

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite	Aus der Praxis	Seite
<i>Manfred Grohnfeldt, Köln</i> Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik	1	<i>Uwe Förster, Hannover</i> Literaturempfehlungen zur Aphasie	31
<i>Volker Middeldorf, Köln</i> Was ist eigentlich eine Stimmstörung	10	Zur Diskussion	35
Aus der Forschung		Leserbriefe	36
<i>Hermann Schöler, Andrea Anzer und Erna Illichmann, Heidelberg</i> Einige Anmerkungen zur Diagnose »Dysgrammatismus« bei Schülern von Schulen für Sprachbehinderte	19	Umschau	37
<i>Jürgen Hohmeier, Münster</i> Zur beruflichen Situation von Stotternden — Ergebnisse einer empirischen Erhebung	25	Aus der Organisation	44
		Bücher und Zeitschriften	46
		Vorschau	47
		Hinweise für Autoren	48

Postverlagsort Hamburg
32. Jahrgang
Februar 1987 · Heft 1

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzende: Anita Schwarze, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Internationales Büro für Audiophonologie (BIAP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
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 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland	Theo Borbonus, Guts-Muths-Weg 28, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenborg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Detlef Heining, Liegnitzer Weg 43, 4440 Rheine 1

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

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

Redaktion Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Telefon (06422) 28 01

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 7,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 42,— DM zuzüglich 5,10 DM Portokosten.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

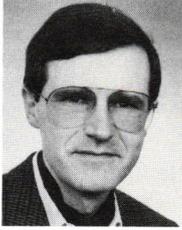
In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.

Die Autoren erhalten für ihre Beiträge ein Honorar von 10,— DM je angefangene Druckseite. Darüber hinaus werden den Verfassern 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und spätestens mit der Korrekturrückgabe beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis: Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Prospekt des Verlages Sigrid Persen, Horneburg, sowie des Verlages Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg, bei.



Manfred Grohnfeldt, Köln

Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik

Situationsanalyse und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Sprachtherapie

Zusammenfassung

Es wird aufgezeigt, daß die Sprachbehindertenpädagogik aufgrund ihrer historischen Entstehungsbedingungen im Spannungsverhältnis eines mechanistischen und ganzheitlichen Weltbildes steht. Die damit verbundenen unterschiedlichen Sichtweisen führen zu verschiedenartigen Vorstellungen hinsichtlich der Zielsetzung, Diagnose, Didaktik, Methodik und Therapie.

Grundlage für die genannten Perspektiven zur Weiterentwicklung ist der gewählte Therapiebegriff, der auf den eigentlichen Sinn des griechischen Ursprungswortes zurückgreift. Er steht im Einklang mit einem Menschenbild, bei dem unter Betonung handlungsorientierter Vorstellungen die Bedeutung der pädagogisch-therapeutischen Beziehung und des ganzheitlich-interaktionalen Vorgehens herausgestellt wird.

Durch die nähere Bestimmung des sprachtherapeutischen Selbstverständnisses wird dabei Bezug auf den Standort der Sprachbehindertenpädagogik allgemein genommen.

1. Problemstellung

Die Sprachbehindertenpädagogik beschäftigt sich mit Fragen der Erziehung, des Unterrichts und der Therapie bei sprachgestörten und sprachentwicklungsgefährdeten Personen. Dabei stellt sie sich als einzige sonderpädagogische Sparte explizit die Aufgabe, nicht nur störungsspezifisch auf den betroffenen Personenkreis einzugehen, sondern durch ihre Maßnahmen die Störung selbst in vielen Fällen ganz oder teilweise zu beheben. Von daher haben sprachtherapeutische Interventionen bei der Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik traditionell einen hohen Stellenwert eingenommen. Was ist aber unter Therapie zu verstehen?

Ein kurzer historischer Rückblick zeigt, daß allein aufgrund der verwendeten Terminologie ein unterschiedliches Selbstverständnis signalisiert wird. Auf der einen Seite werden bzw. wurden Begriffe wie die einer »Heilung von Sprachgebrechen« oder der »Behandlung von Sprachfehlern in der Sprachkrankechule« benutzt, auf der anderen Seite die der »Einwirkung auf den ganzen Menschen als komplexe Persönlichkeit« oder der »Umerziehung«. Offensichtlich stehen unterschiedliche Menschenbilder dahinter, die zu einem andersartigen Vorgehen führen.

Im folgenden sollen Prinzipien herausgearbeitet werden, die hinter der konkreten Arbeit mit Sprachgestörten stehen. Dazu wird

- zunächst eine *Situationsanalyse* vorgenommen, bei der immanente und teilweise nicht mehr reflektierte Wertesysteme der Arbeit mit sprachgestörten Menschen aufgedeckt werden. Insbesondere wird dabei auf die Stellung der Sprachtherapie in der Sprachbehindertenpädagogik eingegangen. Vor diesem Hintergrund wird
- ein *eigenes Konzept sprachtherapeutischen Handelns* vorgestellt und diskutiert, das Ausdruck eines einheitlichen Selbstverständnisses der Sprachbehindertenpädagogik ist.

Die Ausführungen konzentrieren sich dabei auf die Offenlegung des zugrunde gelegten Menschenbildes und das damit im Einklang stehende praktische Handeln. Sie nehmen Bezug auf eine prospektive Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik.

2. Situationsanalyse

Die Therapie von Sprachstörungen ist ein interdisziplinäres Aufgabengebiet, bei dem

Vertreter mehrerer Wissenschaftsdisziplinen beteiligt sein können. Neben dem Sprachbehindertenpädagogen (Logopäden ...) werden im Einzelfall Psychologen, Ärzte (bei Hörschäden, LKG-Spalten ...) usw. beteiligt sein, um die Gesamtaufgabe gemeinsam zu lösen. Darüber hinaus muß der Sprachbehindertenpädagoge selbst über Kenntnisse aus der Pädagogik, Psychologie, Linguistik und Phonetik, Medizin, Soziologie usw. verfügen, um überhaupt therapeutisch wirksam werden zu können.

Zum Verständnis der Sprachtherapie in der heutigen Sprachbehindertenpädagogik ist es erforderlich, die Entstehungsbedingungen dieser Disziplin nachzuverfolgen: Im 19. Jahrhundert waren es Vertreter der Medizin und Hörgeschädigtenpädagogik, die sich erstmals systematisch mit Sprachgestörten auseinandersetzten. Für diese sich daraus konstituierende Fachdisziplin Sprachheilpädagogik bzw. später Sprachbehindertenpädagogik war diese zweifache Wurzel geradezu prägend. Für ihre weitere Theorie- und Standortbestimmung wurde dabei nicht nur ihre unterschiedliche fachwissenschaftliche Bezugnahme bedeutsam, sondern offensichtlich auch die Orientierung an verschiedenartigen Wertmaßstäben, die damit verbunden waren. Es handelt sich dabei um geradezu polar entgegengesetzte Weltbilder, die sich bis in die Antike zurückverfolgen lassen und sich nicht nur im wissenschaftlichen Bereich (Medizin, Psychologie, Pädagogik ...), sondern in allen Bereichen unseres Lebens auswirken. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Sichtweise führen sie zu anderen Anschauungen, Methoden und Erkenntnissen. Es handelt sich um das mechanistische und das ganzheitliche Weltbild.

2.1. Das mechanistische Weltbild:

Sprachtherapie als Symptomkorrektur

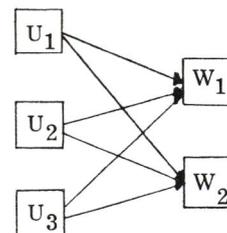
Das menschliche Verhalten wird vor dem Hintergrund einer Ansammlung von Einzelbausteinen interpretiert. Die Aufgabe besteht darin, (Kausal-)Beziehungen zwischen den einzelnen Elementen aufzudecken. Im günstigsten Fall erfolgt dies, indem eine eindeutige Ursache (U) für eine bestimmte Wirkung

(W) gefunden wird (siehe Abbildung 1). Ansonsten werden die Abhängigkeiten über eine Korrelationsstatistik angegeben (siehe Abbildung 2).¹

Abbildung 1



Abbildung 2



Diese linear-deterministische, analytische Denkweise war vor allem in der Physik (Newton, Descartes) vorherrschend und hatte ihre besonderen Auswirkungen in der Medizin, indem bestimmte Krankheitserreger für spezielle Krankheiten gesucht und gefunden wurden (Robert Koch, Louis Pasteur). Lange Zeit wurde diese Denkweise deshalb als »medizinisches Modell« bezeichnet. In dieser Einfachheit ist es aber auch heute in der Medizin lange überholt (Beispiel: Psychosomatik). »Diese Art des wissenschaftlichen Vorgehens ist bezeichnend für jede Wissenschaft, die sich als Wissenschaft erst noch bewähren muß und sich an traditionelle Forschungsrituale der Naturwissenschaften klammert; es ist heute in den Naturwissenschaften und, wie erwähnt, in der Medizin weitgehend abgebaut« (Jetter 1985, S. 24).

Auch die Situation in der Sprachbehindertenpädagogik war lange Zeit durch die Suche nach eindeutigen Kausalbeziehungen gekennzeichnet. Die Zugrundelegung eines mechanistischen Weltbildes bei der Arbeit mit sprachgestörten Personen führt dabei folgerichtig zu

- einer *Zielsetzung*, die sich auf die Kompensation (»Heilung«) einzeln ausgewiesener Sprachabweichungen bezieht (»Normalisierungsprinzip«),

¹ Ein typisches Beispiel ist die Suche nach Prozentanteilen des Einwirkens der Vererbung und der Umwelt auf die Intelligenz bzw. den Intelligenzquotienten (Jencks 1973).

- einem *diagnostischen Selbstverständnis*, bei dem Defizite des Sprachverhaltens möglichst mit Hilfe standardisierter Testverfahren und einem Vergleich mit Eichstichproben belegt werden,
- einem *praktischen Vorgehen*, bei dem die gefundenen Störungen durch geeignete auf dieses Symptom gerichtete Funktionsübungen korrigiert werden. Bei mehreren Ausfällen werden die jeweiligen Maßnahmen parallel bzw. hintereinander angeboten. Häufig wird auf verhaltenstherapeutische Methoden zurückgegriffen.

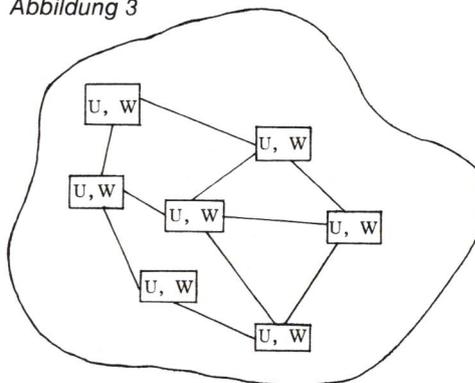
Seine besonderen Auswirkungen hatte dieses Weltbild in der Sprachbehindertenpädagogik im Bereich der *Therapie*, die bis heute weitgehend nach einem mechanistischen Selbstverständnis betrieben wird. Der Hinweis auf eine isolierte Symptomkorrektur wird zwar zumeist abgelehnt, von einer »Wende« oder einem »Paradigmenwechsel« in der Sprachbehindertenpädagogik kann jedoch bisher wohl kaum gesprochen werden.

2.2. Das ganzheitliche Weltbild: Sprachförderung als komplexe Persönlichkeitsbildung

Auch hier wird eine Vielzahl von Elementen (Beispiel: Wahrnehmung, Sprache, Motorik ...) angenommen, die miteinander in Verbindung stehen, jedoch nicht im Sinne von Kausalbeziehungen. Sie verdichten sich strukturartig zu einem Netz, einem Muster, das eine spezifische *Gestalt* annimmt (siehe Gestaltpsychologie, Ganzheitspsychologie), die ein in sich Neues darstellt. Diese Gestalt gewinnt ein Eigenleben und stellt ein organisches Ganzes dar. Es wird weniger auf die Einzelelemente, sondern vor allem auf die neue einzigartige Gestalt geachtet (siehe Abbildung 3). Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile. Ursache (U) und Wirkung (W) sind nicht immer eindeutig zu trennen.

Ihre Bedeutung für die Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik hatte diese Sichtweise vor allem im Hinblick auf die Abgrenzung zur Medizin und eine Betonung der »Eigenständigkeit« (Orthmann 1969 a). Sie führte zur anthropologischen Grundannahme der »Seinsbesonderung«,

Abbildung 3



bei der die Sprachbehinderung als in sich geschlossene Kategorie, als neue Ganzheit angesehen wurde. Dies wiederum führte zur Suche nach einer behinderungsspezifischen Didaktik und begründete vom theoretischen Konzept her den Ausbau eines separierten Sonderschulsystems.

In der Praxis liegt der Schwerpunkt im Bereich der *Erziehung* (bzw. Umerziehung) und des *Unterrichts* mit dementsprechenden institutionellen Folgerungen. Im Hinblick auf die Zielsetzung und das diagnostisch-therapeutische Vorgehen wurden dagegen wenig neue Impulse gegeben. Statt dessen wurde auf den klassischen Therapiebegriff nach dem medizinischen Modell und damit auf das mechanistische Weltbild zurückgegriffen (siehe Abbildungen 1 und 2). Die sogenannte »Dualismusproblematik« (Orthmann 1969) von Therapie und Unterricht, die die Sprachbehindertenpädagogik seit Jahrzehnten begleitet hat, blieb letztlich ungelöst. Solange Therapie nach einem mechanistischen Weltbild, Unterricht dagegen vorwiegend ganzheitlich verstanden wird, ist eine »Wesensgleichheit« (Solarová 1971) in der Praxis nur schwer einlösbar.

Die Sprachbehindertenpädagogik steht damit im Spannungs- und Überschneidungsbereich von zwei Weltbildern, die nur kurzzeitig dialektisch aufhebbar sind, ansonsten aber zu unterschiedlichen Sichtweisen und Lösungskonzepten geführt haben. Die besondere Schwierigkeit besteht darin, daß die Sprachbehindertenpädagogik binnenspezifisch Problemfelder in sich vereinigt, die

sonst zu in sich geschlossenen Lösungskonzepten geführt haben.²

Exkurs:

Es könnte sich die Frage aufdrängen, was denn nun richtig sei. Ist eine Bewertung vor dem Hintergrund eines Wahrheitskriteriums möglich? — An dieser Stelle wird die Auffassung vertreten, daß es »Wahrheit« in dem Sinne in der Wissenschaft nicht gibt (Feyerabend 1984, Watzlawick 1984, Capra 1984), da Wirklichkeit relativ und mehrdeutig ist (Watzlawick 1976). »Wahrheit« im Sinne von Widerspruchsfreiheit besteht nur innerhalb bestimmter Denkstile und Definitionen. Die möglicherweise kontaktierte »Überlegenheit« eines Systems resultiert daraus, daß die Wertmaßstäbe dieses Systems zum Maßstab erhoben wurden.

Aus mechanistischer Sicht ist das ganzheitliche Vorgehen diffus, wenig zielgerichtet, nicht überprüfbar, geradezu unwissenschaftlich. Aus ganzheitlicher Sicht fehlt bei isolierter Therapie der pädagogische Zusammenhang, indem künstlich isolierte Teilfertigkeiten ohne übergreifenden Bezug trainiert werden.

Was bleibt dann außer persönlichen Wertentscheidungen? Das Paradigma selbst ist einseitig und führt zur vorurteilsbedingten Verzerrung der Wahrnehmung. Ist ein übergreifendes »Rahmenparadigma« (Bleidick 1977), eine »Strategie des Brückenschlags« (Flehsig 1969) möglich? Können sich Paradigmen durch »Kernerweiterungen« (Stegmüller 1974) im epochalen Wandel weiterentwickeln und zu anderen Formen sinnvoll angepaßter Lösungsvarianten führen?

3. Perspektiven zur Weiterentwicklung

»There are some people who resist change, some who change and there are some people who never realize that change takes place« (Edgar Dale).

² Als Beispiel sei die unterschiedliche Form der Frühförderung aus pädagogischer und medizinischer Sicht genannt, die zu offenen Kontroversen geführt hat (Speck 1980, Hellbrügge 1981) und letztlich Ausdruck eines unterschiedlichen Menschenbildes ist.

Eine Fachdisziplin oder Institution, die sich nicht weiterentwickelt, veraltet und geht unter. — Im folgenden sollen aus einem durchgängigen Wissenschaftsverständnis Fragen der Theorie und Praxis sprachtherapeutischen Handelns reflektiert werden, die sich bei der Arbeit mit sprachgestörten Menschen allgemein wiederfinden. Das Menschenbild erweist sich dabei als zentrale Kategorie, da es zu einer präjudizierenden Sichtweise bei der Beurteilung allgemeiner Leit- und Zielvorstellungen, der Diagnose, Didaktik, Methodik und Therapie führt.

3.1. Das zugrunde gelegte Menschenbild
Ausgangspunkt ist der gewählte Therapiebegriff, der hier nicht medizinisch-kurativ, sondern im ursprünglichen Sinne des griechischen Wortes »therápon« (der Begleiter, Diener, Gefährte) bzw. »therapéia« (begleiten ...) verwendet wird. Damit wird auf Vorstellungen Bezug genommen, die in der Psychologie, insbesondere der Gesprächs- und Familientherapie (übergreifend: Jaeggi 1983), bereits seit langem verbreitet sind und ebenso in der Pädagogik ihren Bezugsrahmen finden. »Therapeutisches Handeln ist pädagogisches Handeln, insofern der Therapeut seine Behandlungsziele einem Erziehungs- und Bildungsziel unterordnet« (Schönberger 1985, S. 217). Vom Selbstverständnis her läßt sich diese Art des Vorgehens als pädagogische oder pädagogisch-psychologische Sprachtherapie bezeichnen (Knura und Neumann 1980).

Vor dem Hintergrund handlungsorientierter Vorstellungen (Grohnfeldt 1983, 1985 a), bei denen das Kind als Subjekt seiner Erziehung gesehen und die Fähigkeit des Menschen zur Eigenaktivität betont wird, sollen drei Merkmale (sprach-)therapeutischen Handelns herausgestellt werden, die als übergreifendes Prinzip für alle Formen pädagogisch-therapeutischer Intervention gelten:

- die Bedeutung der Beziehung,
- Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit der menschlichen Entwicklung,
- Interaktionalität und systemische Veränderung.

3.1.1. Die Bedeutung der Beziehung

Das Selbstverständnis des Sprachbehinder-

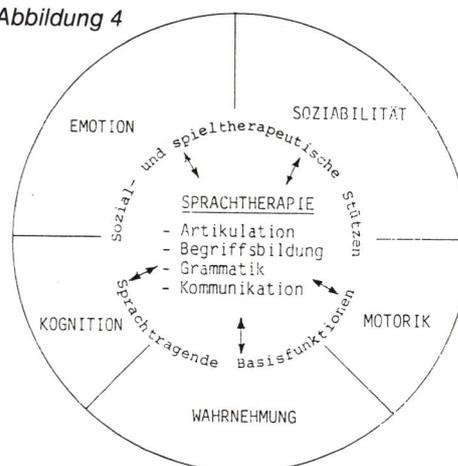
tenpädagogen als Therapeut kann unterschiedlich sein: quasi-medizinisch als Heilender, als Organisator von Lernprozessen oder eben als »Begleiter« (siehe oben), der die Eigenaktivität des Betroffenen anregen möchte und eine Hilfe zur Selbsthilfe anbietet. In allen Fällen ist ein umfangreiches Fachwissen als Vorbedingung unumgänglich. In allen Fällen gilt aber auch, daß er als Therapeut weniger durch seine Technik wirkt, sondern als Mensch. Dadurch rückt die »therapeutische Beziehung« (Petzold 1980), der »pädagogische Bezug« (Nohl 1961) in den Vordergrund.

Sprachtherapie wird als gemeinsamer Kommunikationsprozeß (Dialog) verstanden, bei dem die *Beziehung* und das *ganzheitliche Verstehen* die entscheidende Grundlage therapeutischen Handelns sind. Jede therapeutische Technik gewinnt vor diesem Hintergrund ihre positive wie negative Wirkung. Die Einflußnahme beschränkt sich dabei nicht nur auf die Sprachstörung als sprachpathologisches Problem. Vielmehr wird dem sprachgestörten Menschen geholfen, Sprache zu erlernen bzw. wieder zu erlernen. Das übergreifende *Ziel* besteht in der Erlangung sozialer und kommunikativer *Handlungsfähigkeit*. Es reicht damit über die Korrektur eines herausragenden Symptoms hinaus. Phasen übungstherapeutischer Verfahren ordnen sich dieser Zielsetzung unter.

3.1.2. Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit der menschlichen Entwicklung

Im Sinne eines spracherwerbsorientierten Vorgehens sollte sich die Beeinflussung von Sprachstörungen weitgehend an den Bedingungen der altersgemäßen Sprachentwicklung orientieren. Diese ist gekennzeichnet durch das Zusammenspiel sensorischer, motorischer, kognitiver, sprachlicher, emotionaler und sozial-kommunikativer Funktionsbereiche, wobei sich die einzelnen Bereiche in ihrer Wirkungsweise gegenseitig beeinflussen. Aufgrund der hierarchischen Struktur bilden dabei basale sensomotorische Schemata den Ursprung für darauf aufbauende Spracherwerbsprozesse, die nicht isoliert gesehen werden dürfen (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4



»Das Ganze läßt sich nicht allein aus seinen Elementen beschreiben, aber jedes Element erhält aus dem Ganzen seine Bedeutung« (Rauh 1983, S. 148). Im Sinne einer multifaktoriellen und zirkulären Betrachtung können sich mögliche Störungen der einzelnen Entwicklungsbereiche gegenseitig aufschaukeln, wobei die eigentliche Ursache nicht mehr eindeutig erkennbar ist.

Im Hinblick auf die *Sprachtherapie* bedeutet dies, daß die intendierten Maßnahmen dementsprechend breitgefächert angelegt werden müssen. Um den Kausalitätskreis sich gegenseitig aufrechterhaltender Beeinträchtigungen zu durchbrechen, ergibt sich die Notwendigkeit einer ganzheitlichen, entwicklungsorientierten Förderung, die nicht nur auf ein herausragendes (sprach-)pathologisches Phänomen eingeht, sondern über eine Aktivierung von Selbstgestaltungskräften möglichst auf mehrere Entwicklungsbereiche gleichzeitig einwirkt und damit die Struktur an sich ändert. Die pädagogische Aufgabenstellung besteht darin, kreative Interaktionsabläufe mit Aufforderungscharakter vorzustrukturieren, die die Eigenaktivität und Selbstgestaltung des Sprachgestörten und damit seine Sprachlernbereitschaft anregen sollen.

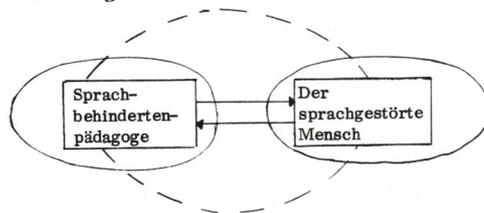
»Ganzheitlichkeit heute« wird dabei interaktional gedeutet. Statt einer »Seinsbesonderung« rücken damit Prozesse systemischer Veränderung in den Vordergrund.

3.1.3. Interaktionalität und systemische Veränderung

Seit einigen Jahrzehnten ist ein Paradigmenwechsel zu beobachten, der zunehmend eine Verschiebung der Perspektive von der »Pathologie des Individuums« zur »Pathologie der Beziehung« (Watzlawick et al. 1969) bewirkt. Das Verhalten des einzelnen wird in Abhängigkeit vom Verhalten anderer gesehen. Im Bereich der Erziehung wird bei dieser Sichtweise betont, daß nicht nur die Eltern auf das Kind einwirken, sondern auch das Kind durch sein Verhalten das elterliche Erziehungsverhalten ändert, so daß letztlich kreisförmige Interaktionsprozesse ohne eindeutige Bestimmung von Anfang und Ende ablaufen.

Dies gilt auch für die pädagogisch-therapeutische Beziehung. Der Sprachbehindertenpädagoge und der Sprachgestörte sind zwei Menschen, die miteinander in einen Interaktionsprozeß treten und sich gegenseitig in ihrem Verhalten beeinflussen (siehe Abbildung 5). Im Idealfall bilden sie eine neue Ganzheit (Minuchin und Fishman 1983).

Abbildung 5



Damit im Zusammenhang stehen Auffassungen, statt der linear-kausalen Denkweise des mechanistischen Weltbildes Prozesse des Lebens mit dem Modell kybernetischer Rückkoppelungskreise zu deuten. Watzlawick (1984) spricht von einer »zirkulären Kausalität« und bezieht sich dabei auf ganzheitliche Kreisläufe in biologischen und sozialen Systemen, die wiederum in einen umfassenden gesellschaftlichen Kontext eingeordnet sind (Bateson 1982: »Ökystemische Sicht«).

Was bedeutet das nun für die Beurteilung von Sprachstörungen und die Sprachtherapie? Aus interaktionaler Sicht der System-

theorie werden Sprachstörungen nicht als feststehende, objektivierbare, in sich geschlossene Konstante verstanden, sondern als Variable mit Prozeßcharakter, deren Vorhandensein von der situativen Erwartungsnorm der jeweiligen Gesprächspartner abhängt. Diese ist notwendigerweise relativ — wie die breit streuenden Häufigkeitsangaben zu den einzelnen Sprachstörungen zeigen (Grohnfeldt 1983).

Für die *Therapie* ist damit verbunden, daß die Maßnahmen grundsätzlich interaktional bzw. ganzheitlich-interaktional angelegt sein sollten. Dies bezieht sich zum einen auf die Arbeit mit dem Kind selbst, indem Sprachförderung als Kommunikationsförderung verstanden wird, zum anderen aber auch auf die Bedeutung der Umfeldarbeit und die Einbeziehung der Eltern. So kann im Einzelfall eine Ausweitung des therapeutischen Bezugsrahmens erforderlich sein, indem nicht nur auf den Sprachgestörten selbst eingegangen wird, sondern auch eine Beeinflussung seiner Umwelt erfolgt, deren Bedingungen für die Sprachstörung des einzelnen mitverursachend oder aufrechterhaltend sein können.

3.2. Konsequenzen für das sprachtherapeutische Handeln

Vorab ist zu bemerken, daß bei dem hier zugrunde gelegten Theorie-Praxis-Verständnis keine direkten Ableitungen in Form von Handlungsanweisungen von einer Theorie für die Praxis vorgenommen werden können. Eine Umsetzung in die Praxis ist eher in der Art möglich, daß jeder einzelne eine individuelle Reflexion der theoretischen Vorannahme für sich selbst vornimmt und dann zu subjektiv und situativ angepaßten Lösungsmöglichkeiten in der Alltagssituation gelangt. Dieser Vorgang unterliegt der ständigen Veränderung und Überprüfung.

Im folgenden werden Vorstellungen diskutiert, die Ausdruck des o. g. Menschenbildes sind und sich bei der Zielsetzung, dem didaktisch-methodischen Selbstverständnis und pädagogisch-therapeutischen Handeln realisieren. Aus der Vielfalt der Aufgabenstellungen soll hier eine *ganzheitliche Sprachförderung und -therapie* bei der Arbeit mit dem

Sprachgestörten selbst näher erläutert werden. Auf die Bedeutung der Elternarbeit kann dabei nicht explizit eingegangen werden (dazu: *Grohnfeldt* 1985). Die Erörterung erfolgt am Beispiel eines sprachentwicklungsgestörten Kindes im Vor- oder Grundschulalter. Von der Aufgabenstellung ist damit ein wesentlicher Teil der therapeutischen Arbeit von Sprachbehindertenpädagogen angesprochen.

Zunächst ist zu klären, was unter dem Begriff »Aktivierung von Selbstgestaltungskräften« zu verstehen ist. Im Hinblick auf die Sprachtherapie wird damit das *Sprachgefühl* des Kindes angesprochen.

Im Rahmen einer Therapie kann man nicht alles üben — schon gar nicht alle Einzelelemente, die Sprache ausmachen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht vielmehr darin, exemplarisch Anregungen zu geben und Regeln durchschaubar zu machen, um die Möglichkeit zum Transfer und damit die Übernahme, Anwendung und Ausweitung der gelernten Strukturen in der Alltagssituation zumindest wahrscheinlicher zu machen.

Es geht also darum, die Wahrnehmungsfähigkeit und das Interesse des Kindes für Sprache so weit zu *sensibilisieren*, daß es aus dem ihm zunächst ungeordnet erscheinenden akustischen Chaos seiner Umwelt subjektiv sinnvolle Merkmale mit einem hohen akustischen Erkennungswert entdeckt, diese in sein bisheriges Wissen integriert und schließlich selbst anwendet (*Grohnfeldt* 1985).

Dies erfolgt durch eine *ganzheitlich-interaktionale Förderung mit spezifisch ausgewiesenen Schwerpunkten*. Was bedeutet Ganzheitlichkeit nun konkret? Ganzheitlichkeit darf nicht zu einem Schlagwort werden, das nahezu immer zutrifft und letztlich inhaltsleer bleibt oder zu unspezifischen Breitbandangeboten führt. Von daher ist der Begriff inhaltlich zu präzisieren und durch Beispiele zu erläutern. Dabei erweisen sich Fragestellungen als bedeutsam, die auf das Selbstverständnis ganzheitlich-interaktionaler Förderung, ihre didaktisch-methodische Umsetzung sowie die Bedeutung des Therapeutenverhaltens eingehen.

(1) *Zum Selbstverständnis ganzheitlich-interaktionaler Förderung*

Im Hinblick auf die Sprachtherapie ist es etwas anderes, ob man bei einem mehrdimensional sprachentwicklungsgestörten Kind eine voneinander isolierte Förderung der Sensorik, Motorik, Sprache usw. vornimmt oder ob man nach Möglichkeiten sucht, in denen die o.g. Bereiche möglichst alle gleichzeitig angesprochen sind. Dazu bietet sich für die genannte Altersgruppe der Vier- bis Zehnjährigen das gemeinsame Spiel an. Im Vordergrund steht dabei nicht die Frage, *was* man mit einem Spiel machen *soll*, sondern die Aufgabenstellung, wie man dieses für entwicklungsfördernde und sprachtherapeutische Aspekte nutzen und gestalten *kann*. Statt reiner Funktionsübungen werden *themenorientierte Handlungsabläufe* angeboten, in die gezielte sprachtherapeutische Übungen integriert werden.

Beispiel: »Wir basteln eine Puppe«

Beim gemeinsamen Planen, Hantieren, Versprachlichen, Kommunizieren usw. werden u. a. folgende Aspekte wirksam:

- Das gemeinsame Spiel motiviert und kann zu einem emotionalen Gruppenerlebnis führen.
- Die feinmotorische Bewegungsgeschicklichkeit und indirekt die Wahrnehmung werden angesprochen, wenn geschnitten, geklebt, angepaßt ... wird.
- Das Versprachlichen der Handlungsabläufe bietet unter Betonung kommunikativer Gesichtspunkte Möglichkeiten zur
 - (a) indirekten oder gezielten Artikulationskorrektur durch korrigierende Rückmeldungen (Beispiele: siehe *Grohnfeldt* 1985, S. 57 f.),
 - (b) Wortschatzerweiterung, die durch die Sache begründet wird (»Was brauche ich zum Basteln ...?«),
 - (c) Einübung einfacher Satzstrukturen (»Spielregeln«) unter Verwendung des handlungsbegleitenden Sprechens.
- Anschließend können mit der Puppe Rollenspiele durchgeführt werden, wobei nicht nur kommunikative, sondern teilweise auch spieltherapeutische Elemente

zur Konfliktbewältigung angesprochen werden können (wichtig bei sprechgehemmten und stotternden Kindern).

(2) *Zur didaktisch-methodischen Umsetzung*

Das Spiel- und Handlungsangebot an sich reicht häufig noch nicht aus. Es muß didaktisch-methodisch aufbereitet werden, wobei die notwendigen Schwerpunkte aufgrund der im förderdiagnostischen Prozeß erhobenen Daten den jeweiligen Lernvoraussetzungen des Kindes/der Gruppe immer wieder neu angepaßt werden. Dazu ist eine gezielte

- Material- und Sachanalyse,
- linguistische Analyse der verwendeten Begriffe, Sätze usw.,
- Medien- und Materialauswahl

vorzunehmen. Wichtig ist die Verbindung von zumeist gegenständlichem Handeln und Sprache, wobei in subjektiv wichtigen, möglichst natürlichen Alltagssituationen sprachtherapeutische Elemente aufgenommen und situativ nutzbar gemacht werden. Es geht darum, im gemeinsamen Spiel und Handeln Förderungsschwerpunkte vorzuplanen oder spontan aufzugreifen und dann gezielt zu verstärken. Als wesentlich erweist sich dabei das Verhalten des Sprachbehindertenpädagogen.

(3) *Zur Bedeutung des
Therapeutenverhaltens*

Bei dem hier zugrunde gelegten Ansatz kommt der Person des Sprachbehindertenpädagogen eine entscheidende Bedeutung zu. »Das wichtigste Instrument der Therapie ist der Therapeut« (Petzold 1980, S.278). Sein Menschenbild und sein Selbstverständ-

nis beim Umgang mit sprachgestörten Menschen bilden die Grundlage für sein Vorgehen.

Dies gilt zum einen für sein aktuelles Sprachverhalten (siehe korrigierende Rückmeldungen, handlungsbegleitendes Sprechen ...), zum anderen aber auch für seine Einstellung den Menschen allgemein und speziell diesem einen sprachgestörten Menschen gegenüber. Sprachverhalten und Einstellung müssen übereinstimmen, um vom Kind als glaubhaft erlebt und nicht als seelenlose Routine entlarvt zu werden.

4. *Ausblick*

Das hier vorgestellte Konzept zur Sprachtherapie bzw. pädagogisch-therapeutischen Intervention findet sich wieder in schulischen und außerschulischen Institutionen. Es erwächst aus der zugrundeliegenden Einstellung des Sprachbehindertenpädagogen und findet seine spezifische Anpassung an die jeweilige Situation, Interaktionsstruktur und Organisationsform. Damit ist es nicht an eine klassische Therapie- oder Unterrichtssituation gebunden, sondern als übergreifendes Prinzip zu verstehen. In die Gesamtaufgabe der Erziehung und Bildung sprachgestörter Personen wird die Therapie mehr als bisher eingebettet, indem sie aus einem analogen Menschenbild heraus betrieben wird. Angesprochen ist nicht nur das Selbstverständnis von einzelnen, sondern letztlich auch das einer Fachdisziplin und damit die wissenschaftstheoretische Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik.

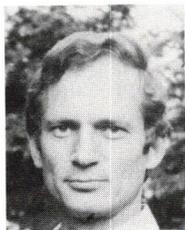
Literatur

- Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt a. M. 1982.
- Bleidick, U.: Pädagogische Theorien der Behinderung und ihre Verknüpfung. Z. Heilpäd. 28 (1977), S.207—229.
- Braun, O.: Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter — Einführung in das Tagungsthema aus pädagogisch-therapeutischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983, S. 15—25.
- Capra, F.: Wendezeit — Bausteine für ein neues Weltbild. Bern/München/Wien 1984.
- Dale, E.: Can you give the Public what it wants? Cowles Education Corporation 1967.
- Eckert, Renate: Auswirkungen psychomotorischer Förderung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Frankfurt a. M./Bern/New York 1985.
- Feyerabend, P.: Wissenschaft als Kunst. Frankfurt a. M. 1984.
- Flehsig, K.-H.: Die Bedeutung der modernen Lernforschung für den Schulunterricht. In: Haseloff, W. (Hrsg.): Lernen und Erziehung. Berlin 1969, S. 156—166.

- Gierer, A.: Die Physik, das Leben und die Seele. München 1985.
- Grohnfeldt, M.: Zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Disziplin. *Z. Heilpäd.* 32 (1981), S. 425—429.
- Grohnfeldt, M.: Behinderungsbegriff und Modellbildung in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse unter besonderer Berücksichtigung des Paradigmakonzepts. *Z. Heilpäd.* 33 (1982), S. 789—802.
- Grohnfeldt, M.: Störungen der Sprachentwicklung. Berlin ²1983.
- Grohnfeldt, M.: Standortanalyse und Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 28 (1983 a), S. 129—143.
- Grohnfeldt, M.: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin 1985.
- Grohnfeldt, M.: Interaktionale Aspekte der Sprachtherapie. *Der Sprachheilpädagoge* 17 (1985 a), S. 1—10.
- Guntern, G.: Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In: Duss-von Werdt, J., und Welter-Enderlin, R.: *Der Familienmensch*. Stuttgart 1980, S. 74—96.
- Hellbrügge, Th. (Hrsg.): *Klinische Sozialpädiatrie. Ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter*. Berlin/Heidelberg/New York 1981.
- Jaeggi, Eva, et al.: *Andere verstehen*. Weinheim und Basel 1983.
- Jencks, Ch.: *Chancengleichheit*. Hamburg 1973.
- Jetter, K.: *Leben und Arbeiten mit behinderten und gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern*. Stadthagen ²1985.
- Knura, Gerda, und Neumann, B.: *Methoden der Sprachtherapie*. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik*. Bd. 7. Berlin 1980, S. 161—173.
- Minuchin, S., und Fishman, H. Ch.: *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg 1983.
- Nohl, H.: *Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie*. Frankfurt ⁵1961.
- Orthmann, W.: *Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik*. Berlin 1969.
- Orthmann, W.: *Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik*. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik*. Hamburg 1969 a, S. 13—26.
- Petzold, H. (Hrsg.): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn 1980.
- Rauh, Hellgard: *Ganzheitlichkeit und Methoden in der Frühförderung aus entwicklungspsychologischer Sicht*. *Frühförderung interdisziplinär* 2 (1983), S. 145—156.
- Scholz, H.-J.: *Das »Sprachgefühl« — Instanz für die Evaluation sprachlicher Abweichungen*. In: Füsse-nich, Iris, und Gläß, B. (Hrsg.): *Dysgrammatismus*. Heidelberg 1985, S. 98—110.
- Schönberger, F.: *Kooperative Didaktik*. Stadthagen ²1984.
- Schönberger, F.: *Phasen des Bewegungshandelns und die Problemstellungen der Bewegungsbehandlung*. In: Jetter, K.: *Leben und Arbeiten mit behinderten und gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern*. Stadthagen ²1985, S. 217—223.
- Solarová, Svetluše: *Therapie und Erziehung im Aufgabenfeld des Sonderpädagogen*. *Sonderpädagogik* 1 (1971), S. 49—58.
- Speck, O.: *Pädagogische Frühförderung behinderter Kinder unter den Aspekten der Regionalisierung und Interdisziplinarität*. *Rehabilitation* 19 (1980), S. 102—106.
- Speck, O.: *Ganzheitlichkeit und Methoden in der Frühförderung*. *Frühförderung interdisziplinär* 2 (1983), S. 97—101.
- Stegmüller, W.: *Theoriendynamik und logisches Verständnis*. In: Diederich, W. (Hrsg.): *Theorien der Wissenschaftsgeschichte*. Frankfurt a. M. 1974, S. 167—209.
- Watzlawick, P., Beavin, Janet H., und Jackson, D. D.: *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern/Stuttgart/Wien 1969.
- Watzlawick, P.: *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* München 1976.
- Watzlawick, P.: *Entwicklung der Kommunikations- und Systemtheorie*. *Prax. Psychother. Psychosom.* 29 (1984), S. 1—6.

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
 Frangenheimstraße 4
 5000 Köln 41

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt ist Direktor des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln und Inhaber des Lehrstuhls »Pädagogik der Sprachbehinderten«.



Volker Middeldorf, Köln

Was ist eigentlich eine Stimmstörung? (Sprachheilpädagogische Überlegungen zur Kennzeichnung und Definierung des Phänomens Stimmstörung mit Hilfe des Drei-Konstituenten-Modells)

Zusammenfassung

Der Autor fragt nach dem Verständnis von Stimmstörung und stößt dabei auf die Bewußtseinsaspekte Objektivierung und Subjektivierung der Stimmstörung; der Objektivierungsaspekt weist auf die Stimmfunktionsstörung als Gegenstand der Betrachtungen und Wertungen in Wissenschaft und Gesellschaft hin; der Subjektivierungsaspekt läßt den Stimmträger mit seiner Stimmstörung in den Vordergrund treten und ihn als mit seiner Stimmbildung und -verwendung unzufriedenen Menschen beschreiben. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Stimme wird als Spannungsgefüge zwischen drei Gefühlsbereichen verstanden, die sowohl die Entstehung der Stimmstörung konstituieren als auch didaktisch-methodische Ausgangspunkte für ein therapeutisches Vorgehen darstellen. Der Autor begründet seine Definition von Stimmstörung mit Hilfe des entwickelten Drei-Konstituenten-Modells.

1. Begründung der Fragestellung

Als Kriterium für die Gesundheit der Stimme wird unter medizinischem Aspekt die Belastbarkeit der Stimme aufgefaßt (vgl. *Schultz-Coulon* 1986).

Demnach ist die Stimmstörung durch das Fehlen dieser Belastbarkeit charakterisiert. Die Stimmfunktion ist dann gestört (*Kitzing* 1983 a).

Im Zuge der Umschreibungen der vielgestaltigen Stimmfunktionsstörung werden vornehmlich diejenigen Erscheinungen dargestellt und betrachtet, die sich morphologisch, physiologisch und akustisch exponieren. Das sind die beobachtbaren, objektivierbaren Symptome. Auf deren Basis läßt sich die Stimmfunktion bzw. ihre Störung als objektiviertes Phänomen diskutieren. Die in Forschung und praktischer Anwendung weitge-

hend diagnoseorientierte Phoniatrie (vgl. *Siegert* 1965) ist um die Objektivierung des Stimmklanges und seiner Störungsbilder bemüht (vgl. *Heinemann* 1981, *Kittel* 1986). Man sucht den »Heiserkeitsmesser« (*Kitzing* 1983 a) mit Hilfe der zur Verfügung stehenden naturwissenschaftlich-empirischen Methoden; beispielsweise seien nur die Fotokymographie (*Gall* 1978), die Stimmfeldmessung (*Groß* 1981) oder auch die moderne Video-Stroboskopie (vgl. *Middeldorf* 1986) genannt. Die empirisch-vergleichend arbeitende Medizin betrachtet die Störung der Stimmfunktion objektivierend; dieses Paradigma beeinflußt maßgeblich medizinisch-therapeutisches Handeln. Auch wenn genau an dieser Stelle aus phonopädischer Sicht eine Abgrenzung zum medizinischen Paradigma erfolgen wird, so muß betont werden, daß medizinisch gewonnene Informationen über beispielsweise die Veränderungen im Kehlkopf o. a. (siehe z. B. bei *Heinemann* 1981, *Luchsinger/Arnold* 1970 oder *Wirth* 1979) für die nicht-medizinische (phonopädische) Stimmtherapie von größter Bedeutung und unverzichtbar sind.

Das oben grob umrissene naturwissenschaftlich-medizinische Paradigma vollzieht eine für die phonopädische Therapie unzureichende Reduktion des Störungsbegriffs auf die Funktion und damit auf das »Beobachtbare« der Stimme. Es sollte sinnvollerweise durch ein sozialwissenschaftlich-pädagogisches Paradigma ergänzt werden, das dem Komplex der »Stimmbehinderung« als individuelles Problem eines Menschen in seiner Umgebung und deren Beseitigung die erforderliche Beachtung schenkt, und zwar so, wie die Medizin ihrerseits der Stimmfunk-

tionsstörung und deren Beseitigung Interesse entgegenbringt. Namhafte Phoniater plädieren in kritischen Überlegungen zur phoniatisch-logopädischen Behandlung der gestörten Sprechstimme (Gundermann 1970, 1977, 1986) und zur phoniatischen Befundung der Stimmstörung (Kitzing 1983b, 1986) für die Erweiterung des gewohnten medizinischen Denkrahmens in Diskussionen zum Thema Stimmbehandlung.

Eine Stimme gilt nach Laienauffassung dann als gestört (heiser, belegt, gequält, dünn, rau usw. [weitere Adjektiva zur Beschreibung des Stimmklanges z. B. bei Pfau/Streubel et al. 1982]), wenn das hörbare Stimmprodukt von einer bestimmten Vorstellung von einer »klaren und wohlklingenden Stimme« abweicht. Das gilt sowohl für die vom Mitmenschen hervorgebrachte Stimme, die von seinem Gesprächspartner wahrgenommen und beurteilt wird, als auch für die eigene Stimme, die der »Stimmträger« (nach Gundermann 1977) während des Sprechens unmittelbar wahrnimmt und subjektiv bewertet.

Viele Autoren beschäftigen sich intensiv mit der Klinik und der Therapie der Stimmstörung (z. B. Böhme 1980, 1983; Habermann 1978; Wirth 1979), doch man sucht eine Definition der Stimmstörung vergeblich. Was ist eine Stimmstörung? Warum findet man keine Definition? Ist die Frage, was eine Stimmstörung sei, trivial, weil man weiß, was die Stimmstörung ist, und weil man deshalb auch darauf nicht zu antworten genötigt ist?

Wenn Gundermann nach der detaillierten Beschreibung typischer Störungs- und Krankheitsbilder sagt: »So hören wir übereinstimmend, daß die Stimme nicht mehr mit gewohnheitsmäßiger Leichtigkeit eingesetzt werden kann, daß sie ihre Tragfähigkeit eingebüßt und den Glanz verloren hat. Sie ist damit als ein fein abgestimmtes Instrument bei der Partneransprache untauglich geworden« (Gundermann 1983, S. 29), und weiter erläutert: »Die gestörte, die kranke Stimme betrifft wesentlich nicht das Organ, sondern die Person«, und für Stimmversagen der Einfachheit halber »pauschal von Heiserkeit« spricht, was für ihn »in der Regel ein gepreß-

ter oder verhauchter, jedenfalls von der Norm abweichender Stimmklang« (a. a. O., S. 30) ist, dann begreift man durch diese Darstellung sehr wohl die Stimmstörung als multifaktorielles Phänomen, doch diese phänomenologische Beschreibung läßt über das additive Aneinanderreihen von Charakteristika hinaus eine Struktur der Stimmstörung nur schwer erkennen.

Im folgenden soll der Versuch unternommen werden, mit Hilfe eines »ungewohnten Zuganges zur Betrachtung des Phänomens Stimmstörung« (Middeldorf 1987 a) eine diagnoseübergreifende und die Stimmstörung als Folge-, Begleit- und/oder Ursachenerscheinung beim Stimmträger kennzeichnende Definition zu entwickeln. Der ungewohnte Zugang erfolgt über das Drei-Konstituenten-Modell, welches Basis ist für eine phonopädisch-interaktive Stimmtherapie (Middeldorf 1987 b).

2. Objektivität und Subjektivität der Stimmstörung

Das Verständnis von »kranker Stimme« leitet sich allgemein von den Vorgaben normbildender Institutionen wie wissenschaftlicher Fachdisziplinen, Fachwissenschaftler, Fachärzten oder Stimmtherapeuten, aber auch vom eigenen, »subjektiven« Urteil des einzelnen über die eigene Stimmbildung und -verwendung in selbst erlebten kommunikativen Situationen ab.

Die »kranke« Stimme wird als schwach, heiser, gepreßt, dünn, nicht belastbar, aphorisch, die Kommunikation störend usw. empfunden und für nicht akzeptierbar erklärt.

Die »gesunde« Stimme klingt unauffällig, also der Norm entsprechend und zufriedenstellend; sie ist belastbar; sie wird akzeptiert.

2.1. Die vermeintliche Objektivität der Stimmstörung

Die Sprachgemeinschaft verfügt über Normvorstellungen, mit denen die »kranke« Stimme von der »gesunden« Stimme abgehoben werden kann, obwohl objektive Kriterien zur Beurteilung der Stimmqualität fehlen. Der Parameter »Stimmqualität« ist nicht meßbar (vgl. Scholz 1980). Damit wird die Behandlungsbedürftigkeit zu einer Größe,

die von ideologischen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Einflüssen abhängig ist. Der stimmgestörte Mensch wird für krank befunden und das Stimmleiden für behandlungsbedürftig erklärt, wenn die Stimmbildung und -verwendung von der untersuchenden Institution als nicht akzeptierbar deklariert wird. Das geschieht z. B. in der phoniatischen Abteilung, in der nach einer laryngologischen Untersuchung die Diagnose »Stimmlippenknötchen« gestellt wird.

Nicht nur medizinische Einrichtungen oder Krankenversicherer wirken normensetzend, normenerhaltend und normenbeachtend. Auch der Stimmtherapeut als Mitglied der Sprachgemeinschaft und Rollenträger innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens ist Repräsentant normensetzender, -erhaltender und -beachtender Institutionen. Er beurteilt die Stimme des Klienten gemäß den geltenden Normen.

Der stimmgestörte Mensch entwickelt als Mitglied seiner Sprachgemeinschaft private, aus den ihn umgebenden Normen abgeleitete Vorstellungen von Stimme und legt für sich eine bestimmte Kompetenz der Sprechstimmbildung und -verwendung in sprachlicher Kommunikation als erstrebenswert oder erhaltenswert fest. Weicht die subjektiv empfundene Stimmqualität von der von ihm festgelegten Qualitätsnorm ab, so deklariert der stimmgestörte Mensch seine Stimme als für sich nicht akzeptierbar. Er ist unzufrieden. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich bei seiner Stimmstörung um eine sogenannte »organische Dysphonie« oder eine »funktionelle Dysphonie« (vgl. die kritische Betrachtung dieser ausschlußdiagnostischen Einteilung bei *Kitzing* 1983 a) handelt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß es einen Konsens über die unbestrittene Existenz einer Stimmstörung gibt zwischen den Vertretern der normensetzenden Institutionen und den Stimmgestörten im Falle der »organischen Dysphonie«, während bereits unter den Fachleuten Uneinigkeit besteht in der Betrachtung und Beurteilung der »funktionellen Dysphonie«. Ein Indiz dafür sind die

von *Habermann* (1980) beschriebenen nosologischen Probleme.

Die organisch bedingten Stimmstörungen weisen Krankheitsbilder im Kehlkopf auf, die bei der medizinischen Befunderhebung eindeutig organopathologische Zustände und/oder Prozesse als Primärursache zu erkennen geben, bei den sogenannten funktionellen Stimmstörungen ist das keineswegs der Fall. Hier sind die Ursachenfaktoren direkt nicht beobachtbar. Die psychischen Begleit- oder Folgeerscheinungen beim Stimmträger — durch die Stimmstörung hervorgerufen — sind nicht meßbar. Schon gar nicht ist die Ursache für die funktionelle Stimmstörung eindeutig bestimmbar, auch wenn *Perello* (1962) die im ersten Moment bestehende klassische Unterteilung in »Phonoponosen« (mit primär mechanischer Überbelastung der Stimme) und »Phononeurosen« (mit primär neurotischem Ursachegefüge) mit fließendem Übergang vornimmt und damit u. U. den Eindruck erwecken mag, daß diese für die Praxis unzweifelhaft wertvolle Kategorisierungshilfe einen Ursachenkatalog darstellen könnte (vgl. die nosologischen Einordnungen bei *Perello* 1962; *Wendler* et al. 1973; *Böhme* 1980, 1983; *H. Bauer* 1980).

Es wurden bisher — aus phonopädischer Sicht beurteilt — noch keine eindeutigen ätiopathogenetischen Aussagen zur Entwicklung der funktionellen Stimmstörung gemacht. Eine Erklärung dafür mag in der Tatsache zu finden sein, daß alle Stimmstörungen mit dem Streben und Verarbeiten des Stimmgestörten selbst zu tun haben und daß es bisher in diesem Zusammenhang weder ein gezieltes Untersuchungsinstrumentarium noch eine präzise Terminologie gibt.

Hier konterkariert die »Subjektivität« der Stimmstörung die »Objektivität«.

2.2. Die Subjektivität der Stimmstörung

Tatsächlich drückt sich eine Stimmstörung immer in der subjektiven Beurteilung der Stimme im Kommunikationsgeschehen aus. Der Stimmträger fühlt sich durch die Stimmstörung in seiner Kommunikationskompetenz eingeengt und in seiner kommunikativen Gestaltung der Interaktion behindert

(vgl. *Gundermann* 1977). Das Gefühl des Behindertseins führt — nach eigener phonopädischer Erkenntnis — zu einer Unzufriedenheit, die sich aus tiefverwurzelten Strebungen des Stimmträgers heraus entwickelt.

Die Unzufriedenheit mit der eigenen Stimme ist eine Befindlichkeit, die sich aus der Wertung des Vergleichs von »Wunsch« und »Wirklichkeit« in der eigenen Kommunikation entwickelt. Diese Wertung basiert auf Erfahrungen, Erkenntnissen und Strebungen und vollzieht sich innerhalb komplexer, zum Teil diffus ineinander verwobener Gefühlsbereiche, die hier der Übersichtlichkeit gebündelt werden. Die Unzufriedenheit entsteht

- aus dem subjektiven Gefühl, eine ehemalige Stimmbildungsfähigkeit verloren zu haben und die bisher gewohnte Stimmverwendung gegenwärtig nicht realisieren zu können (z. B. im Falle einer organischen Schädigung oder eines kurzzeitigen stimmschädigenden Fehlverhaltens beim Sprechen),
- aus dem subjektiven Gefühl, der eigenen Vorstellung von einer ersehnten Stimmbildung und/oder -verwendung nicht gerecht werden zu können, wobei gleichzeitig die tatsächliche Stimmbildung und/oder Stimmverwendung als störend empfunden wird (z. B. im Falle inadäquater Wunschvorstellungen),
- aus dem subjektiven Gefühl, über nur unzulängliche Fähigkeiten zur adäquaten und sinnvollen Stimmbildung und/oder Stimmverwendung zu verfügen (z. B. im Falle eines langzeitigen stimmschädigenden Fehlverhaltens z. B. im Lehrerberuf [vgl. *Gundermann/Lüth* 1964, *Gundermann* 1970]).

2.3. Hinführung zu einer Definition der Stimmstörung

Während der Objektivierungsaspekt die Fremdwahrnehmung und Fremdbeurteilung der Stimmstörung eines Stimmträgers involviert, lenkt der Subjektivierungsaspekt die Betrachtung auf den Stimmträger, der die Stimmstörung subjektiv erlebt und die mit ihr einhergehenden Zusammenhänge durch Selbstwahrnehmung erfährt und verarbeitet.

Es kann resümiert werden, daß eine Stimmstörung durch objektive und/oder subjektive Einschätzung des Qualitätsgrads der Stimme und deren Vergleich mit der öffentlich als gesund und/oder akzeptierbar definierten und/oder subjektiv als akzeptierbar empfundenen Stimmnorm festgestellt wird. Kann die bei diesem Vergleich auftretende Diskrepanz zwischen »Norm« und »Tatsache« nicht akzeptiert werden, so entwickelt sich Unzufriedenheit mit der Stimme. Diese Unzufriedenheit ist Kriterium der Stimmstörung. Der Objektivierungsaspekt weist auf die Unzufriedenheit des Therapeuten, des HNO-Arztes, des Phoniaters usw. mit der Stimme des Patienten hin, der Subjektivierungsaspekt auf die Unzufriedenheit des Stimmträgers mit seiner Stimme. Es ist einzuräumen, daß erstens die Unzufriedenheit auf beiden Seiten — aufgrund der individuellen Vorstellungen von »gesunder« Stimme — sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann und, zweitens, daß es nicht zwingend ist, daß ein hoher subjektiver Unzufriedenheitsgrad zwangsläufig mit einem hohen Grad an objektiver Stimmfunktionsstörung einhergeht; umgekehrt kann eine unauffällige Stimmchwäche mit einer hochgradigen Unzufriedenheit mit der eigenen Stimme gekoppelt sein.

Gerade der subjektive Anteil des Phänomens »Stimmstörung« läßt die ätiopathogenetische Komplexität der Dysphonie deutlich und die oft nicht geklärten Mißerfolge in der Therapie verstehbar werden.

Eine Stimmstörung (Dysphonie) läßt sich unter diesen Gesichtspunkten als die nicht akzeptierbare Diskrepanz zwischen dem objektiv festgestellten und/oder subjektiv eingeschätzten Qualitätsgrad der Stimme und der öffentlich und/oder subjektiv für akzeptierbar erklärten Stimme verstehen. Mit der fehlenden Akzeptanz gegenüber der Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit geht Unzufriedenheit mit der Stimme einher.

3. Die Konstituenten der Stimmstörung und Definition

Die Dysphonie beinhaltet, wie oben bereits angedeutet, drei Gefühlsbereiche als Varia-

blen, die sich auf die Beurteilung der Stimme auswirken, andererseits als Konstitutiva der Stimmstörung erweisen. Sie sollen — mit »Konstituenten« bezeichnet — Schwerpunkte in der Betrachtung der Genese der Stimmstörung kennzeichnen.

Die Entstehung einer Stimmstörung (im Sinne der Unzufriedenheit) wird durch Vorgänge konstituiert, die eng mit dem »Ich« des Stimmgestörten verknüpft vorgestellt werden müssen. Es ist

- eine negative Veränderung der Stimmbildung und/oder -verwendung, z. B. durch Schädigung des Stimmorgans durch Krankheitsprozesse oder durch sprechstimmliches Fehlverhalten und/oder durch
- eine Änderung der Wunschvorstellung in bezug auf die Stimmbildung und/oder -verwendung, z. B. durch geänderte Anforderungen im Berufsleben hervorgerufen und/oder durch
- eine Verringerung der Bereitschaft, die tatsächliche Stimmbildung und/oder Stimmverwendung zu akzeptieren, z. B. infolge von Stellungnahmen anderer zur eigenen Stimme oder durch übermäßige Relevanzbeimessung gegenüber der Stimme als alleinigem Instrument der Kommunikation.

Alle diese Vorgänge können einzeln sowie gemeinsam an der Entstehung einer Stimmstörung beteiligt sein.

Diese Konstituenten können als Strukturierungselemente in der Stimmexploration und bei der Beschreibung der Stimmstörung sehr dienlich sein (vgl. auch die Forderungen nach einer tiefenstrukturierten Stimmbefundung bei *Kitzing* 1983, 1986). In der Exploration kann mit Hilfe dieser drei »Explorationsplattformen« die Subjektivität der Stimmstörung eines Menschen transparenter gemacht werden.

Ich nenne diese drei Konstituenten der Stimmstörung

- Stimm-Performanz (vgl. »Stimmperformanz«, *Schwarz* 1985)
- Stimm-Exspektanz
- Stimm-Akzeptanz.

»Stimm-Performanz« beschreibt die aktuelle Fähigkeit individueller Stimmbildung und/oder Stimmverwendung in bestimmten Sprechsituationen.

»Stimm-Exspektanz« bezeichnet den aktuellen, individuellen Wunsch, eine erstrebte Stimmbildungsfähigkeit und/oder Stimmverwendungsfähigkeit in bestimmten Sprechsituationen zu besitzen.

»Stimm-Akzeptanz« ist die aktuelle Fähigkeit, eine Diskrepanz zwischen Stimm-Performanz und Stimm-Exspektanz zu akzeptieren.

Definition der Stimmstörung: Unter Benutzung dieser Termini wird die Stimmstörung als Divergenz von Stimm-Performanz und Stimm-Exspektanz bei zu geringer Stimm-Akzeptanz definiert.

Das hier zugrundeliegende Verständnis von Stimmstörung geht von einer strukturellen Verbindung zwischen den drei Störungskonstituenten aus. Daher soll der besseren Verdeutlichung willen die Stimmstörung unter den Betrachtungsschwerpunkten (Fokus) Stimm-Performanz, Stimm-Exspektanz und Stimm-Akzeptanz erörtert werden.

3.1. Stimm-Performanz

Die nicht akzeptierbare Stimm-Performanz wird als schwach, heiser, gepfeßt, dünn, nicht belastbar, aphonisch, die Kommunikation störend usw. empfunden und als krank interpretiert. Sie kann durch primär organische Bedingungen wie Fehlen eines Stimmbandes nach Teilresektion des Kehlkopfes, Recurrensparese, Stimmbandpolypen oder auch Infektionen im Kehlkopfbereich, aber auch durch Fehlverhalten im Funktionskreis Stimme (Atmung, Phonierung und Artikulation) mit hyperdynamischer oder hypodynamischer Stimm-Performanz und mit Knötchenbildung als Folge hervorgerufen werden. Sie ist ein Erscheinungskomplex, der Hörbares, Fühlbares und Meßbares beinhaltet und darüber hinaus subjektives Erleben, Verarbeiten und Empfinden in bezug auf die Stimmbildung selbst und die Stimmverwendung im kommunikativen Geschehen beinhaltet.

Der individuellen Unzufriedenheit des Stimmgestörten mit seiner Stimm-Perfor-

manz steht die öffentliche Unzufriedenheit der Gesellschaft gegenüber. Sie konkretisiert und artikuliert sich in der fachlichen und mitmenschlichen Kritik auf der Grundlage der »Normen«. Die »öffentliche« Unzufriedenheit impliziert die Furcht vor weitergehenden gesundheitlichen Risiken des Stimmgestörten bei Fortbestehen seines Sprechstimmfehlverhaltens oder seiner organisch bedingten Inkompetenz im Bereich der Stimm-Performanz.

Die als unzulänglich betrachtete Stimm-Performanz kann durch stimmtherapeutische Maßnahmen verändert werden, und zwar innerhalb eines bestimmten, von anatomisch-physiologischen, intellektuellen, psychischen und interaktionalen Gegebenheiten begrenzten Realisationsrahmens, also den Bedingungen auf seiten des Stimmträgers, auf seiten des Therapeuten sowie auf seiten der Interaktion zwischen diesen beiden.

Ein Therapieerfolg kann immer dann angenommen werden, wenn die Unzufriedenheit mit der Stimm-Performanz beseitigt wird.

3.2. Stimm-Exspektanz

Tritt Unzufriedenheit mit der Sprechstimme auf, weil die subjektiv festgelegte Qualitätsnorm stark von der subjektiv empfundenen Stimmqualität abweicht, so hat der Stimmträger seine Stimm-Performanz als für sich nicht akzeptierbar deklariert. In diesem Fall liegt der Grund weniger in der objektiven Eingeschränktheit der Stimm-Performanz, sondern mehr in der Besonderheit der Erstrebung einer wünschenswerten Stimmbildung. Vermutlich ist vielen Menschen die Bedeutung der Stimme als Kommunikationsmittel wohl bewußt, vermutlich bleibt den meisten aber die gezielte Auseinandersetzung mit der Thematik Stimmbildung und -verwendung verwehrt. Das hat für viele zur Folge, daß sie die im Laufe der Sprachentwicklung und später erworbene Einstellung zur kommunikativen Relevanz der Stimme relativ unreflektiert verwerten. Würden über institutionelle Maßnahmen wie z. B. die (fehlende) Sprecherziehung bei Lehrern (vgl. Forderung der Sprecherziehung im Rahmen der Lehrerausbildung von Lotzmann 1986)

stimm- und sprechhygienische Erkenntnisse verbreitet, um so sachlicher, nüchterner und distanzierter könnte der Stimmträger das Phänomen Stimme im Zusammenhang mit Sprechen in der Interaktion sehen. Die Bewußtheit der Handhabungsmöglichkeiten der Stimm-Performanz bringt Entlastung. Stimmhygienische Unwissenheit macht abhängig vom situativen »Zufall«. Das erkennt man deutlich bei Menschen, die im beruflichen wie privaten Leben der Kommunikationsfähigkeit große Bedeutung beimessen. Je existentiell wichtiger das Sprechen und die Kommunikationsfähigkeit für sie sind, desto sensibler richten sie ihren Blick auf die Stimm-Performanz und desto intensiver ist ihr Bemühen, ihrem Anspruch genügend die Stimm-Performanz zugunsten der Erfüllung der Stimm-Exspektanz zu beeinflussen. Die Stimm-Akzeptanz in diesem Fall ist gering, weil die Stimm-Exspektanz ja maßgeblich das Verhalten steuert.

Der Zusammenhang zwischen Stimm-Exspektanz, Stimm-Performanz und Stimm-Akzeptanz wird deutlich.

Die erstrebenswerte »Ideal-Stimme« kann Symbol für den Wunsch des Stimmträgers sein, durch das Erreichen der »Ideal-Stimme« Sicherheit zu gewinnen, die selbst gestellten Anforderungen zu bestehen.

Darüber hinaus ist Stimm-Exspektanz bei manchen Menschen Teil des Strebens nach einem Ich-Ideal; Stimm-Exspektanz repräsentiert in diesem Fall das Streben nach Erfüllung nicht nur stimmbildnerischer Wünsche, sondern gleichzeitig auch existentiell bedeutsamer Bedürfnisse, die eng mit der Kommunikation gekoppelt sind.

So kann es sein, daß die eigene Stimme nicht akzeptiert wird und vom Stimmträger aufgrund des hohen Anspruchs u.U. als schwach, dünn, nicht belastbar, die Kommunikation störend usw. empfunden und als krank interpretiert wird, obwohl im Moment der Phonation die Stimme volltönend und geräuschfrei klingen mag.

Die besondere Betrachtung der gestörten Stimm-Exspektanz kann zutage bringen, daß sich die vorgestellte Wunschstimme (»Ideal-

Stimme») sehr weit von der öffentlich als durchschnittlich »normal« anzunehmenden Stimm-Exspektanz entfernt hat (bei unrealistischer Erwartung). Dann empfindet der Stimmgestörte seine Stimm-Performanz deshalb als unzulänglich, weil ihm ein zu hohes Ideal von wohlklingender Sprechstimme vorschwebt (vgl. Cooper 1973, »vocal image«) oder weil er der »Ideal-Stimme« zu hohe Bedeutung beimißt. Stimm-Exspektanz kann darüber hinaus auch dann unrealistisch sein und den Stimmträger unzufrieden stellen, wenn der Stimmgestörte aufgrund seiner Erfahrungen mit einer offensichtlich nicht veränderbaren, objektiv gestörten Stimm-Performanz (z. B. bei Vorliegen einer irreversiblen Parese) die bisherige Stimm-Exspektanz nicht relativiert und wenn dadurch Stimm-Performanz und Stimm-Exspektanz weiterhin stark divergieren. Dann wird die Divergenz unverändert starr vor dem Hintergrund der gewohnten Exspektanz beurteilt; weil der Stimmgestörte nicht in der Lage ist, das Faktum der neuen, ihn behindernden Stimm-Performanz anzuerkennen und seine Stimm-Exspektanz den veränderten Bedingungen anzupassen.

Der Stimm-Exspektanz als Konstituente der Stimmstörung muß phonopädisch große Bedeutung beigemessen werden.

3.3. Stimm-Akzeptanz

Die Stimm-Performanz kann variieren, der Stimmklang und die Stimmverwendung verändern sich von Situation zu Situation und auch innerhalb des Zeitablaufs. Diese Veränderungen werden im allgemeinen akzeptiert, da man weiß, daß die kurzzeitigen Besonderheiten des Stimmklangs wieder zurücktreten.

Die Akzeptanz gegenüber den Besonderheiten der eigenen Stimm-Performanz kann auch variieren. Das hängt von den Bedingungen ab, die den Stimmträger beeinflussen, die Relevanz der Stimme in der Kommunikationssituation anders einzuschätzen.

Weicht die subjektiv empfundene Stimm-Performanz in negativer Hinsicht von der Stimm-Exspektanz ab oder entwickelt der Stimmträger in bestimmten Kommunika-

tionssituationen eine »neue« Stimm-Exspektanz, ohne daß er die Stimm-Performanz gravierend verändern kann, so empfindet der Stimmträger seine Stimm-Performanz als nicht mehr akzeptierbar.

Die situationsabhängige Stimm-Exspektanz (z. B. durch beruflich situativ bedingte Anforderungen an die Stimm-Performanz hervorgerufen) kann Kurzzeitcharakter besitzen; sie kann aber auch generell auftreten z. B. im Falle eines irreparablen organischen Defizits.

Das Kriterium der gestörten Stimm-Akzeptanz beruht auf der Unfähigkeit des Stimmträgers, in einer stimmverwendungsintensiven Situation zu akzeptieren, daß durch die Begrenztheit der eigenen Stimm-Performanz der situativen Kommunikation Grenzen gesetzt sind und daß diese Grenzen nur durch Nutzung alternativen Kommunikationsverhaltens oder durch alternative Maßnahmen zur Umgestaltung der Situation überwindbar sind.

Es handelt sich um Dysphonie unter besonderer Betrachtung der gestörten Stimm-Akzeptanz, wenn die Differenz zwischen der Qualität der situationsgebundenen Stimm-Performanz und der situationsgebundenen Stimm-Exspektanz im Laufe einer Kommunikationssituation gleichbleibt oder zunimmt. Dann verhindert starres Verharren in einer Kommunikationsform das flexible Suchen nach einem kompensatorischen Alternativverhalten, z. B. bei länger andauernder forcierter Stimmbildung bei eintretender Stimm-ermüdung.

Die Stimm-Akzeptanz kann somit zu einer Konstituenten der Stimmstörung werden, wenn sie situationspezifisch zu klein ist. Das tritt dann deutlich zutage, wenn der Stimme als alleinigem »medium technicum« große Relevanz in einer besonderen Kommunikationssituation zugeschrieben wird. Die Bedeutung, die der Stimmgestörte der Erreichung und/oder Realisierung der Stimm-Exspektanz beimißt, ist dann sehr groß.

Die Stimm-Akzeptanz kann beeinflußt werden. Dieses Verändern geschieht durch das Vergrößern der Bereitschaft und der Fähigkeit, von der festen Vorstellung der beson-

deren Relevanz der Stimm-Performanz in einer bestimmten Situation abzurücken. Die Vergrößerung der Stimm-Akzeptanz wiederum entspricht einer Erweiterung der Kommunikationskompetenz, durch die der Stimmgestörte seine Stimm-Performanz relativierter, weniger absolut und nüchtern der kommunikativen Notwendigkeit gemäß beurteilen lernt.

4. Zusammenfassende Betrachtung

Der Stimmstörung liegen drei Störungskonstituenten zugrunde, wobei das Bild einer jeden Konstituente bei jedem Stimmgestörten verschieden ist.

Die Konstituenten stellen Vermittler dar zwischen der Diagnose, der Frage nach den Ursachen und der phonopädisch-fokalen (therapeutisch Schwerpunkte setzenden) Entscheidung im Therapieprozeß. Sie werden als Bündelungsmöglichkeiten zur Strukturierung der umfangreichen Informationen über die Stimmstörung und ihre Genese aufgefaßt.

Für das Drei-Konstituenten-Modell ist es gleichgültig, ob es sich bei der Dysphonie um eine sogenannte organische oder funktionelle Störung der Stimme handelt. Die didaktische Konzentration orientiert sich an der mit der Dysphonie einhergehenden oder diese verursachenden Unzufriedenheit des stimmgestörten Menschen.

Scheint es sinnvoll festzustellen, daß der Stimmgestörte eine eher gestörte Stimm-Akzeptanz oder eher eine gestörte Stimm-Expektanz oder eine eher gestörte Stimm-Performanz mitbringt, dann erhebt sich die Frage nach dem »Warum« dieser Störungskonstituenten. Die Beantwortung dieser Frage führt den Therapeuten tiefer ein in die psychische Struktur der Bedürfnisse und Ziele des Klienten und damit tiefer in die Struktur der Stimmstörung.

Das exploratorische Suchen geschieht von den »Plattformen« der drei Konstituenten aus, die damit zu Ausgangspunkten für das phonopädische Vorgehen werden.

Literatur

- Bauer, H.: Die Bedeutung der Anamnese für die Therapie von funktionellen Stimmstörungen. In: SSG 4, 1980, S. 93—99.
- Böhme, G.: Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Stuttgart/New York 1980.
- Böhme, G.: Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Stuttgart/New York 1983.
- Cooper, M.: Modern Techniques of Vocal Rehabilitation. Springfield, Illinois 1973.
- Gall, V.: Fotokymografische Befunde bei funktionellen Dysphonien, Kehlkopflähmungen und Stimmlippenparese. In: Folia phoniatica. 30 (1978), S. 28—35.
- Groß, M.: Die Stimmfeldmessung, eine Untersuchungsmethode für die HNO-ärztliche Praxis. In: Laryng.-Rhinol. 60 (1981), S. 36—38.
- Gundermann, H.: Die Berufsdysphonie. Leipzig 1970.
- Gundermann, H.: Die Behandlung der gestörten Sprechstimme. Stuttgart/New York 1977.
- Gundermann, H.: Heiserkeit und Stimmchwäche. Stuttgart/New York 1983.
- Gundermann, H.: Kommunikative Stimmtherapie. Vortrag auf dem Internationalen Symposium vom 11. bis 13. April 1986 in Bad Rappenau.
- Gundermann, H./Lüth, C.: Zur Problematik der Stimmleistungen bei Lehrern während des Unterrichtes. In: Folia phoniatica. 16 (1964), S. 243—248.
- Habermann, G.: Stimme und Sprache. Stuttgart 1978.
- Habermann, G.: Funktionelle Stimmstörungen und ihre Behandlung. In: Arch Otorhinolaryngol 227 (Kongreßbericht 1980), S. 171—345.
- Heinemann, M.: Zur Therapie psychogener Stimmstörungen. In: Folia phoniatica. 25 (1973), S. 365—372.
- Heinemann, M.: Stimmlippenknötchen — eine Definitionsfrage. In: SSG 5 (1981), S. 27—31.
- Kittel, G.: Subjektive und objektive Beurteilung von Stimmstörungen. In: Kurzreferate, Begleitheft zum Internationalen Symposium vom 11. bis 13. April 1986 in Bad Rappenau, S. 14.
- Kitzing, P.: Die Behandlung von Störungen der Stimmfunktion. In: Folia phoniatica. 35 (1983 a), S. 40—65.
- Kitzing, P.: Die ärztliche Betreuung von Patienten mit Störungen der Stimmfunktion. In: Therapiewoche 33, 26 (1983 b), S. 3675—3680.

- Kitzing, P.: Die phoniatische Versorgung von Patienten mit Störungen der Stimmfunktion. In: Kurzreferate, Begleitheft zum Internationalen Symposium vom 11. bis 13. April 1986 in Bad Rappenau, S. 20.
- Luchsinger, R./Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien/New York 1970.
- Middeldorf, V.: Persönliche Eindrücke von dem internationalen Symposium: »Aktuelle Probleme der Stimmtherapie«, 11. bis 13. April 1986, als Beitrag zur interdisziplinären Betrachtung einer Behandlung der gestörten Stimme. In: SHA 4 (1986), S. 215—217.
- Middeldorf, V.: Die Stimmstörung — ein Phänomen, das drei Konstituenten besitzt. In: Gundermann, H. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Stimmtherapie (Arbeitstitel). In Vorbereitung bei Fischer Stuttgart/New York, voraussichtlich Mitte 1987 (a).
- Middeldorf, V.: Die Dynamische Stimmtherapie. Diss. Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln. 1987 (b).
- Perello, J.: Dysphonies fonctionelles. In: Folia phoniatic. 14 (1962), S. 150—205.
- Pfau, Eva-Maria/Streubel, H.-G.: Die Behandlung der gestörten Sprechstimme — Stimmfunktionstherapie. Leipzig 1982.
- Scholz, H.-J.: Sprachwissenschaftliche Aspekte. In: Knura, Gerda/Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 621—649.
- Schultz-Coulon, H.-J.: Zur Therapie der spastischen Dysphonie. Vortrag auf dem Internationalen Symposium vom 11. bis 13. April 1986 in Bad Rappenau.
- Schwarz, C.: Systematische Logopädie. Bern/Stuttgart/Toronto 1985.
- Siegert, C.: Zur Problematik der funktionellen Stimmstörungen bei pädagogischen Berufen. In: Das Deutsche Gesundheitswesen 20 (1965), S. 969—975.
- Wendler, J./Seidner, W./Rose, A./Simon, B./Ulbrich, H.: Zur praktischen Nomenklatur der funktionellen Dysphonien. In: Folia phoniatic. 25 (1973), S. 30—38.
- Wirth, G.: Stimmstörungen. Köln 1979.
- SSG = Sprache — Stimme — Gehör; SHA = Die Sprachheilarbeit

Anschrift des Verfassers:
 Volker Middeldorf
 Dipl.-Päd., Sprachheillehrer
 an der Schule für
 Sprachbehinderte, Sek. I
 Luzerner Weg 72
 5000 Köln-Mülheim

Volker Middeldorf ist Sprachheillehrer.
 Seit 1978 führt er ambulante Stimmtherapie
 vorwiegend bei Erwachsenen durch.
 Seit 1983 Unterrichtsauftrag »Stimmtherapie«
 an der Uni Köln (bei Prof. Dr. H.-J. Scholz)
 und Entwicklung eines didaktischen Modells
 für die Stimmtherapie.

Das Evangelische Krankenhaus Gesundbrunnen

Spezialkrankenhaus für chronische Krankheiten und Altersleiden, Hofgeismarsucht ab 1. Juni 1987

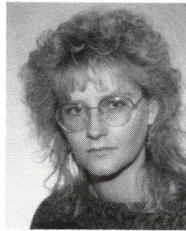
eine(n) **Logopäden(in)** oder
Sprachtherapeut(in)

Wir behandeln erwachsene Patienten mit Sprech- und Sprachstörungen. Das Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik und Behandlung von Aphasien und Dysarthrien sowie die Angehörigenberatung in Zusammenarbeit mit Ärzten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiterinnen.

— Vergütung erfolgt nach AVR (ähnlich BAT).

Bewerbungen sind zu richten an:

Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen
 z. Hd. Herrn Chefarzt Dr. Leutiger
 Am Krähenberg 1, 3520 Hofgeismar, Telefon (05671) 88 24 48.



Die Sprachh. 32 (1987) 1, S. 19—24

Hermann Schöler, Andrea Anzer
und Erna Illichmann, Heidelberg

Einige Anmerkungen zur Diagnose »Dysgrammatismus« bei Schülern von Schulen für Sprachbehinderte

Zusammenfassung

Biographische Merkmale von 72 als Dysgrammatiker diagnostizierten Kindern und Aspekte der diagnostischen Urteilsbildung werden dargestellt. Die Befunde spiegeln den mangelhaften Stand der Theoriebildung im Bereich dysgrammatischer Störungsformen wider und die damit notwendig gekoppelten Unsicherheiten in Diagnostik und Therapie.

Vorbemerkung

Im Rahmen des Projektes »Untersuchungen zum Entwicklungsdisgrammatismus als spezifischer Ausprägungsform der Entwicklungsdisphasie«¹ wurden Kinder untersucht, die als dysgrammatisch sprechend diagnostiziert und gemeldet waren und eine Schule für Sprachbehinderte bzw. einen der Schule angegliederten Sprachheilkindergarten besuchten. Über die Ergebnisse der Untersuchungen berichten wir an anderer Stelle (Schöler 1985; Schöler, Anzer und Illichmann 1986 a, 1986 b). Im vorliegenden Kontext möchten wir auf einige biographische und für die diagnostische Urteilsbildung relevante Aspekte eingehen, die u. E. den Stand der Theoriebildung über Sprachbehinderungen im allgemeinen und Dysgrammatismus im besonderen und der Diagnose von Dysgrammatismus spiegeln: die Theoriefragmente und die damit notwendig verbundenen Schwierigkeiten einer Definition und Be-

schreibung von Dysgrammatismus. Die neuerlich verstärkt einsetzenden interdisziplinären Forschungsbemühungen und theoretischen Auseinandersetzungen (vgl. u. a. Dannenbauer 1983; Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 1985; Füssenich und Gläß 1985) werden, so ist zu hoffen, dazu beitragen, dieses Defizit abzubauen zu helfen.

1. Einige biographische Merkmale der untersuchten Kinder

An der Untersuchung, durchgeführt im Winter 1984/85, nahmen N = 72 Kinder teil, die als Dysgrammatiker aufgrund des Lehrerurteils und/oder den Akten entnommener Diagnose definiert waren. 67 Kinder besuchten eine Schule für Sprachbehinderte, fünf Kinder einen der Schule angegliederten Sprachheilkindergarten (vgl. Tabelle 1)².

² Für die Genehmigung und Unterstützung bei der Durchführung möchten wir uns bei den Staatlichen Schulämtern Heidelberg und Mannheim bedanken. Unser besonderer Dank gilt den Rektoren Diebold (Sprachheilschule Forst), Hartig (Stauffenbergsschule Heidelberg) und Röck (Hermann-Gutzmann-Schule Mannheim) und ihren jeweiligen Kollegien, die unseren Untersuchungen nicht nur wohlwollend gegenüberstanden, sondern sie auch sehr konstruktiv und hilfsbereit unterstützt haben. Unter anderem verfaßten die Rektoren zusätzliche Begleitschreiben an die Eltern, in denen sie die Untersuchungen befürworteten. Dies führte dazu, daß eine hohe Zustimmungsrate der Eltern resultierte; nur wenige Eltern (in Forst beispielsweise nur drei) verweigerten die Zustimmung, ihr Kind an den Untersuchungen teilnehmen zu lassen. Unser

¹ Für die finanzielle Unterstützung des Projektes Scho 311/1—2 danken wir der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Tabelle 1: Alter, Geschlecht und Klassenstufe der dysgrammatisch sprechenden Kinder

Klassenstufe	Alter in Jahren			
	♂	♀	X	s
Vorschule*	2	3	5;10	0;10
1. Klasse	17	7	7;4	0;7
2. Klasse	15	7	8;7	0;9
3. Klasse	9	2	9;9	0;10
4. Klasse	7	3	10;7	0;8
Gesamt	50	22	8;5	1;6

* Im Verlauf der Untersuchungen zeigte sich, daß die Vorschulkinder durch die meisten Aufgabenstellungen überfordert waren, so daß wir auf einen weiteren Einbezug der uns gemeldeten Vorschulkinder verzichtet haben.

Der häufig berichtete Befund, daß mehr Jungen als Mädchen sprachlich auffällig werden, läßt sich auch hier replizieren: Mehr als zwei Drittel der untersuchten Kinder sind Jungen.

Das Durchschnittsalter der Kinder in den einzelnen Klassen liegt nur unwesentlich über den Angaben bei ausgewählten Vergleichsklassen in Regelgrundschulen (die Differenzen sind statistisch nicht signifikant). Auffällig ist aber die Altersheterogenität in den einzelnen Klassen, d.h., die Varianz liegt deutlich höher in den Sprachheilklassen als in den Regelschulklassen, die wir als Vergleichsklassen ausgewählt hatten.

Der zur Zeit beobachtbare Trend, daß der Anteil ausländischer Kinder im Sonderschulbereich überproportional ist, läßt sich bei unserer Stichprobe nicht aufweisen: 62 der untersuchten Kinder sind deutsch, sieben Kinder gelten als zweisprachig und bei drei Kindern wird Türkisch als Muttersprache angegeben.

In Tabelle 2 ist die Verteilung auf Sozialschichten dargestellt, wobei zur Einteilung die Skala SSE (Kleining und Moore 1968) zugrunde gelegt wurde. Viele Kinder entstammen eher aus sozioökonomisch niedri-

Tabelle 2: Einteilung der Kinder nach dem Beruf des Vaters

Berufsgruppen	f	%
1 gehobene Berufe (Akademiker o. ä.)	5	9
2 ausgebildete Berufe (untere Mittelschicht)	16	28
3 unausgebildete Berufe (Unterschichten)	21	36
Kind wächst ohne Vater auf	11	19
Heimkind	5	9
	58*	

* Die Berufsangabe des Vaters war nicht in jedem Fall zu erfahren.

gerem Milieu, wenn man die Einteilung nach den Berufsangaben des Vaters vornimmt. Die Angaben über die Berufsausbildung der Mutter sind allerdings entsprechend: Von den 30 Müttern, über die solche Angaben vorliegen, sind neun der Kategorie 2 (ausgebildete Berufe), die restlichen 21 der Kategorie 3 (unausgebildete Berufe) zuordenbar. Von den Müttern, von denen Angaben über eine Berufstätigkeit vorliegen, sind 31 (57 Prozent) berufstätig und 23 (43 Prozent) nicht berufstätig.

Diese Befunde bestätigen in gewisser Weise die Untersuchung von Urban und Ostendorf (1984), bei denen Kinder aus sozial niedrigeren Schichten in Schulen für Sprachbehinderte überrepräsentiert waren. Wir möchten aber unbedingt anmerken, daß wir daraus den Schluß als unzulässig erachten, eine soziale Benachteiligung wäre in jedem Fall ursächlich für die sprachliche Beeinträchtigung. Leistungsvergleiche mit sprachunauffälligen Kindern aus vergleichbarem Milieu erbrachten immer bedeutsame Unterschiede, so daß die sprachliche Beeinträchtigung nicht nur auf Sozialschichtunterschiede zurückgeführt werden kann.

Geschwisterzahl und Position in der Geschwisterreihe

Die meisten der untersuchten Kinder haben ein oder mehrere Geschwister, nur acht sind Einzelkinder (vgl. Tabelle 3). Der Anteil von Familien mit drei und mehr Kindern liegt bei ca. 55 Prozent; man darf annehmen, daß die-

Fortsetzung Fußnote²:

Dank gilt selbstverständlich und nicht zuletzt den Kindern, die bereitwillig und zumeist sehr motiviert mitarbeiteten, und ihren Eltern, von denen wir sehr viel Entgegenkommen und viele zusätzliche Informationen erhalten konnten.

ser Anteil überdurchschnittlich sein dürfte. (Vergleichszahlen liegen uns nicht vor.)

Tabelle 3: Geschwisterzahl und Stellung in der Geschwisterreihe

Anzahl der Geschwister	f	Stellung in der Geschwisterreihe	f
keine	8	1.	18
1	22	2.	20
2	16	3.	12
3	11	4.	8
4 und mehr	10	≥ 5.	5
	67*		63*

* Die Kinder sollten nach Möglichkeit zu Hause untersucht werden, um auch mit den Eltern in Kontakt zu kommen und mit ihnen Gespräche führen zu können. Insgesamt 24 Eltern wünschten jedoch keinen Besuch und daß die Untersuchung in der Schule stattfinden sollte. Dadurch waren nicht bei allen Familien die entsprechenden Auskünfte zu erhalten, und es fehlten die Angaben in den Schulakten.

Zur Schullaufbahn

Mit Ausnahme von vier Kindern besuchten alle Kinder einen Kindergarten oder eine Vorschulklasse. Das Schuleintrittsalter liegt bei sechs bis acht Jahren, wobei 29 mit sechs Jahren, die Hälfte mit sieben Jahren (N = 32), drei Kinder erst mit acht Jahren eingeschult wurden.

Aus der Tabelle 4 ist ersichtlich, daß die meisten Kinder erwartungsgemäß direkt in die erste Klasse der Schule für Sprachbehinderte eingeschult worden sind. Erstaunlich ist dennoch die Zahl von sechs Kindern, die erst nach mindestens zwei Jahren in der Regelschule in die Schule für Sprachbehinderte überwiesen wurden.

Tabelle 4: Einschulung in die Schule für Sprachbehinderte

Einschulung ...	f
— vom Kindergarten aus	15
— vom Sprachheilkindergarten aus	18
— vom Schularzt aus	9
— von außerschulischen Beratungsstellen aus	12
— von 1. Grundschulklasse aus	4
— von 2. Grundschulklasse aus	5
— von 3. Grundschulklasse aus	1
	64

2. Wann und von wem wurde die Sprachauffälligkeit beobachtet?

Zwei Drittel der Eltern (N = 23), von denen uns Auskünfte gegeben wurden, sind durch eigene Beobachtungen auf die sprachliche Behinderung ihres Kindes aufmerksam geworden. Dies steht in gewissem Widerspruch zur Äußerung eines Rektors und einer Lehrerin, die davon berichteten, daß die Eltern erst sehr massiv auf die sprachliche Behinderung ihres Kindes hingewiesen werden müssen, bevor sie zu irgendwelchen Interventionsmaßnahmen bereit sein würden (»Verleugnungstendenz«). Die Eltern projizieren sozusagen ihre eigene Abwehr auch häufig auf den Kinderarzt, dem sie oft Unfähigkeit im Erkennen sprachlicher Beeinträchtigungen oder Bagatellisierung von sprachlichen Auffälligkeiten vorwerfen. Bei zwölf Kindern wurden die Eltern — nach ihren Angaben — durch andere Personen (Erzieher im Kindergarten, Psychologen in Beratungsstellen, Logopäden, Kinderärzte) darauf aufmerksam gemacht, daß ihr Kind eine sprachliche Behinderung aufweise.

Sechs Eltern ergriffen keine weiteren Maßnahmen nach der Feststellung der sprachlichen Beeinträchtigung, acht gingen daraufhin zu einem Arzt, neun gaben ihr Kind in logopädische Behandlung und weitere acht suchten andere Sprachheilinstitutionen auf. 60 Prozent der Eltern stellten auch einen verspäteten Sprachbeginn ihres Kindes fest, und 72 Prozent berichten über andere Auffälligkeiten ihres Kindes, wie Konzentrationsstörungen, motorische Unruhe, Merkschwächen.

Bemerkenswert ist die Kausalattribution vieler Eltern, die die Ursache des Dysgrammatismus bzw. der sprachlichen Auffälligkeiten mit Unfällen, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt in Verbindung bringen.

3. Zur Diagnose der dysgrammatischen Störungsform

Betrachtet man die diagnostische Urteilsbildung bei den als dysgrammatisch eingestuften Kindern, so erstaunt die Heterogenität der diagnostischen Urteile. Dies läßt

darauf schließen, daß eindeutige Kriterien zur Diagnose »Dysgrammatismus« wohl nicht vorliegen, was auf den bereits bemängelten Stand der Theoriebildung rückschließen läßt.

Bei 41 der 72 als dysgrammatisch diagnostizierten Kinder wird auch eine Einteilung nach dem Schweregrad des Dysgrammatismus (leicht, mittel, schwer) vorgenommen, und zwar werden 14 als leicht, 13 als mittel und 14 als schwer dysgrammatisch gekennzeichnet. Es bot sich an, diese drei Gruppen hinsichtlich der verschiedenen sprachlichen Leistungen zu vergleichen, um abschätzen zu können, ob sich diese Einteilung auch in dem Leistungsniveau widerspiegelt. Zu erwarten wäre gewesen, daß eine zumindest monotone Beziehung zwischen dem diagno-

stizierten Schweregrad und dem Leistungsniveau besteht. Dies ist nicht der Fall: Es lassen sich keine bedeutsamen Differenzen zwischen den Gruppen feststellen, ebenso wenig sind lineare Leistungsanstiege mit abnehmendem Schweregrad feststellbar. (Eine detaillierte Ergebnisdarstellung ist in diesem Kontext nicht möglich und notwendig.)

Auch die Inspektion der verschiedenen anamnestischen, biographischen und diagnostischen Daten läßt einen Zusammenhang nicht erkennen: Unabhängig vom sogenannten Schweregrad werden verschiedene andere Beeinträchtigungen wie Stottern, Merkfähigkeitsschwächen, motorische Auffälligkeiten, Schwierigkeiten beim Lautverstehen, visuelle Wahrnehmungsschwächen, allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung usf.

Tabelle 5: Auftretenshäufigkeiten verschiedener Auffälligkeiten und Störungen in Abhängigkeit vom diagnostizierten Schweregrad des Dysgrammatismus (nach Aktenlage und Lehrerurteil)

(a) nach Aktenlage	Schweregrad des Dysgrammatismus			
	leicht	mittel	schwer	ohne Angabe
Stammeln	13	10	12	22
Stottern	3	2	1	6
Sprachentwicklungsverzögerung	12	7	9	24
Merkfähigkeitsstörung	3	2	5	7
Auditive Wahrnehmungsstörung	4	1	4	9
Schwerhörigkeit	—	—	—	3
Visuelle Wahrnehmungsstörung	4	1	2	3
Motorische Störung	2	3	3	4
Minimale Cerebrale Dysfunktion	1	1	4	3
	14	13	14	31
<hr/>				
(b) nach Lehrerurteil				
Stammeln	6	8	8	13
Störungen der Grammatik	11	10	12	20
Störungen der Wortwahl	5	11	11	14
Stottern	2	1	—	4
Sprachentwicklungsverzögerung	2	5	2	12
Merkfähigkeitsstörung	1	3	1	1
Konzentrationsstörung	4	5	3	8
Auditive Wahrnehmungsstörung	—	—	1	2
Visuelle Wahrnehmungsstörung	—	—	2	2
Motorische Störung	1	3	3	10
Minimale Cerebrale Dysfunktion	—	—	—	1
Lernbehinderung	2	1	4	6
Lese-Rechtschreibschwäche	2	1	—	3
Verhaltensstörung	4	2	2	8
Aggressives Verhalten	4	1	—	3
Autistisches Verhalten	2	2	1	3
Emotionale Störung	4	2	1	4
	14	13	14	31

festgestellt (vgl. Tabelle 5). Stammeln ist, mit Ausnahme von 15 Kindern, immer Begleitsymptom der dysgrammatischen Störung, wobei organische Lautbildungsstörungen ausgeschlossen werden (mit einer Ausnahme). Häufigkeitsunterschiede in Abhängigkeit vom diagnostizierten Schweregrad des Dysgrammatismus sind nicht festzustellen. Wir können also zusammenfassend festhalten, daß sich eine Differenzierung der Diagnose »Dysgrammatismus« in die drei Schweregrade durch die vorliegenden Befunde, sowohl die diagnostischen und anamnестischen als auch die Leistungen bei verschiedenen sprachlichen Aufgaben, nicht stützen läßt.

Verwendete Diagnoseinstrumente

Wir haben in der Tabelle 6 zusammengestellt, welche psychometrischen Testverfahren

bei der Diagnose bzw. der Sonderschuleinweisung angewendet wurden. Mit 90 Prozent der Kinder wird dabei ein Intelligenztest durchgeführt, wobei vor allem der CFT (Cattell, Weiß und Osterland 1977) eingesetzt wird. Als Test zur Prüfung der Wahrnehmungsfähigkeiten wird der FEW (Frostig und Lockowandt 1976) in fast allen Fällen angewendet. Erstaunlich ist u. E., in welchem Ausmaß (insgesamt nur in 27 Prozent der Fälle) spezielle Prüfverfahren für dysgrammatische Störungsformen Anwendung finden. Interessant ist weiterhin die große Varianz bezüglich des Einsatzes von Tests zwischen den Schulen, weshalb wir in der Tabelle auch nach Schulen differenziert haben. Man kann annehmen, daß die diagnostische Urteilsbildung sehr von den jeweils präferierten Verfahren der einzelnen Diagnostiker abhängt.

Tabelle 6: Häufigkeiten des Einsatzes von Testverfahren in der Dysgrammatismus-Diagnostik (f: absolute, %: relative Häufigkeiten in Prozent)

Art des Testinstruments	Schule A		Schule B		Schule C		Gesamt	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Intelligenztest	13	72	29	100	18	90	60	90
Wahrnehmungstest	4	22	20	69	—	—	24	36
Schulreifeftest	6	33	23	79	13	65	42	63
Sprachentwicklungstest	2	11	21	72	—	—	23	34
Lautprüfung	3	17	24	83	13	65	40	60
Dysgrammatikertest	1	6	8	28	9	50	18	27
	18		29		20		67	

4. Schlußbemerkung

Die Urteilsbildung bei der Diagnose »Dysgrammatismus« spiegelt unseres Erachtens den mangelhaften Stand der Theoriebildung im Hinblick auf Dysgrammatismus wider. Vielfältige Erscheinungsbilder werden aufgrund verschiedener, teilweise nicht nachvollziehbarer diagnostischer Methoden und Schlußfolgerungen unter dem Begriff »Dysgrammatismus« subsumiert. Dies ist, von der therapeutischen Seite aus betrachtet, nicht notwendig ein Nachteil, weil die Kinder allen möglichen therapeutischen Maßnahmen unterworfen werden, die, so hoffen wir, in der Regel nicht schaden. Man setzt alle möglichen therapeutischen Vorgehensweisen und

Verfahren ein, somit auch vieles, was sicherlich richtig sein dürfte. Der aktuelle Forschungsstand ermöglicht kein effizienteres, gezielteres therapeutisches Vorgehen. Wir wissen einfach zu wenig, um bessere als weitgefaßte Diagnosen abzugeben, die ein homogeneres und gezielteres Vorgehen in Diagnostik und Therapie möglich machen würden.

Literatur

- Cattell, R. B., Weiß, R., und Osterland, J.: Grundintelligenztest CFT. Braunschweig 1977.
- Dannenbauer, F. M.: Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Birkach 1983.
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Hamburg 1985.
- Frostig, M., und Lockowandt, O.: Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung FEW. Weinheim 1976
- Füssenich, I., und Gläß, B. (Hrsg.): Dysgrammatismus. Heidelberg 1985.
- Kleining, G., und Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung (SSE). Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20 (1968), S. 502—552.
- Schöler, H.: Untersuchungen zum Entwicklungsdysgrammatismus als spezifischer Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Zwischenbericht über das DFG-Projekt SCHO 311/1—1, Juni 1985.
- Schöler, H., Anzer, A., und Illichmann, E.: Untersuchungen zu metasprachlichen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 279—285 (a).
- Schöler, H., Anzer, A., und Illichmann, E.: Flexion und Wortbildung: Ein Vergleich zwischen dysgrammatisch sprechenden und sprachauffälligen Kindern. Der Sprachheilpädagoge 18 (1986), S. 62—74 (b).
- Urban, K., und Ostendorf, H. P.: Sprachbehinderung und soziale Herkunft. Die Sprachheilarbeit 29 (1984), S. 82—84.

Anschrift der Verfasser:
Prof. Dr. Hermann Schöler
Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fachbereich VI (Sonderpädagogik)
Keplerstraße 87, 6900 Heidelberg 1

Das **Deutsche Rote Kreuz**, Kreisverband Tecklenburger Land e.V.,
sucht für seinen Kindergarten für körper- und sprachbehinderte Kinder eine/n

Logopäden/in Sprachtherapeuten/in

Wir bieten: Leistungsgerechte Vergütung nach BAT mit Zusatzversorgung

Arbeitseinsatz: 20-Stunden-Woche

Wir erwarten: Freude an der Arbeit mit behinderten Kindern, persönliches Engagement und Kontaktfähigkeit

Einstellung: **Zum 1. April 1987**

Ihre Bewerbung richten Sie mit Lichtbild an:

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Tecklenburger Land e.V.
Groner Allee 29, 4530 Ibbenbüren
Telefon (05451) 4 50 11

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Redaktion: OStR Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8, Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, 2723 Scheeßel, Mühlenkamp 2 A, Telefon (04263) 88 88
Verlag: Wartenberg & Söhne GmbH, 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41 w, Telefon (040) 89 39 48

Inhaltsverzeichnis der Jahrgänge 1985 und 1986

Die Ziffern, z. B. 85/1/8, bedeuten in ihrer Reihenfolge von links nach rechts: Jahrgang/Heft/Seite

GRUNDLAGEN DER SPRACHBEHINDERTENPÄDAGOGIK

Das Dialoglernen in seiner sprachheilpädagogischen Dimension (<i>Volkmar Baulig</i>)	85/1/ 9
Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) (<i>Gerhard Homburg</i>)	85/2/ 75
Bewegungshandlung und Sprachvollzug (<i>Reiner Bahr und Heiner Nondorf</i>)	85/3/ 97
Zur Evaluation des »Monterey-Programms für flüssiges Sprechen« von Ryan/Van Kirk (<i>Peter Jehle</i>)	85/3/117
Aufmerksamkeitsstörungen — Eine empirische Untersuchung an sprachbehinderten Schülern (<i>Jürgen Jendricke</i>)	85/3/127
Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum (<i>Ilka Nadler und Sabine Mühe</i>)	85/5/209
Sprachheilwesen und Sprachheillehrerausbildung in Skandinavien (<i>Alf Preus</i>) . .	85/5/225
Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungs-Abweichungs- Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung (<i>Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	85/5/234
Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens (<i>Werner Radigk</i>)	85/6/281
Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — empirische Untersuchung an einem Kollegium (<i>Jutta Breckow</i>)	85/6/291
Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus (<i>Uwe Förster</i>)	86/1/ 21
Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert? (<i>Gerd Mühlhausen</i>)	86/1/ 37
Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte (<i>Alfred Zuckrigl und Peter Mahel</i>)	86/1/ 39
Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen (<i>Johannes Graichen</i>) .	86/2/ 60
Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß (<i>Erwin Richter</i>)	86/2/ 83
Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte (<i>Jutta Breckow</i>)	86/3/133
Arbeitsmöglichkeiten für Berufsanfänger mit einem sprachheilpädagogischen Hochschulabschluß (<i>Egon Dahlenburg</i>)	86/4/167
Systeme der Sprachtherapie im internationalen Vergleich (<i>Manfred Grohnfeldt</i>) .	86/4/179
Pilotstudie zur verbalen und nonverbalen Kommunikation im Unterricht von Sonderschullehrern in Schulen für Sprachbehinderte (<i>Johann Borchert und Christel-Astrid Brucks</i>)	86/4/189
Zeitliche Beziehungen in der Sprache: Ein Vergleich zwischen normalen und dysphasischen Kindern (<i>Harold H. Chipman, Leo Barbian und Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	86/4/197
Integration — die falsche Priorität? Thesen zu einem aktuellen Problem aus der Sicht der Sprachheilpädagogik (<i>Gerhard Homburg</i>)	86/4/208

Zur Problematik der »physiologischen Sprachstörungen« (Dieter Kroppenberg)	86/5/253
Untersuchungen zu metasprachlichen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder (Hermann Schöler, Andrea Anzer und Erna Illichmann) ...	86/6/279
Was leistet unsere Stimme? (Anni Kotten-Sederqvist)	86/6/285

ORGANISATIONSFORMEN

Integrative Sprachtherapie bei Kindern mit Sprech- und Sprachhemmungen im Rahmen der Schule (Otto Braun)	85/1/ 1
Sprachtherapeutische und sonderpädagogische Ansätze und Möglichkeiten im Sachkundeunterricht (Heidemarie Mäulen-Petermann)	85/1/ 27
Kann stotternden Kindern in der Sprachheilschule geholfen werden? (Udo Schoor)	85/2/ 49
Überlegungen zu einer psychomotorisch orientierten Sprachförderung in Kindergarten und Anfangsunterricht (Barbara Kleinert-Molitor)	85/3/104
Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen (Herbert Günther) ...	85/4/145
Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns (Gisela und Holger Lakies)	85/4/177
Hessens Kultusminister Karl Schneider nimmt Stellung zur Weiterentwicklung des Sprachheilwesens in Hessen (Hans Fink)	85/4/187
Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule (Heike Rodust und Maria Schinnen)	85/6/285
Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — empirische Untersuchung an einem Kollegium (Jutta Breckow)	85/6/291
Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung (Klaus Ortwig) ...	86/1/ 9
Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert? (Gerd Mühlhausen)	86/1/ 37
Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte (Alfred Zuckrigl und Peter Mahel)	86/1/ 39
Grußwort zur Fortbildungstagung. 25. Jubiläum der staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf (Jochen Jacobsen)	86/2/ 55
Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer (Uwe Pape)	86/2/ 93
Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte (Jutta Breckow)	86/3/133
Pilotstudie zur verbalen und nonverbalen Kommunikation im Unterricht von Sonderschullehrern in Schulen für Sprachbehinderte (Johann Borchert und Christel-Astrid Brucks)	86/3/189
Mathematikunterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Ansatzpunkte für einen therapieimmanenten Unterricht (Ute Baumeister)	86/4/202
Integration — die falsche Priorität? Thesen zu einem aktuellen Problem aus der Sicht der Sprachheilpädagogik (Gerhard Homburg)	86/4/208
»Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen« — 10 Jahre Frühförderung konkret (Barbara Kleinert-Molitor)	86/5/241
Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule (Heidelore Freise und Marianne Menk)	86/5/259
Zahngesundheitserziehung in der Sprachheilschule unter besonderer Berück- sichtigung sprachtherapeutischer und sonderpädagogischer Aspekte — Lernangebote für die Primarstufe (Heidemarie Mäulen-Petermann)	86/6/295
Differenzierungsmaßnahmen im Erstleseunterricht — Die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen als Indikator zur Aufstellung eines Förderprogramms (Vera Wennemann)	86/6/305

Bericht über die Durchführung einer Erwachsenen-Stotterer-Gruppe (<i>Susanne Bensing</i>)	86/6/309
Integrierter Sprachheilkindergarten in Düsseldorf-Garath (<i>Gregor Heinrichs</i>)	86/6/313
Endlich wieder Sprachheilschulen in Hamburg (<i>Klaus-Christian Becker</i>)	86/6/321

DIAGNOSTIK

HVT — Ein Test zur Überprüfung von Hörverstehensfähigkeiten in der Schule (<i>Klaus K. Urban</i>)	85/1/ 15
Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil I: Artikulation (<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon</i>)	85/2/ 68
Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung (<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon</i>)	85/4/153

HÖR-, STIMM-, SPRECH-, SPRACH- UND REDESTÖRUNGEN

Sprachstörungen bei Kindern mit Halbseitenlähmungen (<i>Gottfried Kluge</i>)	85/1/ 21
Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil I: Artikulation (<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon</i>)	85/2/ 68
Zum Beitrag: Dysphonie und ihre phonopädische Behandlung von Middeldorf (<i>Horst Gundermann</i>)	85/2/ 81
Aufmerksamkeitsstörungen — Eine empirische Untersuchung an sprachbehinderten Schülern (<i>Jürgen Jendricke</i>)	85/3/127
Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung (<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon</i>)	85/4/153
Zur Problematik von Apatikern mit leichten Reststörungen (<i>Joachim Adler</i>)	85/4/159
Das Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie (<i>Volker Middeldorf</i>)	85/4/165
Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet (<i>Jutta Breckow</i>)	85/5/197
Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum (<i>Ilka Nadler und Sabine Mühe</i>)	85/5/209
Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis (<i>Dieter Schweppe und Peter Jehle</i>)	85/5/217
Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungs-Abweichungs- Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung (<i>Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	85/5/234
Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs (<i>Erwin Richter</i>)	85/6/253
Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektroakustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer (<i>Bert Küppers und Gerhard Wünschmann</i>)	85/6/261
Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie — ein zentrales Problem der Aphasietherapie (<i>Cornelia Tigges-Zuzok</i>)	85/6/273
Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie (<i>Ursula Hebborn-Brass</i>)	86/1/ 1
Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus (<i>Uwe Förster</i>)	86/1/ 21

NAMENSREGISTER DER AUTOREN

Adler, Joachim	85/4/159	Kleinert-Molitor, Barbara	85/3/104
Anzer, Andrea	86/6/279	Kluge, Gottfried	86/5/241
Bahr, Reiner	85/3/ 97	Kollegium der Sprachheilschule	85/1/ 21
Barbian, Leo	86/4/197	Ulm	86/5/274
Baulig, Volkmar	85/1/ 9	Kotten-Sederqvist, Anni	86/6/285
Baumeister, Ute	86/4/202	Kroker, Ingo	86/1/ 31
Bechard, Karin	86/3/155	Kroppenberg, Dieter	86/5/253
Becker, Klaus-Christian	86/6/321	Küppers, Bert	85/6/261
Bensinger, Susanne	86/6/309	Lakies, Gisela und Holger	85/4/177
Bergmann, Günther	85/4/173	Lauck, Toni	85/6/300
Berndsen, Klaus	86/3/154	Limbrock, G. Johannes	86/5/231
Bielfeld, Kurt	85/6/301	Löwe, Armin	85/2/ 86
Borbonus, Theo	85/6/303		86/2/108
	86/2/110	Mäulen-Petermann, Heidemarie	85/1/ 27
Borchert, Johann	86/4/189		86/6/295
Braun, Otto	85/1/ 1	Mahel, Peter	86/1/ 39
Breckow, Jutta	85/5/197	Menk, Marianne	86/5/259
	85/6/291	Middeldorf, Volker	85/4/165
	86/3/133		86/4/215
Breitenbach, Erwin	86/3/119	Mühe, Sabine	85/5/209
Broich, Reinhard Peter	85/3/138	Mühlhausen, Gerd	86/1/ 37
	85/5/240	Nadler, Ilka	85/5/209
Brucks, Christel-Astrid	86/4/189	Nondorf, Heiner	85/3/ 97
Brueggebors-Weigelt, Gela	86/5/264	Ortwig, Klaus	86/1/ 9
Castillo-Morales, Rodolfo	86/5/231	Pape, Uwe	86/2/ 93
Chipman, Harold H.	86/4/197		86/2/110
Cramon, Detlev von	85/2/ 68	Peiler, W.	85/2/ 88
	85/4/153	Preus, Alf	85/5/225
Cremer, Heinz	86/3/156	Radigk, Werner	85/6/281
Dahlenburg, Egon	86/4/167	Randoll, Dirk	85/2/ 62
Dannenbauer, Friedrich Michael	85/5/234	Richter, Erwin	85/6/253
	86/4/197		86/2/ 83
Fink, Hans	85/1/ 38	Rodust, Heike	86/6/289
	85/4/187	Schäfersküpfer, Paul	85/6/285
	86/6/320		85/2/ 68
Förster, Uwe	86/1/ 21		85/4/153
	86/2/112	Scheuermann, Wolfgang	85/3/136
Freise, Heide Lore	86/5/259	Schinnen, Maria	85/6/285
Freisleben, Herbert B.	86/6/317	Schoor, Udo	85/2/ 49
Geers	86/1/ 47	Schneider-Haber, Hildegard	85/6/301
	86/5/270	Schröter, Heike	86/3/141
	86/5/271	Schulze, Arno	85/4/191
Göttinger, Werner	86/5/249		86/4/217
Graichen, Johannes	86/2/ 60		86/5/270
Grohnfeldt, Manfred	86/4/179		86/6/319
Günther, Herbert	85/4/145		86/6/322
Gundermann, Horst	85/2/ 81	Schwarze, Anita	86/6/324
Habborn-Brass, Ursula	86/1/ 1		85/3/136
Heining, Hans-Detlef	86/5/274		86/2/110
Heinrichs, Gregor	86/6/313	Schweppe, Dieter	85/5/217
Hindenburg, Otto-Friedrich von	85/1/ 38	Siefken, Marlies	86/2/100
	85/4/191		86/2/110
Homburg, Gerhard	85/2/ 75	Steiner, Jürgen	86/3/144
	86/4/208	Teumer, Jürgen	86/5/272
Hülsebusch, Dieter	86/3/147	Thierbach, Klaus	85/1/ 38
Illichmann, Erna	86/6/279	Tigges-Zuzok, Cornelia	85/6/273
Jacobsen, Jochen	86/2/ 55	Urban, Klaus K.	85/1/ 15
Jehle, Peter	85/3/117	Wennemann, Vera	86/6/305
	85/5/217	Wertenbroch, Wolfgang	86/3/126
Jendricke, Jürgen	85/3/127	West, Gerd	85/4/189
Kaltwasser, Barbara	86/3/119	Wünschmann, Gerhard	85/6/261
Kießling, Jürgen	85/1/ 37	Wurst, Franz	86/2/ 74
		Zuckrigl, Alfred	85/2/ 88
			86/1/ 39

Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung (<i>Klaus Ortwig</i>) . . .	86/1/ 9
Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage (<i>Ingo Kroker</i>)	86/1/ 31
Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer (<i>Uwe Pape</i>)	86/2/ 93
Die Entwicklung vom neuen Sprechen zum eigenen Sprechen (<i>Marlies Siefken</i>)	86/2/100
Autogenes Training für sprachbehinderte Kinder (<i>Barbara Kaltwasser und Erwin Breitenbach</i>)	86/3/119
Über den Widerstand und die Zusammenarbeit mit Stotternden (<i>Wolfgang Wertebroch</i>)	86/3/126
Atemtherapie als ein Grundstein im Behandlungsgefüge der Stimmheilkur (<i>Heike Schröter</i>)	86/3/141
Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprache- störungen (<i>Jürgen Steiner</i>)	86/3/144
Apparative Hilfen in der Dyslalie-Therapie — Die Arbeit mit dem neuen S-Meter (<i>Dieter Hülsebusch</i>)	86/3/147
Mathematikunterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Ansatzpunkte für einen therapieimmanenten Unterricht (<i>Ute Baumeister</i>)	86/4/202
Orofaziale Regulationstherapie bei Kau-, Schluck- und Sprechstörungen behinderter Kinder (<i>G. Johannes Limbrock und Rodolfo Castillo-Morales</i>)	86/5/231
»Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen« — 10 Jahre Frühförderung konkret (<i>Barbara Kleinert-Molitor</i>)	86/5/241
Vier Grundformen des Stotterns (<i>Werner Göttinger</i>)	86/5/249
Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule (<i>Heideloire Freise und Marianne Menk</i>)	86/5/259
Überlegungen zum Einsatz der Mantra-Meditation bei Vokal-Stotterern (<i>Gela Brueggebers-Weigelt</i>)	86/5/264
Autosuggestive Bekämpfung des Stotterns, aus eigener Werkstatt berichtet (<i>Erwin Richter</i>)	86/6/289
Zahngesundheitserziehung in der Sprachheilschule unter besonderer Berück- sichtigung sprachtherapeutischer und sonderpädagogischer Aspekte — Lernangebote für die Primarstufe (<i>Heidemarie Mäulen-Petermann</i>)	86/6/295
Differenzierungsmaßnahmen im Erstleseunterricht — Die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen als Indikator zur Aufstellung eines Förderprogramms (<i>Vera Wennemann</i>)	86/6/305
Bericht über die Durchführung einer Erwachsenen-Stotterer-Gruppe (<i>Susanne Bensinger</i>)	86/6/309

UMSCHAU / DISKUSSION / SONSTIGES

14. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	85/1/ 34
Arbeitskreis der Seminar- und Fachleiter für Sprachbehindertenpädagogik (<i>Gerhard Marx und Heinz-Theo Schaus</i>)	85/1/ 35
4. Treffen der freiberuflich tätigen Sprachheilbehandler(innen) am 17. November 1984 (<i>Thomas Döhlinger</i>)	85/1/ 36
Hören ohne Nebengeräusche: Wann kommt das digitale Hörgerät? (<i>Jürgen Kießling</i>)	85/1/ 37
Bessere Chancen für hörgeschädigte Kinder (<i>Armin Löwe</i>)	85/2/ 86
Kostenübernahme für geistigbehinderte Patienten (<i>Holger Lakies</i>)	85/2/ 86
17. Inzigkofener Gespräche (<i>Geert Lotzmann</i>)	85/3/133
15. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	85/3/133

Hessens Kultusminister Karl Schneider nimmt Stellung zur Weiterentwicklung des Sprachheilwesens in Hessen (<i>Hans Fink</i>)	85/4/187
Innenohr-Implantate (<i>Gerd West</i>)	85/4/189
Erfolgreicher VDS-Kongreß in Mainz (<i>Klaus Thierbach</i>)	85/4/190
Arbeitstagung »Stotternde und Fachleute«	85/4/190
Sprachheilwesen und Sprachheillehrerausbildung in Skandinavien (<i>Alf Preus</i>)	85/5/225
Logopädenverband in der Schweiz regionalisiert (Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern)	85/5/239
16. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	85/6/299
6. Kongreß der ÖGS in Wien (<i>August Bergmann</i>)	86/1/ 46
Spätversorgte Hörbehinderte haben's schwerer (<i>Hörgeräte Geers</i>)	86/1/ 47
Wissenswertes zum Thema »Allgemeine Bestimmungen für Diplomprüfungsordnungen« 1 und 2 (<i>Gregor Heinrichs</i>)	86/2/106
Mentorentag des Lehrgebietes Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover (<i>Uwe Förster</i>)	86/2/108
Hörgestörte Kinder in »Normalklassen« gern gesehen (<i>Armin Löwe</i>)	86/2/108
17. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	86/3/150
18. Inzirkofener Gespräche — Internationales Kolloquium (<i>Geert Lotzmann</i>)	86/3/150
Sprechverhalten von professionellen Sprechern in Nachrichtensendungen (<i>Jürgen Teumer</i>)	86/3/152
Bericht über die Tagungen »Aphasie im Saarland« (<i>Marlene Maurer und Ingo Kroker</i>)	86/3/152
Fortschreibung der Heilmittelrichtlinien Abschnitt E (<i>Gregor Heinrichs</i>)	86/3/153
Internationale Sonnenberg-Tagung. Bericht (<i>Heiko Rodenwaldt</i>)	86/4/213
Internationales Symposium: Aktuelle Probleme der Stimmtherapie — Bericht und persönliche Anmerkungen (<i>Volker Middeldorf</i>)	86/4/215
Zur Arbeit des Logopädischen Dienstes in Basel/Schweiz (<i>Arno Schulze</i>)	86/4/217
Der XX. Internationale Kongreß für Logopädie und Phoniatrie — Bericht (<i>Klaus-Christian Becker</i>)	86/5/268
Zum 147. Jahresbericht der Gehörlosenschule Riehen mit Wieland-Schule Arlesheim, Basel/Schweiz (<i>Arno Schulze</i>)	86/5/270
Aus »Hörbericht« — Informationen für den HNO-Arzt (<i>Hörgeräte Geers</i>)	86/5/270
Hörbehinderte Kinder. Umfassende Studie über Probleme in Schule und Elternhaus (<i>Hörgeräte Geers</i>)	86/5/271
Studienleiter der 2. Ausbildungsphase treffen sich zum Informations- und Erfahrungsaustausch in Schleswig-Holstein (<i>N. N.</i>)	86/6/319
Stotterer gründen Institut (<i>N. N.</i>)	86/6/321
Bericht über die Fortbildungstagung der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachheilpädagogik (<i>Arno Schulze</i>)	86/6/322

AUS DER dgs

Mitteilung des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen der dgs: Verjährungsfristen im Logopädengesetz (<i>Otto-Friedrich von Hindenburg</i>)	85/1/ 38
Landesgruppe Hessen: Psychomotorik bei Sprachbehinderten. Intensivtherapie- programm für jugendliche und erwachsene Stotterer — Vortrag von Prof. Einer Boberg (<i>Hans Fink</i>)	85/1/ 38
Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) (<i>Gerhard Homburg</i>)	85/2/ 75
Landesgruppe Hamburg: Autismus, was ist das? (<i>W. Peiler</i>)	85/2/ 88

Aus der Arbeit des Hauptvorstandes der dgs (<i>Wolfgang Scheuermann und Anita Schwarze</i>)	85/3/136
Landesgruppe Rheinland-Pfalz: Dialogische Stottererbehandlung bei Kindern und Jugendlichen nach Prof. Westrich (<i>Reinhard Peter Broich</i>)	85/3/138
Ständiger Ausschuß für Berufsfragen: Rechtsvertretung (<i>Otto-Friedrich von Hindenburg</i>)	85/4/191
Landesgruppe Hessen: Die 10. Berchtesgadener Tage (<i>Arno Schulze</i>)	85/4/191
Landesgruppe Rheinland-Pfalz: Eine neue Zeitschrift »Der Artikulationsspiegel« (<i>Reinhard Peter Broich</i>)	85/5/240
Landesgruppe Rheinland: Fortbildungstagung »Stottern als Sprech- flüssigkeitsstörung« (<i>Theo Borbonus</i>)	85/6/303
Landesgruppe Niedersachsen: Bericht über die Tagung in Hameln und über eine Fortbildungsveranstaltung »Verhaltenstherapie des Stotterns« in Hannover (<i>Uwe Förster</i>)	86/2/112
Bericht über die Arbeitstagung der dgs und ÖGS (<i>Klaus J. Berndsen</i>)	86/3/154
Landesgruppe Hessen: Tagung »Sprache und Motorik« (<i>Karin Bechard u. a.</i>)	86/3/155
Landesgruppe Westfalen-Lippe: Tagung »Früherkennung von Sprachbehinderungen« (<i>Hans-Detlef Heining</i>)	86/5/274
Bericht über die Delegiertenversammlung der dgs am 1. Oktober 1986 in Düsseldorf (<i>Herbert B. Freisleben</i>)	86/6/317
Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Bericht über die XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) vom 2. bis 4. Oktober 1986 in Düsseldorf (<i>Arno Schulze</i>)	86/6/319
Landesgruppe Hessen: Umfrage zum Arbeitsplatz »Sprachheilkunde« (<i>Hans Fink</i>)	86/6/320

BERUFUNGEN / WÜRDIGUNGEN / NACHRUFE

Hannes Aschenbrenner 65 Jahre (<i>Klaus Thierbach</i>)	85/1/ 38
Professor Sovak 80 Jahre (<i>Alfred Zuckrigl</i>)	85/2/ 88
Bundesverdienstkreuz für Theodor Geers (<i>N. N.</i>)	85/5/240
Friedel Läßle, Sonderschullektor a. D., Mitglied der dgs, zum Innenminister des Saarlandes ernannt (<i>Toni Lauck</i>)	85/6/300
Fritz Schöpker 90 Jahre (<i>Hildegard Schneider-Haber</i>)	85/6/301
Karl-Heinz Rölke 1924 bis 1985 (<i>Kurt Bielfeld</i>)	85/6/301
Prof. Svend Smith gestorben (<i>Siefken/Pape</i>)	86/2/110
Frau Prof. Dr. Gerda Knura emeritiert (<i>Schwarze/Borbonus</i>)	86/2/110
Reinhold Prochnow 1896—1986 (<i>Heinz Cremer</i>)	86/3/156
Arno Schulze im Ruhestand (<i>Jürgen Teumer</i>)	86/5/272
Karl Heinrich Sacco gestorben (Kollegium der Sprachheilschule Ulm)	86/5/274
Erwin Richter 75 Jahre (<i>Arno Schulze</i>)	86/6/324
Franz Maschka ist tot (<i>Arno Schulze</i>)	86/6/324

Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage (<i>Ingo Kroker</i>)	86/1/ 31
Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen (<i>Johannes Graichen</i>)	86/2/ 60
Auditive Perzeptionsstörungen (<i>Franz Wurst</i>)	86/2/ 74
Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß (<i>Erwin Richter</i>)	86/2/ 83
Zeitliche Beziehungen in der Sprache:	
Ein Vergleich zwischen normalen und dysphasischen Kindern (<i>Harold H. Chipman, Leo Barbian und Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	86/4/197
Internationales Symposium: Aktuelle Probleme der Stimmtherapie — Bericht und persönliche Anmerkungen (<i>Volker Middeldorf</i>)	86/4/215
Orofaziale Regulationstherapie bei Kau-, Schluck- und Sprechstörungen behinderter Kinder (<i>G. Johannes Limbrock und Rodolfo Castillo-Morales</i>)	86/5/231
Vier Grundformen des Stotterns (<i>Werner Göttinger</i>)	86/5/249
Zur Problematik der »physiologischen Sprachstörungen« (<i>Dieter Kroppenberg</i>)	86/5/253
Untersuchungen zu metasprachlichen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder (<i>Hermann Schöler, Andrea Anzer und Erna Illichmann</i>)	86/6/279
Was leistet unsere Stimme? (<i>Anni Kotten-Sederqvist</i>)	86/6/285

BEHANDLUNG, ERZIEHUNG UND UNTERRICHT

Integrative Sprachtherapie bei Kindern mit Sprech- und Sprachhemmungen im Rahmen der Schule (<i>Otto Braun</i>)	85/1/ 1
Das Dialoglernen in seiner sprachheilpädagogischen Dimension (<i>Volkmar Baulig</i>)	85/1/ 9
Sprachtherapeutische und sonderpädagogische Ansätze und Möglichkeiten im Sachkundeunterricht (<i>Heidemarie Mäulen-Petermann</i>)	85/1/ 27
Kann stotternden Kindern in der Sprachheilschule geholfen werden? (<i>Udo Schoor</i>)	85/2/ 49
Direkte Intervention bei 3—9jährigen stotternden Kindern (<i>Dirk Randoll</i>)	85/2/ 62
Überlegungen zu einer psychomotorisch orientierten Sprachförderung in Kindergarten und Anfangsunterricht (<i>Barbara Kleinert-Molitor</i>)	85/3/104
Zur Evaluation des »Monterey-Programms für flüssiges Sprechen« von Ryan/Van Kirk (<i>Peter Jehle</i>)	85/3/117
Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen (<i>Herbert Günther</i>)	85/4/145
Der Einsatz eines tragbaren Sprachverzögerers in der Therapie des Stotterns: Möglichkeiten und Grenzen (<i>Günther Bergmann</i>)	85/4/173
Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns (<i>Gisela und Holger Lakies</i>)	85/4/177
Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet (<i>Jutta Breckow</i>)	85/5/197
Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis (<i>Dieter Schweppe und Peter Jehle</i>)	85/5/217
Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs (<i>Erwin Richter</i>)	85/6/253
Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektroakustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer (<i>Bert Küppers und Gerhard Wünschmann</i>)	85/6/261
Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie — ein zentrales Problem der Aphasietherapie (<i>Cornelia Tigges-Zuzok</i>)	85/6/273
Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule (<i>Heike Rodust und Maria Schinnen</i>)	85/6/285
Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie (<i>Ursula Hebborn-Brass</i>)	86/1/ 1



Jürgen Hohmeier, Münster

Zur beruflichen Situation von Stotternden. Ergebnisse einer empirischen Erhebung*

Zusammenfassung

Über die Auswirkungen des Stotterns im Berufsleben ist wenig bekannt. Der Verfasser hat deshalb anlässlich einer Tagung von Selbsthilfegruppen 53 stotternde Erwachsene befragt. Die Ergebnisse zeigen, daß der größte Teil der Befragten beruflich recht gut integriert ist, daß aber gleichwohl mit dem Stottern eine Reihe von Problemen verbunden sind. Diese scheinen insbesondere davon beeinflusst zu sein, wie der einzelne zu seinem Stottern steht. So gesehen ergeben sich bestimmte Problemgruppen bei stotternden Erwachsenen. Die praktische Relevanz der Ergebnisse ist vor allem im Bereich der Berufswahl und der Berufsberatung zu sehen.

Vorbemerkungen

Ob die Sprechbehinderung »Stottern« im Berufsleben nachteilige Auswirkungen hat und wie diese ggf. aussehen, darüber ist wenig bekannt. Im Gegensatz zur beruflichen Situation anderer Gruppen von Behinderten liegen, von der Studie von E. Mückenhoff (Rehabilitation 15, 1976, S. 150—155) abgesehen, m. W. für die Bundesrepublik bislang keine Daten und Erhebungen vor, die sich mit dieser — auch in sozial- und rehabilitationspolitischer Hinsicht wichtigen — Frage befassen. Aus diesem Grunde nahm der Verfasser das Bundestreffen der Stotterer-

* Die Befragung wurde seinerzeit auf einer Tagung der Stotterer-Selbsthilfegruppen durchgeführt. Ich habe deshalb dem Mitteilungsblatt der Bundesvereinigung der Stotterer-Selbsthilfegruppen einen ersten Ergebnisbericht zur Verfügung gestellt, der dort im August 1985 erschienen ist. Gegenüber dieser ersten Veröffentlichung weist der eingereichte Beitrag wesentliche Änderungen in der wissenschaftlichen Aufbereitung der Ergebnisse auf.

Selbsthilfegruppen 1984 in Köln zum Anlaß, eine eigene Befragung durchzuführen. Ziel der Erhebung sollte sein, erste Informationen im Hinblick auf eine geplante detailliertere und umfangreichere Erhebung zu bekommen.

Bei der Konstruktion des aus 45 Fragen bestehenden Fragebogens stand der Gesichtspunkt im Vordergrund, daß dieser während der Tagung in etwa zehn Minuten ausgefüllt werden konnte. Dennoch sind die einzelnen Fragen wohlüberlegt, und hinter ihnen stehen teilweise in berufssoziologischen Untersuchungen bewährte Hypothesen. An der Befragung beteiligten sich 53 Teilnehmer des Bundestreffens. Natürlich können die Ergebnisse der Befragung nicht repräsentativ sein, und zwar aus dreierlei Gründen nicht: Einmal ist die Zahl der Befragten viel zu klein; zum anderen dürften Stotternde, die sich in Selbsthilfegruppen engagieren, nicht »typisch« (was immer das sein mag) für die große Gruppe stotternder Erwachsener in der Bundesrepublik sein; und schließlich ist nicht bekannt, welche Beweggründe zur Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Befragung veranlaßt haben. Daß die Befragungseinheit nicht repräsentativ ist, zeigt sich z. B. schon an dem überproportional hohen Anteil von Befragten mit Abitur.

Ich möchte im folgenden die mir am wichtigsten erscheinenden Ergebnisse in der Weise vorstellen, daß im ersten Teil die Häufigkeitsverteilungen und im zweiten Teil die Korrelationen, die über Zusammenhänge zwischen Antworten der Befragten Aufschluß geben, mitgeteilt werden. Der Übersichtlichkeit wegen fasse ich die Ergebnisse in Gruppen zusammen.

1. Teil: Grundauszählung

1.1. Merkmale des Samples

Um die folgenden Ergebnisse beurteilen zu können, ist es zunächst notwendig, das Sample näher zu beschreiben. Der jüngste der befragten Teilnehmer ist 17, der älteste 44 Jahre; zwischen diesen »Extremen« verteilen sich die Befragten auf alle Altersgruppen, wobei die Gruppe der 26—35jährigen mit 28 Personen am stärksten vertreten ist. 42 (= 81 Prozent) sind Männer, zehn Frauen (bei einem Befragten fehlt die Angabe). Die Befragten haben die folgenden Schulabschlüsse: ohne Schulabschluß zwei, Hauptschule 17, Realschule 14, Abitur 19 (= 37 Prozent). Vier Personen sind gegenwärtig noch in der Ausbildung, alle anderen berufstätig oder arbeitslos (leider wurde nicht erhoben, wer zur Zeit arbeitslos ist); davon sind 87 Prozent in unselbständiger Stellung, der Rest ist selbständig bzw. freiberuflich tätig. Die Brutto-Monatseinkommen verteilen sich auf alle Einkommensklassen von 600 bis 6000 DM monatlich; dabei liegt die Mehrheit der Befragten (30) mit ihrem Einkommen zwischen 2100 und 4000 DM. Der größte Teil ist damit einer »mittleren Einkommensklasse« zuzuordnen. 40 Prozent waren schon einmal oder sind gegenwärtig arbeitslos; insgesamt 10 Prozent der Befragten waren/sind mit einer Arbeitslosigkeit von mehr als einem Jahr konfrontiert.

Eine andere Gruppe von Daten zur Beschreibung des Samples steht bereits in einer unmittelbaren Beziehung zum Stottern. So ist zunächst interessant, daß nur 19 Prozent der Befragten bislang keine Therapie gemacht haben, 54 Prozent dagegen bereits mehrere Therapien. Wie nicht anders zu erwarten, gehören 81 Prozent der befragten Teilnehmer des Bundestreffens einer Selbsthilfegruppe an, wobei 43 Prozent seit vier und mehr Jahren »dabei« sind. Auf das eigene Stottern und den damit verbundenen »Leidensdruck« bezog sich jeweils eine Frage, die zu einer Selbsteinschätzung aufforderte. Was zunächst das Stottern betrifft, so wurde diese Frage von allen beantwortet, wobei die fünf vorgegebenen Antwortkategorien von den Befragten selbst noch um zwei erweitert

wurden. Vier schätzten ihr Stottern als »stark«, elf als »mittel« und fünf als »geringfügig« ein; bei allen anderen (62 Prozent) ist die »Stärke« des Symptoms situationsabhängig. Die große Gruppe der »Situationsstotterer« — dies sei vorweg bemerkt — wird sich in den Korrelationen als recht interessant herausstellen. Der eigene Leidensdruck wird von 54 Prozent als nicht gegeben bzw. »gering«, von 46 Prozent dagegen als »mittel« bzw. »stark« bezeichnet.

1.2. Berufswahlentscheidung und -zufriedenheit

Was den ersten Bereich betrifft, so zielten eine Reihe von Fragen auf die Berufswahl. Dabei interessierte besonders, welchen Anteil das Stottern an der Berufswahlentscheidung hatte. 65 Prozent der Befragten haben nach ihren Angaben den Beruf gewählt, der seinerzeit ihren »eigenen Wünschen« entsprach, bei immerhin 35 Prozent war dies nicht der Fall. 47 Prozent geben an, daß bei ihrer Berufswahlentscheidung das Stottern eine Rolle gespielt hat; und 36 Prozent aller Befragten hätten »ohne das Stottern eine andere Berufswahl getroffen«. 21 Prozent sind von ihren Eltern bei der Berufswahlentscheidung »im Hinblick auf das Stottern« beeinflusst worden, und bei 27 Prozent der Befragten war dieses für das Arbeitsamt ein Grund, einen bestimmten Beruf zu empfehlen bzw. davon abzuraten. Trotz dieser Einflüsse ist die generelle Zufriedenheit mit der getroffenen Berufswahl recht hoch (70 Prozent). Bei der Interpretation derartiger Angaben sollte allerdings berücksichtigt werden, daß Fragen nach der Zufriedenheit eine hohe positive Antwortquote erzeugen, was mit der methodischen Problematik der Fragestellung zusammenhängt. Gleichwohl weisen die Daten auf eine gewisse Ambivalenz in der Haltung zum gewählten Beruf hin.

1.3. Situation im Beruf und am Arbeitsplatz

Bevor hier einzelne Verteilungen wiedergegeben werden, soll noch einmal das Sample der Befragten vor Augen gestellt werden, weil die Interpretation der Daten von diesem nicht losgelöst sein kann. Zu den Befragten gehören — dies darf angenommen werden — überdurchschnittlich viele »aktive« Men-

schen (SHG, Besuch des Bundestreffens, Alter), von denen zu erwarten sein dürfte, daß sie schon aufgrund des überdurchschnittlich hohen Bildungsniveaus sowie ihrer Therapieerfahrung im Berufsleben weniger häufig Schwierigkeiten haben als andere Stotternde. Genauso kann umgekehrt allerdings der Standpunkt vertreten werden, daß gerade diese Faktoren (Zugehörigkeit zur SHG, Psychotherapieerfahrung, Bildungsniveau, »aktives Alter«) das Anspruchsniveau erhöhen und damit möglicherweise für durch das Stottern oder durch andere Faktoren bedingte berufliche Probleme sensibilisieren. Welche dieser Annahmen richtig ist und der Interpretation der Daten zugrunde gelegt werden sollte, dürfte schwer zu entscheiden sein. Gleichwohl hängt davon ab, ob die jeweiligen Anteile als »hoch« oder »niedrig« bewertet werden.

Nun zu einzelnen Ergebnissen: 77 Prozent der Befragten macht das Stottern »im Beruf irgendwelche Schwierigkeiten«. Von den Faktoren, die die »größte« und »zweitgrößte« Schwierigkeit ausmachen, steht das Telefonieren mit 22 Nennungen weit an der Spitze; es folgen der Umgang mit Vorgesetzten (siebenmal), »vor vielen Leuten sprechen« (siebenmal) und der Umgang mit Kunden (sechsmal).

Trotz des hohen Anteils von Befragten, die angeben, daß ihnen das Stottern im Beruf Schwierigkeiten macht, scheinen die meisten beruflich recht gut integriert zu sein. So haben 71 Prozent einen sehr guten oder guten Kontakt zu den Arbeitskollegen, 62 Prozent fühlen sich von diesen akzeptiert (nicht ganz akzeptiert: 38 Prozent); negative Reaktionen auf das Stottern kommen bei 54 Prozent »niemals« oder »selten«, dagegen bei 46 Prozent »gelegentlich« vor. Das Verhältnis zum Vorgesetzten bezeichnen 72 Prozent der Befragten als sehr gut/gut; 86 Prozent fühlen sich von ihrem Vorgesetzten akzeptiert; und nur bei 18 Prozent reagiert der Vorgesetzte negativ auf das Stottern. Auf den »Einfluß am Arbeitsplatz im Vergleich mit Kollegen in gleicher Position« befragt, schätzen 63 Prozent ihren Einfluß als gleich, 12 Prozent als größer und 24 Prozent als geringer

ein. Nur bei etwas weniger als einem Viertel der Befragten liegt also eine Einflußminderung am Arbeitsplatz vor, wobei noch offen ist, ob diese aus dem Stottern oder aus ganz anderen Faktoren resultiert.

Einige weitere Ergebnisse beziehen sich auf den Umgang mit dem Stottern am Arbeitsplatz im Sinne von Vermeidungs- und Verbergungsverhalten. 60 Prozent der Befragten geben zu, daß sie »wegen des Stotterns ganz bestimmte Situationen, Aufgaben oder Arbeiten im Beruf« vermeiden. Unter diesen ist das Telefonieren wieder der »Spitzenreiter«. 47 Prozent versuchen ihr Stottern am Arbeitsplatz zu verbergen, 53 Prozent dagegen nicht. Diese Zahlen erhalten ihr Gewicht dadurch, daß das Vermeidungsverhalten in der Theorie häufig zu den Faktoren gezählt wird, die zur Aufrechterhaltung der Symptomatik wesentlich beitragen. Die Ergebnisse zeigen, daß ein solches Verhalten bei den Befragten jedenfalls recht häufig ist.

Zwei letzte Ergebnisse der Grundauszählung beziehen sich auf die Selbsthilfegruppen, an denen die Befragten teilnehmen. 67 Prozent haben dort schon einmal über ihre beruflichen Probleme gesprochen, aber nur 14 Prozent hat dies nach ihrer Angabe etwas »gebracht«. Der geringe Anteil könnte darauf verweisen, daß das Gespräch über berufliche Probleme nicht gerade im Zentrum der Arbeit der Selbsthilfegruppen steht oder daß die dort zu findende Hilfe nicht hoch veranschlagt wird.

2. Teil: Korrelationen

Mehr Aufschlüsse und Hinweise als die bloße Häufigkeit der Merkmale geben die Korrelationen, weil sie Schlüsse auf bestimmte Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Befragten erlauben. Ich möchte im folgenden so vorgehen, daß ich in der Darstellung jeweils bei »items« anknüpfe, die mir besonders wichtig erscheinen. Dabei kann von den mehr als 200 vorliegenden Kreuztabellen nur eine Auswahl interpretiert werden.

2.1. Leidensdruck

Zunächst zeigen die Korrelationen, daß der subjektiv empfundene Leidensdruck *nicht*

vom Geschlecht, vom Alter, vom Einkommen und auch nicht vom Schulabschluß der Befragten abhängt. Ferner schätzt der relativ kleine Teil, der keiner Selbsthilfegruppe angehört, den mit dem Stottern verbundenen Leidensdruck nicht generell höher ein als die SHG-Mitglieder. Bemerkenswert erscheint mir, daß von der kleinen Zahl (fünf) abgesehen, die ihr Stottern als »gering« angeben, kein Zusammenhang zwischen der Stärke des Stotterns und dem subjektiven Leidensdruck sichtbar wird.

Dagegen korreliert der Leidensdruck positiv mit der Therapieerfahrung: Mit der Stärke des Leidensdrucks wächst der Anteil derjenigen, die eine oder mehrere Therapien gemacht haben. Drei andere Korrelationen möchte ich zueinander in Beziehung setzen: In den Gruppen mit mittlerem und starkem Leidensdruck sind überproportional viele Befragte, die 1. mit ihrer Berufsentscheidung unzufrieden sind, die 2. — wahrscheinlich mit Blick auf das Stottern — nicht den ihren eigenen Wünschen entsprechenden Beruf gewählt haben und die 3. sich durch das Stottern in ihrem beruflichen Werdegang behindert glauben. Die drei Ergebnisse lassen m. E. den Schluß zu, daß gerade Stotternde, die sich in ihrer Berufsentscheidung vom Stottern haben beeinflussen lassen und die dieses für ihre berufliche Laufbahn negativ bewerten, sich in einer vergleichsweise schwierigen beruflichen Situation befinden, jedenfalls unter einem hohen Leidensdruck stehen.

Ein weiteres Ergebnis erstaunt mit Blick auf theoretische Vorannahmen nicht, dennoch ist es nützlich, daß sich in einer empirischen Untersuchung der Zusammenhang einmal bestätigt: Personen, die unter Leidensdruck stehen, neigen häufiger als andere dazu, bestimmte Situationen und Aufgaben zu vermeiden sowie das Stottern am Arbeitsplatz zu verbergen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen — was für die Interpretation der Ergebnisse allgemein gilt —, daß eine positive Korrelation nicht im Sinne eines Kausalzusammenhangs gedeutet werden darf. Am Beispiel: Der Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Vermeidungsverhalten kann

in beiden »Richtungen« gegeben sein: Leidensdruck erhöht die Tendenz, Situationen zu vermeiden und das Stottern zu verbergen; genauso plausibel ist aber der umgekehrte Zusammenhang, daß Vermeidungsverhalten und Verbergen zu vermehrtem Leidensdruck bei Stotternden führen.

2.2. Selbsteinschätzung des Stotterns

Auch hier zeigt sich, daß die Selbsteinschätzung des Stotterns hinsichtlich der »Stärke« nicht nach Geschlecht, Alter und Einkommensgruppen variiert. Wie stark jemand stottert, hat weiter keinen Einfluß auf das Verhältnis zu seinen Arbeitskollegen oder auf den Einfluß am Arbeitsplatz. Dagegen besteht wiederum ein Zusammenhang mit der Therapieerfahrung: Je schwerer das Stottern eingeschätzt wird, um so häufiger sind auch eine oder mehrere Therapien gemacht worden. Ob nun der Leidensdruck oder die Schwere der Symptomatik stärker mit der Therapieerfahrung korrelieren, läßt sich aufgrund des relativ kleinen Samples leider nicht klären.

Die m. E. interessantesten Ergebnisse beziehen sich auf die Befragten, die die Schwere ihres Stotterns als situationsspezifisch erfahren. Von den insgesamt drei Gruppen von »Situationsstotterern« sollen hier nur die 13 Befragten näher betrachtet werden, die die Antwortkategorie »in bestimmten Situationen stark« angekreuzt haben. Zunächst fällt auf, daß sich diese Gruppe im Gegensatz zu den anderen Befragten fast ausschließlich aus Abgängern von Realschule und Gymnasium zusammensetzt. Dann ist in dieser Gruppe der Anteil derjenigen, die bestimmte Situationen und Aufgaben vermeiden, am höchsten (12:1). Ebenfalls fühlen sich die 13 relativ häufiger als andere durch das Stottern in ihrer beruflichen Laufbahn behindert. Sie sehen sich auch weniger häufig von den Arbeitskollegen akzeptiert. Und schließlich gibt diese Gruppe bei weitem am häufigsten von allen Befragten (12:1) an, daß ihnen das Stottern »Schwierigkeiten im Beruf« macht. Dieses Ergebnis gibt wiederum Anlaß, zu den in der Fachliteratur mitgeteilten Erfahrungen in Beziehung gesetzt zu werden. Auch diese weisen auf die besonderen Probleme (Erwar-

tungsangst, Schwierigkeiten einer allgemeinen Verhaltensstrategie usw.) von Stotternen hin, deren Symptom in bestimmten Situationen besonders stark, in anderen dagegen eindeutig weniger auftritt. Zugleich könnte der empirische Befund auf die Notwendigkeit aufmerksam machen, Selbsthilfearbeit und Therapie nach bestimmten »Problemmgruppen« zu differenzieren.

2.3. SHG-Zugehörigkeit

Es geht hier um die Korrelationen mit den beiden Fragen, wie lange jemand einer SH-Gruppe angehört und ob er dort seine beruflichen Probleme schon einmal besprochen hat. Dazu einige Ergebnisse: Frauen sprechen Schwierigkeiten im Beruf und am Arbeitsplatz in ihrer Selbsthilfegruppe seltener an als Männer (allerdings ist zu berücksichtigen, daß die Gruppe der Frauen mit zehn Befragten sehr klein ist). Die zehn Frauen gehören der SHG durchschnittlich länger als die männlichen Befragten an. Beeindruckend ist auch die »Treue« zur SHG bei den 18 Befragten mit Abitur (und in der Regel Studium): Zehn von ihnen gehören vier Jahre und länger dazu. Dagegen beträgt bei den 15 Befragten mit Hauptschulabschluß die Zugehörigkeit bei den meisten drei Jahre und weniger.

Zwischen der Dauer der SHG-Zugehörigkeit und der Tendenz, bestimmte Situationen zu vermeiden oder das Stottern am Arbeitsplatz zu verbergen, zeigt sich kein Zusammenhang. Auch haben Befragte, die seit Jahren in einer Gruppe mitarbeiten, genauso häufig wie andere Schwierigkeiten mit dem Stottern im Beruf.

2.4. Therapieerfahrung

Ob jemand eine oder mehrere Therapien gemacht hat, hängt nicht vom Geschlecht und auch nicht vom Einkommen ab. Es zeigt sich lediglich, daß Befragte mit Abitur überproportional häufig mehrere Therapien hinter sich gebracht haben.

Von den Korrelationen mit dieser Variable finde ich am bemerkenswertesten das Ergebnis, daß Befragte, die noch keine oder erst eine Therapie gemacht haben, häufiger

als Personen mit mehreren Therapien das Stottern am Arbeitsplatz *nicht* zu verbergen und (ihrer Angabe nach) bestimmte Aufgaben und Situationen *nicht* zu vermeiden versuchen. Umgekehrt ist Vermeidungsverhalten bei Befragten mit mehreren Therapien am stärksten verbreitet. Ebenso bezeichnet die Gruppe mit mehreren Therapien den Kontakt zu den Kollegen am häufigsten als nur »einigermaßen« oder »weniger befriedigend«. Diesen Zusammenhang kann man in Richtung einer Arbeitshypothese wiederum auf drei verschiedene Weisen interpretieren: 1. Therapien bringen nicht gewissermaßen zwangsläufig einen Abbau von Vermeidungsverhalten sowie bessere Kontakte mit sich; 2. mehrere Therapien zeigen in dieser Hinsicht kein »besseres« Ergebnis als eine; 3. es gibt eine dritte, noch unbekannt Variable (Störvariable), wie z. B. psychische Dispositionen, die den in den Kreuztabellen sichtbaren Zusammenhang zwischen Therapieerfahrung und Vermeidungsverhalten stiftet.

2.5. Verbergen des Stotterns und Vermeiden von Situationen

Da sich in der Auswertung dieser kleinen Erhebung die Variablen »Verbergen des Stotterns am Arbeitsplatz« und »Vermeiden von Situationen und Aufgaben« bisher als die m. E. interessantesten herausgestellt haben, sei noch einmal angemerkt, daß gerade dem Vermeidungsverhalten in der einschlägigen Literatur (so bei *Van Riper*) große Bedeutung für die Ausprägung und Verfestigung des Symptoms und ebenso für das Umgehen mit dem Stottern beigemessen wird.

Die hierzu vorliegenden Ergebnisse kann man in der Weise interpretieren, daß für das Vermeidungsverhalten im beruflichen Alltag ein hoher »Preis« gezahlt werden muß. Von den neun Befragten, die ihre berufliche Karriere durch das Stottern »erheblich« behindert sehen, geben sieben an, daß sie das Stottern am Arbeitsplatz verbergen, und acht, daß sie bestimmte Situationen im Beruf vermeiden. Zwölf Befragte insgesamt schätzen ihren Einfluß am Arbeitsplatz im Vergleich mit Kollegen in gleicher Position als

geringer ein; von diesen vermeiden zehn bestimmte Situationen. Ebenfalls haben die »Vermeider« häufiger als andere Befragte ein weniger gutes Verhältnis zu ihren Kollegen. Personen, die angeben, keine Schwierigkeiten im Beruf zu haben, gehören zu zwei Dritteln der Gruppe von Befragten an, die Situationen *nicht* vermeiden.

Das Vermeidungsverhalten korreliert ein wenig mit dem Alter (in den höheren Altersgruppen ist es relativ häufiger), nicht dagegen mit Geschlecht und Schulabschluß.

2.6. Schwierigkeiten im Beruf

Der Anteil derjenigen, die die Frage bejahen, daß ihnen »das Stottern im Beruf irgendwelche Schwierigkeiten« mache, nimmt mit dem Alter der Befragten zu und ist bei den über Dreißigjährigen sehr hoch. Ebenso zeigen die Korrelationen, daß Personen mit Abitur weitaus häufiger als Befragte mit anderen Schulabschlüssen Schwierigkeiten haben. Interessant finde ich auch, daß die kleine Gruppe (elf) derjenigen, die *keine* Schwierigkeiten haben, größtenteils von Berufswechsellern besetzt ist, d. h., nach einem Berufswechsel sind die beruflichen Schwierigkeiten offensichtlich geringer.

2.7. Zufriedenheit mit der Berufsentscheidung

Hier sei zunächst daran erinnert, daß 70 Prozent der Befragten mit der getroffenen Berufsentscheidung »im ganzen« zufrieden sind. Es zeigt sich nun, daß die mit ihrer früheren Berufsentscheidung Unzufriedenen überwiegend »ohne das Stottern eine andere Berufswahl« getroffen hätten. Zugleich hat bei drei Vierteln von ihnen das Stottern die Berufsentscheidung beeinflußt. Noch deutlicher zeigt sich der Zusammenhang zwischen beruflicher Zufriedenheit und (vom Stottern abhängiger bzw. unabhängiger) Berufswahl anhand der Frage: »Hast du gelegentlich den Wunsch, deinen Beruf zu wechseln?« Von den 21 Befragten, die *nicht* den Wunsch zum Wechseln äußern (also vermutlich mit ihrem Beruf zufrieden sind), haben immerhin 19 den Beruf gewählt, der seinerzeit den »eigenen Wünschen« entsprach. Ebenso ist diese Gruppe in ihrer Berufsentscheidung weit we-

niger von den Eltern beeinflußt worden, als dies bei denjenigen der Fall ist, die »gelegentlich« ihren Beruf wechseln möchten. Der Wunsch nach einem Berufswechsel ist übrigens bei den Befragten mit Abitur am häufigsten.

Die hier angeführten (sowie einige andere nicht genannte) Ergebnisse erlauben die Interpretation, daß es sich für die berufliche Zufriedenheit ungünstig auswirkt, wenn der derzeit ausgeübte Beruf nicht aufgrund eigener Neigungen und Wünsche gewählt wurde, sondern die Berücksichtigung des Stotterns und/oder die Einflußnahme der Eltern im Hinblick auf das Stottern eine Rolle gespielt haben. So haben immerhin sechs von elf Befragten, die sich von ihren Eltern haben beeinflussen lassen, nicht den Beruf ihrer eigenen Wahl ergriffen.

Schlußbemerkungen

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen an, daß der größte Teil der Befragten beruflich recht gut integriert ist, zugleich aber mit dem Stottern erhebliche Probleme im Beruf verbunden sind. Den zusammenfassenden Befund von E. Mückenhoff, die von einer »erschweren sozialen Integration« spricht, schließe ich mich deshalb an. Insbesondere die Korrelationen weisen auf einige »Problemgruppen« im Sample der Befragten hin, bei denen die berufliche Integration mit hohen psychischen Kosten verbunden zu sein scheint. Es sind dies Personen, die unter Berücksichtigung des Stotterns nicht den ihren eigenen Wünschen entsprechenden Beruf gewählt haben, ferner Personen mit Vermeidungsverhalten, »Situationsstotterer« sowie Ältere (Personen über 35 Jahre) und Befragte mit Abitur. Die Tabellen lassen vermuten, daß diese Gruppen in einer bestimmten Verbindung zueinander stehen. Wie diese im einzelnen aussieht, welcher Zusammenhang also zwischen bestimmten Gruppen von Stotternden und ihrer beruflichen Situation besteht, muß einer umfangreicheren und auch theoretisch aufwendigeren Untersuchung, als sie hier möglich war, überlassen bleiben.

Was eine Schlußfolgerung betrifft, die sich aus der vorgelegten Untersuchung für Thera-

pie und Selbsthilfe ergibt, so möchte ich ebenfalls *E. Mückenhoff* zustimmen. Diese hält eigentliche Rehabilitationsmaßnahmen, etwa im Sinne einer Berufsausbildung in Berufsbildungswerken, nicht für erforderlich, wohl aber »nachgehende und berufsbegleitende Stottererbetreuung«. Ein solches Angebot, das ich weniger Therapiemaßnahmen im engeren Sinne und mehr der Arbeit von Selbsthilfegruppen sowie einer pädagogisch orientierten Beratung zuordnen möchte, wird

durch die Befragungsergebnisse begründet. Zugleich weisen diese darauf hin — dies sei abschließend bemerkt —, daß eine Beratungspraxis, die stotternden Jugendlichen und Erwachsenen von bestimmten Berufen abrät bzw. zu bestimmten Berufen rät, mit einiger Skepsis begegnet werden muß. Im Rahmen der Befragung zeigte sich sehr deutlich, daß eine Berufswahl, die in erster Linie am Stottern orientiert war, zu erheblichen Problemen im Beruf selbst führt.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Jürgen Hohmeier
Westfälische Wilhelms-Universität
Fachbereich 9, Erziehungswissenschaft
Institut für Sozialpädagogik,
Weiterbildung und empirische Pädagogik
Georgskommende 33, 4400 Münster

Jürgen Hohmeier, Professor für
Sozialpädagogik an der Fakultät
für Erziehungswissenschaft der
Universität Münster;
Arbeitsfelder:
Behindertenarbeit, Rehabilitationspädagogik,
Altenhilfe

Aus der Praxis

Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 1, S. 31—34



Uwe Förster, Hannover

Literaturempfehlungen zur Aphasie

Zusammenfassung

Es wird davon ausgegangen, daß eine immer größer werdende Anzahl von Veröffentlichungen aus der Aphasieforschung den Interessierten vor die Qual der Wahl stellt, eine geeignete Literaturauswahl treffen zu müssen. Im Folgenden wird versucht, für die Bereiche Neurologische Grundlagen, Diagnostik, Klassifikation/Symptomatik, Therapieverfahren und -materialien sowie Angehörigenberatung eine Vorauswahl zu treffen, die eine Einarbeitung in die Aphasiologie erleichtern soll. Für jeden Komplex werden zwei Literaturvorschläge gemacht, die für geeignet gehalten werden, die jeweilige Thematik dem Leser transparent zu machen.

0. Vorbemerkung

Wie in allen Wissenschaftsbereichen zu beobachten, wird auch in der Sprachbehindertenpädagogik — und ihren Nachbardisziplinen — in jedem Jahr ein Füllhorn von Veröffentlichungen über eine interessierte Leserschaft ausgegossen. Erhebt man den Anspruch, in möglichst allen Bereichen auf einem aktuellen Informationsstand zu bleiben, wäre eine tägliche mehrstündige Lektüre erforderlich; dieses ist jedoch nur von wenigen zu leisten.

Wenn hier der Versuch gemacht wird, für den Bereich Aphasie eine Vorauswahl über »les-

bare« bzw. »lesenswerte« Veröffentlichungen zu treffen, so muß selbstverständlich die Subjektivität berücksichtigt werden, die einer solchen Selektion zugrunde liegt. Die nachfolgende Auswahl ist so angelegt, daß sie für den Sprachbehindertenpädagogen, der sich über den aphasischen Symptomenkomplex überblicksartig informieren will, Entscheidungshilfen geben will. Es soll somit kein Urteil über die hier nicht aufgeführten Arbeiten darstellen.

1. Neurologische Grundlagen

Eine Auseinandersetzung mit zentral-bedingten Sprachstörungen macht es erforderlich, sich zunächst einige Grundlagenkenntnisse über das zentrale Nervensystem anzueignen. Hierzu erscheint das Buch »Biologische Grundlagen der Sprache« von *E. H. Lenneberg* geeignet, insbesondere folgende drei Kapitel: Morphologische Korrelate (Hirnrinde, Sprachzentren, Lateralisation usw.); Sprache im Kontext von Wachstum und Reifung (z. B. Alter und Genesung von traumatischer Aphasie, Alter bei der Lateralisation der Sprachfunktion im Gehirn usw.); neurologische Aspekte des Sprechens und der Sprache (z. B. allgemeine Merkmale des Aphasikers, rezepptive Störungen, expressive Störungen, zugrundeliegende Pathologie, Störung oder »Verlust« usw.).

Mit der sprachlichen Spezialisierung des menschlichen Gehirns befaßt sich auch der Artikel von *Huber*, der die theoretischen Darlegungen in Schlußfolgerungen für die Therapie von zentralen Sprachstörungen überleitet.

2. Diagnose-Verfahren

Hier ist zunächst einmal die neuropsychologisch-hirnpathologische Untersuchung zu nennen, die von *Anton Leischner* entwickelt wurde. Obwohl sie nach der Auffassung von *Leischner* nur von Ärzten durchgeführt werden sollte, erscheint sie auch für Sprachbehindertenpädagogen durchaus verwendbar. Stichwortartig werden folgende sprachliche Leistungen untersucht: Spontansprache, Reihensprechen, Nachsprechen, Wortfindung, Sprachverständnis, Schreiben, Lesen

und Prüfung der inneren Sprache. Es schließt sich noch eine Untersuchung der nichtsprachlichen Ausfälle an.

Als ein Vorteil dieses Diagnostikums wäre die rasch zu erlernende Untersuchungstechnik und der geringe materielle Aufwand zu nennen.

Während es sich bei dem o. g. Verfahren um eine Aufgabensammlung handelt, die nicht als psychometrischer Test konstruiert wurde, ist 1982 als bisher erste deutsche Testbatterie der Aachener Aphasietest (AAT) erschienen. Er wurde von *Huber, Poeck, Weniger und Willmes* entwickelt und hat insbesondere im klinischen Bereich die neuropsychologisch-hirnpathologische Untersuchung weitgehend ersetzt. Der AAT untersucht folgende Bereiche: Spontansprache, Unterscheidung zwischen aphasischen und nicht-aphasischen Hirngeschädigten (Token-Test), Nachsprechen, Schriftsprache, Benennen und Sprachverständnis.

Durch den AAT wird u. a. eine Differenzierung der aphasischen Patienten in die vier großen aphasischen Syndrome (globale, Wernicke-, Broca- und amnestische Aphasie) sowie eine Bestimmung des Schweregrades der Störung vorgenommen.

Wie bereits erwähnt, ist dieser Test durchweg in (Reha-)Kliniken und Praxen anzutreffen, in denen vorwiegend Aphasien behandelt werden. Der wünschenswerten Anwendung auch im ambulanten Bereich steht sicherlich bisweilen die Kostenfrage entgegen.

3. Klassifikation/Symptomatik

Wie auch im Bereich Diagnostik sind die bestehenden Einteilungen der Aphasien der »Bonner« bzw. »Aachener Schule« zuzurechnen. So geht der Bonner Aphasologe *Leischner* von zehn Aphasiearten aus, eine Zahl, die sich aus den verschiedenen kombinierten Aphasieformen (z. B. motorisch-amnestische Aphasie) ergibt. Nicht nur für diesen Komplex sei auf sein Buch »Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen« verwiesen, das einen umfassenden Überblick gibt, besonders zu den Aspekten Einteilung, Ätio-

logie und Symptomatologie der einzelnen Aphasiearten und Kasuistik.

Im Kapitel 2 wurden bereits die vier Aphasieformen genannt, wie sie durch den Aachener Aphasietest klassifiziert werden. Es wurde also eine Reduktion vorgenommen, die u. a. die Klassifikation überschaubarer machen bzw. vereinfachen soll. Als Literaturhinweis soll der Aufsatz von K. Poeck et al. »Die Aphasien« (1975) dienen. In der diagnostischen Praxis werden beide genannten Schemata verwandt; das geschieht sicherlich auch in Abhängigkeit vom Diagnoseverfahren.

4. Therapieverfahren / und -materialien

Natürlich gibt es eine ganze Reihe verschiedener Techniken, um Aphasien adäquat und auf den Einzelfall zugeschnitten zu behandeln. Um einen Überblick über derartige Verfahren zu erhalten, sei auf das Buch von G. Böhme »Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen« hingewiesen; hier erscheint insbesondere das Kapitel 5.3 »Aphasietherapie aus logopädisch-linguistischer Sicht« von Bedeutung. Von Interesse ist auch das Buch »Theorie und Praxis der Aphasietherapie« von Theodor R. von Stockert. Hier werden therapierrelevante Fragen in Verbindung mit den bereits angesprochenen Gebieten Diagnostik/Aphasiemodell usw. erörtert.

Die genannten beiden Veröffentlichungen beschäftigen sich primär mit der Darstellung von Therapieverfahren, während die folgende Empfehlung eine Hilfe zur pragmatischen Durchführung der Aphasietherapie darstellen soll: »Sprachübungen zur Aphasiebehandlung«, Band 1 und 2, von Engel et al. Hier handelt es sich um ein linguistisches Übungsprogramm mit Bildern, das folgende Bereiche erarbeitet: Sprachverständnis, Wortfindung, Satzaufbau und Textaufbau.

5. Material zur Angehörigenberatung

Es ist bekannt, daß es für Therapeuten zum Problem werden kann, Angehörige von Aphasiepatienten angemessen über die Störung zu informieren und zu beraten.

Hilfreich erscheint hier das Heftchen von M. L. Taylor mit dem Titel »Zum Verständnis der

Aphasie — Ein Leitfaden für Angehörige und Freunde von Aphasiepatienten«. Hier werden Antworten gegeben auf Fragen, wie z. B., ist ein Aphasiker geisteskrank, wie lange wird der Patient Sprachübungen machen müssen? usw.

Nützlich könnte auch das Taschenbuch von Tropp Erblad: »Katze fängt mit S an — Aphasie oder der Verlust der Wörter«, sein. Auf dem Einband steht: Bewundernswert klar und unsentimental schildert hier eine Frau, für die der Umgang mit Sprache persönlich und beruflich wichtig ist, wie sie mit ihrer Erkrankung — dem Verlust der Sprache — fertig wurde.

Beide Lektüren sind leicht verständlich geschrieben, so daß sie über die Aphasie sachlich informieren bzw. auf mögliche psychosoziale Auswirkungen vorbereiten helfen können.

6. Schlußbemerkungen

Für die Bundesrepublik Deutschland ermittelte Linck (1977) für das Jahr 1976 13 500 Neuerkrankungen von Aphasien. Es ist eine bekannte Tatsache, daß oftmals nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit intensiver Sprachtherapie ein Übergang in ambulante Sprachheilbehandlung am Mangel an ausgebildeten Aphasietherapeuten scheitert.

Es bleibt zu fordern, daß sich die Sprachbehindertenpädagogik zukünftig intensiver in Forschung und Lehre um zentrale Sprachstörungen bemüht, um dem sprachlichen wie humanitären Problem Aphasie gerecht zu werden. Durch die angefügte Bibliographie wird deutlich, daß sich nahezu ausschließlich Mediziner, Psychologen und Linguisten mit diesem Bereich konfrontieren: Es wäre zu wünschen, daß zukünftig die sprachbehindertenpädagogische Seite des Problems — auch in Veröffentlichungen — stärker zum Ausdruck gebracht werden würde.

Literatur

- Birchmeier, Annette K.: Aphasie. Therapie und Rehabilitation im kulturgeschichtlichen Zusammenhang. Berlin 1984.
- Böhme, G. (Hrsg.): Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Stuttgart/New York 1980, S. 190—207.
- Engel, Eva Maria, Kotten, Anneliese, Ohlendorf, Ingeborg, und Poser, Elfi: Sprachübungen zur Aphasiebehandlung. Berlin 1983.
- Förster, U.: Ist der Autismus von Aphasie begleitet? Unveröffentlichtes Seminarpapier. Hannover 1985.
- Förster, U.: Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus. Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 1, S. 21—31.
- Huber, W.: Sprachliche Spezialisierung des menschlichen Gehirns. Schlußfolgerungen für die Therapie von zentralen Sprachstörungen. Sprache — Stimme — Gehör 2 (1978), S. 69—75.
- Huber, W., Weniger, Dorothea, Poeck, K., und Willmes, K.: Der Aachener Aphasietest. Aufbau und Überprüfung der Konstruktion. Der Nervenarzt 51 (1980), S. 475—482.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, Dorothea, und Willmes, K.: Der Aachener Aphasietest. Göttingen 1982.
- Lang, Ch., von Stockert, Th. R.: Zum gegenwärtigen Stand der Aphasiotherapie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 54 (1986) S. 119—137.
- Leischner, A.: Die neuropsychologisch-hirnpathologische Untersuchung. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 219 (1974), S. 53—77.
- Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.
- Lenneberg, E. H.: Biologische Grundlagen der Sprache. Frankfurt am Main 1977.
- Peuser, G.: Sprache und Gehirn. Eine Bibliographie zur Neurolinguistik. München 1977.
- Poeck, K., Kerschensteiner, M., Stachowiak, F.-J., Huber, W.: Die Aphasien. Aktuelle Neurologie 2 (1975), S. 159—169.
- Poeck, K.: Klinische Neuropsychologie. Stuttgart/New York 1982.
- Springer, Luise/von Hinckeladay, Sabine: Ambulante Aphasiotherapie. In: Kommunikation zwischen Partnern. Teil II: Praxis der Behindertenarbeit. Heft 40: Aphasie: Bundesarbeitsgemeinschaft »Hilfe für Behinderte«, Düsseldorf 1983.
- Stockert von, Th. R.: Theorie und Praxis der Aphasiotherapie. München 1984.
- Taylor, Martha L.: Zum Verständnis der Aphasie. Zwesten 1980.
- Tropp Erblad, Ingrid: Katze fängt mit S an. Aphasie oder der Verlust der Wörter. Frankfurt am Main 1985.

Anschrift des Verfassers:
Dipl.-Päd. Uwe Förster
Universität Hannover
FB Erziehungswissenschaften I
Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik
Bismarckstraße 2, 3000 Hannover 1

Uwe Förster war zunächst als Leitender Sprachtherapeut in einer Neurologischen Klinik tätig. Seit 1983 arbeitet er als Wissenschaftlicher Angestellter im Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover (Schwerpunkte: zentralnervale Sprach- und Sprechstörungen, Sprachtherapie bei Autisten).

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

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

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

Monika Möhlmann und Reiner Nagel, Hannover

Integration — die richtige Priorität!

Erwiderung auf Homburg, G.: *Integration — die falsche Priorität?*,
in: *Die Sprachheilarbeit* 31 (1986), S. 208—213

Daß Integration nicht »an sich« schon »gut« ist, ist inzwischen zum Allgemeinplatz geworden. Zu unterschiedlich sind die vorgetragenen Vorstellungen darüber, was Integration ist, zu groß ist die Gefahr, daß »Integration« mißbraucht wird, um Segregation neu zu legitimieren, und der Suche nach Formen gemeinsamen Lebens und Lernens zuwider läuft.

Nicht die Frage, ob Integration oder nicht, ist somit Gegenstand der aktuellen Diskussion, sondern die Auseinandersetzung über Inhalte integrativer Erziehung und deren politischer Durchsetzbarkeit.

Vor dem Hintergrund des »Ringens« um Inhalte integrativer Erziehung muß die Forderung *Homburgs*, daß »alles zu unternehmen (ist), damit Integration *nicht* erforderlich ist ... , denn Integration ist kein Selbstzweck«, unverständlich erscheinen (*Homburg* 1986, 209; Hervorhebung im Original).

Auch die ein wenig zynisch anmutende These: »Frei-Werden von Behinderung und gemeinsam leben ist besser als (mit Behinderung) gemeinsam leben« (ebd., 208) trägt wenig zum Verständnis seiner Auffassung von integrativer Erziehung bei. »Frei-Werden von Behinderung« und »gemeinsam leben« werden hier zum Widerspruch (!) erklärt. Damit ist *Homburgs* Auffassung von Integration offensichtlich nicht identisch mit der Utopie derer, die für die gesellschaftliche Integration Behinderter streiten, weil sie den Abbau isolierender Bedingungen und gemeinsames Leben und Lernen gerade als Voraussetzung ansehen für ein »Frei-Werden von Behinderung«.

Eine Klärung bringt dann *Homburgs* dritte These: »Aus der Logik des Veränderbaren erwächst die Forderung nach Habilitation/Rehabilitation. Aus der Logik des Unveränderbaren erwächst die Forderung nach Integration« (ebd., 208). Demnach gibt es »unveränderbare« (sprach-)behinderte Menschen, die einen Anspruch auf Integration

haben — und die anderen, die »veränderbaren«, benötigen keine Integration. Für diese ist die Sonderschule für Sprachbehinderte Durchgangsschule mit normalem Lehrplan und »unter den gegenwärtigen Bedingungen ... ein unverzichtbarer Bestandteil des sprachheilpädagogischen Versorgungssystems« (ebd., 210).

Nun wird auch die Forderung »... alles zu unternehmen, damit Integration *nicht* erforderlich ist ...« verständlich (ebd., 209). Die Diskussion um integrative Erziehung bekommt hier eine völlig neue Dimension. Einmal, indem die »Unveränderlichkeit« von Behinderung postuliert wird (oder sollte *Homburg* »Störung« meinen?), zum anderen, indem die Ausgrenzung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher vom gemeinsamen Leben und Lernen mit nicht oder anders Behinderten eine unerwartete Legitimation erfährt: nämlich deren potentiell mögliches »Frei-Werden von Behinderung«.

Obwohl *Homburg* »unter den gegenwärtigen Bedingungen« sich für die Segregation der »veränderbaren« sprachbehinderten Kinder und Jugendlichen in der Sonderschule für Sprachbehinderte ausspricht (ebd., 210), entwirft er — als längerfristige Perspektive — das Bild einer »Neuen Allgemeinen Schule« als institutionalisierter Form integrativer Erziehung von Sprachbehinderten und Nicht-Behinderten.

Unseres Erachtens ist es grundsätzlich problematisch, Integration lediglich als die Integration einer speziellen Gruppe Behinderter — hier der Sprachbehinderten — zu verstehen, denn ein derart eingeschränktes Konzept integrativer Erziehung

- muß letztlich zur Ausgrenzung anders Behinderter führen,
- stabilisiert gegenwärtige isolierende Bedingungen, statt daß es sie abbaut, und
- schließt die Suche nach Formen gemeinsamen

Lebens und Lernens auch mit anders Behinderten von vornherein aus. sprachbehindertenpädagogischen als vielmehr einer »pädagogischen« Sicht bedarf, um Konzepte integrativer Erziehung »ohne wenn und aber« zu entwickeln.

Wir meinen, daß Integration grundsätzlich nicht teilbar ist und daß es weniger einer spezifisch

Literatur

- Eberwein, H.: Zum Stand der Integrationsentwicklung und -forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Zeitschrift für Heilpädagogik 35 (1984), S. 677—691.
- Feuser, G.: Integration = die gemeinsame Tätigkeit (Sprechen/Lernen/Arbeit) am gemeinsamen Gegenstand/Arbeit in Kooperation von behinderten und nichtbehinderten Menschen. Behindertenpädagogik 21 (1982), S. 86—105.
- Feuser, G.: Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder (Integration) als Regelfall?! Behindertenpädagogik 24 (1985), S. 354—391.
- Homburg, G.: Integration — die falsche Priorität? Thesen zu einem aktuellen Problem aus der Sicht der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 208—213.
- Kanter, G. O.: Die Sonderschule regelschulfähig, die Regelschule sonderschulfähig machen — Perspektiven aus Modellversuchen. Zeitschrift für Heilpädagogik 36 (1985), S. 309—325.
- Kastantowicz, U. (Hrsg.): Wege aus der Isolation: Konzepte und Analysen der Integration Behinderter in Dänemark, Norwegen, Italien, Frankreich und Schweden. 2. Aufl. Wien 1986.
- Kobi, E. E.: Praktizierte Integration: Eine Zwischenbilanz. Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete 52 (1983), S. 196—216.
- Preuss-Lausitz, U.: Sonderschule — Schule in der Krise? In: Klemm, H., u. a. (Hrsg.): Jahrbuch für Schulentwicklung. Bd. 4. Weinheim; Basel 1986 (im Druck).
- Schneider, W.: Integration sogenannter »Behinderter« im akademischen Wartesaal? Behindertenpädagogik 21 (1982), S. 117—122.

Anschriften der Verfasser:

Monika Möhlmann (Studentin; Lehramt an Sonderschulen, Schwerpunkt: Sprachbehindertenpädagogik, Universität Hannover), Tegtmeyerstraße 15, 3000 Hannover 91

Reiner Nagel (Student; Lehramt an Sonderschulen, Schwerpunkt: Sprachbehindertenpädagogik/Dipl.-Pädagogik, Schwerpunkt: Sonderpädagogik, Universität Hannover), Fundstraße 19, 3000 Hannover 1

Leserbriefe

Leserbrief

zu den Beiträgen von Uwe Pape und Marlies Siefken, Wentorf, über die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer, Heft 2 (1986), Seite 93—105

Beschäftigt man sich als Student mit der Problematik von Stotterer-Therapien, begräbt man schnell hohe Ideale angesichts der bekannten Kritikpunkte:

1. Die Therapien verhelfen, wenn überhaupt, nur einem geringen Prozentsatz der Klienten zum stotterfreien Sprechen.
2. Therapieerfolge können nicht generalisiert werden.
3. Erfolge von Therapien scheinen einem unergründlichen Therapeutengeschick unterworfen.
4. Auch nach der Therapie ist der Stotterer oft noch lange Zeit vom Therapeuten abhängig.

Dies kam für mich immer einer Bankrotterklärung vor dem Problem Stottern gleich, besonders seit ich um den Leidensdruck vieler Betroffener weiß. Trotzdem hatte ich mich schon mit den Fakten abgefunden, als ich von der Therapie von Uwe Pape erfuhr, dessen Stotterer-Kurs ich nun seit zwei Monaten begleite. Seitdem sehe ich Licht am Ende einer langen Tunnelfahrt.

Bei *Uwe Pape* bzw. *Marlies Stiefken* erlernen die Kinder und Jugendlichen in mehreren Schritten eine neue, stotterausschließende Sprechweise (siehe den Artikel von *Uwe Pape*). Dabei sind die der Therapie zugrundeliegenden phonetischen Prinzipien relativ einfach, so daß ich als »multifaktoriell und komplex« denkender Student erst erstaunt war. Sie sind schnell zu erlernen (siehe Kritikpunkt 3) und anzuwenden. Ich selbst habe sie schon mehrfach erfolgreich angewendet.

Schon nach wenigen Tagen gehen die Klienten in die Umwelt und müssen dort kritische Sprechsituationen bestehen, um die Angst als Stottern verursachendes Gefühl abzubauen (siehe Kritikpunkt 2). Die neuen Sprechweisen ermöglichen es ihnen, diese Situationen stotterfrei zu bewältigen. Mit dem Erfolg verschwindet die Angst und damit die Stottergefahr.

Besonders faszinierend ist für mich das »urpädagogische Prinzip« dieser Therapie. Durch ständiges Hören und Sprechen(-üben) werden die neuen Sprechweisen im Laufe der Zeit beherrscht und automatisiert. Kommt es zu Rückfällen, können sich die Klienten durch Übung aus einem Stotter-

rezidiv herausholen. In relativ kurzer Zeit haben sie das neue Sprechen verinnerlicht (siehe Kritikpunkt 4).

Durch die Therapie von *Uwe Pape* werden in einem Zeitraum von zwei Jahren mindestens acht von zehn Stotterern zum überdauernden Normal-sprechenden in jeder Situation (siehe Kritikpunkt 1).

Für mich und andere Studenten, die diese Therapie gelernt haben (leider wohl nie anwenden werden können), stellt sich nun die Frage, warum sie sich nicht durchsetzt. Liegt es daran, daß sie symptomorientiert ist und damit »unpopulär«? Oder weiß sie nur derjenige zu schätzen, der sie über Wochen verfolgen konnte? Oder vermag die Wissenschaft nicht umzudenken nach all den Forschungsanstrengungen? Doch im Sinne der Stotterer sollte der Erfolg für sich sprechen. Ich möchte meinen Kommiliton/inn/en nur empfehlen, sich mit einem »gelegentlichen« oder »bißchen« Stottern nicht zufrieden zu geben. Es gibt jetzt endlich einen Weg aus dem Stottern.

Andreas Lange, stud. päd.
Sillestraße 52, 2000 Hamburg 20

Umschau

10 Jahre Geers-Stiftung

»Hilfe für Hörbehinderte ist in der Mehrzahl der Fälle nur durch die enge Zusammenarbeit von Ärzten, Pädagogen, Hörgeräteakustikern und Technikern möglich . . . Kooperative und auch individuelle Forschungsvorhaben bedürfen in den meisten Fällen einer Unterstützung durch Stipendien oder Fonds, die aber in der Mehrzahl der Fälle für kooperative oder im Umfang begrenzte Vorhaben nicht zuständig sind.«

Damit erläutert Prof. Dr. med. Peter Plath, Vorstandsvorsitzender der Geers-Stiftung, die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung. »Es werden Wege gewiesen, wie auch ohne öffentliche Mittel und durch gezielte private Initiativen kooperative und individuelle Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Hörbehinderungen durchführbar gemacht werden können.«

Daß es zur Gründung der Geers-Stiftung kam, hatte einen ganz praktischen Anlaß: Vor genau zehn Jahren, zum 25jährigen Jubiläum der Firma Hörgeräte Geers und zum 60. Geburtstag ihrer Seniorchefin Käthe Geers, wurde die Idee geboren.

Es lag auf der Hand, daß aus solchem Anlaß Besonderes zu geschehen hatte, etwas, was über eine ordentliche Feier mit Mitarbeitern, Freunden, Partnern und Kunden hinausging: Man gründete eine Stiftung. Käthe und Theodor Geers schufen einen Grundstock von 50 000 Mark, ließen ihn — statt zu erwartender Geschenke — durch weitere Spenden anwachsen. Auch bei anderen Gelegenheiten der folgenden Jahre wurde so verfahren. So wuchs das Stiftungsvermögen. Vom Kapitalertrag wurden mit einem Gesamtbetrag von fast 200 000 Mark zahlreiche Forschungsvorhaben finanziert.

Darüber hinaus hat die Geers-Stiftung bisher dreimal Wissenschaftler des In- und Auslands zu multidisziplinären Kolloquien zusammengerufen. 1981 und 1983 diskutierte man über »Hörstörungen bei Kindern«, 1986 über das heiße Thema »Innenohr-Implantate«. Die Ergebnisse der Veranstaltungen wurden innerhalb der Schriftenreihe der Geers-Stiftung in Buchform herausgegeben.

Ebenfalls als Bücher erschienen die Ergebnisse der bereits abgeschlossenen Forschungsvorhaben. Über 15 zum Teil noch laufende Arbeiten legt

die Geers-Stiftung aus Anlaß ihres zehnjährigen Bestehens einen Zwischenbericht vor. Unter dem Titel »Die Welt des Hörens öffnen helfen — Was die Geers-Stiftung tut« gibt sie der Öffentlichkeit Rechenschaft über die geleistete Arbeit.

Mit der Gründung der Geers-Stiftung 1976 pflanzten Käthe und Theodor Geers einen Baum, der seitdem jährlich reiche Früchte trägt.

Die Geers-Stiftung ist gemeinnützig. Sitz der Geers-Stiftung ist Dortmund. Vorstandsvorsitzender: Prof. Dr. med. Peter Plath, Recklinghausen.

Bildungsboom in den Volkshochschulen

Einen Andrang auf die Kurse der Volkshochschule wie nie zuvor verzeichnen die Träger dieser Form der Erwachsenenbildung zum Jahresende 1986. Die etwa 800 Volkshochschulen in der Bundesrepublik mit ca. 3000 Ausbildungsstätten versorgen dabei über 3 Millionen Interessierte mit einem umfangreichen Angebot.

Wie der Leiter der pädagogischen Arbeitsstelle des Volkshochschulverbandes in Frankfurt, Prof. Hans Tietgens, jetzt mitteilte, sind vor allem Kurse für die Weiterbildung wie auch die Sprachen sehr stark bis überbelegt. Dies ist einerseits auf die gestiegenen beruflichen Qualifikationsansprüche zurückzuführen wie auf das Bedürfnis, das Ausland individuell zu erleben.

Prof. Tietgens sieht in der Tätigkeit der Volkshochschulen die Aufgabe, Erwachsenenbildung im umfassenden Sinne anzubieten. »Wir sind offen für alle Themen, alle Teilnehmer und alle Methoden. In die Methoden wollen wir noch etwas mehr Bewegung bringen. Wir setzen dabei drei Schwerpunkte:

1. Hilfen zum Lernen
2. Orientierung und Urteilsbildung
3. Eigentätigkeit

So bieten die Volkshochschulen vom Sprachkurs über das Selbsterkennungstraining bis zum Elektronikurs die ganze Palette des Bildungsbedürfnisses.«

Wir meinen dazu: Mitglieder, Vorstand und Referenten der dgs müßten sich hier mehr als bisher einschalten (Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung, Hilfe zur Selbsthilfe)!

Strukturen schweizerischer Logopädie

Welche organisatorischen Strukturen stehen in der Schweiz für die logopädische Therapie zur Verfügung, und was ist, z. B. im Vergleich mit dem

nahen Ausland, für sie typisch? Es lassen sich, gestuft nach zunehmendem Integrationsgrad, fünf Einrichtungsformen unterscheiden, die nachfolgend kurz charakterisiert werden sollen:

1. Sprachheilheime

Die vergleichsweise empfindlichste Separation widerfährt einem Kind, wenn es in ein Sprachheilheim eingewiesen wird, das ja meist von seinem Wohnort entfernt liegt. Allerdings sind heute im Vergleich zu früher alle Sprachheilheime Wocheninternate, d. h., die Kinder verbringen jedes Wochenende oder mindestens jedes zweite Wochenende in der Familie. Zudem ist der Heimaufenthalt zeitlich begrenzt. Sprachbehinderte Kinder verbringen in der Regel ein bis drei Jahre im Heim, nie die ganze Schulzeit.

Dennoch muß eine Heimeinweisung immer sorgfältig abgewogen werden. Nur wenn die Separation durch entscheidende Vorteile für das Kind abgewogen wird, ist sie zu rechtfertigen. Solche Vorteile können sein: Differenziertere Diagnosenstellung, da das Kind in verschiedenen Situationen, in verschiedenen Beziehungsgefügen und zeitlich ausgedehnter beobachtet werden kann; die Möglichkeit engerer Zusammenarbeit zwischen Lehrer, Logopäden und Erzieher; komplexe und intensive Therapie, die über die eigentliche Therapie-situation hinaus ausgeweitet werden kann; Anbieten eines Schonklimas und individueller Unterricht in der Schule; oft wirkt auch der Milieuwechsel therapeutisch.

In der Schweiz bestehen nach Motsch (1981) 15 Sprachheilheime. Es sind dies meistens Kleinheime mit 20 bis 40 Kindern. Sprachheilheime führen in der Schweiz immer heiminterne Kindergärten und/oder heiminterne Schulklassen. Neben dem Schulunterricht bekommen die Kinder täglich logopädische Einzeltherapie durch eine Logopädin. Sobald das Kind im sprachlichen Bereich mehr oder weniger das Niveau der öffentlichen Schule erreicht hat, kann es meist zu Beginn eines neuen Schuljahres in die Schule seiner Wohn-gemeinde übertreten. Häufig wird es dann noch für eine gewisse Zeit von der Logopädin an seinem Wohnort betreut, damit es auch geringfügigere Defizite noch aufarbeiten kann.

Als Vergleich dazu sei angeführt, was Zuckrigl (1980, S. 112) über die Sprachheilheime in der Bundesrepublik Deutschland schreibt. Es werden mehrere Arten von Sprachheilheimen unterschieden: a) das Kurheim für Sprachgeschädigte. Es ist fast ausschließlich auf die Therapie ausgerichtet und verzichtet auf Schulunterricht; b) das Sprachheilheim mit angegliederter Schule. Schulbesuch

ist in der Heimschule ab dem dritten Schuljahr möglich (offenbar laufen hier die Bereiche Therapie und Unterricht ziemlich getrennt voneinander ab); c) das auf Stotterertherapie spezialisierte Kurheim. Es werden nur Stotterer in einem für die Behandlung optimalen Alter aufgenommen. Schulunterricht wird nicht angeboten; d) die Integration von Sprachheilheim und Schule. Hier besteht eine Synthese von Schule und Heim. Beide Teile beachten die therapeutische Aufgabe. Schule und Internat sind gemeinsam um die pädagogische und therapeutische Zielsetzung bemüht.

Es scheint, daß diese letzte Form unseren schweizerischen Sprachheilheimen am nächsten kommt.

2. Externe Sprachheilkindergärten

Im Vergleich zum Sprachheilheim bleibt beim Besuch eines Sprachheilkindergartens die Integration in der Familie voll erhalten, hingegen wird das Kind von den Spielkameraden seiner Nachbarschaft getrennt, indem es den Sprachheilkindergarten eventuell in einem entfernten Stadtteil besucht.

1947 wurde der erste öffentliche Sprachheilkindergarten in der Stadt Zürich eröffnet. Nach Motsch (1981) existieren in der Schweiz 69 Sprachheilkindergärten. Es gibt sie vor allem in Städten und größeren Gemeinden. Sprachheilkindergärten nehmen zehn bis zwölf sprachbehinderte Kinder auf. In der Gruppe wird zum Teil das normale Kindergartenprogramm durchgeführt, zum Teil aber sehr spezifisch auf die Ausfälle und Schwächen der einzelnen Kinder eingegangen. Jedes Kind in einem Sprachheilkindergarten bekommt täglich Einzeltherapie durch eine Logopädin. Die Gruppe wird in den meisten Fällen von einer Sprachheilkindergärtnerin geführt. Diese hat eine einjährige Zusatzausbildung absolviert, welche sie in Zusammenarbeit mit einer Logopädin zur Führung eines Sprachheilkindergartens berechtigt. Die Zusammenarbeit mit einer Logopädin ist absolute Bedingung, denn die Sprachheilkindergärtnerin ist nicht berechtigt, logopädische Abklärungen oder logopädische Einzeltherapie durchzuführen.

In Sprachheilkindergärten können Kinder mit schweren und komplexen Sprachstörungen intensiv und ganzheitlich gefördert werden, ohne daß sie schon im Kleinkind- und Vorschulalter die einschneidende Separation eines Heimaufenthaltes auf sich nehmen müssen. Andererseits können sie vor der Frustration einer nicht gelingenden Integration im Normalkindergarten bewahrt werden. Kinder mit leichten sprachlichen Auffälligkeiten hingegen können im normalen Kindergarten verbleiben.

3. Externe Sprachheilklassen

In bezug auf diese Institution unterscheiden wir uns sehr stark von der Bundesrepublik Deutschland und Österreich. Während in der Schweiz nur einige wenige externe Sprachheilklassen existieren, wurde in unseren Nachbarländern im Rahmen des Ausbaus von logopädischen Institutionen das Hauptgewicht auf die Schaffung von externen Sprachheilklassen gelegt.

Das bundesdeutsche Konzept dieser Sprachheilklassen hat sich in der Schweiz kaum eingebürgert und Fuß gefaßt. Die Schule für Sprachbehinderte hat nämlich nach Zuckrigl (1980, S. 100) verschiedene Aufgabenkomplexe zu erfüllen: 1. Erfassung, Diagnose, Beratung, 2. Sonderpädagogische Behandlung (also logopädische Therapie), 3. Bildung und Erziehung. — Traditionellerweise ist der Klassenlehrer gleichzeitig Sprachheilpädagoge, so daß die Aufgaben der Therapie und des Unterrichtes in den Händen einer einzigen Person liegen, womit sie eindeutig überfordert ist. So kommt es, daß die Therapie meistens zugunsten des Unterrichtsstoffes viel zu kurz kommt und zum Teil Kinder mit leichteren Sprachbehinderungen jahrelang in der Sprachheilschule verbleiben.

Wenn schon Sprachheilklassen, dann wäre nach unserer Auffassung neben dem Schulunterricht tägliche Einzeltherapie, wo die individuellen Sprachprobleme intensiv und dem einzelnen Kind angepaßt angegangen werden können, notwendig.

4. Ambulante logopädische Therapiestellen

Bei einer Therapie in einem Sprachheilambulatorium bleibt das Kind vollständig in seiner bisherigen Umgebung (Familie, Schule, Kindergarten) integriert. Ich bin froh darüber, daß sich gerade diese Institutionen in der Schweiz besonders stark entwickelt haben. So wie in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich das Hauptgewicht auf die externen Sprachheilschulen gelegt wurde, wurde das Hauptgewicht bei uns auf die Schaffung von Ambulatorien gelegt. Wir verfügen heute über ein dichtes Netz von Sprachheilambulatorien, die über das ganze Land, auch über ländliche Gebiete verteilt sind. Nach Motsch (1981) sind von etwa 1000 Sprachheilinstitutionen ungefähr 800 Sprachheilambulatorien. Diese Zahl umfaßt auch kleine ambulante Versorgungseinheiten. Etwa 80 dieser Ambulatorien sind mobil, d. h., der Logopäde reist zu Außenstationen. Die Arbeitsweise der mobilen Ambulatorien ist flexibel, sie können sich den aktuellen Bedürfnissen der von ihnen versorgten Orte anpassen. Deshalb stellen sie die bevorzugte Form der Versorgung von Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte dar. So entstand erfreulicher-

weise ein logopädisches Versorgungssystem, das es ermöglicht, praktisch jedem sprachauffälligen Kind Hilfe zukommen zu lassen. Die Arbeit in einem Ambulatorium kann auch flexibel den jeweiligen Bedürfnissen des Sprachbehinderten angepaßt werden: Kinder können ein oder mehrere Male pro Woche in die Therapie kommen. Intensivtherapien sind möglich. Der Miteinbezug von Eltern und Lehrer sowie ihre kontinuierliche Beratung ist realisierbar. Wenn es für das Kind von Vorteil ist, können Unterbrechungen in der Therapie gemacht werden oder andererseits wieder einmal kurze Behandlungsphasen eingeschaltet werden. Freilich stehen diesen Vorteilen auch Nachteile gegenüber: Bei mangelnder Mitarbeit der Eltern wird die Therapie mühsam und langwierig; es ist oft schwierig, das Kind umfassend in seiner ganzen Persönlichkeit zu kennen und zu beeinflussen; bei schweren impressiven Sprachstörungen stößt man in der ambulanten Therapie schnell an Grenzen. Man hat nicht die Zeit und auch meistens nicht die Einrichtung, um dem Kind die notwendigen grundlegenden sensorischen Erfahrungen zu vermitteln, die es braucht, um innere Sprache aufbauen zu können. Deshalb ist es wichtig, daß es daneben Sprachheilheime gibt, die in dieser Hinsicht über größere Möglichkeiten verfügen.

5. Logopädische Therapiestationen in Kliniken

In der Schweiz wurden sehr viel später als in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich an den Kliniken phoniatische Abteilungen oder Rehabilitationsabteilungen, in denen auch Logopäden arbeiten, eingerichtet. In diesem Bereich sind uns unsere Nachbarn weit voraus. Seit etwa 20 Jahren gibt es aber auch in der Schweiz immer mehr Logopäden, die an Kliniken arbeiten. Hier werden stationäre Patienten behandelt, aber auch solche, die nach Austritt aus der Klinik ambulant weiterbehandelt werden. Diese klinische Sprachtherapie wird fast nur zentralisiert an Universitätskliniken, Bäderkliniken und Rehabilitationszentren angeboten. So müssen aber entlassene Patienten einen weiten Weg in eine unvertraute Umgebung auf sich nehmen, um zur notwendigen Sprachtherapie zu kommen. Wünschenswert wäre, daß jedes Regionalspital Sprachtherapie anbieten würde.

Literatur

- Zuckrigl, A.: Organisationsformen des Sprachheilwesens. In: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 95—121.
Motsch, H. J.: Sprachbehinderte in der Schweiz. Luzern 1981.

Anschrift der Verfasserin:
Rita Kamber
Städt. Sprachheilambulatorium
Bruchstraße 75, CH-6003 Luzern

Anmerkung der Redaktion:
Die Begriffsinhalte von Logopädie und die Ausbildung/Tätigkeitsmerkmale von Logopäden in der Schweiz sind andere als in der Bundesrepublik Deutschland.

Weitere Blicke in die Schweiz

Logopädie als Pflichtleistung der Krankenkassen?

Das Vernehmlassungsverfahren des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) über die Frage, ob Logopädie auch unter die Pflichtleistungen der Krankenkasse fallen soll, ist kontrovers ausgefallen. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen wehrt sich gegen die jetzige Regelung, die eine Empfehlung für freiwillige Leistungen vorsieht. Die Berufsverbände der Logopäden fordern eine Status-Aufwertung ihres Berufes. Ärzte, Kantone und andere interessierte Kreise würden eine Verordnungsänderung mehrheitlich gutheißen, sie haben vor allem Detailfragen beanstandet.

Damit wird wohl die »Änderung der Verordnung über die Zulassung von Logopäden zur Betätigung für die Krankenversicherung« auf die lange Bank geschoben. Die Vernehmlassungsergebnisse werden nun weitergeleitet an die Eidgenössische Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung, in welcher Ärzte und Krankenkassen vertreten sind. Ihre nächste Sitzung findet im Sommer 1987 statt. spk/SZH Luzern

Zusammenschluß der Legasthenietherapeuten

Die kantonalen Legasthenietherapeuten-Verbände haben sich vor kurzem zur Delegiertenkonferenz der kantonalen Legasthenietherapeuten-Verbände (DELEGA) zusammengeschlossen, um gesamtschweizerische Fragen auf dem Gebiet der Legasthenie-Therapie zu bearbeiten. Die Vertreter der Verbände treffen sich zweimal jährlich in Bern und besprechen aktuelle Fragen. Kontaktadresse: DELEGA, Frau M. Keller, Schönmatweg 26, CH-3600 Thun. SZH Luzern

Film über Aphasie

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Aphasie (SAA) hat die Produktion eines Informationsfilmes über das Krankheitsbild der Aphasie in Auftrag gegeben. Dieser Film wurde am 3. Dezember 1986 um 16.15 Uhr im Fernsehen des DRS ausgestrahlt (Wiederholung der Sendung: 5. Dezember 1986, 16.15 Uhr). Die Sendung dauert 45

Minuten, wobei neben dem dreißigminütigen Film 15 Minuten für Erläuterungen und weitere wichtige Sachhinweise über die Aphasie vorgesehen sind.

Der Film beabsichtigt, ein möglichst breites Publikum über das Krankheitsbild der Aphasie zu informieren. Dem Produzenten ist eine eindrücklich-lebensnahe Darstellung dessen gelungen, womit sprachgestörte Patienten nach der Erkrankung in ihrem Alltag konfrontiert werden.

Der Film (Videokassette) kann bei der SAA (Geschäftsstelle SAA, Postfach 3117, CH-3000 Bern 7) zu Vorführzwecken ausgeliehen werden. Integrierender Bestandteil des Filmes bildet eine Broschüre, in welcher auf die wichtigsten Sachinformationen (z. B. Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, die verschiedenen Formen der Aphasie, Übernahme der Behandlungskosten durch die Kostenträger, Angehörigenberatung u. a. m.) hingewiesen wird. SAA/SZH Luzern

Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik (SZH), Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern

Zur Stimme — Zwei Tagungen

Im Stimmheilzentrum Bad Rappenau fand in der Zeit vom 12. bis 14. Dezember 1986 ein Seminar für Berufssprecher statt, das ein großes Echo fand. Teilnehmer waren vorwiegend Oberbürgermeister und Bürgermeister badischer und schwäbischer Städte und Gemeinden sowie Hochschullehrer aus der ganzen Bundesrepublik. Angeboten wurde ein sogenanntes Rhetorisches Propädeutikum, das sich die Aufgabe gesetzt hatte, die Grundlagen der Redekunst, nämlich hygienische Atem- und Stimmführung sowie unterstützende Artikulationstechnik, zu vermitteln.

Das Übungsprogramm wurde durch ein Arbeitsteam gestaltet, das sich aus Phoniatern, Logopäden, Dipl.-Sprecherziehern, Atem-, Sprech- und Stimmlehrern, Psychologen und Physiotherapeuten zusammensetzte. Nahezu einstimmig wurde von allen Teilnehmern die Einführung solcher prophylaktischer stimm- und sprechhygienischer Seminare für Berufssprecher gefordert.

Anschließend wurde in der Zeit vom 15. bis 17. Dezember 1986 ein Weiterbildungsseminar für Stimmtherapeuten veranstaltet. Auch dieses war mit Teilnehmern aus verschiedenen Berufsrichtungen ausgebucht. Es ging dabei einmal um die Einführung in die Kommunikative Stimmtherapie und zum erstenmal für in der Stimmrehabilitation Tätige um die Erarbeitung einer Stimm-Eigenanalyse.

Besonders dieser letzte Programmpunkt erweckte bei allen Anwesenden eine große Aufmerksamkeit, weil man sich bei gründlicher Kenntnis der

eigenen Stimme für die therapeutischen Aufgaben auf diesem Sektor eine verbesserte Einfühlbarkeit versprach.

Das günstige Ergebnis beider Seminare veranlaßt uns, diese regelmäßig in unser Jahresprogramm mit aufzunehmen. So werden die nächsten Seminare für Berufssprecher vom 3. bis 5. April und für die Stimmtherapeuten vom 6. bis 8. April 1987 stattfinden.

Anmeldungen sind an das Psychosomatische Behandlungszentrum für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen an der Kurklinik Bad Rappenau, Postfach 1360, 6927 Bad Rappenau, Sekretariat Frau Vent, Telefon (07264) 831 70, zu richten.

Arbeitstagung

Österreichische Gesellschaft

für Sprachheilpädagogik:

»Handlungsorientierter Leseunterricht«

Schreiben, um zu lesen —

lesen, um zu schreiben

Am 30. September 1986 beschloß der Hauptvorstand der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), wie erstmals im April 1986 (siehe »Die Sprachheilarbeit« 1986/3, S. 154), gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (ÖGS) eine Arbeitstagung durchzuführen.

In einer Sitzung der Geschäftsführenden Vorstände der ÖGS und dgs am 3. Oktober 1986 wurden Teilnahmemöglichkeiten und -bedingungen, die Finanzierung der Tagung, die Publikation der Tagungsergebnisse sowie die Ankündigung der Fortbildungstagung in den Fachzeitschriften der ÖGS und dgs vereinbart.

Anlässlich des 7. Kongresses der ÖGS vom 7. bis 10. Oktober 1987 in Linz und der XVIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs vom 21. bis 24. September 1988 in Mainz sollen weitere gemeinsame Arbeitsvorhaben geplant werden.

Hamburg und Wien, im Oktober 1986

Anita Schwarze, 1. Vorsitzende der dgs

Fritz Hinteregger, 1. Vorsitzender der ÖGS

Es ist von enormer Bedeutung, die Wechselwirkung dieser beiden Tätigkeiten den Kindern bewußt zu machen. Da in den Elementarklassen schon die Tätigkeiten allein mühsam sind, die Fertigkeiten erst geübt werden müssen, darf man über dem Üben nicht vergessen, den Unterricht für die Kinder interessant und ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Lesen und Schreiben sollen voneinander nicht getrennt werden. Eines kommt vom anderen und sollte das andere zur Folge haben. Dazu ist es aber nötig, daß die Kinder

auch erfahren, daß ein Schreiben (im weitesten Sinn) eine Mitteilung enthält, daß man darauf reagieren kann oder soll, daß eine Mitteilung etwas bewirken kann, daß man sie nicht nur lesen, sondern auch verstehen lernen muß. Kinder müssen auch erst lernen, daß nicht nur das gesprochene, sondern auch das geschriebene Wort der Kommunikation dient. Es ist Aufgabe des Lehrers, die Neugierde der Kinder auszunützen, ihr Interesse zu wecken und auch zu erhalten. Dazu ist es nötig, den Standort der Kinder zu kennen und sowohl ein Unter- als ein Überfordern zu vermeiden.

Der Unterricht sollte daher so gestaltet werden, daß es für die Kinder auch tatsächlich Grund zum Schreiben und Lesen gibt.

Ziel des Seminars soll es sein, möglichst vielfältige Arten der Motivation und der praktischen Durchführung dieser Ideen zu sammeln.

Termin: 6. Mai 1987, abends, bis 9. Mai 1987, mittags. Ort: Bildungshaus Neuwaldegg, Wien. Teilnehmer: Kollegen, die zu diesem Thema Beiträge (Kurzreferate, Arbeitsmittel, Unterrichtsplanungen, Videofilme ...) beisteuern können, werden gebeten, bis 15. März 1987 Kurzfassungen ihrer Beiträge an die Geschäftsadresse der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (ÖGS), Kindermannngasse 1, A-1170 Wien, zu senden.

Die Teilnehmerzahl kann aus Platzgründen 45 nicht wesentlich überschreiten. Tagungskosten: ca. 1800 ÖS.

17. Internationaler Kongreß für Individualpsychologie Münster, 12. bis 16. Juli 1987

Die Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie führt im Auftrag der Internationalen Vereinigung für Individualpsychologie den 17. Internationalen Kongreß durch, der in besonderer Weise dem Gedächtnis Alfred Adlers (1870—1937) gewidmet ist. Unter dem Rahmenthema »50 Jahre nach dem Tod Alfred Adlers — Die Individualpsychologie in der Wirklichkeit unserer Zeit« soll die Diskussion über Stand und Weiterentwicklung der Individualpsychologie geführt werden.

Themenkreise, die behandelt werden: Individualpsychologie (IP) im Dritten Reich. Geschichte der Nachkriegs-Individualpsychologie. Theorien und Methoden der IP in Einzel- und Gruppentherapie. IP zwischen Therapie und Wissenschaft. Beratung — IP in Schule und Familie. IP und Arbeitswelt. Ökologie und IP. Theorien der Weiblichkeit. Psychosomatik und IP. Körperorientierte Verfahren und IP. Moral und Ethik. Massenmedien und IP. Sexualität und IP. Wert des Unnützen.

Kongreßsprachen: Englisch, Französisch, Italienisch, Deutsch. Vorprogramm mit Anmeldekarte und Quartierbestellkarte: ab Januar 1987 verfügbar. Voranmeldung ist ab sofort möglich.

Zusätzlich geplante Veranstaltungen: Ausstellung über Alfred Adler und die Entwicklung der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum (im Schloß der Universität). Karikaturen-Ausstellung »Psycho-Logisches« (im Westfälischen Landesmuseum). Alle Ergebnisse eines Plakatwettbewerbs zum Kongreß.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. (DGIP) im Auftrag der Internationalen Vereinigung für Individualpsychologie. Tagungsort: Universität Münster/Westfalen. Kongreßbüro: DGIP-Bundesgeschäftsstelle, Ruffinistraße 10, 8000 München 19, Telefon (089) 1 68 80 68.

Fortbildungsprogramm 1987

Der Arbeitskreis Kooperative Pädagogik (AKoP) e.V. führt im Frühjahr 1987 die folgenden Fortbildungskurse durch:

Die Arbeit mit schwerstbehinderten Erwachsenen. Sensumotorische Kooperation. Dipl.-Päd. W. Praschak, H. Schönberger-Kuse, K.-W. Fernkorn. Bielefeld-Bethel, 16. bis 20. März 1987.

Psychomotorische Erziehung im Rahmen einer Kooperativen Pädagogik. In Zusammenarbeit mit »Psychomotorische Erziehung, soziale Integration und Rehabilitation e.V.« (PESIR) Hamburg. Prof. Dr. K. Jetter, Dr. K.-P. Meyer-Bendrat, H. u. U. Treeß, F. Bouachba. Ganderkesee bei Bremen, 16. bis 20. März 1987.

»Wahrnehmungsstörungen« als bewegungstherapeutisches Problem. Prof. Dr. K. Jetter, Prof. Dr. F. Schönberger, Ch. Grafmüller. Gallneukirchen bei Linz/D., Oberösterreich, 22. bis 27. März 1987.

Elementare Einführung in die neurophysiologische Bewegungsbehandlung nach Bobath. Dr. med. D. Hauf, Dipl.-Päd. G. Ritter, J. Grete, Dr. E. Preißler. Gallneukirchen bei Linz/D., Oberösterreich, 27. bis 30. März 1987.

Pädagogisch-psychologische Aspekte der neurophysiologischen Bewegungsbehandlung nach Bobath — Grundkurs: Die Bewältigung des Alltags als Aufgabe der Therapie bei Kindern und bei Erwachsenen. Prof. Dr. F. Schönberger, Prof. Dr. K. Jetter, Dr. med. D. Hauf, Dipl.-Päd. G. Ritter, J. Grete. Gallneukirchen bei Linz/D., Oberösterreich, 30. März bis 4. April 1987.

Kursprospekte, Auskünfte und Anmeldungen bei AKoP-Fortbildung, Prof. Dr. F. Schönberger, Ricklinger Straße 13, 3057 Neustadt 1, Telefon (05032) 6 49 49.

Seminare der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

3. April 1987: Berührungspunkte der kinderärztlichen und sozialarbeiterischen Tätigkeit. Aufforderung zur Zusammenarbeit. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Rainer Masur, Diplomsozialpädagoge, München. Manfred Förg, Diplomsozialpädagoge, München.

4. April 1987: Interaktionsstörungen mit Gleichaltrigen im Kindesalter — Theorie, Beobachtung und Therapie. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Gisela Fröhlich, Diplom-Psychologin, München.

9. bis 10. April 1987: Interaktionsprobleme in der Entwicklungsrehabilitation aus psychologischer Sicht (am Beispiel der Behandlung nach Vojta). Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Dr. Stephanie Burgmayer, Diplom-Psychologin, München. Andrea Nürnberger, Krankengymnastin, München.

17. bis 18. April 1987: Praktische Anwendungsmöglichkeiten der Entwicklungspsychologie von Jean Piaget. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Dr. Friedrich Voigt, Diplom-Psychologe, München.

21. bis 24. April 1987: Frühe Hör- und Spracherziehung hörgeschädigter Kinder (Eltern-Kurs). Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Susanne Schmid-Giovannini, Leiterin des Internationalen Beratungszentrums für Eltern hörgeschädigter Kinder, CH-Zollikon.

8. bis 9. Mai 1987: Hörprüfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in der kinderärztlichen Praxis. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Prof. Armin Löwe, Heidelberg.

15. bis 17. Mai 1987: Feldenkrais-Methode — Bewußtheit durch Bewegung und Funktionale Integration. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Gaby Yaron, Tel Aviv/Israel.

22. bis 24. Mai 1987: Mehrfachbehinderung bei Kleinkindern. Ort: Katholische Landvolkshochschule, Haus Petersberg, 8065 Erdweg/Dachau. Anmeldung: VHS München, Behindertenreferat, Barlachstraße 26, 8000 München 40. Seminarleitung: Hans Fuchs, Diplom-Psychologe, München.

29. bis 31. Mai 1987: Einführung in die Familientherapie. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Gernot Fritsch, Diplom-Psychologe, Mainz.

1. bis 26. Juni 1987: Neurophysiologische Behandlung von bewegungsgestörten Kindern nach der Vojta-Methode (A-Kurs). Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Dr. Vaclav Vojta, München.

4. bis 6. Juni 1987: Therapie mit aggressiven Kindern. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Prof. Dr. Franz Petermann und Frau Dr. Ulrike Petermann, Bonn.

13. bis 14. Juni 1987: Neurophysiologische/Neuropsychologische Aspekte der psychomotorischen Übungsbehandlung. Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Farouk Bouachba, Arbeitsgemeinschaft Psychomotorik im ZVK, Borken/Westfalen.

15. bis 16. Juni 1987: Yoga — Ein ganzheitlicher Ansatz. Ort: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Adelheid Ohlig, München.

26. bis 28. Juni 1987: Montessori-Pädagogik und Psychomotorik — Die Bedeutung der Bewegung im Praxisfeld ganzheitlicher Erziehung. Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Anne Schöttler-Vogel, Montessori-Sonderpädagogin, München, Michael Passolt, Diplom-Motologe, München.

Anmeldung und das komplette Jahreskursprogramm über die Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V., Lindwurmstraße 131, z. H. Herrn Stefan Amandi, 8000 München 2.

Fortbildungslehrgänge

Der Mühlberger Arbeitskreis der Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland veranstaltet im Jahr 1987 zwei weitere Fortbildungslehrgänge: Musik — Tanz — Szene vom 11. bis 15. April 1987 und Musik — Spiel — Bewegung vom 17. bis 21. Juni 1987.

Eingeladen sind künstlerische Berufsgruppen und in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der Musiktherapie, der elementaren Sprech- und Bewegungserziehung, der musikalischen Früherziehung sowie in der Sozialpädagogik Tätige oder in Ausbildung Stehende, außerdem alle an dem Sachgebiet Interessierte auch ohne besondere musikalische Voraussetzungen.

Themen: Elementare Musik — Improvisation — Tanz- und Bewegungsformen — Sensomotorische Übung — Multimediale Spielformen — Rhythmische Gymnastik und sportliche Übung.

Referenten: Dr. Claus Thomas, Freiburg; Dr. Werner Thomas, Heidelberg; Barbara Kaumeyr, Heidelberg; Raffaella Kämmerling, Leverkusen; Lilo Kobe, Lömmenschwil/Schweiz.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, 8032 Lochham bei München. Anmelde-schluß: Kurs 1: 1. März 1987, Kurs 2: 1. Mai 1987.

Einladung für 1989 (bitte vormerken)

Der Fachbereich Sonderpädagogik der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität von British Kolumbien in Vancouver plant, im Mai 1989 die »Erste Kanadische Internationale Sonder-

pädagogische Konferenz« zu veranstalten. Das Hauptanliegen dieser Konferenz soll es sein, ein Forum für einen Meinungs-austausch zwischen den führenden Vertretern der Sonderpädagogik der Dritten Welt und in hochentwickelten Ländern zu bilden. Die Sonderpädagogik steckt in vielen Entwicklungsländern noch in den Kinderschuhen. Viele behinderte Kinder der Dritten Welt sind noch immer ohne jede Erziehung und Bildung. Eine Aufgabe der Konferenz soll es sein, über alternative Hilfen für diese Kinder zu beraten.

Wer an dieser Konferenz interessiert ist und nähere Informationen haben möchte, möge sich bitte an folgende Anschrift wenden:

Marg Csapo, Ph. D., Professor, Educational Psychology and Special Education, The University of British Columbia, Faculty of Education, 2125 Main Mall, University Campus, Vancouver, B. C., Canada, V6T 1Z5.

Aus der Organisation

Landesgruppe Hessen

Stottern in pädagogischer, psychologischer und ärztlicher Sicht

Am 14. November 1986 kamen auf Betreiben des Vorstandes der dgs-Landesgruppe Hessen die hessischen Sprachheilbeauftragten zu einer Fortbildungstagung des Sozialministeriums zum Problem des Stotterns in Frankfurt am Main zusammen (wir wiesen bereits im Heft 6/1986 darauf hin).

Prof. Dr. E. Westrich, Universität Mainz, stellte seine Überlegungen zur Entstehung und sprachheilpädagogischen Beeinflussung des Stotterns dar. Seine Behandlungshinweise gipfelten in der Erkenntnis, daß es sich dabei hauptsächlich um Lernen und Erziehung, Hilfe zur Selbsterziehung und damit zur Selbsthilfe handelt. Dabei gilt es auch, zur Eigenständigkeit und Eigenverantwortung durch einen echten Dialog zwischen Sprachheilpädagogen und -pädagoginnen und den redeunflüssigen Menschen zu gelangen.

Demgegenüber relativierten Prof. Dr. med. Johannsen und Dipl.-Psych. H. Schulze von der Universität Ulm die psychosozialen Ursachenannahmen und Behandlungsverfahren aufgrund ihrer eigenen wissenschaftlichen Untersuchungen. In deren Grundlegung spielten wohl auch wieder biologische und erbbiologische Untersuchungsergebnisse eine Rolle, und so wurden folglich auch organische Ursachen in den Vordergrund gestellt.

Besonders neurologische Komponenten kamen zur Geltung. H. Schulze meinte, bei vielen Behandlern fehlten strenge wissenschaftliche Grundlagen und wissenschaftlich fundierte Erfolgskontrolle, und er brachte höchstkomplizierte Tests sowie Trainingsformulare auf hoher linguistischer Komplexitätsebene zur Kenntnis. Unter seinen zahlreichen Übungsbeispielen waren auch solche zum Training der Mundmotorik unter Verwendung sinnloser Silben und Wörter.

Vielen Zuhörern erschienen die ihnen nicht ohne weiteres nachvollziehbaren Forschungen, Ergebnisse und Folgerungen von Johannsen und Schulze dann doch etwas problematisch. Leider konnte sich die daher besonders notwendige Diskussion nicht mehr so richtig entfalten, da die Referenten der Tagung infolge des großen Engagements an ihrer Sache kaum noch Zeit dazu gelassen hatten. Der Leiter der Veranstaltung, Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte Dr. med. Kruse, Marburg, wurde deshalb gebeten, eine weitere Tagung baldmöglichst folgen zu lassen. Dann kann die vielleicht doch nur scheinbare Kluft zwischen einigen sehr betonten medizinischen und pädagogischen Standpunkten sicherlich noch überbrückt werden.

Arno Schulze

Berchtesgadener Tage 1986

Zum 11. Male hatte Arno Schulze, Kirchhain, zu den Berchtesgadener Tagen eingeladen: Sie wur-

den, wie bereits schon die 10. derartige Veranstaltung, in der Gemeinde Schönau am Königssee im neuen Rathaus und Fremdenverkehrszentrum vom 6. bis zum 12. Oktober 1986 abgehalten.

Am Abend des Tages der Anreise (Montag, 6. Oktober) wurde die Tagung um 20 Uhr eröffnet mit der Begrüßung der Teilnehmer und mit Informationen über Land und Leute des Berchtesgadener Landes, wozu ein Videofilm lief. Es wurde auch über die sprachheilpädagogischen Aktivitäten der uns freundschaftlich verbundenen Landesgruppe Bayern in dieser Region berichtet. Zum Schluß, gegen 23 Uhr, wurde das Programm der folgenden Tage besprochen und mit den Teilnehmern endgültig abgestimmt.

Der Beginn des Dienstags (7. Oktober) stand von 10 bis 12 Uhr im Zeichen der diesmal ganz besonders praxisbezogenen Tagung: Sonderschulrektor Armin Wiebe, Lensahn, bereitete mit den Teilnehmern die Sprachüberprüfungen im Kindergarten Schönau vor, auch das von ihm gestellte Prüfmaterial wurde vorgestellt. — Von 14 bis 17 Uhr betätigten sich verschiedene Kleingruppen an der Detailplanung der Sprachuntersuchungen und weiterer Tagungsvorhaben. — Am Abend wurde von 20 bis 22 Uhr neuerlich die sprachheilpädagogische Arbeit wissenschaftlich und praktisch als solide fundiert vorgestellt durch das Referat von Prof. Dr. W. Radigk, Universität Frankfurt/Main: »Sprachheilpädagogik ist mehr als Sprachtherapie.« Die Diskussionen zogen sich noch bis weit nach Mitternacht hin, so nachdenklich, aber auch aufrüttelnd und begeisternd stimmten die Ausführungen des Redners.

Am Mittwoch (8. Oktober) berichtete der Sprachheilpädagoge und Psychotherapeut Otto Friedrich von Hindenburg über die so verbands- und berufspolitisch wichtige Arbeit des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen der dgs (10 bis 12 Uhr). Teile seines Berichts ergänzten geradezu das Referat Prof. Radigks im Sinne der Notwendigkeit weiterer beweiskräftiger Fundierung der sprachheilpädagogischen Tätigkeit. Am Nachmittag (14 bis 18 Uhr) wurden die Untersuchungen im Kindergarten durchgeführt, unter Mitarbeit von Frau Inge Holler, Sprachheilpädagogin und pädagogische Mitarbeiterin an der Universität Marburg, und des Sprachheilpädagogen Klaus Strüber, Cölbe. Parallel dazu arbeitete eine Gruppe unter der Moderation von Hindenburgs über den Berufsverband der diplomierten Sprachheilpädagogen und den Entwurf einer Stellungnahme der dgs zu dessen Bestrebungen. Die den Tag abschließende Arbeit (20 bis 22 Uhr) teilte sich auf in einen ersten Bericht über die Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen und ein Referat über neue Aspekte der Arbeit in

Stotterer-Selbsthilfegruppen, vorgetragen von Norman Bush, Präsident der Versta Zürich.

Der Donnerstag (9. Oktober) diente von 10 bis 12 Uhr der gemeinsamen Auswertung der Sprachhebungen, wobei die »interessierten Laien« unter den Teilnehmern manche Einblicke in die Sprachheilarbeit gewannen. — Der Nachmittag (14 bis 18 Uhr) brachte ein weiteres Referat von Prof. Radigk zur stammesgeschichtlichen Entwicklung der Sprache. Arno Schulze moderierte einen Aussprachekreis über Auswirkungen der Integrationsbewegung auf die Sprachheilpädagogik. — Von 20 bis 22 Uhr gab es unter der Leitung von Armin Wiebe eine Versammlung mit Eltern, Kindergärtnerinnen und unseren Teilnehmern zu den Erhebungsbefunden. Es wurde zu eventuell notwendigen Behandlungen auf die örtlichen Gegebenheiten verwiesen, auch auf die niedergelassenen Logopädinnen.

Am Freitag (10. Oktober, 8 bis 18 Uhr, einschließlich ca. 40 km Autofahrt) ging unsere bei jeder Tagung übliche Exkursion diesmal nach Inzell zum Sprachheilinstitut von P. A. Kreuels. Was der, man kann schon sagen, »Meister seiner Methode« uns zeigte, war beeindruckend. Kollege Kreuels konnte uns ehemals schwer redeunflüssige Jugendliche und Erwachsene nach gerade abgeschlossener wohl vierwöchiger Internats-Intensivbehandlung vorstellen, die vor uns — ihnen doch fremde Personen, die noch als kritische Experten galten (!) — völlig frei und flüssig sprachen! Seine Methode wurde anschließend sehr freimütig diskutiert, und es wurde überlegt, ob dieses Verfahren tatsächlich für *alle* Stotternden die Methode der Wahl darstellt. — Von 20 bis 23 Uhr wurden in einer öffentlichen Gesprächsrunde im Gasthof Grüner Baum Probleme des gesamten Sprachheilwesens angesprochen, unter Einbeziehung der stationären Behandlung in Inzell.

Der Samstag (11. Oktober) brachte von 9 bis 12 Uhr die zusammenfassende offizielle Abschlußsituation. Danach machten besonders die noch einige Tage verweilenden Teilnehmer von der Möglichkeit der Selbstvorführung von Therapie-Videofilmen regen Gebrauch.

Arno Schulze

Die Sprachheilarbeit

*Das Inhaltsverzeichnis
für die Jahrgänge 1985/1986
liegt aus redaktionellen Gründen
erst dem Heft 2/1987 bei.*

Die Redaktion

Ruth Becker und Walter Elsner (Hrsg.): **Das aphasische Kind**. Bericht des Schulkomitees der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IALP) über die Tagung in Zürich 1984. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (Ost)/DDR, 1986. 125 Seiten, 9 Abbildungen, 17 Tabellen. Broschiert DDR 16 Mark, Ausland und Bundesrepublik Deutschland 25 DM.

Ingo Kroker: Sprachverlust nach Schlaganfall. Verlag für Medizin, Heidelberg, 1986. 103 Seiten, 10 Abbildungen. Kartoniert 13 DM.

Die von *Becker* und *Elsner* gesammelten Beiträge geben einen Einblick in die Arbeit bekannter Spezialisten. Wegen der schwierigen Thematik gibt es allerdings auch hier keine endgültigen Lösungen; jedoch gibt es für die sprachheilpädagogische und logopädische Seite der Behandlung sowie über die neurologischen Grundlagen der Aphasien wertvolle Aufklärung und Tips. Wichtig sind für den Leser Falldarstellungen und der Hinweis, daß »... zerebrale Verletzungen und Erkrankungen des sich entwickelnden kindlichen Hirns ... neurophysiologisch etwas anderes zu bedeuten (haben) als beim Erwachsenen. Das muß bei der Beurteilung kindlicher Aphasien und ihrer Behandlung bedacht werden.«

Unter den zahlreichen lesenswerten Darlegungen sei nur hervorgehoben der Beitrag des Schweizer Sprachheilpädagogen *Dr. med. h. c. Eberhard Kaiser*, Basel: »Zur Situation der diagnostischen und therapeutischen Versorgung zentral sprech- und/oder sprachgestörter (aphasischer) Patienten in der deutschsprachigen Schweiz und den sich hieraus ergebenden Folgerungen« (S. 112—125). Es werden Fragebogen-Erhebungen zur Versorgungslage ausgewertet, die nicht nur in der Schweiz berücksichtigungswert sind. Das Buch, das auch einige Beiträge in englischer Sprache enthält, ist sehr empfehlenswert für alle Fachpädagoginnen und -pädagogen.

Die Empfehlung gilt auch für das kleine Buch von *Kroker*. Dieser Ratgeber gibt Erläuterungen über das Erscheinungsbild der Aphasie, die Begleiterscheinungen, die wichtigsten medizinischen Untersuchungen, die sprachtherapeutischen Maßnahmen in der Akutphase, den Umgang mit der Halbseitenlähmung sowie über die ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Es werden auch Fragen beantwortet, die Patienten und ihre Angehörigen immer wieder stellen. Die Antworten beziehen sich u. a. auf die Zeit im Kran-

kenhaus, aber auch besonders auf die Zeit vor und nach der Entlassung aus der Klinik. Weiter wird über Selbsthilfegruppen informiert, und es gibt Bücherhinweise.

Arno Schulze

Aus anderen Zeitschriften

Behinderte, Graz/Österreich

Nr. 5, 1986:

Karlheinz Wöhler, Lüneburg: Wie die Sonderpädagogik zum Behinderten kam und kommt: Der Behinderte als Objekt und Subjekt. S. 2—13.

Unter fachgeschichtlichen Aspekten übt *Wöhler* Kritik am sonderpädagogischen Handeln. Nach ihm sollte die heutige Sonderpädagogik »lebensweltlich oder ökologisch zum Behinderten (kommen), dann wird sie dadurch ... lebensnaher, individuums- und bedürfniszentrierter ...« (S. 11).

Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 11, 1986:

Andreas Starke: Einführung in die Van-Riper-Therapie, Teil 1 bis 4 — Ein Bericht aus der Sicht des Referenten —. S. 8—12.

Der Bericht, der Höhen und Tiefen eines von *Starke* selbst abgehaltenen Seminars reflektiert, weist auch auf acht Video-Bänder à 45 Minuten hin, die von Van Ripers Therapie zur Verfügung stehen.

Nr. 12, 1986:

Erhard Hennen, München: Was sagen die Parteien zum Thema »Selbsthilfe«? S. 6—11.

In diesem Heft werden FDP und CDU befragt, die Grünen und SPD sollen im Heft 1/1987 folgen.

Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahresschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik, Wien/Österreich

Brigitte Schnell, Wels: Untersuchung und Befunderstellung bei sprech- und sprachgestörten Kindern. S. 75—79.

Die Sprachheillehrerin stellt einen aus ihrer Praxis resultierenden Untersuchungsbogen vor, der knapp, aber ausreichend und sehr übersichtlich die Aktenführung erleichtern kann.

Im Heft schreiben u. a. noch *Füssenich*, *Heidtmann*, *Dannenbauer*, *Kotten-Sederqvist* sowie

Schöler und Mitarbeiter zu Tests und zum Dysgrammatismus.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 5, 1986:

Gertraud Petermann, Berlin (Ost)/DDR: Prozeß-immanente Diagnostik sprachgeschädigter Vorschulkinder. S. 282—289.

Unter Verwendung eines Entwicklungsbogens können die Fortschritte der Kinder in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen festgehalten und anschaulich dargestellt werden (Teil II dieses Artikels findet man im Heft 6/1986, S. 359—367).

informatio. Mitteilungen des Seraphischen Liebeswerkes Pro infante et familia. Solothurn/Schweiz

Nr. 4, 1986:

Anton Hunziker: Humanökologie und helfende Berufe. Eine Auswertung des Themas »Umwelt und seelische Gesundheit im Alter« mit Hilfe des »Lebensvollzugsmodells« als klärenden Beitrag. S. 107—116.

Die Frage, welchen neuen Beitrag die Humanökologie den helfenden Berufen und den freiwilligen Helfern zur Aufgabenbewältigung bieten kann, soll ein Beispiel aus der Hilfeleistung für Betagte mit Verwirrtheitssyndrom beantworten. Es wird ein solidarisches Ganzheitsdenken vorgestellt, welches auch als »lebensweltgerechte Krankenpflege und Sozialarbeit« beschrieben werden kann. Der Artikel soll fortgesetzt werden. Danach wäre zu überlegen, wo eine Sprachheilpädagogik für Senioren ihren Platz hätte.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), Freiburg/Schweiz

Nr. 3, 1986:

Alfons Welling, Hannover: Zeitkonzept und Zeitzeichen — Grundlegung einer Untersuchung mit sprach- und hörbehinderten Vorschulkindern. S. 288—303.

Es wird aufmerksam gemacht auf eine geplante wissenschaftliche Untersuchung über das Verhältnis von Zeitkonzept und Verwendung von Zeitzeichen bei Vorschulkindern. Dabei soll es auch um das »Problemfeld Dysgrammatismus« gehen. Arno Schulze

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

I. Olbrich: Psychomotorische Sprachentwicklungsförderung in der Integrierten Sprach- und Bewegungstherapie.

R. Bahr und H. Nondorf: Sprachentwicklungsstörungen aus entwicklungs- und neuropsychologischer Sicht.

I. Oskamp: Erziehung zu prosozialem Verhalten als Weg zur Persönlichkeitsbildung und -stabilisierung Sprachbehinderter.

H. Naeckel und W. Wertenbroch: Die Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer nach der Methode Georg H. Naeckel.

Das ST. LUKAS-HEIM — eine sonderpädagogische Einrichtung für geistig und mehrfachbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene — sucht für den teilstationären Bereich

eine(n) **Logopädin(en)**
oder
**Sprachheillehrer(in) /
Geistigbehinderten-
pädagogen(in)**

für die Diagnostik und Sprachtherapie der sprachgestörten Kinder. Die Vergütung erfolgt nach AVR (ähnlich BAT). Außerdem gewähren wir die üblichen Sozialleistungen.

Bitte, richten Sie Ihre Bewerbung an:
ST. LUKAS-HEIM
Gasthauskanal 9, 2990 Papenburg/Ems 1
Telefon (04961) 8030.

*Wir bitten um Beachtung des
dieser Zeitschrift beiliegenden
Prospekts mit Bestellzettel
für Lehrmittel und Schriften
zur Sprachheilpädagogik.*

Verlag Wartenberg & Söhne

»Die Sprachheilarbeit«

Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Hauptbeiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten, Beiträge für die Sonderrubriken, z. B. »Aus der Praxis«, »Aus der Forschung« usw. höchstens 6 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Literaturverzeichnis).
2. Jeder Arbeit soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (möglichst schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld — ggf. zu Arbeitsschwerpunkten (Forschungen) und vorliegenden Publikationen — gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend numeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z. B.: (Sovák).
Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z. B.: (Luchsinger 1956 a).
Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (Heese 1965, S. 72).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschrieben, z. B.: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.
Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben,
z. B.: Führung, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 41970.
Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:
z. B.: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.
Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen,
z. B.: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.

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

Für die bestmögliche Förderung unseres vierjährigen, in seiner Sprachentwicklung zurückgebliebenen Sohnes suchen wir eine

Logopädin

mit praktischer Erfahrung, der die Arbeit in einer Familie Freude machen würde. Wir leben in einem großen Haus in landschaftlich sehr schöner Umgebung in der Schweiz und unternehmen häufig Reisen in Europa und Amerika. Wir bieten geregelte Arbeitszeit und großzügige Bezahlung. Auch wenn Sie sich nur für eine kürzere Zeit von drei bis sechs Monaten binden möchten, würden wir uns über Ihre Bewerbung freuen.

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

Sprachheilpädagogin

(Dipl.-Päd. mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik), 27 J., praktische Erfahrungen in der Behandlung von kindlichen Sprachstörungen und Aphasie (Sprachheilzentrum, sprachtherapeutische Praxis und Gesundheitsamt), Diplom März 1987, sucht Anfangsstellung.

Angebote unter Chiffre Nr. 02/01 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Für den Heilpädagogischen Kindergarten und die Werkstatt für Behinderte wird

eine/ein Logopädin/Logopäde

für sofort oder später gesucht.

Der Einsatz der/des Logopädin/Logopäden umfaßt sowohl die Arbeit mit Kindern als auch mit erwachsenen Behinderten.

Im Kindergarten werden zur Zeit 65 geistig, entwicklungsverzögerte und körperlich behinderte Kinder betreut und gefördert, mit der Zielsetzung, sie für eine Schule vorzubereiten.

Aus der Werkstatt für Behinderte sollen sprachauffällige erwachsene Behinderte in Einzel- und Gruppentherapie sprachtherapeutisch gefördert werden.

Die Behandlung von Sprachstörungen bei Kindern und Erwachsenen ist Teil eines Behandlungsplanes, welcher von einem Team aus Kinderärztin, Pädagogen, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeutin und Logopädin durchgeführt wird.

Wir bieten Bezahlung nach BAT, 31 Tage Jahresurlaub, 13. Monatsgehalt, Zusatzversorgungskasse, Zuschuß zum Mittagessen und Fortbildungsmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das Heilpädagogische Zentrum Krefeld Postfach 48, 4154 Tönisvorst 2.

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

HERRN WSS 000198 *0023*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Der Tagungsbericht Düsseldorf 1986

XVIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs
Thema: **Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen**
kommt Anfang März d. J. zur Auslieferung.

Die Teilnehmer der Tagung erhalten den Tagungsbericht
unmittelbar von der Landesgruppe Rheinland der dgs.

Weitere Interessenten können den Tagungsbericht
zum Preis von 32,— DM beziehen vom Verlag

Wartenberg & Söhne GmbH

Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50.

BHW
Die Bausparkasse mit Ideen

BHW DISPO 2000

Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.

Welche Vorteile Ihnen diese neue
Freiheit bringt, steht im neuen *BHW-*
Bauspar-Buch.

BHW Bausparkasse für den öffentlichen
Dienst, Postfach 10 13 22,
3250 Hameln 1, Btx *55 255 #