmöglichkeiten beschrieben worden, »ohne daß bis heute eine zufriedenstellende Lösung des Problems gefunden ist« (Kroppenberg 1982, S. 48).

Die Sprachbehindertenschule wird sich jedoch angesichts des verstärkten Konkurrenzdrucks der Aufgabe stellen müssen, ein attraktives, über die Möglichkeiten der Regelschule und ambulanten Versorgung hinausgehendes Angebot zu bieten. Im Rahmen eines flexiblen Systems der Beschulung wäre es durchaus zu überlegen, der Sprachbehindertenschule mehr als bisher den Charakter einer Angebotsschule zu verleihen (für die Lernbehindertenschule äußert sich dazu Wocken 1982). Dies impliziert nicht nur eine gute finanzielle und personelle Ausstattung, sondern möglicherweise auch ihre interdisziplinäre Öffnung durch eine vermehrte Einbeziehung anderer Berufsgruppen (z. B. Psychologen, Sozialarbeiter . . .), um der Mehrdimensionalität der Störungen besser gerecht zu werden und die Elternarbeit im außerschulischen Bereich zu intensivieren. Die im Früh- und Elementarbereich allgemein anerkannte Bedeutung der Interdisziplinarität sollte auch im Schulalter mehr als bisher praktische Relevanz gewinnen.

6. Ausblick

Wer eine Einschätzung zukünftiger Entwicklungslinien der (Sprach-)behindertenpädagogik anstrebt, kommt nicht umhin, dies vor dem Hintergrund der politischen und sozialen Rahmenbedingungen vorzunehmen. Diese sind gekennzeichnet durch

- sinkende Schülerzahlen im Primarbereich (voraussichtlich bis zum Jahre 1985)
- sowie einen engeren finanziellen Spielraum.

Diese Entwicklungen können zusammengefasst zu einer Strukturänderung des Systems sprachtherapeutischer Maßnahmen bei einer zunehmenden Konkurrenz bzw. Abgrenzung des Aufgabenbereiches der beteiligten Berufsgruppen in der Bundesrepublik führen⁵⁾.

Die hier vorgeschlagene Schwerpunktverlagerung zugunsten der Frühförderung stößt dabei auf zwei Fragenkomplexe: zum einen ergeben sich Konsequenzen für die Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen, zum anderen ist eine Neuorientierung der Sprachbehindertenpädagogik im interdisziplinären Arbeitsfeld sprachtherapeutischer Maßnahmen erforderlich. Die bisherigen Ausbildungsschwerpunkte der Hochschulen zielten primär auf die Vorbereitung von Pädagogen für die Schule — dementsprechend baute sich ein Regelkreis auf, der

⁵⁾ Von ähnlichen Entwicklungen sind auch andere Wissenschaftsdisziplinen betroffen. So spricht der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde von einer »Krise der Kinderkrankenhäuser« (Olbing 1982, S. 673) aufgrund kürzerer Liegezeiten und stagnierender Geburtenzahlen, so daß viele kleinere Kinderabteilungen von Schließung bedroht sind.

den Stellenwert der Sprachbehindertenschule als zentrale Institution verstärkte. Eine Ausweitung des Aufgabenbereiches von Sprachbehindertenpädagogen muß durch dementsprechende Ausbildungs- und Fortbildungsangebote vorbereitet bzw. begleitet werden. Eine Offenlegung von Kompetenzen verweist hier darauf, daß Defizite in

- der Kleinkindpädagogik sowie den Grundlagen der Sozialpädagogik
- der Elternberatung und Gesprächsführung zur Durchführung familiengerichteter Aktivitäten
- der systematischen Einübung sprachtherapeutischer Verhaltensformen im Rahmen einer mehrdimensionalen Entwicklungsförderung Vier- bis Sechsjähriger

vorliegen. Im Prinzip gelten diese Aussagen auch für Angehörige anderer Berufssparten im Rahmen der Sprachtherapie (z. B. Logopäden). Standespolitische Kontroversen sollten deshalb nicht im Vordergrund stehen, wenn im Sinne der betroffenen Kinder ein Konzept von der Sache her begründet werden kann.

Literatur

- Beltermann, Tina: Zur Situation der Logopädie in den Niederlanden. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 149—151
- Biesalski, P.: Erwiderung zum Artikel von E. Westrich »Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie«. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 156—158
- Biesalski, P.: Wer ist qualifizierter? Sprache — Stimme — Gehör 6 (1982), S. 71—73
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 1—17
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 111—120
- Cremer-Zanzen, Mathilde: Die sprachheilpädagogische Erfassung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Belgien. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 145—148
- Dannenbauer, F.M., und Dirnberger, W.: Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte — Kriterien und Realisationsmöglichkeiten in der Grundstufe. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 313—325
- Deutscher Bildungsrat. Empfehlungen der Bildungskommission. Strukturplan für das Bildungswesen. Bonn 1970
- Dirnberger, W.: Entwicklung, Stand und Neugestaltung des Sprachheilschulwesens in Deutschland. Hannover 1973
- Dollase, R.: Grenzen pädagogischer Einflußmöglichkeiten im Kleinkindalter. In: Dollase, R. (Hrsg.): Handbuch der Früh- und Vorschulpädagogik. Bd. 2, Düsseldorf 1978, S. 457—472
- Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens. Beschlossen von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland am 16. März 1972. Nürnberg 1972
- Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule). Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 10. November 1978.
- Frings, M.L.: Das Sprachheilwesen im amerikanischen Bundesstaat Kalifornien. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 147—152
- Grohnfeldt, M.: Diagnose von Sprachbehinderungen. Theorie und Praxis der Felddiagnostik bei Sprachbehinderten. Berlin 1979
- Grohnfeldt, M.: Analyse der Phonemkapazität bei sprachauffälligen Kindern im Vorschulalter. Zur Überarbeitung des Stammlerprüfbogens von Metzker. Die Sprachheilarbeit 24 (1979a), S. 227—236
- Grohnfeldt, M.: Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei drei- bis sechsjährigen Kindern. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 169—177
- Grohnfeldt, M.: Zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Disziplin. Z. Heilpäd. 32 (1981), S. 425—429
- Grohnfeldt, M.: Möglichkeiten und Grenzen der Erkennung von Sprachauffälligkeiten im Frühbereich (0—3 Jahre). Sprache — Stimme — Gehör 5 (1981a), S. 90—93
- Grohnfeldt, M.: Frühsprachliche Entwicklungsverläufe und primäre Prävention von Sprachauffälligkeiten. Die Sprachheilarbeit 26 (1981b), S. 293—298

- Grohnfeldt, M.: Störungen der Sprachentwicklung. Berlin 1982
- Grohnfeldt, M.: Überlegungen zur wissenschaftstheoretischen Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982a), S. 25—28
- Grohnfeldt, M.: Längsschnittstudie zum sprachlichen Entwicklungsverlauf von Drei- bis Vierjährigen. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982b), S. 259—270
- Grohnfeldt, M.: Behinderte und entwicklungsauffällige Kinder in der Sicht der klinischen Sozialpädiatrie und pädagogischen Frühförderung. *Z. Heilpäd.* 33 (1982c), S. 811—820
- Grohnfeldt, M.: Behinderungsbegriff und Modellbildung in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse unter besonderer Berücksichtigung des Paradigmakonzepts. *Z. Heilpäd.* 33 (1982d), S. 789—802
- Grohnfeldt, M.: Frühförderung sprachentwicklungsgestörter Kinder durch Beeinflussung der verbalen Mutter-Kind-Interaktion? *Sprache — Stimme — Gehör* 7 (1983), S. 27—31
- Grond, J.: Integrative Aspekte in der Früherziehung Behinderter und von Behinderung Bedrohter. In: Bonderer, E., und Bächtold, A. (Hrsg.): *Schweizer Beiträge zur Integration Behinderter*. Luzern 1981, S. 109—135
- Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle 1929
- Haselmann, B.: Frühförderung behinderter Kinder als verbandspolitisches Aufgabenfeld des Verbandes Deutscher Sonderschulen — Fachverband für Behindertenpädagogik. *Z. Heilpäd.* 33 (1982), S. 338—341
- Haupt, Ursula: Veränderungen der Schülerschaft in Körperbehindertenschulen — Notwendigkeit der Entwicklung von neuen Konzepten. *Sonderpädagogik* 12 (1982), S. 97—102
- Heese, G.: Dysgrammatismus als Leitsymptom der verzögerten Sprachentwicklung. *Süddt. Schulzeitung* 17 (1963), S. 10—11
- Heese, G.: Die Schule für Sprachbehinderte. *Z. Heilpäd.* 24 (1973), S. 452—459
- Heese, G.: Einbezug oder Sonderung behinderter Kinder. *Vjschr. f. Heilpäd. u. ihre Nachbarggebiete (VHN)* 43 (1974), S. 371—376
- Hellbrügge, Th. (Hrsg.): *Klinische Sozialpädiatrie. Ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter*. Berlin/Heidelberg/New York 1981
- Horsch, Ursula, und Werner, L.: Kommunikationstheoretische Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982), S. 138—148
- Huber, Antje: Zum Stand der Frühförderung in Bayern. In: *Arbeitsstelle Frühförderung am Institut München* (Hrsg.): *Frühförderung. Rundbrief* 25 (1980), S. 3—17
- Kittel, G.: Anfragen aus der Praxis. *Sprache — Stimme — Gehör* 4 (1980), S. 35
- Knura, Gerda: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: *Gutachten und Studien der Bildungskommission. Sonderpädagogik* 4. Bd. 35. Stuttgart 1974, S. 103—198
- Knura, Gerda: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik*. Bd. 7, Berlin 1980, S. 3—64
- Kroppenberg, D.: Heim — Schule — Kurs. Gedanken zu sprachsonderpädagogischen Organisationsformen. In: *Aschenbrenner, H. (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Heimerziehung*. Wien/München 1982, S. 47—54
- Kuhn, Th. S.: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M. 1967, *1979 (engl. Original: Chicago 1962)
- Moddemann, H.: Sprachheilarbeit in den USA. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Psychosoziale Aspekte bei Sprachbehinderungen*. Hamburg 1979, S. 199—211
- Motsch, H.-J.: Emanzipatorische Rehabilitation in der Logopädie. *Rehabilitation* 18 (1979), S. 79—84
- Motsch, H.-J.: Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft. *Vjschr. f. Heilpäd. u. ihre Nachbarggebiete (VHN)* 48 (1979a), S. 329—338
- Motsch, H.-J.: Sprachbehinderte in der Schweiz. Luzern 1981
- Motsch, H.-J.: Sprachheilheime — Integration durch Segregation? In: *Aschenbrenner, H. (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Heimerziehung*. Wien/München 1982, S. 37—45
- Olbing, H.: Krise der Kinderkrankenhäuser. *Der Kinderarzt* 13 (1982), S. 673—674
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969
- Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 22 (1977), S. 37—49
- Orthmann, W.: Früherfassung und Frühbetreuung sprachbehinderter Kinder in Baden-Württemberg — Bericht über ein schulorganisatorisches Modell. *Die Sprachheilarbeit* 23 (1978), S. 86—95

- Sander, A.: Die Befreiung der Sonderpädagogik von der Sonderschulpädagogik. Sonderpädagogik 12 (1982), S. 124—130
- Seyd, Waltraud: Spezielle Aufgaben der Sprachbehindertenpädagogik im Vorschulbereich. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 7, Berlin 1980, S. 438—446
- Speck, O.: Pädagogische Frühförderung behinderter Kinder unter den Aspekten der Regionalisierung und Interdisziplinarität. Rehabilitation 19 (1980), S. 102—106
- Steichen, R.: Die sprachtherapeutische Situation in Luxemburg. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 141—145
- Teumer, J.: Probleme und Notwendigkeiten der Früherfassung und -förderung von Sprachgeschädigten — Konsequenzen für die Ausbildung von Sonderschullehrern für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 21 (1976), S. 133—140
- Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder — Gedanken zur Grundlegung der Sprachgeschädigtenpädagogik. 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
- Wagner, P.: Die Behandlung der Rede- und Sprachstörungen in Frankreich. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 131—140
- Werner, L.: Zur Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in das Planungsmodell für Unterricht der Berliner Schule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 87—92
- Werner, L.: Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 77—83
- Westrich, E.: Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 75—86
- Westrich, E.: Sprachbehinderung und Sprachbehinderter. Die Sprachheilarbeit 23 (1978), S. 27—31
- Wocken, H.: Didaktische Leitideen der Schule für Lernbehinderte. Ein Beitrag zur Theorie der Sonderschule. Z. Heilpäd. 33 (1982), S. 637—647
- Wöhler, K.: Elternarbeit in der Frühförderung behinderter Kinder. In: Schmidtke, H.-P. (Hrsg.): Sonderpädagogik und Sozialpädagogik. Rheinstetten 1981, S. 111—119
- Zuckrigl, A.: Organisationsformen des Sprachheilwesens. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 7, Stuttgart 1980, S. 95—121

Anschrift des Verfassers:

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

**staatlich geprüfte
Berufe mit Zukunft**



B.-Blindow-Schulen

Für unsere staatlich anerkannten Lehranstalten für Heilhilfsberufe suchen wir für April 1984 oder später haupt- oder nebenberufliche

Logopäden(innen)

als Dozenten.

Die Bewerber sollten über einige Jahre Berufserfahrung und evtl. über eine Lehrtätigkeit verfügen.

Die B.-Blindow-Schulen sind bekannt für die Ausbildung von

- pharm.-tech. ● med.-tech. ● chem.-tech. Assistenten
- Krankengymnasten ● Masseur u. med. Bademeister.

Hannoversche Straße 91 · 4500 Osnabrück · Telefon (0541) 273 21
Herminenstraße 17 f + 18 · 3062 Bückeburg · Telefon (05722) 37 90

Martin Kloster-Jensen, Bekkestua (Norwegen)

Lalogramme — ein diagnostisches Lautschriftsystem bei Stammeln

Zusammenfassung

Das graphische Festhalten von dyslalisch gesprochenen Lauten erfolgte bis jetzt mit den am nächsten liegenden Mitteln der alphabetischen Schrift. Dies läßt sich besonders leicht bei sogenannten Ersatzlauten machen. Auch Sprachlaute, die mit mehr als einem Buchstaben geschrieben werden müssen (ng, ch, sch usw.), bieten keine besonderen Probleme. Bei sogenannten Lautverstümmelungen (z. B. Fällen von Lispeln und Näseln) jedoch kann weder die alphabetische Schrift noch in genügendem Umfang eine »Lautschrift« auf alphabetischer Basis mit großem Nutzen verwendet werden.

Unter dem Gesichtspunkt einer diagnostischen Funktion der graphischen Repräsentation dyslalischer Formen erweisen sich die bisher verwendeten Systeme erst recht als unzulänglich. Die vorliegende Arbeit versteht sich als ein Versuch zum Einsatz sehr vereinfachter, jedoch physiologisch begründeter Artikulationszeichnungen in der Dyslaliediagnostik.

Vorbemerkung

In einem früheren Beitrag in dieser Zeitschrift (Heft 3/1982) haben wir ein Analyseverfahren bei Stammeln: SNAsAm, beschrieben. Mit der vorliegenden, weiterführenden Arbeit machen wir den Versuch, verschiedene artikulatorische Züge mittels eines physiologisch begründeten Aufzeichnungssystems (Lautschrift) visuell zugänglich zu machen. Der Verfasser ist Herrn *Heiner Jahncke* für die korrigierende Durchsicht des Manuskripts sowie für das Verfertigen der Figurenzeichnungen zu Dank verpflichtet.

Einleitung

Die traditionelle, hauptsächlich auf dem lateinischen Alphabet basierende Lautschrift hat zwar das Ziel und teilweise die Möglichkeit, Varianten oder Nuancen von Sprachlauten zu symbolisieren. Dies geschieht jedoch durch rein konventionelle Zeichen, die keine Anknüpfung an die physiologischen Verhältnisse beim Sprechen zeigen. So kann bei keinem Zeichen einer alphabetisch begründeten Lautschrift mit Konsequenz angegeben werden, welche artikulatorischen (»snasamatischen«) Züge einen Laut charakterisieren bzw. zwei Laute unterscheiden. Für therapeutische Zwecke läßt diese Tatsache zu wünschen übrig. Es ist deshalb auch verständlich, daß sich alphabetisch begründete Lautschriftsysteme in der Sprachtherapie nicht haben durchsetzen können. Wir sehen überall, daß man eine abweichende Aussprache selten durch Transkription, sondern vielmehr mit Hilfe von traditionellen Buchstaben und Zusammenstellungen von Buchstaben zu bezeichnen sucht, etwa durch »ng« und »sch«. Nichts scheint natürlicher, nur fehlt auch hierbei einerseits die Beziehung zur Sprechmotorik, und andererseits geht der dyslalisch Sprechende (und vielleicht vor allem der Studierende) einer Veranschaulichung der abweichenden sowie der anzustrebenden Artikulation verlustig. Um hier Abhilfe zu schaffen, haben wir vor geraumer Zeit und auch keineswegs als erster (siehe Literaturnachweis in *Jensen 1954*) einen Entwurf ausgearbeitet, der aufgrund von Medianschnitten durch die Sprechwerkzeuge Mund und Nase sehr vereinfacht die snasamatischen Teilartikulationen darstellen soll. Dieses System zur Darstellung der Sprachlautartikulation haben wir Lalographie genannt.

Prinzip der Lalographie

Kurz gesagt dreht es sich um eine möglichst bildhafte Darstellung der jedes einzelne Segment charakterisierenden Züge. An jedem Lalogramm soll — direkt oder indirekt — erkennbar sein, ob der betreffende Laut stimmhaft oder stimmlos ist, ob er mit gehobenem oder gesenktem Gaumensegel gesprochen wird, welches die Artikulationsstelle und welches der Artikulations-

modus ist. Es erschien uns zweckmäßig, in der Darstellung durch Lalogramme konsonantische und vokalische Artikulationen getrennt zu beschreiben. Wir wollen mit den konsonantischen beginnen.

1. Prinzip der konsonantischen Lalogramme

Da es sich grundsätzlich um Medianschnitte handelt, ist der Ausgangspunkt der Darstellung eine Zeichnung, die die längs einer Mittellinie durchgeschnittenen Artikulationsorgane zeigt (Figur 1).



Figur 1, I: Medianschnitt durch die Sprechorgane

Figur 1, II: Vereinfachung

Benennen wir die Oberlippe mit A, den Übergang zwischen dem harten und dem weichen Gaumen mit B und das Zäpfchen mit C, so haben wir das Gebiet angegeben, innerhalb dessen die verwendeten Artikulationsstellen liegen. Zum Zwecke einer noch weniger aufwendigen Angabe von snasamatischen Zügen machen wir aus der ganzen Figur 1, II die folgende (Figur 2):



Figur 2: Weitere Vereinfachung des Medianschnitts.

Da weiter nur bei verhältnismäßig wenigen Segmenten der weiche Gaumen (B bis C) als Artikulationsstelle gebraucht wird, lassen wir zunächst, um ein »Grundzeichen« zu erhalten, diesen Teil weg. Ausgangszeichen bei der Aufzeichnung der Artikulation von Konsonantenlauten bleibt somit das folgende (Figur 3):

Figur 3: Lalographisches Grundzeichen für konsonantische Laute.

Ein genau gleich aussehendes, jedoch anders funktionierendes Grundzeichen gilt für vokalische Artikulationen. Weiteres im zweiten Teil.

1.1. Beschreibung der konsonantischen Lalogramme

Zur Angabe von Stimmbeteiligung (S), Nasalität (N), Artikulationsstelle (As) und Artikulationsmodus (Am) macht die Lalographie von folgenden Möglichkeiten Gebrauch:

»S«: Da damit zu rechnen ist, daß im Deutschen stimmhafte Sprachlaute etwa dreimal so häufig vorkommen wie stimmlose (Zipf 1929), empfiehlt es sich aus zeichenökonomischen Gründen, stimmhafte lalographisch unmarkiert zu lassen und stimmlose zu markieren. Die

Markierung der Stimmlosigkeit geschieht durch einen senkrechten Strich rechts auf dem Grundzeichen (Idee: »Abschneiden des Stimmtones«, Figur 4):



Figur 4: Markierung der Stimmlosigkeit.

»N«: Ebenso wie bei Stimmlosigkeit wird hier die seltenere Form »nasal« markiert, und zwar durch Symbolisierung der Luftströmung durch die Nase. In Figur 5, I ist der entsprechende Pfeil zu umständlich; ein Strich genügt (5, II).



Figur 5, I: Angabe von Luftströmung durch die Nase Figur 5, II: Die benutzte vereinfachte Form

Für sprechdiagnostische Zwecke wird noch eine Unterteilung der Nasalität (Rhinolalia) in »aperta« und »clausa« benötigt. Die soeben gezeigte Markierung (Figur 5, II) möge für »aperta« stehen; bei »clausa« soll symbolhaft ein anders als durch das Velum zustandekommendes Verschießen der Nasenhöhle bezeichnet werden (Figur 6).



Figur 6: Grundzeichen mit Markierung des geschlossenen Nasels.

»As«: Die Artikulationsstellen sind an der Lokalisierung eines Verschlusses oder einer Berührung bzw. einer Einengung zu erkennen. Wir wollen verschiedene Artikulationsstellen zunächst bei Mundverschlußlauten (*Kloster-Jensen* 1978, 1982) zeigen, und wir fangen mit den labialen an. Figur 7 zeigt den stimmhaften, nichtnasalen, bilabialen Mundverschlußlaut b.



Figur 7: Grundzeichen mit angesetztem Zeichen für Lippenverschluß: b

Da nun auch m zu den Mundverschlußlauten gerechnet werden muß, entsteht die Reihe in Figur 8:



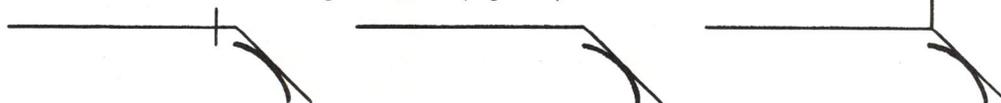
Figur 8: Labiale Mundverschlußlaute p, b, m

Als die nächste Artikulationsstelle für Mundverschlußlaute gilt die dentale (Zungenspitze hinter den oberen Schneidezähnen). Siehe Figur 9.



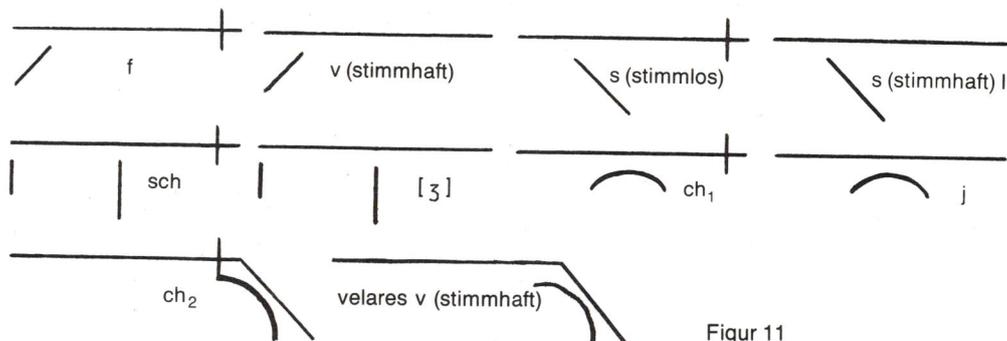
Figur 9: Lalogramme der dentalen Mundverschlußlaute t, d, n

Eine weitere Artikulationsstelle ist die velare, am weichen Gaumen. Für Lalogramme wird die zusätzliche Linie B bis C in Figur 2 aktuell (Figur 10):



Figur 10: Lalogramme der velaren Mundverschlußlaute k, g, ng

»Am«: Bisher haben wir die Mundverschlußlaute besprochen. Weitere Kategorien des Artikulationsmodus sind Laterallaute (Seitenlaute), Tremulanten (gerollte Laute), Reibelaute und vokaloffene Laute. Letztere kommen zur Besprechung im zweiten Teil. Wir wollen nun zuerst die Reibelaute ins Auge fassen. Diese sind lalographisch durch eine »Reibungsöffnung« gekennzeichnet. Das Deutsche kennt zehn Formen, die sich auf fünf Artikulationsstellen verteilen, vgl. zum Folgenden Figur 11: stimmloses und stimmhaftes v (also f und w) als Reibungsgeräusche zwischen Unterlippe und oberen Schneidezähnen (= labiodental), stimmloses und stimmhaftes s als Reibungsgeräusche zwischen Vorderzunge und Zahndamm (= dental-alveolar), stimmloses und stimmhaftes sch (wie in Schiff und Garage) als Reibungsgeräusche zwischen Zungenspitze und dem hinteren Teil des Zahndammes (= post-alveolar), stimmloses ch₁ und (stimmhaftes) j (wie in ich und ja) als Reibungsgeräusche zwischen vorderem Zungenrücken und hartem Gaumen (= palatal) und schließlich (stimmhaftes) r (wie in Dach und Rat) als Reibungsgeräusch zwischen Zungenrücken und weichem Gaumen (= velar).



Figur 11

Lalogramme der Reibelaute im Deutschen. Der senkrechte Strich bei stimmlosem und stimmhaftem sch symbolisiert die Lippenbeteiligung (»Rundung«), vgl. Figur 19.

Für den Reibelaut h kann nicht nur eine bestimmte Artikulationsstelle angegeben werden, weil das Reibegeräusch bei diesem Laut vor vorderen Vokalen (i e ä) am harten Gaumen (palatal), vor hinteren Vokalen (o u) am weichen Gaumen (velar) gebildet wird. Hinzu kommt bei gerundeten engen Vokalen (ü u) ein labiales Reibungsgeräusch. Eine Zwischenstellung zwischen palatal und velar nimmt der offene Vokal »a« ein.

Die Glottis ist bei der Hervorbringung von h weit geöffnet (*Jensen 1959*). Auch die Einengung an der jeweiligen Artikulationsstelle ist bedeutend geringer als bei den anderen Reibelauten (was durch einen erhöhten Luftverbrauch kompensiert wird). Diese geringere Einengung wird in Lalogrammen durch einen größeren Abstand des Zungen- oder Lippenzeichens vom Munddach kenntlich gemacht. Siehe Figur 12.



Figur 12

Verdeutlichung der geringeren Einengung bei dem Reibelaut h, hier vor dem Vokallaut i (Wortbeispiel: »hier«). Vgl. die Öffnung bei ch₁ in Figur 11.

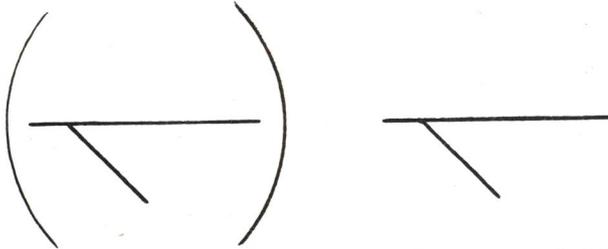
Den nächsten Artikulationsmodus machen die »gerollten« Laute aus. Sie sind durch »intermittierende Berührung zwischen einem Teil der Zunge und dem gegenüberliegenden Gaumengebiet« (*von Essen 1979*) gekennzeichnet. Da Lalogramme grundsätzlich nur statische Bilder liefern können, müssen wir uns hier eines Behelfs bedienen, indem wir Verschluß- und Berührungsphase zugleich zeigen (Figur 13):



Figur 13, I: Zungenspitze unter und am Gaumen Figur 13, II: Zäpfchen vorne und hinten

Lalogramme des alveolaren bzw. uvularen (Zäpfchen-)r̥ im Deutschen. Das »Rollen« soll durch die Angabe von zwei Artikulationsphasen verdeutlicht werden.

Bei den Lateral- oder Seitenlauten schließlich gelangt das lalographische System an eine Grenze seiner Darstellungsmöglichkeiten, indem sich ein Medianschnitt von Artikulationen mit Seitenöffnung nicht vom Medianschnitt des entsprechenden Mundverschlußlautes unterscheiden würde, vgl. Figur 14.



Figur 14: Gleiches Aussehen des vereinfachten Medianschnitts bei l̥ und d̥.

Der Notbehelf, um das Lalogramm eines l̥ von der Symbolisierung eines d̥ verschieden zu machen, besteht darin, daß wir vom Prinzip der Seitenansicht abweichen und die Zunge zweifach darstellen, einmal mit dentaler Berührung (Mittellinie) und zweitens mit seitlicher Öffnung, vgl. Figur 15.

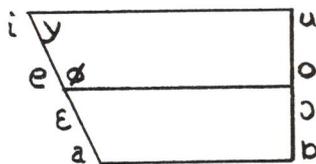


Figur 15: Lalogramm für dentales l̥.

2. Prinzip und Beschreibung der vokalischen Lalogramme

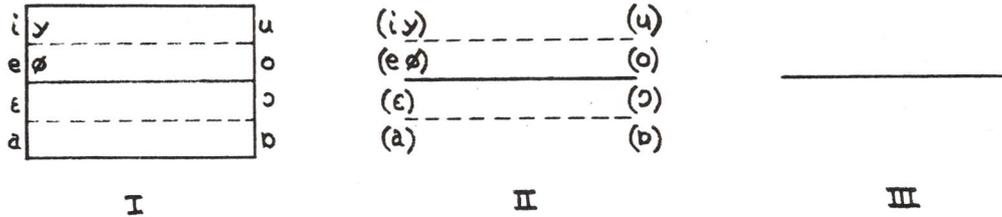
Die Unterscheidung von Vokal und Konsonant beruht auf deren Funktion in der Silbe und läßt sich nicht nach phonetischen Kriterien vornehmen (Jensen 1963). In den vokalischen Lalogrammen erhält das Grundzeichen trotzdem, und aus weiter unten dargelegten Gründen praktisch ausnahmslos, einen anderen Wert als bei den konsonantischen Artikulationen. (Auf sogenannte »silbenbildende Konsonanten« gehen wir hier nicht ein.)

Zur Gewinnung des vokalischen Grundzeichens wird vom Vokalviereck ausgegangen, wie wir es z. B. von der Darstellung in den Publikationen der IPA (siehe Literaturliste) kennen (Figur 16).



Figur 16: Vokalviereck (International Phonetic Association: »Kardinalvokale«).

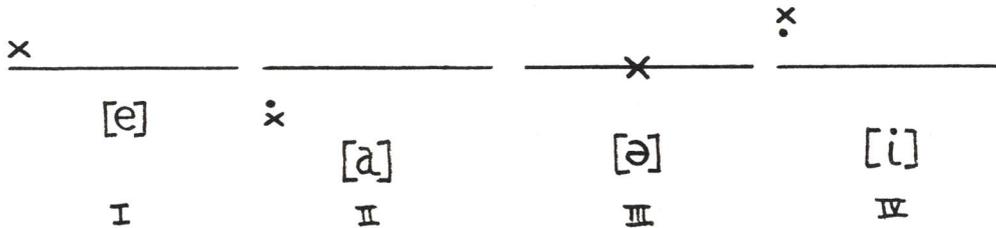
Durch fortschreitende Modifikation dieser Vokalfigur erhalten wir Figur 17, I bis III.



Figur 17: Gewinnung des lalographischen Grundzeichens für Vokallaute.

Zunächst wird in (I) das Viereck rektangulär gemacht. Die vorgenommene, für unsere Zwecke als bedeutungslos anzusehende leichte Umorientierung dient einer sichereren Lokalisierung in den Lalogrammen. In (II) bleiben nur zwei Hilfslinien, die jeweils bei »offenen« und »geschlossenen« Vokalartikulationen gebraucht (oder vielmehr bloß angedeutet) werden. Das Grundzeichen bei Vokalen (III) sieht also genauso aus wie das für Konsonanten, nur bezeichnet es bei Vokallauten nicht mehr das Munddach, sondern die waagerechte Mittellinie im Vokalviereck. Anderenfalls würde allzu wenig Platz bleiben für die Unterscheidung der Vokallaute, die sich snasamatisch höchstens in As und dort auch nur binär (palatal oder velar) differenzieren lassen.

Die Angabe, daß wir einen Vokal- und nicht einen Konsonantenlaut lalographieren, wird durch den Gebrauch eines Kreuzchens gemacht, wie z. B. in Figur 18, I bis IV.



Figur 18

Beispiele für vokalische Lalogramme. Prinzip: Figur 17. Der Punkt in (II) und (IV) deutet den Einsatz einer Hilfslinie, wie in Figur 17, II erklärt, an.

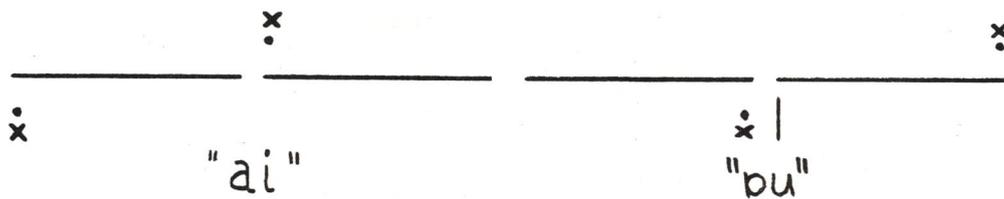
Gerundete Vokalartikulationen werden durch ein entsprechendes Zusatzzeichen symbolisiert (Lippenaktivität). Vgl. Figur 19.



Figur 19: Vokalartikulationen mit Lippenbeteiligung (»Rundung«).

Die besonderen artikulatorischen Züge der Kurzvokale werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt, da sie bei Dyslalien eine ganz untergeordnete Rolle spielen.

Diphthonge sind funktionell — in der Eigenschaft von Silbenträgern — als lange Vokale zu bewerten. Phonetisch (artikulatorisch) jedoch werden sie als ein Gleiten zwischen zwei Artikulationsstellen bezeichnet und daher lalographisch jeweils durch zwei Vokalgrößen dargestellt, wie in Figur 20.

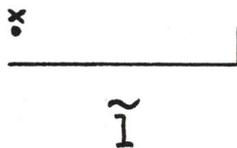


Figur 20: Diphthongische Vokalartikulationen. I: ei, II: au.

3. Lalographie bei dyslalischen Formen

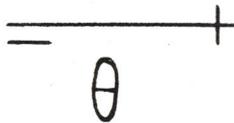
Das lalographische System bietet u. E. gute Möglichkeiten, um dyslalische Formen zu symbolisieren.

Erstes Beispiel: Rhinolalie. Für genäseltete Vokale finden die Markierungen in Figur 5 und 6 Anwendung; vgl. Figur 21.



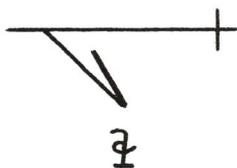
Figur 21: Lalographische Bezeichnung eines offen genäselteten i.

Zweites Beispiel: Interdental gelispeltes s. Hier schiebt sich die Zungenspitze unter die oberen Schneidezähne (Figur 22).



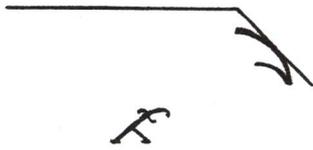
Figur 22: Interdental gelispeltes stimmloses s.

Drittes Beispiel: »Seitenlispeln«. Statt einer medianen Reibungsöffnung (»Rille«) wird seitlich ein Reibungsgeräusch gebildet. Diese Lateralität wird lalographisch entsprechend Figur 15 dargestellt. Bemerken Sie die zur Reibung verringerte Öffnung (Figur 23).



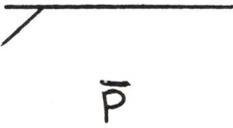
Figur 23: Lalogramm eines seitlich gelispelten stimmlosen s (Reibungsgeräusch).

Viertes Beispiel: Velar gebildetes l. Diese Form kann auch als dialektale Eigentümlichkeit auftreten. Als dyslalische Erscheinung geht sie häufig mit weiterer Velarisierung einher: k und g für l bzw. g u. a. Figur 24 zeigt das Lalogramm eines velar gebildeten l.



Figur 24: Lalogramm eines velar gebildeten j. Seitenöffnung bei medianer Berührung mit dem weichen Gaumen.

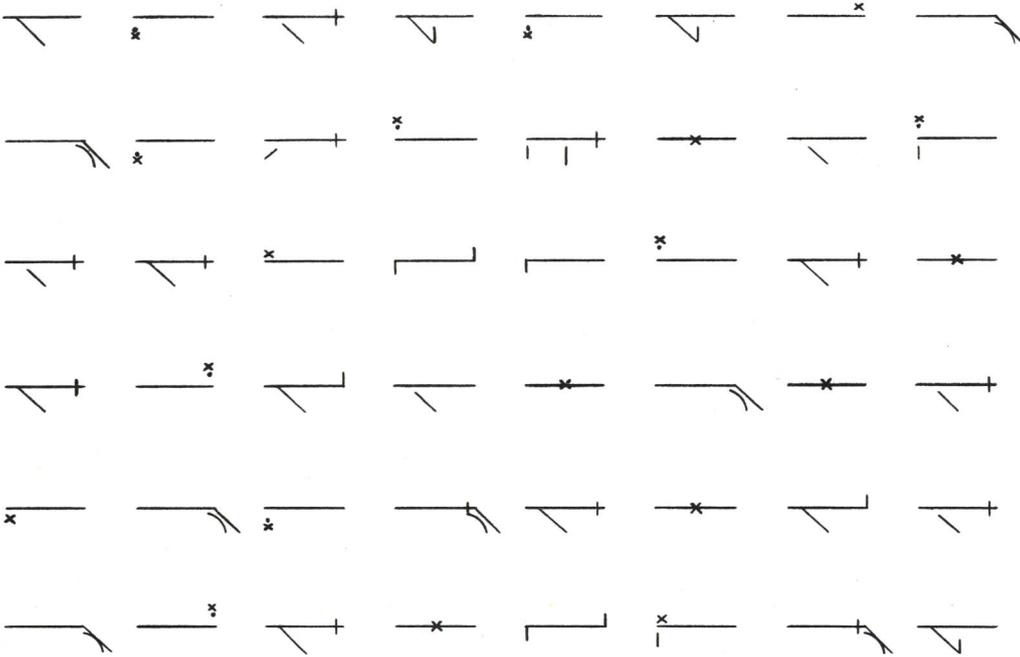
Fünftes Beispiel: Labiodentaler Mundverschlußlaut. Diese Artikulation kann bei Zahn- und Kieferanomalien vorkommen oder bei zerebraler Bewegungsstörung. Der Lippenverschluß ist erschwert; statt dessen legt sich die Unterlippe gegen die Innenseite der oberen Schneidezähne (Figur 25).

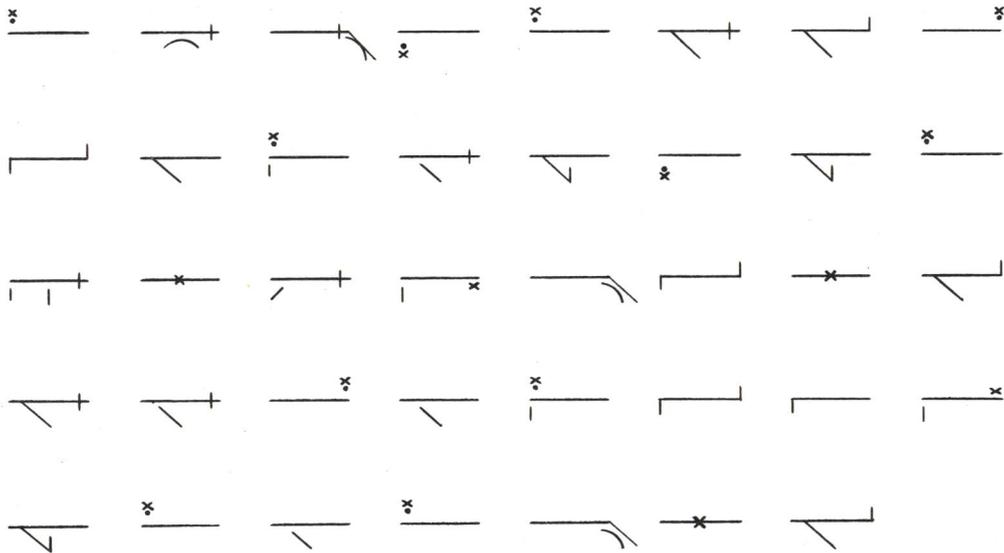


Figur 25: Labiodental gebildetes p.

4. Textprobe

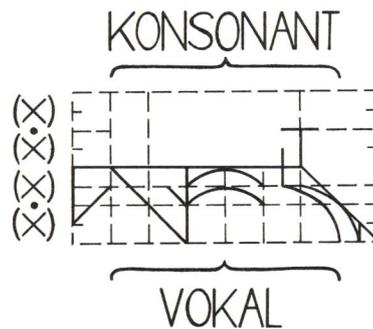
Zum Schluß lalographieren wir — als eine Art Überblick — den ersten Satz im 3. Teil: »Das lalographische System ...«.





5. Schreibnorm

Das folgende Muster (Figur 26) soll als Empfehlung zum gleichmäßigen Schreiben von Lalogrammen dienen. Zum Zwecke der leichteren Handhabung wurden dabei zahlenmäßig möglichst einfache Proportionen gewählt. Die Benutzung von kariertem Papier wird dadurch vorteilhaft.



Figur 26

Literatur

- Essen, Otto von: Allgemeine und angewandte Phonetik. Berlin 1979⁵.
 IPA: Journal of the International Phonetic Association. London. Vgl. z. B. lose Beilage zu Vol. 8 (1978) Nos. 1—2.
 Jensen, M. Kloster: Lalograms. In: Jahrbuch der Universität Bergen (Historik-antikvarisk rekke nr. 3.) Bergen 1954, S. 1—17
 Jensen, M. Kloster: Czermak, Brücke und das H. Zs. f. Phonetik und allgemeine Sprachwissenschaft 1959, Heft 1—4 (Calzia-Festgabe), S. 161—168
 Jensen, M. Kloster: Die Silbe in der Phonetik und Phonemik, Phonetica 9 (1963) 1, S. 17—38
 Kloster-Jensen, M.: SNAsAm. In: Hamburger Phonetische Beiträge Band 25 (Festschrift Otto von Essen, 1978), S. 201—220
 Kloster-Jensen, M. und Jahncke, H.: SNAsAm — ein Analyseverfahren bei Stammeln. Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 121—129.
 Zipf, G.K.: Relative Frequency as a Determinant of Phonetic Change. In: Harvard Studies in Classical Philology. Band 40 (1929), S. 43—57

Anschrift des Verfassers:

Martin Kloster-Jensen, Prof. dr. philos., Baerumveien 235, N-1340 Bekkestua, Norwegen.

Helmut Breuer und Maria Weuffen, Greifswald (DDR)

Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus Langzeit-Katamnesen bei Stotterern

Zusammenfassung

Die Auswertung der Stotterer-Katamnesen über lange Zeiträume hinweg ergab folgende Hinweise:

1. Mit welchem Erfolg ein Stotterer behandelt werden kann, hängt nicht in erster Linie von aktuellen, diagnostizierbaren Symptomen seiner Sprachstörung ab, sondern von deren »Verankerung« innerhalb der hierarchischen Struktur des lautsprachlichen Systems, einschließlich deren neurophysiologischen, sensomotorischen Grundlagen.¹⁾
2. Der Sprachheilpädagoge kann sich über die zunächst verborgene »Verankerung« einer Sprachstörung bereits vor Beginn der Behandlung im Vorschulalter informieren. Er ermittelt u. a. vor allem
 - aus der Anamnese: Wann hat das Kind mit dem Sprechen, wann mit dem Stottern begonnen?
 - durch Diagnose: Tritt das Stottern isoliert oder im Verein mit anderen Sprachstörungen, besonders mit Dysgrammatismus, auf?
Sind die sprachbezogenen Wahrnehmungsleistungen (Verbosensomotorik) altersentsprechend entwickelt, wo bestehen u. U. Rückstände?
3. Der tatsächliche Erfolg einer Stotterbehandlung läßt sich nicht allein aus dem Soforteffekt ableiten. Erst der sprachliche Zustand nach erreichter (relativer) sozialer Selbständigkeit kann als Maßstab für den erreichten Behandlungserfolg gewertet werden.

Im Zusammenhang mit der Frage nach den Ursachen, Symptomen und Therapieprognosen des Stotterns wird der Mangel an Langzeitstudien mit Recht deshalb besonders bedauert (Heese 1964), weil keine andere Sprachstörung so stark von den Besonderheiten der sich ständig verändernden sozialen Integration des betroffenen Individuums abhängig ist wie das Stottern. Indikatoren dafür sind u. a. die erreichten Effekte einer Stottertherapie. Rückfälle z. B. nach zunächst positivem Behandlungserfolg oder Förderresistenz stellen nicht unbedingt die Qualität der Therapie in Frage (Arnold 1970). Neurotisierende Komponenten in den Lebensumständen des Kindes können sich in manchen Fällen als mächtiger erweisen, manchmal wiederum plötzlich ihre Wirkung verlieren. Das ist z. B. beim Übergang von der Schule in die Berufsausbildung oft zu beobachten. Nicht das Älterwerden an sich ist in diesen Fällen entscheidend für die Normalisierung des Redeflusses, sondern die qualitative Veränderung der Lebensumstände, etwa ein anderes Verhältnis von Können und Sollen, von äußerem Anspruch und sozialer Geborgenheit. Wie alle anderen neurotischen Reaktionen ist auch das Stottern wechselseitig und nur schwer durchschaubar mit Bedingungen des inneren und äußeren Milieus verbunden. Auch beim Normalsprechenden sind Handlungsentscheidungen immer in irgendeiner Weise affektiv besetzt. Kognitiv oder motivational bedingte Unsicherheiten stellen Belastungen dar, die sich ganz unterschiedlich auswirken können. Beim Stotterer bewirken sie Störungen im Redefluß. Weshalb sich affektive Belastungen ausgerechnet dieses Ventil suchen, läßt sich aus den sprachlichen Symptomen allein niemals klären. Dazu bedarf es einer Gesamtschau der wechselseitigen Beziehungen zwischen den inneren und äußeren Komponenten der Handlungsregulation in ihrer Genese. Dies ist nur im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen möglich. Auf einige Aspekte dieser Zusammenhänge wird in diesem Beitrag hingewiesen.

¹⁾ Zur Diagnose des Niveaus und der Struktur sprachbezogener Wahrnehmungsleistungen zu Beginn des letzten Vorschuljahres wurde die »Differenzierungsprobe« eingesetzt (Breuer/Weuffen 1981). Inzwischen stehen weitere förderdiagnostisch orientierte Verfahren zur Frühdiagnose und Frühförderung zur Verfügung (Autorenkollektiv 1982).

Es wird über zufällig ausgewählte 128 Erwachsene berichtet, die in ihrer Kindheit aufgrund massiver Stottersymptome in verschiedensten Organisationsformen betreut und später durch die Sprachabteilung der Erziehungsberatungsstelle der Universität Greifswald katamnestisch untersucht wurden. Mit diesen Längsschnittuntersuchungen wurde vor 30 Jahren begonnen. Die Therapie erfolgte in folgenden Varianten:

- Sprachheilkindergarten
- Sprachheilschule
- Sprachheilheim
- Pflegestelle
- Ferienkurs
- Klinikaufenthalt
- ambulante Betreuung
- Elternberatung

Bei den Erfaßten handelt es sich um 101 (79 Prozent) männliche und 27 (21 Prozent) weibliche Stotterer. Einige Probanden nahmen nur an einer der genannten Therapieformen teil, waren z. B. nach dem Besuch des Sprachheilkindergartens dauernd symptomfrei. Andere beanspruchten dagegen mehrere Behandlungsvarianten, weil der Behandlungserfolg unbefriedigend war oder weil sich Rezidive einstellten.

Die Anzahl der Katamnesen ist für die einzelnen Probanden unterschiedlich. Unterschiedlich ist auch ihr zeitlicher Abstand zur Erstuntersuchung. Die nachfolgenden Übersichten 1 und 2 informieren über die Anzahl der von den einzelnen Probanden erhobenen Katamnesen und über die Zeitspanne zwischen der Erstuntersuchung eines Probanden und der letzten katamnestischen Erfassung.

Übersicht 1: Wieviel Katamnesen liegen von den einzelnen Probanden vor?

- 35 Probanden je 1 Katamnese
- 62 Probanden je 2 Katamnesen
- 31 Probanden je 3 und mehr Katamnesen

Übersicht 2: Zeitlicher Abstand zwischen Erstuntersuchung und letzter katamnestischer Erhebung

- 10—15 Jahre 26 Probanden
- 16—20 Jahre 50 Probanden
- über 21 Jahre 52 Probanden

Im Mittelpunkt der Katamnesen stand eine sehr sorgfältige Analyse der Sprache hinsichtlich der Symptomatik des Stotterns, außerdem des allgemeinen Sprachniveaus auf der Laut-, Wort- und Satzebene. Zusätzlich wurde erfaßt, welche gesundheitliche Entwicklung der Proband genommen hat, wie er den Anforderungen in der Schule bzw. im Beruf entsprechen konnte, ob er sich insgesamt wohlfühlt, wie er seine soziale Integration in der Familie, in der Schule bzw. im Beruf beurteilt, welche dominanten Sozialbeziehungen vorherrschen und welche nächsten Lebensziele angestrebt werden. Einige Probanden hatten inzwischen eine Familie gegründet.

Die katamnestischen Daten konnten mit zahlreichen anderen Informationen (Anamnese, frühere medizinische, psychologische und logopädische Untersuchungsergebnisse) in Beziehung gesetzt werden. Auf diese Weise standen wichtige Entwicklungsdaten vom Vorschulalter bis ins Erwachsenenalter bereit. Ihre Auswertung erlaubt Aussagen über die psychophysische Bedingtheit des Stotterns, über die prognostische Valenz des lautsprachlichen Niveaus im Vorschulalter (der zeitliche Ausgangspunkt der Therapie) und die pädagogische Beeinflussbarkeit der Störungssymptome.

Pädagogische Maßnahmen jedweder Art lassen sich u. E. hinsichtlich ihrer tatsächlichen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung eigentlich erst aus ihrer Langzeitwirkung, niemals aus ihren aktuellen Verhaltensresultaten bewerten.

Sofort- und Dauereffekt brauchen nicht übereinzustimmen.

Während z. B. der Soforteffekt bei der Stammertherapie durchaus positiv sein kann und in der Ebene der Lautsprache eine normgerechte Artikulation als Dauereffekt bestehen bleibt, kön-

nen sich beim Erwerb der Schriftsprache bestimmte Komplikationen als Symptome einstellen, die letztlich als Folgen der früheren Artikulationsschwächen anzusehen sind. In diesen Fällen ist der Behandlungseffekt der Stammertherapie streng genommen nur bedingt erfolgreich abgeschlossen. Er ist auf die Ebene der Lautsprache beschränkt, jedoch nicht in seinen Auswirkungen auf den Erwerb der Schriftsprache beseitigt. Die Behandlung der Artikulationschwäche (der Fähigkeit zur Differenzierung und Realisierung kinästhetischer Muster) setzt sich praktisch bei der Überwindung der Schwierigkeiten beim Lesen- und Schreibenlernen, also unter den Bedingungen eines neuen Tätigkeitstyps, fort. Erst wenn das betreffende Kind auch normgerecht schreibt und liest, kann von einem Dauereffekt der Stammertherapie gesprochen werden.

Im Zusammenhang mit dem Stottern wird in der Literatur von unterschiedlichsten Behandlungserfolgen berichtet. Diese divergierenden Angaben hängen unserer Meinung nach auch mit dem Zeitpunkt zusammen, wann der Behandlungseffekt überprüft wurde.

Als Kind und Jugendlicher ist der Mensch in vielfältigster Weise (im einzelnen zwar sehr unterschiedlich) von seiner sozialen Umwelt direkt abhängig. Seine Befindlichkeit hängt wesentlich davon ab, wer und wie seine Eltern, Lehrer und Mitschüler sind. Er kann ihre charakter- und temperamentsbedingten, u. U. neurotisierenden Erziehungsstile bzw. Verhaltensweisen kaum beeinflussen, er kann sich die für ihn entscheidenden Personen seiner Umgebung nicht aussuchen, auch ist das Kind nicht imstande, seine Lebensverhältnisse zu ändern. Das Kind ist zwar nicht nur passiv in diesem sozialen Kontext, dennoch bleibt es letztlich über viele Jahre in dieser selbstverständlichen, für die meisten Kinder schützenden Abhängigkeit.

Jeder Sprachheilpädagoge weiß, wie schwierig es ist, etwa das Erziehungsverhalten von Eltern oder das interne Bild eines Lehrers über ein Kind zu verändern. Dabei wäre es manchmal bitter nötig, weil Erziehungsstile und vorgefaßte Meinungen als invariante Einflüsse zu entsprechend habitualisierten Erlebnisverarbeitungen beim Kinde führen. Diese wechselseitigen Abhängigkeiten bleiben bei symptomorientierten Betrachtungen leicht verborgen. Der gute Behandlungserfolg, der bei Therapieformen mit gleichzeitiger Milieuveränderung (Sprachheilheim, Sprachheilschule mit Internat, Pflegestelle) im Soforteffekt erreicht wird, hängt damit zusammen. Milieuveränderungen können Stottern und andere neurotische Erscheinungen aber auch auslösen. Positive Milieuveränderungen werden nicht ohne Grund für die wirksamste Maßnahme jedweder Neurosebeeinflussung gehalten.

Neben den sozialen Einflüssen gehen labilisierende wie stabilisierende Wirkungen auf die sprachliche Leistung auch von solchen Faktoren aus, die mit individuellen Eigentümlichkeiten der physiologischen Grundlagen des Sprechens zusammenhängen. Welche Prozesse des zentralnervösen Systems, dabei speziell beim Stottern, eine dispositionelle Rolle spielen, vermögen wir nicht zu sagen. Weshalb ein Kind auf permanente psychische Belastungen mit dem Symptom Stottern reagiert, ein anderes dagegen nicht bzw. mit ganz anderen neurotischen Symptomen, ergibt sich vielleicht aus individuellen Konstellationen sogenannter »Schwachstellen« im zentralnervösen System.

Nach Abschluß der Schulausbildung, manchmal auch erst nach der Berufsausbildung, kann ein Mensch wesentliche Momente seines persönlichen Lebens selbständig beeinflussen. Er kann z. B. seinen Arbeitsplatz, seinen Wohnort wechseln, er kann sich dem Dauereinfluß neurotisierender Personen und Umstände entziehen, soziale Beziehungen aufnehmen und lösen. Hinzu kommt, daß sich in diesem Alter der physische Habitus stabilisiert hat.

Die Sprache — und besonders die des Stotterers — ist ein sehr sensibler Indikator für die psychische und physische Befindlichkeit (Becker u. a. 1977). Deshalb ist eine endgültige Aussage über den Behandlungserfolg eigentlich erst dann möglich, wenn der betreffende Mensch physisch stabilisiert ist und seine soziale Selbständigkeit erreicht hat und wahrnehmen kann.

Über diese — hier nur angedeuteten — Beziehungen zwischen der erreichten (relativen) sozialen Unabhängigkeit eines Menschen und den das Stottern determinierenden Faktoren geben

die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse einen Einblick. Dabei wird zwischen Sofort- und Dauereffekt bewußt unterschieden. Der Soforteffekt betrifft den sprachlichen Zustand nach Abschluß der ersten logopädischen Behandlungsvariante. Unter dem Dauereffekt wird der sprachliche Zustand im Erwachsenenalter verstanden. Bei der Beurteilung des sprachlichen Zustandes wurden strenge Maßstäbe angelegt.

Als »geheilt« wurden in unserer Population nur die Probanden bezeichnet, die völlig symptomfrei, u n a b h ä n g i g von der Sprechsituation und den Gesprächspartnern sprachen.

Als »gebessert, aber noch nicht symptomfrei« wurden Probanden dann eingeordnet, wenn sie in bestimmten Situationen (z. B. im Zustand der Erregung, bei körperlicher Indisposition oder bei bestimmten Partnern) Stottersymptome zeigten, jedoch in der Behandlungssituation und in belastungsfreien Situationen sprachlich unauffällig waren.

In der Rubrik »unverändert« erschienen diejenigen Probanden, die auch in der Behandlungssituation und in belastungsfreien Situationen Stottersymptome erkennen ließen, obgleich sich u. U. gegenüber der Ausgangssituation Tendenzen der Verbesserung andeuten.

Die im Dauereffekt ermittelten Befunde gehen auf unterschiedliche Entwicklungsverläufe nach dem im Soforteffekt ermittelten Sprachbefund zurück. Prognostisch stabil positiv ist die im Soforteffekt »geheilte« Gruppe. Relativ günstig ist im Dauereffekt die Prognose für die Gruppe »gebessert«. Stagnation und Rezidive treten nur bei 10 Prozent der im Soforteffekt »verbesserten« Stotterer auf. Ungünstig ist die Prognose der Kinder, bei denen sich im Soforteffekt keine deutlichen Verbesserungen bemerkbar machen. Die Hälfte von ihnen behält diesen negativen Sprachstatus bei.

Soforteffekt	Dauereffekt		
	geheilt (n = 88)	gebessert (n = 18)	unverändert (n = 22)
geheilt (n = 18)	18	—	—
gebessert (n = 72)	65	3	4
unverändert (n = 38)	5	15	18

Tabelle 1: Sofort- und Dauereffekt bei 128 Stotterern

Die deutliche Zunahme symptomfrei Sprechender im Erwachsenenalter überrascht zunächst. Für diese positiven Langzeiteffekte unserer Probanden sind weniger zusätzliche Therapievarianten verantwortlich als vielmehr die mit der beruflichen Bewährung und Bestätigung erreichte »Entneurotisierung« ihres Lebens. Allerdings unter der Voraussetzung, daß die Lautsprache hinreichend entfaltet ist.

Damit ist ein Niveau der Lautsprache beschrieben, welches im Vorschulalter bzw. Schulalter zwar im Redefluß gestört ist, aber in der Laut-, Wort- und Satzebene (in der Artikulation, im Wortschatz und im Sprachverstehen) werden altersentsprechende Leistungen erreicht bzw. nur unbedeutend unterschritten. Tritt das Stottern in Verbindung mit »brüchigen« Voraussetzungen in den genannten Ebenen (Laut-, Wort- und Satzbildung) auf, dann ist die Rehabilitation wesentlich schwieriger und u. U. auch im Dauereffekt unbefriedigend. Als Beleg für diese Behauptung werden nachstehend Untersuchungsergebnisse mitgeteilt.

Von den 128 Vorschulkindern zeigten im Erwachsenenalter lediglich noch 22 Probanden (17 Prozent) unverändert ausgeprägtes Stottern. Nur jedes sechste stotternde Kind begegnete uns also nach Jahren noch als stotternder Erwachsener. Alle übrigen sprachen (praktisch) symptomfrei.

18 der vorgestellten Stotterer sprachen dagegen bereits nach der ersten Therapievariante in allen Situationen symptomfrei. Woran kann das gelegen haben? Der positive Soforteffekt blieb bei diesen Kindern auch in den kommenden Jahren bestehen. Ist dieses Ergebnis primär die Folge einer besonders qualifizierten Therapie oder hat es in individuellen Besonderheiten der

Sprachstörung seinen Ausgangspunkt? Bis auf einige Ausnahmen wurden die beschriebenen 128 Fälle von einem der Autoren selbst behandelt. Damit ist die Frage, ob die unterschiedlichen Therapieeffekte mit Qualitätsunterschieden der Therapie schlechthin zu erklären sind, eigentlich beantwortet. Es ist anzunehmen, daß individuelle Besonderheiten der Sprachstörung bzw. des Sprachgestörten (einschließlich seiner Lebensumstände) im Ensemble für den Therapieeffekt wesentlich verantwortlich sind.

Individuelle Besonderheiten des Sprachgestörten

Nachfolgend wollen wir einige dieser individuellen Varianten näher betrachten. Aus der Vielzahl möglicher Indikatoren, die mit der Entfaltung des sprachlichen Systems zusammenhängen (Schukowa u. a. 1978), werden der Sprechbeginn, der Zeitpunkt erster Stotterersymptome, der Zusammenhang mit anderen Sprachstörungen und das Verbosensomotorikniveau im Vorschulalter mit den Therapieeffekten in Beziehung gesetzt.

1. Sprechbeginn bei Stotterern

Über den Sprechbeginn (erste Wörter) der seit der ersten Behandlung katamnestisch untersuchten 128 Stotterer gibt Tabelle 2 Auskunft.

Sprechbeginn (Anteil in Prozent)

1. Lebensjahr	2. Lebensjahr	3. Lebensjahr und später
57,0	29,7	13,3

Tabelle 2: Zeitliche Verteilung des Sprechbeginns bei 128 Stotterern

Um den Zeitpunkt des Sprechbeginns in seinem Wert als Praesymptom (Breuer 1982) für die zu erwartenden Therapieergebnisse beurteilen zu können, wird in den Tabellen 3 und 4 der Zeitpunkt des Sprechbeginns mit dem Sofort- bzw. Dauereffekt in Beziehung gesetzt.

Sprechbeginn	Soforteffekt (Anteil in Prozent)	
	positiv (n = 90) (geheilt/verbessert)	negativ (n = 38) (unverändert)
1. Lebensjahr (n = 73)	80,8	19,2
2. Lebensjahr (n = 38)	76,3	23,7
3. Lebensjahr (n = 17)	11,8	88,2

Tabelle 3: Sprechbeginn und Therapie-Soforteffekt bei 128 Stotterern

Sprechbeginn	Dauereffekt (Anteil in Prozent)	
	positiv (n = 106) (geheilt/verbessert)	negativ (n = 22) (unverändert)
1. Lebensjahr (n = 73)	91,8	8,2
2. Lebensjahr (n = 38)	89,5	10,5
3. Lebensjahr (n = 17)	29,4	70,6

Tabelle 4: Sprechbeginn und Redefluß im Erwachsenenalter bei 128 Stotterern

Die Tabellen 3 und 4 zeigen, daß der Sprechbeginn eines Stotterers tendenziell eine prognostische Bedeutung für den zu erwartenden Therapieeffekt besitzt. Von den Stotterern, die normgerecht mit dem ersten Lebensjahr zu sprechen begannen, konnten 91,8 Prozent die Sprachstörung bis ins Erwachsenenalter überwinden. Wer also altersentsprechend mit dem Sprechen beginnt, verfügt offensichtlich über stabilere, intaktere zentrale Voraussetzungen für die Ausbildung der Lautsprache. Bei den Stotterern, die erst mit dem dritten Lebensjahr oder später zu sprechen begannen, überwinden nur 29,4 Prozent ihre Sprachstörung. Die Therapie ist also im Soforteffekt, aber auch deutlich im Dauereffekt von der Stabilität der sprachlichen

Grundlagen abhängig. Ein Vergleich der Tabellen 3 und 4 macht wiederum darauf aufmerksam, daß auf lange Sicht die prognostische Sicherheit mit dem erreichten Soforteffekt nicht übereinstimmt. Vom Soforteffekt bis zum Dauereffekt verringern sich die unveränderten Zustände bei Kindern, die mit dem ersten oder zweiten Lebensjahr zu sprechen begannen, um mehr als die Hälfte; bei Kindern, deren Sprechbeginn im dritten Lebensjahr und später lag, nur um 20 Prozent!

2. Der Zeitpunkt des Stotterbeginns

Dieser Indikator ist für die Sprachheilpädagogen wichtig, weil er bei der Einordnung des Stotterns als pathologische Erscheinung zu beachten ist.

bis zum 4. Lebensjahr 75	im 5./6. Lebensjahr 13,3	später 11,7
-----------------------------	-----------------------------	----------------

Tabelle 5: Zeitliche Verteilung des Stotterbeginns (Anteil in Prozent)

Der überwiegende Anteil der Probanden begann zum Zeitpunkt der stürmischen Sprachentwicklung zwischen dem dritten bis vierten Lebensjahr mit dem Stottern. Die Beziehungen zwischen dem Beginn des Stotterns und den Therapiechancen gehen aus den Tabellen 6 und 7 hervor.

Zeitpunkt des Stotterbeginns	Soforteffekt (Anteil in Prozent)	
	positiv (n = 90)	negativ (n = 38)
bis 4. Lebensjahr (n = 96)	79,2	20,8
5./6. Lebensjahr (n = 17)	52,9	47,1
später (n = 15)	33,3	66,7

Tabelle 6: Zeitpunkt des Stotterbeginns und Therapie-Soforteffekt

Zeitpunkt des Stotterbeginns	Dauereffekt (Anteil in Prozent)	
	positiv (n = 106)	negativ (n = 22)
bis 4. Lebensjahr (n = 96)	84,9	15,1
5./6. Lebensjahr (n = 17)	52,9	47,1
später (n = 15)	46,7	53,3

Tabelle 7: Zeitpunkt des Stotterbeginns und Therapie-Dauereffekt

Aus den Tabellen 6 und 7 geht hervor, daß auch der Zeitpunkt des Stotterbeginns prognostisch bedeutsam ist. Die in Laienkreisen häufig anzutreffende Meinung, ein Stottern könne nicht so schlimm sein, weil es erst später auftritt (man meint, nachdem das Kind bereits einmal ohne Störungen im Redefluß gesprochen hat), widerlegen die vorliegenden Ergebnisse.

Das läßt sich wie folgt erklären: Störungen im Redefluß können erst dann einsetzen, wenn das Kind in der Lage ist, in Sätzen zu denken und zu sprechen. Das hat ein entsprechendes lautsprachliches Niveau auf Satzebene zur Voraussetzung. Frühzeitig können deshalb nur diejenigen Kinder auf neurotisierende Komponenten mit Stottern reagieren, wenn sie auch frühzeitig dieses lautsprachliche Niveau erreicht haben. Verläuft die lautsprachliche Entwicklung verzögert ab, dann kann sich folglich das Stottern erst später als neurotische Reaktion zeigen. Das steht auch mit der Tatsache im Zusammenhang, daß Kinder, die später mit dem Stottern beginnen, zuvor stammeln und/oder dysgrammatisch sprechen. In einigen Fällen können andere Ursache-Folge-Beziehungen bestehen. So begann in unserer Population ein Kind erst spät zu stottern, obwohl es schon frühzeitig auf der Satzebene intakt war, ausgezeichnete sprachliche

Voraussetzungen hatte. Im Zusammenhang mit einem schweren Trauma setzte das Stottern ein. Ähnliche Fälle gibt es immer wieder, sie lassen sich meist gut auflösen.

Beginnen Kinder erst nach dem Schuleintritt zu stottern, dann sind daran fast immer moralische, soziale oder intellektuelle Unadäquatheiten beteiligt, die bei gefestigten sprachlichen Grundlagen zu keinen derartigen Störungen im Redefluß führen würden.

Wenn also vom Sprachheilpädagogen ein später Termin für den Stotterbeginn anamnestisch ermittelt wird, dann darf er fast immer annehmen, daß eine »brüchige« sprachliche Grundlage vorliegt.

3. Stottern in Verbindung mit Stammeln und Dysgrammatismus

Zunehmend hat es der Sprachheilpädagoge mit komplexen Störungen der Sprache zu tun (Asperger 1956). Damit sind Längsschnittuntersuchungen, in die sowohl komplexe als auch isoliert auftretende Normabweichungen der Sprache einbezogen sind, von besonderem Interesse.

	Soforteffekt positiv (in Prozent) (n = 90)	Dauereffekt positiv (in Prozent) (n = 106)
Stottern (n = 101)	80,2	92,1
Stottern, Dysgrammatismus, Stammeln (n = 27)	33,3	48,1

Tabelle 8: Stottern und andere Sprachstörungen im Zusammenhang mit Rehabilitationserfolgen

101 Stotterer wiesen außer der Störung des Redeflusses keine anderen Normabweichungen auf. Lediglich in acht Fällen bestand kurzzeitig ein leichtes Stammeln.

Im Unterschied dazu trat bei 27 Kindern das Stottern in Verbindung mit multiplen oder universellem Stammeln und immer mit Dysgrammatismus auf. In drei Fällen kam auch noch Näseln vor.

Die in der Tabelle 8 mitgeteilten Ergebnisse unterstreichen die Abhängigkeit des Therapieeffekts vom Gesamtzustand der lautsprachlichen Grundlagen und des sprachlichen Systems. Dabei scheint es nach unseren Erfahrungen relativ unwesentlich zu sein, wie intensiv die Stotter Symptome selbst ausgeprägt sind. Der Zustand der Basisfunktionen der Sprache und des sprachlichen Systems besitzen demnach eine Indikatorfunktion für den zu erreichenden Rehabilitationseffekt.

Insgesamt wird die Erkenntnis bestätigt, daß für die Formulierung einer Prognose die Ermittlung der Symptome des Stotterns allein niemals ausreicht. Auch die Analyse der Lebensbedingungen kann die Prognose allein nicht sichern. Unumgänglich ist eine gründliche Analyse solcher Faktoren, die das Gesamtsystem der Sprache, einschließlich ihrer Basisfunktionen betreffen bzw. ihr unmittelbarer Ausdruck sind. Diese Faktoren entscheiden im hohen Maße darüber, ob und in welcher Weise neurotisierende Erziehungsbedingungen beim Kind zum Stottern führen. Sind die sprachliche Basis und das sprachliche System intakt, dann reagiert das Kind entweder mit anderen neurotischen Symptomen (z. B. Bettnässen usw.) oder es überwindet die neurotische Reaktion des Stotterns bei einer qualifizierten Therapie. Die neurotisierenden (neuroseauslösenden) Faktoren suchen sich gewissermaßen das schwächste Kettenglied in der zentralnervösen und psychischen Struktur aus. Das findet seinen Ausdruck in der Vielfalt möglicher Störsymptome bei relativ gleichen Störgrößen. Diese Überlegungen zur Genese und Therapieprognose des Stotterns lassen sich auch durch andere Befunde aus den Langzeitkatamnesen belegen.

Im Zusammenhang mit Längsschnittuntersuchungen zur prophylaktischen Einschränkung von Lernschwierigkeiten im Anfangsunterricht, zunächst speziell beim Erwerb der Schriftsprache, wurde von uns den wechselseitigen Beziehungen zwischen der sensomotorischen Ebene der Handlungsregulation, der Ebene der lautsprachlichen Handlungsregulation und der Entwicklung intellektueller Fähigkeiten nachgegangen. Dabei ließ sich nachweisen, daß für den Übergang zur lautsprachlichen Handlungsregulation diejenigen sensomotorischen Wahrnehmungsleistungen eine »Brückenfunktion« (Breuer 1982) zwischen sensomotorischer und lautsprachlicher Ebene besitzen, die für die rezeptive und produktive Diskriminierung sinnlich-wahrnehmbarer lautsprachlicher Modalitäten verantwortlich sind (Teumer 1977).

Es handelt sich dabei um Fähigkeiten zur phonematischen, kinästhetischen, melodischen, rhythmischen und optischen Differenzierung. Unzulänglichkeiten in diesen verbosensomotorischen Basisfunktionen beeinträchtigen den Erwerb der Lautsprache und damit den Aufbau intellektueller Fähigkeiten. Intensität und globaler Charakter solcher Unzulänglichkeiten spielen dabei eine wichtige Rolle. Während manche Kinder schon in sehr frühem Alter über eine ausreichend bzw. gut entwickelte Verbosensomotorik verfügen, müssen andere Kinder z. B. das Lernen in der Schule mit mehr oder weniger deutlichen Defiziten beginnen. Dabei korrespondieren verbosensomotorisches, lautsprachliches und intellektuelles Niveau miteinander. Da die entsprechenden diagnostischen Verfahren zur Einschätzung des individuellen verbosensomotorischen und lautsprachlichen Niveaus für unsere Zwecke erst später entwickelt wurden, konnten nur 59 der 128 Stotterer überprüft werden. Wir teilen die Ergebnisse dennoch mit, weil sie u. E. die Zusammenhänge zwischen Sprachstörung, sprachlicher Grundlage und Therapiechance prognostisch aufklären helfen können.

4. Verbosensomotorikniveau und Therapieerfolg

In der nachfolgenden Tabelle wird das vorschulische Verbosensomotorikniveau von 0 bis 5 bewertet.

Der Wert 0 würde besagen, daß in allen fünf genannten Wahrnehmungsbereichen ein verbosensomotorisches Niveau erreicht ist, wie es für das Kodieren und Dekodieren von Sprache im letzten Vorschuljahr erforderlich ist. Der Wert 5 würde besagen, daß noch in allen fünf diagnostizierten sprachbezogenen Wahrnehmungsbereichen Defizite unterschiedlichen Grades und unterschiedlicher Bedingtheit bzw. Kompensierbarkeit vorhanden sind. Die Werte 1 bis 4 sind entsprechend einzuordnen.

Aus der Tabelle 9 sind u. a. folgende Ergebnisse bemerkenswert. Während die Kinder mit einem positiven Sofort- bzw. Dauereffekt im Vorschulalter durchschnittlich nur in einem der fünf sprachbezogenen Wahrnehmungsbereiche Ausfälle aufwiesen, betrug die durchschnittliche Zahl der Ausfälle der Kinder mit negativen Sofort- bzw. Nacheffekten etwa 4, d. h., diese Kinder waren im letzten Vorschuljahr nicht in der Lage, die sinnlich-wahrnehmbaren Modalitäten der Sprache exakt zu diskriminieren und zu realisieren.

Therapieeffekt	In wieviel der 5 Wahrnehmungsbereiche bestehen Unzulänglichkeiten?	
	Soforteffekt	Dauereffekt
positiv	1,1	1,3
negativ	3,9	4,0

Tabelle 9: Therapieeffekt und vorschulisches Verbosensomotorikniveau

Die im Sofort- bzw. Dauereffekt positiv therapierten Stotterer erreichten im Vorschulalter insgesamt die Verbosensomotorikwerte einer Normalpopulation. Das stützt die Tatsache, daß die Stotterer mit guten Therapiesoforteffekten intellektuell einer Normalpopulation entsprechen.

Bei Kindern mit negativen Sofort- bzw. Dauereffekten fallen im Vorschulalter massiv-retardierte Verbosensomotorikausprägungen auf. Einige überwinden sie im Verlaufe der Stottertherapie, andere offensichtlich nur zögernd. Letztere tendieren eher zur Förderresistenz. Wenn eine solche trotz guter (vorschulischer) verbosensomotorischer Grundlagen auftritt, dann liegen mit hoher Gewißheit abnorm starke neurotisierende Umweltbedingungen, verbunden mit emotional tiefer Verankerung, vor.

Literatur

- Arnold, G.E.: Die Sprache und ihre Störungen. Wien / New York 1970.
Asperger, H.: Heilpädagogik. Wien 1956.
Autorenkollektiv: Zur prophylaktischen Einschränkung von Lernschwierigkeiten im Anfangsunterricht. Beiträge zur Pädagogik. Bd. 29, Berlin-Ost 1982.
Becker, K.P., u. a.: Stottern. Berlin-Ost 1977.
Breuer, H., und Weuffen, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Berlin-Ost 1981.
Heese, G.: Der Zeitfaktor in der Stottertherapie. Zeitschrift für Heilpädagogik. 4/1964.
Schukowa, N.S., u. a.: Die Überwindung der verzögerten Sprachentwicklung bei Vorschulkindern. Berlin-Ost 1978.
Teumer, J.: Zur Notwendigkeit und Praxis der Früherfassung und Frühförderung sensomotorischer Voraussetzungen. Zeitschrift für Heilpädagogik. 28/1977.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. sc. paed. Helmut Breuer, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Sektion Erziehungswissenschaften, Wissenschaftsbereich »Pädagogische Psychologie«,
Franz-Mehring-Straße 47, DDR-2200 Greifswald.

Dr. paed. Maria Weuffen, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Sektion Erziehungswissenschaften, Erziehungsberatungsstelle Greifswald,
Franz-Mehring-Straße 47, DDR-2200 Greifswald.



HPZ/CV

Der Kindergarten für sprachbehinderte Kinder im Heilpädagogischen Zentrum des Caritasverbandes Rheine e.V. sucht zum nächstmögl. Termin

1 Logopädin/Logopäden
oder
**1 Sprachtherapeutin/
Sprachtherapeuten.**

Wir wünschen uns eine/n Mitarbeiter/in mit möglichst mehrjähriger Berufserfahrung, Kooperationsfähigkeit und die Bereitschaft, sich mit den Zielen der Caritas der Kath. Kirche zu identifizieren.

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (BAT angeglichen).

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugniskopien werden erbeten an den

Caritasverband Rheine e.V.,
Lingener Straße 11, Postfach 2 60,
4440 Rheine, Telefon (05971) 86 20

Praxis für Sprachtherapie
(Raum Düsseldorf–Essen–Dortmund)
sucht zum 01. 10. 83

Diplom-Pädagogen(in)

mit Schwerpunkt
Sprachbehindertenpädagogik

oder **Logopäden(in).**

Erfahrungen in der Behandlung von Sprachentwicklungsverzögerungen, Hör- und Stimmstörungen erwünscht. (Halbtagstätigkeit möglich)

Angebote unter Chiffre Nr. 01/04 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Alois Braun, Osnabrück, und Helmut Stang, Oldenburg

Eine Untersuchung über die 1977 von aphasischen (und dysarthrischen) Sprachstörungen betroffenen Patienten im Großraum Osnabrück

Uns interessierte das Vorkommen an Aphasie-Patienten pro Jahr in einer mittleren Großstadt, differenziert nach Aphasiearten, Alter und Geschlecht. Darüber hinaus wollten wir feststellen, was bisher für diese Klientel getan worden war, und das eventuell vorhandene Defizit an Behandlung feststellen.

Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung wurde im Bereich der Stadt Osnabrück und im Einzugsbereich der Kliniken der Stadt Osnabrück durchgeführt.

In der Annahme, daß Patienten mit Aphasie aufgrund der der Aphasie zugrundeliegenden Krankheitsbilder stationär aufgenommen werden, wurden die Krankenakten der Städtischen Kliniken Osnabrück getrennt nach den Fachbereichen Neurologie, Chirurgie und innere Medizin gesichtet.

Da alle anderen Kliniken der Stadt Osnabrück über die gleichen Fachbereiche verfügen (Marienhospital, Paracelsus-Klinik, Harderberg-Klinik) und uns keine Kriterien bekannt waren, die eine Zuweisung von Klienten mit Aphasien begünstigen, wurde aus Gründen der Ökonomie das in den Städtischen Kliniken Osnabrück gefundene Ergebnis auf die anderen Kliniken übertragen und die so gefundenen Zahlen dem Großraum Osnabrück zugeschrieben.

Die Patienten mit Aphasie bzw. ihre Angehörigen sowie — wenn möglich — die behandelnden Ärzte wurden angeschrieben, um Auskünfte über eine aphasiespezifische Behandlung (Zeitpunkt, Ort, Ausmaß) zu erhalten.

Ergebnisse

1) Krankenabschlußberichte 1977:

Städtische Kliniken Osnabrück		13 902
davon Med. Klinik	5 156	
Chirurg. Klinik	3 995	
Neurolog. Klinik	<u>777</u>	
	3 978	
Marienhospital		10 724
Paracelsus-Klinik		8 895
Harderberg-Klinik		<u>7 224</u>
	Summe	40 745

2 a) Städtische Kliniken Osnabrück

- Krankenabschlußberichte: 13 902
- davon mit Diagnosen, die auf Sprachstörungen im Sinne einer Aphasie schließen lassen: 215 (ohne Todesfälle)
- nach Durchsicht der Krankenakten verblieben mit eindeutigen Befunden auf zentrale Sprachstörungen im Sinne einer Aphasie und/oder Dysarthrie: 62 (ohne Todesfälle). Bei weiteren 76 Patienten lag eine »behandlungsbedürftige Verwaschenheit der Sprache« vor. Der Begriff wurde von den behandelnden Ärzten wie folgt erläutert: es handele sich um eine zentrale Sprachstörung als Resterscheinung neurologischer Prozesse.

2 b) Aufteilung in Fachbereiche

Aphasie	52 =	0,39 Prozent aller Patienten
Dysarthrie	8 =	0,06 Prozent aller Patienten
Aphasie und Dysarthrie	<u>2 =</u>	0,01 Prozent aller Patienten

Summe 62

davon

Med. Klinik (Insulte u. ä.)	49 =	79,1 Prozent
Chirurg. Klinik (Unfallverletzte)	4 =	6,4 Prozent
Neurolog. Klinik (Tumore u. ä.)	<u>9 =</u>	14,5 Prozent

Summe 62

2 c) Einteilung nach Alter und Geschlecht

Klienten bis zum 40. Lebensjahr	19,3 Prozent (= 12)
Klienten vom 41.—50. Lebensjahr	9,7 Prozent (= 6)
Klienten vom 51.—60. Lebensjahr	12,9 Prozent (= 8)
Klienten ab dem 61. Lebensjahr	<u>58,1 Prozent (= 36)</u>
	62

männliche Klienten,

davon 17 mit vaskulärer Ursache 35 = 56,4 Prozent

weibliche Klienten,

davon 23 mit vaskulärer Ursache 27 = 43,6 Prozent

2 d) Einteilung nach Aphasieform (nach der Diagnose der behandelnden Ärzte)

Motorische Aphasie	21	33,9 Prozent
Gemischte Aphasie	15 (1 Dysarthrie)	24,2 Prozent
Totale Aphasie	9	14,5 Prozent
Amnestische Aphasie	6 (1 Dysarthrie)	9,7 Prozent
Sensorische Aphasie	2	3,2 Prozent
Polyglotte Aphasie	1	1,6 Prozent
Dysarthrie	<u>8</u>	12,9 Prozent
	62	

3) Bei einer Übertragung der Ergebnisse der Städtischen Kliniken Osnabrück auf die anderen Kliniken des Großraums Osnabrück kamen wir zu folgenden Ergebnissen:

Städtische Klinik Osnabrück	13 902 Patienten *)	= 62 aphatische Störungen
Marienhospital	10 724 Patienten	= 47 aphatische Störungen
Paracelsus-Klinik	8 895 Patienten	= 41 aphatische Störungen
Harderberg-Klinik	7 224 Patienten	= <u>33 aphatische Störungen</u>
Einzugsbereich der Kliniken der Stadt Osnabrück		183

*) jeweils gemessen an der Anzahl der Krankenabschlußberichte

4) Anteil der Patienten im Großraum Osnabrück

Als Einzugsbereich der Kliniken der Stadt Osnabrück können die Stadt sowie der Landkreis Osnabrück gelten.

Einwohnerzahl 1977 etwa 440 800

Anzahl der Aphasiefälle: 183, d. h. 0,041 Prozent

Hochrechnung auf Niedersachsen (etwa 7 227 400 Einwohner/1977): 2963 Patienten.

5) Maßnahmen zur sprachlichen Rehabilitation

Stichprobe: 62 Klienten mit aphatischen/dysarthrischen Sprachstörungen der Städtischen Kliniken Osnabrück.

Davon wurden sieben einer Rehabilitation (Reha-Klinik) durch die Städtischen Kliniken Osnabrück zugeführt; es verblieb ein Rest von 55 Patienten, die entweder selbst oder ihre Angehörigen bzw. über ihren Hausarzt bezüglich einer sprachtherapeutischen Behandlung befragt wurden.

Rücklaufquote 22 (d. h. 40 Prozent)

davon waren 9 Patienten inzwischen verstorben

3 Patienten unbekannt verzogen

10 Patienten blieben ohne sprachtherapeutische Versorgung (45 Prozent)

Überträgt man die 45 Prozent unbehandelter Patienten aus der Befragung auf die Gesamtzahl von 55 Patienten, so muß man davon ausgehen, daß etwa 20 Patienten trotz Behandlungsbedürftigkeit nicht behandelt wurden.

Schlußbemerkung

Hinsichtlich Alter und Geschlecht bestätigen die erhobenen Daten die allgemeine Einschätzung, daß vorwiegend ältere Personen ab 60 und überwiegend Männer unter aphatischen Störungen zu leiden haben.

Das Verhältnis Männer zu Frauen ist allerdings nur leicht zuungunsten der Männer verschoben. Etwa 30 Prozent der Klienten sind unter 50 Jahren.

Die Aufteilung in die verschiedenen Aphasieformen muß mit großer Skepsis betrachtet werden. Zum einen dürfte im Regelfall der Diagnose keine ausführliche (logopädische/sprachtherapeutische) Befunderhebung vorausgegangen sein, zum anderen dürfte das endgültige Störungsbild bei der Diagnoseerstellung noch nicht immer zu erkennen gewesen sein.

Die Beobachtung, daß in nur etwa 11 Prozent der Fälle Patienten einer gezielten Rehabilitation zugeführt wurden und jede ambulante sprachtherapeutische/logopädische Betreuung fehlte, veranlaßte die Arbeiterwohlfahrt, Bezirks-Verband Weser-Ems e. V., in Osnabrück eine Sprachheilambulanz zu eröffnen. Sie arbeitet in enger Verbindung mit den Kliniken.

In ihr wurden 1980: 117 und 1981: 111 Patienten mit aphatischen Störungen im Großraum Osnabrück registriert und zum Teil behandelt.

Anschrift der Verfasser:

Alois Braun, staatlich anerkannter Sprachtherapeut, Sprachheilzentrum Osnabrück der AW, — Sprachheilambulanz — Am Hesselkamp, 4500 Osnabrück.

Helmut Stang, Dipl.-Psych., Sprachheilzentrum Oldenburg, Klingenbergstraße 73 a, 2900 Oldenburg.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag

Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Steffen Giller, Hamburg

Das Studium der Sprech- und Sprachpathologie an der University of Northern Colorado

— Bericht über einen Studienaufenthalt —

1. Aufbau des Studiums

Im amerikanischen Hochschulwesen gilt allgemein die Einteilung in undergraduate, graduate und post graduate studies. Das Studium der Sprech- und Sprachpathologie folgt diesem Schema. Die University of Northern Colorado (UNC) bietet einen undergraduate und graduate Studiengang im Bereich Sprech- und Sprachpathologie an.

1.1. Undergraduate Studiengang

Als undergraduates werden Studenten während ihrer ersten fünf Universitätsjahre bezeichnet. Das undergraduate Studium wird mit dem bachelor's degree abgeschlossen. Dies kann ein erster berufsqualifizierender Abschluß sein. Bei dem vorliegenden Studiengang ist er es nicht. Im Studienführer heißt es dazu: »The Bachelor of Arts degree is preprofessional and does not lead to certification of any type« (University of Northern Colorado 1981 a, S. 62).

Zwei Komponenten bestimmen den Aufbau des undergraduate Studiums: Neben den Kursen des Schwerpunktes Sprech- und Sprachpathologie muß der Student auch General-Education-Kurse belegen. Die General-Education-Kurse sind von Studenten aller Fachbereiche zu absolvieren.

Sie zielen auf die Vermittlung von Informationen und Fertigkeiten ab, die dem Studenten ein fachübergreifendes Grundlagenwissen sowie das Wissen um die Beziehungen zwischen den Völkern der Erde und zwischen den Menschen und der Umwelt näherbringen sollen. Die offizielle Definition der General Education erinnert an das Humboldtsche Bildungsideal. Zumindest die Idee der General Education ähnelt dem Studium Generale, das an deutschen Hochschulen praktiziert wurde. Eine wesentliche Funktion der General Education in den USA ist heute — nach meiner Meinung — die Vermittlung von Fertigkeiten und Kenntnissen, die man bei einem deutschen Abiturienten als selbstverständlich voraussetzt. In den Kursen werden Wissenslücken aufgearbeitet, die wohl bedingt durch die Eigenarten des amerikanischen High-School-Systems entstehen. Aufgrund meines deutschen Abiturs wurde ich von allen General-Education-Auflagen befreit.

Insgesamt 60 quarter hours (Quartalstunden) müssen im Bereich General Education belegt werden. Hierfür ist ein Zeitraum von vier Jahren vorgesehen.

An der University of Northern Colorado ist das Jahr in Quartale aufgeteilt, wobei Herbst-, Winter- und Frühlingsquartal als ein akademisches Jahr zusammengefaßt werden. Ein Quartal dauert in der Regel zehn Wochen. Das Sommerquartal gilt als vorlesungsfreie Zeit, während der nur ein eingeschränktes Kursangebot besteht.

Der Terminus, eine quarter hour, bedeutet, daß ein Kurs für eine Stunde pro Woche während eines Quartals angeboten wird. Als normale Wochenstundenzahl gelten 15 quarter hours. Die Summe der Quartalstunden wird als credit hours bezeichnet. Sie dient z. B. als Kriterium für die Verleihung des bachelor's degree sowie für die Zuweisung des class status. Ihrem class status entsprechend werden die undergraduate als freshman, sophomore, junior oder senior bezeichnet. Studenten mit weniger als 45 credit quarter hours werden als freshman bezeichnet. Sophomore heißt ein Student, der zwischen 45 und 90 credit quarter hours erlangt hat. Hat ein Student zwischen 90 und 135 credit quarter hours, so ist er ein junior. Ein senior ist ein Student bis zu seiner Graduierung als Bachelor, wenn er mehr als 135 credit quarter hours angesammelt hat.

Gemäß ihrem class status dürfen die Studenten nur bestimmte Kurse besuchen. Alle Kurse tragen Hunderternummern. Die Kursnummern sind in vier Gruppen aufgeteilt: a) Kurse mit den Nummern 100 bis 199 sind für freshman Studenten vorgesehen. b) Für sophomore Studenten sind Kurse mit den Nummern 200 bis 299 gedacht. c) Die Kurse mit den Nummern 300 bis 499 werden von junior und senior Studenten besucht. d) Kurse der Nummern 500 bis 700 sind graduate Kurse. Die Fünfhunderter-Kursnummern dürfen von qualifizierten undergraduate Studenten besucht werden. Die Nummern 600 sind ausschließlich den graduate und post graduate Studenten vorbehalten.

Alle Pflichtveranstaltungen des Schwerpunktes Sprech- und Sprachpathologie für undergraduate Studenten sind im folgenden aufgelistet. Die erste Zahl gibt jeweils die Kursnummer, die letzte die Anzahl der für diesen Kurs vorgesehenen credit hours an:

100	Erziehung von Sonderkindern	3
160	Einführung in Sprech- und Sprachstörungen	3
260	Einführung in die Phonetik	3
264	Einführung in das klinische Praktikum I	2
265	Akustik des Sprechens	3
266	Sprech- und Sprachentwicklung	3
267	Anatomie und Physiologie des Sprechens und Hörens	5
270	Der Aufbau und die Pathologie des auditiven und vestibularen Systems	3
274	Klinische Observationen in Audiologie	2
356	Einführung in die Fertigkeiten der manuellen Kommunikation	3
358	Hörtraining und Ablesen von den Lippen	4
360	Artikulationsstörungen I	3
361	Stimmstörungen	3
364	Einführung in das klinische Praktikum II	4
365	Sprachstörungen bei Kindern	3
367	Wissenschaftliches Schreiben über Kommunikationsstörungen	3
369	Neurologische Grundlagen des Sprechens, der Sprache und des Hörens	5
370	Einführung in die Audiologie	3
372	Audiologie für Fortgeschrittene	5
374	Observation in Audiologie für Fortgeschrittene	2
462	Stottern I	3
464	Klinisches Praktikum in Sprech- und Sprachpathologie	6
466	Den Kommunikationsstörungen verwandte Psychopathologien	3
467	Diagnose in der Sprech- und Sprachpathologie	3
469	Einführende Übungen in Diagnostik	2
474	Klinische Praxis in Audiologie	2
	Hours credit:	<hr/> 84

1.2. Graduate Studiengang

Erwirbt der Student den bachelor's degree, so ist er nicht qualifiziert, den Beruf eines Sprech- und Sprachpathologen auszuüben. Nur der graduate Studiengang, der mit dem Master of Arts degree abschließt, führt zur Berufsqualifikation. Die Dauer des graduate Studiums beträgt mindestens fünf Quartale. Zulassungsvoraussetzung ist der bachelor's degree, er muß aber nicht im Schwerpunkt Sprech- und Sprachpathologie abgelegt worden sein.

Das Prinzip der Sequenzbildung bestimmt den Aufbau des Studienganges. Die Sequenzen erstrecken sich hierbei sowohl über das undergraduate als auch das graduate Studium. So beginnen die aus jeweils zwei Kursen bestehenden Sequenzen zu den Themen Artikulationsstörungen, Stottern, Sprachstörungen und Stimmstörungen mit dem ersten Kurs während des undergraduate Studiums und werden erst im graduate Studium mit dem zweiten Kurs abgeschlossen.

Ähnliches gilt für die Praktikumsanforderungen. 300 Stunden Praktikum unter Anleitung werden vom Studenten gefordert. Davon können 150 Stunden als undergraduate Student abgeleistet werden.

Es gilt eine Liste von Pflichtveranstaltungen für das graduate Studium. Hierbei werden jedoch nur Mindestanforderungen gestellt. Ein adäquates Vorwissen aus dem undergraduate Studium wird dabei vorausgesetzt. Fehlt dieses Vorwissen, so muß es von dem graduate Studenten durch das Belegen von undergraduate Kursen nachgeholt werden. Als Richtschnur dienen die Richtlinien für das undergraduate Studium.

Alle Entscheidungen über den Aufbau seines Studiums stimmt der Student mit seinem akademischen Berater ab. Jedem Studenten wird ein Universitätslehrer als akademischer Berater zugeordnet. Dieser entscheidet im wesentlichen über den Aufbau des Studiums der ihm zugeordneten Studenten. In der Regel stimmt der Student den Stundenplan mit dem Berater ab, bevor er die entsprechenden Veranstaltungen belegt.

Folgende Kurse sind Pflichtveranstaltungen:

560 Sprech- und Sprachpathologie in öffentlichen Schulen	3
561 Stimmstörungen II	3
563 Klinische Supervision	3
564 Graduate Praktikum in Sprech- und Sprachpathologie	6
565 Aphasie und verwandte Störungen bei Erwachsenen	3
566 Verfassen von klinischen Berichten	3
567 Störungen der auditiven Verarbeitung	3
568 Beratung bei Kommunikationsstörungen	3
569 Weiterführende Übungen in Diagnostik	3
660 Artikulationsstörungen II	3
661 Neurogene motorische Sprechstörungen	3
662 Stottern II	3
663 Sprachstörungen bei Kindern II	3
664 Praktikum in einer klinischen Einrichtung in Sprech- und Sprachpathologie	15
665 Praktikum in einer öffentlichen Schule in Sprech- und Sprachpathologie	15
666 Gaumenspalte	3
600 Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten	3

Die Praktika in einer klinischen Einrichtung oder in einer Schule werden in der Regel von den Studenten während ihrer letzten beiden Quartale außerhalb der Universität abgeleistet.

Am Ende seines Studiums legt der Student die Abschlußprüfung der Universität ab. Nach Ablegen dieser Abschlußprüfung und der Erfüllung aller Auflagen wird dem Studenten der Master of Arts degree verliehen.

2. Anforderungen

2.1. Prüfungsprinzipien

Drei verschiedene Prüfungsprinzipien kommen bei dem Studium der Sprech- und Sprachpathologie zur Anwendung:

- Die studienbegleitende Prüfung
- Die zusammenfassende Abschlußprüfung durch die Universität
- Die extern bestimmte Prüfung

Punkt b) und c) kommen nur bei den graduate Studenten zur Anwendung.

Zu a): In der Regel wird jeder Kurs mit einer Note abgeschlossen. Dabei wird nach folgendem Schlüssel bewertet:

A: Superior	(hervorragend)	= 4 Punkte
B: Above Average	(überdurchschnittlich)	= 3 Punkte
C: Average	(durchschnittlich)	= 2 Punkte

D: Poor, but passing	(dürftig, aber bestanden)	= 1 Punkt
F: Failure	(ungenügend, nicht bestanden)	= 0 Punkte

Als ein Maß für die Leistung eines Studenten wird das Grade Point Average (GPA) verwendet. Um das GPA (Durchschnittsnote) für ein Quartal zu errechnen, wird die Anzahl der in diesem Quartal belegten Quartalwochenstunden durch die Anzahl der für dieses Quartal erreichten Punkte geteilt.

Ein Student in seinem junior oder senior Jahr kann von der Universität suspendiert werden, wenn er eine Durchschnittsnote von weniger als 1,75 in einem Quartal erreicht. Ein graduate Student muß eine Durchschnittsnote von mindestens 3,00 (B) aufrechterhalten, um zur Abschlußprüfung von der Universität zugelassen zu werden.

Zu b): Die Studienordnung der University of Northern Colorado schreibt als Voraussetzung für die Verleihung des akademischen Grades Master of Arts das erfolgreiche Bestehen der zusammenfassenden Abschlußprüfung vor. Form und Inhalt der Prüfung werden von der jeweils zuständigen Fakultät bestimmt. In der Regel handelt es sich um eine schriftliche Arbeit unter Aufsicht, die den gesamten Themenkatalog abdeckt.

Zu c): Die American Speech and Hearing Association verleiht das Certificate of Clinical Competence (CCC) an ihre qualifizierten Mitglieder. Um das CCC (Zertifikat der klinischen Kompetenz) zu erhalten, muß der Bewerber u. a. eine schriftliche Prüfung ablegen. Grundlage für diese Prüfung ist der von der American Speech and Hearing Association erstellte Fragenkatalog.

2.2. Die praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung ist integrativer Bestandteil des Studiums der Sprech- und Sprachpathologie an der University of Northern Colorado. Sie wird in der Speech and Language Pathology Clinic (Sprachheilambulanz) der University of Northern Colorado durchgeführt (siehe Kursnummern 464 und 564). In dieser Ambulanz sind die Universitätslehrer und die Studenten die einzigen Therapeuten. Jeder Student muß als Therapeut tätig sein, soweit er folgende Voraussetzungen erfüllt hat:

- 25 Stunden Beobachtung von Therapie und Diagnose, eingeschlossen ist die Abfassung eines Berichtes über jede Hospitation.
- Vorheriger Besuch von wenigstens einer Veranstaltung mit der Kursnummer 300.
- Eine Durchschnittsnote von wenigstens 3,00.
- Zustimmung durch die Fakultät.

Neben den akademischen Voraussetzungen werden persönliche Qualitäten verlangt (University of Northern Colorado, 1980):

- Adäquates Sprechen und Hören sowie adäquate Sprache werden vorausgesetzt. Wird ein Student sprachtherapeutisch behandelt, so darf er erst in der Sprachheilambulanz selbst therapeutisch tätig werden, wenn die Fakultät sein Sprechen und seine Sprache als adäquat befunden hat.
- Der Student muß körperlich in der Lage sein, die Pflichten eines Clinician (hier gleichbedeutend mit Sprech- und Sprachpathologe) zu erfüllen.
- Er muß Anzeichen einer angemessenen psychischen Anpassung und Reife zeigen.
- Er muß Anzeichen einer professionellen Einstellung und eines entsprechenden Verantwortungsbewußtseins zeigen.
- Er muß Sensibilität für individuelle Unterschiede besitzen.
- Der Student muß über die Tätigkeit anderer Spezialisten und Dienste unterrichtet sein und bereit sein, Klienten zu überweisen, falls notwendig.
- Er muß ein ursprüngliches Interesse für Personen mit Kommunikationsstörungen besitzen.
- Der Student muß die Fähigkeit besitzen, geschickt mit anderen Menschen umzugehen.
- Er muß Anzeichen für die Fähigkeit zeigen, findig, kreativ und unabhängig zu handeln.

Ergänzt werden diese Anforderungen durch einen Katalog für unethisches Verhalten. Als ein solches Verhalten gilt u. a.: — Verletzung der Schweigepflicht; — mit einem Klienten sprachtherapeutisch zu arbeiten, ohne ihn vorher ärztlich untersuchen zu lassen, obwohl er offensichtlich medizinische Behandlung benötigt; — alle Supervisoren stets mit dem Vornamen statt mit dem Titel anzusprechen, falls nicht anders durch den Supervisor angeordnet; — mit dem Klienten zu »daten«.

Mit zu den Pflichten zählt die Kleidung des Clinician. Sie sollte gepflegt und sauber sein. Als Ausdruck schlechten Geschmacks und unangemessen gelten: exzessiv kurze Röcke oder Hosen, sweat shirts, Basketballstiefel etc. Der Haarschnitt soll gepflegt und sauber sein und von gutem Geschmack zeugen. Der Supervisor besitzt die Autorität zu entscheiden, ob das äußere Erscheinungsbild des Clinician angemessen ist.

Dem Studenten werden vom Leiter der Klinik ein oder mehrere Klienten zugeordnet. Obwohl der Student unter der Aufsicht eines Supervisors steht und alle Entscheidungen die Zustimmung des Supervisors erfordern, ist er für alle anfallenden Tätigkeiten eigenverantwortlich. Zu solchen Pflichten zählt z. B. das Erledigen des anfallenden »Papierkrieges«, der nicht unerheblich ist.

Ein Drittel der therapeutischen Tätigkeit des Studenten wird durch den Supervisor beobachtet und beurteilt. Die Beobachtung erfolgt mit Hilfe von Zweiwegspiegeln und durch Videokameras. Die Studenten sind verpflichtet, einen Teil ihrer Therapie selbst zu beurteilen. An Hand von Videoaufzeichnungen bewerten sie ihre eigene Leistung mit Hilfe des Selbstbewertungssystems von *Boone* und *Prescott* (1971).

2.3. Theoretische Ausbildung

In den mehr akademisch ausgerichteten Kursen sind Klausuren als Leistungsnachweis üblich. Ergänzt werden sie durch weitere Leistungen, die je nach den Erfordernissen und der Einstellung des Kursleiters erfüllt werden müssen.

Als typisch für die Anforderungen kann folgender Kurs in Diagnostik (Kursnummer 467) gelten:

- a) eine Klausur nach Halbzeit des Kurses,
- b) eine den gesamten Kurs abdeckende Endklausur,
- c) über 30 Tests (u. a. Peabody Picture Vocabulary Test-revised),
- d) acht Tests mit einem Kind durchzuführen und auszuwerten,
- e) das Lesen des Buches von *Nation* und *Aram* (1977) als Pflichtlektüre.

Für den o. g. Kurs werden drei Wochenstunden angerechnet. Die normale Wochenstundenzahl für undergraduate Studenten beträgt 15 bis 18 Stunden, für graduate Studenten 15 Stunden.

3. Qualifikationen

Der Sprech- und Sprachpathologe ist zuständig für Beratung, Diagnose und Therapie bei Störungen des Sprechens und der Sprache. Er kann in den verschiedensten Institutionen tätig sein, wie z. B. Krankenhäusern, Schulen, Altersheimen etc. Seine Arbeit ist nicht auf eine bestimmte Institution oder Altersgruppe beschränkt.

An der University of Northern Colorado wird gelehrt, daß die Verwendung des vollen Titels Sprech- und Sprachpathologe mehr als eine Formsache darstellt.

Der Pathologe darf im Gegensatz zum Therapeuten seine eigene Diagnose erstellen und ist somit unabhängig von einem Arzt. Der Therapeut, z. B. Krankengymnast oder Beschäftigungstherapeut, dagegen ist auf die Diagnose und die Überweisung durch einen Arzt angewiesen.

Die Bezeichnung Sprech- und Sprachpathologe, als ein Begriff, hat Eingang in die Literatur gefunden (vgl. *Weiss* et al. 1980). Daneben benutzen andere Autoren (*Nation* und *Aram* 1977, *Newby* 1979) nur die Bezeichnung Sprechpathologe. Die Aussage »Diagnosis of speech and

language disorders is a major professional activity of the speech pathologist« macht deutlich, daß *Nation* und *Aram* durchaus auch den Bereich der Sprache (language) mit zu den Aufgaben des Pathologen zählen (1977, S. 3). Sie definieren hierbei Sprache als »... an ordered system that associates sounds and meaning, with speech as the motoric production of language through the oral modality« (*Nation* and *Aram* 1977, S. 26). Für Sprech- und Sprachpathologen gibt es zwei Formen der Anerkennung: Zum einen verlangen immer mehr Bundesstaaten eine bundesstaatliche Anerkennung für Sprech- und Sprachpathologen, wie sie es auch für Ärzte, Zahnärzte, klinische Psychologen und andere Berufsgruppen verlangen. Der Bundesstaat Colorado verlangt für Sprech- und Sprachpathologen die bundesstaatliche Anerkennung als Speech/Language Specialist in the Public Schools (Type E certificate), wenn sie beabsichtigen, in öffentlichen Schulen zu arbeiten. Im Gegensatz zu anderen Bundesstaaten verlangt Colorado nicht, daß die Spezialisten zugleich eine Qualifikation als Lehrer besitzen. Angestellt wird der Sprech- und Sprachpathologe durch den Schuldistrikt oder ein Board of Cooperative Services (BOCS). Viele Schuldistrikte besitzen ihre eigenen Sprech- und Sprachpathologen, die für die sprachheilpädagogische Betreuung der Schüler zuständig sind. Da es keine Sonderschulen für Sprachbehinderte gibt, findet die sprachheilpädagogische Betreuung grundsätzlich an Regelschulen statt. Ausnahmen können sich z. B. bei mehrfachbehinderten Kindern ergeben.

In der Praxis findet die Bezeichnung Spezialist weniger Anwendung, vielmehr wird hier oft vom Sprechpathologen bzw. -therapeuten gesprochen.

Die andere Form der Anerkennung ist das Certificate of Clinical Competence (CCC). Das CCC (Zertifikat der klinischen Kompetenz) wird von der American Speech and Hearing Association (ASHA) für ihre qualifizierten Mitglieder ausgestellt. Die American Speech and Hearing Association ist der Berufsverband der Sprech- und Sprachpathologen und der Audiologen. Voraussetzung für die Aufnahme in die ASHA ist der master's degree in Sprech- und Sprachpathologie oder in Audiologie.

Das CCC wird nur an Bewerber verliehen, die u. a. folgende Bestimmungen erfüllen:

- Die Ausbildung muß an Colleges oder Universitäten erfolgen, die von ASHA anerkannt sind.
- Neben der theoretischen Ausbildung, muß auch die praktische Ausbildung an der Universität sichergestellt sein. Während der praktischen Ausbildung muß der Student unter Supervision selbst tätig sein. Die praktische Tätigkeit des Studenten (Beratung, Diagnose, Therapie etc.) muß insgesamt 300 Stunden umfassen. Davon können 150 Stunden bereits als undergraduate Student abgeleistet werden.
- Eine Berufstätigkeit unter Anleitung für die Dauer eines Jahres muß nach Beenden der universitären Ausbildung nachgewiesen werden.

Laut *Newby* 1979 besteht die Notwendigkeit der Anerkennung durch ASHA in Form des CCC, solange noch nicht alle Bundesstaaten auf einer bundesstaatlichen Anerkennung bestehen. Er betont daher die Bedeutung der American Speech and Hearing Association als bisher einzigem nationalen Anerkennungsorgan für Sprech- und Sprachpathologen und Audiologen. *Newby* führt dazu aus: »The best guarantee that the public will receive competent professional services is a strong national organization with the power to determine which individuals are qualified to practice the specialties of audiology and speech pathology« (1979, 479).

ASHA erkennt nicht nur Ausbildungsstätten und Einzelpersonen, sondern auch Institutionen an, die ihre Dienste auf dem Gebiet der Sprech- und Sprachpathologie anbieten. Der Anerkennung geht eine eingehende Prüfung der Einrichtung und der dort angebotenen Dienste voraus. Soweit nicht andere bundesstaatliche Regelungen existieren, gilt das CCC weithin als Anstellungsvoraussetzung für Sprech- und Sprachpathologen.

Der an der University of Northern Colorado erworbene master's degree schafft die Voraussetzung für die Anerkennung sowohl durch ASHA als auch durch den Bundesstaat Colorado:

»The Master of Arts degree is the professional degree and enables the student to meet the academic and practicum requirements for certification by the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) as well as endorsement standards for the speech/language specialist in the public schools (Type E certificate)« (University of Northern Colorado 1981 a, S. 62).

Literatur

- Boone, R., und Prescott, T.: Speech and Hearing Scoring Manual. Denver 1971.
Nation, J.E., und Aram, D.M.: Diagnosis of Speech and Language Disorders. St. Louis 1977.
Newby, H.A.: Audiology. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.Y. 07632: 1979.
University of Northern Colorado: Speech-Language Pathology Clinic Handbook. Greeley 1980.
University of Northern Colorado: Undergraduate Bulletin. Greeley 1981 a.
University of Northern Colorado: Graduate Bulletin. Greeley 1981 b.
Weiss, C.E., Lillywhite, H.S., und Gordon, M.E.: Clinical Management of Articulation Disorders. St. Louis 1980.

Anschrift des Verfassers:

Steffen Giller, Holtknebel 2a, 2104 Hamburg 92.

Sprachheilpädagogin

(2. Staatsexamen an Schule für Sprachbehinderte) sucht Tätigkeit
(mögl. Raum Niedersachsen/Bremen)
Angebote unter Chiffre Nr. 02/04 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer

aus Niedersachsen sucht Tauschpartner
aus Rheinland-Pfalz.
Meldungen erbeten unter Chiffre 04/04 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

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 41 w, 2000 Hamburg 50

Dipl. Musiktherapeut

sucht Anstellung zum 1. 11. 83.
Zuschriften unter Chiffre Nr. 03/04 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

Für Beratungsstellen und Ambulanzpatienten stellen wir auf Wunsch spezielle Bestellzettel für Übungsblätter zur Verfügung, die im Sinne eines Rezeptes den Patienten ausgehändigt werden können.

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

Telefon (040) 89 39 48

*So einfach
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metall-schiene 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 15,— 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
1983/84, 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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

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	Wolfgang Zitzelsberger, Lucas-Cranach-Weg 32, 8726 Gochsheim
Berlin	Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	Prof. D. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	August Bergmann, Schlehenweg 22, 2110 Buchholz
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	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Gartenstraße 25, 2302 Flintbek
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 w, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 5,50 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 33,— DM zuzüglich 4,80 DM 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
C 6068 F

Postvertriebsstück —
Gebühr bezahlt

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

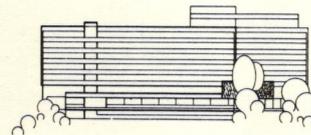
HERRN WSS 005690 *0002*
KLAUS WITTMANN
BLEIBTREISTR. 45
D 1000 BERLIN 12

SONNENBERG-KLINIK

Fachklinik für Hämatologie-Onkologie und Immunologie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Friedrich Douwes

Fachabteilung für innere Medizin, Gynäkologie, Psycho-Onkologie



- Wir sind:
- Eine Klinik unter privater Trägerschaft und Bestandteil eines großen Klinikverbundes
 - eine nach modernsten Gesichtspunkten geführte Fachklinik für Onkologie-Hämatologie und Immunologie, Psychoonkologie
 - wir führen alle Formen der medikamentösen Tumortherapie durch
 - Mitglied des Tumorzentrums der Universität Göttingen

- Wir verfügen:
- Über umfangreiche moderne Diagnostik im Haus
 - einen Computertomographen und eine nuklearmedizinische Abteilung im Klinikverbund
 - ein umfangreiches therapeutisches Spektrum

- Wir suchen:
- Zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Behandlung unserer Kehlkopf-exstirpierten und sprachgestörten Patienten einen

Logopäden

- Wir bieten:
- Interdisziplinäre Arbeit im jungen Team
 - eine moderne Klinik
 - eine interessante Klientel
 - einen sicheren Arbeitsplatz
 - überdurchschnittliche Bezahlung

Wenn Sie diese Voraussetzungen reizen, richten Sie bitte Ihre Bewerbung an
SONNENBERG-KLINIK, Hardtstraße 13, 3437 Bad Sooden-Allendorf

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.