

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Helmut Stang, Oldenburg

Möglichkeiten der Behandlung polternder Klienten

Petr Rösel, Mainz

Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung von Verfahren
der Lautbildungsprüfung

Volker Middeldorf, Köln-Mülheim

Dysphonie und ihre phonopädische Behandlung
Versuch einer erziehungswissenschaftlichen Begründung

Jürgen Merkle, Bayreuth

Individuumzentrierte Stotterer-Therapie — Ein Fallbericht aus der Praxis

Gregor Heinrichs, Düsseldorf

Integration sprachbehinderter Kinder in einem Regelkindergarten

Postverlagsort Hamburg · Dezember 1984 · 29. Jahrgang · Heft 6

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzende: Anita Schwarze, 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:

Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15b, 2100 Hamburg 90, Telefon (040) 7 90 58 33

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Wolfgang Zitzelsberger, Ernst-Herrmann-Straße 17, 8720 Schweinfurt
Berlin	Dipl.-Päd. Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	Prof. Dr. 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	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenbarg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Redaktion Arno Schulze, Prof. Dr. Jürgen Teumer,
Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn
Telefon: Dienststelle (06421) 28 38 12 bzw. 28 38 20

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. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist 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 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 e.V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis: Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Programm des Tagungs- und Studienzentrums Boldern, CH-8708 Männedorf (am Zürichsee), sowie ein Prospekt des Gustav Fischer Verlag, 7000 Stuttgart, bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1984 · 29. Jahrgang · Heft 6

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 6, S. 255—264

Helmut Stang, Oldenburg

Möglichkeiten der Behandlung polternder Klienten

Zusammenfassung

Die Behandlung polternder Klienten gilt als schwierig, da Leidensdruck und Therapiemotivation als gering eingeschätzt werden. Ausgehend von der Beobachtung, daß erwachsene bzw. jugendliche polternde Klienten ihren Wunsch nach Therapie aus intra- und/oder interpersonellen Schwierigkeiten, aus Problemen im Arbeits- und Leistungsbereich ableiten, wird ein problemorientiertes Vorgehen vorgestellt.

Die Behandlung der Symptomatik des Polterns im engeren Sinne kann auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden, wobei der Verbesserung des sprachlichen Ausdrucksvermögens und des Kommunikationsverhaltens besondere Bedeutung zukommt.

Poltern (auch Tachyphemie, tumultus seremonis, engl.: cluttering) ist nach *Luchsinger/Arnold* (1970) »eine Schwäche im Formulieren der Sprache, welches sich in einer verwirrten, gehetzten und verschliffenen Redeweise äußert«.

»Die Schwäche entsteht auf der Grundlage einer angeborenen, ererbten oder konstitutionellen Beschränkung in der gesamten psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur.«

Luchsinger (1963) spricht von einem organischen, familiär bedingten, dysphasieähnlichen Syndrom, das sich in allen Formen (geschrieben, gedruckt, gesprochen) der Sprachgestaltung äußert. *Weiss* (zitiert nach *Böhme* 1974) beschreibt Poltern als »keine isolierte, spezifische Sprachstörung, sondern eine verbale Manifestation einer zentralen Gleichgewichtsstörung der Sprache, die ebenso als verzögerte Sprachentwicklung, Lese- und Rechtschreibschwäche, Störung des Rhythmusempfindens und der Musikalität oder nur als eine allgemeine Ruhelosigkeit in Erscheinung treten kann«.

1. Literaturübersicht

Bei der Durchsicht der Literatur ist festzustellen:

1. Die Darstellung der Störung Poltern nimmt im Vergleich etwa zum Stottern nur einen geringen Raum ein (so z. B. *Gundermann* 1981), obwohl die Störung mit etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung doppelt so häufig vorzukommen scheint wie Stottern (*Becker/Sovák* 1975).
2. Die Darstellungen beziehen sich (siehe *Böhme* 1974, *Biesalski* 1973, *Franke* 1978, *Becker/Sovák* 1975, *Gundermann* 1981) auf wenige und in der Regel auf dieselben Quellen (so z. B.: *Weiss* 1936, 1960, 1967; *Freund* 1952).
3. Die Ursache der Störung wird als ererbt, konstitutionell und/oder erworben durch geringfügige perinatale Schädigung, auf jeden Fall aber als zentral bedingt angesehen (*Seeman* 1969, *Luchsinger/Arnold* 1970, *Becker/Sovák* 1975), obwohl die bisherigen Untersuchungen »eine nur schmale statistische Basis haben und nicht mit exakt vergleichbaren Untersuchungsmethoden durchgeführt wurden« (*Becker/Sovák* 1975).

4. Soziale Faktoren verändern nach allgemeiner Übereinstimmung nur das Erscheinungsbild (und eventuell das Ausmaß) der Störung und sind für die Folgestörungen (so z. B. Stottern) verantwortlich.

5. Neben den Auffälligkeiten im Sprechfluß, der Sprechgeschwindigkeit und der Artikulation, Wort- und Satzbildung (siehe *Franke 1978*) werden dem »Poltersyndrom« Abweichungen in der Grob- und Feinmotorik, dem Rhythmusempfinden und der Musikalität zugeordnet. Es fehlen allerdings Angaben über die Erfassung und Messung dieser Größen, weiterhin fehlen hinreichende empirische Belege.

Die Beschreibung erfolgt in der Regel durch mehr oder weniger wertende (negativ besetzte) Adjektive: ungeschickt, unruhig, brüsk, fahrig, übereilt (*Seeman 1969*), ungeschlachte Hast (*Luchsinger/Arnold 1970*).

6. In gleicher Weise und ebenfalls ohne hinreichende empirische Belege werden dem Polterer typische Persönlichkeitseigenschaften zugeordnet, die auch zur Unterscheidung von Polterern und Stottern (nicht: Stottern und Poltern) herangezogen werden sollen.

Freund (1952, zitiert nach Böhme 1974):

<i>Polterer</i>	<i>Stotterer</i>
aggressiv	schüchtern
mitteilsam	verschlossen
aufbrausend	zurückhaltend
extrovertiert	introvertiert
impulsiv	gehemmt
unkontrolliert	zögernd
hastig und beschäftigt	langsam im Handeln.

Polterer sind »hastig, unordentlich, heftig, unberechenbar« (*Luchsinger/Arnold 1970*), sie werden allerdings vorzugsweise »Ingenieure, Wissenschaftler, Techniker, Buchhalter« (ebenda). Sie sind »leicht erregbar, aufbrausend, cholerisch, unstet, fahrig, verlieren leicht die Selbstbeherrschung, sind streitsüchtig« (*Seeman 1969*).

Im Untersuchungsbogen von *Schmidt* (zitiert nach *Motsch 1979*) werden ihnen die Eigenschaften »kameradschaftlich, umgänglich, sorglos, impulsiv, ungeduldig, überheblich« zugeordnet.

Wyatt (1973) kennzeichnet das Verhalten des Polternden als »extrovertiert, gesellig, unordentlich, hastig, zu kurze Aufmerksamkeitsspanne, beim Nacherzählen werden Details erwähnt und Wichtiges weggelassen«.

7. Der Polterer ist ein schwieriger Klient (*Biesalski 1973*), in der Therapie macht er in der Praxis »Schwierigkeit(en) durch sein undiszipliniertes Benehmen« (*Seeman 1969*), man muß mit der Unkenntnis und der Uneinsichtigkeit des Polterers rechnen (*Böhme 1974*), sie scheitert oft am Desinteresse des Polterers (*Luchsinger/Arnold 1970*). Er sucht nur selten den Therapeuten selbst auf, da er nicht unter seiner Störung leidet (*Böhme 1974*). Neben diesen wohl weniger durch wissenschaftlich empirische Untersuchungen, sondern mehr spekulativ aufgrund persönlicher Erfahrungen im (therapeutisch frustrierenden?) Umgang mit polternden Klienten gewonnenen Aussagen herrscht hinsichtlich der zu beobachtenden sprachlichen Charakteristika ebenfalls Übereinstimmung:

- Tachylalie: Sprechtempobeschleunigung;
- impulsübersteigerte Artikulationsmotorik, die nicht synchron mit den langsameren Expirations- und Phonationsbewegungen geht;
- intra- und interverbale Akzeleration;
- Satzumstellungen;

- Wortfindungsstörungen;
- Auslassungen (Elisionen);
- Umstellungen (Metathesis);
- Verschmelzungen (Kontaminationen) von Wörtern und Silben;
- Rhythmusunregelmäßigkeiten in Wort und Satz (Parathrien)
(aus *Franke* 1978).

Böhme (1974) weist darauf hin, daß »Symptome nicht im Sprechvorgang (entstehen), sondern in der gedanklichen Vorbereitung der Integration des Sprechelementes«.

Weitere Auffälligkeiten sind:

Satzumstellung, Wortauslassungen, Wortfindungsstörungen, Neigung zu kurzen Sätzen und Telegrammstil, abgeschnittene Sätze (ohne Endung), Ungeschicklichkeiten im sprachlichen Ausdruck, Nachlässigkeiten im Wortgebrauch und in der Wortwahl, grammatische Fehler im Satz.

Sie weichen von den Konventionen des (verbalen) Selbsta Ausdruckes ab (*Luchsinger/Arnold* 1970).

Weitere distinktive Merkmale sind bei *Freund* (1952), *Wyatt* (1973) und *Schmidt* (1974) aufgeführt.

Sie lehnen sich stark an das Modell des Sprachschwächetypus (*Luchsinger/Arnold* 1970) an und sehen Poltern in enger Verbindung mit verzögertem Sprachbeginn, Entwicklungspoltern (*Biesalski* 1973), Sprachentwicklungsstörung, Lese- und Rechtschreibschwäche und zum Stottern als Sekundärschädigung. Sie sehen diese Symptome als Teil des Syndroms Poltern an.

Allgemeine Übereinstimmung besteht weiterhin, daß bei vermehrter Selbstkontrolle und Hinwendung der Aufmerksamkeit auf die Sprache die Symptomatik reduziert wird (im Gegensatz zum Stottern).

Als symptomsspezifische Behandlung schlägt *Weiss* (1960) folgende Interventionen vor:

1. Verringerung des zu schnellen Redetempos,
2. Korrektur der Artikulationsfehler,
3. Verbesserung von Wortschatz und Rechtschreibung,
4. Ausgleich der grammatischen Unsicherheiten sowie des nachlässigen Wortgebrauchs,
5. Lenken der Konzentration und der Aufmerksamkeit auf das Sprechen.

Ähnliche Maßnahmen fordern auch *Becker/Sovák* (1975), ergänzen und betonen aber die notwendige Überzeugungs- und Motivationsarbeit.

Für *Seeman* (1969) steht die Reduzierung des Sprechtempos im Vordergrund, daraus ergäbe sich auch eine Reduzierung der vielfältigen anderen Symptomatik. Daneben fordert er die Erziehung zur Selbstdisziplin sowie gymnastisch-rhythmische Übungen zur Reduzierung der motorischen Auffälligkeiten.

Luchsinger/Arnold (1970) fordern eine synthetisch-globale Vorgehensweise: Der Polterer soll die genaue Natur seiner Sprachschwäche kennen sowie die Konventionen des (sprachlichen) Selbsta Ausdruckes kennen und beachten lernen.

Biesalski (1973) fordert eine systematische Umerziehung in den gesamten Sprechgewohnheiten und der charakterlichen Besonderheiten sowie rhetorisch-pädagogische Maßnahmen.

Böhme (1974) bedauert, daß es in der Literatur keine klare Beschreibung erfolgreich behandelte Fälle gibt (hält aber — wie auch andere Autoren — die Prognose für günstig).

II. Grundannahmen zum Poltern

Aufgrund der in der Literatur gemachten Angaben sind wir bei der Planung unseres therapeutischen Vorgehens von folgenden Annahmen ausgegangen:

1. Die Störung Poltern stellt sich auf verschiedenen Ebenen dar:

- Ebene der Lautbildung, der Bildung von Lautfolgen;
- Ebene des Sprechflusses, der Sprechgeschwindigkeit und der Sprechmelodie;
- Ebene der Satzbildung;
- Ebene der korrekten Wortwahl, der Wortfindung, der inhaltlich verbal korrekten Beschreibung von Gegenständen und Vorgängen usw.;
- Ebene der Sprachverwendung, der Kommunikation.

Der polternde Klient scheint Konventionen wie z. B. »zuhören«, »Pausen machen«, »sich verständlich ausdrücken«, »aussprechen lassen«, »deutlich sprechen«, »Wichtiges hervorheben, Nebensächliches unbetont lassen«, »nur bei Bedarf Aussagen wiederholen« usw. nicht zu kennen bzw. nicht ausreichend beachten zu können.

Unter anderem die Verletzung dieser Konventionen führt unseres Erachtens zu den negativ gefärbten Zuschreibungen von Eigenschaften.

2. Es kann angenommen werden, daß es aufgrund der Verletzung dieser Konventionen, aufgrund des überhasteten, verwaschenen Sprechens, aufgrund mangelnder Präzisionen im semantischen Bereich zu negativ gefärbten Zuhörerreaktionen kommt.

Da diese wahrscheinlich aufgrund der Unkenntnis der Symptomatik des Polterns im allgemeinen unspezifisch erfolgt (»sprich doch mal endlich deutlich«, »ich weiß nicht, was du meinst«, »drück dich mal klar aus« usw.), wird der polternde Klient sich seiner Störung nur als mangelnde Fähigkeit oder Eigenschaft diffus bewußt. Ein eventuell vorhandener Leidensdruck wird sich deshalb weder auf die Störung als Ganzes (die er nicht kennt) noch auf die Teilaspekte der Störung (denen er sich nicht bewußt ist) beziehen können.

3. Polternde Klienten, die in Therapie kommen, haben ein Problem und das Bedürfnis, das Problem zu lösen.

Die Erfahrung, daß das Poltern oder ein Teil des Polterns durch die Symptomatik des Polterns bestimmt oder mitbestimmt wird, muß für den polternden Klienten erst erfahrbar gemacht werden. Die Motivation zur Therapie entsteht aus dem Bedürfnis nach Veränderung des Problems. Die Therapie muß deshalb individuumspezifisch und problemorientiert durchgeführt werden.

4. Poltern ist eine — wie auch immer entstandene — bleibende Behinderung oder Beeinträchtigung.

Nicht die Störung als Ganzes kann behoben werden, sondern Form und Ausmaß, Folgebelastung im kognitiv-emotionalen Bereich des Individuums selbst und/oder in/mit seiner sozialen Umgebung können abgebaut werden.

Da die Behinderung bleibt, muß der polternde Klient Form und Ausmaß seiner Beeinträchtigung — soweit als möglich und erwünscht — beeinflussen lernen, Folgebelastungen abbauen lernen bzw. lernen, sie nicht entstehen zu lassen.

Die dazu notwendigen Einsichten, Wahrnehmungs- und Veränderungstechniken müssen dem Klienten auch ohne Therapeut nach Therapieende zur Verfügung stehen. Dem Klienten muß Hilfe zur überdauernden Selbsthilfe (Selbstbehandlung) angeboten und vermittelt werden.

5. Polternde Klienten können in der Regel ihre Symptomatik (oder einen Teil ihrer Symptomatik) dadurch abbauen, daß sie die Kontrolle über den Sprechablauf und über die sprachlichen Äußerungen erhöhen. Die Reduzierung der Sprechgeschwindigkeit und das Rhythmisieren des Sprechens scheint eine Reihe von weiteren Einzelsymptomen ebenfalls zu reduzieren.

III. Therapiekonzept

Der im folgenden dargestellte therapeutische Ansatz orientiert sich dementsprechend auch an einem problem- und selbstbehandlungsorientierten Vorgehen.

Problemorientiertes Vorgehen

Hierbei geht man von dem(n) subjektiven Problem(en) des Klienten aus und nicht von der aus logpädischer oder psychologischer Sicht mehr oder minder objektiv zu beschreibenden Störung. Identifizierte Störung (hier: das Poltern) und subjektives Problem des Klienten sind nicht a priori identisch, sie können, aber sie brauchen nicht zueinander in einer Beziehung zu stehen.

Der Klient hat hinsichtlich seiner Schwierigkeiten, der Ursache seiner Schwierigkeiten und möglicher Maßnahmen, diese Schwierigkeiten zu beheben, ein Konzept entwickelt. Welches Konzept der Klient über sein Problem entwickelt hat, muß eruiert und zum Ausgangspunkt der therapeutischen Bemühungen gemacht werden.

Therapiemotivation, das heißt aktive (Mit-)Arbeit an seiner Veränderung, entsteht aus dem Leidensdruck des Klienten, aus dem Wunsch, eine Belastung zu reduzieren.

Beispiel: Ein Klient kommt wegen einer Sprachstörung zur Therapie. Er berichtet, sehr undeutlich, verwaschen und nuschelig zu sprechen und teilweise nur sehr schwer verständlich zu sein. Diese Sprachstörung sei auch schuld daran, daß er kaum Kontakt zu Mädchen habe (was er sehr wünscht), da jede Kontaktaufnahme (z. B. in Diskotheken) an seiner Sprachstörung scheitere. Im weiteren Verlauf der Problemanalyse berichtet der Klient, daß er ansonsten keine Nachteile aufgrund seiner Sprachstörung sehe, da er sich in wichtigen Situationen ganz gut »zusammenreißen« könne. Der Therapeut sieht in dem nach Meinung des Klienten zu geringen Kontakt zu Mädchen, insbesondere aber in den Schwierigkeiten der Kontaktaufnahme, das Problem des Klienten. Er vermutet, daß die sprachlichen Schwierigkeiten des Klienten die Kontaktaufnahme zu Mädchen zwar erschweren, aber nicht behindern können und somit andere oder weitere Verhaltensdefizite für das Problem verantwortlich sind. Er bittet andere Mitglieder der Therapiegruppe, den Klienten in eine Diskothek zu begleiten und die Versuche der Kontaktaufnahme des Klienten zu beobachten. Es stellt sich heraus, daß die Art und Weise, wie der Klient versucht, zu Mädchen Kontakt zu finden, Mißerfolge provoziert. Der Klient spricht Mädchen in Begleitung an, unterbricht sie bei Gesprächen, tritt großspurig auf, versucht, sie auf plumpe Weise zu necken usw. Nach Veränderung dieser problematischen Verhaltensweisen gelingen dem Klienten befriedigende Kontakte zu Mädchen. Er ist an einer weiteren Sprachheilbehandlung uninteressiert.

Nähere Beschreibungen eines problemorientierten Vorgehens finden sich u. a. bei *Bartling et al. (1979)*, *Grawe (1980)*.

Selbstbehandlungsorientiertes Vorgehen

Wenn wir davon ausgehen, daß ambulante Therapie aufgrund der geringen Möglichkeit der Fremdsteuerung und Fremdkontrolle in weiten Bereichen nur Hilfe zur Selbsthilfe sein kann, wenn wir weiterhin davon ausgehen, daß die Generalisierung bzw. der Transfer von in der Therapie erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen in einer ambulanten Therapie weitgehend vom Klienten selbst durchgeführt werden muß,

wenn wir darüber hinaus davon ausgehen, daß Poltern keine heilbare Erkrankung, sondern in vielfältigen Erscheinungsbildern sich darstellende bleibende Behinderung ist, die sich zwar verbessern läßt und deren mögliche Folgestörungen sich verhindern und beseitigen lassen, so scheint uns die Vermittlung von selbstmodifikatorischen Techniken, die situations- und zeitübergreifend dem Klienten zur Verfügung stehen, eine sinnvolle Maßnahme bei der Behandlung von Klienten mit Poltern.

Hierbei geht man davon aus, daß das Ziel der Therapie weniger darin besteht, eine bestimmte Störung zu beseitigen bzw. ein bestimmtes Problem zu bewältigen, sondern vielmehr, dem Klienten diejenigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die notwendig sind, selbst Störungen zu beseitigen, Probleme zu bewältigen.

Ziel eines derart gestalteten Vorgehens ist es, den Klienten in den Stand zu setzen, über das Therapieende hinaus ohne Hilfe eines professionellen Therapeuten bestimmte Störungs- und Problembereiche zu kontrollieren, eine Verschlechterung der Problematik zu verhindern, eine Verbesserung langfristig selbst zu bewirken. Dazu werden dem Klienten Informationen über

- Störungs- und Problemanalyse,
- bestimmte Störungen oder Probleme,
- Selbstbehandlungsprozeduren sowie
- Entscheidungsmöglichkeiten innerhalb der diagnostischen und therapeutischen Phase gegeben.

Wichtiger noch als die Vermittlung von Kenntnissen ist die Entwicklung praktischer Fertigkeiten, wie Selbstbeobachtung, Selbstwahrnehmung, Entwicklung der Fertigkeit zur gezielten Selbstinstruktion, Selbstkorrektur und Selbstbekräftigung, zur gezielten Veränderung von Umweltbedingungen.

Nähere Beschreibungen des selbstbehandlungsorientierten Vorgehens sind bei *Fiedler* (1981) zu finden.

Gruppentherapie

Aus ökonomischen, organisatorischen, aber auch aus therapeutischen Gründen halten wir ein gruppentherapeutisches Vorgehen — wenn möglich — für sinnvoll.

Grundzüge einer Konzeption problemorientierter verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie sind u. a. von *Grawe, Dziewas und Wedel* (1980) vorgelegt worden.

IV. Therapieabfolge

Unter Beachtung der o. g. Grundsätze wurde für Klienten mit Poltern folgendes therapeutisches Vorgehen gewählt:

Therapieschritt 1: Beschreibung des Problems

Der Klient schildert aus seiner subjektiven Sicht sein(e) Problem(e). Er spezifiziert, welches die unerwünschte Ausgangslage und welches der erwünschte Endzustand ist, er spezifiziert weiterhin, welche Hindernisse aus seiner Sicht vorhanden sind, die es ihm nicht ermöglichen, den erwünschten Endzustand zu erreichen (vgl. *Dörner* 1976).

Therapieschritt 2: Information über das Poltern

Der Therapeut gibt Informationen über die Störung Poltern. Er teilt dem Klienten mit, daß Auffälligkeiten auf den Ebenen der

- Lautbildung, Bildung von Lautfolgen;
- des Sprechflusses, der Sprechmelodie, der Sprechgeschwindigkeit;
- der Satzbildung;
- der korrekten Wortwahl, der Wortfindung, der inhaltlich korrekten Beschreibung von Gegenständen und Vorgängen usw.;
- der Sprachverwendung und Kommunikation

bestehen können.

Er stellt weiterhin dar, mit welchen weiteren Störungen Poltern korrespondieren kann. Als mögliche Bereiche werden

- negative Selbstbewertung, geringe Selbstakzeptanz, Probleme in der Selbstkongruenz (intra-personelle Störungen);
- Schwierigkeiten in der Kommunikation, geringe soziale Fertigkeiten, Interaktionsprobleme (inter-personelle Störungen);

- Lese- und Rechtschreibschwächen (im Vergleich zur sonstigen Leistungsfähigkeit), Probleme in der mündlichen Beteiligung am Unterricht, Schwierigkeiten beim Erlernen der Fremdsprache (Lern- und Leistungsstörungen);
- Ungeschicklichkeiten bei fein- und grobmotorischen Leistungen, geringes Rhythmusempfinden usw. (motorische Störungen)

genannt.

Zur Verdeutlichung bezieht sich dabei der Therapeut auf die vom Klienten im Therapieschritt 1 genannten Beobachtungen und Mutmaßungen.

Therapieschritt 3: Selbstbeobachtung

Der Klient lernt seine Störung Poltern auf den verschiedenen o. g. Ebenen kennen. Zur Analyse werden Tonband- und Videoaufzeichnungen herangezogen, in denen der Klient sich auf verschiedenen Sprechleistungsstufen äußert. Videoaufnahmen der Therapiesituation sowie Rollenspiele, die die Art der Sprachverwendung aufzeigen, ergänzen die Befunde. Darüber hinaus werden schriftliche Ausarbeitungen einer Analyse unterzogen.

Weiterhin beobachtet der Klient in bestimmten vorher vereinbarten Situationen sein Kommunikations- und Interaktionsverhalten. Er befragt Angehörige und Freunde, was ihnen an der Art, wie er mit ihnen spricht und wie er spricht, aufgefallen sei.

Darüber hinaus soll der Klient innerhalb und außerhalb der Therapiesituation auf Selbstinstruktionen, Selbstbewertung achten, seine Einstellung zur Behinderung bzw. zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit kennenlernen.

Zur Erkennung und näheren Beschreibung von Lern- und Leistungsstörungen soll der Klient sein Sprech- und Kommunikationsverhalten im Unterricht verschiedener Fächer beschreiben.

Therapieschritt 4: Neubeschreibung des Problems

Die Vermittlung theoretischer Kenntnisse und praktischer Erfahrungen führt dazu, daß die neu-erhaltene Information entweder in die alte Problemsicht und Analyse eingegliedert wird oder diese verändert. Daraus entsteht eine ergänzte oder veränderte Beschreibung des Problems durch den Klienten. Auf den Prozeß der Neukonzeptualisierung des Problems wirken der Therapeut mit seiner Problemsicht, die anderen Therapiemitglieder der Klientengruppe mit ihrer Problemsicht ein.

Generell kann gesagt werden, daß aufgrund unserer Erfahrung in den meisten Fällen Probleme im intra-personellen, inter-personellen oder im Lern- und Leistungsbereich lagen. Das Poltern wurde von den Klienten als Hinderungsgrund gesehen, weshalb sie einen erwünschten Endzustand nicht erreichen konnten. Häufig war das Poltern nicht oder nicht alleine für das Entstehen bzw. Fortbestehen von Schwierigkeiten verantwortlich.

Insbesondere bei diesen Klienten ist die Veränderung der Konzeption des Klienten über sein Problem nicht nur ein diagnostischer, sondern im Kern ein therapeutischer Vorgang. Auch in diesem Therapieschritt ist es wichtig, daß der Klient die Ausgangslage sowie den erwünschten Endzustand genau spezifiziert. Des weiteren muß er die Hinderungsgründe sowie, proportional dazu, die möglichen Veränderungsprozessoren benennen. Problemsicht des Therapeuten und des Klienten müssen soweit angenähert werden, daß sich daraus die Möglichkeit gemeinsamen Handelns ergeben kann. In der Problemanalyse enthalten sind Annahmen darüber, wie die Störung Poltern mit den Problemen der Klienten im Zusammenhang steht, welche anderen Defizite die Probleme (mit)bedingt haben können, auf welchen Ebenen und in welchen Bereichen schwergewichtig Veränderungen durchzuführen bzw. Veränderungen zu erreichen sind.

Therapieschritt 5: Eruierung der Therapieziele

Ausgehend von der Analyse des Problems wird nun eine Sammlung möglicher Therapieziele erfaßt und nach Möglichkeit operationalisiert. Zusammen mit dem Therapeuten und den

anderen Gruppenmitgliedern nimmt der Klient eine Gewichtung und Sequenzierung der Therapieziele vor. Nachdem der Klient bestimmt hat, welchen Aufwand er im Rahmen einer Selbstmodifikation zu leisten bereit ist, werden die Therapieziele unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit unter Mithilfe des Therapeuten neu gewichtet. Die Möglichkeit des Auftretens erwünschter oder unerwünschter Nebenwirkungen sowie langfristige Auswirkungen müssen bedacht werden.

Therapieschritt 6: Auswahl der Interventionsmethoden, Planung von Therapieschritten

Auf der Basis der Problemanalyse sowie der angestrebten Therapieziele werden nun die Bereiche und die Ebenen benannt, auf bzw. in denen eine Intervention erfolgen soll.

Aufgrund unserer Möglichkeiten konnten wir unseren Klienten folgende Behandlung anbieten, die individualisiert einzeln oder kombiniert durchgeführt wurden:

- a) Maßnahmen zur Verbesserung der Lautbildung, der Bildung von Lautfolgen;
- b) Maßnahmen zur Reduzierung der Sprechgeschwindigkeit; Maßnahmen zur Verbesserung des paralinguistischen Ausdrucks;
- c) Maßnahmen zur Verbesserung der Wortwahl, der Wortfindung, der inhaltlich korrekten Beschreibung von Gegenständen und Vorgängen, der Satzbildung;
- d) Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstbewertung, Selbstakzeptanz;
- e) Maßnahmen zur Verbesserung des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens.

Therapieschritt 7: Durchführung

Die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen gliedert sich in folgende Teilschritte:

- Entscheidung;
- Selbstverpflichtung;
- Erarbeitung der Modifikationen innerhalb der Therapie mit Hilfe des Therapeuten und der Therapiegruppe;
- Durchführung der therapeutischen Maßnahmen außerhalb der therapeutischen Situation unter Selbstkontrolle;
- Analysieren und Bewerten der in der Selbstmodifikation gemachten Erfahrungen;
- Veränderung des therapeutischen Vorgehens aufgrund der gemachten Erfahrungen sowie neuer (Er-)Kenntnisse hinsichtlich des Problems, der Therapiezielsetzung und der Auswahl der Interventionsverfahren.

Bei den Interventionen a bis c werden innerhalb der Therapie die Grob- und Teilziele operationalisiert und mittels operanter verhaltenstherapeutischer Techniken eingeübt. Sie werden anschließend mittels Selbstmodifikation gefestigt und generalisiert. Hinweise auf die üblichen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen und Behandlungstechniken finden sich u. a. bei *Baade et al. (1980)*.

Bei den unter d genannten Maßnahmen bietet sich die rational-emotive Therapie (u. a. *Ellis 1977, Keßler und Hoellen 1982*) an. Irrationale Analysen können nach Einübung in der Therapiesituation zu Hause durchgeführt werden, konstruktive Einstellungen können außerhalb der Therapiesituation dann erarbeitet, Verhaltensübungen zuerst in der Therapie und dann in vivo realisiert werden.

Zur Verbesserung des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens können interaktionsorientierte verhaltenstherapeutische Verfahren gewählt werden, die zuerst über Rollenspiele in der Therapiesituation zu in vivo Übungen unter Selbstkontrolle fortschreiten (siehe u. a. *Baade et al. 1980*).

Therapieschritt 8: Bewertung der Therapie und Planung stabilisierender Maßnahmen

Die Entscheidung über die Beendigung der Therapie wird von Klient und Therapeut zusammen mit der Therapiegruppe getroffen.

Anhand folgender Fragestellung können stabilisierende Maßnahmen geplant werden, die nach Beendigung der Therapie dem Klienten helfen, den Status bei Therapieende zu halten, weitere Verbesserung zu bewirken, Folgestörungen abzubauen oder sie am Entstehen zu hindern:

- Was wollten wir erreichen?
- Was haben wir erreicht?
- Wo gab es besondere Schwierigkeiten?
- Was war besonders hilfreich?
- Worauf muß ich in Zukunft achten?
- Was muß ich ständig oder von Zeit zu Zeit beachten?
- Was kann ich konkret tun, wenn bestimmte, aus der Therapie her bekannte Schwierigkeiten wieder auftreten?
- Was habe ich in der Therapie gelernt, um zukünftig mit Problemen besser umgehen zu können?

V. Erfahrungen

Die Zahl der Klienten mit Poltern (ohne Stottern) ist in unserer Ambulanz sehr gering. Das Verfahren wurde bei $N = 6$ Personen erprobt. Es handelt sich einmal um eine Gruppe von drei 17—18jährigen Jugendlichen (Gymnasiasten) und um eine Gruppe von drei Erwachsenen (Handwerker). Teilaspekte des Vorgehens wurden auch in die Therapie von Klienten mit Poltern und Stottern einbezogen.

Es zeigte sich, daß das Verfahren bei dieser Klientengruppe gut geeignet war und zu einer objektiven Reduzierung der Störung und zu einer subjektiven Zufriedenheit mit der Therapie und dem Therapieergebnis führte. Den Klienten wurde angeboten, sich bei Bedarf wieder an den Therapeuten zu wenden. Die Therapien sind vor rund einem Jahr bzw. knapp einem Jahr abgeschlossen worden. Der Wunsch nach einer weiteren Behandlung bzw. Nachbehandlung wurde nicht geäußert.

VI. Anmerkung nach Annahme des Manuskriptes

Nach Abgabe des Manuskriptes wurden weitere fünf Klienten erfolgversprechend behandelt. Es ist beachtenswert, daß keiner der insgesamt elf Klienten die negativen Auffälligkeiten im fein- und grobmotorischen Bereich aufwies, wie sie für »Polterer« typisch sein sollen. Fast alle Klienten waren hingegen im überdurchschnittlichen Maße sportlich aktiv und gaben an, im Vergleich zu anderen besonders geschickt zu sein. Zwei Klienten spielten mit gutem Erfolg Musikinstrumente (Klavier, Geige).

Auch aufgrund dieser Erfahrungen sollte von einer schematischen Zuschreibung bestimmter Eigenschaften und nichtsprachlicher Auffälligkeiten zu einem Syndrombild »Polterer« abgesehen werden.

Literatur

- Baade, F. W., Borck, J., Kolbe, S., und Zumvenne, G.: Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie — Eine Einführung —. Hrsg.: DGVT e.V., Tübingen. Sonderheft II/1980.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., und Krause, R.: Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses — Ein Leitfaden —. Materialie Nr. 13. Hrsg.: DGVT, Tübingen 1979.
- Becker, K. P., und Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Köln 1975.
- Biesalski, P.: Phoniatrie und Pädaudiologie. Stuttgart 1973.
- Böhme, G.: Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Ätiologie — Diagnostik — Therapie. Stuttgart 1974.
- Dörner, D.: Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart 1976.

- Ellis, A.: Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München 1977.
- Fiedler, P. A.: Psychotherapieziel: Selbstbehandlung. In: Fiedler, P. A.: Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Weinheim 1981.
- Franke, U.: Logopädisches Handlexikon. München/Basel 1978.
- Freund, H.: Studies in the interrelationship between stuttering and cluttering. Folia phoniatica 4 (1952), S. 146.
- Grawe, K., Dziewas, H., und Wedel, S.: Interaktionelle Problemlösungsgruppen — ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept. In: Grawe, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München 1980.
- Gundermann, H.: Einführung in die Praxis der Logopädie. Heidelberg 1981.
- Keßler, B. H., und Hoellen, B.: Rational-emotive Therapie in der klinischen Praxis. Weinheim 1982.
- Luchsinger, R.: Poltern. Berlin 1963.
- Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Stimm- und Sprachheilkunde. 3. Aufl. Bd. 2, Wien/New York 1970.
- Motsch, H.-J.: Problemkreis Stottern. Berlin 1979.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1969.
- Schmidt, H.: Ein Beitrag zur Differentialdiagnose Stottern: Poltern. Die Sprachheilarbeit 14 (1969), S. 105—112.
- Weiss, D. A.: Das Poltern und seine Behandlung. Zschr. Ohrenheilk. 70 (1936), S. 341.
- Weiss, D. A.: Therapy of cluttering. Folia phoniatica 12 (1960), S. 216—223.
- Weiss, D. A.: Cluttering. Folia phoniatica 19 (1967), S. 233—263.
- Wyatt, G.: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

Anschrift des Verfassers:

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

Sprachtherapeutin

Diplom (Sp) und 1. Staatsexamen, therapeutische Zusatzausbildung (GwG) sucht Anstellung möglichst Raum NRW. Erfahrungen aus privater Praxis und Früherziehungsinstitutionen. Schwerpunkte: Mehrfachbehinderungen, Sprachentwicklungsstörungen und Stottern.

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

Wir vertreten die berufsständischen Interessen der Diplom-Pädagogen mit dem Arbeitsschwerpunkt Sprachrehabilitation.

Anfragen richte man an:

Berufsverband diplomierter Sprachheilpädagogen e.V.
Bundesgeschäftsstelle: 5300 Bonn 1, Adolfstraße 10



Petr Rösel, Mainz

Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung von Verfahren der Lautbildungsprüfung

Zusammenfassung

Der Beitrag listet einige phonetisch-phonologische und lexematische Kriterien auf, an denen Tests zur Überprüfung der Lautbildungsfähigkeit zu messen sind. Zur Verdeutlichung werden Beispiele aus gängigen Prüfverfahren herangezogen und ggf. Verbesserungsvorschläge gemacht.

1. Einleitung

In einer separaten Abhandlung (Rösel 1983) habe ich versucht, Kriterien zur Gestaltung, Durchführung, Auswertung und zum Gültigkeitsbereich von Verfahren zur Überprüfung der kindlichen Lautbildungsfähigkeit aufzulisten, gegeneinander abzuwägen und ggf. Verbesserungsvorschläge zu machen. Darüber hinaus sind an ein Prüfverfahren auch unter phonetisch-phonologischem und lexematischem Aspekt bestimmte Anforderungen zu stellen. Ihnen soll in den folgenden Kapiteln Beachtung geschenkt werden.

2. Phonetisch-phonologische Kriterien

Sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung und Auswertung eines Lautbildungstests sind phonetisch-phonologische Entscheidungen notwendig. Entschließt sich der Therapeut dazu, Transkriptionen der kindlichen Äußerungen durchzuführen, so muß er festlegen, durch welche Symbole er phonetische Ereignisse schriftlich fixieren will. Diese Tätigkeit erfordert ein intensives ohrenphonetisches Training. Es muß außerdem vorher festgelegt sein, wie genau die Transkription erfolgen soll. Wenn hier die Empfehlung ausgesprochen wird, so oft wie möglich eng zu transkribieren, dann geschieht dies nicht aus einer falsch verstandenen Akribie heraus; vielmehr erzieht der Transkriptionsvorgang zum genauen Hinhören, und ein geschultes Ohr kann für den Therapeuten nur von Vorteil sein. Wie eng die Transkription ist, hängt außerdem von der Qualität der phonetischen Ausbildung (eventuell auch von der Qualität der Tonaufzeichnung) und von den diagnostischen Erfordernissen ab. Bei Screeningverfahren in der Routinediagnostik reicht in aller Regel eine breite phonetische Transkription ohne diakritische Zeichen aus.

Gleichgültig für welchen Genauigkeitsgrad der Transkription man sich entscheidet, in allen Fällen ist auch im Hinblick auf die anschließende Auswertung eine praktikable Beschreibung vonnöten, was als normgerecht oder -abweichend anzusehen ist. Insbesondere bei standardisierten Lautbildungstests, aber auch bei informellen Prüfverfahren spielt die Normproblematik eine wichtige Rolle. Ein Test ist also daraufhin zu prüfen, welche Hilfen er dem Therapeuten bei seiner Entscheidung darüber anbietet, ob eine Ausspracheform noch akzeptiert werden kann. Präzise Angaben erhöhen die Zuverlässigkeit der Diagnose und die Intertesterreliabilität.

Bislang ist kein *objektiver* Maßstab zur Bewertung kindlicher Lautäußerungen erarbeitet worden. Diese Forschungslücke macht verständlich, warum die Mehrzahl der Prüfverfahren die Akzeptabilitätsentscheidung dem Prüfer überlassen (so Cerwenka 1971), sich an der Erwachsenennorm orientieren (etwa Gey 1976) und phonetische und dialektale Grundkenntnisse beim Untersucher voraussetzen (z. B. Stoyke und Orthmann o. J.).

In der Tat erschweren dialektale Aussprachevarianten den Normierungsversuch. Der Prüfer muß sich beispielsweise mit den verschiedenen Ausspracheweisen des Wortes *Kirche* vertraut machen, d. h. [kʰiːRɪçə], [kʰiːθɪçə], [kʰiːɾçə], [kʰiːθçə], [kʰiːθɛɛə] und viele andere Realisationsarten bezüglich ihrer Akzeptabilität bewerten. In diesem Zusammenhang fordern Buchta et al. (1982):

»Bei einem Test sollten die Laute außerdem so abgefragt werden, daß in der Auswertung keine regionalen, dialektmäßigen Unterschiede bemerkbar werden« (S. 8).

Dies scheint angesichts der Fülle diatopischer Varianten undurchführbar. Es dürfte kaum möglich sein, für alle Prüflaute Silbenpositionen zu finden, in denen keine dialektalen Veränderungen wirksam werden können.

Die Bewertungsskala kann zweiwertig sein (richtig/falsch). Gegen diese Dichotomisierung sind Bedenken erhoben worden. Als Begründung wird angeführt, die normale kindliche Entwicklung durchlaufe mehrere Zwischenstufen, bis sie den Erwachsenenstandard erreiche. Es sei kein Fehler, wenn ein Kind im Alter von 2;5 Jahren [†^hu:] zu *Schuh* sagt.

»Wir tun dem Kind unrecht dadurch, daß wir den Grad seiner jeweiligen aktiven Beherrschung von Phonemen wertend an dem Stadium der abgeschlossenen Entwicklung messen wollen« (*Kloster-Jensen und Jahncke* 1982, S. 122).

Die verschiedenen Annäherungsgrade an das Erwachsenenmodell sollten deshalb in die Bewertungsskala eingehen. Beispielsweise unterteilt der EAT (*Anthony et al.* 1971), ein englischsprachiger Lautbildungstest, seine Bewertungsskala in sechs Stufen (*adult form, minor variations, almost mature, immature, very immature, atypical substitutions*) und listet zu jedem Item auf jeder Stufe mögliche Ausspracheformen auf.

Man hat auch nach anderen Bewertungsrastern gesucht. Von mehreren Autoren werden Merkmalsmatrices vorgeschlagen. *Hutcheson* (1968) benutzt sechs Merkmale (*phonation, structure, velarity, stop, alveolarity, laterality*), *Crystal* (1981) verwendet drei (*voicing, place, manner*). Der Nachteil solcher Verfahren liegt in ihrer zeitintensiven Durchführung. Wenn das Ziel des Untersuchers darin besteht, eine umfassende phonetisch-phonologische Beschreibung der Lautbildungsfähigkeit eines Kindes anzufertigen, dann ist (neben anderen Verfahren) eine Merkmalsanalyse sicherlich angebracht. Geht es ihm nur um einen Überblick, so ist die dichotome Bewertung trotz der Bedenken durchaus sinnvoll. Der EAT (*Anthony et al.* 1971) schlägt als Kompromiß vor, zunächst eine richtig/falsch-Bewertung durchzuführen und die gegenüber zeitaufwendigeren Bewertungsverfahren eingesparte Zeit für die Analyse der als falsch eingestuften Items bei Kindern mit starken Aussprachebeeinträchtigungen (»low achievers«, S. 32) zu reservieren. Auch *Grohnfeldt* lehnt differenzierte Bewertungskriterien wegen der größeren Gefahr subjektiver Zuordnungen zu Fehlerkategorien ab (*Grohnfeldt* 1979a, 1980).

Welchen Maßstab soll der Untersucher bei seiner Akzeptabilitätsentscheidung heranziehen? Diese Entscheidung setzt neben den erwähnten phonetischen und dialektalen Kenntnissen auch solche über die normale Lauterwerbschronologie voraus. In der Literatur sind nur spärliche Hinweise zur Altersabhängigkeit des Lauterwerbs zu finden; dies beklagen auch *Böhme* (1978) und *Grohnfeldt* (1980). Die Angabe von Altersnormen birgt allerdings auch Gefahren in sich:

»Die Aufstellung altersspezifischer Leistungstabellen berücksichtigt zu wenig die situative Erwartungsnorm, den regionalen Dialekt und geht nur unzureichend auf fließende Übergänge bei der Sprachbeherrschung ein. Es besteht zudem die Gefahr, daß der Diagnostiker sich unreflektiert auf bestimmte Altersnormen verläßt und dadurch seine pädagogische Verantwortung im Entscheidungsprozeß auf eine scheinbar übergeordnete, absolute Instanz verlagern möchte« (*Grohnfeldt* 1979, S. 230).

Diese Bedenken gegen Altersnormen dürfen jedoch nicht, so *Grohnfeldt*, zu einer unnötigen Erweiterung des Ermessensspielraums des Diagnostikers führen, da dies der Präzision der Diagnose und der Vergleichbarkeit von Testergebnissen abträglich ist.

Versteht der Therapeut die aufgestellten Altersnormen nicht als unumstößliche Angaben, sondern als Trends, so sind sie als praktische Entscheidungshilfen durchaus zu begrüßen. Wo Altersangaben gemacht werden, sollte ihr Zustandekommen allerdings peinlich genau dargelegt werden. Als Negativbeispiel sei der von *Cerwenka* (1971) erstellte Test erwähnt. Die

Autorin führt zwar den Erwerb von Lauten nach Altersgruppen getrennt auf, macht jedoch keine Angaben zur Größe ihrer Stichprobe, auf der die Altersangaben beruhen, um die Repräsentativität der Daten zu belegen. Positiv ist hingegen der Versuch *Grohnfeldts* (1980) zu bewerten, Altersnormen für die im Metzkerschen Prüfverfahren (in der revidierten Fassung von 1979) vorhandenen Laute und Lautverbindungen aufzustellen.

Aus dem fast schon trivialen Faktum, daß nicht Einzellaute, sondern Lautgruppen gelernt werden, die komplexen Koartikulationsmechanismen unterliegen, leitet sich ein wichtiges Beurteilungskriterium ab. Lautbildungstests sollen Laute und Lautverbindungen mindestens im Wortkontext in allen möglichen Positionen (An-, In- und Auslaut) prüfen, ggf. ist die wortübergreifende Phonotaktik zu berücksichtigen, wenn das Kind nicht in Einzelwörtern, sondern in größeren Äußerungseinheiten antwortet.

Eine phonetische Balance der Wortliste ist abzulehnen, da die Auftretenshäufigkeit von Lauten in der Erwachsenensprache eine andere ist als die der Kindersprache. Darauf weisen, wenn auch in anderem Sachzusammenhang, *Biesalski et al.* (1974) hin: Die phonetische Balance sei nur dann sinnvoll, wenn sie sich auf die Lautverteilung in der Kindersprache auf verschiedenen sprachlichen Entwicklungsstufen beziehe.

Bei den Techniken der teilnehmenden Beobachtung der Spontansprache und des Tagebuchs spielt die Bezugsgröße eine Rolle, wenn Fehlerhäufigkeiten angegeben werden. Zwei Beispiele sollen die Problematik erhellen: Die Sprachprobe eines Kindes A enthält vier verschiedene Wörter, die in der Erwachsenensprache mit initialem [k^h] artikuliert werden. In drei Wörtern produziert das Kind den Initialplosiv richtig, in einem Wort als [t^h]. Quantitativ gesehen artikuliert das Kind in 75 Prozent aller Fälle den k-Laut richtig. Die Sprachprobe eines Kindes B enthält die beiden Wörter *Katze* und *Kirschen*, die jedoch im Unterschied zum Sprachkorpus von Kind A zweimal artikuliert werden. *Katze* wird beide Male richtig gesprochen, *Kirschen* einmal richtig als [k^hɪʁɐŋ], das andere Mal jedoch als [t^hɪʁɐŋ]. Eine Auszählung nach den beiden Lautklassen /k/ und /t/ ergibt die gleiche Prozentzahl wie bei Kind A, nämlich 75 Prozent. Analysiert man die Daten hingegen nach Wörtern, was zum Zwecke der Ermittlung intraindividuelle Ausspracheschwankungen durchaus sinnvoll ist, so ergibt dies für *Kirschen* einen Wert von 50 Prozent. Häufigkeitsangaben wie »der Patient ersetzt in 75 Prozent der Fälle k durch t« sind deshalb nur bei Kenntnis der Bezugsgröße sinnvoll zu interpretieren.

Der Umfang der Stichprobe, auf der die phonologische Analyse basiert, ist von großer Bedeutung für die Aussagekraft eines Tests und die Diagnose, die sich darauf stützt. Initiales [b] taucht in einem Test (*Metzker* 1967 in der Überarbeitung von *Grohnfeldt* 1979) unter 40 Wörtern einmal auf (Konsonantenverbindungen nicht gezählt), in einem anderen Test unter 88 Wörtern sechsmal (*Cerwenka* 1971), was einem Verhältnis von 1 : 14 gegenüber 1 : 40 beim Metzkertest entspricht. Besonders unter dem Blickwinkel der Vergleichbarkeit von Testaussagen stellt sich die Frage, ob man von zwei Kindern, die mit je einem der beiden Tests bei gleichem Endergebnis geprüft wurden, sagen kann, sie beherrschten den Laut gleichermaßen. Die Testergebnisse müssen deshalb immer an der Datenmenge relativiert werden. Es muß auch gefragt werden, wie hoch die Aussagekraft eines Tests ist, der initiales [b] nur einmal überprüft.

In den letzten Jahren ist verschiedentlich darauf hingewiesen worden, daß vorwiegend quantitative Analysen der Lautsprache eine unzulässige Blickverengung bedeuten. Die Analyse, die am häufigsten zur Anwendung kommt, besteht in dem Vergleich von Erwachsenenmodell und kindlicher Lautsprache. In aller Regel begnügen sich solche Lautbildungstests mit einer — wie *Scholz* (1970, S. 103; 1974, S. 119) es formuliert — Taxonomie der Existenz oder Nichtexistenz von Lauten; es werden Einzelwörter benutzt, deren Aussprache durch das Kind mit dem Erwachsenenmodell verglichen und nach dem Kriterium richtig/falsch bewertet wird. Die Abweichungen werden addiert. Danach wird es entweder dem Untersucher überlassen zu entscheiden, ob eine Beeinträchtigung vorliegt, oder es werden Altersnormwerte vorgegeben, mit

denen die Leistung des getesteten Kindes verglichen wird. Zusätzlich werden mitunter noch Auslassungen, Vertauschungen und Hinzufügungen von Lauten quantitativ erfaßt.

Weitergehende Analysen werden zwar als Forderungen aufgestellt (so z. B. von *Grohnfeldt* 1979 a, S. 126), eventuell anhand einiger Beispiele exemplifiziert (so *Ihssen* 1978, *Kloster-Jensen* 1978, *Kloster-Jensen* und *Jahncke* 1982, *Scholz* 1974), sie sind m. W. bislang noch von keinem deutschsprachigen Lautbildungstest eingelöst worden. Der Versuch von *Fried* (1980), Normen altersgemäßer Lautentwicklung aufzustellen und dadurch einen Vergleich zwischen normaler kindlicher Lautentwicklung und beeinträchtigter Entwicklung mit Hilfe eines Tests zu ermöglichen, muß angesichts der Bedenken von *Buchta et al.* (1982) als nicht geglückt bezeichnet werden.

Eine umfassende phonologische Analyse beinhaltet folgende Beschreibungsgrößen, von denen hier nur die wichtigsten aufgeführt sind, wie sie in der anglo-amerikanischen Forschung verwendet werden (z. B. *Ingram* 1976, 1981; *Grunwell* 1981, 1982; *Crystal* 1982):

- Lautinventar (initial, medial, final)
- Silbenstruktur (Ein-, Mehrsilbler)
- Phonologische Prozesse (als Ergebnis des Vergleichs mit der normalen kindlichen Lautentwicklung oder mit dem Erwachsenenmodell)
 - Veränderungen der Silbenstruktur (Auslassungen, Reduplikationen)
 - Koartikulative Prozesse
 - Substitutionsvorgänge
- Varianten sowie nicht analysierbare Fälle.

Es darf nicht verschwiegen werden, daß die Inkorporierung solcher strukturaler und prozeduraler Analysemethoden in Lautbildungstests beim gegenwärtigen Kenntnisstand bezüglich der normalen lautlichen Entwicklung bei Kindern problematisch ist. *Ihssen* (1978, S. 62) beklagt als Defizite der deutschsprachigen Fachliteratur u. a., daß erstens der Beschreibung der sprachlichen Seite unter linguistischem Aspekt zu wenig Beachtung geschenkt werde, zweitens solche Beschreibungen unzulänglich seien und drittens ein nur vager Bezug zur normalen Sprachentwicklung hergestellt werde. An diesem Faktum hat sich bis heute nur marginal etwas geändert. Patholinguistische Studien im deutschsprachigen Raum sind zudem überwiegend auf aphatische Störungsbilder thematisch konzentriert.

Die oben erwähnte Analyse der kindlichen Sprachlaute bezüglich Substitutionen, Omissionen, Additionen und Metathesen scheint auf den ersten Blick relativ unkompliziert und problemlos zu sein. Wie aber legt man bei mehrsilbigen Wörtern, beispielsweise in *Zahnbürste* oder *Watte* die Positionen fest? Betrachtet man als Analyseeinheit das Wort, so ist *b* im ersten Beispiel Teil einer (wort-)medialen Konsonantenverbindung und das *t* des zweiten Beispiels ein medialer Konsonant. Nimmt man die Silbe als Einheit, so steht *b* (silben-)initial; *t* ist ambivalent, wird also sowohl als final (bezüglich der ersten Silbe) als auch als initial (bezogen auf die zweite Silbe) empfunden. Da erstens nicht erwiesen ist, ob die Silbentrennungskriterien der Erwachsenensprache auf die kindliche Sprache übertragen werden können, da zweitens Fälle von silbischer Indeterminiertheit existieren, erscheint es sinnvoll, das Wort als Bezugsgröße zu verwenden und in obigen Beispielen von medialer Position des *b*- und *t*-Lautes zu sprechen.

3. Lexematische Kriterien

Sinnvollerweise wird, wie oben schon erwähnt, die Lautbildungsfähigkeit bei Kindern im Kontext überprüft. Für die Erstellung eines Elizitationstests ist die Auswahl geeigneter Lexeme wichtig. Was aber bedeutet *geeignet*? Die Wörter sollen Teil des aktiven Wortschatzes sein, d. h., das Kind hat aktiven Zugriff zu diesen im Gedächtnis gespeicherten Wörtern.

Der Aufbau des Wortschatzes unterliegt vielen Variablen, die die interindividuell unterschiedliche Ausprägung von Art und Umfang des Wortschatzes bedingen. Wichtige Faktoren sind z. B. die kindlichen Gedächtnisleistungen und das sprachliche Angebot an das Kind.

Die Schwierigkeit der Wortwahl besteht also angesichts der interindividuellen Unterschiede darin, möglichst Lexeme auszuwählen, die zum aktiven Wortschatz aller zu testenden Kinder auf allen interessierenden Altersstufen gehören. Ein Blick auf gängige Lautbildungstests zeigt, daß die Testautoren meist präzise Angaben darüber, wie sie zu der Wortauswahl gelangten, vermeiden. *Cerwenka* (1971, S. 7) sagt z. B.:

»Die Bilder wurden so ausgewählt, daß sie dem Wortschatz eines Kleinkindes vom dritten Lebensjahr an entsprechen. Weitgehend wurden Übereinstimmungen des Wortschatzes von Großstadt- und Landkindern berücksichtigt.«

Wie der Wortschatz von Kleinkindern erhoben wurde, wie groß die Datensammlung war, darüber werden keine Angaben gemacht. Ähnlich zurückhaltend sind *Stoyke* und *Orthmann* (o. J.): »Es werden nur Fotografien von Dingen aus der realen Umwelt des Kindes gezeigt« (S. 6) und »Die Eindeutigkeit der Bilder (d. h. ihre Sofortbenennung mit dem Schlüsselwort) kann nicht als bloße coup-par-coup-Reaktion (Bild-Wort) aufgefaßt werden, sondern als starke Hinführung zum gewünschten Prüfwort« (S. 7). Es gibt viele Dinge »aus der realen Umwelt des Kindes« (S. 6), die ihm trotzdem nicht bekannt zu sein brauchen oder nicht benannt werden können, da sie nicht zum aktiven Wortschatz gehören.

Ähnlich äußern sich *Buchta* et al. (1982, S. 6) über den Test von *Fried* (1980):

»Es geht aus dem Testmaterial nicht hervor, nach welchen Kriterien die Testwörter ausgewählt wurden, weder im Hinblick auf die Nähe der Wortinhalte zur Welt des Kindes (und somit der Möglichkeit, mit einem Bild eine spontane Lautäußerung zu provozieren) noch auf die entsprechende Repräsentation der zu prüfenden Laute in den einzelnen Wörtern.«

Der Bekanntheitsgrad von Wörtern wird auch durch diatopische Faktoren beeinflusst. So ist beispielsweise die Anwendbarkeit des Cerwenkatests wegen einiger Wörter, die nur im österreichischen Sprachraum üblich sind, eingeschränkt. Dazu gehören die Wörter *Bub*, *Kasper* [k^ha/pəʃ] und *Wachmann*.

Die Schwierigkeit der Wortwahl liegt vor allem im methodischen Bereich:

»Die Qualität des zukünftigen aktiven Wortschatzes hängt von der Umgebung ab, in der das Kind lebt. Im Wortschatz des Kindes spiegelt sich also die soziale Umgebung wider. Außerdem kommen bei der Erweiterung des Wortschatzes auch die charakteristische Veranlagung des Kindes und die Sorgfalt, die ihm von den Eltern, den Erziehern und dem Kollektiv gewidmet wird, zum Ausdruck« (*Seeman* 1969, S. 13).

Eine weitere methodische Schwierigkeit erwähnt *Wurst* (1973, S. 54):

»Im volitional-affektiven Stadium der Sprache, das sich bei vielen Kindern noch lange nach den reiferen Stufen erhält, sind viele Wörter noch völlig ihres Begriffswertes entkleidet, andere ändern noch ihre Bedeutung.«

Darüber hinaus führt *Oerter* (1976, S. 521) an:

»Weiterhin herrscht große Willkür in der Bestimmung der Kriterien für die Kenntnis eines Wortes, d. h., man ist sich nicht im klaren darüber, wann das Kind ein bestimmtes Wort wirklich kennt.«

Mit Einschränkungen sind Lexeme aus Tests zur Messung des aktiven Wortschatzes oder aus sprachaudiometrischen Tests geeignet, wie z. B. der AWST 3—6 (*Kiese, Kozielski* 1979), der Subtest »Wörterraten« aus dem Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder, LSV (*Götte* 1976), der Frankfurter Wortschatztest, FTF-W (*Raatz* et al. 1971), der Göttinger Kindersprachverständnistest (*Chilla* et al. 1976) oder der Mainzer Kindersprachtest (*Biesalski* et al. 1974), wobei zu prüfen ist, ob die Prüflaute in allen gewünschten Wortpositionen vertreten sind.

4. Linguistische Fundierung von Diagnostik und Therapie

Ein wichtiges Ziel des Diagnostizierens ist die Rekonstruktion des phonetisch-phonologischen Systems, das dem lautsprachlichen Oberflächenverhalten zugrunde liegt. Kenntnisse über den Systemcharakter einer Lautbildungsbeeinträchtigung ermöglichen eine Optimierung der

therapeutischen Intervention. Für den Therapeuten genügt es also nicht zu wissen, auf welcher Entwicklungsstufe sich das jeweilige Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen befindet, was das Kind können sollte, sondern er muß auch wissen, welches Lautsystem (und nicht nur das Inventar!) dem Kind zur Verfügung steht.

Allerdings darf nicht vergessen werden, daß phonologische Termini wie z. B. Phonem, distinktives Merkmal oder die Beschreibung der Substitution von *Kanne* durch *Tanne* als »Palatalisierung« nur Symbole, nur abstrakte Begriffe sind, hinter denen eine Vielzahl verschiedener auditiv-artikulatorischer Vorgänge stecken. Man vergegenwärtige sich einmal, wie anders die artikulatorischen, kinästhetischen, propriozeptiven und auditiven Muster sind in der Aussprache des Initialkonsonanten in *Kanne* und *Tanne*. Wenn man bei einem Kind erkennt, daß es regelmäßig initiales /k/ durch /t/ ersetzt, so kann man darauf aufbauend das Trainingsziel beschreiben (etwa: Aufbau des Kontrastes alveolarer/velarer Artikulationsort). Wie man allerdings die entsprechenden Bewegungsabläufe und auditiven Muster anbahnt, festigt, generalisiert und automatisiert, ist keine linguistische, zumindest keine phonologische, allenfalls eine angewandt-phonetische, vor allem aber auch eine medizinische, psychologische und pädagogische Frage.

Es muß auch darauf hingewiesen werden, daß die Ergebnisse eines einzigen Tests von üblicherweise rund 40 Testwörtern kaum dazu ausreichen, ein Therapieprogramm aufzubauen. Die Aufstellung einer Hypothese über die Lautbildungsfähigkeiten eines Kindes darf kein einmaliger Vorgang sein, eine einmal aufgestellte Hypothese darf nicht als unumstößlich gelten, sondern ist während des weiteren Umgangs mit dem Kind immer wieder auf ihre Gültigkeit zu prüfen und durch Hypothesen über die sprachlichen Fähigkeiten auf anderen Sprachbeschreibungsebenen (der morphologischen, lexematischen, syntaktischen und pragmatischen Ebene) zu ergänzen.

Literatur

- Anthony, A., et al.: The Edinburgh articulation test. Edinburgh u. a. 1971.
- Biesalski, P., et al.: Der Mainzer Kindersprachtest — Sprachaudiometrie im Vorschulalter. HNO 22 (1974), S. 160—161.
- Böhme, G.: Methoden zur Untersuchung der Sprache, des Sprechens und der Stimme. Stuttgart/New York 1978.
- Buchta, H., et al.: Lautbildungstest für Vorschulkinder (von Lilian Fried). Kritische Auseinandersetzung mit einem neuen Prüfmittel. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 5—12.
- Cerwenka, M.: Phonetisches Bilder- und Wörterbuch. Wien/München 1971.
- Chilla, R., et al.: Der Göttinger Kindersprachverständnistest. HNO 24 (1976), S. 342—346 und S. 399—402.
- Crystal, D.: Clinical linguistics. Wien/New York 1981.
- Crystal, D.: Profiling linguistic disability. London 1982.
- Fried, L.: Lautbildungstest für Vorschulkinder. Weinheim 1980.
- Gey, M.: Werscherberger Lautprüf- und Übungsmappe. Oldenburg 1976.
- Götte, R.: Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV). Weinheim 1976.
- Grohnfeldt, M.: Analyse der Phonemkapazität bei sprachauffälligen Kindern. Die Sprachheilarbeit 24 (1979), S. 227—236.
- Grohnfeldt, M.: Untersuchungen zur Lautstruktur und Phonemkapazität bei sprachlich auffälligen Vorschulkindern. Die Sprachheilarbeit 24 (1979 a), S. 125—137.
- Grohnfeldt, M.: Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei drei- bis sechsjährigen Kindern. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 169—177.
- Grunwell, P.: The nature of phonological disability in children. London 1981.
- Grunwell, P.: Clinical phonology. London/Canberra 1982.
- Hutcheson, S.: Some qualitative and quantitative criteria in articulation test scoring. British journal of disorders of communication 3 (1968), S. 36—42.
- Ihssen, W. B.: Linguistik, Kindersprachforschung und Pathologie der Kindersprache. Linguistische Berichte 55 (1978), S. 62—70.

- Ingram, D.: Phonological disability in children. London 1976.
- Ingram, D.: Procedures of the phonological analysis of children's language. Baltimore 1981.
- Kiese, C., Kozielski, P. M.: Aktiver Wortschatztest für 3—6jährige Kinder. Weinheim 1979.
- Kloster-Jensen, M.: SNAsAm. Ein Modell zur artikulatorischen Beschreibung von Stellungs- und Übergangsphasen im Redeablauf. Festschrift für Otto von Essen. Hamburger Phonetische Beiträge 25 (1978), S. 201—220.
- Kloster-Jensen, M., und Jahncke, H.: SNAsAm — ein Analyseverfahren bei Stammeln. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 121—129.
- Metzker, H.: Der Stammler-Prüfbogen. Die Sprachheilarbeit 17 (1967), S. 89—95; überarbeitet durch Grohnfeldt 1979.
- Oerter, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth 1976.
- Raatz, U., et al.: Frankfurter Tests für Fünfjährige — Wortschatz (FTF-W). Weinheim 1971.
- Rösel, P.: Methodische Kriterien zur Beurteilung von Verfahren der Lautbildungsprüfung. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 47—56.
- Scholz, H. J.: Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung. Die Sprachheilarbeit 15 (1970), S. 97—103.
- Scholz, H. J.: Zum phonologischen Aspekt des Spracherwerbs und dessen Bedeutung für die Dyslalie. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 145—152.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1969.
- Stoyke, R., und Orthmann, W.: Prüfmittel für Lautbildung und Phonemgehör. Villingen-Schwenningen o. J.
- Wurst, F.: Sprachentwicklungsstörungen und ihre Behandlung. Wien 1973.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Petr Rösel, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, FB 1410, Welderweg 18, 6500 Mainz.

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 6, S. 271—278

Volker Middeldorf, Köln-Mülheim

Dysphonie und ihre phonopädische Behandlung — Versuch einer erziehungswissenschaftlichen Begründung —

Zusammenfassung

Der Autor beschreibt kurz aus medizinischer Sicht die Dysphonie als organisch bedingte Stimmfunktionsstörung und als funktionell bedingte Stimmstörung. Er kritisiert bei der komprimierten Darstellung der Behandlungsansätze, daß diese vorwiegend auf ein medizinisches Paradigma rekurrieren. Diese Tatsache wird anhand der Betrachtung der Stimmtherapie als »Sproß der Phoniatrie« und am Beispiel der Ausbildungsinhalte in der Logopädenausbildung belegt. Nach der Klärung der Begriffe »Phonopädische Therapie« und »Phonopädie« wird der erziehungswissenschaftliche Anteil am Therapiegeschehen hervorgehoben; der Zugang zur erziehungswissenschaftlichen Betrachtung erfolgt durch die Charakterisierung grundlegender Merkmale phonopädischen Handelns in den Bereichen Ziele, Handlungsweisen und Handlungsfelder. Die Forderung nach einer eigenständigen Fachdisziplin »Phonopädie«, aus den Basiswissenschaften Medizin und Erziehungswissenschaft hervorgehend, wird unterstrichen.

Jeder wird schon einmal die unangenehmen Erscheinungen einer sogenannten Dysphonie kennengelernt haben, diese Heiserkeit, den Räusperzwang, das Stimmversagen nach längerer Beanspruchung der Sprechstimme, das Kicksen der Stimme usw. Nicht wenige leiden unter solchen Funktionsstörungen der Stimme, die eben nicht nur als Folge einer durchzechten oder durchsungenen Nacht kurzzeitig auftreten, sondern die aufgrund verschiedenster Ursachen lange Zeit andauern — wochenlang, monatelang, jahrelang.

Wie ist es nun bestellt um diese Dysphonie; um ihre Behandlung?

1. Dysphonie — aus medizinischer Sicht

1.1. Organisch bedingte Stimmfunktionsstörung

Der HNO-Mediziner untersucht mit Hilfe der Kehlkopfspiegelung, der Laryngoskopie, und unter Umständen der Stroboskopie den Kehlkopf und kann feststellen, ob es sich bei der Dysphonie um eine sogenannte organische Dysphonie handelt, bei der ein organisches Substrat als Ursache für die Stimmfunktionsstörung vorgefunden werden kann. Dazu können zählen die Stimmlippenknötchen (Schrei-, Sängerknötchen), Kehlkopflähmungen unterschiedlichster Genese, andere Verdickungen an den Stimmlippen wie Zysten, Papillome usw. oder auch eine stärkere Infektion des Stimmapparates.

Der Mediziner handelt nach bestem Wissen und Gewissen im Rahmen seiner therapeutischen Möglichkeiten. Er nimmt laryngeale Abtragungen vor, verabreicht die notwendigen Medikamente, veranlaßt die erforderliche Reizstrombehandlung der Kehlkopfmuskulatur, berät in Sachen Stimmchonung.

1.2. Die funktionell bedingte Stimmstörung und ihre Behandlungsansätze

Nun gibt es Dysphonien, die man nicht als organisch bedingt bezeichnen kann, da kein organisches Substrat existiert. Die Heiserkeit besteht trotzdem.

Hier wird im allgemeinen im Sinne der Ausschlußdiagnostik von sogenannten funktionellen Stimmstörungen gesprochen, deren Symptomatik nicht eindeutig auf organische Ursachen zurückzuführen ist. Da wäre z. B. die chronische Heiserkeit zu nennen, der Stimmverlust nach kurzer sprecherischer Anstrengung, das Unsicherheit signalisierende Zittern in der Stimme, das Einfach-keinen-Ton-Herausbringen, die Stimmchwäche usw. Unter diesen funktionellen Stimmstörungen kann man in Anlehnung an *Perello* (1962) die sogenannten Phonoponosen und die Phononeurosen unterscheiden. Man bemüht bei dieser Einteilung nun die Ätiologie. Während Phonoponosen Folgen einer Überbeanspruchung der Stimme darstellen, also unter mechanisch-physiologischem Aspekt eine Funktion der vorhergehenden Fehlverhaltensweisen beim Sprechen sind, so verstehen wir unter Phononeurosen die Gruppe von Stimmfunktionsstörungen, die sich als psychosomatisches Syndrom im Kontext mit kommunikativen und interaktionalen Erlebensweisen und Erlebnisverarbeitungen darstellen. Ein alltägliches Beispiel sei hier angeführt: Jedem von uns hat es schon einmal die Sprache verschlagen, jedem auch schon einmal die Stimme. Man sollte sich erinnern, in welcher Erlebenssituation das geschah; man erkennt möglicherweise schnell den Zusammenhang zwischen dem Emotionalen und der Qualität der Stimmproduktion. Dies sei nur die Andeutung eines Teils wissenschaftlicher Behandlung der Phonation: die Stimmbildung und -gebung als Funktion der individuellen Befindlichkeit und der emotionalen und psychodynamischen Verarbeitung kommunikativer Prozesse in kommunikativen Situationen.

Dieser letzte Aspekt einer emotionalen und kommunikativen Stimmfunktion wirft im Rahmen der therapeutischen Stimmbehandlung lange Schatten der Ergebnislosigkeit und der Frustrationen auf Klienten- wie Therapeutenseite. Nicht nur aus eigener Erfahrung, sondern auch aus der Literatur ableitend, ist festzustellen, daß die zur Verfügung stehenden phonopädischen Maßnahmen im großen und ganzen wichtige Therapieelemente und -fundamente bilden, diese jedoch an ihre durch die eigene Intention festgelegten Grenzen stoßen müssen, weil der Klient darüber hinausweisende Inhalte und Informationen erleben muß.

Er sollte einerseits zur Funktionsschulung des Stimmapparates die für seinen Typus ausgesuchten Stimmübungsverfahren kennenlernen und diese trainingsmäßig durchführen, als da wären: Phonationsübungen zum Erreichen einer optimalen Sprechstimmlage mit entspannter Phonation (*Cooper* 1973), zur Erreichung einer Kräftigung der Sprechstimme (*Fernau-Horn* 1954; 1957; *Coblentz* und *Muhar* 1976; *Pfau* und *Streubel* 1982). Daneben können Resonanz- und Lockerungsübungen zur Entspannung der Stimme und des gesamten

Ansatzrohres (*Spieß 1904; Habermann 1978; Pahn 1964*) eingesetzt werden. Sogenannte ganzheitliche Übungskonzepte bemühten und bemühen sich, synthetisch ganzheitlich auf die Stimmgebung einzuwirken und von einem übergreifenden Grundprinzip des stimmlich-kommunikativen Verhaltens auszugehen (*Krech 1959; Cooper 1973; Gundermann 1977*).

Doch über diese Verfahren hinaus sollten Organisationsformen von Therapie diskutiert werden, die den emotional-kommunikativen Bereich der Stimme abdecken. In diesem Punkt kann nur *Gundermanns* phonopädisch-didaktischer Ansatz als relevanter Versuch erwähnt werden. Das Fehlen von solch wichtigen Überlegungen zur Theorie und Praxis der phonopädischen Therapie psychodynamischer und psychosozialer Aspekte der Stimmfunktionsstörung fällt auf. Das verwundert jedoch nicht, wenn man sieht, daß in der deutschsprachigen Literatur sich überwiegend Mediziner oder im klinischen Bereich tätige Psychologen zum Thema Behandlung von Dysphonien zu Wort melden.

(Ein hoffnungsvoller Beginn einer erziehungswissenschaftlichen Durchdringung des Gegenstandes Dysphoniebehandlung schien anlässlich der 2. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland 1956 in Hamburg erkennbar. Aus diesem Beginn entwickelte sich jedoch kaum Nennenswertes weiter.)

Erstaunlich ist, daß viele Veröffentlichungen einen Überblick geben über bereits beschriebene Verfahren, diese auch diskutieren und durch Ergänzungen anreichern, daß aber erstens keine bemerkenswerten Erfahrungsberichte von Phonopäden selbst kommen und zweitens der Versuch der Beschreibung einer phonopädischen Disziplin im Brennpunkt von Phoniatrie, Laryngologie, Phonologie, Logopädie, Erziehungswissenschaft, Psychologie, Soziologie, Didaktik und Methodik bisher ausgeblieben ist.

Dieser Beitrag bemüht sich, die angesprochene Problematik schlaglichtartig aufzuhellen und die Notwendigkeit einer interdisziplinären Öffnung der Stimmtherapie als medizinische Domäne zu unterstreichen (*Gundermann 1977*).

2. Stimmtherapie — bisher ein Sproß der Phoniatrie

Das Phänomen der Dysphonie scheint in der medizinischen Literatur auf größeres Interesse zu stoßen als im therapeutisch-anwendungsbezogenen Wissenschaftsbereich der Sprachheilpädagogik/Logopädie. Diese Behauptung sei exemplarisch durch eine Beobachtung belegt, die bei der Durchsicht der momentan zur Verfügung stehenden Literatur zum Problemfeld Dysphonie gemacht wurde. Nur etwa 10 Prozent aller jüngeren Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Untersuchungen und Beschreibungen von Therapieverfahren, von Kommunikationsgeschehen in der Stimmtherapie, von zum Teil begrüßenswerten fachdidaktisch-phonopädischen Ansätzen. Die übrige Literatur weist phoniatrie, laryngologische und auch psychologische, überwiegend medizinisch verankerte Hypothesenstellungen und deren Überprüfung aus, die verständlicherweise den erziehungswissenschaftlichen Aspekt außer acht lassen. Verständlich ist diese Tatsache deshalb, weil die Stimmfunktionsstörung früher wie heute im Bewußtsein der Medizin ein primär laryngologisch-phoniatrisches Problem darstellt. Im Bewußtsein der Öffentlichkeit stellt sich Heiserkeit als lästiges, aber wenig Beachtung verdienendes Zustandsbild dar, dessen man sich schnellstens entledigen kann. Der stimmfunktionsgestörte Mensch sieht aufgrund der Symptomnähe von Heiserkeit und Halsinfektion natürlicherweise den Arzt für HNO-Krankheiten als den eigentlichen Ansprechpartner, der aus Erfahrung weiß, daß die medizinische Behandlung meist zum Erfolg führt; sollte der wider Erwarten ausbleiben, so liegt nach gründlicher Überprüfung der Sachlage im Larynx schnell Therapieresistenz vor. Die historischen Gründe für die Art der medizinischen Sichtweise der Dysphonie und der Therapeutenwahl dürften bis in die jüngste Zeit hinein entscheidend dafür gewesen sein, daß das viele Menschen belastende Phänomen Dysphonie überwiegend medizinisch-wissenschaftlich erörtert wurde, ohne daß für den stimmfunktionsgestörten Men-

schen in der praktisch-anwendungsbezogenen Therapieebene deutlich erkennbare Tendenzen zu verspüren waren.

Die Phoniatrie als Teildisziplin der Medizin, in der man sich mit krankhaften Erscheinungen in der Sprach- und Stimmbildung befaßt (Stimm-, Sprachheilkunde), hat im vergangenen Jahrhundert die didaktische Sichtweise der Behandlung und die Behandlungsmaßnahmen fundamental beeinflusst. Ein Beispiel ist die Logopäden-Ausbildung: Hier stellen die Mediziner die Lehrkräfte und die HNO-Abteilungen die Ausbildungsstätten zur Verfügung. Die Logopäden werden als nichtärztliche Heilbehandler vor allem von Medizinern unterwiesen und später in der klinisch-therapeutischen Tätigkeit von Ärzten eingesetzt. Der Beruf des Logopäden wird als nichtärztlicher Medizinalberuf verstanden (Göbel und Lichtenberg 1982).

Diese Begriffswahl weist darauf hin, daß die Phoniatrie ihren nichtärztlichen, therapeutischen Handlungsbereich, die Logopädie, geschaffen hat, um auch bei fehlender medizinischer Indikation mit medizinischem Paradigma vorherrschend sein zu können. Dieser nichtärztlich-therapeutische Sproß der Phoniatrie wurde eben von dieser inhaltlich gefüllt und didaktisch-methodisch durchdrungen (vgl. die Logopäden-Ausbildungs- und -Prüfungsordnung von 1980).

Die logopädische Befunderhebung und Therapie bei Stimmstörungen macht in der gesamten theoretischen Ausbildung der Logopäden thematisch nur etwa 2 Prozent aus. Das Thema »Pädagogik« wird äußerst kurz und uneindeutig (auf alle Sprachbereiche bezogen) zu einem Anteil von 3,5 Prozent, das Thema Stimmbildung mit Atemtypen, Atemführung und Stimmhygiene mit 5,8 Prozent und das Thema Sprecherziehung mit Sprechgestaltung und Rhetorik ebenfalls mit 5,8 Prozent (gemessen an der Gesamtstundenzahl) abgehandelt.

3. Phonopädische Therapie aus der Sicht des pädagogischen Handelns

Phonopädische Therapie wird verstanden als eine speziell auf den stimmfunktionsgestörten Menschen ausgerichtete, organisierte Stimmlernsituation, die interaktionale Grundprinzipien verwirklicht und eine alternative Stimmfunktion zu erreichen versucht. Demzufolge wird Phonopädie als theoretischer Überbau verstanden, der alle für die phonopädische Therapie relevanten Gegenstände herausarbeitet und dem Praktiker verfügbar macht.

Im folgenden wird der erziehungswissenschaftliche Anteil am Therapiegeschehen hervorgehoben, um dadurch dessen Relevanz in diesem Prozeß zu dokumentieren. Dabei wird ein erziehungswissenschaftliches Paradigma herangezogen, das sich anlehnt an das des pädagogischen Handelns von Braun, Homburg und Teumer (1980). Der Zugang zu einer erziehungswissenschaftlichen Betrachtung erfolgt durch die Charakterisierung grundlegender Merkmale phonopädischen Handelns bei Stimmfunktionsgestörten in den Bereichen Ziele, Handlungsweisen und Handlungsfelder.

3.1. Zielbereiche

Phonopädisches Handeln bei Stimmfunktionsgestörten ist im weitesten Sinne auf Lernen ausgerichtet. »Lernen als Grundvorgang der Persönlichkeitsentwicklung umfaßt alle funktionalen und intentionalen Modifikationen des Erlebens und Verhaltens im sprachlichen (stimmlichen, d. Verf.), kognitiven, kommunikativen, motorischen, sensorischen, emotionalen und sozialen Bereich. Auf der Basis der individuellen psychophysischen Ausgangslage vollziehen sich diese Modifikationen in Abhängigkeit von konkret gegebenen ökonomischen, politischen, kulturellen und sozialen Bedingungen« (Braun, Homburg und Teumer 1980, S. 3).

3.2. Handlungsweisen

»Pädagogisches Handeln als interaktionales Geschehen zwischen handelnden Personen ist durch Zielkonstitution (Antizipation), Realisation und Kontrolle gekennzeichnet. Dabei ist von

der Eigenaktivität und dem jeweils erreichten Stand der Persönlichkeitsentwicklung des zu fördernden Individuums auszugehen. Bei den Adressaten sollen je nach weltanschaulicher Ausrichtung der Beteiligten als wertvoll beurteilte psychophysische und psychosoziale Dispositionen, d. h. Erlebens- und Verhaltensbereitschaften gefördert bzw. unerwünschte abgebaut werden (Zielkonstitution)« (Braun, Homburg und Teumer 1980, S. 6).

Erziehung werden alle Handlungen genannt, »die in unmittelbar gegebenen Realsituationen zur Zielerreichung ausgeführt werden (Realisation) und am Lernergebnis beim zu Erziehenden gemessen werden (Kontrolle)« (a. a. O., S. 6).

Die Erziehungsziele leiten sich von der Persönlichkeitsstruktur des Interaktionspartners und dessen kommunikativer Kompetenz ab.

Phonopädische Erziehung berücksichtigt, daß bei stimmfunktionsgestörten Menschen die verschiedenen Bereiche des Erlebens und Verhaltens (vgl. Lernen) in unterschiedlichen Ausprägungsgraden entweder als Bedingungen oder als Folgen anzutreffen sind. »Das erzieherische Handeln, das von Realsituationen ausgeht und auf diese hinorientiert ist, intendiert demzufolge Neu- bzw. Wiederaufbau erwünschter, Abbau bzw. Korrektur unerwünschter Erlebens- und Verhaltensweisen und -bereitschaften« (a. a. O., S. 7). Das Spezifikum der phonopädischen Erziehung erweist sich darin, daß alle Handlungen zur angestrebten stimmlichen Modifikation unter Berücksichtigung der individuellen Stimmfunktionsstörung erfolgen.

Bei irreversibel erscheinenden Stimmfunktionsstörungen (z. B. bei bleibenden Kehlkopflähmungen) verfolgt die phonopädische Erziehung die Vorbereitung auf ein Leben mit dem jeweiligen Funktionsausfall, was erstens die Erlernung und Verfügbarmachung notwendiger Kompensationstechniken erforderlich macht, zweitens die Akzeptanz in bezug auf den Ausfall vergrößern soll, drittens den Aufbau einer neuen persönlichen und sozialen Identität anzielt und/oder die vorhandene zu stabilisieren versucht.

Im Falle aller übrigen dysphonischen Erscheinungen verfolgt die phonopädische Erziehung die Korrektur der Lernprozesse, die zu den Stimmfunktionsstörungen geführt haben. Das erzieherische Handeln des Phonopäden zielt auf die Ablösung des stimmfunktionsgestörten Interaktionspartners aus der organisierten Therapiesituation und auf die Bewährung in natürlichen Lebenssituationen.

Stimmtherapie

Die Merkmale für Stimmtherapie sind gegeben, wenn die Stimmfunktionsstörung das bewußte Organisieren der Stimmlernsituation bestimmt. Dazu gehört — je nach individueller Notwendigkeit — die Förderung physiologischer wie psychologischer Funktionen (z. B. Atemtraining, audiopädisches Training, Ruhetraining u. a. m.) sowie auch der sehr komplexen psychophysischen und psychosozialen Verhaltensweisen (z. B. durch Gesprächstherapie, Verhaltensmodifikation u. a. m.).

Phonopädische Handlungskompetenz zeichnet sich (in Analogie zu Braun, Homburg und Teumer 1980)

- durch eine systematische, hypothesengesteuerte Beschaffung von Informationen zur sich ständig verändernden Istlage (Förderdiagnostik und Defizitdiagnostik),
- durch Zielbestimmung und durch fachlich-methodische Gestaltung der Therapiesituation,
- durch die Verfügbarkeit über adäquate Medien (z. B. zur Visualisierung komplizierter Zusammenhänge) und Methoden (spezielle Übungsverfahren, Lerntechniken, fachdidaktische Ansätze und die daraus abzuleitenden Maßnahmen u. a. m.),
- durch Durchführungs- und Ergebniskontrollen zur Verifikation bzw. Falsifikation der Arbeitshypothesen und
- durch die begründete, auf den Kontrollergebnissen basierende Ableitung neuer phonopädischer Maßnahmen aus.

Phonopädisches Handeln setzt gründliche Kenntnisse über Stimme als Struktur und Prozeß, darüber hinaus gründliches, pädagogisches Wissen über didaktisch-methodische Instrumentarien voraus.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich die Erkenntnis, daß sich wesentliche Inhaltsbereiche der phonopädischen Therapie als Handlungsweisen aus zwei therapeutisch-didaktischen Strömungen heraus entwickelt haben:

- aus der Logopädie,
- aus der Sprachbehindertenpädagogik.

3.3. Handlungsfelder

Phonopädische Erziehung erfolgt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in

- gesangspädagogischen und
- sprecherzieherischen Einrichtungen.

Phonopädische Erziehung und phonopädische Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erfolgen in

- pädagogischen (sprachbehindertenpädagogischen),
- logopädischen,
- psychologisch-medizinischen und
- medizinischen Einrichtungen.

Der Phonopäde wird aus der Sicht der Art der Stimmstörung und aus der Sicht seiner Einrichtung, in der er arbeitet, den Schwerpunkt seiner Tätigkeit wählen.

3.3.1. Gesangspädagogische Einrichtungen

Die Stimme des Menschen hat im Bereich der Gesangkunst eine ureigene Relevanz; daher stellen selbstverständlicherweise Stimmbildung, Stimmschulung und Stimmhygiene unter gesangspädagogischem Schwerpunkt wesentliche Säulen der Sängerausbildung dar. Stimmpädagogen können aus der Erfahrung und dem Wissen um die Phonation phonopädischerzieherisch tätig sein, und zwar weniger im Sinne therapeutischer Einflußnahme bei pathologischen Erscheinungen, mehr jedoch im Sinne der Prophylaxe und Konsolidierung. Phonopäden mit gesangspädagogischer Ausrichtung arbeiten in Musikschulen, Musikhochschulen oder als ambulant wirkende, selbständige Stimmpädagogen.

3.3.2. Sprecherzieherische Einrichtungen

Die Stimme stellt im expressiven Bereich der Sprache mit dem Sprechprozeß eine Einheit dar. Die Stimme wirkt als Träger der gesprochenen Sprache. Sprechen ist eine Kunst, die ständig verfeinert werden kann. Der Sprecherzieher verbessert bzw. steigert die Sprechleistungen Gesunder bei besonderen Anforderungen (z. B. bei Schauspielern, diversen Sprechberufen). Er befaßt sich nicht mit pathologischer Phonation, wirkt jedoch phonopädisch-sprecherzieherisch im Sinne der Prophylaxe.

3.3.3. Pädagogische Einrichtungen (Pädagogik der Sondererziehung und Rehabilitation)

In sondererzieherischen Einrichtungen (Schule für Sprachbehinderte) wird die Stimmstörung als Syndrom angesehen: als Erscheinungsbild einer umfänglichen Beeinträchtigung der verbalen wie nonverbalen Sprachentwicklung, als Ausdrucksform einer Entwicklungsverzögerung im Bereich des psychosozialen und des das Lernen und Leisten unterstützenden Verhaltens oder als Ausdrucksmittel einer Entwicklungsstörung im emotionalen Bereich mit schwerwiegenden Schulleistungsschwächen. Der dort tätige Phonopäde nimmt gleichzeitig auch als Sonderpädagoge unterrichtliche Aufgaben wahr und wirkt phonopädisch in unterschiedlichen Organisationsformen: in Einzeltherapie und in Gruppentherapie, in vom Unterricht getrennten Maßnahmen (isolierte Maßnahmen), in additiven und integrierten Maßnahmen während des Unterrichts (vgl. z. B. *Horsch und Werner 1982*).

3.3.4. Logopädische Einrichtungen

Die Stimme stellt im expressiven Bereich der Sprache einen elementaren Faktor dar. Verbales Sprachhandeln ist im allgemeinen nur mit Stimme möglich. Die Stimme hat sich in der Menschheitsentwicklung gezielt auf dieses verbale Sprachhandeln hin entwickelt. Stimme und Sprechen sind eine Einheit, die sich nur künstlich in Einzelteile zerlegen läßt. Die medizinische Orientierung der Logopädie hat bisher meist die Stimme als partikuläres Phänomen gesehen und dementsprechend Methoden entwickelt. Phonopäden mit logopädischer Ausrichtung arbeiten sowohl in klinischen Einrichtungen oder Abteilungen für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen, für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und in Spezialkliniken als auch als niedergelassene, mit der Berufsbezeichnung Logopäde kassentherapeutisch anerkannte Stimmtherapeuten.

3.3.5. Psychologisch-medizinische Einrichtungen

Die Stimme stellt neben ihrer Aufgabe als Sprachträger auch ein Instrument zur differenzierten Signalisierung psychodynamischer und emotionaler Befindlichkeiten dar. Stimme ist Ausdrucksmittel, daher auch das ausgedrückte Ergebnis eines inneren Zustandes oder eines inneren Prozesses. Bei pathologischer Stimmfunktion als Sekundärsymptom mit einer primären Psychopathologie ist der Phonopäde angesprochen, der auch gleichzeitig als Psychologe wirkt. Dieser arbeitet in Abteilungen und klinischen Einrichtungen analog zum Logopäden, meist in Kooperation mit dem Arzt und dem Logopäden. Leider gibt es kaum phonopädisch arbeitende Psychologen in eigener Praxis.

3.3.6. Medizinische Einrichtungen

Die Stimme des Menschen stellt für den Menschen ein Forschungsobjekt dar. Die Medizin hat in den Fachbereichen Phoniatrie und Laryngologie die Vertreter, die mit dem größten Interesse an der Stimme arbeiten. Es gibt unter den Ärzten für HNO-Krankheiten Spezialisten, die eine Zusatzausbildung in Phoniatrie nachweisen können. Diese Ärzte führen sowohl die medizinische Diagnostik und Therapie als auch die phonopädische Behandlung (meist in Supervision) durch. Diese phoniatischen Phonopäden arbeiten vereinzelt in Spezialabteilungen oder Spezialkliniken für Stimmkranke oder auch in ambulanten Praxen.

Aus dem bisher Gesagten läßt sich ableiten, daß offensichtlich die Stimmstörung (aus medizinischer Sicht als reparabler Defekt) partikularistisch meist als Randstörung in Randbereichen etablierter Wissenschafts- und Therapiebereiche behandelt wird.

4. *Phonopädie als wissenschaftliche Disziplin*

Die Phonopädie als wissenschaftliche Disziplin hat zweierlei Aufgaben:

- Dem phonopädisch Handelnden Informationen und Handlungskompetenz an die Hand zu geben;
- als eigenständige Fachdisziplin die nötigen Informationen und Instrumentarien der beiden Basiswissenschaften Medizin und Erziehungswissenschaft unter einer Zielsetzung aufzuarbeiten und — wenn notwendig — zu einem Theoriegebäude auszubauen, um dieses dann in der Realisierung einer kritischen Überprüfung unterziehen zu lassen. Die Phonopädie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin verlangt nach zentraler Forschungs- und Therapiearbeit. Sie verlangt nach einem phonopädischen Standort, nach einer Forschungs- und Ausbildungsstätte in eigener Verantwortlichkeit. Nur wenn ihre Eigenständigkeit in diesem Rahmen berücksichtigt wird, werden zukünftig qualifiziert ausgebildete Phonopäden (analog zum Phoniater) eine hinreichend fundierte Arbeit tun können.

Wenn der Ruf nach einer Etablierung eines neuen Fachgebietes laut wird, dann erhebt sich immer die berechtigte Frage nach dem dahinterstehenden Interesse. Mein Interesse ist aus der Erfahrung geboren, daß man einer Stimmfunktionsstörung nicht methodenorientiert

erfolgsversprechend begegnen kann, sondern daß der Mensch mit dieser Stimmfunktionsstörung in diesen Veränderungsprozeß einbezogen werden muß. Der stimmfunktionsgestörte Mensch ist nicht zu reparieren; er ist zu bewegen, die für ihn wesentlichen Übungen, Hilfestellungen, Einsichten zu realisieren — und das ereignet sich nur über reflektierte erziehungswissenschaftlich-phonopädische Maßnahmen.

Literatur

- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Coblener, H., und Muhar, F.: Atem und Stimme. Wien 1976².
- Cooper, M.: Modern techniques of vocal rehabilitation. Springfield 1973.
- Fernau-Horn, H.: Zur Übungsbehandlung funktionaler Stimmstörungen. Folia phoniatica 6 (1954), S. 139—145.
- Fernau-Horn, H.: Die funktionelle Stimmstörung, ihre Ursachen und Erscheinungsformen. In: Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpäd. in Deutschland (Hrsg.): Die menschliche Stimme. Hamburg 1957, S. 34—35.
- Göbel, U., und Lichtenberg, P.: Der Logopäde. Reihe: Nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen, Band 2. Sankt Augustin 1982.
- Gundermann, H.: Die Behandlung der gestörten Sprechstimme. Stuttgart 1977.
- Habermann, G.: Stimme und Sprache. Eine Einführung in ihre Physiologie und Hygiene. Stuttgart 1978.
- Horsch, U., und Werner, L.: Kommunikationstheoretische Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern. Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 138—148.
- Krech, H.: Die kombinierte-psychologische Übungstherapie. Wiss. Z. Univ. Halle 8 (1959), S. 397—430.
- Pahn, J.: Der therapeutische Wert nasalierter Vokalklänge in der Behandlung funktioneller Stimm-erkrankungen. Folia phoniatica 16 (1964), S. 249—263.
- Perello, J.: Dysphonies fonctionnelles. Folia phoniatica 14 (1962), S. 150—205.
- Pfau, E. M., und Streubel, H.-G.: Die Behandlung der gestörten Sprechstimme — Stimmfunktions-therapie. Leipzig 1982.
- Spieß, G.: Kurze Anleitung zur Erlernung einer richtigen Tonbildung in Sprache und Gesang. Frankfurt a.M. 1904.

Anschrift des Verfassers:

Volker Middeldorf, Dipl.-Päd., Sprachheillehrer an der Rheinischen Schule für Sprachbehinderte, Sek. I, Luzerner Weg, 5000 Köln-Mülheim.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied der dgs sind:
Bitte, benachrichtigen Sie bei Anschriftenänderungen
unmittelbar den Verlag:

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

Jürgen Merkle, Bayreuth

Individuumzentrierte Stotterer-Therapie — Ein Fallbericht aus der Praxis

Zusammenfassung

Es wird über die Therapie eines achtzehnjährigen Fachoberschülers berichtet, der seit früher Kindheit stottert. Die Prinzipien der Erstellung eines individuellen Therapiekonzepts werden erläutert. Dabei wird nicht der Anspruch vorausgesetzt, es gebe für alle Stotternde geltende Aussagen oder Gesetzmäßigkeiten. Ein handlungstheoretisch orientiertes Vorgehen zwischen Klient und Therapeut ersetzt dabei einen bloßen therapeutischen Eklektizismus auf der Ebene von Versuch und Irrtum.

Vorbemerkung

An Theorien über das Stottern mangelt es nicht, ebensowenig an der Beschreibung diverser therapeutischer Methoden (Motsch 1981). Relativ selten dagegen sind Berichte über konkrete Therapieverläufe. Mit dazu beigetragen hat sicher die Tatsache, daß wir bis heute über kein gesichertes Wissen darüber verfügen, welches therapeutische Verfahren bei welchem Klienten zu welchen Effekten führt (Kury 1981, Perrez 1982). Gerade für den praktisch tätigen Therapeuten stellt sich aber die Frage nach der Planung, Auswahl und Wirkung therapeutischer Verfahren dringend, wenn sein Handeln nicht beliebig sein soll. Dies um so mehr, als heute auch deutlich ist, daß die weitverbreitete Ansicht, wo Psychotherapie nicht helfe, schade sie doch wenigstens nicht, unhaltbar ist (Cohen 1984). Der folgende Fallbericht soll zum einen Erfahrungen mit Therapiemaßnahmen wiedergeben, zum anderen einen Einblick in die Erstellung einer am Individuum orientierten Therapie ermöglichen.

1. Theoretische Grundlagen

Da wir über keine allgemein gültige Theorie des Stotterns verfügen, eine Auswahl der therapeutischen Maßnahmen nach Versuch und Irrtum oder nach eigenen subjektiven Erfahrungen auch nicht anstreben, stellt sich die Frage, wie wir zu einer individuellen, auf die Besonderheiten und Bedürfnisse des jeweiligen Klienten abgestellten, aber dennoch theoriegeleiteten Therapie kommen.

Zu Beginn des Prozesses wird der Therapeut konfrontiert werden mit diversen Informationen über den Klienten, die teils von diesem selbst, teils von Dritten stammen. Dieser Prozeß der Datengewinnung setzt eine Reihe von Entscheidungen voraus und birgt verschiedene Risiken, die u. a. bei Kaminski (1976) beschrieben sind. Die so erhaltenen Informationen, Daten werden vom Therapeuten ausgewertet, interpretiert, d. h., der Therapeut tritt in einen Prozeß der Hypothesenbildung ein, der in der Regel Grundlage ist für die Planung und das Handeln in der praktischen Phase der Therapie (vgl. hierzu Kaminski 1970, 1976). Gerade dieser Prozeß stellt sich für die Therapie des Stotterns als problematisch dar:

Einmal geht es darum, welche Zielsetzung mit den erhaltenen Informationen verbunden sein kann. Ist eine Einigung über die Ziele aufgrund der vorhandenen Daten noch relativ »leicht« möglich, so erfordern diese aber sofort einen Rückgriff auf ein Wissen, wie diese Ziele erreicht werden können. Der Therapeut muß also u. a. über ein notwendiges Änderungswissen (vgl. Kaminski 1970) verfügen, um rasch in die Planung und Ausführung der praktischen Phase übergehen zu können.

Wie steht es mit dem Änderungswissen im Bereich der Therapie des Stotterns? Offensichtlich verfügen wir bis heute nicht über hinreichend überprüfte empirische Änderungsmodelle (vgl. dazu *Motsch* 1981), auf die der Therapeut sein Handeln aufbauen könnte. Bleibt dann wirklich nur ein Ausweichen auf ein Wissen minderer »Dignität«, etwa auf Erfahrungen aus einschlägiger Berufspraxis oder ein Ausweichen auf Alltagswissen, ein, wie *Motsch* (1981) es formuliert hat, »pragmatisches Vorgehen nach eigenem Gutdünken«?

Wir glauben, einen Teil der auftretenden Probleme durch ein handlungstheoretisch orientiertes Vorgehen besser handhaben zu können. Die Handlungstheorie geht im allgemeinen von der Auffassung aus, daß der Mensch ein im Grunde aktives, planmäßig auf seine Umwelt einwirkendes Wesen ist, das sich selbst Ziele setzt und zwischen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abwägen kann und diesbezüglich Erwartungen aufstellt (*Werbik* 1978). Grundsätzlich unterscheidet sich damit dieser Ansatz von Konzeptionen, in denen der Mensch als ein passiver, nur von externen Reizen oder physiologischen Triebreizen in Bewegung gebrachter Organismus gesehen wird.

Wir können nun die Therapiesituation zwischen Klient und Therapeut analog der Beratungssituation im Forschungsparadigma der Handlungstheorie (*Werbik* 1978) interpretieren. Klient und Therapeut beraten gemeinsam über anzustrebende Ziele sowie über mögliche Maßnahmen oder Mittel, um diese Ziele zu erreichen. Die hier ablaufenden Vorgänge lassen sich genauer durch das hierarchische Handlungsmodell beschreiben (vgl. *Werbik* 1978). Wir versuchen die Grundzüge des Modells für die Auswahl einer oder mehrerer therapeutischer Verfahren zur Erreichung des Ziels (z. B. »Verringerung« des Stotterns, Abbau der Begleitsymptome) darzustellen.

Haben sich Klient und Therapeut darauf geeinigt, ein bestimmtes Ziel (oder auch mehrere) anzustreben, so würde in der Beratungssituation ein »Suchprozeß« eingeleitet, in dem es darum geht, ein geeignetes Mittel (oder mehrere) zur Erreichung des Ziels zu finden. Konkret hat der Therapeut hier die Aufgabe, den Klienten über verschiedene mögliche therapeutische Maßnahmen zu informieren; er kann hierzu das verfügbare theoretische Wissen wie auch seine praktischen Erfahrungen heranziehen. Da es im Bereich der Therapie des Stotterns mehrere Vorschläge zur Verringerung der Stotterhäufigkeit gibt (vgl. z. B. *Fiedler* und *Standop* 1978), hat der Therapeut auch die Aufgabe, den Klienten über »Erfolge« der einzelnen Maßnahmen zur Erreichung des Ziels zu informieren; mit anderen Worten, jede der möglichen Maßnahmen muß hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Erreichung des gesetzten Ziels geprüft werden. In einem weiteren Schritt müßten noch die möglichen »Nebenwirkungen« einer vorgeschlagenen Maßnahme diskutiert werden. Gerade die Erörterung dieses Punktes halten wir bei Stotterern für besonders wichtig: So können vorgeschlagene Maßnahmen (u. a. gebärdensbegleitendes Sprechen, metrisches Sprechen) Wirkungen haben, die mit übergeordneten Zielen des Klienten (z. B. »Normalität« wahren, möglichst wenig auffallen) in Widerspruch stehen und deshalb abgelehnt werden. Haben sich schließlich Klient und Therapeut in dieser Beratung auf bestimmte Maßnahmen geeinigt, kann mit deren Durchführung begonnen werden.

Die hier in aller Kürze vorgeschlagene Konzeption zum Aufbau einer Therapie berücksichtigt sowohl die Forderung nach einer individuumzentrierten Therapie (*Motsch* 1981) als auch nach einem regelprozeßartigen Treatment mit praxisimmanenter Zwischendiagnostik (vgl. u. a. *Schulte* 1976, *Perrez* 1982), da von Klient und Therapeut fortlaufend überprüft wird, ob durch die Ausführung bestimmter therapeutischer Maßnahmen oder Handlungen der erwartete Effekt eintritt. Wir glauben, durch unser Vorgehen auch Aspekte klassischer Therapiekonzepte (vgl. *Toman* 1968) mitzuberücksichtigen, indem wir die therapeutische Unterstützung vor allem als Hilfe zur Selbsthilfe ansehen und der Therapeut dem Klienten von Anfang an nicht das Bild des einzig kompetenten Fachmanns bietet, der die Lösung seiner Probleme allein bewerkstelligen könnte.

2. Fallbesprechung

Im folgenden berichten wir über die Therapie eines achtzehnjährigen türkischen Fachoberschülers, welche die bisherigen Gedanken zur Grundlage hat.

2.1. Vorgeschichte, aktuelle Lebenssituation und Beschreibung der Symptomatik

Erdal (Name geändert) kommt seit etwa einem Jahr ziemlich regelmäßig einmal in der Woche zur Therapiestunde. Er lebt mittlerweile neun Jahre in Deutschland. Die ersten vier Schuljahre verbrachte er in der Türkei. Nach dem Umzug der Familie nach Deutschland kam er in eine fünfte Volksschulklasse, ohne ein Wort Deutsch zu sprechen. Die deutsche Sprache hat er sich mehr oder weniger selbst durch die Teilnahme am Leben hier beigebracht.

Ab der achten Klasse konnte er bereits so gut Deutsch, daß er in die Realschule überwechseln konnte, wo er dann am Ende der zehnten Klasse die Abschlußprüfung bestanden hat. Danach wechselte er in die Fachoberschule und befindet sich zur Zeit in der zwölften Klasse. Das Fachabitur steht demnächst an.

Erdal wohnt noch bei seinen Eltern. Er hat vier Geschwister, von denen eine 21jährige Schwester bereits verheiratet ist und nicht mehr zu Hause lebt. Bei den Eltern wohnen somit noch drei weitere Geschwister, zwei Schwestern im Alter von zwölf und sechs Jahren und ein achtjähriger Bruder. Diese Geschwister sind deutlich jünger als Erdal, so daß er, der praktisch erwachsen ist, in der Familie eine herausgehobene Stellung innehat, zumal die Eltern nicht gut deutsch sprechen und er für sie oft Dolmetscherfunktion übernehmen muß. Auch wenn für die jüngeren Geschwister Elternabende in der Schule stattfinden, besucht Erdal anstelle der Eltern diese. Er hat in der Familie somit die Stellung des ältesten, erwachsenen Sohnes inne, zudem den höchsten Bildungsgrad, dem eine Reihe von Funktionen stellvertretend für die Eltern übertragen wurden. Um so dringender ist bei ihm selbst und sicher auch bei den Eltern der Wunsch nach völliger Beseitigung des Sprachfehlers.

Wie Erdal berichtet, hat er schon Sprachschwierigkeiten, soweit er sich erinnern kann. Die Sprechhemmungen traten schon in der Türkei auf. Angeblich sei er in früher Kindheit von einer Mauer gefallen, so haben es ihm die Eltern erzählt, und seitdem stottere er. Er selbst kann sich allerdings an diesen Vorfall nicht erinnern. Es mache auch keinen Unterschied aus, ob er türkisch oder deutsch rede; es fällt ihm aber in Türkisch leichter, sein Stottern zu kaschieren; d. h., er kann dann leichter auf ein anderes Wort ausweichen.

Bei der Beobachtung und Überprüfung des aktuellen Sprechverhaltens fiel auf: Die Sprechhemmung tritt vorwiegend als Initialstottern (tonisch) bei Wörtern, die mit Konsonantenverbindungen beginnen, auf. Erdal selbst versuchte, das Stottern durch Herauspressen der betreffenden Laute oder durch Ausweichen auf ein anderes Wort zu überwinden. An Begleitsymptomen war zu beobachten, daß er recht leise spricht und daß er, wenn er hängenbleibt und versucht, das Wort trotzdem herauszupressen, die Hand vor den Mund hält. Bei verschiedenen Anforderungsgraden — freies Sprechen, Unterhaltung, Raumbeschreibung, Lesen und Nachsprechen — trat die Symptomatik mit Ausnahme des Nachsprechens, was von Anfang an fast symptomfrei gelang, in allen anderen Situationen in gleicher Intensität auf.

Erdal berichtete, daß er besonders nach dem Wechsel von der Hauptschule in die Realschule stark gestottert habe: In der neunten Klasse habe er kaum einen Satz zusammenhängend sprechen können. Man kann annehmen, daß das Stottern auch nach dem erneuten Schulwechsel in die Fachoberschule wieder stärker geworden ist, nachdem er in dieser Zeit zu uns zur Beratung gekommen ist.

Bereits Ende der achten Klasse war er für kurze Zeit bei einer Sprachheillehrerin in Behandlung. Damals wurden nach seiner Erinnerung vorwiegend Atemübungen (offensichtlich in Anlehnung an *Fernau-Horn* 1969) gemacht. Hier kann angemerkt werden, daß Erdal sich mit dem

Stottern schon selbst intensiv befaßt hatte, auch durch Lektüre entsprechender Fachliteratur (so *Wendlandt 1972*).

Das größte Ziel für ihn sei es, so erwähnte er in den ersten Gesprächen, das Stottern endgültig loszuwerden; es müsse doch Bedingungen geben, die dafür verantwortlich sind, und wenn man die kenne, so könne man sie doch angehen. Er sei jetzt in einem Alter, in dem das Stottern besonders unangenehm sei, sowohl im Umgang mit Gleichaltrigen (Freunden, Mädchen) als auch zu Hause, wo er auch vom Vater nicht mehr als Kind, sondern als Partner, der bestimmte Verantwortung für die Familie übernehmen muß, angesehen werde. Besonders bemühe er sich zu vermeiden, daß die anderen bemerken, daß er Sprachschwierigkeiten hat; er wolle so wenig wie möglich auffallen. Wenn die anderen wüßten, daß er stottert, sei dies für ihn keine Erleichterung, sondern die Symptome würden dann um so häufiger auftreten. So hätte er es bisher auch geschafft, daß viele seiner neuen Klassenkameraden und bestimmte Lehrer das Stottern noch gar nicht bemerkt hätten; wenn er in der Schule z. B. etwas gefragt werde, könne er als Türke ja immer so tun, als habe er die Frage nicht richtig verstanden oder als könne er sich in Deutsch nicht richtig ausdrücken. Das sei überhaupt ein Problem für ihn; obwohl er oft Antworten wisse, sage er lieber nichts aus Sorge, er könne irgendwo hängenbleiben. Diese Zurückhaltung zeigt sich auch in anderen Bereichen: Beim Einkaufen geht er z. B. lieber in Selbstbedienungsläden. Am kritischsten stellten sich für ihn die Situationen dar, in denen er unbedingt etwas sagen müsse, wo kein Ausweichen möglich sei.

Insgesamt ergab sich in diesen ersten Kontakten das Bild eines intelligenten, genau beobachtenden Klienten, der sich seiner Problematik zumindest zum Teil bewußt ist und sich damit auseinandergesetzt hat und der auch ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Strategien entwickelt hat, mit seinen Schwierigkeiten umzugehen, der aber auch genau weiß, daß er an einem Punkt angelangt ist, wo er allein nicht mehr weiterkommt, und seine bisher entwickelten Verhaltensweisen, mit dem Stottern umzugehen, nicht ausreichen und keine wirkliche Lösung darstellen.

2.2. Ableitung der Therapieziele

In diesen ersten Gesprächen wurden explizit und zum Teil auch implizit insbesondere zwei Problembereiche angesprochen, die von Klient und Therapeut im folgenden thematisiert und als vorläufige Therapieziele vereinbart wurden:

- Zum einen erschien eine Vermehrung der Kontakthäufigkeit zu anderen Personen wichtig; d. h. Maßnahmen, die dem Vermeidungsverhalten, dem Ausweichen vor Sprechkontakten und damit der beginnenden sozialen Isolierung entgegenwirken. Dies setzt zunächst einmal die Erkenntnis voraus, daß die bisherigen Strategien, dem Stottern entgegenzuwirken oder es zu vermeiden, zum großen Teil einhergingen mit einer Verminderung des Kontakts zu anderen, was gleichzeitig einen Verlust an Lebensqualität mit sich bringt.
- Des weiteren sollte eine *Verringerung* der Symptomatik beim Sprechen, vor allem eine Technik, die das Überwinden des aktuellen Symptoms, des Stotterns, erleichtert, angestrebt werden. Deswegen ist der Klient vor allem in die Therapie gekommen, und wir glauben, ihm für eine anhaltende Motivation zur Therapie das Gefühl vermitteln zu müssen, daß das Symptom auch direkt angegangen wird. Mit diesem Ziel, eine Verringerung der Symptomatik beim Sprechen anzubahnen, stehen wir auch nicht im Widerspruch zum »Non-avoidance-Ansatz« in der Therapie des Stotterns (vgl. *Van Riper 1973*), da wir die Hilfen zur Überwindung des aktuellen Symptoms als Unterstützung für das erstgenannte Therapieziel sehen.

Als übergreifendes Therapieziel sahen wir auch eine »Stärkung« der Gesamtpersönlichkeit an, ein Entgegenwirken der allgemeinen Verunsicherung, die mit der Dauer des Stotterns einhergeht.

Schließlich versuchten wir, die Therapiestunden bzw. die Maßnahmen in der Therapie so zu

gestalten, daß der Übertrag oder Transfer in den Alltag von Anfang an mit eingeplant ist; daß sich beim Klienten eine Einschätzung oder Einstellung herausbildet, daß das, was in der Therapiestunde besprochen oder geübt wird, ihm für sein praktisches Leben hilft. Die oft mangelnde Realitätsnähe im Behandlungsraum sollte überwunden werden (zum Problem der Generalisierung in der Therapie des Stotterns vgl. *Wendlandt* 1983).

2.3. Methoden

Vorbemerkung: Die ausgewählten Methoden lassen sich zwar in der Analyse schwerpunktmäßig bestimmten Zielen zuordnen, in der Praxis ist eine solche Trennung jedoch nicht zwangsläufig: Wenn z. B. durch eine bestimmte Sprechtechnik die Symptommhäufigkeit reduziert werden kann, kann sich das auch auf die Kontakthäufigkeit zu Personen auswirken (und umgekehrt).

Über die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Erreichung der vereinbarten Therapieziele führen Klient und Therapeut einen Dialog. Dem Therapeuten kommt hier die Aufgabe zu, den Klienten über geeignet erscheinende Maßnahmen zu informieren, auf mögliche Belastungen (»Nebenwirkungen«) und zu erwartende Effekte hinzuweisen. Der Klient bringt seine bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen mit bestimmten Methoden oder Strategien ein und beurteilt die vom Therapeuten vorgeschlagenen Maßnahmen aus seiner Sicht. Die in der Therapie dann tatsächlich durchgeführten Maßnahmen sollten jedenfalls nicht vom Therapeuten »verordnet«, sondern Ergebnis einer Beratung sein.

Im einzelnen versuchten wir, den vereinbarten Zielen durch folgende Maßnahmen näherzukommen:

Zur Vermehrung der Kontakthäufigkeit zu anderen Personen sowie zum Abbau der ängstlichen Erwartungen vor solchen Situationen kam ein von *Wendlandt* (1972) entwickeltes Verfahren zur Anwendung, welches eine Modifizierung der systematischen Desensibilisierung darstellt und auch Prinzipien der schrittweisen Konditionierung und Generalisierung beinhaltet. Analog den Angst-Hierarchien bei der systematischen Desensibilisierung werden dabei vom Stotternden mehrere »Stotter-Hierarchien« aufgestellt; d. h., er überlegt sich, wie stark er bei stimmten Personen oder in bestimmten Situationen stottert bzw. wie stark die Erwartungsangst davor ist. Mit diesen »gefürchteten« Sprechsituationen wird dann der Klient in der Therapie und schließlich im Alltag auf unterschiedlichen Ebenen der Realität konfrontiert. Zunächst wird die jeweilige Situation in der Therapie auf der Ebene der gedanklichen Vorstellung behandelt; es wird besprochen, wie die Situation ablaufen könnte und welche Reaktionen der Beteiligten auftreten könnten. Auf der zweiten Stufe wird dieselbe Situation in der Therapie durchgespielt (z. B. Gespräch mit dem Lehrer über das Stottern). Auf der dritten Ebene schließlich muß sich der Klient der Situation im realen Alltag aussetzen. Der Klient sollte sich hinterher notieren, wie die Situation abgelaufen ist, was dann in der nächsten Therapiestunde besprochen wird. Ist eine Situation auf allen drei Ebenen erfolgreich bewältigt, wird zur »nächstschwierigeren« in der Hierarchie übergegangen. Wir nehmen an, daß Ängste oder ängstliche Erwartungen nur durch reale positive Erfahrungen geändert werden können; und positive Erfahrungen — wozu nicht nur die gehören, daß man doch einigermaßen flüssig mit anderen sprechen kann, sondern auch all die anderen Befriedigungen, die sich aus dem Kontakt mit anderen ergeben — können eben nur durch tatsächliche Begegnungen mit anderen Personen entstehen.

Eine unmittelbare Verbesserung des Sprechens und eine Verringerung der Begleitsymptomatik sollte durch die Technik des »Stoppens« (vgl. *Fiedler* und *Standop* 1978, *Wendlandt* 1979) erreicht werden. Grundlage dieses Vorschlags war die Beobachtung, daß bei Erdal durch den Versuch des Herauspressens des Lauten eine Atemhemmung auftritt, wodurch schließlich gar kein Ton mehr herauskommen kann. Eine Unterbrechung dieses Ablaufs durch Ausatmen, Abstoppen des Redeversuchs und neuerliches Einatmen sollte eine Erleichterung des Weiter-

sprechens bewirken. Entscheidend für die Auswahl dieser Technik war auch der Wunsch des Klienten, möglichst nicht noch durch ein zusätzliches Symptom aufzufallen (wie es u. a. beim Betonungs-Sprechen mit begleitender Handbewegung, beim »Klopfen«, auch beim Metro-nom-Sprechen der Fall ist).

Eine Unterstützung dieser spezifischen Therapiemaßnahmen und eine positive Auswirkung auf die Gesamtpersönlichkeit sollte durch das Angebot zu Gesprächen, deren Thematik der Klient bestimmt, erreicht werden (vgl. hierzu *Toman* 1968). Der Klient sollte Gelegenheit bekommen, andere Probleme, die ihn bewegen, ebenfalls anzusprechen, und somit das Gefühl vermittelt bekommen, daß sein Sprachproblem nicht isoliert von seiner Gesamtpersönlichkeit gesehen wird.

Insgesamt lassen sich die Therapiestunden — außer in der Anfangsphase, in der zunächst Gespräche (zur Informationsgewinnung sowie zum gegenseitigen Kennenlernen) und anschließend Sprechübungen im Vordergrund standen — in der Analyse in drei Abschnitte oder Bereiche gliedern, wobei Abfolge und Dauer durchaus variieren können: in einen allgemeinen Gesprächsteil, dessen Thematik weitgehend der Klient bestimmt, in einen Teil der Sprechübungen, in dem die neue Sprechtechnik geübt wird, sowie in einen Teil, in dem die Sprechsituationen, vor denen er ängstliche Erwartungen hat und die er bisher weitgehend zu vermeiden versucht hat, vorbereitet werden.

Anmerkungen zu den einzelnen Therapiemaßnahmen:

Die Technik des »Stoppens« wurde in verschiedenen Sprechsituationen mit unterschiedlichen Anforderungen trainiert: Wir begannen mit Nachsprechen, was von Anfang an recht gut gelang und dadurch an ein Erfolgserlebnis angeknüpft werden konnte. Es folgten Lesen, wobei der Therapeut anfangs das Stopp-Zeichen gab, Bildbeschreibungen und Assoziieren (freies Sprechen) mit verschiedenem Schwierigkeitsgrad: Einzelne Begriffe werden vorgegeben, der Klient soll dazu ein Wort, einen Satz oder eine Minute lang sprechen, schließlich eine Rede aus dem Stegreif halten. Hier zeigt sich Realitätsnähe schon innerhalb der Therapiestunden: Werden die Anforderungen komplex und kommen sie unerwartet, dann stehen sie im Zentrum der Aufmerksamkeit und die neue Sprechtechnik wird zunächst »vergessen«. Erst wenn der Klient auch bei unerwarteten Anforderungen die neue Sprechtechnik einsetzt, haben wir einen Transfer-Effekt schon innerhalb der Therapiesituation erreicht (vgl. hierzu *Wendlandt* 1983).

Von den »Stotter-Hierarchien« wurden bisher zwei Rangreihen aufgestellt und durchgearbeitet, eine Personenrangreihe und eine der Situationen. Exemplarisch soll letztere wiedergegeben werden (von relativ leicht zu schwierig): 1. Telefonieren, 2. Unterhaltung mit Mitschülern außerhalb des Unterrichts, 3. Besuch von Bekannten, Gästen in der Familie, 4. Auskünfte einholen, 5. Diskussionen im Unterricht, 6. Lesen vor der Klasse, 7. Referat vor der Klasse. In der Therapiestunde werden die Gespräche mit der jeweiligen Person bzw. die betreffende Situation in der beschriebenen Weise vorbereitet. Der Klient bekommt dann den Auftrag, mit der jeweiligen Person täglich ein Gespräch von mindestens zehn Minuten Dauer zu führen bzw. sich der entsprechenden Situation (Telefonieren, Unterhaltung mit Mitschülern usw.) täglich auszusetzen. Darüber hat er anschließend ein Protokoll zu führen, das u. a. über Gesprächsinhalt, Einschätzung der Stotterhäufigkeit, Einsatz der Sprechtechnik Auskunft gibt und in der nächsten Therapiestunde besprochen wird.

2.4. Zum Verlauf der Therapie

Die Sprechtechnik hat sich als erlernbar erwiesen. Es bedarf allerdings Geduld und stetiger Übung, bis die Technik auch in freien Gesprächen eingesetzt wird, wenn kein spezieller Hinweis des Therapeuten darauf kommt. Eine regelmäßiger Anwendung der Sprechtechnik im Alltag hat sich erst seit dem Zeitpunkt eingestellt, seit wir neben den Gesprächen, die er zu führen hat, auch notieren, ob er die Sprechtechnik eingesetzt hat.

Einen positiven Effekt hatten die Maßnahmen zur Überwindung der Kontakthemmungen, also das Aufstellen von »Stotter-Hierarchien« und ihre Durcharbeitung. Wie Erdal berichtet, hat er erst dadurch gemerkt, wie sehr er eigentlich daran war, sich mehr und mehr von den anderen zu isolieren. Er meldet sich mittlerweile in der Schule von selbst wieder; außerdem ist er selbstständig zu seinem Englischlehrer, der bemerkt hatte, daß Erdal stottert und der ihn deshalb nicht mehr mündlich im Unterricht aufgerufen hat, gegangen und hat diesen gebeten, er möchte ihn wie die anderen Schüler auch aufrufen. Dieses wurde vorher nicht in der Therapie besprochen und zeigt einen echten Transfer-Effekt: Er hat durch eigenes Handeln einen Kontakt, der abgebrochen war, wieder aufgenommen. Mittlerweile hat Erdal in der Schule freiwillig ein Referat gehalten, obwohl diese für ihn schwierigste Situation in der Therapie noch nicht durchgesprochen und geübt wurde.

Das Vorwegnehmen von Situationen, die auftreten können und vor denen eine ängstliche Erwartung besteht, kann eine wichtige therapeutische Hilfe sein. Erdal bekam Anfang des Schuljahres einige neue Lehrer, die noch nicht wußten, daß er Sprachschwierigkeiten hat. Es war für ihn ein Problem, wie die Lehrer vor der Klasse reagieren würden, wenn sie bemerken, daß er stottert, und wie er wiederum darauf reagieren würde. Das Durchsprechen verschiedener Reaktionsweisen, die auftreten können, trug deutlich zur Verringerung der Unsicherheit bei.

Die Therapie ist noch nicht beendet. Auch das Ende sollten Klient und Therapeut gemeinsam verabreden. Befragt, was für ihn das wichtigste Ergebnis der nunmehr einjährigen Therapie sei, antwortete Erdal: Der wichtigste Fortschritt für ihn sei, daß er keine Angst mehr vor Kontakten zu anderen Personen habe. Auch wenn er wisse, daß noch Sprechhemmungen auftreten können, habe er keine Bedenken mehr, mit und vor anderen zu sprechen.

Eine Reihe offener Fragen bleiben, auch bei der hier vorgeschlagenen Konzeption der Therapie: Eine betrifft die Messung, Objektivierung des Therapiefortschritts in der Alltagspraxis, in der eine Kontrolle aller wesentlichen Bedingungen nur selten oder kaum möglich ist (vgl. Kury 1981). Eine andere betrifft das Selbsttraining: Die Häufigkeit der sich selbst verabreichten Impulse zur Verhaltensregulierung bestimmt letzten Endes nur der Stotternde selbst (vgl. hierzu Wendlandt 1983).

Literatur

- Cohen, R.: Verhaltenstherapie zu Beginn der achtziger Jahre. Psychol. Rundschau 35 (1984), S. 1—9.
Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1969.
Fiedler, P. A., und Standop, R.: Stottern. München—Wien—Baltimore 1978.
Kaminski, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart 1970.
Kaminski, G.: Rahmentheoretische Überlegungen zur Taxonomie psychodiagnostischer Prozesse. In: Pawlik, K.: Diagnose der Diagnostik. Stuttgart 1976.
Kury, H.: Effizienzkontrolle von Behandlungsmaßnahmen. Psych. Rundschau 32 (1981), S. 235—249.
Motsch, H.-J.: Theorien des Stotterns am Ende? Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 282—288.
Perrez, M.: Was nützt Psychotherapie? Psych. Rundschau 33 (1982), S. 121—126.
Schulte, D.: Psychodiagnostik zur Erklärung und Modifikation von Verhalten. In: Pawlik, K.: Diagnose der Diagnostik. Stuttgart 1976.
Toman, W.: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt. Göttingen 1968.
Van Riper, Ch.: The Treatment of Stuttering. Englewood Cliffs 1973.
Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1972.
Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.
Wendlandt, W.: Zum Problem der Generalisierung in der Therapie des Stotterns. Der Sprachheilpädagoge 15 (1983), S. 16—30.
Werbik, H.: Handlungstheorien. Stuttgart 1978.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Jürgen Merkle, Schule für Sprachbehinderte, Markgrafenallee 33, 8580 Bayreuth.

Initiativen, Konzepte, Realisationen der Sprachheilarbeit

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 6, S. 286—288

Gregor Heinrichs, Düsseldorf

Integration sprachbehinderter Kinder in einem Regelkindergarten

In diesem Bericht geht es um die Umwandlung eines Regelkindergartens mit einer Sprachheilgruppe und zwei Regelgruppen in einen integrierten Sprachheilkindergarten.

1. Allgemeine Vorbemerkungen

Wenn von Integration sprachbehinderter Kinder gesprochen wird, muß man daran denken, daß das oberste Ziel aller Integrationsbemühungen immer sein muß, daß die sprachliche Behinderung einschließlich aller damit verbundenen Beeinträchtigungen und Schwächen, wie z. B. im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik und im Bereich des psychosozialen Umfeldes, abgebaut wird. Die Rehabilitation steht also hier im Vordergrund. Integration im Sinne von einem reibungslosen Miteinander von Behinderten und Nichtbehinderten kann also nur als Mittel auf diesem Wege hin verstanden werden. Es ist noch keineswegs erwiesen, daß die gemeinsame Betreuung von schwer sprachbehinderten Kindern und nicht behinderten Kindern eine bessere Organisationsform darstellt als die bisherigen Organisationsformen der vorübergehenden Separierung. Im Sinne der Betroffenen müssen jedoch viele Möglichkeiten erprobt und genutzt werden. Als ein wesentlicher Vorteil einer reinen Sprachheilkindergarten-Gruppe wird angesehen, daß die gesamte Gruppenarbeit auf die besonderen und individuellen Bedürfnisse der Sprachbehinderten ausgerichtet werden kann. Diese Möglichkeiten einer ganzheitlich-therapieintegrierenden, sprachheilpädagogischen Arbeit sind nicht gegeben, wenn eine Sprachtherapie nur stundenweise in additiver Form in einem Regelkindergarten angeboten werden kann. Eine nur additive Sprachtherapie entspricht der üblichen ambulanten Sprachheilbehandlung, die sinnvollerweise in einer freiberuflichen sprachtherapeutischen Praxis bzw. in einer der kommunalen Sprachheilambulanzen durchgeführt werden sollte. Sprachbehinderte Kinder, für die ein Sprachheilkindergarten vorgesehen ist, sind so umfassend gestört, daß sie durch ambulante Maßnahmen nicht hinreichend gefördert werden können. Aus diesem Grunde ist eben der Besuch einer sprachheilpädagogischen Einrichtung angezeigt. Die Eltern erwarten demnach, daß ihre Kinder dort auch eine den Störungskomplexen angemessene ganzheitliche sprachheilpädagogische Betreuung erfahren. Diese ist in einem integrierten Sprachheilkindergarten unbedingt zu gewährleisten.

2. Zur Situation

In der Landeshauptstadt Düsseldorf gibt es neben den sechs Sprachheilkindergartengruppen, die der Grundschule für Sprachbehinderte angeschlossen sind, auch eine Kindertagesstätte des Jugendamtes, in der sprachbehinderte Kinder nicht nur vormittags, sondern ganztägig betreut werden. Es handelt sich um eine Einrichtung mit ehemals zwei Regelgruppen und einer Sprachheilgruppe, die bereits seit 1972 sprachbehinderte und nicht behinderte Kinder unter einem Dach beherbergt. Durch die räumliche Nähe zu den anderen Kindern ergaben sich auch bisher vielfältige Begegnungsmöglichkeiten. Nachdem im Hinblick auf Integrationsmöglichkeiten über längere Jahre Erfahrungen gesammelt werden konnten und die Erzieher zunehmend sicherer im Umgang mit dieser Problematik wurden, konnten ab Herbst 1983 in Absprache mit dem Landesamt die Gruppen so umgewandelt werden, daß sprachbehinderte und nicht behinderte Kinder in den drei Gruppen der Einrichtung gemeinsam betreut werden. Alle Beteiligten (Landesjugendamt, Jugendamt, Kindergartenleitung, Sprachheilpädagogin und

Sprachheilbeauftragter) vertraten die Ansicht, daß eine Aufteilung im Verhältnis 1 : 1 aus pädagogischen Gründen und aus Gründen der Sicherung des Therapieerfolges nicht zu akzeptieren ist. In einer gemeinsamen Besprechung wurde ein Anteil von 30 bis 33 Prozent sprachbehinderter Kinder je Gruppe als optimal angesehen. Auf dieser Grundlage wurde die neue Gruppenstärke berechnet: 16 Kinder je Gruppe. Ab 15 sprachbehinderte Kinder je integrierte Einrichtung sagte der überörtliche Sozialhilfeträger die Kostenübernahme für eine sprachheilpädagogische Fachkraft mit 40 Wochenstunden zu. Die Koordination zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen (Landesjugendamt und Landessozialamt) war auf der Grundlage des BSHG § 39 ff. nicht ganz einfach, weil der Träger der Einrichtung, die Einrichtungsleitung und der Sprachheilbeauftragte gemeinsam die Forderung stellten, daß bei einer Umwandlung eines Kindergartens mit einer Sprachheilgruppe in einen integrierten Sprachheilkindergarten auch die Eltern hinsichtlich des Elternbeitrages gleich behandelt werden müssen. Eine Ungleichbehandlung würde den Integrationsgedanken wesentlich erschweren. Es wurde schließlich folgende Lösung gefunden:

Die Eltern beantragen nach dem BSHG nur die Übernahme der anfallenden Mehrkosten: Fahrtkosten bei unzumutbaren Entfernungen und Übernahme der Kosten, die durch die sprachheilpädagogische Betreuung entstehen. Darüber hinaus erklärten die Eltern ausdrücklich, daß sie für sich die Regelungen des Kindergartengesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen auch hinsichtlich des zu zahlenden Elternbeitrages akzeptieren.

Bei diesem ersten integrierten Sprachheilkindergarten Nordrhein-Westfalens handelt es sich um einen Präzedenzfall. Bei reinen Sprachheilgruppen zahlen die Eltern keinen Elternbeitrag, da diese Gruppen nicht nach dem Kindergartengesetz, sondern nach dem Bundessozialhilfegesetz geführt werden. Die Arbeit in einem integrierten Sprachheilkindergarten verlangt eine gemischte Finanzierungslösung.

Die Integration der sprachbehinderten Kinder setzt nicht nur die Gleichbehandlung der Eltern voraus. Auch die sprachheilpädagogische Fachkraft muß voll in der Einrichtung integriert sein! Bisher stand sie in der Dienst- und Fachaufsicht beim Sozialamt; die anderen pädagogischen Mitarbeiter wurden dagegen beim Träger der Einrichtung (Jugendamt) geführt. Künftig wird auch die sprachheilpädagogische Fachkraft dem Jugendamt zugeordnet sein. Die Fachaufsicht bleibt aus sachlichen Gründen wie bisher beim Sprachheilbeauftragten.

3. Stundenbedarf der sprachheilpädagogischen Fachkraft

Durch die Umstellung eines Regelkindergartens mit einer Sprachheilgruppe in einen integrierten Kindergarten ändern sich auch die Aufgabenbereiche für die sprachheilpädagogische Fachkraft. Früher war sie nur für eine Gruppe, jetzt ist sie für alle drei Gruppen gleichermaßen zuständig. Früher brauchte sie nur die Kinder ihrer Sprachheilgruppe zu kennen. Jetzt muß sie auch intensiv beobachten, wie sprachbehinderte Kinder sich im Vergleich zu den übrigen Kindern verhalten. Sie muß daher zusammen mit der Erzieherin Veranstaltungen planen und durchführen. Die Arbeit ist also insgesamt vielseitiger geworden. Der Stundenbedarf sieht im einzelnen wie folgt aus:

- A sprachheilpädagogische Arbeit in der Gruppe, täglich zwei Stunden (z. B. Stuhlkreis): wöchentlich zehn Stunden,
- B sprachheilpädagogische Rhythmik je Gruppe einmal wöchentlich: drei Stunden,
- C Sprachtherapie (Einzelsitzungen à 45 Minuten) für 16 Kinder je zweimal wöchentlich einschließlich Vor- und Nachbereitung, Schreiben von Therapieberichten und Elternberatung: wöchentlich 24 Stunden,
- D gruppenbezogene therapeutische Teambesprechungen einschließlich Informationsaustausch einmal wöchentlich je Gruppe eine Stunde: wöchentlich drei Stunden.

Die übrigen Erzieherinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sind demnach in einer integrierten Sprachheil Einrichtung verstärkt und intensiver in die gesamte Sprachheilarbeit einzubeziehen.

hen. Nur auf diese Weise kann ein ganzheitlich ausgeprägtes sprachheilpädagogisches Konzept im Sinne einer Rehabilitation verwirklicht werden.

4. Beteiligung der Eltern

Elternrat und Elternversammlung begrüßten den Gedanken der integrativen Erziehung. Bei einigen Eltern bestand zunächst die Sorge, ihre Kinder seien in der Gruppe zusammen mit sprachbehinderten unterfordert. Andere Eltern meinten, aufgrund der Mehrbelastung der Erzieherin könnten ihre Kinder nicht mehr die gewohnte Aufmerksamkeit der Erzieherin erhalten. Bei den Eltern der sprachbehinderten Kinder bestand die Befürchtung, daß die Unterbringung in einer gemeinsamen Gruppe mit nicht behinderten Kindern für ihre eigenen sprachauffälligen Kinder ein Nachteil sein könnte. Die anderen Kinder würden vielleicht die sprachbehinderten ablehnen, und die Erzieher würden sich nicht im erforderlichen Maße den behinderten Kindern zuwenden können. Diese Gedanken wurden sehr ernst genommen und gemeinsam besprochen. Auch den Eltern nicht behinderter Kinder zeigen sich inzwischen die Vorteile, die darin bestehen, daß z. B. eine sprachheilpädagogisch fundierte Arbeit auch den nicht behinderten Kindern zugute kommen kann.

Auch bei der Aufnahme in den integrierten Sprachheilkindergarten, über die gemäß Erlaß vom 30. Juni 1982 eine Gutachtergruppe bestehend aus Kindergartenleitung, zuständigem Arzt und Sprachheilbeauftragtem entscheidet, sind die Eltern beteiligt. So schlägt der Sprachheilbeauftragte im Einvernehmen mit den Eltern den Besuch des Sprachheilkindergartens vor.

Da die Eltern der sprachbehinderten Kinder den Eltern der nicht behinderten Kinder gleichgestellt sind, stehen ihnen gemäß Kindergartengesetz des Landes Nordrhein-Westfalen die gleichen Mitwirkungsrechte zu wie den Eltern der nicht behinderten Kinder.

5. Zusammenfassung

- Die Errichtung eines integrierten Sprachheilkindergartens ist nur sinnvoll, wenn eine ganzheitlich ausgerichtete sprachheilpädagogische Arbeit gewährleistet werden kann.
- Die gesetzlichen Bestimmungen sind so zu koordinieren, daß integrative Arbeit mit dem Ziel der Wiedereingliederung durch Abbau der Behinderung nicht erschwert wird. Das bedeutet auch Gleichbehandlung der Eltern z. B. hinsichtlich des Elternbeitrages und Integration der sprachheilpädagogischen Fachkraft in das Team der Einrichtung.
- Zwischen der sprachheilpädagogischen Fachkraft und den anderen pädagogischen Mitarbeitern ist auf der Stufe der Gleichrangigkeit Teamarbeit zwingend notwendig.
- Trotz der im Vergleich zu Regelkindergärten zusätzlich benötigten sprachheilpädagogischen Fachkraft ist die Gruppenstärke zu reduzieren.
- Als optimal wird angesehen, wenn 30 bis 33 Prozent der vorhandenen Plätze für sprachbehinderte Kinder, die übrigen Kindergartenplätze für nicht behinderte Kinder vorgesehen werden.

Anschrift des Verfassers:

Gregor Heinrichs, Dipl.-Päd., Sprachheilbeauftragter, Goethestraße 56, 4000 Düsseldorf 1.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Mitglieder der dgs:

Bitte beachten Sie die Mitteilung auf Seite 297

(Mitgliederverwaltung ... der dgs)

Die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten kann durch Vorsorgemaßnahmen beträchtlich verringert werden!

Die Arbeitsgruppe zur Verhütung angeborener Behinderungen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik der Universität Hamburg hat nach langjährigen tierexperimentellen und klinischen Forschungsarbeiten Vorsorgemaßnahmen zur Verhütung bestimmter Fehlbildungsformen, vor allem Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, entwickelt und in einem »Merkblatt zum Schutz des ungeborenen Kindes« zusammengefaßt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sind multifaktoriell bedingte, penetrierend erbliche Fehlbildungsformen. Wenn eine erbliche Veranlagung besteht (erkennbar durch die Anhäufung angeborener Fehlbildungen und Krankheiten in den Familien der Eltern) und die Frühschwangerschaft durch Schock, Streß, seelische Belastung, Krankheiten, Arzneimittelleinnahme und andere, allein unwirksame Störungen belastet wird, kann es zur Entstehung einer Spalte kommen.

Multifaktoriell bedeutet also, daß Erbanlagen und Umweltbedingungen bei der Spaltentstehung zusammenwirken. Bei günstigen Umweltbedingungen kann trotz erblicher Veranlagung die Spaltentstehung ausbleiben (Reparation, d. h. Ausheilung noch in der Gebärmutter); die Fehlbildung kann jedoch penetrieren, d. h. Generationen überspringen.

Die Vorsorgemaßnahmen gründen sich auf die Verbesserung der Umweltbedingungen während der Frühschwangerschaft und auf die Vitamin-B-Kombinationsbehandlung während der kritischen Phase der Gestaltung des Gesichtes.

Von besonderer Bedeutung ist die *Planung der Schwangerschaft*, um eventuelle Nachwirkungen der Empfängnisverhütung zu vermeiden, die *Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen* rechtzeitig einzuleiten und die kritisch empfindliche Frühschwangerschaft durch vernünftige Lebensweise zu schützen. Während der Schwangerschaft und der späteren Stillzeit sind bestmögliche *Umwelt-*

und Psychohygiene angebracht, um schädliche Einflüsse von der Mutter fernzuhalten.

Aus den Mitte der sechsten Schwangerschaftswoche angelegten Frühanlagen des Gesichtes gestaltet sich in den folgenden acht Wochen das endgültige Gesicht. Während dieser kritischen Entwicklungsphase (vom fünften Tag nach dem Ausbleiben der Menstruation bis zum Ende der 14. Schwangerschaftswoche) fördert die *Vitamin-B-Kombinationstherapie* die Entwicklung der Frucht und die eventuelle Reparatur, d. h. die Ausheilung einer durch Erbanlagen bedingten Fröhschädigung noch in der Gebärmutter. Mehrere tausend Schwangerschaften wurden bis jetzt erfolgreich betreut.

Junge Ehepaare mit Kinderwunsch, bei denen das Risiko einer Geburt mit Fehlbildung erhöht ist, können das »Merkblatt zum Schutz des ungeborenen Kindes« bei der Arbeitsgruppe zur Verhütung angeborener Behinderungen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik der Universität Hamburg, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20, anfordern (ebd. Merkblatt für Epileptiker).

Die Anforderung sollte von den Eltern ausführlich begründet werden und auch ggf. Angaben über persönliche Probleme, wie erhöhte Aborthäufigkeit, ein vorangegangenes fehlgebildetes Kind, angeborene Krankheiten, Fruchtbarkeitsstörungen u. a. enthalten. Die Erstellung und Beifügung eines Stammbaumes (Mitteilung angeborener Krankheiten unter Einbeziehung auch der Seitenlinien und der angeheirateten Verwandten) ermöglicht dem Berater eine gründlichere Prüfung, ob eventuell zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind.

Anschriften der Verfasser:

Thomas von Kreybig, Leiter der Arbeitsgruppe
s. o.;

Ernst Huth, Föhrenholtweg 14, 2104 Hamburg 92.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

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

Informationsbüro der Stotterer-Selbsthilfe eröffnet

Am 1. September 1984 wurde in Solingen die zentrale Koordinations- und Beratungsstelle der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe eröffnet. In Anwesenheit von Vertretern aus Politik, Fachwelt sowie von Betroffenen aus dem gesamten Bundesgebiet verdeutlichten zunächst Vorstand und Geschäftsführung des Vereins Bedeutung und Aufgaben dieser neuen Einrichtung. Sie soll die über 40 Stotterer-Selbsthilfegruppen in ihrer Arbeit noch effektiver unterstützen und darüber hinaus mehr Betroffene für die Arbeit in einer Selbsthilfegruppe gewinnen. Daneben hält das Büro eine Vielzahl von Schriften und Veröffentlichungen über Stottern und Selbsthilfe bereit, die an Betroffene, aber auch an interessierte Fachleute adressiert sind. Das umfangreiche Seminarprogramm der Bundesvereinigung Stotternder wird ebenso hier organisiert und vorbereitet.

Im weiteren Verlauf der Eröffnungsveranstaltung wurden anhand kritischer Thesen zur Stotterer-Selbsthilfe — in Form von Rede und Gegenrede — Vor- und Nachteile der Stotterer-Selbsthilfegruppen aufgearbeitet. Daraus entspann sich eine lebhafte Diskussion über Erfolge bei Stottertherapien, die Vorzüge bestimmter therapeutischer Ansätze sowie die Therapie in Selbsthilfegruppen. Die erfolgreiche Arbeit der Selbsthilfegruppen wurde von Betroffenen wie von Fachleuten hervorgehoben.

Informationen über die Stotterer-Selbsthilfe sind erhältlich über: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., Koordinations- und Beratungsstelle, Baustraße 2, Postfach 110222, 5650 Solingen 11, Telefon (02122) 73075.

25 Jahre schulische Betreuung Sprachbehinderter in Gießen

Am 7. und 8. September 1984 beging die Helmut von Bracken-Schule ihr 25jähriges Jubiläum. Anlässlich dieser Tage wurde eine Dokumentation herausgegeben, welche die Geschichte der schulischen Versorgung Sprachbehinderter in Gießen und Umgebung mit den Worten des Begründers dieser Arbeit, Sonderschulrektor a.D. Heinrich Eglins, nachzeichnet. Das letzte zurückliegende Jahr und die Perspektiven der Schule beschreibt der jetzige Leiter Hans Fink.

Die so entstandene Chronik sprach nicht nur die vielen Gäste der Feierlichkeiten an, sondern ist darüber hinaus noch heute eine interessante Lektüre für Fachpersonen, können doch Entwicklung

und Zukunftsaussichten der Gießener Sprachheilarbeit beispielhaft für andere Einrichtungen sein.

Wir wünschen den Kolleginnen und Kollegen der Schule auch für die nächsten Jahre alles Gute und weiterhin ein erfolgreiches Wirken für die Sprachbehinderten.

Arno Schulze

Stotterer und Fachleute

Erstmals in der neueren Geschichte des Sprachheilwesens trafen sich Stotterer und professionelle Sprachtherapeuten aus der gesamten Bundesrepublik zu einer gemeinsamen Tagung. Vom 14. bis 16. September 1984 stand das W.-Polligkeit-Institut in Frankfurt am Main ganz im Zeichen des Austauschs zwischen über 20 Betroffenen und Fachleuten (Psychologen, Logopäden und Sprachheilpädagogen). Das von der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. veranstaltete Treffen versuchte Lösungswege zu erarbeiten, die aufzeigen sollten, wie die therapeutische Versorgung von Stotterern durch professionelle Therapie oder Selbsthilfe zu verbessern ist.

Im Mittelpunkt der Vorträge, Diskussionen und Gespräche stand die Frage, wie eine Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Therapie aussehen könnte, ohne den Selbsthilfgedanken zu gefährden. Die Stärken beider Ansätze sollten gleichermaßen zum Tragen kommen. Nach einer kurzen Darstellung der Arbeit und Zielvorstellungen der Bundesvereinigung Stotternder waren Schilderungen von Therapieerfahrungen Betroffener Ausgangspunkt der Gespräche. Dabei wurde deutlich, wie schwer es für einen Stotterer ist, den für ihn geeigneten Therapeuten zu finden. Diese fehlende Markttransparenz betrifft nicht nur die Therapieinhalte und -formen, sondern schon den einfachen Adressennachweis. Die Stotterer-Selbsthilfe wird deshalb ihre Anstrengungen verstärken, Informationen bereitzustellen, die neben einem reinen Nachweissystem auch Hinweise auf die Therapieinhalte beinhalten. Daneben seien auch die Kenntnisse über Möglichkeiten und persönliche Eignung der verschiedenen Therapieansätze bei den Stotterern zu erhöhen. Hier können und leisten die Selbsthilfegruppen bereits wichtige Arbeit, die noch zu intensivieren ist. Therapie darf nicht als »black box« angeboten werden oder wirken.

Zum Verhältnis von Therapie und Selbsthilfe wurde aufgezeigt, daß eine Selbsthilfegruppe nicht in jedem Fall therapeutische Hilfe ersetzen kann. Die Fähigkeit, sich selbst zu helfen, setzt bereits ein gewisses Maß an Selbstwahrnehmung, Problemlösefähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit voraus,

das nicht immer in Selbsthilfegruppen erlernt werden kann. Von Stotterertherapeuten ist eine an den Problemen des Betroffenen orientierte Therapie zu fordern, die diese Selbsthilfefähigkeit aufbaut und stärkt.

Für die Betroffenen war weiterhin von besonderem Interesse, zu erfahren, wie sich die Ausbildungssituation von Logopäden, Diplom-Pädagogen und Diplom-Psychologen zur Zeit darstellt. Wie die Referate verdeutlichten, weisen alle Berufsbilder gewisse Mängel auf. Von seiten der Betroffenen sprach man sich deshalb für eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit aus. Eine ständige Weiterbildung wurde als dringende Notwendigkeit benannt.

Erfahrungsberichte über die Rolle von Therapeuten in Selbsthilfegruppen sowie die Bedeutung und die Probleme der Elternarbeit im Bereich Stottern rundeten die Veranstaltung ab.

Wie so oft bei komplexen Problemen, konnten auch bei dieser Tagung nicht auf alle anstehenden Fragen Antworten gefunden werden, doch bedeutete die Präzisierung vieler Fragestellungen schon einen erheblichen Erkenntnissschub. Die Unvoreingenommenheit, mit der diskutiert wurde, ließ gegenseitige Scheu gar nicht erst aufkommen und führte zu vielen fruchtbaren Gesprächen. Insgesamt eine harmonische, erfolgreiche Tagung, bei der gute Kontakte hergestellt werden konnten und die sicher in ähnlicher Form wieder stattfinden wird.

Rolf Junker

Fortbildungsveranstaltungen 1985 des AKoP (Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V.)

Kooperative Pädagogik und Therapie sprachbehinderter Kinder. Prof. Dr. K. Jetter und Dipl.-Päd. A. Welling, Univ. Hannover. 9. bis 15. März 1985 in Schömburg b. Calw, Hotel Schwarzwald-Sonnenhof.

Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung des kindlichen Handelns einerseits, des Sprechens und der Sprache andererseits wird herausgearbeitet, für Erziehung und Behandlung fruchtbar gemacht und in praktischen Situationen verdeutlicht.

Kursgebühr: 350 DM, Halbpension: etwa 180 DM.

Schulische Integration Behinderter: Kooperative Pädagogik und Berliner Modelle. Prof. Dr. F. Schönberger, Univ. Hannover, Priv.-Doz. Dr. E. E. Kobi, Univ. Basel, Prof. J. Schöler, Techn. Univ. Berlin, Dr. J. Fragner, Päd. Akademie Linz/Donau. 2. bis 6. September 1985 in Berlin, in Zusammenarbeit mit der Ev. Akademie Berlin.

Welche Diagnostik, welche Didaktik brauchen wir in der Grundschule, um möglichst viele leistungsfähigste Schüler nicht ausgliedern zu müssen? In der Sonderschul-Grundstufe, um die Isolation der Schüler zu vermindern? »Prävention« und »Integration« als anthropologische und pädagogische Begriffe — Vorschläge der Kooperativen Pädagogik — Berliner Modellversuche im internationalen Vergleich (Österreich, Schweiz, Italien).

Kursgebühr: 320 DM, Vollpension: etwa 160 DM.

Gallneukirchner Wochen für Fachkräfte der Behindertenhilfe 1985 im Ev. Diakoniewerk Gallneukirchen bei Linz/Donau, Oberösterreich.

Pädagogisch-psychologische Aspekte der neurophysiologischen Bewegungsbehandlung nach Bobath — »Verhaltensstörungen« als bewegungstherapeutisches Problem. Prof. Dr. F. Schönberger und Prof. Dr. K. Jetter, Univ. Hannover, E. Preissler, Salzburg, u. a. 18. bis 23. März 1985.

Dieser sechste Grundkurs hat zum ersten Mal eine spezielle Thematik: »Verhaltensstörungen«. Wir verbinden die bewährte Grundlegung einer kooperativen Bewegungsbehandlung mit der Bearbeitung dieser Problematik und bieten damit auch Teilnehmern früherer Grundkurse Neues.

Teilnehmer ohne Bobath-Ausbildung müssen an dem vorausgehenden Seminar teilnehmen, das auch als eigenständiger Kurs besucht werden kann:

Elementare Einführung in die neurophysiologische Bewegungsbehandlung nach Bobath. Dr. med. A. Lübker, Berlin, H. Benz-Liechti, Bobath-Lehrtherapeutin, Basel, E. Preissler, G. Pfeiffer u. a. 15. bis 18. März 1985.

Kursgebühr: 360 DM, mit Einführung 500 DM. Vollpension: etwa 250 DM, mit Einführung etwa 360 DM.

Auskünfte erteilt: AKoP-Fortbildung, Prof. Dr. F. Schönberger, Ricklinger Straße 13, 3057 Neustadt 1.

Elementare Musik und Szene

Der Mühlberger Arbeitskreis der Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland veranstaltet seinen 17. Fortbildungslehrgang in der Zeit vom 30. März bis 3. April 1985 in Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern.

Der Kurs stellt Modelle und Materialien vor, die ihre Anwendung in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der elementaren Sprech- und Bewegungserziehung, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung sowie in der Sozialpädagogik

finden. Eingeladen sind aber auch andere künstlerische Berufsgruppen und an dem Sachgebiet Interessierte, auch ohne besondere musikalische Voraussetzungen.

Themen: Elementare Musik, Klangsatz, Spieltechnik — Improvisationsformen Klang—Bewegung—Sprache—Bild — Sensomotorische Übung — Rhythmische Gymnastik und Bewegungstraining — Multimediale Spielformen (Licht—Farbe—Schatten—Objektkinetik) — Musikalisch-szenische Improvisation und Abschlüßaufführung eines elementaren Musiktheaters.

Leitende Referenten: Dr. Claus Thomas, Freiburg; Dr. Werner Thomas, Heidelberg; Lilo Kobe, Lömmenschwil.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, 8032 Lochham bei München (Anmeldeschluß: 15. Februar 1985).

Deutsche Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie e.V.

(im Gesamtverband Deutscher Nervenärzte)

Die 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie wird am 26. und 27. April 1985 wiederum in Mannheim, im Musensaal des Kongreßzentrums Rosengarten, stattfinden.

Zu folgenden Hauptthemen können Kurzvorträge mit einer maximalen Redezeit von zehn Minuten, wahrscheinlich noch etwas weniger, angemeldet werden:

Erster Halbtage (Freitag, 26.4., vormittags): Traumatisch bedingte gefäßabhängige Hirnschäden.

Zweiter Halbtage (Freitag, 26.4., nachmittags): Posttraumatische Hirnatrophie und posttraumatischer Hydrocephalus.

Dritter Halbtage (Samstag, 27.4., vormittags): Freie Vorträge aus dem Gebiet der Rehabilitation hirn- und rückenmarksgeschädigter Patienten einschließlich Grenzen der Rehabilitation.

Die offizielle Einladung wird demnächst versandt. Selbstverständlich werden schon jetzt Vortragsanmeldungen entgegengenommen. Über die Annahme kann erst Anfang des Jahres 1985 entschieden werden.

Antwort erbeten an: Prof. Dr. med. Knut Kohlmeyer, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abteilung Neuroradiologie, Postfach 5970, 6800 Mannheim 1, Telefon (0621) 1703864.

Reha zusammen mit MEDICA im November 1985

Die Düsseldorfer Messegesellschaft mbH — NOWEA — hat für die Reha 85, die als eine der führenden Veranstaltungen dieses Bereiches weltweit gilt, in Abstimmung mit den ideellen Trägern eine Kooperation mit der MEDICA 85, auch sie die führende Fachmesse, für den November 1985 vereinbaren können.

Beide Messen werden — inhaltlich und organisatorisch eigenständig — zeitlich überlappt durchgeführt. Vorgesehener Termin für die Reha ist der 19. bis 22. November. Die MEDICA wird ihre bereits traditionellen Laufzeitstage vom 20. bis 23. November beibehalten. Man ist auf allen Seiten der Meinung, daß diese Zusammenlegung eine gelungene Symbiose darstellt, die Vorteile für alle bringt. Die MEDICA bringt ein flächendeckendes medizinisches Angebot. Die Reha deckt dazu den Gesamtbereich von Rehabilitationshilfen und -maßnahmen ab. Den 85000 erwarteten Fachbesuchern wird so die Möglichkeit geboten, sich mit Fragen der Rehabilitation und der Medizintechnik zu befassen.

Ergänzt wird das Angebot der Reha in Düsseldorf durch die 2nd European Conference on Research in Rehabilitation (18. und 19. November 1985).

Zur dritten Reha wird der Angebotsbereich des Forums besonderes Gewicht erhalten, weil erkannt worden ist, daß eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit den täglichen Problemen und Grundsatzfragen der Behinderten — unter Einbeziehung aller Kreise — in dieser Veranstaltung eine hervorragende Plattform finden muß.

Innerhalb der Hilfsmittelausstellung werden Behinderten-Verbände und -Organisationen durch eine konsequente Einbindung eine optimale Präsentationsmöglichkeit finden. Eine Ideenbörse bietet Amateurtüftlern als auch professionellen Erfindern in der Reha wieder ein Schaufenster für ihre Produktkonzeptionen. In zwangloser Form soll ein »Marktplatz« Ort der Begegnung und des Gedankenaustausches für alle Beteiligten werden. Auf der anderen Seite bietet sich den Hilfsmittel-Produzenten und -Händlern die direkte Möglichkeit, im engen Dialog mit den Abnehmern ihre Produkte einer kritischen Bewertung unterziehen zu können. Hierbei soll die Erkenntnis im Vordergrund stehen, daß insbesondere die Behinderten Experten für alle Fragen dieses Lebensraumes sind.

Düsseldorfer Messegesellschaft mbH (NOWEA)

Abrechnung von Terminausfällen

— Urteil des Amtsgerichtes Königstein/Taunus (Geschäftsnummer 22 C 1078/81) —

Ein Ärgernis in der sprachtherapeutischen Arbeit sind stets Terminausfälle, die kurzfristig mit manchmal sehr fragwürdigen Begründungen, ohne Begründungen oder überhaupt nicht vorher abgesagt werden. Besonders in der freiberuflichen Sprachheilpraxis mit größeren Klientenzahlen entsteht hierdurch häufig ein nicht genau kalkulierbarer Einkommensausfall.

Diesem unvorhersehbaren Faktor sind die Behandler jedoch nicht schutzlos ausgeliefert. Die geltende Rechtsprechung sieht die Möglichkeit einer Abrechnung des Gebührenaufalles voraus. So entschied das Amtsgericht Königstein im Taunus bereits 1981, daß der Patient einer Krankengymnastin den Kassensatz in voller Höhe zu begleichen hatte, da er nicht zu dem vereinbarten Behandlungstermin erschienen war. Das Gericht betrachtete es dabei als unerheblich, ob vorher auf eine Privatabrechnung bei Terminversäumnis hingewiesen wurde. Durch die Terminvereinbarung wird zwischen Behandler und Patient ein mündlicher Dienstleistungsvertrag geschlossen. In der juristischen Terminologie ist dann der Patient der Dienstberechtigte und der Behandler der Dienstverpflichtete. Der o.g. Rechtsentscheid beruht auf § 615 BGB, in dem es heißt: »Kommt der Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug, so kann der Verpflichtete für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein. Er muß sich jedoch den Wert desjenigen anrechnen lassen, was er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste erwirbt oder zu erwerben böswillig unterläßt.«

Auf die Verhältnisse der Sprachheilarbeit übertragen bedeutet dieses, daß der Klient bzw. seine gesetzlichen Vertreter zur Gebührensatzung verpflichtet sind, wenn sie einen vereinbarten Termin nicht so rechtzeitig absagen, daß dieser Termin durch den Behandler anderweitig eingeplant werden kann. Andererseits ist der Behandler verpflichtet, den betreffenden Termin neu zu vergeben, wenn dieses möglich ist, sonst entfällt sein Anspruch auf eine Gebührenvergütung. In der Regel kann man wohl davon ausgehen, daß eine neue Terminvergabe nicht mehr möglich ist und somit ein Gebührenaufall entsteht, wenn die Absage am Behandlungstag erfolgt oder ein unentschuldigter Terminausfall entsteht.

Das Gesetz sieht zwar die Notwendigkeit eines

Hinweises auf diese Abrechnungsmöglichkeit nicht vor, aber es erscheint wohl sinnvoll, wenn vor der Neuaufnahme einer Sprachheilbehandlung mündlich oder noch besser durch einen informativen Vordruck ein entsprechender Hinweis erfolgt. Es beabsichtigt wohl kein Sprachheilbehandler, sein Einkommen aus Terminausfallgebühren zu beziehen, aber die Abrechnungsmöglichkeit in sinnvoller Weise angewandt, gibt den Behandlern eine Präventivmöglichkeit, um unbegründete Terminausfälle weitgehendst zu verhindern. Leider wird immer noch zu wenig berücksichtigt, daß in einer Sprachheilpraxis die Kosten für Pacht, Versicherungen, Abschreibungen für Lehrmittel usw. auch dann entstehen, wenn der Behandler wegen eines Terminausfalles gerade pausieren muß. Neben dem Einkommensausfall entstehen also freiberuflichen Behandlern auch noch zusätzliche Kosten, deren Vermeidung auch im Sinne des Gesetzgebers ist.

Holger Lakies

Richtlinien für die praktische Ausbildung des Logopäden in der Schweiz

Diese Richtlinien wurden vom Verband der Heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz (VHPA) an der Generalversammlung vom 30. März 1984 genehmigt. Der Schweizerische Berufsverband der Logopäden (SBL) hat sie ebenfalls angenommen und beabsichtigt, sie an seiner Delegiertenversammlung vom 17. November 1984 formell zu verabschieden.

Vorbemerkung

Die folgenden Richtlinien gelten als Ausführungsbestimmungen von Ziffer 2.3 der Rahmenordnung für die Ausbildung des Logopäden (RO LOG) vom 16. Mai 1981.

1. Ziel

Die praktische Ausbildung des Logopäden hat zum Ziel, die in Ziffer 1.2 der RO LOG umschriebenen berufspraktischen Kompetenzen (selbständige Beratung, Abklärung und Behandlung von Störungen der gesprochenen und geschriebenen Sprache sowie von Störungen der Stimme) aufzubauen und zu gewährleisten.

2. Auftrag

Die Ausbildungsinstitute sind bestrebt, den in Ziffer 2.3 der RO LOG festgelegten Gesamtanteil der praktischen Ausbildung methodisch, didaktisch und organisatorisch so einzurichten, daß optimale Voraussetzungen dafür bestehen, die angestrebten berufspraktischen Handlungskompetenzen zu erreichen.

3. Inhalte

Die praktische Ausbildung umfaßt

- das Erarbeiten von Grundlagenwissen über die diagnostisch-therapeutische Arbeit mit Sprachbehinderten,
- Übungen (Selbsterfahrung, Praxissimulation u. a.) zum Erwerb der beruflichen Qualifikationen, insbesondere zur logopädischen Diagnostik, zur Ableitung und Formulierung von Behandlungskonzepten, zur kritischen evaluierten Behandlungspraxis,
- die Vorbereitung auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,
- Praktika in verschiedenen Institutionen und Bereichen.

4. Organisationen

- 4.1. Die Ausbildungsinstitute organisieren und beaufsichtigen sämtliche Teile der praktischen Ausbildung.
- 4.2. Bezüglich der Absolvierung ihrer praktischen Ausbildung informieren die Ausbildungsinstitute die Studierenden schriftlich über ihre Rechte und Pflichten und über die dafür in Frage kommenden logopädischen Institutionen.
- 4.3. Detaillierte Ausführungsbestimmungen über Inhalte, Organisationen, Durchführung und Kontrolle (Prüfung) einzelner Teile der praktischen Ausbildung werden von den Ausbildungsinstituten mit den jeweils betroffenen logopädischen Institutionen besprochen und schriftlich festgelegt.

Darin enthalten sind auch Bestimmungen über die Funktion der Ausbilder (Praktikumsleiter, Supervisoren) sowie Vereinbarungen über Rechte und Pflichten der Praktikanten.

- 4.4. Die Praktika sind nach Möglichkeit in der Muttersprache des Studierenden zu absolvieren.

5. Entschädigungen

5.1. Studenten:

- Studienintegrierte Praktika: Keine Entschädigung.
- Studienabschließendes Praktikum (HPI: Hauptpraktikum; HPS und SAL: Arbeitspraktikum; GE: stage): Es wird die Auszahlung einer Aufwandsentschädigung in Anrechnung der erbrachten Arbeitsleistung des Praktikanten empfohlen.

5.2. Praktikumsleiter:

(BS: Lehrlogopäden; HPI, HPS und SAL: Praktikumsleiter): Die Arbeit der Praktikumsleiter ist angemessen zu entschädigen. Die Entschädigung erfolgt in Abhängigkeit vom erforderlichen Arbeits- und Zeitaufwand der Praktikumsleiter. Gemäß Ziffer 4.3 wird auch diese Entschädigungsfrage von den einzelnen Ausbildungsinstituten mit den Praktikumsleitern vereinbart. Zu den Leistungen der Institute gehören auch Fortbildungsveranstaltungen für die Praktikumsleiter.

6. Beschwerden

Für Beschwerdefälle gelten die Bestimmungen der einzelnen Ausbildungsinstitute. Die Studenten sind vom Ausbildungsinstitut über die Beschwerde- und Rekursmöglichkeiten zu informieren.

Schweizerische Zentralstelle
für Heilpädagogik
Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern

Würdigungen

Zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Zuckrigl

Am 22. Oktober 1984 feierte Herr Prof. Dr. Alfred Zuckrigl seinen 60. Geburtstag. Nach seiner Sonderschullehrertätigkeit und anschließendem Hochschulstudium in München vertritt er seit 1967 die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg.

Besondere Beachtung und Verbreitung fanden seine Dissertationsschrift: »Sprachschwächen« (Der Dysgrammatismus als heilpädagogisches Problem) sowie seine wissenschaftlichen Untersuchungen über Fragen der Lateralität.

Herr Prof. Dr. Zuckrigl war mehrere Jahre Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg der dgs und in dieser Eigenschaft für die Durchführung der Fortbildungstagung 1972 in Heidelberg verantwortlich.

Die dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg gratuliert und dankt Herrn Prof. Dr. Zuckrigl herzlich, sie wünscht ihm Gesundheit und alles Gute für seine weitere Lehrtätigkeit und nicht zuletzt genügend Zeit und Muße, um sich an seinem Hobby, dem Segeln, erfreuen zu können.

Vorstand der dgs
Landesgruppe Baden-Württemberg

Karl-Heinz Hahn

Wir wollen Herrn Karl-Heinz Hahn für seine langjährige Vorstandstätigkeit Dank und Anerkennung sagen.

Seit 30 Jahren ist Herr Hahn Mitglied unseres Verbandes, fast 15 Jahre davon arbeitete er im Vorstand mit. Er hat sich stets eindringlich bemüht, sowohl die Arbeit der Landesgruppen zu unterstützen als auch die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) auf Bundesebene weiter voranzubringen. Nach achtjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der dgs hat Herr Hahn auf der Delegiertenversammlung in Ravensburg am 19. September 1984 nicht wieder kandidiert. Er meinte lächelnd, mit seinen 61 Jahren brauche er nun etwas Zeit zur Vorbereitung auf den Ruhestand.

Wer ist Karl-Heinz Hahn?

Er wurde 1923 in Stettin geboren, ist dort aufgewachsen und war während des Krieges bei der Marine. So ist ihm die Umstellung auf Hamburg als Wahlheimat nicht schwergefallen. Seine Gewissenhaftigkeit, seine Sachkompetenz, sein gutes Gedächtnis: immer parat zu haben, wer wann, wo und wie was gesagt hat, wissen wir zu schätzen. Alle Tätigkeiten umfassend zu würdigen, erfordert mehr Raum, als hier zur Verfügung steht. So sollen folgende langjährige Betätigungen nur erwähnt werden:

Der Name K.-H. Hahn wird zunächst als Verfasser des ersten Sachkataloges dieser Fachzeitschrift genannt. 1969 bis 1975 war Herr Hahn Vorsitzender der Landesgruppe Hamburg, 1970 bis 1974 Referent für besondere Aufgaben, 1974 bis 1976 zuerst Schriftführer, dann Geschäftsführer im Geschäftsführenden Vorstand der dgs. 1974 bis 1981 Vorsitzender der Forschungs- und Rehabilitationsgruppe »Das sprachbehinderte Kind« e.V., 1970 bis 1972 Mitglied und später Vorsitzender eines Ausschusses des Amtes für Schule Hamburg zur Erarbeitung von Richtlinien und Lehrplänen für die Schule für Sprachbehinderte, 1975 bis 1978 Vorsitzender einer Arbeitsgruppe im Auftrage der Kultusministerkonferenz zur Erarbeitung von »Emp-

fehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte«. Alle Aufgaben erledigte Herr Hahn in seiner ruhigen, zurückhaltenden Art. Er gab sich als ein fairer Verhandlungspartner, ein besonnener Vermittler im Gespräch.

Im Jahre 1976 wählte die Delegiertenversammlung Herrn Hahn zum 1. Vorsitzenden der dgs. Gleichzeitig war er Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, Mitglied im Arbeitsausschuß »Schule und Erziehung« der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für die Rehabilitation der Hör- und Sprachgeschädigten des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung.

Er führte unseren Verband in der ihm eigenen Weise, indem er sich vertrauensvoll auf Mitarbeiter stützte, sich selbst aber keineswegs schonte. Wer hat sie gezählt, die vielen Stunden am Schreibtisch, die für das Erledigen kleinerer Angelegenheiten und das Bedenken größerer Probleme des Verbandes eingesetzt wurden? Er überblickte die großen Linien, übersah dabei aber nicht die viele Kleinarbeit, auf deren Grundlage sich letztlich nur große Linien realisieren lassen.

So leitete Herr Hahn Vorstandssitzungen und Delegiertenversammlungen, so vertrat er die dgs z. B. auf Tagungen anderer Fachverbände und in der Kommission von Phoniatern, Sprachheilpädagogen und Logopäden. So steuerte er — bei nicht immer glatter See —, seine Pfeife in der Hand, gelassen und sicher die Verhandlungen. Nicht viel Aufhebens von sich machen, seine Arbeit tun, Mitarbeitern achtend begegnen, zur rechten Zeit feiern, so kennen wir Karl-Heinz Hahn.

Mit gelassenem Schmunzeln, u. U. dem Tabakrauch nachschauend einerseits, zufrieden in vielerlei Tätigkeit — mit und ohne Schule, mit und ohne sprachbehindertenspezifische Fragen — andererseits, so wünschen wir ihn seiner Familie, seinen Kollegen und uns allen weiterhin in der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik.

Anita Schwarze
1. Vorsitzende

Zum 1. Januar 1985 suchen wir eine **Logopädin** oder **Sprachtherapeutin** für 20 Stunden wöchentlich.

Bewerbungen sind zu richten an:

Sprachheilkindergarten des Diözesan-Caritasverbandes Hildesheim,
Georg-Böhm-Straße 18, 2120 Lüneburg.

Aus der Organisation

Delegiertenversammlung der **dgs** 1984 in Ravensburg

Die Delegiertenversammlung, satzungsgemäß das oberste Organ der dgs, tagte in Ravensburg in einem »Haus mit Tradition seit 1860«. So schauten denn auch sechs traditionell ehrwürdige Damen aus Stein, säulentragend, Portale an der Seite des Saales stützend, auf die 104 Delegierten, die am 19. September 1984 hier Platz genommen hatten, als der 1. Vorsitzende der dgs, Karl-Heinz Hahn, die Delegiertenversammlung um 15 Uhr eröffnete.

Der Ablauf der Versammlung war durch die Geschäftsordnung der dgs in weiten Strecken vorgegeben. So galt es zunächst, sieben Stationen der Tagesordnung hinter sich zu bringen: von den Berichten des Vorstandes bis zu seiner Entlastung. Dies war die Pflicht, danach ging man daran, die Kür zu bewältigen. Diese aber nicht im Sinne der Turnersprache als »wahlfreie Übung«, sondern im eben ursprünglichen Sinne von »Wahl«. Deren Ausgang wurde voller Spannung erwartet. Karl-Heinz Hahn, langjähriger Vorsitzender der dgs, kandidierte nicht mehr für dieses Amt. Es standen zwei Bewerber für den 1. Vorsitz zur Verfügung: Prof. Dr. Gerhard Homburg, Vorsitzender der Landesgruppe Bremen, und Anita Schwarze, die bisherige 2. Vorsitzende der dgs.

Den Delegierten lagen ausführliche Papiere vor, in denen die Positionen und Aktivitäten der beiden

Der neugewählte Vorstand — v.l.n.r.: Klaus Thierbach, Burkhard H. Timm, Anita Schwarze, Wolfgang Scheuermann, Dieter Fichtner.



Kandidaten programmatisch dargelegt waren. Es entzündete sich unter der korrekt straffen, aber nie unterkühlten Amtsführung von Kurt Bielfeld, LG Berlin, der als Wahlleiter fungierte, eine engagierte Programm-, Personen- und Sachdebatte. Diese brauchte reichlich Zeit und entwickelte sich streckenweise mit erregender Spannung.

Wichtig scheint, daß die hier begonnene Diskussion auch nach dem Wahlausgang weitergeführt werden kann.

Nach der Befragung der Kandidaten erfolgte dann die geheime Wahl. Die Delegierten entschieden sich mit 62 zu 41 Stimmen für Anita Schwarze als 1. Vorsitzende der dgs.

Nach der »Weichenstellung« der ersten Wahl erfolgten Vorstellung, Befragung und Wahl der jeweiligen Kandidaten für die übrigen neuzubesetzenden Ämter. Von den Bewerbern für den Geschäftsführenden Vorstand lagen bereits Papiere mit kurzem Lebenslauf und Aufgabenschwerpunkten vor, so daß sich die Delegiertenversammlung schon im voraus ein Bild hatte machen können.

Als Geschäftsführender Vorstand (GV) der dgs sind zu nennen:

1. Vorsitzende: Anita Schwarze, LG Hamburg.
2. Vorsitzender: Klaus Thierbach, LG Bayern, Sperlingstraße 4, 8502 Zirndorf.

Geschäftsführer: Wolfgang Scheuermann, LG Niedersachsen, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge.

Rechnungsführer: Burkhard H. Timm, LG Niedersachsen, In der Steinriede 4, 3000 Hannover 1.

Schriftführer: Dieter Fichtner, LG Bremen, Am Querkamp 58, 2800 Bremen 33.

Weiterhin brachte die Wahl folgende Ergebnisse: Redakteure der Fachzeitschrift »Die Sprachheilarbeit«: Arno Schulze und Prof. Dr. Jürgen Teumer, Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn.

Referent für Berufsfragen: Otto-Friedrich von Hindenburg, LG Niedersachsen, Lange-Hop-Straße 57, 3000 Hannover 71.

Referent für Zusammenarbeit mit anderen Berufsverbänden: Egon Dahlenburg, LG Bremen, Seifertstraße 93, 2800 Bremen 33.

Kassenprüfer: Hans-Dietrich Fischer, LG Hessen, Gerhard Wohlrab, LG Schleswig-Holstein.

Wahlausschuß: Kurt Bielfeld, LG Berlin, Heribert

Gathen, LG Rheinland, August Bergmann, LG Hamburg.

Die Verbandsanschrift lautet: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. — dgs —, p.A. Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15b, 2100 Hamburg 90, Telefon (040) 7905833.

Der weitere Fortgang der Delegiertenversammlung ist mit wenigen Sätzen berichtet, obschon der auf die Wahlen folgende Punkt 9 der Tagesordnung »Anträge« noch eine geraume Zeitspanne einnahm. Hier hatte sich die neue Mannschaft am Vorstandstisch erstmals zu bewähren.

Erst 21.30 Uhr — nach 6 1/2stündiger Sitzung — wurden die Delegierten entlassen. Ihnen sei für ihre aktive Mitarbeit und ihr »Durchstehvermögen«, für das gute Klima auch bei kontroverser Diskussion, an dieser Stelle nochmals gedankt.

Auch der Landesgruppe Baden-Württemberg gebührt ein Dank für die gute Vorbereitung der Sitzung und die Auswahl des äußeren Rahmens.

Dieter Fichtner

Mitgliederverwaltung und Rechnungswesen der dgs

Die Struktur der Mitgliederverwaltung und der Rechnungsführung der dgs ist durch die Satzung vorgegeben: Die Mitgliedschaft in der dgs wird durch den Beitritt zu einer Landesgruppe erworben. Die Satzung kennt auch Ausnahmen von dieser Vorschrift bei begründeten Ausnahmefällen, bei ausländischen Bewerbern oder sofern keine Landesgruppe besteht. Über die endgültige Aufnahme eines Mitglieds entscheidet der Geschäfts-

führende Vorstand im Einvernehmen mit der Landesgruppe und bestätigt sie durch die Zusendung von Mitgliedskarte und Satzung.

Der Auftrag der dgs — u. a. auch die Herausgabe der Fachzeitschrift »Die Sprachheilarbeit« — ist nur zu erfüllen, wenn die Mitglieder einen finanziellen Beitrag entrichten. Dieser setzt sich zusammen aus einem »Mitgliedsbeitrag«, dessen Höhe durch die Delegiertenversammlung festgesetzt wird, und einem »Arbeitsbeitrag« der jeweiligen Landesgruppe. Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit jährlich 40 DM. Studenten und arbeitslose Kolleginnen und Kollegen zahlen jährlich 30 DM. Mitgliedsbeitrag und Arbeitsbeitrag werden durch die Landesgruppen eingezogen. Die Landesgruppen ihrerseits überweisen den Beitrag für die Mitglieder an die Bundeskasse.

Entsprechend werden in den Landesgruppen Mitgliederlisten geführt, um sowohl einen ordnungsgemäßen Beitragseinzug sicherzustellen als auch als Beleg für die Zahlungen an die Bundeskasse zu dienen und die ordnungsgemäße Zusendung der Fachzeitschrift zu ermöglichen. Bei der Sammlung und Weiterleitung der Mitgliederdaten an die Bundeskasse werden selbstverständlich die Bestimmungen zum Datenschutz eingehalten.

Bitte beachten Sie: Bei Anschriften- oder Namensänderungen von Mitgliedern sollte ausschließlich die Landesgruppe informiert werden. Eine Änderungsmitteilung eines Mitglieds direkt an den Verlag der Fachzeitschrift oder den Bundesrechnungsführer bleibt so lange wirkungslos, bis die Landesgruppe die Änderung bestätigt, und sollte daher unterbleiben.

Burkhard H. Timm

XVI. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung

**der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)
vom 19. bis 22. September 1984 in Ravensburg**

Zentral bedingte Kommunikationsstörungen

Ursachen und Therapie von Dysgrammatismus, Aphasie, Dysphasie

Die XVI. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik fand eine nie dagewesene Resonanz. Über 1200 Teilnehmer aus der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, der Schweiz, Dänemark und der Tschechoslowakei hatten sich in dem schmucken oberschwäbischen Städten Ravensburg eingefunden. Sicherlich trug das hochaktuelle Thema der Veranstaltung »Zentral bedingte Kommunikationsstörungen« zu diesem großen Zulauf bei, aber auch die idyllische Landschaft und die bekannt großzügige Gastfreundschaft unserer Freunde

aus Baden-Württemberg begründeten die große Teilnehmerzahl.

Natürlich hatten die Organisatoren damit Schwierigkeiten zu meistern. Es darf jedoch anerkennend festgestellt werden, daß alle geplanten Veranstaltungen ordnungsgemäß durchgeführt und abgewickelt werden konnten. Die kurzfristig angemietete Oberschwabenhalle wurde zum Zentrum der Tagung. Die Hauptreferate fanden dort statt und hatten einen großen Zuspruch. Auch die dort organisierten Buch- und Materialausstellungen erfreuten sich regen Interesses. Dank gilt in diesem

Zusammenhang den Kollegen des Sprachheilzentrums Ravensburg, die durch nimmermüden Einsatz für einen reibungslosen Ablauf sorgten.

Nachdem am Mittwoch mit der Delegiertenversammlung die satzungsgemäß notwendigen Regularien durchgeführt wurden und sich am Abend ein stimmungsvoller Begrüßungsabend anschloß, wurde die Tagung am Donnerstag durch die neue Bundesvorsitzende, Frau Anita Schwarze, eröffnet. Zahlreiche Ehrengäste, so Herr Oberbürgermeister K. Wäschle, der Leitende Ministerialrat Dr. W. Katein, und Herr F. Hinteregger, 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, sprachen sehr freundliche Grußworte. Besonders gelungen waren die musikalischen Beiträge der Percussionsgruppe des Bildungszentrums St. Konrad, die mit zündenden Weisen die Eröffnung verschönten.

In drei Grundsatzreferaten wurde im Anschluß die Tagungsthematik ausgebreitet. Dabei zeigte sich die ganze Breite der Darstellungsform vom rational durchdrungenen Wissenschaftler über den akkurat genauen Beamten bis hin zur emotional gestimmten Fachpraktikerin. Das Auditorium lauschte allen drei Referaten voll konzentriert und dankte den engagierten Vertretern durch starken Beifall.

Der Donnerstagnachmittag war angefüllt durch sechs Seminarveranstaltungen, die allesamt sehr stark besucht waren. Am Abend gab der Herr Oberbürgermeister für alle Teilnehmer einen großzügigen Empfang. Etwa 500 Teilnehmer fanden sich in dem historischen Rathaus ein und wurden mit Wein und Salzgebäck bewirtet. Welch eine Gastfreundschaft!

Der Freitagvormittag brachte erneut drei sehr fundierte Referate. Frau Bechinger berichtete über die Aphasieforschung an der Universität Ulm, Herr Scholz (Uni Köln) breitete in einem geschliffenen Vortrag die linguistischen Aspekte aus, und Herr Lempp (Uni Tübingen) referierte aus medizinischer Sicht zum Tagungsthema. Am Nachmittag galt es, aus den zahlreichen Angeboten der Praxis auszuwählen. Die Wahl wurde fast zur Qual, denn die Angebote waren durchwegs interessant und versprachen viel für die eigene Praxis. Hier muß der Tagungsbericht sicher vielen Teilnehmern helfen.

Der traditionelle Festabend am zweiten Tagungstag bescherte den Teilnehmern diesmal ein ganz besonderes Erlebnis: eine Schifffahrt auf dem Bodensee bei Nacht. Die etwa 450 Teilnehmer auf der MS »Stuttgart« werden sicher diesen gelungenen Abend nicht so schnell vergessen.

Am Samstag hieß es langsam Abschied nehmen.

Daß dieser verzögert wurde und uns allen sehr schwer fiel, dafür sorgte eine begeisternde Persönlichkeit, Prof. Dr. Sovák. Er verstand es mit humorvoll vorgetragenen Geschichten, uns einen Spiegel vorzuhalten und so manche Problematik der letzten Tage mit weniger Strenge zu sehen. Die anschließende Podiumsdiskussion hatte Mühe, die Umsetzung in die Praxis danach noch zu vollziehen. Dies hatte eigentlich schon Prof. Sovák vorweggenommen.

Dem bisherigen 1. Vorsitzenden Herrn Hahn dankte Frau Schwarze vor dem Plenum nochmals mit verbindlichen Worten und kündigte an, daß eine entsprechende Verabschiedung anläßlich der Geschäftsübergabe in Hamburg erfolgen soll. Frau Hahn, die an diesem Tage Geburtstag hatte, erhielt zugleich als Dank für die vielen Entbehrungen ein Blumengebinde.

Mit einem kurzen Schlußwort und dem Dank an die gastgebende Stadt, an die Ravensburger Kollegen mit Herrn Stöckle an der Spitze, aber auch an alle Teilnehmer konnte Frau Schwarze eine eindrucksvolle und ergiebige Tagung beenden.

Viele Gespräche vor der Oberschwabenhalle zeugten anschließend von den ganz persönlichen Begegnungen, die auf dieser Tagung ein so erfreuliches Nebenprodukt waren. Sicher werden alle Teilnehmer die wunderschönen Tage von Ravensburg — auch das Wetter hatte ja mitgespielt — nicht so schnell vergessen. Die XVI. Arbeits- und Fortbildungstagung in Ravensburg hatte für die dgs ein neues Anspruchsniveau gesetzt und sich zugleich als *die* Form der Kommunikation mit umfassenden persönlichen Aspekten erwiesen. Unser herzlicher Dank gilt all denen, die zum Gelingen beitrugen!

Klaus Thierbach

Ständiger Ausschuß für Berufsfragen

In Heft 1/1984 der »Sprachheilarbeit« veröffentlichte der Ausschuß eine Mitteilung. Mitglieder der dgs, denen aufgrund der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien (vom 26. Februar 1982) die Krankenkassenanerkennung abgelehnt worden war, sollten sich für einen Musterprozeß zur Verfügung stellen. Von 17 Mitgliedern, die alle nicht im Schuldienst sind, erhielten wir die Unterlagen, die dann an unseren Rechtsanwalt weitergeleitet wurden.

Insgesamt wurden bei den Kassen 22 Widersprüche erhoben. Im Ersatzkassenbereich sind alle bislang erhobenen Widersprüche erfolgreich gewesen. Im RVO-Bereich (AOK) nur teilweise. Klagen zur Hauptsache sind bisher nicht erhoben worden, da die hierfür notwendigen Widerspruchsbescdeide noch nicht vorliegen. Zur Erzwingung

eines Widerspruchsbescheides sind in einigen Fällen sogenannte Untätigkeitsklagen vor den Sozialgerichten erhoben worden (Stand Oktober 1984).
Otto-Friedrich von Hindenburg

Aus den Landesgruppen: Niedersachsen

Otto-Friedrich von Hindenburg, seit neun Jahren 1. Vorsitzender der LG Niedersachsen, kann in diesen Tagen ein besonderes Jubiläum feiern. Er ist seit 1959 ununterbrochen im Vorstand der LG Niedersachsen mit wechselnden Aufgaben tätig. Das sind 25 Jahre, in denen er die Geschicke der Landesgruppe mitgetragen hat.

In den letzten Jahren wurde er in dieser Zeitschrift zweimal gewürdigt: in Heft 3/1979 anlässlich der Verleihung des Verdienstkreuzes des Landes Niedersachsen am Bande und zu seinem 70. Geburtstag in Heft 5/1983. Dort ist dargelegt, wie sein berufliches Wirken auf die Entwicklung des Sprachheilwesens in Niedersachsen Einfluß hatte. Ähnlich stark ist auch sein Einfluß auf die Entwicklung und Standortbestimmung der Landesgruppe gewesen. Dem im 72. Lebensjahr stehenden Jubilar sagen wir Dank und Anerkennung für seine geleistete Arbeit.

LG Niedersachsen, im Auftrage des Vorstandes
W. Scheuermann, 2. Vorsitzender

Landesgruppe Rheinland-Pfalz

Gleich zwei interessante Fortbildungstagungen fanden in der ersten Novemberhälfte statt:

1. Am 9. und 10. November 1984 tagte im Schloß Dhaun (Hunsrück) die »Stotterer-AG«, eine Arbeitsgemeinschaft, die — vor zwei Jahren von Kollegen der Neuwieder Schule für Sprachbehinderte ins Leben gerufen — nun bereits zum dritten Mal zusammentraf.

Die Tagung stand unter dem Thema »Elternarbeit bei Stotterern«. Sie war durch die Kolleginnen Marlene Jäckel und Angelika Müller ausgezeichnet vorbereitet: Kurzreferate, Diskussionen und Erfahrungsaustausch, Tonbandaufzeichnungen, Rollenspiele (mit Video-Einsatz).

Die herbstliche Umgebung, die alten Mauern, vor allem aber die aktive Teilnahme aller trugen dazu bei, daß dieses Wochenende nicht nur geistig bereichernd, sondern auch stimmungsvoll wurde.

2. Vom 12. bis 14. November 1984 fand in Neustadt/Weinstraße eine Veranstaltung des Staatlichen Instituts für Lehrerfort- und -weiterbildung statt. Sie stand unter dem Thema »Sonderpädagogische Förderung sprachbe-

einträchtigter Schüler im Primar- und Sekundarbereich« und wurde von Dr. Kroppenbergs geleitet. Er hatte zu dieser Tagung zwei Referenten geladen, die allen bereits durch Veröffentlichungen bekannt waren: Frau Dr. Muchitsch aus Wien, die zum Problem des mutistischen Kindes engagiert sprach und die Teilnehmer zu Übungen und Rollenspielen motivierte, und Herrn Wertenbroch aus Emsbüren, der über die Förderung stammelnder Kinder an Regelschulen unter Anwendung der Prinzipien des Modellernens referierte. Viertes Referent war der Kollege Elfert vom Ambulatorium Altenkirchen, der die Fortbildungswilligen auch schon bei früheren Gelegenheiten, diesmal aber unter dem Thema »Förderung sprachlich beeinträchtigter Kinder an Regelschulen« zum Mitdenken und Mitmachen anregte.

Am Abend des 13. November 1984 fand im Rahmen dieser Veranstaltung die Mitgliederversammlung der dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz statt, in deren Verlauf der alte Vorstand entlastet und der neue Vorstand gewählt wurde.

Der neue Landesvorstand präsentiert sich seither in folgender Zusammensetzung: Vorsitzender: Reinhard Peter Broich, Mainz. Geschäftsführer: Kurt Müller, Frankenthal. Kassierer: Reinhold Marx, Bad Kreuznach. Vertreter im Ständigen Ausschuss für Berufsfragen: Jürgen Hölper, Mainz. Verbindungsreferent zum VdS: Charlotte Aufderheide, Mainz. Wissenschaftlicher Referent: Dr. Dieter Kroppenberg, Mainz.

R. P. Broich

Mitgliederversammlung der Landesgruppe Saarland

Zahlreiche Mitglieder konnte Toni Lauck, 1. Vorsitzender der dgs-Landesgruppe Saarland zur Mitgliederversammlung am 11. Oktober 1984 in Saarbrücken begrüßen.

Ohne Gegenstimme wurden die bisherigen Vorstandsmitglieder in ihren Ämtern bestätigt. Es sind dies:

1. Vorsitzender: Toni Lauck, 6695 Tholey-Hasborn.
2. Vorsitzender: Manfred Bohr, 6600 Saarbrücken.
- Rechnungsführer: Dieter Trautmann, 6670 St. Ingbert.
- Geschäftsführer: Hildegard Breinig, 6620 Völklingen.

Der Mitgliederversammlung ging eine Fortbildungsveranstaltung voraus. Dr. Dieter Kroppenberg (EWH Mainz) referierte über das Thema: »Ein Kind spricht nicht — Differentialdiagnostische Überlegungen und sonderpädagogische Konsequenzen«.

Hildegard Breinig

Bücher und Zeitschriften

Arno Deuse: Das Stottern bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen — Tätigkeitspsychologische und Neurophysiologische Aspekte. Pahl-Rugenstein, Köln 1984. 200 Seiten. 28 DM.

»Schon wieder ein neues Stottererbuch«, mit diesem Seufzer beginnt auch der Kollege Deuse seine Studie, deren Umfang, ja Komplexität schon im Titel des Buches deutlich wird. Sowohl werden alle Altersstufen des betroffenen Personenkreises angesprochen als auch die zentralen Kerne eines theoretischen Begründungszusammenhangs für das praktische Vorgehen entfaltet. Deuse liefert somit einen materialistischen Zugang zum Pathophänomen Stottern, ein Herangehen, das ihm einerseits die fundierte Kritik bestehender Ansätze erlaubt (etwa die bekannten Überlegungen von Fernau-Horn, Westrich, Fiedler/Standop usw.), andererseits die sinnvolle Einfügung wichtiger Erkenntnisse dieser Autoren in die materialistische Theoriebasis ermöglicht. Dieser doppelte Vorteil läßt sich deshalb gewinnen, weil Deuse wichtige Impulse für den so häufig propagierten integrativen Standpunkt bei der Erklärung und Behandlung des Stotterns setzt. Mit der Spezifizierung und Anwendung von zentralen Kategorien der materialistischen Behindertenpädagogik auf das Problem Stottern zeigt Deuse den Weg, wie das entscheidende Hindernis, das in der einseitigen Favorisierung bzw. Berücksichtigung organisch-physiologischer oder sozial-psychologischer Aspekte liegt, überwunden werden kann. Dieser Dualismus der Gegensätze oder allerhöchstens des relativ unverbundenen Nebeneinander, wird aufgebrochen durch die dialektische Vermittlung beider Seiten, eben als Korrespondenz einer tätigkeitspsychologischen und neurophysiologischen Betrachtungsweise, entsprechend der Grundüberlegung Wygotskis, daß alle psychischen Besonderheiten des defektiven Kindes sozialer und nicht biologischer Natur sind. Damit ist auch die Frage des Primats in der Einheit beider Bereiche geklärt. Da hier gerade die Sprachbehindertenpädagogik den Anschluß an die Theoriebildung in der Allgemeinen Behindertenpädagogik noch nicht gefunden hat, muß Deuse viele Wege selbst beschreiten, auf die man bei einer adäquaten Rezeption des erreichten Wissensstandes hätte einfach verweisen können. Dieser Umstand macht das Buch nicht gerade zu einer einfachen Lektüre für den mit der Theorie nicht so vertrauten Leser. Wer hier Kondition beweist, wird allerdings die Ziellinie zweifellos mit einem enormen theoretischen und

praktischen Erkenntnisgewinn erreichen. Hilfreiche Wegbegleiter sind die immer am Ende eines Kapitels zu findenden Zusammenfassungen der einzelnen Gedankengänge. Zunächst entwickelt Deuse Hypothesen über das Stottern als Störungs- bzw. Symptomkomplex auf der konkreten Tätigkeits- und Handlungsebene, wobei er sich an die Aufteilung der (Sprech-)Tätigkeit in verschiedene Bereiche (Orientierung, Ausführung, Kontrolle) und ihre Binnenstruktur (Tätigkeit, Handlung, Operation) hält, bezogen natürlich auf den Sprachprozeß und seine Störungen durch die Wechselwirkung innerer und äußerer Faktoren. Mit diesen Vorstellungen läßt sich, um nur ein Beispiel herauszugreifen, die Pathogenese des Stotterns, speziell der häufige Beginn des Problems zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr, präzise analysieren. Deuse betrachtet hier vor allem das Spiel als neue dominierende Tätigkeitsform und den Übergang zum Dialog als sprachlich-geistige Vermittlung in ihrer Bedeutung für entsprechende Unter- bzw. Überforderungen. Ein zweiter wichtiger Block des Buches ist der Neuroregulation beim flüssigen Sprechen und beim Stottern gewidmet. Dem Autor gelingt es hier, bisher vorgelegte, verkürzte neurophysiologische Begründungszusammenhänge des Stotterns aufzudecken und speziell über die Theorie der funktionellen Systeme von Anochin zu überwinden. Die schlüssige Korrespondenz zu den zuvor aufgezeigten tätigkeitspsychologischen Überlegungen wird gewahrt, und deren Strukturen werden von einer äußeren auf eine innere Ebene geholt.

Ein ausführliches Abschlußkapitel versucht die Umsetzung in die Praxis zu realisieren, und hier merkt man, daß Deuse seit Jahren Lehrer an einer Schule für Sprachbehinderte und nicht Hochschullehrer für Sprachbehindertenpädagogik an einer Universität ist. Grundprinzip seines sowohl nach dem Alter des Stotterers als auch der Art des Stotterns differenzierten Vorgehens ist die Entfaltung angemessener Tätigkeitsmöglichkeiten in der Orientierung und Ausführung. Ein methodischer Kern der Arbeit liegt in der Theaterpädagogik. Ausgangspunkt ist die *Orientierungsphase*, das Kennenlernen der Beteiligten und der möglichen Zielbestimmung der gemeinsamen Therapie. Dem folgt die *Aufbauhase*, in der die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Stotterers z.B. in Spielen weiterentwickelt werden. Dies führt hin zur *Projektphase*, bei der in einer kooperativ-emanzipatorischen Theaterarbeit Lebensbedingungen und Konflikte dargestellt und nachempfunden werden.

Schließlich die *Differenzierungsphase*, quasi die systematische Auswertung der therapeutischen Erfolge und deren Übertragung in die tatsächlich existierende Situation der Betroffenen. Wer Stotterertherapie leisten will, die durch eine weitgespannte, integrative und fundierte Theorie vermittelt ist, findet bei Deuse zahlreiche hochinteressante, wichtige Überlegungen und Hinweise. Von daher sollte das Buch Pflichtlektüre für jeden Sprachtherapeuten sein, egal welcher Berufsgruppe er sich zugehörig fühlt. Zu wünschen bleibt, daß das Buch Impulse einerseits an die Leser weitergibt, andererseits aber auch den Autor animiert, die Mühen einer solchen wissenschaftlichen Arbeit neben der schulischen Berufstätigkeit weiter auf sich zu nehmen, um über Fallbeispiele, Projektberichte usw. den begonnenen Weg in seiner praktischen Durchdringung fortzusetzen.

Axel Holtz

Angela D. Friederici: Neuropsychologie der Sprache. Reihe: Standards Psychologie, Basisbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1984. 144 Seiten, kartoniert, 39,80 DM.

Dieses Buch will eine Einführung in jenen Teilbereich der Neuropsychologie geben, der sich mit der Verarbeitung von Sprache durch das menschliche Gehirn beschäftigt — die Neurolinguistik. Anhand von vielen Daten und Informationen, die das Problem der Aphasie in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken, wird von der Diplom-Psychologin und Sprachwissenschaftlerin Friederici der Versuch unternommen, dem Leser ein Stück mehr Einblick in die »black box« unserer Gehirnfunktionen zu verschaffen.

Teilaspekte der Abhandlung sind die Darstellung der wichtigsten Forschungsergebnisse zum Problem der Spezifizierung der beiden Hirnhälften auf dem Hintergrund einer funktionalen Ganzheit des Gehirns, ferner ein Überblick über die historischen und aktuellen Forschungsansätze in der Aphasie, einem äußerst forschungsdynamischen Gebiet. (Ein Ausdruck dessen ist das mehrheitlich anglo-amerikanische Publikationen auflistende Literaturverzeichnis mit etwa 600 Titeln!) Die Schlußkapitel enthalten die Beschreibung verschiedener Komponenten des linguistischen Defizits bei Aphasikern unter besonderer Berücksichtigung von Störungen der Sprachproduktion, des Sprachverständnisses, des Schreibens und Lesens sowie schließlich Sprachproben der beiden klassischen Aphasieformen, der sogenannten Broca- bzw. Wernicke-Aphasie.

Die bereits angesprochene Forschungsdynamik bringt es mit sich, daß eine schier unübersehbare

Fülle von Ergebnissen vorliegt, die keinesfalls einheitlich sind. Immerhin aber schälen sich offenbar allmählich veränderte Sichtweisen in Einzelbereichen heraus, die die vermeintlich so klar abgrenzbaren Erscheinungsformen aphasischer Störungen in einem anderen Licht erscheinen lassen (z. B. die Frage, ob Broca-Aphasiker auch Sprachverständnismängel aufweisen). Die Autorin referiert die Vielfalt der Widersprüche, ohne ihren Standort zu verheimlichen, wonach nämlich die sprachliche Fähigkeit »als eine spezifische von anderen kognitiven Kompetenzen funktionell unabhängige Fähigkeit des Menschen beschrieben werden kann« (S. 109).

Ich bin sicher, daß das Buch seine Funktion als Basisbuch für Studierende der Sprachbehindertenpädagogik erfüllen, darüber hinaus aber auch für Praxiserfahrene eine gute Grundlage zum besseren Verständnis hirnphysiologischer Vorgänge und ihrer Einordnung in ein Gesamtmodell mentaler Prozesse sein kann.

Jürgen Teumer

Franz Amrhein: Die musikalische Realität des Sonderschülers. Situation und Perspektiven des Musikunterrichts an der Schule für Lernbehinderte. Gustav Bosse Verlag, Regensburg 1983. 222 Seiten. Kartoniert. 30 DM.

Endlich einmal wird mit dieser Arbeit sehr gründlich der Frage nachgegangen, wie Schüler, wie junge Menschen — und hier die Lernbehinderten — *tatsächlich* Musikinformationen erhalten und wie sie daraus etwas entnehmen für das eigene Musikverstehen und das eigene Musizieren. Hier kann wohl erstmalig so fundiert diese musikalische Realität aufgrund der umfangreichen Untersuchungen Amrheins genauer erkannt werden.

In drei großen Abschnitten beschreibt und interpretiert der Autor die Ergebnisse seiner Befragungen. Er spricht zur Lebens- und Schulsituation der Sonderschüler besonders in bezug zum Musikerleben und Musikverhalten, und er versucht Konsequenzen für einen besseren Musikunterricht und für die Ausbildung der Lehrer aufzuzeigen.

Sehr interessant sind die weiteren Informationen. Da erfährt man über den Besitz von Radiogeräten und Kassettenrekordern bei Lernbehinderten, über ihren täglichen Musik- und Fernsehkonsum, vom Diskothek- und Konzertbesuch und vom Lesen entsprechender Jugendzeitschriften. Es wird sogar bekannt, welche Musikgruppen, Interpreten und Titel bevorzugt und welche Merkmale die Lieblingsmusik der Sonderschüler hat. Schließlich werden auch ihre Wünsche an den Musikunterricht tiefgehend erörtert, was zur

gegenwärtigen Situation des Musikunterrichts an der Sonderschule für Lernbehinderte überleitet.

Dabei geht es auch um das Unbehagen der Lehrer und um die Unlust der Schüler am heutigen Musikunterricht. Beides soll durch die neuen Perspektiven, die Amrhein aufzeigt, überwunden werden. Diese beziehen ein die Musik mit der Stimme, mit Instrumenten und die Musik in Verbindung mit Bewegung, wobei alles auf die Umwelt der Schüler bezogen wird.

Die beherzigenswerten Ausblicke des Autors gip-

feln in Vorschlägen zur Ausbildung und Fortbildung der Musiklehrer und in einem Memorandum zur Situation des Musikunterrichts. Dieses geht davon aus, daß in den Grund- und Hauptschulen ähnliche Probleme vorliegen wie in der Sonderschule für Lernbehinderte und deshalb alle Erkenntnisse auch für diese Regelschulen gelten. Für die Ausgestaltung eines persönlichkeitsbildenden Musikunterrichts soll auch die Öffentlichkeit mobilisiert werden. Auch in diesem Sinne ist dem Werk von Amrhein große Verbreitung zu wünschen.

Arno Schulze

Zwei wichtige Neuerscheinungen!

Tagungsbericht Ravensburg 1984

XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs

Thema: **Zentral bedingte Kommunikationsstörungen**
(Ursachen und Therapie von Dysgrammatismus, Aphasie, Dysphasie)
ca. 370 Seiten, broschiert, 30,— DM

2. Ergänzungslieferung zur SMS

Strukturierte Materialien-Sammlung

Die 2. Ergänzungslieferung beschreibt weitere 71 Materialien, darunter erstmalig 29 technische Hilfen und Geräte. 24,— DM



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

Ich/wir bestelle/n:

_____ Tagungsbericht Ravensburg 1984	30,— DM
(lieferbar im Januar 1985)	
_____ Grundwerk der SMS mit Ordner und Schuber	40,— DM
_____ 1. Ergänzungslieferung zur SMS	28,— DM
_____ 2. Ergänzungslieferung zur SMS	24,— DM

Name/Dienststelle

Straße

Postleitzahl/Ort

Datum

Unterschrift

Die neuen „Bergedorfer“ sind da!

Bergedorfer Kopiervorlagen — Neuerscheinungen 1984

- Bd. 15, **Bilder u. Bildgeschichten zum Umweltschutz**, Bildmaterial zu einem aktuellen Thema. 62 Bl. 36,— DM (davon 3,— DM für den BUND)
Bd. 16, **Märchen in Bildern**. Die bekanntesten Märchen als Bildgeschichten, Einzelbilder und Einzelfiguren, 70 Bl. 35,— DM
Bd. 17, **Rechenpuzzles und Rechendominos f. d. 1./2. Schj.** 85 Bl. 36,— DM
Bd. 18, **Rechenpuzzles und Rechendominos f. d. 3./4. Schj.** 84 Bl. 36,— DM
Bd. 19, **Lesepuzzles und Lesedominos f. d. 1./2. Schj.** 71 Bl. 36,— DM
Bd. 20, **Lesepuzzles und Lesedominos f. d. 3./4. Schj.** 77 Bl. 36,— DM

Die Puzzles und Dominos (Bd. 17—20) bieten eine Fülle von **Übungsmaterial mit Selbstkontrollmöglichkeiten**.

- Bd. 21, **Erdkundemappe Deutschland**. 84 Bl. 38,— DM
Bd. 22, **Erdkundemappe Europa**. 56 Bl. 32,— DM
Bd. 23, **Erdkundemappe Welt**. 55 Bl. 32,— DM

Die Erdkundemappen (Bd. 21—23) ermöglichen die selbständige Erarbeitung erdkundlichen Grundwissens mit Atlas und Lexikon.

- Bd. 25, **Geometrie für die Primarstufe**. 74 Bl. 36,— DM

Wie bisher lieferbar:

- Bd. 1, **Bildgeschichten für die Primarstufe**. 50 Bl. 29,— DM
Bd. 2, **Bildgeschichten für die Sekundarstufe I**. 50 Bl. 29,— DM
Bd. 3, **Bilderrätsel für die Primarstufe I**. 53 Bl. 29,— DM
Bd. 4, **Bilderrätsel für die Sekundarstufe I**. 52 Bl. 29,— DM
Bd. 5, **Bilderrätsel für den Englischunterricht**. 53 Bl. 29,— DM
Bd. 6, **Rechtschreibübungen f. d. 1. Schj.** 52 Bl. 29,— DM
Bd. 7, **Rechtschreibübungen f. d. 2. Schj.** 53 Bl. 29,— DM
Bd. 8, **Rechtschreibübungen f. d. 3. Schj.** 54 Bl. 29,— DM
Bd. 9, **Rechtschreibübungen f. d. 4. Schj.** 53 Bl. 29,— DM
Bd. 10, **Arbeitsblätter zur optischen Differenzierung**. Ein international verbreitetes Konzentrations- und Wahrnehmungstraining, bestehend aus 3 Mappen mit 256 Bl. incl. Schabl. 154,— DM (Sonderprospekt auf Wunsch!)
Bd. 11, **Zahlbegriff und Grundrechenarten — 1. Schj.** 64 Bl. 31,— DM
Bd. 12, **Zahlbegriff und Grundrechenarten — 2. Schj.** 86 Bl. 36,50 DM
Bd. 13, **Zahlbegriff und Grundrechenarten — 3. Schj.** 87 Bl. 36,50 DM
Bd. 14, **Zahlbegriff und Grundrechenarten — 4. Schj.** 87 Bl. 36,50 DM

Außerdem lieferbar:

Bergedorfer Bilderbögen (Arbeitsmittel zur Sprachtherapie) 50,— DM;
Bergedorfer Vergleichsbilder (Ergänzungsserie zur Satzbildung) 30,— DM
(Sonderprospekt auf Wunsch!).

Fachliteratur: **Decker-Voigt: Spiele mit Musik** 9,80 DM; **Grunwald: Sprachtherapie** (Eine Einführung) 21,— DM; **Wertenbroch: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns nach E. Richter** 16,— DM; **Müller: Opt. Differenzierungstraining** 25,— DM; **Ottmann u. a.: Wir fördern math. Denken bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten** 26,80 DM; **Rech/Schult: Spiele mit Kunst** 36,— DM; **Wertenbroch: Ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher** 16,80 DM; **Richter/Wertenbroch: Sprachübungsbehandlung des Stotterns** 25,— DM.

Bestellungen direkt beim **Verlag Sigrid Persen**
Neue Anschrift: Dorfstraße 14, 2152 Horneburg, Telefon (04163) 6770



Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

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

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., sucht für ihren Sprachheilkindergarten in Nienburg per sofort oder später einen/eine

Logopäden(in) / Sprachtherapeuten(in).

In dem Sprachheilkindergarten werden 16 sprachbehinderte Kinder im Vorschulalter behandelt. Zum Oktober 1985 ist die Eröffnung einer Sprachheilambulanz vorgesehen.

Die Vergütung erfolgt nach dem Tarif der Arbeiterwohlfahrt, BMT-AW II, welcher dem BAT angeglichen ist.

Die Sozialleistungen gleichen denen des öffentlichen Dienstes.

Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich.

Bewerbungen sind zu richten an:

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., Referat Sprachheilarbeit
Klingenbergstraße 73, 2900 Oldenburg, Telefon (0441) 4801-24.

Winterfreuden vor der eigenen Haustür. Dank BHW.



Schön, wenn man sich nach einer Schlittenfahrt am eigenen Herd aufwärmen kann. Ganz ohne Sorgen. Weil die Kosten für das kleine Haus durchaus tragbar sind. Besonders, wenn man eine günstige Finanzierung über einen Bausparvertrag hat. Und eine leistungsfähige Bausparkasse wie das BHW.

Sprechen Sie doch mal mit uns. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW
BAUSPARKASSE
Auf uns baut
der öffentliche Dienst.