

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



## Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite
<i>Herbert Günther, Heusweiler</i> Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen	145
<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon, München</i> Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung	153
<i>Joachim Adler, Celle</i> Zur Problematik von Apathikern mit leichten Reststörungen	159
<i>Volker Middeldorf, Köln</i> Das Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie	165

Aus der Forschung	Seite
<i>Günther Bergmann, Gießen</i> Der Einsatz eines tragbaren Sprachverzögerers in der Therapie des Stotterns: Möglichkeiten und Grenzen	173
Zur Diskussion	
<i>Gisela und Holger Lakies, Jarmeln</i> Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns	177
Leserbriefe	185
Umschau	187
Aus der Organisation	191
Bücher und Zeitschriften	193
Vorschau	195

Postverlagsort Hamburg  
30. Jahrgang  
August 1985 · Heft 4

# SIEMENS



A19100-M5000-Z36

## **MINI-FONATOR**

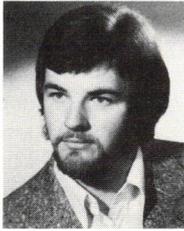
Potentielle Benutzer des Mini-Fonators sind gehörlose Spätertaubte und gegebenenfalls stark schwerhörige Menschen aller Altersstufen, für die der Mini-Fonator als technische Kommunikationshilfe angeboten wird.

Der Mini-Fonator setzt Schallereignisse aller Art, wie Sprechen und Geräusche, in fühlbare Vibrationen um, die mittels eines Vibrators, der wie eine Armbanduhr aussieht, am Handgelenk gefühlt werden können. Dabei werden höherfrequente

Schallereignisse, die außerhalb des Fühlbereiches liegen, elektronisch so bearbeitet, daß sie als vibrative Ereignisse wahrnehmbar sind. Dadurch werden höherfrequente Sprachanteile so umgewandelt, daß sie am Vibrator fühlbar sind.

Gerne übersenden wir Ihnen ausführliches Informationsmaterial.

Siemens Aktiengesellschaft  
Bereich Medizinische Technik  
Geschäftsgebiet Audiologische Technik  
Gebbertstraße 125, 8520 Erlangen



Herbert Günther, Heusweiler

## Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen

Eine empirische Untersuchung zur Organisation und Kooperation an der Regelschule

### Zusammenfassung

Die vielerorts erhobene Forderung nach sonderpädagogischen Fördermaßnahmen in Regelschulen wird in den letzten Jahren von den Kultusministerien der einzelnen Bundesländer stärker beachtet. In den Schulkindergärten und ersten Grundschulklassen des Saarlandes werden seit Beginn des Schuljahres 1981/82 sprachauffällige Schüler erfaßt und von Sonderschullehrern benachbarter Schulen für Lernbehinderte sprachheilpädagogisch betreut. Nach Ablauf zweier Schuljahre hat der Autor versucht, die Konzeption dieser Fördermaßnahme zu analysieren. Aus der Vielzahl möglicher Betrachtungsaspekte werden zwei ausgewählt und näher betrachtet: Organisation und Kooperation. In einem ersten theoretischen Teil werden die Zielsetzungen und Rahmenstruktur dieser Maßnahme dargestellt. Im zweiten Teil werden Ergebnisse dieser empirischen Studie referiert und einige praktische Konsequenzen abgeleitet.

### 1. Einleitung

Der Sprachförderunterricht an saarländischen Schulkindergärten und ersten Grundschulklassen ist eine Fördermaßnahme, die seit dem Schuljahr 1981/82 eingerichtet worden ist. Gerade hier im Primarbereich der Regelschule ist eine relativ hohe Zahl sprachauffälliger Schüler festzustellen. »Beim Schulanfang ist mit bis zu 10 Prozent sprachauffälligen Kindern zu rechnen« (*Deutscher Bildungsrat* 1973, S. 40). Manche Experten schätzen den Anteil sprachauffälliger Schüler beim Schulanfang höher ein (vgl. *Zuckrigl* 1968, S. 252; *Knura* 1974, S. 128 f. und *Du-puis* 1978, S. 303). Zum Teil schwinden diese Sprachauffälligkeiten nach ein oder zwei Jahren Grundschulunterricht ohne besondere Fördermaßnahme. Zum Teil aber sind die

se sprachlichen Beeinträchtigungen resistent und nur durch speziellen Sprachförderunterricht zu beseitigen. Diese Tatsache macht die besondere Förderung sprachauffälliger Grundschüler und Schulkindergartenkinder notwendig. 1983 sind alle in der Sprachfördermaßnahme eingesetzten Sprachheillehrer (Sonderschullehrer mit der Qualifikation Sprachbehindertenpädagogik), die seit Beginn dieser Maßnahme mitarbeiten, anhand eines Fragebogens (21 Fragen) nach ihrer bisherigen Erfahrung und Meinung zu dieser Sprachfördermaßnahme befragt worden. Nach einer kurzen Beschreibung dieser Fördermaßnahme werden einige wesentliche Ergebnisse dieser Untersuchung vorgetragen.

### 2. Sprachförderunterricht

#### 2.1. Personenkreis

Im Rahmen des Sprachförderunterrichts an saarländischen Schulkindergärten und ersten Grundschulklassen werden Schüler mit folgenden Sprachstörungen gefördert:

- partielle und/oder multiple Dyslalie (vgl. *Führung/Lettmayer/Elstner/Lang* 1973, S. 11 ff.),
- leichter und mittlerer Dysgrammatismus (vgl. *Zuckrigl* 1964, S. 16 ff., und *Führung/Lettmayer/Elstner/Lang* 1973, S. 146 ff.),
- verzögerte Sprachentwicklung (vgl. *Knura* 1974, S. 109 ff.).

#### 2.2. Ziele und Aufgaben

Wesentliche Zielsetzungen dieser Fördermaßnahme sind:

- Erfassung aller sprachauffälligen Schul-

- anfänger durch den Klassenlehrer (vgl. *Büch* 1983, S. 13),
- Überprüfung der gemeldeten Schüler durch den Sprachheillehrer,
- Beratung der betroffenen Schüler, Eltern und Grundschullehrer,
- Förderung sprachauffälliger Kinder in Schulkindergärten und Grundschulen (vgl. *Büch* 1983, S. 13),
- Vermeidung von Schulschwäche bzw. Sonderschulbedürftigkeit aufgrund sprachlicher Defizite,
- verstärkte Kooperation mit den Lehrern der Regelschule und den betroffenen Eltern,
- intensive Information aller Betroffenen durch Gespräche, Briefe, Telefonate und Elternabende.

Hauptziel des Sprachförderunterrichts ist die Prävention und Frührehabilitation, ohne jedoch eine institutionelle Segregation zu praktizieren.

### 2.3. Formen

Beim Sprachförderunterricht handelt es sich um eine isolierte Sprachtherapie (vgl. *Braun/Homburg/Teumer* 1980, S. 3), d. h., um einen speziellen Förderunterricht, der nicht während des Klassenunterrichts stattfindet. In der Regel wird dieser Unterricht als Einzelförderung, aber auch als Gruppenunterricht erteilt. Beim Gruppenunterricht sollen in der Regel nicht mehr als vier Kinder betreut werden. Die sprachheilpädagogische Förderung in kleinen Gruppen kann als konstanter und inkonstanter Gruppenunterricht durchgeführt werden.

### 2.4. Lehrkräfte

Im Sprachförderunterricht werden ausschließlich Sonderschullehrer mit der Qualifikation Sprachbehindertenpädagogik eingesetzt. Ein nicht geringer Teil dieser Lehrkräfte sind auch Mitarbeiter der Sprachheilambulanz.

### 2.5. Stundendeputat

Der Sprachförderunterricht erstreckt sich grundsätzlich auf die Schulkindergärten und ersten Grundschulklassen. Das zuständige

Schulamt ist für den Personaleinsatz der Sprachheillehrer verantwortlich, wobei eine wohnortnahe Einteilung vorgenommen werden soll. Das Referat B-11 des saarländischen Kultusministeriums stellt bei seiner Lehrereinsatzplanung die notwendigen Stunden zur Verfügung (vgl. Bericht 1982). Jeder Schulkindergarten soll wöchentlich vier Unterrichtsstunden und jede erste Grundschulklasse soll zwei Unterrichtsstunden pro Woche Sprachförderunterricht erhalten. Nach dem Bericht des saarländischen Kultusministeriums von 1982 stellt jede Schule für Lernbehinderte für diese Maßnahme durchschnittlich 3,4 Lehrkräfte mit insgesamt 20,6 Unterrichtsstunden bereit. Nach dieser Statistik werden durchschnittlich 2,3 Unterrichtsstunden pro Schulkindergarten und 2,8 Unterrichtsstunden pro erster Grundschulklasse verplant. Im Rahmen dieser Sprachfördermaßnahme werden sprachauffällige Schulkindergartenkinder 28 Minuten und sprachauffällige Grundschüler 27 Minuten lang im Einzelunterricht einmal in der Woche betreut.

### 2.6. Erfassung

Das derzeitige Verfahren zur Erfassung sprachauffälliger Schüler sieht vor, daß die Kinder vom jeweiligen Klassenlehrer über die Schulleitung der Regelschule an das zuständige Schulamt gemeldet werden. Grundlage dieser Erfassung, die in den ersten Wochen des Schuljahres erfolgen soll, sind die Beobachtung im Unterricht und ein Prüfverfahren, mit dem der Klassenlehrer eine Grobauslese durchführen kann. Als Prüfmittel dienen die 1982 vom saarländischen Kultusministerium herausgegebenen »Materialien zur Früherkennung von Sprach- und Sprechfehlern bei Kindern«. Die zuständige Schule für Lernbehinderte erhält in der Regel vom Schulamt eine Liste der gemeldeten Kinder. Der Sprachheillehrer wird mit der Erstellung einer exakten Diagnose beauftragt und muß die Entscheidung fällen, welche Fördermaßnahme erforderlich ist. Klassenlehrer und Schulleitung werden in einem Gespräch darüber informiert. In einzelnen Fällen erfolgt auch die Meldung sprachauffälliger Schüler durch die Eltern oder den Schularzt.

## 2.7. Förderbericht

Der Sprachheillehrer hat über den Verlauf und die Ergebnisse der Fördermaßnahme einen Förder- oder Arbeitsbericht zu erstellen. Die hierzu vorhandene Schülerkarteikarte enthält:

- persönliche Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Schule, Klasse, Lehrer),
- Anmeldung zum Sprachförderunterricht,
- Datum der Sprachüberprüfung,
- Diagnose,
- Vorschlag der Fördermaßnahme,
- Beginn und Ende der Fördermaßnahme,
- Ergebnis der Förderung,
- nachgehende Maßnahmen,
- Anmerkungen.

## 3. Untersuchung

### 3.1. Fragestellung

Diese Untersuchung verfolgt das Ziel, Informationen über den Sprachförderunterricht einzuholen. Insbesondere geht es hierbei um zwei dominante Problemfelder des Sprachförderunterrichts: Organisation und Kooperation.

In dieser Untersuchung werden zum Bereich der Organisation gezählt:

- Meldeverfahren sprachauffälliger Schüler,
- Beginn der Sprachfördermaßnahme,
- Durchführung des Sprachförderunterrichts,
- Formen des Sprachförderunterrichts,
- Beratungszeit,
- Dauer des Sprachförderunterrichts.

Zum Bereich der Kooperation werden in dieser Studie gezählt:

- Verständnis der Grundschullehrer für diese Maßnahme,
- Bereitschaft der Grundschullehrer zur Kooperation,
- Beratung des Klassenlehrers,
- Kooperationsbereitschaft des Sprachheillehrers,
- Information der Eltern,
- Elternmitarbeit,
- Besprechungen und/oder Konferenzen,
- Ausweitung der Kooperation.

Die zentrale Frage dieser Studie lautete: Kann man die Sprachfördermaßnahme an saarländischen Grundschulen und Schulkindergärten als einen gut funktionierenden Förderunterricht bezeichnen?

### 3.2. Ableitung und Formulierung der Hypothesen

Der Verfasser betreute seit Einführung des Sprachförderunterrichts im Schuljahr 1981/82 zwei Schuljahre lang als Sprachheillehrer sprachauffällige Schüler an Grundschulen und Schulkindergärten. In vielen Gesprächen und Diskussionen mit Kollegen aus Grund- und Sonderschule wurden ganz konkret die genannten Problemfelder der Organisation und Kooperation erörtert. Auf der Grundlage eigener Erfahrungen und dem aktuellen Diskussionsstand sind die Hypothesen abgeleitet worden. Von den insgesamt 18 aufgestellten und überprüften Hypothesen werden einige hier dargestellt.

H1: In Grundschulen, in denen der eigentliche Sprachförderunterricht nicht gleich in der ersten Schulwoche beginnt, sind die Eltern besser zu informieren als in anderen Grundschulen.

H2: Sprachheillehrer, die nicht ausreichend Zeit für Beratung haben, können den Grundschullehrer weniger gut für die Weiterführung des Sprachförderunterrichts in Klasse zwei befähigen als andere Sprachheillehrer.

H3: Grundschullehrer, die die Notwendigkeit des Sprachförderunterrichts einsehen, sind eher zur Kooperation bereit als andere Grundschullehrer.

H4: Grundschullehrer, die zur Kooperation mit dem Sprachheillehrer bereit sind, bitten auch über den Sprachförderunterricht hinaus bei anderen Problemfällen den Sprachheillehrer eher um Rat als andere Grundschullehrer.

### 3.3. Methode der Untersuchung

Als angemessenes Verfahren zur Ermittlung von Erfahrungswerten wird die Befragung als Forschungsmethode in dieser Studie eingesetzt. Die Befragung wird anhand eines Fragebogens durchgeführt, bei der die Formu-

lierung der Fragen und ihre Reihenfolge vorgegeben sind. Der befragte Sprachheillehrer hat den Fragebogen (21 Fragen) auszufüllen und an die vorgegebene Adresse zurückzuschicken. Der Fragebogen ist mit einem Begleitschreiben des saarländischen Kultusministeriums versehen.

#### 3.4. Statistische Überlegungen

Zur Prüfung der Hypothesen wird der  $\chi^2$ -Test eingesetzt (vgl. *Clauss/Ebner* 1972, S. 194 ff., und *McCullough/Atta* 1974, S. 113 ff.). Als weiteres Prüfverfahren wird der 2-I-Test von *Kullback* verwendet (vgl. *Heller/Rosemann* 1974, S. 222). Die Signifikanzprüfung erfolgt über die Chi-Quadrat-Verteilung.

#### 3.5. Untersuchungsbericht

Der Fragebogen ist im Anschluß an die Osterferien des Schuljahres 1982/83 an alle in Frage kommenden Lehrkräfte verschickt worden. Am 13. April 1983 wurden die Fragebogen weggeschickt, und am 3. Juni 1983 kamen die letzten zurück. Alle 28 Schulen für Lernbehinderte sind in diese Untersuchung mit einbezogen worden, d. h., sowohl die städtischen Ballungszentren (Saarbrücken, Neunkirchen, Völklingen) als auch die dünn besiedelten »Landgebiete« (St. Wendeler-Raum, Saar-Pfalz-Kreis, Kreis Merzig-Wadern) wurden berücksichtigt. Lediglich vier der 28 angeschriebenen Sonderschulen haben sich an dieser Fragebogenaktion nicht beteiligt.

Von den 96 befragten Sonderschullehrern haben 62 den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt. Damit liegt die Rücklaufquote bei 65 Prozent. Die Rücklaufquote, bezogen auf die Schulen für Lernbehinderte, liegt sogar bei 86 Prozent.

#### 3.6. Darstellung der Ergebnisse

Zum Bereich der Organisation sind als wesentliche Befragungsergebnisse festzuhalten:

- Sprachauffällige Schüler im Schulkinder-  
garten und der ersten Grundschulklasse  
werden zu 63 Prozent ausschließlich  
durch den Klassenlehrer gemeldet. Die  
restlichen 37 Prozent werden durch den

Sprachheillehrer, den Schularzt und in  
wenigen Fällen auch durch die Eltern er-  
faßt.

- 85 Prozent der Befragten halten die erste  
Schulwoche für den Beginn des Sprach-  
förderunterrichts für ungeeignet.
- Der Sprachförderunterricht wird überwie-  
gend in den ersten vier Unterrichtsstun-  
den und innerhalb des regulären Grund-  
schulunterrichts durchgeführt.
- 57 Prozent der Sprachheillehrer praktizie-  
ren Einzelunterricht, und 40 Prozent der  
Befragten betreiben teils Gruppenunter-  
richt, teils Einzelunterricht.
- 50 Prozent der befragten Sprachheilleh-  
rer haben nicht ausreichend Zeit für Ber-  
atungsgespräche mit dem Klassenlehrer,  
den Eltern und der Schulleitung.
- 13 Prozent der Sprachheillehrer halten  
den Behandlungszeitraum von einem  
Schuljahr für ausreichend, 25 Prozent be-  
zeichnen den genannten Zeitraum für  
nicht ausreichend, und 61 Prozent der  
Befragten können sich nicht eindeutig  
festlegen.

Die wichtigsten Ergebnisse zum Bereich der  
Kooperation sind:

- 71 Prozent der Grundschullehrer haben  
nach den Erfahrungen der befragten  
Sprachheillehrer Verständnis für die  
Sprachfördermaßnahme.
- 69 Prozent der Befragten sind der Auf-  
fassung, daß die Grundschullehrer zur  
Kooperation bereit sind.
- Mehr als die Hälfte der Befragten (55 Pro-  
zent) halten die Fortführung der Sprach-  
fördermaßnahme durch den Klassenleh-  
rer in Klasse zwei nur teilweise für mög-  
lich. Ein Drittel der Befragten sind der Auf-  
fassung, daß der Grundschullehrer die  
sprachliche Förderung in Klasse zwei  
nicht weiterführen kann.
- 82 Prozent der Sprachheillehrer berück-  
sichtigen die vom Grundschullehrer erteil-  
ten Hinweise im Rahmen des Sprachför-  
derunterrichts.
- 52 Prozent der Befragten sind der Auffas-  
sung, daß die Eltern ausreichend über  
den Sprachförderunterricht informiert  
sind.

- Nach den Erfahrungen der Mehrheit der Sprachheillehrer (63 Prozent) nimmt kein Familienmitglied an der Sprachtherapie teil. Für die überwiegende Mehrheit (79 Prozent) der Sprachheillehrer werden die auferlegten häuslichen Übungen nur teilweise erledigt.
- 63 Prozent der Sprachheillehrer haben die Erfahrung gemacht, daß Grundschullehrer ihnen auch andere pädagogische Probleme vortragen und um Rat fragen.
- 54 Prozent der befragten Sprachheillehrer werden zu Konferenzen oder Besprechungen eingeladen.

#### Überprüfung der Hypothesen:

Hypothesen	$\chi^2$ korr.	2l	df	Tab. wert	$\alpha$	ns/s/ss
H 1		13,75	2	5,99	0,01	ss
H 2	3,6		1	3,84	0,10	s
H 3	19,9		1	3,84	0,01	ss
H 4		5,13	1	3,84	0,05	s

#### 3.7. Interpretation der Ergebnisse

Innerhalb des Bereiches der Organisation kann die aufgestellte Hypothese H 1 zum Beginn des Sprachförderunterrichts beibehalten werden. Die Forderung auf Verschiebung des Beginns der Sprachfördermaßnahme in die vierte, sechste oder gar achte Schulwoche wird durch die Beantwortung der Frage zwei des Fragebogens unterstrichen. Frage zwei: Nach wieviel Schulwochen sollte Ihrer Erfahrung nach der Sprachförderunterricht einsetzen? 85 Prozent der Befragten halten die erste Schulwoche für ungeeignet. 27 Prozent dieser Sprachheillehrer schlagen die vierte Schulwoche vor, um mit dem Sprachförderunterricht zu beginnen. Ein nicht unwesentlicher Grund zur Verschiebung des Beginns der Sprachfördermaßnahme ist die teilweise unzureichende Information der Eltern über diese noch relativ neue Fördermaßnahme im Grundschulbereich. 14 Prozent der befragten Sprachheillehrer haben die Erfahrung gemacht, daß die betroffenen Eltern keinerlei Informationen über diese Sprachfördermaßnahme besitzen, und 34 Prozent der Befragten sind der Auffassung, die Eltern sind nur zum Teil über diese

neue Maßnahme informiert. Eine Verschiebung der Sprachfördermaßnahme in die vierte oder gar sechste Schulwoche bietet den Sprachheillehrern, den Klassenlehrern und der Schulleitung der Grundschule die Möglichkeit, die betroffenen Eltern in ausreichendem Maße zu informieren. Information und Beratung der betroffenen Eltern über die Bedeutung und Notwendigkeit dieser Sprachfördermaßnahme sind entscheidende Garantien für den Erfolg dieser Maßnahme. Sind den Eltern einmal die Zusammenhänge von Sprache und Denken, von Sprache und Personalisation bzw. Sozialisation oder von Sprache und Lese-Rechtschreibschwäche bekannt, dann sind sie auch leichter zur Mitarbeit oder gar zur Teilnahme am Sprachförderunterricht zu motivieren.

Im Bereich der Organisation kann die zur Weiterführung des Sprachförderunterrichts in Klasse 2 aufgestellte Hypothese H 2 ebenfalls aufrechterhalten werden. Hier geht es um die Qualifizierung der Grundschullehrer durch die Sprachheillehrer im Rahmen der Sprachfördermaßnahme, den in der ersten Grundschulklasse begonnenen Unterricht selbständig in Klasse zwei weiterzuführen. Immerhin 50 Prozent der befragten Sprachheillehrer geben an, daß sie nicht ausreichend Zeit für die Beratung des Klassenlehrers zur Verfügung haben. Da nur 11 Prozent der Befragten die Fortführung der sprachlichen Förderung in Klasse zwei durch den Grundschullehrer für möglich halten, muß ein Zusammenhang angenommen werden zwischen der Beratungszeit und der Qualifikation der Grundschullehrer durch die Sprachheillehrer. Es gilt als abgesichert, daß in ausreichendem Maße vorhandene Beratungszeit ganz entscheidend für die Befähigung des Grundschullehrers ist, die Sprachfördermaßnahme in der zweiten Grundschulklasse weiter- bzw. zu Ende zu führen.

Innerhalb des Bereichs der Kooperation setzt die Zusammenarbeit beider Lehrergruppen in der Regelschule die grundlegende Bereitschaft zu einer pädagogisch sinnvollen Kooperation voraus. Die hierzu formulierte und überprüfte Hypothese H 3 ist statistisch sehr signifikant und kann somit beibehalten wer-

den. Die überwiegende Mehrheit der Grundschullehrer (71 Prozent) hat Verständnis für die Notwendigkeit dieser Fördermaßnahme, und 69 Prozent der Befragten haben die Erfahrung gemacht, daß die Grundschullehrer zur Zusammenarbeit bereit sind. Der Wille zur Kooperation und das Verständnis für die Notwendigkeit des Sprachförderunterrichts garantieren eine gute Zusammenarbeit zwischen Grund- und Sprachheillehrern. Dies ist eine solide Basis für die tatkräftige und praktische Mitarbeit des Klassenlehrers. Die Bereitschaft der Grundschullehrer zur Kooperation mit den Sonderschulkollegen wird auch durch die Hypothese H4 unterstrichen und erweitert. Die Mehrheit der befragten Sprachheillehrer (63 Prozent) hat die Erfahrung gemacht, daß Grundschullehrer auch bei anderen Problemen den Sprachheilkollegen um Rat und Unterstützung bitten. Nur 14 Prozent geben an, daß sie von Grundschullehrern noch nie um Rat gefragt worden sind, und 23 Prozent der Befragten haben die Erfahrung gemacht, daß sie ab und zu mit einem Problem konfrontiert und um einen kollegialen Ratschlag gefragt worden sind. Die Ausdehnung der Kooperation auf andere Bereiche verdeutlicht die Wichtigkeit der Kooperationsbereitschaft innerhalb des Sprachförderunterrichts. Der Grundschullehrer bittet den Sprachheillehrer bei Verhaltensauffälligkeiten, bei Lese-Rechtsschreibschwierigkeiten, bei Konzentrationsstörungen oder sonstigen Schwierigkeiten um Rat und praktische Hilfe. Die Notwendigkeit der Sprachfördermaßnahme wird von vielen Grundschullehrern gesehen, die Bereitschaft zur Kooperation ist vorhanden. Auf dem Boden dieser vorhandenen Kooperationsbereitschaft von Grund- und Sonderschullehrern läßt sich die in Ansätzen vorhandene Kooperation im Primarbereich der Regelschule weiter festigen und ausbauen.

### 3.8. Konsequenzen für die praktische Arbeit innerhalb des Sprachförderunterrichts

Die Darstellung der Ergebnisse im Kapitel 3.6 läßt einige Konsequenzen für die konkrete Unterrichtsarbeit im Rahmen der Sprachfördermaßnahme deutlich werden.

- Die Fähigkeit des Grundschullehrers, sprachauffällige Schüler zu erkennen, muß verbessert werden. Der Anteil der Schüler, der nicht durch den Klassenlehrer erfaßt und gemeldet wird, ist mit 37 Prozent zu hoch. Fachspezifische Informationen und eingehende Beratung zur Anwendung des Grobausleseverfahrens müssen intensiviert werden. Dies muß Thema von Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Grundschullehrer werden. Um eine lückenlose Erfassung aller sprachauffälligen Schulanfänger zu garantieren, wird die Anwesenheit eines Sprachheillehrers bei den »Schulanfängeruntersuchungen« vorgeschlagen.
- Der Sprachförderunterricht sollte auf keinen Fall in der ersten Schulwoche beginnen. Die vierte bis sechste Schulwoche wird als Beginn des Sprachförderunterrichts vorgeschlagen. In wenigen Fällen wird dies bereits praktiziert.
- Partner- und Gruppenarbeit (zwei bis vier Kinder) müssen in stärkerem Maße bei der Förderung berücksichtigt werden.
- Die Schulaufsicht sollte dem Sprachheillehrer fünf Minuten Beratungszeit pro Schüler und pro Woche gewähren. Für die Betreuung von sechs bis acht Schülern ist dem Sprachheillehrer eine Unterrichtsstunde pro Woche für Beratung (Hausbesuche, Telefonate, Gespräche mit dem Klassenlehrer und den Eltern) zugestehen.
- Der Sprachförderunterricht soll grundsätzlich auf die beiden ersten Grundschuljahre ausgedehnt werden, weil einerseits eine große Anzahl sprachauffälliger Schüler zu versorgen ist und andererseits die Fortführung der sprachlichen Förderung durch den Grundschullehrer in Klasse zwei zur Zeit jedenfalls sehr fraglich ist.
- Da sowohl Grundschullehrer als auch Sprachheillehrer zur Kooperation bereit sind, sollten gegenseitige Unterrichtsbesuche zur Beobachtung sprachauffälliger Schüler mit anschließendem Beratungsgespräch vor allem zu Beginn der Sprachfördermaßnahme durchgeführt werden.

- Die Elterninformation muß gleich zu Beginn des Schuljahres durch den Sprachheillehrer intensiviert und ausgeweitet werden (Telefonate, Hausbesuche, Teilnahme am ersten Elternabend und vielfältigste bzw. persönliche Briefe).
- Im Rahmen der ersten Gesamtkonferenz des neuen Schuljahres muß das Thema Sprachförderunterricht auf der Tagesordnung stehen.

#### 4. Abschließende Bemerkungen

Zehn Jahre nach Veröffentlichung der Empfehlungen des *Deutschen Bildungsrates* »Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher« sind nun im Saarland mit den Sprachfördermaßnahmen an Regelschulen erste konkrete Schritte einer Ausweitung der Sonderpädagogik zu registrieren. Die Konzeption der Sprachfördermaßnahme an Schulkindergärten und ersten Grundschul-

klassen hat bisher hinsichtlich der Organisation und Kooperation ein nicht erwartetes Ausmaß erreicht. Der bisher erreichte Umfang an Organisation und Kooperation bietet gute Voraussetzungen und Bedingungen, die Konzeption weiter zu verbessern und die notwendigen Korrekturen vorzunehmen. Die im Kapitel 3.8 gemachten Verbesserungsvorschläge sind auf der Grundlage der vorgestellten empirischen Studie und der praktischen Arbeit des Verfassers innerhalb der Sprachfördermaßnahme entstanden. Zum Teil sind einige der gemachten Vorschläge bereits realisiert worden.

Die im Kapitel 3.1 formulierte zentrale Fragestellung »Kann man den Sprachförderunterricht an saarländischen Schulkindergärten und Grundschulen als einen gut funktionierenden Förderunterricht bezeichnen?« ist grundsätzlich mit »Ja« zu beantworten. Der Grad der Funktionstüchtigkeit muß allerdings noch optimiert werden.

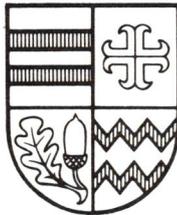
#### Literatur

- Baumann, J.: Probleme und Voraussetzungen der Kooperation zwischen Sonderpädagogen und Grundschullehrern. *Sonderpädagogik im Saarland* 14 (1982) 2, S. 57—67.
- Baumann, W., und Bohr, M.: Sprachauffälligkeiten in den Schulkindergärten des Saarlandes. *Sonderpädagogik im Saarland* 14 (1982) 1, S. 8—10.
- Bielfeld, K.: Sprachbehindertenpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 33 (1982) 3, S. 171—177.
- Blöschl, L.: Kullbacks 2-I-Test als ökonomische Alternative zur  $\chi^2$ -Probe. *Psychologische Beiträge* 9 (1966), S. 379—406.
- Braun, O.: Systematik der Sprachstörungen als Grundlage sonderpädagogischer Diagnostik und Intervention. *Sonderpädagogik* 8 (1978) 3, S. 118—126.
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. *Die Sprachheilarbeit* 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Büch, M.: Sprachfördermaßnahmen in Grundschulen. *Saarländische Schulzeitung* 30 (1983) 4, S. 13—14.
- Clauss, G., und Ebner, H.: *Grundlagen der Statistik*. (Ost-)Berlin 1972.
- Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): *Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher*. Stuttgart 1976.
- Dupuis, G.: Sprachbehinderungen im Grundschulalter. *Die Grundschule* 5 (1973) 4, S. 270—274.
- Führung, M., Lettmayer, O., Elstner, M., und Lang, D.: *Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung*. Wien 1976.
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft: Schulversuch »Kooperatives Schulzentrum«. *Saarländische Schulzeitung* 29 (1982) 7/8, S. 8—10.
- Günther, H.: *Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen*. Unveröff. Magisterarbeit. Saarbrücken 1984.
- Heller, K., und Rosemann, B.: *Planung und Auswertung empirischer Untersuchungen*. Stuttgart 1974.
- Kleber, Ed. W.: *Sonderpädagogische Beratung*. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 31 (1980) 5, S. 297—307.
- Kultusministerium des Saarlandes: *Die Sprachheilmaßnahme an den Grundschulen (1. Schuljahr) des Saarlandes*. Bericht. Saarbrücken 1982.
- McCoulough und Atta: *Statistik programmiert*. Weinheim und Basel 1974.
- Pagel, E.: *Sonderpädagogik in der Grundschule*. »Behandlung von Sprachstörungen«. *Sonderschule in Niedersachsen* 2 (1982), S. 35—39.

- Sander, A.: Ausweitung der Sonderpädagogik. Sonderpädagogik 4 (1974), S. 95—104.  
 Sander, A.: Pädagogische Maßnahmen zur Verminderung von Schulschwäche. Zeitschrift für Heilpädagogik 28 (1977) 1, S. 48—50.  
 Sander, A.: Kooperation zwischen Sonderschulen und benachbarten Regelschulen im Saarland. Sonderpädagogik im Saarland 15 (1983) 1, S. 5—18.  
 Teumer, J.: Ein Projekt zur Früherfassung sprachgestörter Kinder und seine Folgen. Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 233—241.  
 Zuckrigl, A.: Sprachschwächen. Der Dysgrammatismus als sprachheilpädagogisches Problem. Villingen 1964.

Anschrift des Verfassers:  
 Herbert Günther  
 M. A., Sonderschullehrer  
 Tannenweg 4, 6601 Heusweiler 2

Herbert Günther ist hauptamtlich als Sonderschullehrer an der Staatlichen Schule für Schwerhörige in Püttlingen, Abteilung für Sprachbehinderte, nebenamtlich als Kursleiter in der vorschulischen Sprachheilambulanz des Stadtverbandes Saarbrücken tätig.



Beim Gesundheitsamt des Landkreises Ammerland in Westerstede ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines (einer)

### **Logopäden(in)**

mit staatlicher Anerkennung oder mindestens zweijähriger Fachausbildung an Universitätskliniken oder medizinischen Akademien mit Prüfung zu besetzen.

Das Aufgabengebiet umfaßt die ambulante Behandlung sprachgestörter Kinder in Zusammenarbeit mit dem Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte und den Ärzten des Gesundheitsamtes sowie die Frühbehandlung sprachgestörter stationärer Patienten des Kreiskrankenhauses Ammerland in Westerstede.

Die Tätigkeit ist mit Außendienst verbunden; es sollte deshalb ein privates Kfz für Dienstreisen zur Verfügung stehen.

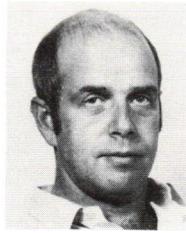
Es wird eine Vergütung nach Vergütungsgruppe VIb/Vc des Bundes-Angestelltentarifvertrages gezahlt, je nach Ausbildung und bisheriger Tätigkeit.

Der landschaftlich reizvolle Landkreis Ammerland umfaßt sechs Gemeinden mit rund 92 000 Einwohnern.

In der verkehrsgünstig gelegenen Kreisstadt Westerstede befinden sich alle weiterführenden Schulen und moderne Sportanlagen. Die Nordseeküste und die Ostfriesischen Inseln sind schnell zu erreichen, ebenso die Großstädte Oldenburg und Wilhelmshaven.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden innerhalb von drei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an den

Landkreis Ammerland, Der Oberkreisdirektor  
 Ammerlandallee 12, 2910 Westerstede



Paul Schäfersküpfer und  
Detlev von Cramon, München

## Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung\*

### Zusammenfassung

Um die zur Beschreibung der zentralen Dysphonie herangezogenen Begriffe nachvollziehbar zu machen, werden zunächst die pathologischen Stimmerkmale definiert. Danach werden bestimmte Aufgaben vorgeschlagen, mit denen Stimmbildung und Atmung überprüft werden können. Als übergreifendes System bei der Steuerung des Sprechvorganges, das bei zentralen Störungen häufiger und schwerer gestört sein kann als die übrigen Systeme, wird die Prosodie gesondert untersucht. Zusammen mit der Beurteilung der Artikulation läßt sich durch eine Gewichtung der einzelnen Faktoren und durch das Aufdecken ihrer Beziehungen zueinander ein Therapieplan entwickeln, der die individuelle Struktur der dysarthrischen Störung eines Menschen berücksichtigt.

\* Teil I siehe Heft 2/1985, S. 68—74.

### 1. Einleitung

Im ersten Teil zur Untersuchung der Artikulation wurden die allgemeinen Hinweise für die Benutzung des Untersuchungsbogens gegeben. Die dort genannten Ausschlußuntersuchungen durch den Phoniater sind auch für die Beurteilung der nachfolgenden Tests erforderlich.

Zur Beschreibung der gestörten Phonation ist es besonders wichtig, eindeutige Begriffe zu verwenden. Es wird deshalb in der nachfolgenden Liste zu jedem in der auditiven Beurteilung verwendeten Begriff das akustische Korrelat und der zugrundeliegende pathophysiologische Mechanismus definiert. Dadurch wird eine Objektivierung der auditiven Kriterien angestrebt.

### Definition der pathologischen Stimmerkmale

pathologisches Stimmerkmal	akustische Definition	pathophysiologische Definition
keine Phonation	kein Sprachschall	keine intentionalen Bewegungen der Kehlkopfmuskeln bei erhaltenen reflektorischen Bewegungen
Störungen der Stimmqualität:		
stimmlose Phonation	Aperiodizität des Sprachschalls	keine periodischen Schwingungen der Stimmbänder infolge unzureichender Adduktion
behauchte Stimmqualität	hoher Anteil nichtharmonischer Energie	unvollständiger Glottisschluß durch ungenügende Adduktionsspannung und schwache mediale Kompression
rauhe Stimmqualität	größere Unterschiede in der Länge und Amplitude aufeinanderfolgender Grundperioden	Unregelmäßigkeiten im Schwingungsablauf der Stimmbänder
gepreßte Stimmqualität	Verstärkung der höherfrequenten harmonischen Energieanteile	Hyperadduktion der Stimmbänder im vorderen und mittleren Teil der Glottis; erhöhte Muskelspannung der mittleren und unteren Schlundschnürrer

pathologisches Stimmerkmal	akustische Definition	pathophysiologische Definition
behauchter Stimmeinsatz	langsamer Intensitätsanstieg; mit Einsetzen des Stimmtons zurückgehende Geräuschanteile im Spektrum	verzögerte Adduktion der Stimmbänder; allmähliche Ausprägung der Stimmband-schwingungen
laryngalisierter Stimmeinsatz	in der Einschwingphase größere Unterschiede in der Länge und Amplitude aufeinanderfolgender Grundperioden, meist mit niedriger Grundfrequenz verbunden	initial auftretende Aperiodizität des Schwingungsablaufs und Verlängerung der Schlußphase der Schwingungsperiode
harter Stimmeinsatz	abrunder Intensitätsanstieg mit initialem Intensitätsgipfel	Hyperadduktion der Stimmbänder; frühe Ausprägung eines stabilen Schwingungs-musters
Störungen der Stimmstabilität:		
Stimmschwund (voice fading)	allmähliche Abnahme der Intensität bis zum Ausbleiben periodischer Schwingungen	allmähliche Abnahme des subglottischen Anblasedrucks und/oder der Stimmband-adduktion
Stimmabbruch	Unterbrechung der periodischen Schwingungen	abrupte Abduktion oder Hyperadduktion der Stimmbänder
Entstimmung	kein periodischer Sprachschall bei stimmhaften Lauten	unzureichende Stimmbandadduktion für die Initiierung der Phonation
Tonhöhen sprung	sprunghafte Grundfrequenz-änderung (meist nach oben und um eine Oktave)	abrupte Spannungsänderung der Stimmbänder durch Längenänderung oder Ver-änderung der isometrischen Spannung
Diplophonie	gleichzeitiges Auftreten von zwei Grundfrequenzen	asynchroner Schwingungsablauf beider Stimmbänder als Folge eines unterschiedlichen Spannungszustandes
unkontrollierte Lautstärke-änderung	größere Wechsel in der Intensität des Sprachschalls	mangelnde Abstimmung von Anblasedruck und glottischem Widerstand
Stimmzittern	Modulation bzw. rhythmische Unterbrechung der Grundfrequenz	alternierende Kontraktionen laryngealer Muskeln bzw. rhythmische Ab- und Adduktionsbewegungen der Stimmbänder infolge laryngealer Myklonien bzw. Tremor
unwillkürliche Phonation	Auftreten regelmäßiger bzw. unregelmäßiger Schwingungen (Geräusch)	expiratorisch und inspiratorisch auftretende unwillkürliche Stimmbandadduktionen
Veränderung der Sprechstimme:		
Verschiebung der mittleren Sprechstimmlage	Sprechstimmlage außerhalb der Frequenzbereiche 100 bis 150 Hz (Männer) bzw. 180 bis 260 Hz (Frauen); ausschlaggebend ist letztlich die prämorbid individuelle Sprechstimmlage	generelle Spannungsveränderung bzw. eingeschränkte Beweglichkeit der intrinsischen und extrinsischen Kehlkopfmuskeln
Verschiebung des mittleren Lautstärkeniveaus	keine statistischen Normdaten für mittlere Intensität der Sprechstimme; etwa 60 dB	verändertes Verhältnis von isometrischer Spannung der Stimmbänder und sub-glottischem Anblasedruck

pathologisches Stimmerkmal	akustische Definition	pathophysiologische Definition
Störungen der Stimmleistung:		
Einschränkung des (physiologischen) Tonhöhenumfangs	Frequenzumfang liegt unter 1,5 Oktaven	unzureichende Fähigkeit zur aktiven und passiven Spannungsregulation der Stimmbänder
Einschränkung des Lautstärkeumfangs	Intensitätsumfang unter 35 dB	mangelnde Regulationsfähigkeit des glottischen Widerstands
Störung des intentionalen Flüsterns	stimmhafter Sprachschall anstelle von Flüstergeräusch	keine isolierte Adduktion der Stimmbänder durch die Mm. cricoarytenoidei zur Bildung eines Flüsterdreiecks

## 2. Beurteilung von Phonation, Atmung und Prosodie beim Nachsprechen

### 2.1. Phonation

#### 2.1.1. Stimmeinsätze

##### 2.1.1.1. Test

Der Patient soll die folgenden Wörter nachsprechen:

hier — heben — halt — hopp — Hund — ihr — eben — alt — ob — und

##### 2.1.1.2. Beurteilung

behaucht = 1  
 weich = 2  
 laryngalisiert = 3  
 hart = 4

hier	<input type="checkbox"/>	ihr	<input type="checkbox"/>
heben	<input type="checkbox"/>	eben	<input type="checkbox"/>
halt	<input type="checkbox"/>	alt	<input type="checkbox"/>
hopp	<input type="checkbox"/>	ob	<input type="checkbox"/>
Hund	<input type="checkbox"/>	und	<input type="checkbox"/>

##### 2.1.1.3. Erläuterungen

Die Prüfung der Stimmeinsätze steht an der Grenze zwischen Artikulation und Phonation. Zwar gehören im deutschen Lautsystem der behauchte und der vokalische Stimmeinsatz zu den Konsonanten (API 1962, Wängler 1972), doch geht es in der Sprachpathologie darum, den Sprechvorgang unter physiologischen Gesichtspunkten zu erfassen und zu strukturieren (vgl. Netsell 1978). Als laryngale Laute werden das /h/ und der Glottisplosiv im Zusammenhang mit der Phonation dargestellt.

Eine Wortliste wurde ausgewählt, weil die

Gegenüberstellung von Wörtern, für die das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines /h/ bedeutungsunterscheidend ist, die Einschätzung erlaubt, ob durch Adduktion der Stimmbänder phonologisch bedeutsame Laute gebildet werden können.

##### 2.1.2. Stimmqualität

###### 2.1.2.1. Test

Die folgenden Vokale sollen etwa zwei Sekunden lang laut und deutlich nachgesprochen werden (zwei Versuche durchführen): i, a, u.

###### 2.1.2.2. Beurteilung

Durch ein Kreuz wird markiert, welches Merkmal vorliegt:

	/i/	/a/	/u/
behaucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rauh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gepreßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geforderte Lautstärke erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

###### 2.1.2.3. Erläuterungen

In einem engen Zusammenhang mit den Stimmeinsätzen steht die Überprüfung der Stimmqualität. Um bei dieser Aufgabe zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, muß die Lautstärke kontrolliert werden; denn je leiser die Stimme ist, desto eher wird sie behauchet. Umgekehrt führt eine zu laute Stimme leicht zu einem Preßverhalten. Für diese Aufgabe wurde das Nachsprechen einfacher Vokale gewählt, um die Phonation möglichst unbeeinträchtigt von Artikulationsbewegungen beurteilen zu können.

### 2.1.3. Stimmstabilität bei isolierten Vokalen

#### 2.1.3.1. Test

Die folgenden Vokale sollen so lange wie möglich ausgehalten werden (zwei Durchgänge durchführen): i, a, u.

#### 2.1.3.2. Beurteilung

Durch ein Kreuz wird markiert, welches Merkmal vorliegt:

Stimmzittern	<input type="checkbox"/>
Diplophonie	<input type="checkbox"/>
Stimmabbruch	<input type="checkbox"/>
Tonhaltdauer (< 13 Sekunden)	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.3.3. Erläuterungen

In dem Test Stimmstabilität wird überprüft, wie der Patient den Phonationsvorgang beginnt, aufrechterhält und beendet. Phonatorische Auffälligkeiten am Ende der Tonhaltephase bleiben unberücksichtigt, weil sie auf erhöhte Anstrengung zurückzuführen sind und daher nicht notwendigerweise als pathologisch gewertet werden dürfen. Auffälligkeiten der Stimmstabilität bei der Initiierung und Beendigung stimmhafter Segmente werden am Lesetext (siehe Teil I, S. 73) überprüft, weil sie an die durch Artikulation modifizierte Phonation gebunden sind.

### 2.1.4. Stimmleistung

#### 2.1.4.1. Tonleitersingen

##### 2.1.4.1.1. Test

Die Tonleiter soll zunächst aufwärts so hoch wie möglich und dann abwärts so tief wie möglich gesungen werden (vormachen).

##### 2.1.4.1.2. Beurteilung

Der Tonumfang wird in musikalischen Werten notiert. Durch ein Kreuz wird markiert, wenn er eingeschränkt ist.

Ausgangston:	<input type="checkbox"/>	kleiner als 1 Quinte	<input type="checkbox"/>
höchster Ton:	<input type="checkbox"/>	kleiner als 1 Oktave	<input type="checkbox"/>
tiefster Ton:	<input type="checkbox"/>	kleiner als 1½ Oktaven	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.4.2. Portamento

##### 2.1.4.2.1. Test

Ein ganz hoher (bzw. tiefer) Ton soll gesummt und die Stimme in einem durchge-

hend fallenden (bzw. steigenden) Ton so tief hinunter (bzw. hoch hinauf) wie möglich geführt werden (vormachen).

##### 2.1.4.2.2. Beurteilung

siehe Tonleitersingen

höchster Ton	<input type="checkbox"/>	stark	<input type="checkbox"/>
tiefster Ton	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>
		eingeschränkt	<input type="checkbox"/>
		Tonsprung	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.4.3. Lautstärkeumfang

##### 2.1.4.3.1. Test

Der Patient soll »hallo« nach vier verschiedenen Anweisungen sagen:

1. Laut und deutlich sprechen
2. Leise sprechen
3. Flüstern
4. Laut rufen

##### 2.1.4.3.2. Beurteilung

Ein Pluszeichen bedeutet, daß die Aufgabe gelang; durch ein Minuszeichen wird markiert, wenn die Aufgabe nicht gelang.

lautes Sprechen	<input type="checkbox"/>
leises Sprechen	<input type="checkbox"/>
Flüstern	<input type="checkbox"/>
Rufen	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.4.4. Erläuterungen

Die Stimmleistung wird bezüglich Tonhöhenumfang und Lautstärkeregelung gemessen. Gerade bei diesen Einzeltests kann man häufig beobachten, daß der Patient Hemmungen hat, sie auszuführen. Es ist deshalb wichtig, die einzelnen Aufgaben vorzumachen. Beim Portamento muß der Untersucher im wesentlichen auf zwei Aspekte achten; zunächst darauf, ob dabei Tonhöhen-sprünge entstehen, und dann darauf, welche Tonhöhe der tiefste bzw. höchste Ton hat.

### 2.2. Atmung

Für diesen Untertest wird auch die im Zusammenhang mit der Stimmstabilität ermittelte Tonhaltdauer herangezogen.

#### 2.2.1. Test

Der Patient soll die folgenden Sätze nachsprechen:

Die Sonne scheint.  
Die Sonne scheint heute.

Die Sonne scheint heute wärmer.  
 Die Sonne scheint heute wärmer und heller.  
 Die Sonne scheint heute wärmer und heller  
 als gestern.

### 2.2.2. Beurteilung

Die Atempausen werden im Text durch ein V markiert. Durch ein Kreuz in dem entsprechenden Kästchen wird markiert, wenn ein Merkmal vorliegt.

Inspiratorisches Sprechen	<input type="checkbox"/>
Verkürzte Expirationsphase	<input type="checkbox"/>
Einatmung nach jeder Silbe	<input type="checkbox"/>
Schnappatmung	<input type="checkbox"/>

### 2.2.3. Erläuterungen

Die Atemsteuerung ist stark von der Sprechsituation abhängig. Sie muß deshalb in allen Bereichen, Spontansprache, Nachsprechen und Lesen beurteilt werden. Ein immer länger werdender Satz wird deshalb überprüft, weil sich gezeigt hat, daß bei Patienten oft die Einatmungshäufigkeit sprunghaft zunimmt, obwohl der Satz nur um ein Wort länger geworden ist. Es wird davon ausgegangen, daß ein Normalsprecher den längsten Satz (Satz 5) auf einen Atemzug sprechen kann.

## 2.3. Prosodie

### 2.3.1. Wortakzent

#### 2.3.1.1. Test

In diesem Test geht es um die Wort- und Satzbetonung. Der Patient soll darauf achten, welcher Vokal betont wird, und soll die Wörter genauso nachsprechen. (Die Silbe, die den zu prüfenden Wortakzent trägt, ist unterstrichen.)

umfahren — umfahren  
 übersetzen — übersetzen

Man darf dabei sitzen.  
 Man darf dabeisitzen.

#### 2.3.1.2. Beurteilung

Ein Pluszeichen bedeutet, daß der Wortakzent richtig realisiert wurde. Mit einem Minuszeichen wird markiert, wenn die Aufgabe nicht gelang.

um <u>fa</u> hren	<input type="checkbox"/>	<u>um</u> fahren	<input type="checkbox"/>
ü <u>ber</u> setzen	<input type="checkbox"/>	<u>ü</u> bersetzen	<input type="checkbox"/>

Man darf dabei <u>si</u> tzen.	<input type="checkbox"/>	Man darf dabe <u>is</u> itzen.	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------

### 2.3.2. Satzintonation (Syntagma)

#### 2.3.2.1. Test

(Anweisung siehe »Wortakzent«)

Wie du mir, so ich dir.

Der Patient soll im Rahmen eines Rollenspiels die folgenden Sätze nachsprechen:

(Die Situation ist: Ein Mann ist in einer fremden Stadt und sucht den Bahnhof. Plötzlich steht er vor einem Gebäude, das der Bahnhof sein könnte. Weil er sich aber nicht sicher ist, fragt er einen Vorbeikommenden:)

Ist das der Bahnhof?

(Der Passant kennt sich aus und antwortet auf die Frage:)

Ja, das ist er.

(Der Mann geht in den Bahnhof hinein. Zwei Züge stehen da, abfahrbereit. Der Mann geht zu dem Aufsichtsbeamten, zeigt auf den einen Zug und fragt:)

Ist das der Zug nach München?

(Der Beamte zeigt auf den anderen Zug und sagt zu dem Mann:)

Nein, das da ist Ihr Zug.

#### 2.3.2.2. Beurteilung

Siehe Test »Wortakzent«

Progredientes Syntagma:

Wie du mir, so ich dir.

Interrogatives Syntagma:

Ist das der Bahnhof?

Ist das der Zug nach München?

Terminales Syntagma:

Ja, das ist er.

Nein, das da ist Ihr Zug.

#### 2.3.2.3. Erläuterungen

Die Erkennung des Wortakzents und der Satzintonation ist ein komplexer Wahrnehmungsvorgang, bei dem die einzelnen Komponenten — Tonhöhen, Lautstärke- und Dauervariation sowie die Stimmqualität — nur in Ausnahmefällen auditiv isoliert werden können. Fehler in einzelnen Bereichen lassen sich deutlich an der Spontansprache beurteilen, und die entsprechenden isolierten

Defizite werden im Stimmleistungstest und bei der Diadochokinese überprüft, so daß eine genauere Differenzierung an dieser Stelle nicht notwendig ist.

3. Beurteilung von Phonation, Atmung und Prosodie anhand des Lesetestes aus Teil I (S. 73/74)

3.1. Phonation

Durch ein Kreuz wird markiert, wenn ein Merkmal vorliegt.

Stimmschwund	<input type="checkbox"/>	zu laute Stimme	<input type="checkbox"/>
Stimmabbruch	<input type="checkbox"/>	zu leise Stimme	<input type="checkbox"/>
Entstimmung	<input type="checkbox"/>	zu hohe Sprechstimmlage	<input type="checkbox"/>
Tonhöhen sprung	<input type="checkbox"/>	zu tiefe Sprechstimmlage	<input type="checkbox"/>
unkontrollierte Lautstärkeänderung	<input type="checkbox"/>	monotone Sprechstimmlage	<input type="checkbox"/>

3.2. Atmung

Atemvorschub	<input type="checkbox"/>
Sprechen auf Residualluft	<input type="checkbox"/>
hörbare Einatmung	<input type="checkbox"/>
Schnappatmung	<input type="checkbox"/>
zu häufige Einatmung	<input type="checkbox"/>

3.3. Prosodie

Monotonie	<input type="checkbox"/>
Verlangsamung	<input type="checkbox"/>
Beschleunigung	<input type="checkbox"/>

3.4. Erläuterungen

(Siehe Teil I, 5.4., S. 74.)

Literatur

Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Die Sprache und ihre Störungen. Bd. 1 und 2. Wien 1970.  
 Netsell, R.: Speech physiology. In: Minifie, F. D., Hixon, T. J., und Williams, F. (Hrsg.): Normal aspects of speech, hearing, and language. Englewood Cliffs, New York 1973, S. 211—234.  
 Wängler, H. H.: Physiologische Phonetik. Eine Einführung. Marburg 1972.

<p>Anschrift der Verfasser:          Dr. Paul Schäfersküpper          und Privatdozent Dr. Detlev von Cramon          Max-Planck-Institut für Psychiatrie          Kraepelinstraße 10          8000 München 40</p>	<p>Dr. Paul Schäfersküpper arbeitet zur Zeit als wissenschaftlicher Angestellter in der Kinderabteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie an der Erforschung der Artikulomotorik von dysphasischen Kindern.          Dr. Detlev von Cramon ist Leiter der Neuropsychologischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München.</p>
--	--

## Sonderangebot

Im Auftrage einer pensionierten Abonentin können wir die komplette Sammlung der Jahrgänge 1956—1984 (ungebunden)

**»Die Sprachheilarbeit«**

anbieten. Die Hefte sind in gutem Zustand.

Gesamtpreis (148 Hefte) 450,— DM + 15,— DM Versandkosten.

Bestellung erbeten an

**Wartenberg & Söhne · Verlag · Theodorstr. 41 w · 2000 Hamburg 50**



Joachim Adler, Celle

## Zur Problematik von Apathikern mit leichten Reststörungen

### Zusammenfassung

Wenig Beachtung finden in der Literatur leichte aphatische Restdefekte, die trotz günstigen Heilungsverlaufs in der Regel zurückbleiben. Die Betroffenen sind zwar kommunikativ mehr oder weniger unauffällig und unterscheiden sich in alltäglichen Situationen, die umgangssprachliches Verhalten erfordern, kaum von den Sprachgesunden. Dagegen ist ihr intellektuelles Lern- und Leistungsverhalten erheblich beeinträchtigt. Erörtert werden Symptome der Restaphasien, diagnostische Möglichkeiten, die psychische und soziale Problematik der Betroffenen. Therapeutisches Vorgehen wird nur angedeutet und einer späteren Veröffentlichung vorbehalten.

### 1. Zum Begriff »Restaphasie«

Unter den Hirngeschädigten gibt es die kleine, fast unbeachtete Untergruppe der Restaphatiker. Damit meine ich nicht jene große Gruppe Aphasiekranker, deren Befinden sich nach mehrjährigem Verlauf sozusagen auch auf dem »Rest«-Stand einer mehr oder weniger schweren dauerhaften und therapeutisch kaum noch beeinflussbaren Störung festgelegt hat. Sie haben in den meisten Fällen zusätzliche nonverbale Umwegstrategien entwickelt, so daß eine Kommunikation in ihrem engeren Familienkreise möglich ist. Eine Teilnahme am Berufsleben oder an anderen freien gesellschaftlichen Formen ist für diese Gruppe der Apathiker so gut wie ausgeschlossen.

Im folgenden soll dagegen die Rede sein von jenen Apathikern, bei denen nur noch so leichte Restzustände nach motorischer oder amnestischer (seltener: sensorischer) Aphasie festzustellen sind, daß sie dem Laien nicht auffallen bzw. daß er sie nicht zu deuten weiß. Jugendliche mit prä-morbider guter In-

telligenz können auch nach anfangs schweren Aphasien, wenn sie sehr intensiv therapiert wurden, Erwachsene mit leichteren Aphasien nach günstigem Verlauf diesen Zustand erreichen, der die Betroffenen dicht vor die Schwelle der Sprachgesunden stellt. Ihre »Tragik« besteht gerade darin, daß sie nach außen hin so gut wie unauffällig sind, so daß sie bei Versagen im Beruf oder in der Schule leicht in den Verdacht geraten, zu simulieren oder »nicht zu wollen«.

*Leischner* (1979, S. 161) kennzeichnet diese Gruppe so: Es seien zwar sichere aphatische Symptome nachweisbar, die ganze Symptomatik sei aber »verarmt«, so daß eine Zuteilung zu einem bestimmten Aphasietyp nur insofern möglich sei, wenn man in Kenntnis des früheren ausgeprägten Symptombildes wisse, aus welchem Aphasietyp sich die Restaphasie entwickelt habe.

### 2. Zur Diagnose von Restaphasien

— In den meisten Fällen werden beim letzten Teil des Token-Tests noch Fehler gemacht.

— Der Aachener Aphasietest zeigt, wenn überhaupt, die leichten Störungen vor allem bei der Überprüfung der Spontansprache (besonders bei den Beschreibungsebenen Prosodie und semantische Struktur), bei der Schriftsprache und dem Sprachverständnis an.

— In den von *Peuser* herausgegebenen »Studien zur Sprachtherapie« wird in einem Beitrag von *Schönekeß* auf den »Allgemeinen Deutschen Sprachtest« von *Steinert* hingewiesen, der für die Diagnose von aphatischen Resterscheinungen geeignet sei und

den Vorteil habe, an sprachgesunden Personen geeicht zu sein (*Schönekäb* 1979, S. 209 ff.). Ich möchte mich diesem Urteil anschließen, da der Test in der Tat sicherer greift als die vorgenannten, mehr auf schwere Fälle eingestellten Tests und außerdem konkrete und systematische Hinweise für die Planung und Durchführung von Sprachtherapie mit Restaphatikern bietet.

### 3. Beschreibung von Symptomen der Restaphasie

Will man die Restaphasie beschreiben, so muß man sich zweier Schwierigkeiten bewußt sein:

a) Erscheinungen einer allgemeinen, durch den zerebralen Schaden bedingten Leistungsschwäche sollte man möglichst ausklammern, obwohl das nicht immer gelingt. Ich denke z. B. an die enge Verflechtung von Sprache und Gedächtnis oder an eine Bemerkung *Eisensons* (1979, S. 374), daß es sich bei gewissen Fehlern um ein Versagen kognitiver Strategien handle, das sich in der Sprache niederschlägt, oder an einen von *Luria* bei der Sprachentwicklung von Kindern beschriebenen Fehlertyp, den er »trägheitsbedingt« nennt (1982, S. 138 ff.) und womit er eine Art Vorstufe der Perseveration beschreibt. Dieser Fehlertyp ist m. E. auch bei der Restaphasie zu beobachten.

b) Wie schon erwähnt, ist die Grenze zur Welt der Sprachgesunden sehr nah. Fehlleistungen müssen nicht unbedingt aphasischer Natur sein, sondern sind möglicherweise auch schon vor dem Krankheitsereignis vorhanden gewesen.

Ich will jetzt versuchen, einige Symptome der Restaphasie, wie ich sie beobachten konnten und die mir wesentlich erscheinen, zu beschreiben:

— Im sprechmotorischen Bereich kommt es entweder zu leichten phonematischen Paraphasien, die meistens in der Form von Inversionen auftreten, oder zu fast nicht mehr wahrnehmbaren dysarthrisch bedingten Verschleifungen oder zu einer durch die beeinträchtigte Prosodie hervorgerufenen Monotonie oder Farblosigkeit der Stimme und ihres Klanges.

— Im lexikalischen Bereich kommt es zu einer gewissen Unschärfe. Während übliche Benennungsübungen fast fehlerlos verlaufen, gibt es Schwierigkeiten auf einer höheren Ebene, also bei Oberbegriffen, Definitionen, Erläuterung von Unterschieden, bei differenzierten Aufgaben der Wortbildung durch unterschiedliche Nachsilben usw. Wenn in der freien Rede ein präziser Ausdruck fehlt, weichen Restaphatiker gern aus, indem sie unverhältnismäßig öfter als Sprachgesunde Wörter wie »das Ding«, »die Sache«, »der Gegenstand«, »machen«, »tun« o. ä. verwenden. Einem (unveröffentlichten) Patientenbericht, den ich Frau Ingeborg *Ohlendorf* von der Rheinischen Landeslinik Bonn verdanke, entnehme ich folgende Beschreibung (es handelt sich um den unten erwähnten kaufmännischen Angestellten an einem Großmarkt): »Der Patient nutzte Strategien, um seine sprachlichen Ausfälle bzw. Schwierigkeiten zu kaschieren: wenig reden, Worte des Gesprächspartners wiederholen, abstrakt reden. Das abstrakte Reden klang sehr unauffällig richtig und auch passend, nur, daß es nicht möglich war, sich zu den Äußerungen des Patienten tatsächlich etwas vorzustellen. Öfter liefen auch richtige Satzmuster, zum Teil recht komplex, ab, deren Inhalt aber nur vage mit einem intendierten Inhalt zu tun hatte.« (Anmerkung: In psychiatrischen Handbüchern findet man gelegentlich Beschreibungen des sogenannten »Salonblödsinns«, z. B. *Spörri* 1970, S. 138: »Bei an sich nicht oligophrenen Persönlichkeiten beobachtbar; sie verfügen über ein gutes Wissen und Sprachgewandtheit, denken und formulieren jedoch ganz unklar.« Diese Erscheinung läßt sich differentialdiagnostisch gut abheben von der unklaren Sprechweise der Restaphatiker, deren Ursache nicht verworrenes Denken, sondern latente Sprachnot ist.)

— Die Wiedergabe komplexer Texte ist gestört; vor allem gibt es Schwierigkeiten bei der Beachtung von Reihenfolgen, dem Erkennen und Hervorheben des Wichtigen.

— Die starke Beeinträchtigung der »inneren Sprache« zeigt sich in dem folgenden Umstand: Es ist dem Restaphatiker nicht mög-

lich, einen Satz »still« zu entwerfen und ihn sozusagen »fertig« zu äußern; er ist nur in der Lage, ihn »laut« zu formulieren, so daß es dabei infolge fehlerhafter Ansätze, plötzlich auftretender Blockierungen oder Wortfindungsstörungen zu nahezu paragrammatischen, zögernden, ungenauen oder »versandenden« Ausführungen kommt.

— Die Fähigkeit, frei zu assoziieren, ebenso aber auch zu einem bestimmten Thema untergeordnete Begriffe zu suchen, ist in einem auffälligen Maße herabgesetzt.

— Analog dazu ist eine freie, kreative Verfügbarkeit über den Wortschatz und verschiedene stilistische Mittel vermindert, sowohl bei der mündlichen Rede als auch bei der schriftlichen Darstellung. Es fällt den Restaphatikern »nichts ein«, bzw. sie haben große Schwierigkeiten, sich selbst bei erkannten Fehlleistungen zu korrigieren. In denselben Zusammenhang gehört, daß die Fähigkeit, Paraphrasen (d. h. Umschreibungen) zu bilden, eingeschränkt ist. Diese Erscheinungen sind vermutlich durch eine verminderte Leistungsfähigkeit der »inneren Sprache« zu erklären.

— Gelegentlich beobachtete ich eine Merkfähigkeitsstörung für sprachliche elementare Sequenzen; ein solcher Restaphatiker ist z. B. nicht in der Lage, ein längeres buchstabiertes Wort zu einem Ganzen zusammenzusetzen.

— Schließlich ist die Rezeption sowohl im Phonematischen als auch im Graphischen erheblich reduziert. Es besteht eine fast spiegelbildliche Relation zu den oben erläuterten Erscheinungen: Während im konkreten, situationsgestützten Bereich so gut wie keine Verständnisstörungen auftreten, kommt es zu einer gewissen »Unschärfe« auf der höheren Ebene, wo kompliziertere Entschlüsselungsvorgänge erforderlich sind. In diesen Zusammenhang gehört auch die Beobachtung, daß Restaphatiker große Schwierigkeiten haben, Sprichwörter und Redewendungen in ihrer übertragenen Bedeutung zu verstehen.

— Obwohl sich der letzte Punkt leicht unter den vorhergehenden subsumieren ließe,

möchte ich ihn besonders hervorheben: Restaphatiker leiden unter einer erheblichen Rechenschwäche; sie ist begründet in einem herabgesetzten Kurzzeitgedächtnis für Zahlensequenzen, in einer Hörschwäche für Zahlen (besonders bedingt durch die deutsche Eigenart, im Zehnerbereich den Einer vor dem Zehner zu nennen) und bzw. oder einer Entschlüsselungsschwäche für sprachlich »eingekleidete« Aufgaben und ihre Übertragung in eine Zahlengleichung. (Zum Beispiel rechnen sie bei der Aufgabe »Verdreifache ich meine gesuchte Zahl, so erhalte ich 15«: 3 mal 15 gleich 45. Die gesuchte Zahl ist für sie also 45, weil sie nicht verstehen, daß sie statt zu verdreifachen durch 3 teilen müssen.)

#### 4. *Psychische Problematik*

Wenn ich die Reihe der mir bekanntgewordenen Fälle betrachte, so haben sie alle — abgesehen von ihren unterschiedlichen Schicksalen — zweierlei gemeinsam:

Die Patienten sind äußerlich unauffällig; keiner hat eine schwere Gesichts- oder Körperentstellung; keiner hat eine Lähmung, nicht einmal eine Facialisparese, keiner ist als Behinderter erkennbar.

Aber jeder leidet an seiner Restaphasie — nicht nur scheinbar, sondern in vielen Fällen offensichtlich stärker als schwer Betroffene mit einer Hemiplegie und einer vollen Aphasie. Es kommt mir so vor, als resigniere die Gruppe der Schwerbehinderten schneller und finde sich mit dem Los ab, abhängig zu sein und auf der Stufe eines Pflegefalles zu bleiben. (Das hängt natürlich auch mit dem herabgesetzten Antrieb zusammen.) Dagegen stehen die unauffälligen Restaphatiker immer dicht vor der Grenze, die sie von der Welt der Gesunden trennt, und können sie doch nicht überspringen. Ihre Störung ist für sie deutlich erkennbar, und sie wissen bzw. ahnen, daß sie verhältnismäßig therapieresistent ist.

#### 5. *Soziale Problematik*

In seinem Buch über »Aphasie und Sprachentwicklungsstörungen« erläutert *Leischner* »Erfolgsstufen« therapeutischer Bemühun-

gen (1979, S.316). Er stuft ab von »keine Besserung« über »geringe Besserung«, »deutliche Besserung«, »praktische Heilung« bis zur »linguistischen Heilung«. Letztere wird zugestanden, wenn bei der Nachuntersuchung keinerlei sprachliche oder hirnpathologische Ausfälle anderer Art nachgewiesen werden konnten. Obwohl *Leischner* es nicht besonders festlegt, werden die Restaphatiker eher bei der Gruppe »praktische Heilung« anzusiedeln sein. Sie wird angenommen, »wenn die Sprache des Kranken nun für seine persönlichen und seine beruflichen Bedürfnisse« ausreicht.

Die Richtigkeit von *Leischners* »Erfolgsstufen« ließe sich natürlich nur kasuistisch belegen. Aus meiner Erfahrung möchte ich bezweifeln, daß es nach einer »echten« Aphasie überhaupt eine »linguistische Heilung« gibt, wenn man jene Fälle einer kurzfristigen transitorischen Aphasie z. B. nach Schädelhirntrauma bei Kindern und Jugendlichen ausschließt.

Bei den »praktisch Geheilten« muß man jedoch differenzieren. Die Sprache reicht weitgehend aus für die »persönlichen Bedürfnisse« (worunter wohl jene Teilaspekte der »Kommunikation« zu verstehen sind, die *Lewandowski* 1976, S. 321 ff., zusammengestellt hat: »Zwischenmenschliche Verständigung, intentional gesteuerte Mitteilung, ... partnerschaftlich dialogisch ... und auf die natürliche und gesellschaftliche Umwelt bezogen«). Der Restaphatiker besitzt also durchaus noch (oder wieder) kommunikative Kompetenz, d. h. die Fähigkeit, Redesituationen zu bewältigen. — Allerdings entstehen gelegentlich Probleme partnerschaftlicher Dominanz, wenn ein Partner sprachgesund und der andere Restaphatiker ist. Wenn es dem sprachgesunden Partner gelingt, dem anderen Geborgenheit und intellektuellen Schutz im Umgang mit den komplizierten Einrichtungen unserer verwalteten Welt zu bieten, kann das sehr gut gehen.

Fragwürdig wird der Begriff der »praktischen Heilung« jedoch im beruflichen Bereich, was zweifellos zusammenhängt mit einer Störung der Sprache als »Werkzeug«, genauer: mit einer Beeinträchtigung des »linguistischen

(lexikalisch-syntaktischen)« Bereichs (*Linke* 1981, S.93). Die von mir beschriebenen Reststörungen reichen für die »beruflichen Bedürfnisse« höchstens bis zu den unteren Graden unserer beruflichen Hierarchie. Daraus folgt: Der Psychologe muß in den Ruhestand gehen; der kaufmännische Angestellte in einem Großmarkt, der früher einmal der ganzen Lebensmittelabteilung vorstand, wird auf die Gemüseabteilung beschränkt, vor allem deshalb, weil er Schwierigkeiten hat mit der Computer-Anlage; die Abiturientin mit dem Einser-Zeugnis kann nicht studieren und muß froh sein, wenn sie in der Aufnahme eines Krankenhauses die Karteikarten ordnen darf; der ehemalige Filialleiter einer Bank macht »Zahlendreher« und bearbeitet jetzt in einer untergeordneten Abteilung Prämiensparanträge, ohne dem Publikumsverkehr ausgesetzt zu sein; der nicht unbegabte Jugendliche, der noch keinen Schulabschluß hat, wird ganz aus dem Gleis geworfen und geht einem ungewissen und unter den ursprünglichen Bedingungen nicht mehr planbaren Lebenslauf entgegen; der Großbauer kann zwar noch seinen Hof bewirtschaften, übersieht aber die Buchführung nicht mehr; der Fleischermeister muß sich bei der Führung seines Betriebes auf die Hilfe der Ehefrau und, wenn ihm Paraphasien unterlaufen, auf die Toleranz der Mitarbeiter verlassen.

Nimmt man diese verschiedenen Schicksale zusammen, so fällt auf, daß allen eine Art Degradierung gemeinsam ist: Bereits errungene Positionen werden herabgestuft, Lebenserwartungen radikal gekappt, prämorbid zustande gekommene soziale Beziehungen werden brüchig oder reißen oder müssen auf einer niedrigeren Stufe neu geknüpft werden. Die Wirkung dieses Degradierungsvorganges auf die Betroffenen ist unterschiedlich: Sie reicht von tiefer Resignation, die mit Suizidgefahr verbunden ist, über Selbstisolierung und Pflege abstruser Hobbys bis zu stumpfer Bejahung.

#### 6. *Schlußbemerkung*

Therapeutische Aspekte wurden weitgehend ausgeklammert und sollen einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben. Nur

zwei Gesichtspunkte möchte ich kurz streifen: Aphasiotherapeuten, die den Umgang mit schweren Apathikern gewohnt sind, tun sich in der Regel schwer mit Restaphatikern und neigen dazu, diese zu unterfordern. — Als Therapiematerial empfiehlt sich entweder solches, das für die kognitive Erziehung von Schülern, oder solches, das für die gehobenen Ansprüche von Ausländern (Deutsch als Fremdsprache) entwickelt worden ist. (Titel werden auf Wunsch mitgeteilt.)

wecken, die mit ihren scheinbar »leichten« Störungen schnell übersehen werden. Leider gibt es außer einer möglichst intensiven Therapie kein Mittel, ihnen zu helfen — es sei denn, sie auch nach Abschluß der von den Kassen gezahlten Therapie freundschaftlich zu begleiten und in Notsituationen, z. B. im Umgang mit Behörden, zu unterstützen, Jugendlichen bei unausweichlichen Konflikten mit Eltern oder Lehrern als Vermittler zur Verfügung zu stehen oder — bei Älteren — den überlegenen Partner im Auge zu behalten und, soweit es möglich ist, vorsichtig zu leiten.

Zweck dieses Beitrages ist, Anteilnahme für diese Gruppe der Hirngeschädigten zu

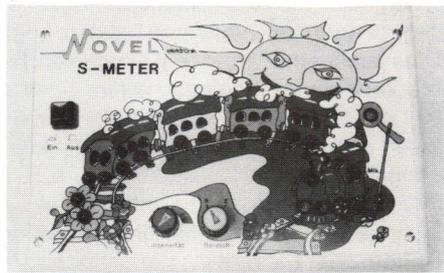
#### Literatur

- Birchmeier, A. K.: Aphasie. Berlin 1984.  
 Eisensohn, J.: Die sprachliche Rehabilitation erwachsener Apathiker. In: Peuser, G. (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. München 1979, S. 361—381.  
 Kotten, A.: Die kommunikative Funktion nonverbaler Umwegeleistungen. In: Peuser, G. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Aphasieforschung. Köln 1976, S. 57—70.  
 Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.  
 Lewandowski, Th.: Linguistisches Wörterbuch. UTB 200. Heidelberg 1976.  
 Linke, D.: Ganzheit und Teilbarkeit des Gehirns. In: Schnelle, H.: Sprache und Gehirn. stw 343. Frankfurt 1981, S. 81—96.  
 Luria, A. R.: Sprache und Bewußtsein. Köln 1982.  
 Schönekeß, R.: Der Allgemeine Deutsche Sprachtest. In: Peuser, G. (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. München 1979, S. 209—221.  
 Spörri, Th.: Kompendium der Psychiatrie. Basel/München/New York 1970.  
 Steinert, J.: Allgemeiner Deutscher Sprachtest (ADST). Braunschweig/Göttingen 1977.  
 von Stockert, Th. R.: Theorie und Praxis der Aphasiotherapie. München 1984.

Anschrift des Verfassers:  
 Joachim Adler  
 Brahmsstraße 14 a  
 3100 Celle

Joachim Adler ist Sonderschullehrer an der Schule für Sprachbehinderte in Celle und beschäftigt sich mit den Problemen der Erziehung und Rehabilitation jüngerer Apathiker sowie mit Grenzgebieten der Aphasie.

 <p><b>Handbuch für Lehrer</b>          166 Seiten didaktisches Material für          Grund-, Sonder-, Vorschulklassen, Kindergärten, Sprachheilunterricht, Förderunterricht, Ausländerkinder</p> <p><b>GRATIS</b></p>	<p><b>SCHUBI</b>          SCHULEN UND BILDEN</p>
	<p><b>Gutschein</b> für 1 Gratisexemplar «Handbuch für Lehrer»          Name, Beruf, Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>134/85-8</p>
<p>Ausschneiden, auf Postkarte kleben und sofort einsenden an:  <b>Huesmann + Benz Verlag, Postfach 569, 7700 Singen</b></p>	



### **S-Meter**

Der S-Meter ist ein Indikator für die Dyslalie-Therapie zur spielerischen Einübung der stimmh. Reibelaute »s« und »sch« in allen Phasen der Behandlung.

Die Rückmeldung richtig gesprochener s-Laute erfolgt optisch über eine LED-Anzeige.

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Therapeuten wurde mit dem S-Meter ein brauchbarer Kompromiß zwischen motivierender Gestaltung und einfacher Handhabung entwickelt.

#### **NOVEL elektronik**

Wolfgang Heikamp, Varenholzstraße 101,  
4630 Bochum 6, Telefon (02327) 7 07 64

Hat sich Ihre Anschrift  
geändert?

Mitglieder der dgs:

Bitte benachrichtigen Sie  
in einem solchen Fall  
umgehend Ihre  
Landesgruppe der dgs.

Wir suchen

### **Logopädin/en**

*für die Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien bei  
hirnbeschädigten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.*

Unsere Einrichtung ist eine überregionale Rehabilitationsklinik für Folgezustände von neurologisch-neurochirurgischen Erkrankungen und nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Die Nachsorge wird von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und erfahrenen Pflegekräften durchgeführt.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT.

Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir ggf. behilflich.

*Hessisch Oldendorf* liegt in landschaftlich schöner Umgegend im Wesertal, verkehrsgünstig zur Landeshauptstadt Hannover (ca. 50 km) und zur Kreisstadt Hameln (ca. 10 km).

#### **Neurologische Klinik**

Greitstraße 18—28, 3253 Hessisch Oldendorf



Volker Middeldorf, Köln

## Das Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/ Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie

### Zusammenfassung

Der Autor weist auf zum Teil fehlende Informationen bei Kieferorthopäden bzw. Zahnärzten und auch bei Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden in bezug auf das Zungenpressen hin. Das Zungenpressen (tongue thrust) wird in seinem Erscheinungsbild terminologisch und symptomatologisch beschrieben. Danach werden Pathogenese und Ätiologie tangierende Bemerkungen gemacht, die schließlich in die »prädisponierenden Entwicklungsfaktoren des Zungenpressens« münden. Es folgt eine Darstellung verschiedener Erklärungsansätze, aus denen sich zum Teil kontroverse Standpunkte herauskristallisieren. Das verdeutlicht auch der Mangel an Eindeutigkeit, die eine Unterscheidung zwischen normalem oder deviantem Schluckmuster zuließe. Es besteht die allgemeine Auffassung, jegliches Zungenbewegungsmuster, das aufgrund ausgewählter Kriterien als Zungenpressen definiert wird, als abnormes Verhalten zu verstehen. Therapeutische Interventionen werden in ihrer Effektivität sehr unterschiedlich eingeschätzt.

### 1. Einleitung

Kieferorthopäden und Zahnärzte werden permanent mit Zahnstellungsanomalien konfrontiert. Sie leiten aus ihrer Sicht fachkundig Korrekturmaßnahmen ein; z. B. verhelfen sie dem Jugendlichen zu einer Zahnklammer, um den offenen Biß abzubauen.

Sprachheillehrer und Logopäden werden tagtäglich mit Zahnstellungsanomalien konfrontiert, die einhergehen mit dyslalischen Erscheinungen, oder sie werden mit dyslalischen Symptomen konfrontiert, die mit Zahnstellungsanomalien einhergehen. Sie leiten aus ihrer Sicht fachkundig Korrekturmaßnahmen ein; z. B. verhelfen sie dem Kind oder Jugendlichen zu einer Artikulation, die der sprachlichen Norm entspricht, trotz der bestehenden Gebißdeformationen.

In beiden Fachbereichen wird somit symptomorientiert therapiert, kausalitätsbezogen wird höchstens funktionalbegleitend in der Dyslaliebehandlung eine Bewegungsstrukturänderung vollzogen. Bewußt wird meist nicht die Ursache für Zahnstellungsanomalien und/oder Dyslalieerscheinungen in einem Zungenpressen gesucht.

Dieser Beitrag versucht einige mehr theoretische Aspekte des »tongue-thrust-Phänomens« herauszugreifen.

### 2. Theoretische Auseinandersetzung

Gegenwärtig existiert weder in der deutschsprachigen noch in der amerikanischen Literatur eine einheitliche Nomenklatur bezüglich des Phänomens des Zungenpressens. Bisher wurde eine Vielzahl von Begriffen, die das Phänomen des Zungenpressens umschreiben, geprägt.

Arnold (1970) spricht von »Zungenstoß«, Hanson (1967) von »tongue thrust«, Fletcher, Casteel und Bradley (1961) sprechen von »tongue thrust swallow«, Ward et al. (1961) von »visceral swallow«, andere Autoren nennen dieses Phänomen »infantile swallow«, »reverse swallow«, »deviant swallow«, »tongue thrust swallow« (Palmer 1962). Die Definition des Zungenpressens variiert von Autor zu Autor und von Standort zu Standort. Als Zeichen des Zungenpressens werden die Vorverlagerung der Zunge gegen oder zwischen die Zähne und eine überstarke circumorale Muskelaktivität während des Schluckens verstanden. Während Ehrlich (1970) beim Zungenpressen vom »falschen Schluckmuster«, Straub (1960) von »abnormaler Schluckgewohnheit« (abnormal swallowing habit) und Bay (1955) von »übler Ge-

wohnheit« und »Unart« sprechen, weisen andere Autoren darauf hin, daß dieses Zungenbewegungsmuster als normal anzusehen sei. Nach Durchsicht der mir zugänglichen Literatur kann ich *Mason* und *Proffit* (1974) nur zustimmen, wenn sie feststellen: »With such confusion surrounding the behaviors attribute to this condition, one can appreciate the difficulty researchers encounter in defining and studing tongue thrust« (S. 116).

*Mason* und *Proffit* sehen als Symptom des Zungenpressens das einzelne Auftreten oder die Kombination von drei Bewegungsmustern an:

1. Während der Einleitungsphase des Schluckaktes tritt die Zungenspitze durch die Vorwärtsbewegung der Zunge zwischen den Frontzähnen hervor und kommt mit der Unterlippe in Kontakt.
2. Die Zunge wird während des Sprechens zwischen oder gegen die Vorderzähne gebracht, wobei der Unterkiefer leicht gesenkt ist.
3. In Ruhestellung wird die Zunge nach vorne verlagert; dabei ist der Unterkiefer leicht gesenkt; die Zungenspitze legt sich an oder zwischen die Vorderzähne.

*Mason* und *Proffit* weisen darauf hin, daß diese Erscheinungen auch bei Individuen auftreten können, die über keinerlei Sprach- oder Zahnprobleme zu klagen brauchen.

### 3. Häufigkeit

*Lewis* und *Counihan* (1965) sind der Meinung, daß das Zungenpressen in der Kindheit bei jedem Kind auftritt. Hohe Prozentsätze geben *Fletcher*, *Casteel* und *Bradley* (1961) an. Danach wiesen 52,2 Prozent der von ihnen getesteten sechsjährigen Schulkinder (insgesamt wurden 1615 Schüler im Alter von sechs bis 18 Jahren untersucht) ein Zungenpressen auf, während nur noch 32,5 Prozent der 15jährigen dieses Muster zeigten. *Hanson* und *Cohen* (1973) und *Hanson*, *Barnard* und *Case* (1969, 1970) fanden ähnliche Werte.

### 4. Pathogenese

Im Laufe der Entwicklung der Mundhöhle, in der der Zunge eine wesentliche, formende

Rolle zugeschrieben werden kann, bewegt sich die Zunge zurück, von der »infantilen«, vorderen, zur »reifen«, hinteren Position. *Bosma* (1967, zitiert nach *Mason* und *Proffit* 1974) nennt dieses Phänomen eine Form der »Nach-hinten-Reifung« der oralen Strukturen. Hier sei auch auf die etwa in diesem Alter auftretende Rückverlagerung der Lautbildung von der labialen zur palatal-velaren Artikulationsstelle hingewiesen. Dieser Übergang vollzieht sich etwa im dritten Lebensjahr. Bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen tritt die Funktionsreife später ein. Sollte diese Entwicklung sogar ausbleiben, und sollte dadurch die Zunge in der »infantilen« Lage verharren, dann ist der normale kraftvolle Druck der Zunge gegen den Gaumen nicht vorhanden. Vielmehr arbeitet die Zunge dann aus einer tieferen Frontlage heraus und begleitet das Schlucken mit einem Pressen gegen die Frontzähne.

Während der frühen Schuljahre treten manche Diskrepanzen im Mund auf: Die zweite Zahnung beginnt, einige Erwachsenenzähne sind bereits im Kindeskiefer durchgebrochen. Die Zunge ist noch nicht für die Mundhöhle proportioniert. Das Tonsillargewebe an Zahnwurzel und im Rachen hat im Alter von acht bis neun Jahren den größten Umfang erreicht, danach verkleinern sich die Tonsillen zur Erwachsenengröße.

Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren haben also einen Kindeskiefer mit Erwachsenenzähnen, eine große Zunge in einer relativ kleinen Mundhöhle und einen Rachen mit stark ausgeprägten Mandeln, die dazu tendieren, die Zunge nach vorn zu drücken, um die Luftwege freizuhalten. Während dieser Entwicklungsperiode haben manche Kinder keine andere Möglichkeit, als die Zunge weit vorn oder sogar außerhalb der Mundhöhle zu lassen (*Hoffman* und *Hoffman* 1965).

### 5. Ätiologie

Wichtig wird die Frage nach der Ätiologie in Hinblick auf therapeutische Maßnahmen: Hat man es beim Zungenpressen mit einer Angewohnheit, mit einem angeborenen Verhaltensmuster oder mit einem Verhaltensmuster aufgrund anatomischer Gegebenheiten zu tun?

Das Erwachsenenschluckmuster ist außer den schon dargelegten Kriterien dadurch charakterisiert, daß Okklusion besteht, die Ruhestellung der Lippen mit nur geringer oder nicht erkennbarer Muskelaktivität einhergeht, die Zungenspitze gegen den Gaumen hinter den oberen Schneidezähnen gelagert ist, wo die Zungenspitze während des Schluckaktes bleibt. Sicherlich gibt es von Individuum zu Individuum auch unterschiedliche Muster (vgl. Ehrlich 1970, S. 36).

Das Kinderschlucken unterscheidet sich stark von dem Erwachsenenmuster: Beim Schlucken sind die Kiefer so geöffnet, daß die Zunge den Raum zwischen den Zahnfleischbögen und später zwischen den Zähnen ausfüllt; die Lippen aktivieren sich in der Schluckbewegung; die Zunge lagert zwischen den Zahnbögen im Kontakt mit der Unterlippe.

Ob nun das Zungenpressen eine Abweichung auf dem Weg zum Schluckmuster des Erwachsenen oder ob es ein normales Übergangsstadium repräsentiert, bleibt bis heute unklar.

#### 6. Prädisponierende Entwicklungsfaktoren des Zungenpressens

— Die Zunge folgt im Wachstum und in der Entwicklung etwa der Wachstumskurve neuraler Gewebe des Körpers. Die Zunge entwickelt sich stetig und erreicht das maximale Ausmaß im Alter von etwa acht Jahren.

Der Unterkiefer wächst dagegen langsamer. Er erreicht im Alter von etwa zwölf Jahren ein Wachstumsplateau, von dem aus sich der Kiefer in der puberalen und postpuberalen Phase zur Endform ausbildet.

Das Kieferwachstum folgt annähernd der Kurve des allgemeinen Körperwachstums.

Die klinische Schlußfolgerung aus dem Vergleich der unterschiedlichen Wachstumsgeschwindigkeiten von Zunge und Kiefer ist die Feststellung, daß die Zunge in den frühen Wachstumsjahren die Tendenz besitzt, relativ hoch und vorn in der Mundhöhle zu liegen.

— Die Zungenlage paßt sich den Forderungen der respiratorischen Bedürfnisse an.

— Die Zungenlage paßt sich in ihrer Funktion der oralen Morphe an.

— Die sensorische Innervation der Zunge sowie der oralen Schleimhaut erklärt auch, warum das Zungenpressen bei kleinen Kindern verstärkt auftritt. Die reichere Verteilung der sensorischen Nervenenden an der Vorderseite des Mundes veranlaßt das Nachvorn-Bringen der Zungenspitze zur Erzeugung einer taktilen Rückmeldung. Darüber hinaus sei festgestellt, daß die Nervenpunkte auf der Zungenspitze sehr eng sitzen; die Empfindungen an der Zungenspitze lassen die Gegenstände in der Mundhöhle größer erscheinen, als sie tatsächlich sind.

Neben den erwähnten Problemen im oberen Atemtrakt (Mundatmung, hervorgerufen durch adenoide Wucherungen, chronische Tonsillitis, Allergien u. a.) als theoretische und praktische Auslöser für die Entwicklung einer »unsauberen Schluckgewohnheit« (Straub 1960) werden auch folgende Faktoren genannt:

— Die Flaschenfüttermethode (Straub 1960),

— Daumenlutschen,

— anlagebedingte Kieferentwicklung, die das Zungenpressen positiv beeinflusst,

— das Fehlen einiger Zähne, besonders im Stadium des Gemischt-Zahn-Alters, fördert die nach vorn orientierte Position der Zunge.

Bei der Betrachtung und im Falle der erforderlichen Behandlung des Zungenpreß-Syndroms gilt es, die prädisponierenden Faktoren diagnostisch herauszufinden.

#### 7. Diagnostische Kriterien

Mediziner und Sprachpathologen in Amerika werden sich nicht einig in der Frage, welche Symptome mit dem Zungenpressen einhergehen und welche dann überhaupt ein diagnostisches Kriterium für das Zungenpressen sein können.

Palmer (1962) und Straub (1960) nennen als ein solches Symptom ein hohes und/oder schmales Kiefergewölbe. Circumorale Berührung wird von vielen Autoren als diagnostisches Kriterium angeführt. Weiter werden genannt: rauhe Falten; abnorme Masse und Länge der Oberlippen; enger, gepreßter Lippenverschluß; aber auch geöffnete Lippen;

offener Biß; vorstehende Frontzähne; Mundatmung; Daumen-, Finger- oder Lippenlutschverhalten; allgemeine Ungeschicklichkeit bei der Bildung von Konsonanten (*Ehrlich* 1970).

Die große Zahl von Primär- oder Sekundärerscheinungen, die in der Literatur als ursächlich oder diagnostisch relevant angesehen werden, gehen wohl erst mit Manifestation des Zungenpressens im höheren Alter mit dem *tongue thrust* einher und werden daher als »related« angesehen (*Hanson, Barnard* und *Case* 1970).

#### 8. Zungenpressen und Gebißanomalien

In der zweiten Darstellung ihrer Langzeitstudie weisen *Hanson, Barnard* und *Case* (1970) darauf hin, daß bei Neugeborenen der Zahnbogen eine anmutige Kurve, parabolisch in der Form und gleichmäßig in der Gestalt beschreibe und daß jede Verformung in den Entwicklungsjahren Ursachen haben müsse. Eine Auffassungsweise ist die, daß die Zunge und die Facialismuskeln die determinierenden Faktoren für das Format der Zahnbögen und die Anordnung der Zähne darstellen.

Nach *Hoffman* und *Hoffman* (1965) sind das Wachstum der Zunge und das Wachstum der oralen pharyngealen Strukturen voneinander abhängig: Sie folgen den allgemeinen Prinzipien des Wachstums innerer Organe. Das Wachstum des Kopfes ist charakterisiert durch eine progressive Änderung in äußerer und innerer Form und Proportion. Diese Änderungen sind Ergebnisse aus Unterschieden im Wachstumsbeginn, in der Wachstumsrate, in der Wachstumsneigung benachbarter Bereiche, im Wachstumsausmaß. Das Wachstum der Zunge, der Mundhöhle und des Rachens zeigt viele dieser Wachstumsprinzipien.

Durch das Aufkommen von kleinen intraoralen Druck-Meß-Geräten wurde es möglich, intraoralen Muskeldruck direkt zu messen. Es zeigte sich nach *Lear* und *Moorees* (1969) und *Proffit, Chastain* und *Norton* (1969), daß kein Druckgleichgewicht an den Zähnen herrscht. Die expansiven Kräfte werden danach nicht von den Lippenkräften ausgeglichen. Mit dieser Auffassung widersetzt man

sich der Meinung, daß die zwei Muskelsysteme (innen: Zunge — außen: Lippen und Wangenmuskulatur) in einer balancierten Lage stünden und daß jede Änderung dieser Balance durch z. B. Zungenverletzung oder Teilektomie eine Zahnstellungsänderung zur Folge habe (*Ehrlich* 1970). *Mason* und *Proffit* glauben nicht, daß der Grad des Vorstehens der Zähne mit der größeren Zungenkraft hinter den Zähnen zusammenhängt. Vom Gesichtspunkt der Zahneruption sieht die Situation anders aus. Fortschreitende Zahneruption ist zur Kompensation des vertikalen Gesichtswachstums nötig.

Bisher ist die Vermutung von *Mason* und *Proffit* noch nicht näher erforscht worden, daß leichte Kräfte, die von einer nach vorn gebrachten Zungenspitze erzeugt werden, die Eruption der Schneidezähne behindern. Falls dem so wäre, und falls gleichzeitig die hintere Eruption stattfände, wäre ein offener Biß das Resultat. In diesem Sinne entwickelt sich der offene Biß so langsam wie die hinteren Zähne, wobei die Zunge bei der hinteren Eruption nicht im Wege ist. Damit entsteht nach *Mason* und *Proffit* der offene Biß in einer Folge, die primär die vertikalen und nicht die horizontalen Kräfte involviert.

*Mason* und *Proffit* (1974) berichten von einer Veröffentlichung des »National Center of Health Statistics« über eine groß angelegte Studie, in der der Zahnschluß der Kinder in den USA festgestellt werden sollte. Man untersuchte 8000 sechs- bis elfjährige Kinder. Offener Biß wurde konstatiert, wenn die Schneidekanten der oberen Schneidezähne in vertikaler Richtung über den unteren Schneidezähnen lagen, so daß es kein Überschneiden gab. Danach hatten 5,7 Prozent der Kinder einen vorderen, offenen Biß. (Es wurde ein starker Rasseeinfluß festgestellt: 16,3 Prozent der schwarzen Kinder hatten offenen Biß, im Gegensatz zu nur 3,9 Prozent weißer Kinder; vgl. dazu die Untersuchung von *Lieb* und *Mühlhausen*, die von einer Häufigkeit von 3,9 Prozent bei Hamburger Kindern berichten.) Diese Untersuchung sagt aus, daß Zungenpressen und Daumenlutschen mit zehnpromtigem Vorsprung gegenüber dem offenen Biß festgestellt worden

sind. Der Zusammenhang kommt in den Überlegungen wieder zum Tragen, daß sich die meisten offenen Bisse selbst korrigieren, wenn Daumenlutschen und Zungenpressen mit zunehmendem Alter verschwinden (vgl. die Untersuchung von *Worms, Meskin* und *Isaacson* 1971; hier wird das Vorhandensein des offenen Bisses bei 1408 Navajo-Kindern studiert. Die Autoren sprechen von einer Selbstkorrektur in 80 Prozent der Fälle).

Das Vorstehen der Schneidezähne scheint stark mit den Lutschgewohnheiten in Beziehung zu stehen, die bis zum Abschluß der Dentition andauern (vgl. Untersuchung von *Hanson* und *Cohen* 1973). Interessant wird es, wenn man die Ergebnisse vergleicht. Danach ist die Zahl der Kinder, die ein übermäßig starkes Vorstehen der oberen Schneidezähne aufweisen (17 Prozent) größer als der Prozentsatz der Daumenlutscher. Daraus kann geschlossen werden, daß das Daumenlutschen nicht die Alleinursache sein kann. Der Verdacht, daß auch Zungenpreßeinflüsse wirksam werden, läßt sich mit allem Vorbehalt als Arbeitshypothese äußern, findet jedoch bis heute in den vorliegenden Ergebnissen keine Verifizierung. Neben vermuteten Zungeneinflüssen können auch im Genotypus fixierte Anlagen als ursächlich-determinierende Faktoren angenommen werden.

Bei Vorliegen von Gebißanomalien und Zungenpressen wird sich der Orthodontist die Frage stellen: Erst die orthodontische Maßnahme — oder erst die Behandlung des Schluckmusters? *Hausser* (1976) ist der Ansicht, daß orthodontische Behandlungen vorrangig erfolgen sollen. Diese Aussage wird dadurch gestützt, daß die Beseitigung der Gebißanomalien ein Verschwinden des Zungenpressens ohne myofunktionale Therapie induzieren kann.

Die Zunge hat, der bei dieser Auffassung zugrundeliegenden Überzeugung folgend, die Tendenz, sich in der Funktion den morphologischen Gegebenheiten des Mundraumes anzupassen. Hier sollte jedoch auch kritisch angemerkt werden, daß Verhaltensmuster mit Regressionstendenz ihrerseits die Tendenz besitzen zu perseverieren.

Das Zungenpressen ist dann ein orthodontisches Problem, wenn es das entwicklungs-gemäße Wachstum der Zähne, der Kiefer und des Gesichts negativ beeinflusst oder verhindert. Die an dieser Stelle zu formulierende Frage lautet: Welche Kriterien sind dem Orthodontisten, dem Kieferorthopäden und Zahnmediziner gegeben, das Zungenpressen als orthodontisches Problem zu kennzeichnen?

#### 9. *Gebißanomalien und Sigmatismen* (als orthodontisches und sprachtherapeutisches Problemfeld)

Noch komplexer und undurchsichtiger wird es, wenn eventuell vorhandene ätiologische Zusammenhänge bei Gebißanomalie und Sigmatismus vor dem Hintergrund des Zungenpressens diskutiert werden.

Aufgrund der Bedeutung des Gebisses als Sprechorgan läßt sich eine spezifische Abhängigkeit der Sprachproduktion von morphologischen Besonderheiten des Gebißsystems vermuten. Im Hamburger Raum wurde eine Untersuchung durchgeführt, die ein statistisch gesichertes, gehäuftes Zusammentreffen von bestimmten Gebißanomalien und Sprechfehlern festzustellen versuchte (*Lieb* und *Mühlhausen* 1976). Die Stichprobe setzte sich aus 3086 Schulkindern im Alter von sechs bis 18 Jahren zusammen. Sigmatismus lag mit 20,8 Prozent an der Spitze der Artikulationsstörungen; der Sigmatismus addentalis war in allen Altersgruppen gleichmäßig mit etwa 10 Prozent vertreten, während der Sigmatismus interdentalis nach einem Häufigkeitsanstieg bei Kindern im Alter von sieben Jahren wieder abnehmende Tendenz aufwies (S. 44). Nach Meinung der Autoren ist das Ansteigen bei sieben Jahren durch den in diesem Alter ablaufenden Frontzahnwechsel bedingt.

Wendet man sich nun der Zuordnung von Zahnstellungsanomalien und Sigmatismen zu, so sagen *Lieb* und *Mühlhausen*, daß der Anteil der Lispler am offenen Biß, am Kreuzbiß und an den durch den Frontzahnwechsel bedingten Lücken signifikant erhöht ist. Aus der vorliegenden Untersuchung wird weiter ersichtlich, daß bei Kindern mit Deckbiß Sig-

matismus selten, bei Kindern mit einem vorderen offenen Biß nahezu ausnahmslos diagnostiziert wurde.

Dagegen traten bei Kindern mit anatomisch normal entwickelten Gebissen in nicht geringer Zahl auch Sigmatismen interdental und addentales auf.

Der hochgradig frontal offene Biß wies in dieser Untersuchung bei der Darstellung der Summe der Sigmatismen 100 Prozent Lispeler auf. »Das heißt, daß kein Kind mit diesem Gebißmerkmal das S lautrein bilden konnte, sondern daß, wenn es nicht interdental oder laterale Ersatzlaute bildete, es bestenfalls ein S mit addentalem Klang zustande bringen konnte« (Lieb und Mühlhausen 1976, S. 47).

Das Ergebnis dieser Hamburger Untersuchung wirft hier die folgenden Fragen auf: Was soll mit Kindern geschehen, die z. B. einen offenen Biß und einen Sigmatismus interdental haben? Was soll therapeutisch vorrangig angegangen werden, das orthodontische Problem der Gebißkorrektur oder ohne diese Korrektur die Annäherung der Phonemrealisation an das Standardmuster? Oder beides parallel laufend? Oder wäre es nicht aus differentialdiagnostischer Sicht besser, die Primärkausalität dieses orthodontisch-sprachtherapeutischen Problems vor jeder therapeutischen Intervention herauszufinden und den eigentlichen Auslöser zu beseitigen, u. U. das Zungenpressen?

Gerade in diesem Beispiel wird die Notwendigkeit einer kausalitätsorientierten Interventionsweise sichtbar und als didaktische Forderung artikuliert.

#### 10. Das Zungenpressen als Sprachproblem

In älteren wie in neueren amerikanischen Publikationen werden Verbindungen zwischen Zungenpressen und Sigmatismen aufgezeigt, und ohne Zweifel tauchen beide Phänomene bei einigen Kindern gleichzeitig auf. Andere Beispiele zeigen, daß diese Verbindung nicht zwangsläufig bestehen muß. Trotz allgemein mangelhaft gesicherter Erkenntnisse und fehlender Informationen aus dem therapeutischen Bereich (z. B. der

Sprachheilpädagogik) möchte ich drei Kriterien herausstellen, nach denen das Zungenpressen ein sprachtherapeutisch relevantes Problem darstellt:

1. Das Zungenpressen stört die Lautbildung (ungesichert, aber plausibel ist die Verbindung zwischen Zungenpressen und Tendenz zur Interdentalität).

2. Das Zungenpressen provoziert eine Zahnstellungsanomalie (z. B. den offenen Biß), die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Sigmatismus produzieren wird bzw. produziert hat.

3. Das Zungenpressen existiert trotz Verfügbarkeit eines ausreichend dimensionierten Raumes in der Mundhöhle.

Hoffman und Hoffman (1965) weisen mit Recht darauf hin, daß der Sprachtherapeut erkennen können muß, ob das in Erscheinung tretende Zungenpressen als temporäre Entwicklungserscheinung oder als funktionale Reaktion auf nicht ausreichenden Mundraum zu diagnostizieren ist. Darüber hinaus muß der Sprachtherapeut entscheiden können, ob es nötig ist, über eine gezielte, das Zungenpreßsyndrom angehende myofunktionale Therapie (Aufbau kompensatorischer Zungenbewegungen) zur Artikulationsverbesserung zu gelangen, oder ob eine spezifisch sprachtherapeutische Behandlung mit kompensatorischen Zungenübungen angezeigt ist.

Mason und Proffit (1974) sehen keine Kausalbeziehung Zungenpressen—unkorrekte Phonemrealisation und sind deshalb der Meinung, daß eine Sprachtherapie allein das Zurückliegen der Zunge in Ruhe fördert, daß also eine Doppeltherapie wenig Sinn hat und daß der spezifisch sprachtherapeutische Therapieansatz zur Artikulationsverbesserung verfolgt werden soll. Verständlich wird diese Auffassung, wenn fachdidaktisch dahin gehend argumentiert wird, daß ja bei Sigmatismusbehandlungen gymnastische Übungen der Zungen- und Lippenmuskulatur generell als Basiselemente realisiert werden. Dann könnten artikulatorisch orientierte Techniken zur Korrektur des Schluckmusters beitragen. Diese Ansicht kann in dem Moment keine Gültigkeit mehr besitzen,

wenn diagnostische Informationen einen didaktisch anderen Ansatz (z. B. den audiopädischen) als den myofunktional orientierten verlangen.

Unter dem Aspekt der Doppelfunktion der Zunge als Artikulationsorgan und Preßorgan und unter dem Gesichtspunkt der örtlichen und räumlichen Nähe der Zungenbewegung in beiden Funktionsbereichen läßt sich folgerichtig ableiten, daß die Korrektur des Schluckmusters (auch ohne artikulatorische Auffälligkeit) einen Gegenstandsbereich der Sprachheilpädagogik/Logopädie darstellt. Daraus resultiert, daß die myofunktionale Therapie als Teilbereich der Sprachtherapie anzusehen ist.

Im Falle eines Kindes oder Jugendlichen mit Zungenpressen und offenem Biß ohne stark normabweichende Artikulationsresultate, bei dem orthodontische Maßnahmen angezeigt sind, muß vor einer Interventionsmaßnahme wieder differenziert herausgearbeitet werden, ob die orthodontischen Therapiemaßnahmen allein mit größerer Wahrscheinlichkeit das Zungenpreßproblem beseitigen können (durch die Anpassungsfähigkeit an morphologische Veränderungen) oder ob nicht begleitend eine myofunktionale Therapie den zu erwartenden orthodontischen Eingriffserfolg positiv untermauern müßte oder ob unter Kausalitätsgesichtspunkt das deviante Schluckmuster als klar festgestellte Ursache für die Gebißanomalität myofunktional therapiert werden muß, bevor die kieferorthopädische Maßnahme eingeleitet wird.

### 11. *Schlußbetrachtung*

Es sei nochmals festgestellt: Zungenpressen tritt als entwicklungsbedingte Manifestation auf. Solange keine schwerwiegenden Folgeerscheinungen vorliegen, kann das Zungenpreßphänomen als nicht behandlungsbedürftig genannt werden.

Dauert diese Manifestation über Jahre an und überdauert sie gar die Pubertät, so können noch unbekannte Ursachenfaktoren im morphologischen System des Pharynx oder der Mundhöhle zu finden sein. Bei Ausschluß dieser Diagnosemöglichkeit sollten das persönliche Bedingungsfeld, die individuellen

Verhaltensweisen und Eigenarten betrachtet werden. Diese in der Explorationsphase gefundenen diagnostischen Informationen vermitteln dem Sprachtherapeuten/Logopäden sowohl den Einblick in die psychosozialen Dimensionen als auch in persönlichkeitspezifische Bereiche des zungepressenden Menschen.

Hier soll nicht die erziehungswissenschaftliche Diagnose-Diskussion fortgeführt werden, die seit wenigen Jahren die Sprachheilpädagogik notwendigerweise durchzieht. Es soll nur vermerkt werden, daß es sich bei der Veränderung eines devianten Schluckmusters seitens des Therapeuten um einen pädagogisch-intentionalen Handlungsprozeß und seitens seines Interaktionspartners um einen Lernprozeß handelt, in dem der förderdiagnostische Grundansatz (*Klauer* 1978) die »Einheit von Diagnose und Behandlung« (*Baumgartner* 1980) herstellen soll.

Der Schluckakt stellt einen komplexen, teilreflexorischen Vorgang dar, der nach Meinung von *Hoffman* und *Hoffman* (1965) kaum erfolgreich und stabil umtrainiert werden kann. Dagegen wird von anderen Autoren über Therapieerfolge berichtet. *Hanson* (1967) weist einen Therapieerfolg schon nach acht Sitzungen vor, *Goda* (1968) nach zehn bis zwölf Sitzungen und *Ehrlich* (1970) nach etwa sechs Wochen (ohne Angabe der Sitzungszahl).

Diesen theoretischen Erörterungen werden praktisch-therapeutische Ausführungen folgen.

Abschließend sei gesagt: Das Zungenpreßsyndrom ist ein allgegenwärtiges Phänomen, das im Gegenstandsbereich sowohl der Kieferorthopädie/Zahnmedizin als auch der Sprachheilpädagogik/Logopädie existiert. Es wurde bisher als Begleitsymptomatik anderer Ursachenfaktoren gewertet; hier wird deutlich, daß das Zungenpressen als Ursache mit Folgeerscheinungen speziell beachtet, untersucht und behandelt werden muß — theoretisch wie praktisch, in der orthodontischen und sonderpädagogischen Wissenschaft wie in der praktischen Anwendung der noch zu erwerbenden Erkenntnisse.

## Literatur

- Arnold, G. E.: Die Sprache und ihre Störungen. In: Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien/New York 1970.
- Baumgartner, S.: 7 Thesen zum diagnostischen Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 3, S. 81—89.
- Bay, R.: Ätiologie und Genese der Dysgnathien. In: Häupl, K. (Hrsg.): Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Bd. 5, München 1955.
- Ehrlich, A. B.: Training Therapists For Tongue Thrust Correction. Springfield 1970.
- Fletcher, S. G., Casteel, R. L., und Bradley, D. P.: Tongue-thrust swallow, speech articulation und age. J. Speech and Hearing Dis. 26 (1961), S. 201—208.
- Goda, S.: The role of the speech pathologist in the correction of tongue thrust. Am. J. Orthodontics 54 (1968), S. 852—859.
- Hanson, M. L.: Some suggestions for more effective therapy for tongue thrust. J. Speech a. Hearing Dis. 32 (1967), S. 75—79.
- Hanson, M. L., Barnard, L. W., und Case, J. L.: Tongue-Thrust in preschool children. Am. J. Orthodontics 56 (1969), S. 60—69.
- Hanson, M. L., Barnard, L. W., und Case, J. L.: Tongue-Thrust in preschool children, Part II: Dental occlusion Pattern. Am. J. Orthodontics 57 (1970), S. 15—22.
- Hanson, M. L., und Cohen, M. S.: Effects of from and on swallowing and the developing dentition. Am. J. Orthodontics 64 (1973), S. 63—82.
- Hausser, E.: Die Entwicklung des Kauorgans unter dem Einfluß von Anlage und Umwelt. In: Wulff, J. (Hrsg.): Gebißenomalien und Sprechfehler. München 1976, S. 11—26.
- Hoffman, J. A., und Hoffman, R. L.: Tongue-Thrust and Deglutition: Some Anatomical, Physiological, and Neurological Considerations. J. Speech and Hearing Dis. 30 (1965), S. 105—120.
- Klauer, K. J. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Diagnostik. Düsseldorf 1978.
- Lear, C. S., Moorrees, C. F. A.: Buccolingual muscle force and dental arch form. Am. J. Orthodontics 56 (1969), S. 379—393.
- Lewis, J. A., und Counihan, R. F.: Tongue-Thrust in Infancy. J. Speech a. Hearing Dis. 30 (1965), S. 280—282.
- Lieb, G., und Mühlhausen, G.: Vorkommen von Gebißenomalien und Sprechfehlern. In: Wulff, J. (Hrsg.): Gebißenomalien und Sprechfehler. München 1976, S. 26—47.
- Mason, R. M., und Proffit, W. R.: The tongue thrust controversy: Background and Recommendations. J. Speech a. Hearing Dis. 39 (1974), S. 115—132.
- Palmer, J. M.: Tongue thrusting: A clinical hypothesis. J. Speech a. Hearing Dis. 27 (1962), S. 323—333.
- Proffit, W. R., Chastain, B. B., Norton, L. A.: Linguopalatal pressure in children. Am. J. Orthodontics 55 (1969), S. 154—166.
- Straub, W. J.: Malfunction of the tongue. Am. J. Orthodontics 46 (1960), S. 404—424.
- Ward, M. M., et al.: Articulation variations associated with visceral swallowing and malocclusion. J. Speech a. Hearing Dis. 26 (1961), S. 334—341.
- Worms, F. W., Meskin, L. H., und Isaacson, R. J.: Open bite. In: Am. J. Orthodontics 59 (1971), S. 589—595.

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

Volker Middeldorf ist als Sprachbehindertenpädagoge  
(Staatsexamen, Diplom) an der Schule für Sprachbehinderte,  
Sekundarbereich I, in Köln-Mülheim sowie als Fachleiter für  
Sprachheilpädagogik im Gesamt- und Bezirksseminar tätig.  
Einen zusätzlichen Schwerpunkt seiner Arbeit bildet die  
ambulante Stimmtherapie in Theorie und Praxis.



Günther Bergmann, Gießen

## Der Einsatz eines tragbaren Sprachverzögerers in der Therapie des Stotterns: Möglichkeiten und Grenzen

### Zusammenfassung

Es wird ein kurzer Überblick über die Verwendung der verzögerten auditiven Rückmeldung in der Therapie des Stotterns gegeben. Drei wesentliche Gesichtspunkte sollten berücksichtigt werden: 1. Die verzögerte auditive Rückmeldung ist selbst noch kein Therapieprogramm; die Technik sollte nur in Kombination mit anderen Therapieverfahren angewendet werden. 2. Es sollte eine kognitive Strategie im Umgang mit der Verzögerung entwickelt werden, die hauptsächlich in der Dehnung betonter Silben besteht. 3. Techniken für die Übertragung der in der therapeutischen Situation erzielten Sprechflüssigkeit sollten in die Therapie einbezogen werden. Des Weiteren wird über Erfahrungen mit einem tragbaren Sprachverzögerer berichtet. Dabei wird das Problem der Akzeptanz dieser Methode betont. Der kürzlich entwickelte tragbare Sprachverzögerer wird hinsichtlich seiner technischen Eigenschaften und seiner Anwendbarkeit in der Therapie des Stotterns beschrieben.

### 1. Die Methode der verzögerten Sprachrückmeldung

Die Möglichkeiten des Einsatzes der verzögerten auditiven Rückmeldung des Sprechens (Lee-Effekt; delayed auditory feedback) in der Therapie des Stotterns sind seit langem bekannt und vielfach untersucht worden (zusammenfassende Darstellungen bei Van Riper 1973; Yates 1975; Wittling und Booth 1980; Leith und Chmiel 1980). Maximale symptomreduzierende Effekte bei Stotternern wie auch maximale Störungen bei normal flüssigen Sprechern sind dabei von der gewählten Verzögerungszeit und der Rückmeldelautstärke abhängig. Außerdem inter-

agieren diese Variablen mit personseitigen Faktoren wie Lebensalter, Geschlecht und Persönlichkeitsmerkmalen.

Diese Vielzahl von Einflußfaktoren hat nach zahlreichen Untersuchungen in den sechziger und siebziger Jahren dazu geführt, von einem schematischen Einsatz der verzögerten Sprachrückmeldung in der Therapie des Stotterns als dem »Königsweg der Therapie« (Van Riper 1973) abzurücken. Die häufig berichteten positiven Resultate sind jedoch substantiell genug, um diese Methode in der Therapie des Stotterns weiter zu verfolgen und genauer zu erforschen. Dabei ist es wichtig, die Methode der verzögerten Sprachrückmeldung in ein umfassendes Therapiekonzept einzubetten und insbesondere Techniken zu entwickeln, wie die in der klinischen Situation erzielte Sprechflüssigkeit auf alltägliche Kommunikationssituationen übertragen werden kann. Wegweisend sind in diesem Punkt die sorgfältig kontrollierten Therapieuntersuchungen von Perkins und seinen Mitarbeitern (Perkins 1973 a, b und Perkins et al. 1974).

Ein anderes Problem besteht in der Tatsache, daß der Wirkungsmechanismus der verzögerten Sprachrückmeldung gegenwärtig noch nicht geklärt ist. Dies betrifft sowohl die Frage nach der spezifischen Bedeutung der auditiven Sprachrückmeldung für die Sprachproduktion im allgemeinen (Borden 1979) wie auch die Integration solcher Ergebnisse und Schlußfolgerungen für die Erklärung der Ablaufprozesse des Stotterns. Der Versuch einer solchen Integration und Erklä-

zung der Wirkung apparativer Sprechhilfen wurde von *Bergmann* (1982, 1985) unternommen. Es kann in diesem Zusammenhang nachgewiesen werden, daß die Wirkung der verzögerten Sprachrückmeldung und anderer Techniken nicht aus einer unspezifischen Ablenkung vom eigenen Sprechen erklärt werden kann. Vielmehr wird argumentiert, daß die spezifische Wirkung der Verzögerung in einer Dehnung von Vokalen, insbesondere von betonten Vokalen, besteht (vgl. *Wingate* 1976). Die betonten Vokale sind jedoch für die zeitliche Steuerung des Sprechflusses von zentraler Bedeutung, so daß über den Dehnungseffekt gleichzeitig die Zeit- und Betonungsstruktur, also die Prosodie des Sprechflusses insgesamt wiederhergestellt werden kann. Erste empirische Ergebnisse, die diese Hypothese stützen können, liegen vor (*Bergmann* 1983 a, b).

## 2. Die Reaktion auf das verzögerte Sprachsignal

Es muß darauf hingewiesen werden, daß es nicht ausreicht, einen Stotterer der verzögerten Sprachrückmeldung auszusetzen, ohne ihm Hilfen zu geben, wie er unter dieser Bedingung seine Sprechflüssigkeit herstellen kann. Es wird also gefragt nach einer »kognitiven Strategie« (*Leith und Chmiel* 1980), die letztlich auch den Transfer auf die alltägliche Kommunikation gewährleisten soll. Eine solche kognitive Strategie unter Anwendung der verzögerten Sprachrückmeldung kann u. a. darin bestehen, die betonten Vokale bewußt zu dehnen. Dieses Verfahren unterscheidet sich vom Üben isolierter Wörter und Silben insofern, als von Anfang an in der Therapie vollständige Äußerungseinheiten, also Geschichten, Gedichte oder zusammenhängende Mitteilungen des Klienten, gelesen oder gesprochen werden. Es wird hierin deutlich, daß die Wiederherstellung prosodischer Merkmale der Sprache, also Betonung und Satzmelodie, den Aspekt der sprachinhaltlichen Mitteilung einschließen muß. Eine Sprechübungsbehandlung des Stotterns in diesem Sinne vermeidet eine Reduktion des Sprachproduktionsprozesses des Stotterers auf die Übung reiner Sprechmotorik. Die Funktion der verzögerten auditiven Rückmel-

dung besteht darin, diesen Prozeß der Dehnungs- und Betonung durch einen quasi reflexhaften Dehnungsmechanismus als Reaktion auf das verzögerte Sprachsignal zu unterstützen.

Es zeigt sich an diesen Überlegungen, daß die Methode der verzögerten Sprachrückmeldung anderen Behandlungsmethoden aus dem logopädischen Bereich, soweit sie sich auf ganze Äußerungseinheiten beziehen, nicht widerspricht. Besonders ist hier an Parallelen zu der »Akzentmethode« von *Smith und Thyme* (1978) oder an das in den USA entwickelte »Precision Fluency Shaping Program« von *Webster* (1980) zu denken. Jedoch ist der Einsatz der verzögerten Sprachrückmeldung für sich noch kein Therapieprogramm; sie sollte sinnvoll nur mit anderen Therapiemethoden kombiniert eingesetzt werden. Hierfür kommen psychotherapeutische und eingebettete sprachtherapeutische Verfahren in Frage. Bei allen Therapiemethoden sollte jedoch beachtet werden, daß es verfehlt wäre, die Kontrolle des Stotterers über sein Sprechen zu verstärken. Dies kann m. E. deshalb nicht sinnvoll sein, weil die übermäßige Kontrolle des eigenen Sprechens in Abhängigkeit von als schwierig empfundenen Situationen als der wesentliche, Stottern auslösende Faktor angesehen werden kann (*Stäcker, Kriebel und Bergmann* 1982; vgl. *Krause* 1981, der als wesentlichen ätiologischen Faktor die übermäßige Affektkontrolle ansieht).

Auf die Bedeutung von Techniken zur Übertragung der in der therapeutischen Situation erzielten Sprechflüssigkeit auf alltägliche Kommunikationssituationen wurde bereits hingewiesen (siehe auch *Silverman* 1981). Beim Einsatz der verzögerten Sprachrückmeldung wurde gelegentlich so vorgegangen, daß nach verbesserter Flüssigkeit entweder die Verzögerungszeit oder die Rückmeldelautstärke reduziert und damit der Einsatz der Apparatur langsam ausgeblendet wurden. Dies konnte jedoch nur in der therapeutischen Situation selbst durchgeführt werden. Inzwischen wurde ein tragbares Verzögerungsgerät entwickelt, das es erlaubt, auch in alltäglichen Situationen zum einen

die Technik der Sprachverzögerung einzusetzen und zum zweiten in diesen Situationen nach einer substantiellen Verbesserung der Sprechflüssigkeit auch wieder auszublen. Der Einsatz einer solchen tragbaren Verzögerungseinheit bietet den Vorteil, eine therapeutische Maßnahme unmittelbar in kritischen Kommunikationssituationen durchführen zu können, und erleichtert damit die Übertragung (Transfer) der verbesserten Sprechflüssigkeit.

### 3. Der Einsatz eines tragbaren Sprachverzögerers

Dieser neu entwickelte tragbare Sprachverzögerer (»SVG 1«) wurde in einer empirischen Untersuchung mit stotternden Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Im wesentlichen ging es in dieser Untersuchung um die Überprüfung der Hypothese, daß die Dehnungsbetonung den zentralen, das Stottern reduzierenden Faktor der verzögerten Sprachrückmeldung darstellt, nicht um die Entwicklung eines vollständigen Therapieprogramms unter Einschluß des Transferproblems (Bergmann und Laborenz, in Vorb.). Obwohl die vollständigen Ergebnisse gegenwärtig noch nicht vorliegen, zeichnet sich ein relativ uneinheitliches Bild ab. Während einige Klienten von einer Übung mit verzögerter auditiver Rückmeldung zum Teil erheblich hinsichtlich einer verbesserten Sprechflüssigkeit profitierten, zeigten sich bei anderen nur kurzfristige Verbesserungen, die im Verlauf mehrerer Messungen nicht konstant blieben.

Über die Gründe (möglicherweise auch die zu kurze Zeit des Übungsprogramms) kann noch nichts Abschließendes gesagt werden, da die Computeranalysen der Sprachproben noch nicht vorliegen. Es fiel jedoch bereits bei der Durchführung des Übungsprogramms mit verzögerter Sprachrückmeldung auf, daß bei einigen Klienten die Akzeptanz der Methode gering war. Eine Akzeptanz ist für den Erfolg jedoch nicht zuletzt deshalb wichtig, weil die Entwicklung einer kognitiven Strategie in oben ausgeführtem Sinne eine Voraussetzung ist für die Reduktion des Stotterns auch ohne Unterstützung durch den Sprachverzögerer. Es ist daraus zu folgern,

daß die Methode der verzögerten Sprachrückmeldung nur unter Berücksichtigung der Akzeptanz im Einzelfall anzuwenden ist. Ist diese Voraussetzung gegeben, ist m. E. eine erfolgversprechende Behandlung möglich unter den drei genannten Gesichtspunkten: 1. Die Methode sollte nicht isoliert eingesetzt werden, sondern in Kombination mit anderen Therapieformen; 2. es sollte auf eine kognitive Strategie des Umgangs mit dem verzögerten Sprachsignal abgezielt werden; und 3. es sind Techniken zum Transfer der verbesserten Sprechflüssigkeit auf alltägliche Kommunikationssituationen anzuwenden.

Der vom Verfasser in der genannten Untersuchung und in mehreren Einzelfällen verwendete tragbare Sprachverzögerer (»SVG 1«; Entwicklung: Dipl.-Ing. Friedhelm Leschny und Wolfgang Heikamp, Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6) hat sich in Technik und Handhabbarkeit für den Einsatz in der Therapie des Stotterns bewährt. Inzwischen wurde ein weiteres Gerät (»SVG 2«) entwickelt, das Verzögerungszeiten von bis zu 270 ms erzielt und wahlweise über Batterie oder Netzteil betrieben werden kann. Beide Geräte sind in Abmessungen und Gewicht sehr kompakt, so daß ein Einsatz außerhalb der therapeutischen Situation möglich ist.

Da die Entwicklung des tragbaren Sprachverzögerers noch nicht publiziert wurde, sind folgende technische Angaben zu ergänzen: Das Sprachverzögerungsgerät SVG 1 verzögert Sprachsignale im Bereich von 10 bis 130 ms (SVG 2: 15 bis 270 ms). Der Frequenzbereich liegt bei 150 Hz bis 5 kHz, ist also der menschlichen Sprache angepaßt. Auch die Zischlaute werden dadurch noch übertragen, so daß eine hohe Sprachverständlichkeit gegeben ist. Dieses Resultat wurde erreicht durch ein Tiefpaßfilter zweiter Ordnung. Durch Auswahl geeigneter integrierter Bausteine konnte neben den geringen Gehäuseabmessungen (105 x 60 x 30 mm) auch eine Ruhestromaufnahme von 1,9 mA im Bereich von > 50 ms realisiert werden. Das bedeutet, daß mit einer einfachen 9-V-Block-Batterie 100 Betriebsstunden erreicht werden können (SVG 1). Das SVG 2 liegt geringfügig darüber.

Die Verzögerung des Sprachsignals wird auf analoger Basis erreicht (Eimerkettenspeicher). Bevor das NF-Signal dem Eimerkettenbaustein zugeführt wird, wird es in der Vorstufe verstärkt und anschließend durch ein passives Tiefpaßfilter vierter Ordnung bandbegrenzt. Für den Ladungstransport benötigt der Eimerkettenspeicher einen Zweiphasentakt, der durch einen speziellen »micro-power«-Baustein erzeugt wird. In der Endstufe wird das verzögerte Signal zuerst

geringfügig verstärkt. Anschließend folgt ein passives Tiefpaßfilter zweiter Ordnung, das die durch die Abtastung entstandenen zusätzlichen Frequenzanteile herausfiltert. Auf eine integrierte Leistungsendstufe wurde wegen der erforderlichen hohen Ruhestromaufnahme verzichtet. Statt dessen gestattet der eingebaute Ausgangsübertrager auch ein Betreiben niederohmiger Kopfhörer bei geringem Stromverbrauch, so daß also ein sehr guter Wirkungsgrad bei diesem Gerät gegeben ist.

#### Literatur

- Bergmann, G.: Der Beitrag apparativer Sprechhilfen für Theorie und Therapie des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982), S. 278—288.
- Bergmann, G.: Prosodic disturbance in stuttering. Paper presented at the Interdisciplinary Symposium on the Suprasegmentals of Speech. »Prosody — Normal and Abnormal«, Zürich, April 1983(a).
- Bergmann, G.: Incidence of stuttering in different prosodic contexts: Verse and prose reading in stutterers and nonstutterers (abstr.). *Folia Phoniatica* 35 (1983b), S. 105—106.
- Bergmann, G.: Apparative Sprechhilfen und Theorien des Stotterns: Ein Literaturüberblick. *Beiträge zur Phonetik und Linguistik* 50 (1985), S. 7—94.
- Bergmann, G., und Laborenz, I.: Die Wirkung verzögerter auditiver Rückmeldung bei stotternden Kindern und Jugendlichen (in Vorbereitung).
- Borden, G. J.: An interpretation of research on feedback interruption in speech. *Brain and Language* 7 (1979), S. 307—319.
- Krause, R.: Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart 1981.
- Leith, W. R., und Chmiel, C. C.: Delayed auditory feedback and stuttering: Theoretical and clinical implications. In: Lass, N. J. (Hrsg.): *Speech and language*. Vol. 3. New York 1980, S. 243—281.
- Perkins, W. H.: Replacement of stuttering with normal speech. I: Rationale. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973 a), S. 283—294.
- Perkins, W. H.: Replacement of stuttering with normal speech. II: Clinical procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973 b), S. 295—303.
- Perkins, W. H., Rudas, J., Johnson, L., Michael, W. B., and Curlee, R. F.: Replacement of stuttering with normal speech. III: Clinical effectiveness. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974), S. 416—428.
- Silverman, F. H.: Relapse following stuttering therapy. In: Lass, N. J. (Hrsg.): *Speech and language*. Vol. 5. New York 1981, S. 51—78.
- Smith, S., und Thyme, K.: Die Akzentmethode. Flensburg 1978.
- Stäcker, K. H., Bergmann, G., und Kriebel, R.: Sprechflußstörungen. In: Kanter, G. O., und Masendorf, F. (Hrsg.): *Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung*. Berlin 1982, S. 1—50.
- Van Riper, Ch.: *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, N. J., 1973.
- Wingate, M. E.: *Stuttering: Theory and treatment*. New York 1976.
- Webster, R. L.: Evolution of target-based behavioral therapy for stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 5 (1980), S. 303—320.
- Wittling, W., und Booth, J.: Stottern. In: Wittling, W. (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie*. Band 5. *Therapie des gestörten Verhaltens*. Hamburg 1980, S. 85—138.
- Yates, A. J.: Have we solved the problem of stuttering? In: Yates, A. J.: *Theory and practice in behavior therapy*. London 1975, S. 89—113.

Anschrift des Verfassers:  
Günther Bergmann, Dipl.-Psychologe  
Fachbereich Psychologie  
der Universität Gießen  
Otto-Behaghel-Straße 10 F  
6300 Gießen

Günther Bergmann arbeitet an der Universität Gießen auf den Gebieten der Sozial- und Kommunikationspsychologie mit den Forschungsschwerpunkten: u. a. vokale nonverbale Kommunikation, Diagnose und Therapie von Sprachstörungen, Therapie von Legasthenie.



Gisela und Holger Lakies, Jameln

### Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns

---

#### Zusammenfassung

Der ambulanten Behandlung des Stotterns wurde in den vergangenen Jahrzehnten nicht die ausreichende Bedeutung beigemessen. Ursache dafür war in vielen Fällen eine Überforderung der Sprachheilbehandler, die neben dem Unterricht an Sonderschulen ambulante Therapie als sekundäre Aufgabe leisteten und dabei schon zeitlich mit der Behandlung von Artikulationsstörungen voll ausgelastet waren. Dieses führte in Bezirken, die nicht über Sprachheilkindergärten, -schulen oder -klassen verfügten, zu einer Einweisung in Sprachheilheime, als deren Kriterium zumeist schon die bloße Feststellung einer stärkeren Symptomatik ausreichte. Durch die vermehrte Einrichtung hauptberuflich geführter Sprachheilpraxen haben sich die Verhältnisse inzwischen geändert, daher ist es notwendig, daß der ambulanten Behandlung des Stotterns ein höherer Stellenwert eingeräumt wird.

#### 1. Einleitung

So unterschiedlich wie die zahllosen therapeutischen Ansätze zur Behandlung des Stotterns sind, so divergierend sind auch die Meinungen darüber, ob eine Stottererbehandlung sinnvollerweise ambulant oder stationär erfolgen sollte. Die Befürworter der stationären Therapie betonen dabei neben der Möglichkeit einer komplexen Therapie, wie sie nur in einer geeigneten stationären Institution besteht, die Notwendigkeit eines Milieuwechsels für den erfolgreichen Verlauf einer Stotterertherapie. Die Befürworter einer ambulanten Behandlung hingegen weisen darauf hin, daß dem Stotterer nur dann permanente Hilfen zur Bewältigung seiner sprachlichen Probleme angeboten werden können, wenn die Sprachheilbehandlung im gewohnten sozialen Umfeld durchgeführt wird. Besteht die Möglichkeit zum Besuch einer Sprach-

heilschule am Wohnort, so wird die Entscheidung wohl meistens zugunsten dieser Einrichtung ausfallen. Unter Berücksichtigung einer entsprechend stark ausgeprägten Symptomatik, verbunden mit der Gefährdung durch weitere psychoreaktive Störungen bei einem Verbleib in der Regelschule, ist diese Maßnahme wohl auch begründet. Schwieriger wird die Entscheidung allerdings in ländlichen Gebieten, bei denen nur zwischen der ambulanten Therapie oder der Einweisung in ein Sprachheilheim entschieden werden kann, da weitere Einrichtungen, die sprachtherapeutische Hilfen anbieten, nicht zur Verfügung stehen. Dabei ist es manchmal überraschend, wie sorglos häufig »von Amts wegen« eine stationäre Einweisung befürwortet wird, die lediglich auf einer Feststellung der Stottersymptomatik beruht, ohne dabei die persönlichen und sozialen Bedürfnisse des Stotterers sowie seiner Familie in angemessener Weise zu berücksichtigen.

#### 2. Organisationsformen

In ihren »Anregungen zur Stottererbehandlung« stellen Johannes und Henning *Wulff* Sprachheilschule, Sprachheilheim und die ambulante Sprachtherapie als gleichwertige Einrichtungen nebeneinander und meinen dazu: »Jede dieser drei Möglichkeiten hat ihre Vor- und Nachteile, ihre Berechtigungen und Erfolge« (*Wulff* o. J., S. 4). Abgesehen davon, daß diese Feststellung nicht unwidersprochen bleiben kann, da es sich um drei Einrichtungen des Sprachheilwesens mit unterschiedlicher Zielsetzung handelt, klammern sie dann nach den Schilderungen therapeutischer Möglichkeiten bereits die ambulante Sprachtherapie aus und stellen fest: »Sprachheilschule und Sprachheilheim bieten die besten Möglichkeiten, die angeführten therapeutischen Hilfen in größtem Umfange anzuwenden« (a. a. O., S. 21). Aller-

dings ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um eine ältere Arbeit handelt, die zu einer Zeit abgefaßt wurde, in der die ambulante Sprachtherapie vornehmlich von Sonderschullehrern in ihrer unterrichtsfreien Zeit geleistet wurde. Inzwischen haben sich in der Bundesrepublik Deutschland eine ganze Reihe von freiberuflich geführten Sprachheilpraxen konstituiert, in denen sowohl fachlich als auch apparativ umfangreiche Hilfen für Stotterer angeboten werden können.

In der DDR ist das Sprachheilwesen schon seit längerem flächendeckend gut organisiert, hinsichtlich des stufenweisen Einsatzes der verschiedenen Rehabilitationsinstitutionen führen Klaus-Peter und Ruth Becker aus: »Bei stotternden Vorschulkindern erfolgt die rehabilitative Spracherziehung in Sonderpädagogischen Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte. Oft genügen jedoch die Bedingungen dieser Beratungsstellen nicht den Ansprüchen einer komplexen Einflußnahme auf die Stotterer. Deshalb macht sich meist die Überweisung in einen Sprachheilkindergarten erforderlich. In der Regel werden hier Kinder der mittleren und älteren Gruppen aufgenommen. Die Arbeit in diesen Gruppen ist so angelegt, daß die jungen Stotterer möglichst in die polytechnische Oberschule eingeordnet werden können. Stotterer, deren Sprachstörung bei Schuleintritt noch nicht beseitigt wurde bzw. deren Redeflußstörung erst zu einem späteren Zeitpunkt einsetzte, werden in die Sprachheilschule aufgenommen. Auch hier wird die rehabilitative Spracherziehung so geplant, daß das Stottern möglichst schnell beseitigt wird und der Schüler rehabilitiert die Sprachheilschule wieder verlassen kann. Jedoch gibt es immer einen Teil Kinder, die gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen resistent sind und ihr Stottern nicht überwinden. Sie werden auf eine Kur im logopädischen Kindersanatorium Thalheim vorbereitet, wo sie einen dreimonatigen medizinisch-logopädisch-psychologisch gestalteten Kuraufenthalt absolvieren. Die mit höchster Intensität in Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung gestaltete Kur hilft der überwiegenden Mehrzahl der Stotterer bei der Überwindung des Stotterns. Schüler, die diese Kur ohne Erfolg durchlaufen oder danach ein Rezidiv erleiden, werden in ausgewählten Sprachheilschulen weiterbetreut« (Becker und Becker 1983, S. 287 f.).

In der DDR handelt es sich um ein durchgegliedertes System sprachtherapeutischer Rehabilitationseinrichtungen, wie sie in der Bundesrepublik bestenfalls in Ballungsgebieten zu finden sind. Aber auch in diesem fest gegliederten System nimmt die Ambulanz, nämlich die sonderpädagogische Beratungsstelle, den ersten Platz ein. Erst

wenn dort nicht mehr ausreichende Hilfen angeboten werden können, folgt der Sprachheilkindergarten als zweite Station. Das Sprachheilheim steht erst an vorletzter Stelle, wenn andere Maßnahmen fehlgeschlagen sind und auch dann nur mit einem dreimonatigen Aufenthalt. In der Bundesrepublik sind dagegen sechs- bis zwölfmonatige Heimaufenthalte die Regel, eine ambulante Nachbetreuung fehlt meistens gänzlich, ebenso wie Statistiken, die belegen können, daß die sehr kostenaufwendigen Aufenthalte im Sprachheilheim effektiver sind als eine schulbegleitende ambulante Sprachheilbehandlung. Daß Rezidive nach einem zunächst erfolgreichen Heimaufenthalt häufiger sind als nach einer erfolgreichen ambulanten Behandlung, dürfte erfahrenen Praktikern nichts Neues sein. Überraschend ist auch, daß die gleichen Instanzen, die später eine Heimeinweisung veranlassen, bei stotternden Kindern im Vorschul- und Einschulungsalter zunächst einmal ohne jegliche Rehabilitationsmaßnahme zu einem Abwarten raten, bis es zu einer Aufnahme in ein Sprachheilheim kommt. Demgegenüber steht die Forderung vieler Autoren nach einer komplexen Therapie, in der auch die Beeinflussung des sozialen Umfeldes und vorrangig der Familie des Stotterers ausreichende Berücksichtigung findet.

#### 2.1. Vorschläge zur nicht-separierenden Behandlung

*Böhme* sieht als zentrale Punkte der therapeutischen Maßnahmen »a. allgemeine Ratschläge für die Eltern und Erzieher stotternder Kinder sowie für erwachsene Stotterer. b. phoniatriisch-logopädisch-psychologische Behandlungsprinzipien« (*Böhme* 1977, S. 77). Weiterhin spricht er sich gegen eine langfristige Heimunterbringung aus, da hierdurch der unbedingt notwendige Kontakt zu Eltern, Geschwistern und Verwandten unmöglich gemacht wird, und fordert die Gewährleistung eines permanenten Kontaktes zu Normalsprechenden. Erst bei einem schweren, therapieresistenten Stotter-Syndrom schlägt er vor, die Aufnahme in eine Sprachheilschule zu erwägen. Dieses Prinzip engt *Bohny* noch weiter ein und stellt fest: »Der Stotterer gehört . . . in die Normalschule wie der Legastheniker oder der mittelmäßig Seh- oder Bewegungsbehinderte. Es gibt wenige Ausnahmen, so daß eine Aussonderung mit größter Vorsicht vorzunehmen ist« (*Bohny* 1973, S. 129 ff.). *Wendlandt* plädiert in seinem verhaltenstherapeutischen Therapieansatz für eine Einbeziehung der Eltern als Hilfstherapeuten. »Die Eltern werden angeleitet, mit den Kindern zu Hause einzelne Trainingsmaßnahmen durchzuführen. Ihnen wird beigebracht, wie sie die tägliche Stotterrate in festge-

setzten Zeiteinheiten zählen und in eine Kurve eintragen können« (*Wendlandt* 1979, S. 24). Zu der Folgerung, daß »die sozialen Interaktionen und deren Inhalte aus Elternhaus und Umgebung in die Therapie einbezogen werden müssen« (*Dupuis* 1980, S. 311), kommt *Dupuis*, nachdem er feststellt: »Geht man davon aus, daß das Idealziel aller pädagogischen Interventionen in einer möglichst ungestörten und vollen Entfaltung der Persönlichkeit besteht, so ergeben sich daraus auch für die Therapie Stotternder zwei allgemein anerkannte Forderungen: erstens die nach einer möglichst frühzeitigen Diagnose und Behandlung, und zweitens wird man, wenn irgend möglich, eine Separation vermeiden, d. h., das betroffene Kind in seiner ‚normalen‘ Umgebung belassen wollen« (a. a. O., S. 309 f.). Dagegen sieht er allerdings im Einsatz der Eltern als Co-Therapeuten eine Gefahr ständiger Korrekturen und einer Überforderung des stotternden Kindes durch allzu ehrgeizige Eltern. Da aber die Einbeziehung des Elternverhaltens in einer komplexen Therapie grundsätzlich eine Rolle spielt und in einer umfassenden Beratung der Eltern ihren Ausdruck findet, geht es hier wohl letztlich nur um die terminologische Frage, ob die Bezeichnung der Eltern als Hilfs- oder Co-Therapeuten bei manchen Autoren tatsächlich den Ansprüchen Rechnung trägt, die an einen tatsächlichen Co-Therapeuten, also z. B. einen assistierenden Berufsanfänger, gestellt werden.

## 2.2. Stellenwert des Sprachheilheimes

Der breiten Palette von Fürsprechern einer Rehabilitation des Stotterers im gewohnten sozialen Umfeld, aus der hier nur eine Auswahl vorgestellt werden konnte, wird kaum ein ähnliches Spektrum von Plädoyers für eine stationäre Behandlung im Sprachheilheim gegenübergestellt werden können. Das Sprachheilheim hat durchaus seine Existenzberechtigung, aber sein Stellenwert darf nicht zu hoch angesetzt werden. Wenn nicht die sozialen Verhältnisse die erfolgversprechende Durchführung einer ambulanten Sprachheilbehandlung des Stotterers von vornherein fraglich erscheinen lassen, und dieses wird nur in Ausnahmefällen eindeutig zu belegen sein, so sollte das Sprachheilheim tatsächlich erst die letzte Station sein, nachdem alle anderen Bemühungen fruchtlos blieben. Selbst dann sollte es sich, ähnlich wie im Sprachrehabilitationssystem der DDR, auch nur um einen mehrwöchigen Kuraufenthalt handeln und nicht um einen halb- oder gar ganzjährigen Heimaufenthalt. Der ambulanten Vor- und Nachbetreuung im Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt ist in jedem Falle die gebührende Priorität einzuräumen, denn eine Übertragung der

erreichten Behandlungserfolge in das heimatische soziale Umfeld seines Patienten kann der stationär tätige Sprachheilbehandler nur erhoffen, wenn es an der nötigen Kommunikation mit einem nachbereitenden ambulant arbeitenden Kollegen fehlt.

Wichtigste Voraussetzung, um das Erfordernis einer stationären Behandlung gar nicht erst entstehen zu lassen, ist fraglos die frühzeitige Erfassung und Behandlung stotternder Kinder. Folgt man allerdings den Anregungen *Westrichs* und beginnt die Therapie des Stotterns erst in der Pubertät, so haben sich die negativen Sprecherlebnisse in vielen Fällen schon so sehr gehäuft, daß ein Wechsel des sozialen Umfeldes vom häuslichen in das Heimmilieu oft als sinnvollste Lösung erscheinen mag. Daher ist es auch völlig unverständlich, daß es immer noch Fachkollegen und Ärzte gibt, die, wie bereits eingangs angesprochen, Eltern von fünfjährigen Stotterern raten, doch erst einmal abzuwarten, ob sich die Störung nicht von alleine gibt. Bei keinem anderen psychischen oder organischen Leiden kämen Ärzte auf die Idee, abzuwarten, ob die Natur sich selbst hilft. Möglicherweise ist aber in diesem Verhalten ein Hinweis darauf zu sehen, daß die psychopathologischen und sozialen Auswirkungen von kindlichen Sprachstörungen trotz einer breiteren Aufklärung in ihren Auswirkungen immer noch unterschätzt werden. Nur durch einen rechtzeitigen Behandlungsbeginn können nachhaltige Erfolge der rehabilitativen Spracherziehung gewährleistet werden.

## 3. Information und Beratung durch die Sprachheilpraxis

Da in der Bundesrepublik keine durchgehende Organisationsform der Sprachrehabilitation besteht und aufgrund der Wirtschaftsstruktur und der damit verbundenen freien Therapeutenwahl und des Grundsatzes der Subsidiarität im Sozialwesen auch nicht so ohne weiteres einzurichten ist, muß der freiberufliche Praktiker sich selbst für eine komplexe Therapiedurchführung engagieren, in der die Zusammenarbeit mit Eltern, Arzt, Kindergarten und Schule eine tragende Rolle spielt. Die Zusammenarbeit sollte aber nicht erst dann einsetzen, wenn eine Beratung der Erzieherinnen oder Lehrer eines stotternden Kindes, das sich in der ambulanten Behandlung befindet, unumgänglich ist, sondern bereits im Vorfeld der Erfassung sprachbehinderter Kinder, z. B. durch informative Gespräche mit Spielkreisbetreuerinnen, Kindergärtnerinnen und Schulpädagogen oder durch Gesprächsabende mit Eltern in Kindergärten. Nach unserer Erfahrung werden entsprechende Angebote von den Leiterinnen der Kindergärten stets

dankbar aufgenommen. Selbstverständlich ist auch, daß die kostenlose Elternberatung zum Repertoire jeder freien Sprachheilpraxis gehört. Sind die genannten Voraussetzungen alle erfüllt, so bedarf es nur noch einer flächendeckenden Anzahl von Einrichtungen der ambulanten Sprachtherapie, um die sprachtherapeutische Versorgung langfristig sicherzustellen, ohne daß dazu unnötige und kostenaufwendige Behandlungen im Sprachheilheim erforderlich werden.

### 3.1. Verfahrensvorschlag zur Heimeinweisung

An dieser Stelle sei noch einmal betont, daß es sich hier nicht um einen Beitrag zur Abschaffung der Sprachheilheime handeln soll, diese haben in jedem Falle ihre Existenzberechtigung, die Problematik liegt vielmehr in den Kriterien begründet, die zur Heimeinweisung führen. Lediglich die Feststellung einer Sprachstörung von hohem Schweregrad, bzw. nach den Kriterien *Bachs* einer Sprachbehinderung, sollte noch kein ausreichender Grund für eine Entscheidung zugunsten einer stationären Sprachheilbehandlung im Sprachheilheim sein. Erst wenn die sozialen Verhältnisse, in denen das Kind lebt, dieses erforderlich machen, weitere Beeinträchtigungen wie Verhaltensstörungen und organische Störungen vorliegen oder das betreffende Kind sich nach Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Mittel als therapieresistent erwiesen hat bzw. aufgrund besonderer Umstände nach erfolgreichen Behandlungen immer wieder Rezidive auftreten, sollte die Möglichkeit der stationären Therapie außerhalb des gewohnten sozialen Umfeldes in Erwägung gezogen werden. Bevor es aber zu einer endgültigen Entscheidung für diese Maßnahme kommt, wären drei unabhängige Gutachten erforderlich, von denen mindestens zwei die Relevanz und die Wahrscheinlichkeit einer positiven Prognose für diesen einschneidenden Eingriff in den persönlichen Lebenslauf des Kindes feststellen. Diese Gutachten sollten von unabhängigen Fachleuten aus den Disziplinen Medizin, Pädagogik und Psychologie abgefaßt werden. Zugegeben, ein derartiges Verfahren erscheint sehr aufwendig, wenn man in Betracht zieht, daß nach einem Gespräch mit den Eltern, die sich einer Amtsperson gegenüber meistens unterlegen fühlen und dann leicht ihr Einverständnis zu irgendwelchen Maßnahmen geben, eine einzige Unterschrift ausreicht, um die Überweisung ins Heim zu veranlassen. Aber es ist nicht zu aufwendig, wenn die gravierende Änderung der persönlichen Lebensumstände des Kindes auch durch einen nur wenige Monate dauernden Heimaufenthalt bei der Entscheidung genügend Berücksichtigung findet. Eine Erfolgsgarantie für die

Behandlung stotternder Kinder kann das Sprachheilheim ebensowenig geben wie andere Therapiemaßnahmen, bei denen das Kind in seinem gewohnten sozialen Umfeld verbleibt. Nur wenn die Vorteile einer stationären Sprachheilbehandlung so belegt werden können, daß eine wesentlich höhere Erfolgsquote gegenüber anderen Maßnahmen eindeutig daraus hervorgeht, würde dieses für eine so bedenkenlose Einweisung ins Sprachheilheim sprechen, wie sie heute zum Teil praktiziert wird.

### 3.2. Ein negatives Beispiel aus der Praxis

Bei einer Behandlungskapazität von 3000 Therapieeinheiten pro Jahr in den vergangenen sechs Jahren haben wir es erst in einem einzigen Fall erlebt, daß häufige Rezidive bei einem achtjährigen Jungen eine stationäre Sprachheilbehandlung erforderlich machten. Diese Maßnahme wurde von uns vorgeschlagen und von der einleitenden Stelle mit der Feststellung quittiert, die ambulante Therapie sollte »bis zur Aufnahme nicht mehr fortgesetzt werden, da eine Besserung nicht zu erwarten ist und somit der Junge weiterhin Mißerfolgsereignisse verkraften müßte« (wörtlich aus dem Gutachten). Begründet wurde diese Feststellung des Gutachters durch eine Absprache mit der stationären Einrichtung. Dieser war das Kind nicht persönlich bekannt, und der Gutachter hatte sich nach Auskunft der Mutter auch nicht länger als höchstens fünfzehn Minuten mit dem Kind befaßt. Die Umstände, die zu Rezidiven führten, waren in diesem Fall gut zu belegen und lagen in der familiären Situation des Jungen begründet, so daß er z. B. nach mehrwöchigem symptomfreien Sprechen plötzlich wieder verstärkte Stottersymptomatik zeigte, als die Stiefmutter, die sich stets sehr um den Jungen bemühte, nach der Geburt eines Mädchens im Wochenbett lag. Die ambulante Sprachheilbehandlung verhalf dem Jungen in derartigen Fällen stets zu einer Symptombeseitigung oder -minderung, so daß von Mißerfolgsereignissen für das Kind nicht die Rede sein konnte. Obwohl die stationäre Maßnahme erst sechs Monate nach der Begutachtung erfolgen konnte, wurde mit der o. g. Begründung ohne weitere Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten die laufende Sprachheilbehandlung abgebrochen. Wohlbemerkt, hier handelt es sich um ein ausgesprochen schlechtes Beispiel für die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen Behörde, Sprachheilheim und Sprachheilbehandler. Zusammenarbeit aller Personen und Institutionen, die sich um die Belange der Sprachrehabilitation bemühen, ist oberstes Gebot im Interesse der Klientel dieses Arbeitsfeldes. Dazu gehört auch die Zusammenar-

beit und der kollegiale Kontakt aller Berufsgruppen, deren Aufgabe die Korrektur der gestörten Sprache ist. Übertriebene Ständesdünkel und separierende Berufsgruppeninitiativen sind fehl am Platze und nicht im Interesse sprachgestörter Menschen.

#### 4. Durchführung der ambulanten Behandlung

Die ambulante Therapie des Stotterns ist in den meisten Fällen eine Langzeitbehandlung von mindestens einem Jahr. Von konsequenten Vertretern einer stationären Behandlung wird hierzu manchmal das Argument vorgebracht, eine derart langfristige Sprachheilbehandlung würde das stotternde Kind überfordern und zu einem Motivationsverlust führen. Derartige Vorstellungen setzen anscheinend voraus, daß die ambulanten Sprachheilbehandler nicht über genügende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, um Motivationsverlusten vorzubeugen bzw. diese rechtzeitig zu erkennen, um den weiteren Behandlungsverlauf entsprechend planen zu können. Natürlich erfordert eine langfristige Sprachheilbehandlung immer viel Fingerspitzengefühl bei der Planung und Durchführung. Regelmäßige therapeutische Sitzungen sind in der Mehrzahl der Fälle nur im ersten Behandlungsdrittel erforderlich. Wenn schon eine wesentliche Symptomminderung erzielt wurde, sollten die Sprachheilbehandlungen nach Absprache mit dem Kind und den Eltern in Zeitabständen von zwei bis drei Wochen erfolgen, wobei immer die Möglichkeit vorhanden sein muß, bei Bedarf auch kurzfristig zur Verfügung zu stehen, wenn die Sprechsymptomatik dieses erforderlich macht. Im letzten Teil des erfolgreichen Behandlungsverlaufes werden dann keine laufenden Termine mehr festgelegt, sondern nur bei einem entsprechenden Wunsch des Kindes oder bei jüngeren Kindern auch der Eltern nach Bedarf vereinbart. Dieser Abnabelungsprozeß entspricht der Nachbereitung bei einer stationären Behandlung und soll dem Klienten durch das Gefühl permanent vorhandener Hilfsmöglichkeiten mehr Sicherheit im Sprachgebrauch geben.

##### 4.1. Vorteile der ambulanten Behandlung

Der geschilderte Terminplanungsablauf entspricht leider nur dem Idealfall eines kontinuierlich verlaufenden Behandlungserfolges, wie er in der Praxis zur selten anzutreffen sein wird. Der Regelfall ist vielmehr eine anfängliche Symptomminderung mit später schwankender Symptommhäufigkeit. Diese Schwankungen sind von der persönlichen Stimmungslage des Stotterers und von äußeren Einflüssen abhängig, deren Beeinflussung meistens außerhalb der Möglichkeiten des Sprachheilbe-

handlers liegen. Hier liegt aber auch ein entscheidender Vorteil der ambulanten Therapie gegenüber der Heimtherapie. Bei einer ambulanten Sprachheilbehandlung bietet der Therapeut seinem Klienten stetige Hilfe bei der Verarbeitung alltäglicher Konfliktsituationen an, während bei der stationären Behandlung außerhalb des gewohnten sozialen Umfeldes nur Modellfälle geprobt werden können, ohne sichere Vorhersage, wie das Kind später im Ernstfall reagieren wird. Wenn das Kind in seinem sozialen Umfeld bleibt, kann der Behandlungsverlauf stets den tatsächlich vorliegenden Verhältnissen angepaßt werden, diese Möglichkeit bietet der Aufenthalt im Sprachheilheim nicht. Meistens ist den Behandlern nicht einmal die häusliche Umgebung des Klienten aus eigener Erfahrung, sondern nur aus Schilderungen oder Gutachten bekannt, aber in eben dieser Umgebung soll ja symptomfrei gesprochen werden. Die latente Neigung zum Stottern in besonderen Konfliktsituationen bleibt in mehr oder weniger starker Ausprägung auch nach einem erfolgreichen Behandlungsabschluß vorhanden, im Verlauf der Heimbehandlung können für solche Situationen nur kompensatorische Hilfsmöglichkeiten trainiert werden. Der ambulante Praktiker bietet diese Hilfe an.

##### 4.1.1. Individuelle Methodenplanung

Schon das Bewußtsein dieser ständigen Gegenwartigkeit von Hilfsmöglichkeiten stellt einen wichtigen Teilaspekt im Rahmen der ambulanten Sprachrehabilitation dar. Die grundlegende Voraussetzung hierzu ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeut und Klient in den ersten Wochen der Behandlungsaufnahme. Nur wenn dieses Vertrauensverhältnis hergestellt werden kann und das Kind gerne in die Sprachheilpraxis kommt, wird ein erfolgsversprechender Behandlungsverlauf ermöglicht. Das setzt bei dem Behandler wesentlich mehr voraus als nur umfassende Kenntnisse sprachtherapeutischer Verfahrensmöglichkeiten. Ebenso wichtig sind emotionelles Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, auf die gegenwärtigen Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Letzteres erfordert wiederum ein hohes Maß an Flexibilität bei der Planung und Durchführung der Sprachheilbehandlung, die keinesfalls nach einem festen Schema ablaufen darf. Die Möglichkeit der Anpassung des Therapieverlaufes an den aktuellen Erlebnisbereich des Kindes muß immer vorhanden sein. Dabei darf der Behandler aber nicht einem Polypragmatismus verfallen, der eine spätere Aussage darüber, welche Ursachen zu einem Erfolg oder Mißerfolg der Behandlung geführt haben, unmöglich macht. Der erfahrene Praktiker wird auf der Grundlage klassi-

scher Behandlungsmethoden ohnehin seine eigene Arbeitsweise entwickeln und diese dann den gegebenen Verhältnissen im Einzelfall anpassen. Denn die Behandlung des Stotterns, und dabei ist es nun völlig gleichgültig, in welcher Institutionsform sie stattfindet, ist immer eine individuelle Angelegenheit, die in wesentlich höherem Maße auf die persönlichen Bedürfnisse des Klienten eingehen muß, als es z. B. bei der Behandlung von Artikulationsstörungen der Fall ist.

#### 4.2. Therapeutenwechsel bei mangelndem Erfolg

Nicht unwesentlich ist auch die Tatsache, daß Behandlungsrezidive nicht nur bei dem Klienten zu Mißerfolgserlebnissen führen, der Behandler ist diesen ebenso ausgesetzt. Daraus können sich dann recht negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg ergeben. Nämlich in konträrer Position zu dem Wort von *Nadoleczny* »Jeder wird mit dem Verfahren am meisten leisten, an das er am festesten glaubt« (*Nadoleczny* 1926, S. 130). An ein Behandlungsverfahren kann man aber nur dann glauben, wenn es Erfolg bringt. Erweist sich nun ein Klient als resistent gegen dieses Verfahren oder treten häufige Rezidive auf, deren Ursachen sich nicht eruieren lassen, so wird der Behandler nun nicht an seinem Verfahren schlechthin zu zweifeln beginnen, wohl aber an dessen Effektivität in diesem speziellen Fall. Bringen individuelle Änderungen der Behandlungsmethode immer noch nicht den gewünschten Erfolg, werden sich bei dem Behandler Zweifel regen, die jedem Praktiker hinlänglich bekannt sein dürften. Meistens geschieht das zu einem Zeitpunkt, an dem der Klient von dieser »Lehrerfolgskrise« seines Therapeuten noch nichts spürt. Da aber ein Therapeut, der nicht mehr absolut von der Wirksamkeit seiner Arbeit in einem Einzelfall überzeugt ist, in seinem Leistungsvermögen erheblich eingeschränkt wird, wäre nun der geeignete Zeitpunkt gekommen, den Klienten an einen Kollegen zu übergeben. Wird dieser Therapeutenwechsel vorher mit dem Klienten durchgesprochen und sinnvoll begründet, werden sich hierdurch keine negativen Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf ergeben. In einer Gemeinschaftspraxis bereitet ein derartiger Wechsel keine Schwierigkeiten, und wenn der bereits erwähnte kollegiale Kontakt zwischen allen Behandlern eines Bezirks vorhanden ist, dürfte es auch in dieser Hinsicht keine Probleme geben. Völlig fehlerhaft wäre es, bei der ambulanten Behandlung des Stotterns mit negativen Ergebnissen so lange abzuwarten, bis der Klient von sich aus die Hoffnung auf Erfolge verliert. Denn dann wäre auch im Falle des Therapeutenwechsels der weitere Behand-

lungsverlauf von diesen Ergebnissen überschattet. Hierzu sei auch angemerkt, daß der besagte Therapeutenwechsel durchaus im Bereich der bestehenden Möglichkeiten liegt und nicht, wie die Gegner der ambulanten Behandlung manchmal anführen, durch ein Konkurrenzdenken unter den Freiberuflern von vornherein ausgeschlossen werden kann. Die Behauptung eines solchen Konkurrenzdenkens unter Behandlern eines umschriebenen Bezirks ist unsinnig. Durch die hohen Auflagen, die inzwischen für eine Kassenzulassung in Hinsicht auf Räumlichkeiten und Arbeitsmittel gemacht werden, und die durch die Art der Berufsausübung begrenzte Einkommensmöglichkeit erfordert jeder Bezirk eine von der Bevölkerungsdichte abhängige Therapeutenzahl, die bei Unterschreitung zu monatelangen Wartezeiten führen muß, während als Folge einer Überschreitung die eine oder andere Praxis schon bald wegen des Defizites zwischen Praxiseinnahmen und -ausgaben wieder schließen müßte. Da die Krankenkassen mit der Erteilung von Zulassungen aber auch versuchen, regulierend in dieses Gefüge einzugreifen, wird die zuletzt genannte Situation kaum anzutreffen sein.

#### 4.3. Einbeziehung der Eltern

Auf die Einbeziehung der Eltern in den Behandlungsablauf wurde bereits hingewiesen. Gerade bei jüngeren Kindern kommt der Mitarbeit der Eltern oder engeren Bezugspersonen große Bedeutung zu. So hat *Johnson* in seinen Untersuchungen festgestellt, daß die von ihm erfaßten Mütter stotternder Kinder fast alle ein erkennbar erhöhtes Anspruchsniveau bezüglich der kindlichen Entwicklung allgemein und den Sprechleistungen des Kindes im besonderen hatten (zitiert bei *Keese* 1975). In der Aufklärung und Beratung der Eltern ergibt sich hier eine wichtige Aufgabe für den Sprachtherapeuten. »Die Auffassung, die Einstellung von Eltern ließe sich nicht ändern, ist mehr resignierend als konstruktiv. Einstellungen sind zwar relativ beständige Gebilde, aber sie sind grundsätzlich veränderbar — wenn angemessene Mittel eingesetzt werden« (*Keese* 1975, S. 79). Die Frage der Elternanwesenheit bei ambulanten therapeutischen Behandlungen ist bei jüngeren Kindern wohl grundsätzlich zu bejahen, unter der Voraussetzung, daß die Eltern nicht versuchen, lenkend in den Behandlungsablauf einzugreifen oder gar das Kind zu reglementieren. Bei älteren Kindern ist die Anwesenheit der Bezugspersonen nur im Verlaufe der ersten Therapiesitzungen, bis ein Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Kind aufgebaut wurde, grundsätzlich zu empfehlen, danach sollte der Therapeut im Einzelfall nach

Absprache mit Kind und Bezugspersonen eine Entscheidung treffen. Bei jugendlichen Stotterern dürfte sich die Gegenwart der Eltern meistens als störend erweisen, jedoch muß auch hier im Einzelfalle entschieden werden.

#### 4.4. Erfahrungsmethoden

Es ist nicht das Anliegen dieser Arbeit, auf ambulante Behandlungsmethoden im einzelnen einzugehen, da eine allgemein gültige Methode zur Behandlung des Stotterns nicht vorhanden ist und wegen der Komplexität dieses Syndroms auch sicher nie gefunden werden kann. Hierzu stellen *Richter* und *Wertenbroch* (1979, S. 54) fest: »Es wird wahrscheinlich so sein, daß sich jeder Therapeut nach seinen Erfahrungen und Anschauungen im Laufe der Jahre eine eigene Behandlungsmethode aufbaut. Meist wird er in Anlehnung an eine publizierte Methode variieren, wobei er einige Übungen stark hervorhebt und andere nur kurz streift. Dabei sollte aber der Kern der Methode erhalten bleiben.« Dieses Variieren soll nun sicher nicht bedeuten, daß der Therapeut eine von ihm entwickelte Methode von nun an nach einem Einheitsschema praktiziert, sondern daß die individuell entwickelte Methode des Therapeuten unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten an die gegebenen Verhältnisse angepaßt und durchgeführt wird. »Es ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg, daß die Persönlichkeit des Stotterers richtig erfaßt wird und daß die Behandlung in ihrer Gesamtheit dieser Voraussetzung Rechnung trägt. Diese Sicherheit des Therapeuten kann allerdings erst nach längerer Praxis erworben werden. Die Voraussetzung einer zielsicheren und dadurch erfolgsversprechenden Behandlung ist aber die Kenntnis der verschiedenen therapeutischen Systeme« (*Führung* u. a. 1976, S. 86).

#### 4.5. Diätetische und medikamentöse Maßnahmen

Die Forderungen nach einer komplexen Therapie, wie sie z. B. *Seeman* und *Becker* stellen, dürfen auch nicht unberücksichtigt bleiben. So sollte auf eine diätetische und medikamentöse Unterstützung der Sprachheilbehandlung keinesfalls verzichtet werden, nur weil unter Pädagogen eine allgemeine Abneigung gegen pharmazeutische Anwendungen im Lernbereich besteht. Bei älteren Kindern und Jugendlichen mit einem Stottern, das in Wechselbeziehung zu einer vegetativen Übererregbarkeit steht, läßt sich durch derartige Maßnahmen in vielen Fällen ein *Circulus vitiosus* durchbrechen, der sonst eine weitgehende Therapieresistenz bewirkt. So beobachtet man bei Stotterern, die bereits ein stärkeres Störungsbewußt-

sein entwickelt haben, häufig ein Erröten aufgrund vasomotorischer Hyperaktivität in Verbindung mit dem Auftreten von Stottersymptomatik. In Gesprächen berichten diese Stotterter dann mit bemerkenswerter Regelmäßigkeit, daß sie kurz vor dem Auftreten der Symptomatik ein Hitzegefühl o. ä. verspüren, das in direkter Beziehung zu dem Erröten steht. Dabei ist aber nicht eindeutig zu belegen, ob nun das Erröten zu einer erhöhten Hemmungsbereitschaft des Sprechens führt oder Ausdruck der bereits eingetretenen Erhöhung der Hemmungsbereitschaft ist. Eine direkte medikamentöse Beeinflussung des Stotterns ist bisher nicht gegeben, aber eine medikamentöse Behandlung kann oftmals die Grundlage für eine erfolgreiche Sprachheilbehandlung schaffen, wenn sie die vegetativen Nebenwirkungen oder Begleiterscheinungen des Stotterns abzubauen hilft. Um dieses Problem bei einer ambulanten Behandlung in ausreichendem Maße berücksichtigen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt unabdingbare Voraussetzung.

#### 4.6. Kooperation

Ebenso wichtig ist ein enger Kontakt zu den Kindergärten, Schulen oder sonstigen betreuenden Stellen des Stotterers. In diesem Zusammenhang ist auch die o. g. Beratung von Erzieherinnen und Lehrern zu sehen. Einen interessanten Vorschlag hierzu macht *Hampel*, indem er meint, es wäre »... organisatorisch günstig, daß der Erstklassenlehrer in der Sonderschule für Sprachbehinderte im vorhergehenden Schuljahr in der Ambulanz für Vorschulpflichtige, in der Beratungsstelle, Schulkindergarten und Sonderschulkindergarten für Sprachbehinderte mitarbeitet« (*Hampel* 1978, S. 56). Aus den bereits erwähnten Gründen würde sich dieser Vorschlag nur in Ballungsgebieten als Modellbeispiel realisieren lassen, aber er kann Anregungen für die ambulante Praxis geben, wenn die Zusammenarbeit zwischen Lehrern der allgemeinbildenden Schulen und Sprachheilbehandlern funktioniert. Läßt sich z. B. bei Kindern im Vorschulalter absehen, daß ein erfolgreicher Behandlungsabschluß vor der Einschulung nicht zu erwarten ist, so könnte der künftige Klassenlehrer in den Behandlungsablauf einbezogen werden. In welcher Form diese Möglichkeit besteht, hängt natürlich weitgehend sowohl von der Kooperationsbereitschaft des Sprachheilbehandlers als auch des betreffenden Lehrers ab.

#### 5. Schlußwort

Die geschilderten Beispiele sollen nur Möglichkeiten praktischer Verfahrensweisen der ambulanten Behandlung des Stotterns aufzeigen, deren Varia-

tionsbreite praktisch unbegrenzt ist und deren Gestaltung von der persönlichen Aktivität des Praktikers abhängt. Einschränkungen durch mangelnde Kooperationsbereitschaft angesprochener Institutionen oder auch Personen sind zwar an der Tagesordnung, dürfen den Behandler aber nicht entmutigen. Darin zeichnet sich lediglich eine allgemeine Unterbewertung der Möglichkeiten ambulanter Sprachheilbehandlungen an, die nur so lange bestehen kann, wie diese Therapieform nur als Mittel zur Behebung leichter Sprachstörungen praktiziert und angesehen wird.

Erinnern wir uns daran, daß die ambulante Sprachheilbehandlung ihren Ursprung in den vor hundert

Jahren durch Albert *Gutzmann* begründeten Stottererkursen hat. In den letzten Jahrzehnten wurde bei den Methoden- und Organisationsdiskussionen die ambulante Behandlung von Sprachstörungen im allgemeinen und des Stotterns im besonderen seitens der Sprachheilpädagogen in unangemessener Weise vernachlässigt. Dieses geschah zum Teil aus der sicheren Position des Beamtenstatus, in dem ambulanten Sprachheilbehandlungen außerhalb der Sonderschule nur sekundäre Bedeutung zukam, zum Teil aber auch mangels praktischer Kenntnisse in diesen Behandlungsverfahren, die sich erst durch eine umfangreiche ambulante Berufspraxis ergeben.

#### Literatur

- Becker, K.-P., Becker, Ruth, und Autorenkollektiv: Rehabilitative Spracherziehung. Berlin (DDR) 1983.  
Becker, K.-P., und Sovak, M.: Lehrbuch der Logopädie. Berlin (DDR) 1983.  
Böhme, G.: Das Stotter-Syndrom. Bern 1977.  
Bohny, A.: Zur Therapie des Stotterns. Therapeutische Umschau 30 (1973), S. 129—134.  
Dupuis, G.: Kombinierte Methoden in der Stottererbehandlung. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 306—316.  
Führung, M., u. a.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 1976.  
Gutzmann, A.: Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren. Berlin 1879.  
Hampel, E.: Die Hemmungsbereitschaft in der Sprache des Stotterers. Berlin 1978.  
Keese, Angela: Der Einfluß des Hörers auf die Entstehung von Redestörungen. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Sprachrehabilitation durch Kommunikation. München 1975, S. 74—80.  
Nadoleczny, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Leipzig 1926.  
Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg 1979.  
Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin (DDR) 1974.  
Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.  
Wertenbroch, W.: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung. Hamburg 1978.  
Westrich, E.: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg 1977.  
Wulff, J. und H.: Anregungen zur Stottererbehandlung. Hamburg o. J.

Anschrift der Verfasser:  
Holger und Gisela Lakies  
Sprachpraxis Dobro  
3139 Jameln

Gisela und Holger Lakies arbeiten seit 1978 als frei praktizierende Sprachtherapeuten im Landkreis Lüchow-Dannenberg und bieten neben der Sprachtherapie auch Legasthenie- und Nachhilfekurse an.

### **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**

### Stellungnahme

#### zur Mitteilung des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen in Heft 2 (1985), Seite 88

Die von Herrn von Hindenburg verfaßte Mitteilung (»Warnung«), in der er sich auf zwei kurze Berichte von mir über Gerichtsurteile bezieht (vgl. Heft 6/1984, S. 293, und Heft 1/1985, S. 35), bedarf aus meiner Sicht einiger klärender Erläuterungen:

Im ersten Fall »Abrechnung von Terminausfällen« geht es um das Urteil eines Amtsgerichtes. Die Frage nach dem Geltungsbereich dieses Urteiles erübrigt sich wohl, da ein derartiges Urteil nur für den beurteilten Fall Gültigkeit haben kann. Schließlich schafft ein Gericht keine neuen Gesetze, es wendet nur bestehende Gesetze auf Rechtsstreitigkeiten an. Daher können Veröffentlichungen von Gerichtsurteilen, wie man sie in vielen Fachzeitschriften, Zeitschriften und überregionalen Zeitungen findet, nur Hinweise geben, wie ein Gericht in einem bestimmten Fall geurteilt hat. Wichtig sind dabei die Gesetze, nach denen das Gericht urteilte.

Daß nichts über eine Anfechtung des Urteiles gesagt wurde, erklärt sich leicht daraus, daß dieses Urteil rechtsgültig wurde, nachdem kein Einspruch erfolgte. Daraus kann natürlich nicht eo ipso gefolgert werden, daß ein anderes Gericht in einem ähnlich gelagerten Fall genauso urteilen würde.

Unrichtig ist allerdings der Hinweis, daß es Bundesländer gibt, in denen man bei einer entsprechenden Abrechnungsweise seine Kassenzulassung aufs Spiel setzen würde. Dieses würde dem § 615 BGB widersprechen, nach dem das Gericht in dem betreffenden Fall urteilte. Es bleibt danach jedem Behandler unbenommen, die vereinbarte Vergütung zu verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein, wenn er durch Terminausfall, der durch den Patienten verschuldet ist, seine Arbeit nicht leisten konnte. Rechtswidrig würde nur handeln, wer dabei den Satz 2 des § 615 BGB außer acht läßt. Zur Klärung sei er hier noch einmal zitiert: »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.« Kosten für Verbrauchsmaterial, die nachweislich regelmäßig anfallen und bei Terminausfall natürlich nicht entstehen, dürften z. B. bei einer Ausfallsabrechnung nicht in Rechnung gestellt werden. Ebenso darf

selbstverständlich keine Ausfallsabrechnung erfolgen, wenn der Termin anderweitig vergeben wurde, wozu der Behandler grundsätzlich verpflichtet ist, wenn die Terminabsage so rechtzeitig erfolgt, daß diese Möglichkeit besteht.

Im zweiten Fall »Vorsicht bei Privatabrechnungen« ist nur wichtig, daß es um gesundheitsrechtliche Bestimmungen geht. Berufspolitische Zielsetzungen, auf die Herr von Hindenburg hinweist, sind dabei kaum von Bedeutung. Eine Sprachheilbehandlung, die nicht der Rehabilitation im medizinischen Sinne dient, würde natürlich nicht unter diese Gesetzgebung fallen, aber die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in solchen Fällen wohl auch kaum die Behandlungsgebühren. Es geht also nur um solche Fälle (z. B. Stottern), bei denen die gesetzlichen Krankenkassen eine Rehabilitation im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) anerkennen und die Kosten entsprechend dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation nach § 10 Nr. 3 übernehmen. Denn es würde schwer glaubhaft zu machen sein, daß eine Kassenabrechnung aufgrund der entsprechenden Vorschriften für medizinische Rehabilitation erfolgt, während eine Privatabrechnung bei gleicher Symptomatik, ohne vorherige ärztliche Verordnung z. B. als sozialpädagogische Maßnahme gerechtfertigt wird.

Grundsätzlich pflichte ich Herrn von Hindenburg bei, wenn er rät, bei anstehenden Problemen beim Ständigen Ausschuss für Berufsfragen Rückfrage zu halten. Persönlich halte ich den Ausschuss für eine positive und sehr wichtige Einrichtung innerhalb der dgs und rate deshalb auch stets Kollegen, die sich bei mir nach Sachfragen für freiberufliche Tätigkeiten erkundigen, den Ausschuss zu befragen.

Insofern dient m. E. die Veröffentlichung berufsrelevanter Rechtsentscheidungen zur Information jedes Mitgliedes der dgs und nicht etwa zur Untergrabung der Arbeit des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen. Außerdem sind derartige Rechtsentscheide jedem zugänglich, der sich auf breiter Ebene informiert. Auch Urteile mit Urteilsbegründungen können von den zuständigen Gerichten gegen eine Gebührenauflage angefordert werden, wenn ein relevantes Informationsbedürfnis glaubhaft gemacht wird. Es wäre interessant zu erfahren, wie Kollegen zu dieser Problematik der Veröffentlichung von Rechtsentscheidungen in der »Sprachheilarbeit« Stellung nehmen.

Holger Lakies

## Leserbrief

zum Beitrag von Gerhard Homburg  
in Heft 2 (1985), Seite 75—80  
— Stellungnahme zur Vorbemerkung —

Die Vorbemerkungen zu Ihrem Thesenpapier versetzen uns Delegierte und Mitglieder der Landesgruppe Hamburg in Verwunderung. Sie erwecken den Anschein, als seien Ihre »Thesen«, die das Profil der dgs neu gestalten sollten, absichtlich auf der Delegiertenversammlung nicht diskutiert worden. Sie scheinen den Auftrag jener Delegiertenversammlung in Ravensburg erheblich mißverstanden zu haben. Unsere Aufgabe bestand darin, über die uns vorliegenden Anträge zu diskutieren und darüber abzustimmen. Außerdem sollte ein neuer Vorstand gewählt werden. Die Kandidaten für den ersten Vorsitz der dgs haben sich zu diesem Zweck schriftlich und mündlich mit ihren Absichten und Zielen vorgestellt. Als Grundlage für Ihre Kandidatur diente das von Ihnen verschickte Thesenpapier. Es gehörte nicht zu den Aufgaben der Delegierten, mit der Wahl Ihrer Person gleichzeitig über ein neues Selbstverständnis der dgs abzustimmen. Das »Profil und die Perspektiven der dgs« sollten in den Landesgruppen diskutiert werden. Nur über eine gründliche Basisarbeit kann unseres Erachtens ein Konzept der dgs erstellt werden. Dazu könnten auch Ihre »Thesen« eine Anregung sein.

Die Delegierten der Landesgruppe Hamburg  
i. A. H. Sünnemann

## Erwiderung

Offensichtlich hat die Kürze der den Thesen vorangestellten Vorbemerkungen im Verbund mit einer vorstrukturierten Wahrnehmung zu Mißverständnissen geführt. Deswegen greife ich die von der Redaktion angebotene Möglichkeit gerne auf, die hinter der Veröffentlichung stehenden Motive ausführlicher zu erläutern.

1. Dieses zur Entwarnung für die Hamburger Kollegen vorneweg: Die Veröffentlichung der Thesen erfolgte nicht, um damit eine erneute Kandidatur vorzubereiten. Diese Phase ist nach der Wahl des neuen Vorstandes abgeschlossen. Sie ist für mich ohne Groll und mit einem Gefühl der Entlastung abgeschlossen. Die Veröffentlichung erfolgte auf die dringliche Empfehlung von Kollegen hin und aus sachlichem Interesse an der Arbeit der dgs, die derzeit ihre Möglichkeiten der politischen und fachlichen Einflußnahme nicht ausschöpft.

2. In der Vergangenheit haben sich in Delegiertenversammlungen und in Hauptvorstandssitzungen Grundsatzdebatten über die Frage: Was sind wir, und was will die dgs? stets und eher zufällig an

bestimmten Fragestellungen oder Anträgen entzündet. Ein Auftrag an den Erziehungswissenschaftlichen Beirat erbrachte nicht das vom HV erhoffte Ergebnis. Meine Thesen sind ein Angebot, diese Debatte systematischer und strukturierter zu führen.

3. Ich stehe seit fast 20 Jahren in der Gremienarbeit und habe viele Stunden in schlecht vorbereiteten Sitzungen nutzlos vertan und zweifelhafte Ad-hoc-Ergebnisse erlebt. Ich halte es auch unter Berücksichtigung der gegebenen Arbeitsbedingungen (u. a. Zusammentreffen für wenige Stunden) für unwahrscheinlich, daß ein Gremium wie die Delegiertenversammlung oder der Hauptvorstand aus sich heraus tragfähige Positionspapiere zu einem so komplexen Problem gebären kann. Deswegen habe ich vorgedacht und eine Diskussionsgrundlage entworfen. Es stand und steht jedem Mitglied und jeder Landesgruppe frei, die vorgebrachten Gesichtspunkte zu streichen oder zu erweitern, die Argumente zu übernehmen, zu zerreißen oder anders zu gewichten.

4. Auf der Delegiertenversammlung waren etwa 3 Prozent der Mitglieder anwesend. Wenn die angezielte Debatte an der Basis geführt werden soll, wie es von der Landesgruppe Hamburg gefordert wird, müssen die Informationen allen Mitgliedern zugänglich sein.

5. In der bisherigen Diskussion ist kaum sachliche Kritik aufgekommen. Offensichtlich treffen die Aussagen die Vorstellungen vieler Mitglieder. Eine grundsätzliche Kontroverse hat es um die Frage gegeben, ob denn das gewählte Verfahren — um es überspitzt zu sagen: einer für alle — angemessen ist. Bisher hat sich aber das kollektive Bewußtsein noch nicht artikuliert — warten wir's ab!

6. Wie aktuell die Fragestellung nach wie vor ist, geht u. a. aus einem Bericht über die Hauptvorstandssitzung in Gießen (vgl. Die Sprachheilarbeit Heft 3, 1985, Seite 137) hervor. Immerhin hat es der Hauptvorstand — nach schweren inneren Stürmen, die bis zum Rücktritt des Kassenführers reichten — so weit gebracht, sich wenigstens darüber abzustimmen, welches äußere Verfahren zur Formulierung des Selbstverständnisses der dgs führen soll.

7. Das obige dynamische Schreiben ist offensichtlich von dem Bedürfnis getragen, etwas zu dementieren, was in den Vorbemerkungen gar nicht behauptet wurde. Darüber mag sich jeder seine eigenen Gedanken machen. In einem Punkte muß ich der Erinnerung mit dem Hinweis aufhelfen, daß die Thesen nie zur Abstimmung, sondern damals wie heute zur Diskussion gestanden haben.

Gerhard Homburg

## Antwort

auf den Leserbrief in Heft 3 (1985), Seite 136

Sehr geehrte Kolleginnen,

für Ihren Leserbrief in Heft 3 (1985), Seite 136, danke ich Ihnen sehr. Da noch weitere Reaktionen auf meinen Beitrag in Heft 1 (1985), Seiten 1—8, erfolgt sind, scheint Diskussion in Gang gekommen zu sein.

Selbstverständlich hat es immer schon Praktiker gegeben, die der allgemeinen Theoriebildung und Praxisgestaltung in unserem Fache voraus waren. Wenn Sie sich zu diesen zählen und als solche auch erkannt werden wollen, sollten Sie sich mitteilen und über Ihr Konzept und Ihre nun wohl zehnjährigen praktischen Erfahrungen berichten bzw. bereits vorliegende Veröffentlichungen nennen.\* Beispielsweise haben die Berliner Kolleginnen, Frau Rodust und Frau Schinnen, unmittelbar

auf meine Publikation hin auf ihre Arbeit aufmerksam gemacht und einen Bericht in dieser Zeitschrift angekündigt.

Ich bedauere, daß ich Ihren Arbeitsansatz einer systematischen integrativen Sprachtherapie nicht kenne, zumal es sich um eine Integrierte Gesamtschule handelt. Ich würde mich freuen, wenn ich Sie auch mal mit Kollegen und einer Studentengruppe in Hannover-Mühlenberg besuchen könnte.

Otto Braun

\* Anmerkung der Redaktion: Frau Heidelore Freise, die der Redaktion einen veröffentlichten Bericht über ihre Arbeit in Hannover zugeschickt hat (vgl. Gesamtschulinformationen 4/1981, Päd. Zentrum Berlin, S. 121—133), ist von uns gebeten worden, einen Originalbeitrag für diese Zeitschrift zu verfassen.

## Umschau

### Hessens Kultusminister Karl Schneider nimmt Stellung zur Weiterentwicklung des Sprachheilwesens in Hessen

Anläßlich des 25jährigen Jubiläums der Herderschule (Schule für Sprachbehinderte) in Darmstadt erläuterte der hessische Kultusminister Karl Schneider in seiner Festansprache am 14. Juni 1985 das Konzept zur Weiterentwicklung der Förderung sprachauffälliger Schüler in Hessen. Am Beispiel der Herderschule in Darmstadt machte er deutlich, wie er sich eine Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung der ambulanten Sprachtherapie, der Sprachheilklassen und der Schulen für Sprachbehinderte vorstellt.

Zur Verdeutlichung soll diese Rede in den wesentlichen Auszügen ungekürzt abgedruckt werden.

»Die Maßnahmen des Landes zur Förderung sprachauffälliger Schüler setzen sehr früh ein. Wenn die Erziehungsberechtigten bei ihrem Kind eine Sprachauffälligkeit feststellen, dann können sie sich an den Sprachheilbeauftragten beim Gesundheitsamt des Kreises oder der kreisfreien Stadt wenden. Dieser kann veranlassen, daß sprachauffällige Kinder von einem Logopäden/einer Logopädin bzw. einem Sprachheillehrer/einer Sprachheillehrerin behandelt werden. Die Kosten dieser Maßnahme werden von der zuständigen Krankenkasse getragen. Mir ist bekannt, daß es in einigen Kreisen noch zu wenige Logopäden gibt und daß Schwierigkeiten bestehen, weil Sprachheillehrer von den Krankenkassen

nicht zur Sprachtherapie zugelassen werden, wenn sie nicht eine fünfjährige Sprachheilarbeit nachweisen können. Ich erwarte jedoch, daß sich in den nächsten Jahren die Anzahl der Logopäden erhöhen und dadurch die präventive Arbeit in den Städten und Kreisen verbessern wird.

Um Eltern frühzeitig zu helfen, hat mein Ministerium schon 1977 eine Informationsschrift mit Anregungen zur Förderung einer normalen Sprachentwicklung herausgegeben: ‚Unser Kind spricht nicht richtig. Was tun?‘

In Hessen gibt es zur Zeit sieben Schulen für Sprachbehinderte, nämlich in Kassel, Marburg, Gießen, Frankfurt, Offenbach, Wiesbaden und nicht zuletzt hier in Darmstadt. Diese Schulen müssen m. E. erhalten bleiben, um insbesondere den Förderbedarf der schwer sprachbehinderten Schüler abdecken zu können. Diese Schulen sind — wie es auch in den ‚Richtlinien für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte‘ heißt — für den größten Teil der sprachbehinderten Schüler/innen Durchgangsschulen. Wenn sie so weit gefördert sind, daß die Sprachbehinderung nicht mehr auffällig ist, werden sie in die Regelschule zurückgeführt.

In den Schulen für Sprachbehinderte wird nach den Rahmenrichtlinien der Grundschule bzw. der Sekundarstufe I (Klassen 5 bis 10) unterrichtet. Es

handelt sich bei der Schule für Sprachbehinderte also um eine Förderschule auf Zeit.

Außerhalb der Schulen für Sprachbehinderte können für die sprachheilpädagogische Arbeit an Regelschulen Sprachheilklassen errichtet werden. Während das Konzept von 1971 ausschließlich die vorübergehende Zusammenfassung der Schüler in Klassenverbänden vorsah, faßt der Erlaß ‚Errichtung von Sprachheilklassen und Förderung sprachbehinderter Schüler vom 1. November 1978‘ die gegebenen Möglichkeiten weiter, da neben die Arbeit in Klassen als gleichwertige Arbeits- und Organisationsformen die Arbeit in Gruppen sowie die Einzelförderung gestellt werden. Dieses Konzept eröffnet damit einen großen Freiraum, sprachheilpädagogisch nach den vor Ort anzutreffenden Bedürfnissen und Gegebenheiten tätig zu werden. Damit wird deutlich, daß mit dem Begriff ‚Sprachheilklasse‘ die Organisationsform gemeint ist, der Begriff steht also für ein System sprachheilpädagogischer Hilfen an Regelschulen, das flexibel je nach den Erfordernissen eingesetzt werden kann. Sprachheilklassen übergreifen die Schulformen bzw. Schulstufen und richten ihr fachliches Angebot von der Beratung bis hin zur gezielten Sprachbehandlung und besonderen Gestaltung des Unterrichts an alle betroffenen Schülerinnen und Schüler. In Hessen gibt es zur Zeit mehr als 80 Sprachheilklassen. Mit diesen Sprachheilklassen und der ambulanten Sprachtherapie erreichen wir zur Zeit in Hessen fast 10000 sprachauffällige Schülerinnen und Schüler an den Regelschulen. Der größte Teil von ihnen wird im Rahmen einer pädagogischen Maßnahme so gefördert, daß er nach erfolgreicher Therapie in der Regelschule weiter mitarbeiten kann. Dieses System wird weiter ausgebaut. Grundsätzlich sind alle sprachheilpädagogischen Hilfen ein zusätzliches Angebot und sollten nur im Einvernehmen mit allen Beteiligten — vor allem den Erziehungsberechtigten — durchgeführt werden.

Ich darf in diesem Zusammenhang auch auf meine Informationsschrift ‚Förderung sprachauffälliger Schüler — Erfahrungen aus Sprachheilklassen‘ hinweisen. Als Indiz für ihren Erfolg mögen Sie ansehen, daß von dieser Schrift innerhalb weniger Monate 5000 Exemplare versandt worden sind, so daß eine zweite Auflage in Auftrag gegeben worden ist.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang auch einige Aussagen machen zur Stellung der Sonderschulen und der sonderpädagogischen Förderung in unserem Bildungssystem.

Die pädagogische Förderung behinderter und von

Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher versteht sich als spezielle und intensive Hilfe in allen jenen Fällen, in denen besondere Erschwernisse im Lern- und Entwicklungsprozeß eintreten oder drohen. Sie umfaßt in gleichem Maße präventive Maßnahmen wie Maßnahmen der Korrektur und/oder Kompensation bei manifesten Behinderungen. Prävention (Früherkennung, Frühförderung) bei Behinderten bzw. bei von Behinderung Bedrohten beansprucht pädagogische Priorität. Sonderpädagogische Förderung sollte flexibel sein und nicht auf bestimmte Institutionen von vornherein festgelegt werden. Das Spektrum reicht im schulischen Bereich von gemeinsamem Unterricht über Teilintegration und Kooperation bis hin zu eigenständigen Sonderschulen.

Gemeinsamer Unterricht behinderter und nichtbehinderter Schülerinnen und Schüler sollte dort realisiert werden, wo er unter Beachtung bestimmter personeller und sachlicher Rahmenbedingungen möglich und pädagogisch sinnvoll ist. Dem gemeinsamen Unterricht in der Schule des Wohnbezirks ist Vorrang zu geben. Im Rahmen der Kooperation zwischen Sonder- und Regelschulen (z.B. im Schulverbund) sind auch in einzelnen Fächern bzw. Fachbereichen teilintegrative Maßnahmen durchzuführen.

Maßnahmen, wie z.B. die stundenweise Abordnung von Sonderschullehrern bestimmter Fachrichtungen an die Regelschulen mit dem Ziel, sonderpädagogische Maßnahmen durchzuführen, sind grundsätzlich zu unterstützen. Dabei sollten Sonderschullehrer auch zu Beratungsaufgaben herangezogen werden.

Sonderschulen müssen als Angebotsschulen zur Verfügung stehen als Hilfe für Schülerinnen und Schüler, die trotz besonderer Stützmaßnahmen im Rahmen der Regelschulen nicht ausreichend gefördert werden können. Es ist daher nicht daran gedacht, das differenzierte Sonderschulwesen aufzugeben.

Erst durch die Entwicklung eines differenzierten Sonderschulwesens wurde der Anspruch der behinderten Kinder und Jugendlichen — vor allem der Schwerstbehinderten — verwirklicht, ihren Voraussetzungen und Fähigkeiten entsprechend in das Bildungssystem integriert zu werden. Dies wird auch zukünftig nicht in Frage gestellt.

Ich möchte noch einige Bemerkungen anschließen zu der Frage, wie die gemeinsame Arbeit der Schulen für Sprachbehinderte, der Sprachheilklassen und der Regelschulen weiter verbessert werden kann. Einzelheiten dieses Konzeptes werden in einer Grundsatztagung meines Hauses erarbeitet.

Bei meinen Ausführungen gehe ich davon aus, daß die bestehenden Schulen für Sprachbehinderte erhalten bleiben, da die Sprachheilklassen und die ambulante Sprachtherapie nur die leichteren Sprachauffälligkeiten an der Regelschule behandeln können.

Die bestehenden Schulen für Sprachbehinderte werden jedoch ihren Bildungsauftrag verändern und erweitern müssen. Dies ist — so meine ich — in zwei Richtungen notwendig:

Einerseits werden die Schulen für Sprachbehinderte verstärkt mit den Regelschulen ihres Einzugsbereiches zusammenarbeiten müssen, um auch dort im Rahmen der ambulanten Sprachtherapie sprachauffällige Schüler zu behandeln bzw. deren weitere schulische Entwicklung zu beobachten und zu begleiten. Die Schule für Sprachbehinderte wird dann die Stammschule der Sprachheillehrer, die über eine stundenweise Abordnung in den Regelschulen tätig sind.

Andererseits müssen die Schulen für Sprachbehinderte auch eng mit den im Umland bestehenden Sprachheilklassen zusammenarbeiten, um die sachangemessene Förderung aller sprachauffälligen Schüler eines Bereiches zu gewährleisten. Dadurch werden die Möglichkeiten verbessert, sprachbehinderte Schüler rechtzeitig in die Schule für Sprachbehinderte aufzunehmen. Durch die Arbeit der Sprachheilklassen vor Ort kann eine nachgehende Betreuung in der Regelschule gewährleistet werden. Eine rechtzeitige und problemlose Rückführung aus der Schule für Sprachbehinderte in die Regelschule ist somit jederzeit möglich. Der Charakter der Schule für Sprachbehinderte als Angebots- und Durchgangsschule wird damit verstärkt. Für die Herderschule in Darmstadt bedeutet dies:

1. Sie bleibt als Schule für Sprachbehinderte bestehen.
2. Sie wird mit den Regelschulen in Darmstadt — vor allem mit den Grundschulen — eng zusammenarbeiten (gemeinsame Konferenzen, Beratungsgespräche, stundenweise Abordnung von Lehrern, um in den Regelschulen bei leichter sprachauffälligen Schülern zu helfen).
3. Sie ist Stammschule der Sprachheillehrer, die in den Regelschulen stundenweise tätig sind.
4. Sie wird mit den umliegenden Sprachheilklassen — vor allem im Kreis Darmstadt-Dieburg — eine enge Kooperation eingehen, um sprachauffällige Schüler rechtzeitig und umfassend fördern zu können. Zur Kooperation gehören:
  - gemeinsame Konferenzen,
  - Beratungsgespräche über sprachauffällige Schüler,

- Lehrerfortbildung in der Region: Arbeitsgemeinschaften und
- probeweise Teilnahme von sprachauffälligen Schülern am Unterricht der Regelschule bzw. der Schule für Sprachbehinderte.

5. Sie entwickelt sich zum Zentrum für die schwer sprachauffälligen Schüler der Stadt Darmstadt und des Umlandes.

Zur Zeit erarbeitet eine Arbeitsgruppe meines Ministeriums ein Konzept, um Lehrer an Regelschulen auf den sachangemessenen Umgang mit sprachauffälligen Schülern besser vorzubereiten. Ich erwarte von diesem Konzept neue Impulse für die Zusammenarbeit der Lehrer an Regelschulen mit den Sprachheillehrern, die im Rahmen der Sprachheilklassen bzw. der Schulen für Sprachbehinderte tätig sind. Eine weitere Arbeitsgruppe bemüht sich zur Zeit, die Rahmenrichtlinien Deutsch der Grundschulen für die Schulen für Sprachbehinderte weiterzuentwickeln.

Ich hoffe, daß aus den vielfältigen Bemühungen meines Ministeriums deutlich wird, daß ich bemüht bin, neue Impulse für den Bildungsauftrag zu geben, sprachauffällige Schüler sachangemessen zu fördern. In meinem Konzept haben die Schulen für Sprachbehinderte eine zentrale Bedeutung; auf sie können und werden wir daher nicht verzichten. Neben und zusammen mit diesen Schulen werden die Sprachheilklassen und die ambulante Sprachtherapie in den Regelschulen im Rahmen der personellen und sachlichen Möglichkeiten ausgebaut.«

Die Landesgruppe Hessen der dgs dankt Herrn Minister Schneider für diese klärenden und zukunftsweisenden Worte.

Hans Fink

### **Innenohr-Implantate**

Mit Überschriften wie »Taube können wieder hören« wird Gehörlosen und Schwerhörigen versprochen, es gäbe doch noch einen Ausweg aus der Stille. Die Artikel berichten — mehr oder weniger sachlich — über Innenohr-Operationen. Was ist dran an solchen Erfolgsmeldungen?

Hörgeräte Geers in Dortmund hat sich im In- und Ausland umgesehen und faßt die Erfahrungen in einer Broschüre »Cochlear Implant — Möglichkeiten und Methoden« zusammen.

Professor Dr. Peter Plath, Recklinghausen, in seinem Vorwort: »Die Erwartungen an den Effekt eines Cochlear Implants dürfen nicht so hoch gestellt werden, denn das Hörergebnis einer solchen elektronischen Hörhilfe fällt sehr unterschiedlich aus, je nach technischen und anatomischen Gegebenheiten und der Fähigkeit und Be-

reitschaft des Patienten, in der Zeit nach der Operation die Unbequemlichkeiten eines Hörtrainings auf sich zu nehmen.«

Die vorliegende Informationsschrift soll Patienten und vor allem auch die Angehörigen darüber aufklären, welche Möglichkeiten die Technik des Cochlear Implants bietet, aber auch welche Probleme dabei entstehen können. Einzelfragen müssen dann mit dem operierenden Arzt, dem Techniker, der das Hörgerät betreut, und dem Pädagogen, der das Hörtraining durchführt, abgesprochen werden.

Verantwortlich für den Inhalt der Broschüre ist Dipl.-Ing. Gerd West, Hörgeräteakustiker-Meister, Dortmund. Die Broschüre ist kostenlos zu beziehen bei Hörgeräte Geers, Westenhellweg 68, 4600 Dortmund 1, Telefon (0231) 14 70 66.

### **Erfolgreicher VDS-Kongreß in Mainz**

Der Verband Deutscher Sonderschulen e.V., Fachverband für Behindertenpädagogik (VDS), veranstaltete vom 29. bis 30. Mai 1985 in Mainz die Bundesfachtagung Sonderpädagogik. Etwa 700 Teilnehmer, darunter auch viele Kollegen der Sprachbehindertenpädagogik, besuchten die gewohnt gut organisierte Veranstaltung im Philosophicum der Johannes-Gutenberg-Universität.

In drei Arbeitskreisen wurden Workshops, Kurzreferate, Präsentationen und Diskussionen zu aktuellen Problemen der sonderpädagogischen Praxis gehalten. Im Arbeitskreis A, der unter der Leitung von Prof. A. Fröhlich stand, wurde die Förderung der Schwerstbehinderten diskutiert. Im Arbeitskreis B, dessen Leitung Frau Prof. U. Haupt übernommen hatte, konnten die Teilnehmer vielfache Formen der Bewegungsförderung zumeist selbst erfahren. Im Arbeitskreis C unter Leitung von Prof. G. Klein wurde versucht, neue Impulse für die Arbeit der Sonderschule zu setzen.

Der große Erfolg der Tagung war nicht zuletzt auf die wiederum organisatorisch gute Vorbereitung durch den Bundesgeschäftsführer des VDS und das örtliche Organisationskomitee zurückzuführen. Ergänzend zur Tagung hatten zahlreiche Verlage und Lehrmittelhersteller ihre Produkte angeboten. Besonders beeindruckte eine Ausstellung von geistig behinderten jungen Menschen, die Ergebnisse aus dem Werk- und Kunstunterricht zum Thema »Umweltschutz für unsern kranken Wald« präsentierten.

Allen Teilnehmern brachte die Bundesfachtagung in reichem Maße neue Anregungen und Impulse. Dafür gilt unser Dank dem VDS als Ausrichter.

Klaus Thierbach

### **Arbeitstagung »Stotternde und Fachleute«**

In Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. veranstaltete der Bezirksverband Weser-Ems der Arbeiterwohlfahrt vom 3. bis 5. Mai 1985 im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth eine Arbeitstagung mit dem Thema: Stotternde und Fachleute — Konzepte ambulanter und stationärer Behandlung von stotternden Kindern und Jugendlichen.

Neben der Information der in den Stotterer-Selbsthilfe-Gruppen zusammengeschlossenen Erwachsenen über die heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen war es das Anliegen der erwachsenen Stotternden, den Selbsthilfgedanken zu verdeutlichen.

Peter Otto aus Berlin, der Vorsitzende der Bundesvereinigung, machte deutlich, daß Selbsthilfe sich nicht gegen die professionelle Therapie richte, sondern im Augenblick eine Lücke füllen müsse. Wenn es gute Therapie in ausreichendem Maße gegeben hätte oder gäbe, brauchten die Selbsthilfegruppen die zur Zeit notwendige Funktion eines Therapieersatzes nicht wahrzunehmen. Selbsthilfe sei vielmehr eine Ergänzung zur Therapie; Selbsthilfegruppen sollten ein konstruktiver, aber kritischer Gesprächspartner für Therapeuten sein.

Volker de Vries, Sozialreferent des Bezirksverbandes der AW und selbst jahrelang in der Sprachheilarbeit tätig, unterstrich diese Aufgaben der Selbsthilfegruppen. Träger von Sprachheileinrichtungen und die dort beschäftigten therapeutischen Fachkräfte müßten ihre Behandlungskonzepte immer wieder überdenken, um sie weiterzuentwickeln und zu verbessern. Aus ihrer Betroffenheit und aufgrund ihrer Erfahrungen mit Therapien und Therapeuten könnten die erwachsenen Stotternden den Therapeuten eine sonst nicht zur Verfügung stehende Rückmeldung geben.

Mitarbeiter der Sprachheilzentren Bad Salzdetfurth, Werscherberg bei Osnabrück und Oldenburg stellten ihre Konzepte dar. Die daraus entstandenen Diskussionen wurden von allen Beteiligten als sehr fruchtbar bezeichnet.

Die Mitglieder der Stotterer-Selbsthilfe besichtigten das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth und diskutierten mit den dort in stationärer Behandlung befindlichen Kindern zwischen 10 und 14 Jahren. Einer der Stotternden faßte die Eindrücke so zusammen: Schade, daß es zu meiner Zeit diese Möglichkeiten nicht gab. Ich wäre gerne hier gewesen.

Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Weser-Ems e.V.

## REHA 85

Das Düsseldorfer Messegelände ist vom 19. bis 22. November 1985 erneut Treffpunkt aller, die mit der Rehabilitation behinderter Menschen befaßt sind. Zum dritten Mal wird neben einer internationalen Hilfsmittelausstellung, einer Beteiligung von Organisationen und Institutionen, Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen ein Forum sowie das Sportcenter internationaler Treffpunkt sein. Begleitet wird die REHA 85 in zeitlicher Anlehnung am 18. und 19. November 1985 von der Second European Conference on Research in Rehabilitation. Darüber hinaus wird die REHA 85 in zeitlicher Überlappung mit der MEDICA 85 — Diagnostica — Therapeutica — Technica/Internationaler Kongreß und Ausstellung — stattfinden.

Weitere Informationen bei: Düsseldorfer Messegesellschaft mbH — NOWEA —, REHA 85, Postfach 32 02 03, 4000 Düsseldorf 30.

## Seminar: Psychomotorische Therapie beim MCD-Kind

Kenn-Nr.: 6044. Inhalt: Heilpädagogische Förderung im fein- und graphomotorischen Bereich. Psychomotorische Therapie beim MCD-Kind. Praktische Arbeit und Übungen zur feinmotorischen Förderung. Praktische Arbeit und Übungen zur graphomotorischen Förderung. Zusammenfassung des Themas. Zielgruppe: Kinderärzte, Therapeuten, Logopäden, Sonderpädagogen, Psychotherapeuten. Teilnehmerzahl: 80 Personen. Termin: 9.—12. Oktober 1985. Ort des Lehrganges: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Teilnehmergebühr: 395 DM. Seminarleitung: Hanspeter Egloff, Dorothea Stäubli, Vreni Ostertag-Koenig, Anna-Katharina Class-Ziegler. Anmeldung an: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation im Kinderzentrum München, z. H. Fr. Bolte, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

---

## Aus der Organisation

---

### Herbsttagung der Landesgruppe Niedersachsen

vom 21. bis 23. November 1985 im Dorint-Hotel in Hameln.

21. 11., 20 Uhr: Kolloquium mit Kostenträgern, Krankenkassenvertretern, Ärzten, Vertretern des Gesundheitsamtes und Politikern aus dem Kreis Hameln/Pyrmont. Thema: Die Versorgung Sprachbehinderter im Kreis Hameln/Pyrmont.

22. 11., 10—12 Uhr: »Diplom-Studium und was dann?« Untertitel: Professionalisierung und Handlungskompetenz — zur Ausbildungs- und Berufssituation von Diplompädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik.

22. 11., 14—16 Uhr: »Diagnostik, Therapie und nachgehende Fürsorge bei LKG-Kindern«.

17 Uhr: Mitgliederversammlung — Neuwahl des Vorstandes.

23. 11., 9.30—12 Uhr: »Stotterer-Selbsthilfe als therapeutisches Angebot«.

Weitere Informationen und Anmeldung: dgs LG Niedersachsen, Frau Heinle, Lange-Hop-Straße 57, 3000 Hannover 71, Telefon (0511) 528690.

Tagungsbeitrag: 40 DM für Mitglieder, 20 DM für Studenten und arbeitslose Mitglieder, 60 DM für Nichtmitglieder. Otto Fr. von Hindenburg

### Ständiger Ausschuß für Berufsfragen

Auf der ordentlichen Arbeitssitzung des Hauptvorstandes der dgs am 8. und 9. Februar 1985 in Gießen wurde beschlossen (einstimmig):

»Mitglieder der dgs, die unsere Rechtsvertretung in einem Widerspruchsverfahren gegen die Ablehnung der Krankenkassenzulassung in Anspruch nehmen wollen, haben sich mit 250 DM selbst zu beteiligen.

Die Erhebung eines Kostenbeteiligungsbetrages wurde mit der Absicht begründet, daß die von der dgs gebotene Rechtsvertretung in den Widerspruchsverfahren künftig nicht relativ sorglos, sondern wohlüberlegt und ohne große Belastung der Bundeskasse in Anspruch genommen werden soll.«

Otto Fr. von Hindenburg

### Jubiläumstagung der Landesgruppe Hessen: Die 10. Berchtesgadener Tage

In diesem Jahr in der Vorosterzeit war es soweit: Die von Arno Schulze, Kirchhain, begründeten, in spezieller Weise von ihm organisierten und in ihrer besonderen Art und Methode moderierten Berchtesgadener Tage liefen wieder an. Es waren bereits die zehnten, die diesmal vom 25. März bis

zum 4. April 1985 dauerten. Leider konnte das Jubiläum nicht mehr in den Räumen des Lehrersehms Schloß Fürstenstein begangen werden, da der Träger des Heims das Schloß inzwischen an einen nunmehr ausschließlichen Nutzer verpachtet hat. Diese Tatsache brachte noch kurzfristig zahlreiche Schwierigkeiten bei der Vorbereitung der zehnten Tagung mit sich. Erst durch die großzügige Hilfe der Gemeindevertretung des Ortes Schönau am Königssee konnten geeignete Räumlichkeiten im alten Schulhaus Schönau gefunden werden, die sogar kostenlos überlassen wurden. Wir danken hierfür noch einmal auch an dieser Stelle den Bürgermeistern Stefan Kurz und Erich Güll, die sich auch zur Begrüßung der Teilnehmer am Beginn der Tagung einfanden.

Obwohl durch den neuen Tagungsort ein sehr wesentlicher Bestandteil der bisherigen Berchtesgadener Tage wegfiel (die gemeinsame Unterbringung und der dadurch mögliche Charakter einer Klausurtagung), brachten die Quartiere in der zentralen Lage des Berchtesgadener Landes auch manche positive Rückmeldungen.

Die Veranstaltungen sollten dem zehnten Jahrestag der Tagung angemessen sein, und so standen — teilweise in Ergänzung früherer Rahmenthemen — verschiedene Probleme unter dem zusammenfassenden Motto »Von der Frühförderung über die ambulante und schulische Versorgung Hör- und Sprachbehinderter bis zur beruflichen Eingliederung« im Blick der Arbeitsgruppen.

Das Programm im einzelnen: Montag, 25. März: Anreisetag. 20 Uhr Eröffnungsabend. Bekanntgabe und Diskussion des Programms. Einbringen weiterer Programmpunkte und Modifizierungen. Dienstag, 26. März: 9 bis 12 Uhr: Arno Schulze, Kirchhain: Die Berchtesgadener Tage, eine besondere Art der Fortbildung für Rehabilitationsberufe, insbesondere im Hör- und Sprachbehindertenwesen. 15 bis 17 Uhr: Empfang mit den beiden Bürgermeistern der Gemeinde Schönau. 20 bis 22 Uhr: Diskussionen zum Thema: Alternative Fortbildung von Mitarbeitern im Rehabilitationswesen. Mittwoch, 27. März: 9 bis 12 Uhr: Armin Wiebe, Lensahn: Zur Behandlung von Aphasien. 15 bis 18 Uhr: Renate Braun, Bonn: Materialien und Spiele für Aphasiker. 20 bis 22 Uhr: Video-Filme zur Aphasiebehandlung (Diskussionsleitung: Wolfgang Scheuermann, Cöpppenbrügge). Donnerstag, 28. März: 9 bis 12 Uhr: Klaus Strüber, Cölbe: Förderdiagnostik und psychomotorische Übungsbehandlung, mit praktischen Vorführungen (Kinder von Teilnehmern und Kurgästen). 15 bis 18 Uhr: Hans Fink und Jörg Fey, Gießen: Arbeitsgruppe zu Fragen der Integration Sprachbehinderter. 20 bis 22 Uhr: Video-Filme über Sprachbehinderungen

und Integrationsprobleme (Diskussionsleitung: Arno Schulze, Kirchhain). Freitag, 29. März: 9 bis 12 Uhr: Hermann Kempe und Klaus Möllney, Essen: Über die berufliche Eingliederung Hörbehinderter. 15 bis 18 Uhr: Arbeitsgruppen zu beruflichen Problemen Hörbehinderter. 20 bis 22 Uhr: Arno Schulze, Kirchhain: Über Berufsschicksale Hörbehinderter. Samstag, 30. März: Exkursionstag. Besichtigungen von Rehabilitationseinrichtungen in kleinen Gruppen. Sonntag, 31. März: Zur freien Verfügung der Teilnehmer. Montag, 1. April: 9 bis 12 Uhr: Armin Wiebe, Lensahn: Frühförderung in Schleswig-Holstein. 15 bis 18 Uhr: Arbeitsgruppen zur Frühförderung und Integration. 20 bis 22 Uhr: Dr. Armin Becker, Grünberg: Präventivmaßnahmen und Frühförderung. Dienstag, 2. April: 9 bis 12 Uhr: Norman Bush, Zürich: Über Stotterer-Selbsthilfegruppen in der Schweiz. 15 bis 18 Uhr: Arbeitsgruppen über Sprachbehinderten-Selbsthilfegruppen. 20 bis 22 Uhr: Hannes Aschenbrenner, Wien: Zur sprachheilpädagogischen Literatur und über Arbeitsmaterialien (mit Ausstellung). Mittwoch, 3. April: 9 bis 12 Uhr: Arno Schulze, Kirchhain: Zur Vorbereitung der beruflichen Eingliederung Hör- und Sprachbehinderter in Regel- und Sonderschulen. 15 bis 18 Uhr: Arbeitsgruppen zum Berufsschicksal Hör- und Sprachbehinderter. 20 bis 22 Uhr: Video-Filme zur beruflichen Eingliederung Behinderter. Donnerstag, 4. April: 9 bis 12 Uhr: Abschlußberichte der Arbeitsgruppen und Veranstaltungskritik. Abreisetag.

Alle Arbeitsgruppenergebnisse wurden täglich zusammengefaßt und im Plenum diskutiert. Die Gesamtauswertung des Materials kann erst nach und nach erfolgen. Ergebnisse von allgemeinem Fachinteresse sollen in nächster Zeit veröffentlicht werden. Über die Planung der 11. Berchtesgadener Tage, insbesondere über Thematik, Zeit und Ort, wird demnächst wieder an dieser Stelle berichtet.

A. Sch.

### **Einladung der Landesgruppe Hessen**

Fortbildungsveranstaltung der Landesgruppe Hessen der dgs am 13./14. September 1985 in der Reinhardswaldschule, 3501 Fulda 1/Kassel. Thema: Pädagogische Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder — Modelle und Perspektiven. Referenten: Frau Dr. Füssenich, Universität Dortmund, Herr Prof. Dr. G. Homburg, Universität Bremen.

Freitag, 13. September, 16 bis 18.30 Uhr: Füssenich/Homburg: Was ist Dysgrammatismus? Füssenich: Probleme bei der Diagnose dysgrammatisch verzerrter Sprache.

Sonnabend, 14. September, 9.30 bis 12.30 Uhr:  
Füssenich/Homburg: Entscheidungs- und Handlungsfelder in der Dysgrammatisierungstherapie. Referat — Gruppenarbeit — Plenum.

Die Teilnehmer werden gebeten, Ton- und/oder Videomitschnitte aus ihrer Arbeit mitzubringen, die in Arbeitsgruppen bearbeitet werden sollen.

Tagungsbeitrag: Mitglieder der Landesgruppe Hessen zahlen keinen Tagungsbeitrag. Mitglieder der dgs aus anderen Landesgruppen zahlen 15 DM. Nichtmitglieder zahlen 30 DM.

Anmeldungen bis spätestens 31. August 1985 durch Überweisung des Tagungsbeitrages an Reinhard van Husen, Taunusstraße 12, 6220 Rüdelsheim, Rheingauer Volksbank, Blz: 51091500, Kto. Nr. 10 133475, Kennwort: »Herbsttagung dgs«.

In der Reinhardswaldschule besteht die Möglichkeit zur Übernachtung. Die Kosten betragen für Vollpension 50 DM. Wenn Unterbringung gewünscht wird, dann überweisen Sie diesen Betrag einschließlich Tagungsbeitrag an Herrn van Husen.

Hans Fink

---

## Bücher und Zeitschriften

**K. Schulte / H. Ch. Strauß / K. B. Günther:**  
**Berufsbildung gehörloser und schwerhöriger Jugendlicher** (Teilnahme an Berufsvorbereitenden Maßnahmen. Besuch an Beruflichen Vollzeitschulen. Ausbildung in Berufsschule oder Berufsbildungswerk. Art und Wahl der Ausbildungsberufe). Neckar-Verlag, Villingen-Schwenningen 1985. 228 Seiten, 37,80 DM.

Mit der vorliegenden Schrift liegen die Ergebnisse einer umfangreichen empirischen Erhebung aus der »Forschungsstelle der Pädagogischen Hochschule Heidelberg für Angewandte Sprachwissenschaft zur Rehabilitation Behinderter« vor, bei der Zusammenhänge von Berufswahl, Hörstatus, Geschlechtszugehörigkeit, Intelligenz, Schicht, Schulerfolg und Berufsschulabschluss überprüft werden. Das Ziel der Untersuchungen besteht darin, nicht nur Grundlagenforschungen zu betreiben und umfangreiche Beziehungen zwischen den o.g. Variablen offenzulegen, sondern auch den Fachpädagogen, Berufsberatern, Eltern und damit auch den hörgeschädigten Schulabgängern selbst Hinweise zu den derzeitigen und zukünftigen Berufsaussichten zu geben.

Die Ergebnisse sind nicht nur wissenschaftlich interessant, sondern teilweise geradezu aufrüttelnd. Sie stützen die von den Autoren geforderte *Notwendigkeit des Umdenkens* in jeder Hinsicht. Die geänderten Arbeitsplatzanforderungen durch den Einsatz computerunterstützter Technik, die strukturell grundlegend anderen Anforderungen an den Arbeitsplatz werden *Änderungsqualifikationen* an die berufliche Erstausbildung, Fortbildung und Umschulung Hörgeschädigter notwendig machen. Die Belege stützen dabei nicht nur die häufig geäußerte Vermutung, daß (Hör-)Behinderte prinzipiell mehr von Arbeitslosigkeit bedroht sind, sie geben auch genauere Hinweise zu einzelnen von Hörgeschädigten häufig ergriffenen Berufen (z. B.

Zahntechniker, Technischer Zeichner, Tischler, Metallbereich...). Mindestens jeder dritte Arbeitsplatz für Hörgeschädigte ist durch den vermehrten Einsatz neuer Technologien gefährdet!

Inwieweit sind diese Belege für die Sprachbehindertenpädagogik von Bedeutung? Stellt sich dieses Problem für Sprachbehinderte überhaupt? Zunächst dürften die o.g. Zusammenhänge für Sprachbehinderte schwierig zu erfassen sein. Das beginnt mit der Eingrenzung des Personenkreises. Wer ist überhaupt sprachbehindert? Zudem besuchen sprachbehinderte Jugendliche nur in seltenen Ausnahmefällen spezielle Berufsbildungswerke. Zumeist handelt es sich um Stotterer, die eine Ausbildung im dualen System, d. h. im Betrieb mit regulärer Berufsschule, durchlaufen. Dabei kann die Erfassung nur in seltenen Fällen über die 9./10. Klasse einer Sprachbehindertenschule erfolgen, da diese aufgrund des Durchgangscharakters nur in Ausnahmefällen bis zum vollen Hauptschulabschluß geführt werden.

Trotz dieser Einschränkungen wären beispielsweise Erhebungen, die einen Zusammenhang von Berufswahl, Art und Ausmaß der Sprachstörung, Schichtzugehörigkeit, Schulerfolg, Kommunikationsvermögen usw. untersuchen, auch für die Einschätzung der Situation Sprachbehinderter interessant. Dabei wären Ergebnisse, die eine Konzentration auf wenige Berufe nahelegen, nicht nur statistisch von Bedeutung, sondern geradezu fatal, wenn vor allem bei diesen Berufen in Zukunft eine erhöhte Arbeitslosigkeit zu erwarten wäre.

Von daher ist die vorliegende Veröffentlichung auch für den Sprachbehindertenpädagogen von Interesse. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf ein in der Sprachbehindertenpädagogik vernachlässigtes Problem und vermag deshalb eine heuristische Funktion für den Theoretiker und Praktiker auszuüben.

Manfred Grohnfeldt

**Klaus-Peter Becker und Milos Sovak** (Hrsg.):  
**Lehrbuch der Logopädie.** Verlagsgruppe  
Athenäum, Hain, Hanstein 1983. 3., über-  
arbeitete und erweiterte Auflage. 334 Seiten.  
30 Abbildungen und 20 Tabellen. Kartoniert.  
45 DM.

Seit geraumer Zeit (1983) liegt nun auch in der Bundesrepublik Deutschland die dritte und wiederholt erweiterte Auflage des Lehrbuchs der Logopädie von K.-P. Becker und M. Sovak mit Beiträgen von Ruth Becker u. a. vor. Daß das Lehrbuch der Logopädie zu einem allgemein akzeptierten Standardwerk des Faches geworden ist, mag letztlich wohl mit der Situation des Faches bzw. des Arbeitsfeldes selbst zusammenhängen. Die Vielfalt der praktischen und theoretischen Ansätze zur Strukturierung, Begründung und Weiterentwicklung der rehabilitativen Arbeit bei Sprachstörungen, d. h. nach der Terminologie der Verfasser bei Sprachauffälligkeiten, verlangt Übersicht und Klarheit. Gerade dies vermittelt das Buch. Es imponiert durch die Systematik der Darstellung und durch die Konsequenz der Begrifflichkeit. Den Autoren ist es gelungen, ihre wissenschaftstheoretischen, wissenschaftspraktischen und didaktischen Intentionen in die Tat umzusetzen. Dem Lehrbuch der Logopädie liegt eine geschlossene Konzeption der Logopädie als pädagogische Teildisziplin der Stimm- und Sprachheilkunde zugrunde, die »sowohl eine Querschnittsdisziplin der Rehabilitationspädagogik als auch die Wissenschaft von der Bildung, Erziehung und Rehabilitation Sprachgeschädigter« (S. 13) darstellt.

Im Zuge der Weiterentwicklung sind gegenüber den bisherigen Auflagen des Buches (erste Auflage 1971, zweite Auflage 1975) alle Kapitel überarbeitet und in wesentlichen Punkten ergänzt worden.

Die Begründung der Logopädie als wissenschaftliche Disziplin (Kapitel 1) wird in systematischer und historischer Hinsicht auf den neuesten Stand gebracht. Leider wird der vergleichende Aspekt nicht mehr berücksichtigt: die »Logopädie in europäischen Ländern — ausgewählte Beispiele« (21975, S. 45—48) wird nicht mehr aufgenommen.

Wichtige Neuerungen enthalten die Bestimmung von Sprachauffälligkeit (1.1.2.) und die Bestimmung des Gegenstandes der Logopädie (1.2.) sowie die Gliederung der geschichtlichen Entwicklung der Logopädie in der DDR (1.8.). Neu hinzugefügt sind Ausführungen zum Verhältnis von »Logopädie und Psychologie« (1.6.) und eine gedrängte Zusammenfassung der Weiterentwicklung des Faches in den siebziger/achtziger Jahren (1.8.4.). Als interessante Ereignisse seien u. a. die Verteilung des Stoffplanes der 1. Klasse in Sonder-

klassen für hochgradig sprachentwicklungsrückständige Kinder auf zwei Schuljahre und der Studienplan für die Ausbildung von Diplomlehrern für Sprachgestörte genannt.

Im 2. Kapitel wird eine ausführlichere und übersichtlich gegliederte Darstellung der Sprach- und Stimmentwicklung unter Azentuiierung der russischen Psycholinguistik und Neuropsychologie gegeben. Neu sind Angaben zur Stimmentwicklung (2.2.).

Nur geringfügige Veränderungen finden sich bei den phonetischen Voraussetzungen der Lautsprache und bei den Voraussetzungen der Beherrschung der Schriftsprache (Kapitel 3). Neben der bevorzugten Benennung des Ansatzrohres als Ansatzraum wird auf die reduzierten Vokale hingewiesen. Nicht immer richtig sind die Zeichen der phonetischen Umschrift. Die besonderen Kommunikationsmittel bei Hörgeschädigten werden durch eine neue Überschrift hervorgehoben und durch die Gebärde (3.3.2.) ergänzt.

Das Hauptkapitel des Buches (Kapitel 4), das die Auffälligkeiten der verbalen Kommunikation auf der Grundlage eines systemtheoretischen Kommunikationsmodells klassifiziert und beschreibt, ist durchgängig dem neuen Begriffssystem der Rehabilitationspädagogik angepaßt und im Detail auf den neuesten logopädischen Entwicklungsstand gebracht. Ergänzungen sind vor allem in den Bereichen der neurologisch bedingten Dysarthrien und der stimmlichen Auffälligkeiten gemacht. Die hinzugefügte Darstellung der sprachlichen Auffälligkeiten bei ausgewählten Nervenkrankheiten (4.3.2.9.) verdeutlicht allerdings einmal mehr das bislang unbefriedigend gelöste Problem einer übersichtlichen Einteilung der Dysarthrien. Demgegenüber wird die ätiologische Klassifikation der Stimmschädigungen übernommen und überarbeitet, indem die Definitionen neu gefaßt und neuere Erkenntnisse und Erfahrungen mitgeteilt werden. Bei den organisch bedingten Stimmschädigungen sind die letzten vier Teilabschnitte aus der 2. Auflage zusätzlich wiederabgedruckt (S. 203/204). Die Abhandlung der anderen Sprachauffälligkeiten läßt nur punktuelle Veränderungen und Neuerungen erkennen: z. B. bei der Dyslalie die Unterscheidung von Laut und Phonem und Untersuchungsergebnisse zur phonematischen Differenzierungsfähigkeit, bei der Palatolalie der Früherziehungsplan, bei Stottern Definition und Ätiologie, bei Poltern Definition, Symptomatik und Diagnostik.

Die Grundintention des Buches, Sprachauffälligkeiten von vornherein in den Gesamtzusammenhang der Persönlichkeitsentwicklung integriert zu sehen, schlägt in den Kapiteln zur Diagnostik (Ka-

pitel 5) und zu den Wirkungsbereichen der Logopädie (Kapitel 6) voll durch. Während die Darstellung der logopädischen Diagnostik nur einzelne zusätzliche Informationen enthält (Untersuchung der phonematischen Differenzierung und Lautunterscheidung, Etappen der Stimmprüfung und Einteilung von Stimmschädigungen, Differenzierungsprobe), ist die Darstellung der medizinischen und psychologischen Diagnostik völlig neu bearbeitet. Beträchtlich erweitert und teilweise neu gefaßt sind auch die Ausführungen zur rehabilitativen Bewegungs- und rehabilitativen Denkerziehung. Zur Weiterentwicklung der rehabilitativen Sprach-erziehung wird auf das titelgleiche Buch von Becker, K. P., und Becker, R., und Autorenkollektiv (1983) verwiesen. Erfreulich erscheint der Versuch, den mehrfach vorbelasteten Begriff von »Umerziehung« durch »rehabilitative Erziehung« zu ersetzen. Gänzlich umgearbeitet ist schließlich

das System der logopädischen Institutionen (Kapitel 8), das in seinem Aufbau klarer strukturiert und in seiner Funktionalität deutlicher herausgestellt wird.

Insgesamt wird das Buch dem Anspruch, ein Lehr- und Studienbuch zu sein, voll und ganz gerecht. Es dokumentiert in systematischer und differenzierter Weise den gegenwärtigen Stand der logopädischen Theoriebildung und Praxis in der DDR und vermag auf dem Wege vergleichender Analysen zu konstruktiv kritischen Überlegungen und Diskussionen anzuregen. Es zeigt einen praxisbewährten Weg des rehabilitationspädagogischen Handelns bei Sprachauffälligkeiten im Rahmen eines konsequent strukturierten institutionell-organisatorischen Systems. Eine Auseinandersetzung mit der neuesten Auflage des Lehrbuchs der Logopädie empfiehlt sich sehr.

O. Braun

### Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

- S. Mühe und I. Nadler: Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum.
- J. Breckow: Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet.
- A. Preus: Sprachheilwesen und Sprachheillehrerausbildung in Skandinavien.
- B. Küppers: Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektro-akustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer.
- D. Schweppe und P. Jehle: Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis.
- C. Tigges-Zuzok: Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie.
- W. Radigk: Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens.
- U. Hebborn-Brass: Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie.
- E. Richter: Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs.
- H. Rodust und M. Schinnen: Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule.
- U. Förster: Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus.
- A. Zuckrigl und P. Mahel: Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte.
- I. Kroker: Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage.
- G. Mühlhausen: Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert?
- K. Ortwig: Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung.
- F. M. Dannenbauer: Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung.
- J. Steiner: Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen.



### Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

- SVG 1/2: Tragbare Sprechhilfen im Zigarettenschachtelformat
- SVG 3: Digitaler Laborverzögerer für die ambulante Behandlung

Unsere Broschüre gibt Hinweise für die Anwendung und Therapie der Geräte und kann kostenlos angefordert werden.



### Audiotest AT 8.000

Neues mikroprozessorgesteuertes Audiometer mit einfacher Handhabung. Ideal für Gehör-Reihenuntersuchungen.

### S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelaute (S, Sch ...). Lieferbar ab 6/85.

### Moderne Technologie zum günstigen Preis

### NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp  
Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6  
Telefon (02327) 7 07 64

Musisch talentierte sowie fachlich und charakterlich hochqualifizierte

### Pädagogin oder Logopädin

gesucht als Hauslehrerin für ein leicht sprachbehindertes, sonst normal begabtes Kind (4 Jahre) eventuell auch halbtags für die Dauer von 2 bis 6 Jahren. Tarifgemäße Bezahlung und Sozialleistungen, günstige Wohnungsbeschaffung ist möglich im Raum Mainz/Bingen.

Aussagekräftige Bewerbung mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild unter Chiffre Nr. 01/04 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

### Universität zu Köln

An der **Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogischen Fakultät** der Universität zu Köln ist die Stelle eines/einer

### Professors/Professorin (C4) für Pädagogik der Sprachbehinderten

wieder zu besetzen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, begl. Zeugnisabschriften, Liste der Veröffentlichungen, Nachweis über Habilitation oder gleichwertige wiss. Leistungen, Nachweis der Unterrichts- und Hochschulerfahrungen) werden bis zum **30. 09. 85** erbeten an den

**Dekan der Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln, Frangenheimstraße 4, 5000 Köln 41**

## **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) 790 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	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6A, 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, Glojenborg 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 (neue Anschriften) . Arno Schulze, Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn  
Telefon: Dienststelle (06421) 28 38 20  
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13  
Telefon: Dienststelle (040) 4123 3757

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 6,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 36,— 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.

---

**Die Sprachheilarbeit**  
C 6068 F

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

HERRN WSS 000198 \*0022\*  
KURT BIELFELD  
LEONBERGER RING 1  
D 1000 BERLIN 47

**B.-Blindow-Schulen**

staatlich geprüfte  
Berufe mit  
Zukunft



Die **B.-Blindow-Schulen** führen Berufsfachschulen der Fachrichtungen Krankengymnastik, Massage, MTA/L/R, PTA und Beschäftigungstherapie.

Ab Schuljahr 1985/86 soll in **Osnabrück** eine Lehranstalt für Logopädie errichtet werden. Daher suchen wir ab sofort oder später haupt- und nebenberufliche

**Logopäden(innen)** mit Berufserfahrung

**Aufgabengebiet:** Aufbau der geplanten Schule und Lehrtätigkeit.

Die Angliederung einer phoniatischen Abteilung mit einem Therapiezentrum ist vorgesehen.

Detmarstraße 6—8, 4500 Osnabrück, Telefon (0541) 273 21

**BHW  
FREIHEIT  
2000**

Die neue Freiheit  
beim Sparen  
und Bauen.

**BHW**

Bausparkasse für  
den öffentlichen Dienst