

C 6068 F

DIE SPRACHHEILARBEIT

33. Jahrgang 5/88
Oktober

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

Inhaltsverzeichnis

Auf ein Wort	Seite
Jürgen Teumer	211

Hauptbeiträge

Hans-Joachim Motsch, Freiburg/Schweiz »Pädagogische Logopädie« in der Schweiz	213
--	-----

Peter Wettstein, Zürich Berufsbild und Ausbildung der Logopäd(inn)en in der Schweiz	221
Dirk Randoll, Frankfurt/Main Erfahrungen und Ergebnisse bei der Anwendung des Systematic Fluency Training for Young Children (SFTYC) von R. E. Shine	227

Ursula de Vries, Christel Hinsenbrock und Petra Lange, Oldenburg Katamnese zur Behandlung stotternder Kinder im Vorschulalter mit begleitender Elternberatung	241
---	-----

Magazin	Seite
Echo	246
Im Gespräch	247
Personalien	249
Einblicke	249
Ideenplatz	252
Weitwinkel	254
dgs-Nachrichten	254
Rezensionen	254
Buch- und Zeitschriftenhinweise	258
Aus-, Fort- und Weiterbildung	259
Tagungen und Kongresse	259
Vorschau	260

ISSN 0584—9470

dgs

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Vorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin

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, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
Berlin	Jürgen Jeßke, Hildegardstraße 21, 1000 Berlin 31
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Plattenwerbe
Hamburg	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindendamm, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland	Heribert Gathen, Gockelsweg 7, 4050 Mönchengladbach
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, Glojenburg 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

Prof. Dr. Jürgen Teumer, Mühlenkamp 2 A, 2723 Schaeßel

Telefon (04263) 88 88

Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1

Telefon (0421) 59 13 32

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 7,50 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 45,— DM zuzüglich 5,40 DM Portokosten.

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

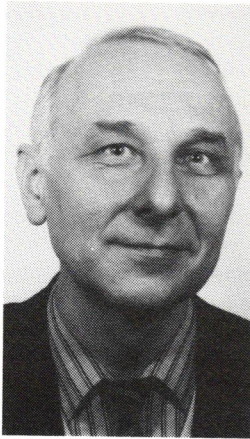
Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden (1988 siehe Heft 2, S. 102).

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit den 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 Bestellzettel des Verlages Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg, bei.



Jürgen Teumer

Auf ein Wort

Sie haben es sicher auch schon bemerkt: Eine Sprachkrankheit breitet sich aus. Menschen aller Schichten, ob jung oder alt, männlich oder weiblich, Bundestrainer oder Freizeitsportler, der kleine Mann auf der Straße oder der Möchtegern in der Politik, Menschen in Leipzig und Rostock genauso wie in Flensburg und Wanne-Eickel sind von ihr befallen.

Die Krankheit hat bisher glücklicherweise nur den mündlichen Sprachgebrauch ergriffen, der ja bekanntlich weniger Zeit läßt, die Wörter und Sätze abzuwägen. Ob sie auch das Schriftliche heimsucht, kann im jetzigen Stadium noch nicht sicher vorausgesagt werden. Möglich ist es.

Und es ist wie immer: Wenn ein Bazillus in die Gemeinschaft der Sprechenden einzudringen gedenkt, so sucht er seine schnelle Verbreitung über die Medien. Fernsehen und Rundfunk transportieren ihn dann willig in jedes Haus. Sie sind die Garanten dafür, daß die Krankheit epidemische Ausmaße erreicht.

Bevorzugte Vermittler sind relativ spontane Interviews: Straßenbefragungen zum Problem A, Studio-Diskussionen zum Thema B, Live-Interviews mit dem Prominenten X, und nicht zu vergessen: die beliebten Talkshows und Sportsendungen. Hier kann der Erreger so richtig wüten — bei den Moderatoren wie bei den Gästen. Hören wir doch einmal ausschnittsweise in das Sportstudio hinein (Transkript eines Live-Interviews):

Moderator: »Herr B., erklären Sie doch einmal vor unserem Millionenpublikum, wie es zu Ihrer Entscheidung gekommen ist, den Spieler R. nicht in die Mannschaft zu nehmen, weil die Fans haben aus meiner Sicht ein Recht dazu, das von Ihnen zu erfahren.«

Gast: »Ja gut, wissen Sie, das ist ganz einfach und kein großes Geheimnis, weil der R. hat schon im Training Schwächen im Tackling gezeigt. Und im Grunde ist das ja auch nichts Sensationelles, weil der R. spielt ja in seinem Verein zur Zeit auch nicht gerade in Hochform.«

Eine beliebte »Brutstätte« für den Bazillus ist auch eine der wenigen wirklich satirischen Sendungen im Fernsehen.

Ausschnitt: »Oh, der H. K. ist da fein raus, weil der hat ja seine Speichellecker.« »Nein, der S. kann eigentlich nichts dafür, weil der ist wirklich so.«

Sie denken, daß sich derartiges nur im Abendprogramm ereignet? Bewahre, ein Ausschnitt aus einer x-beliebigen Jugendsendung am Nachmittag wird die tageszeitliche Unabhängigkeit beweisen!

Moderatorin: »Sag mal, wie erklärst du dir das?«

Fan: »Ganz einfach, weil der ist so echt cool, der hat den geilen Sound so richtig drauf, und so.«

Lassen wir's genug sein. Ich will diesen Platz nutzen, um den in der deutschen Sprachgemeinschaft in Ost und West, in Nord und

Süd grassierenden Erreger zu entlarven: Es ist — um gleich die exakte Bestimmung der Duden-Grammatik aufzugreifen — die kausale (unterordnende) Konjunktion »weil«, die seit einiger Zeit im Begriffe ist, ihr Terrain auszudehnen zu Lasten der kausalen (nebenordnenden) Konjunktion »denn«, jedoch unter Beibehaltung der für den Denn-Satz erforderlichen Wortfolge. Zu beklagen ist also hier der allmähliche Verlust des »Denn«, sieht man einmal von der in Norddeutschland üblichen Eigenart ab, »denn« an die Stelle der temporalen Konjunktion »dann« zu setzen (Beispiel: Na, denn geht es eben nicht.).

Hört man bei den besagten Interviews genauer hin, so entdeckt man zwei Varianten: In der einen Version wird der (falsche) Kausalsatz nach der Konjunktion »weil« erst nach einer deutlich wahrnehmbaren Pause fortgesetzt, so, als hätte es sich der Sprecher noch einmal anders überlegt, nachdem er bereits den Kausalsatz mit »weil« begonnen hatte. In der anderen Version ist dieses kurze Einhalten nicht mehr wahrzunehmen. Die Wortfolge ist übergangslos flüssig wie in einem richtigen Weil-Satz. Ob diese Variante bereits einen geläufigen, eingeschliffenen und fortgeschrittenen Gebrauch anzeigt und damit schon nicht mehr der Bewußtseinspflicht unterliegt?

Fragen wir nach den Entstehungsbedingungen. Ich will dazu die eigenen Fährten offenlegen, die mich auf die Spur dieses Bazillus führten: Es war vor einigen Jahren im Allgäu, wo ich seiner durch die Bekanntschaft mit Einheimischen zum ersten Male in ziemlicher Intensität gewahr wurde. Inzwischen habe ich mich bei meinen regelmäßigen Aufenthalten dort längst daran gewöhnt, von ihm belästigt zu werden. Die Ansteckungsgefahr ist noch gering, weil er offenbar Bestandteil des dialektalen Kolorits ist und deshalb keinen »Krankheitswert« besitzt.

Wenn diese Beobachtung richtig ist, bleibt zu fragen, was dazu beigetragen haben könnte, daß andere sich schon von diesem Bazillus anstecken und ihren Sprachgebrauch von ihm infizieren ließen? Ist es nur die heimliche Sehnsucht aller Bewohner nördlich der Mainlinie, so viel Originalität besitzen zu wollen wie die des Freistaats und dies auch über

unbewußte Identifikationen sprachlich auszudrücken? Ist es vielleicht der gleiche Vorgang, der sich auch in der zeitlich parallel verlaufenen epidemischen Übernahme des Füllworts »halt« ausdrückt, das unsere Landsleute im Süden mundartlich an die Stelle von »eben, wohl, schon« setzen?

Ich will meine Spekulationen beenden. Allerdings kann ich nicht verhehlen, daß ich im Hochdeutschen das eine (»weil« statt »denn«) für falsch, das andere (»halt«) für überflüssig ansehe.

Man wird mich nun vielleicht einen Pedanten oder gar Sprachpuristen schelten. Sprache sei etwas Lebendiges, werden manche einwenden, und man solle doch tunlichst keine Verbotsschilder aufstellen. Jeder müsse schließlich so reden dürfen, wie der Schnabel gewachsen sei. Recht haben diese Kritiker. Dennoch muß es erlaubt sein, auf Fehlentwicklungen hinzuweisen.

Andere werden darauf verweisen, daß sich derartige sprachliche Moden und Torheiten erfahrungsgemäß schnell verflüchtigen. Recht haben vielleicht auch sie, und ich hoffe, daß wenigstens die lästige Floskel »halt« möglichst bald das verdiente Schicksal der Kurzlebigkeit ereilt.

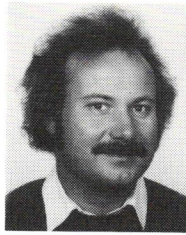
Was bleibt, ist meine Sorge um das Überleben des »Denn« in seiner ihm angestammten Funktion. Es ist zu befürchten, daß ihm das »Weil« auf Dauer den Garaus machen wird. Die Heftigkeit und Breite des Befalls landauf, landab läßt keine günstige Prognose zu.

Ich glaube, wir werden uns alle in Selbstzucht nehmen müssen, damit die Dämme gegen die verflachte, stereotyp gebrauchte Einheitsprache aufgerichtet und haltbar gemacht werden können. Helfen Sie mit, daß diese Zeilen nicht bereits der Nachruf auf die Konjunktion »denn« gewesen sind!

Dr. Jürgen Teumer

(Dr. Jürgen Teumer ist Universitätsprofessor in Hamburg und Redakteur dieser Zeitschrift.)

HAUPTBEITRÄGE



Hans-Joachim Motsch, Freiburg/Schweiz

»Pädagogische Logopädie« in der Schweiz

Zusammenfassung

Einem großen Interesse an Rehabilitationskonzepten für Sprachbehinderte in Nachbarländern steht oft eine vergleichsweise geringe Kenntnis gegenüber. Dieser Beitrag soll als Information über den Standort, aber auch die Probleme der Berufskollegen/innen in der Schweiz verstanden werden.

In einem ersten Teil werden Aspekte des *Wandels im Berufsfeld* während den 40 zurückliegenden Jahren nach der ersten Logopädenausbildung der Schweiz skizziert. In einem zweiten Schritt werden die *ausbildungsmäßigen Konsequenzen* dieser Veränderung im Berufsfeld, also der Wandel in der Ausbildung und Weiterbildung, angesprochen. Im dritten und letzten Schritt wird das *Profil des Logopäden* von heute, seine Kompetenzen und seine Grenzen, aber auch die Gefährdungen sinnvollen logopädischen Handelns, aufgezeigt.

1. Einleitung

Bei einem Vergleich mit den deutschsprachigen Nachbarländern läßt sich feststellen, daß die Situation bezüglich des Fachpersonals, welches sich mit der Vorbeugung, Diagnose und Therapie von Sprachbehinderungen beschäftigt, in der Schweiz seit jeher wesentlich einheitlicher ist. In der Schweiz gab es nie die Trennung zwischen Sprachbehindertenpädagogen/Sprachheillehrern einerseits und Logopäden als paramedizinisches Hilfspersonal andererseits. In der Schweiz liegt die Diagnose und Therapie der Sprachbehinderungen in den Händen von »Logopäden«, welche mehrheitlich an Instituten studieren, welche dem Verband *heilpädagogischer* Ausbildungsinstitute (VHpA) angehören (vgl. Motsch 1981). Welches Berufsprofil sich hinter diesem »heilpädagogischen Logopäden« verbirgt, soll im folgenden skizziert werden.

*2. Wandel im Handlungsfeld des Logopäden**2.1. Rückblick*

Wenn wir die Zeit um 30 Jahre zurückdrehen, könnte sich etwa folgendes abgespielt haben: Die Logopädin betritt das Schulhaus mit ihrem Therapiekoffer unter dem Arm. Sie sucht ihren Platz, entweder im Lehrerzimmer, im Singsaal, in der Besenkammer oder gerade dort, wo man eine kleine Ecke für sie freigelassen hat. Sie packt dort ihr Arbeitszeug aus: Spiegel, einige Sonden und Spateln, ihr Aufgabenheft. An der Tür hängt ein handgeschriebenes, verblichenes Schild »Sprachheilunterricht«. Als erster kommt der kleine Beat zu ihr. Er wird begrüßt mit dem Satz: »Beat, heute lernen wir das ,r'«. Der Unterricht gestaltet sich im Vormachen und Nachmachen. Mit dem Spatel wird versucht, die Zunge an den rechten Ort zu drücken. Am Ende werden ins Aufgabenheft einige Zungenübungen zum Üben zu Hause eingetragen. Beat trifft Urs in der Tür, der jetzt hereinkommt, um das richtige »s« zu lernen.

Heute kommen Urs und Beat immer noch mit ihrem Sigmatismus oder ihrem Rhotazismus in die logopädische Therapie. Aber dieses vielleicht etwas überzeichnete Beispiel kann uns dazu dienen, drei wesentliche Wandlungen in der logopädischen Praxis aufzuzeigen:

1. Ausweitung der *Klientel* und der *Handlungsfelder*,
2. Veränderung in dem *Verständnis* von »Sprachbehinderung« und
3. Veränderung der *therapeutischen Ziele* und *Arbeitsweisen*.

2.2. Vom Sigmatismus zum Parkinson-Patienten

In den Anfängen logopädischer Bemühungen, um die Jahrhundertwende und in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts, standen häufig die Artikulationsstörungen bei Schulkindern im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Oftmals waren es Lehrer, die neben ihrem Pensum Kindern mit Artikulationsstörungen weitergeholfen haben. Die ersten Logopäden an Sprachheilschulen versuchten oftmals, den Artikulationsunterricht, den sie für die Arbeit mit gehörlosen Kindern gelernt hatten, auf die Arbeit bei Sprachgebrechen zu übertragen. Bis vor etwa 15 bis 20 Jahren stand die Therapie dieser zumeist leichten bis mittelschweren Störungsbilder auch in den Ausbildungsplänen häufig im Vordergrund, so daß nicht ganz zu Unrecht im Zusammenhang mit der logopädischen Arbeit das häßliche Wort vom »Sigmatismustherapeuten« aufkam. Später kamen sicherlich andere kindliche Sprachfehler, wie sie damals genannt wurden, hinzu: Satzbaufehler, verzögerte Sprachentwicklung, Näseln und ansatzweise auch die Arbeit mit Sprechablauf- oder Redestörungen wie Stottern oder Poltern.

Ein *erster Wandel* ergab sich jetzt in den zurückliegenden Jahrzehnten in einer enormen Ausweitung der Klientel, der noch nicht abgeschlossen ist. Im Kinderbereich erleben wir die Ausweitung vom Schulalter über das Kindergartenalter bis hinein in den Frühbereich. Heute arbeiten Logopäden mit sprachlosen Kindern ab dem zweiten Lebensjahr. Neben den vorher genannten klassischen häufigen Sprachbehinderungsformen müssen heute Logopäden damit rechnen, mit Kindern, die sprechscheu, mutistisch, autistisch sind, zu arbeiten. Das Phänomen zentraler Sprachstörungen im Kindesalter oder auch das Phänomen der kindlichen Stimmstörungen werden zunehmend ernst genommen. Hinzugekommen sind — und dies noch nicht allzulange — die schriftsprachlichen Störungen im Schulalter, und gerade vermehrt sind in den letzten Jahren auch Kinder mit Rechenstörungen in der logopädischen Praxis anzutreffen.

Nach der Erkenntnis, daß sprachbehinderte

Kinder häufig auch auffällig sind in anderen Entwicklungsbereichen (Motorik, Wahrnehmung, Denken und Gefühlsleben), vollzog sich auch die Erkenntnis, daß Kinder, deren primäre Behinderung in diesen genannten Entwicklungsbereichen liegt, sekundär auch sprachbehinderte Kinder sind und folglich auch sprachtherapeutische Förderung benötigen. Somit rückte die Problematik der Sprach- und Stimmstörungen bei cerebralen Bewegungsgestörten, bei Lern- und Geistigbehinderten, bei Blinden und Sehgestörten, bei Schwerhörigen und Gehörlosen, bei taktil-kinästhetisch Gestörten, bei Verhaltensgestörten bis hin zu straffälligen Kriminellen in den Arbeitsbereich der Logopäden.

Immer wichtiger wurde in den vergangenen Jahren — und dies sicherlich vermehrt auch in der Zukunft — der Erwachsenenbereich: die Phänomene der Stimmstörungen inklusive der Stimmlosigkeit nach Entfernung des Kehlkopfs, zentrale Sprach- und Sprechstörungen unterschiedlicher Verursachung.

Neueren Datums sind auch die Beschäftigungen mit Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigungen bei neurologischen Abbauprozessen, z.B. bei multipler Sklerose oder beim Parkinson-Syndrom bis hin zu kommunikativen Einschränkungen bei geriatrischen Erkrankungen.

Mit dieser immensen Ausweitung der Klientel haben sich logischerweise auch die *Handlungsfelder* der Logopäden erweitert. Neben den klassischen Handlungsfeldern des Logopäden in Sprachheilambulatorien von Gemeinden, Kantonen oder von Logopäden in freier Praxis, in Sprachheilkindergärten und Sprachheilschulen treffen wir nun Logopäden in Kliniken, daselbst in phoniatriischen Abteilungen, neurologischen Abteilungen, Abteilungen der Rehabilitationsmedizin, in Kinderkliniken, in psychiatrischen Kliniken, in Spezialkliniken für Multiple-Sklerose- oder Parkinson-Patienten. Wir treffen Logopäden aber auch in Sonderschulen, Sonderschulheimen und Heimen für geistigbehinderte, wahrnehmungsgestörte, verhaltensgestörte und mehrfachbehinderte Kinder. Wir treffen Logopäden in Elternhäusern, in Erziehungsberatungsstellen, in Altersheimen und in Gefängnissen.

Bereits hier stellt sich die Frage, ob damit nicht ein spezifischer Beruf in unzulässiger Weise neue Bereiche »erobert«. Sprache ist etwas Spezifisches, aber nicht etwas spezifisch Logopädisches, sondern Sprache ist ein Spezifikum des Menschen. Eine Beeinträchtigung des Menschen in seiner Sprache, in seiner Sprachlichkeit, trifft ihn in seinem spezifischen Menschsein. Es schränkt sein Menschsein ein im Sinne der Einschränkung der Möglichkeiten kultureller Teilhabe, und es schränkt sein Mitmenschsein ein im Sinne einer erschwerten Kommunikation mit seinen Mitmenschen. Diese kommunikativen Beeinträchtigungen können auftreten von der Geburt bis zum Tode, vom Kindes- bis ins Greisenalter.

Wenn solche anthropologischen Behauptungen nicht ein reines Lippenbekenntnis bleiben sollen, kann es nicht verwundern, daß in Staats- und Gesellschaftsformen, die viel Geld für ein immer länger werdendes, differenzierteres Schulsystem ausgeben, die viel Geld ausgeben für die Zerstörung und Wiederherstellung unserer Umwelt, die viel Geld ausgeben für eine hoffentlich niemals notwendig werdende Landesverteidigung, daß in diesen Gesellschaftsformen eine vergleichsweise geringe Summe ausgegeben wird für therapeutische Hilfestellungen zum Erwerb, zur Verbesserung, zum Erhalt der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit der Mitglieder dieser Gesellschaft.

2.3. Vom Defekt- zum Systemdenken

Es war ganz ohne Frage das Verdienst von Medizinern, sich bereits vor unserem Jahrhundert mit Sprach- und Stimmstörungen befaßt zu haben, zu einem Zeitpunkt, wo die Psychologie und Pädagogik noch vollauf mit der Erforschung der normalen kindlichen Entwicklung zu tun hatte. Mediziner hoben das Kind »Logopädie« aus der Wiege und gaben ihm als Rüstzeug ihr damaliges medizinisches Verständnis der Sprachstörungen (Sprachkrankheit, Sprachgebrechen, Sprachleiden) mit. Diese frühe medizinische Betrachtungsweise war *individuumzentriert*. Das auffällige Sprachverhalten wurde als eine Gegebenheit des Individuums betrachtet, welche auf ein krankes Organsystem hin-

weist. Diese frühe Betrachtungsweise war *isolierend* und *mechanistisch* in dem Sinn, daß man glaubte, Sprach- und Stimmstörungen seien als Defizite oder Funktionsausfälle, losgelöst von anderen Entwicklungsbereichen, lokalisierbar und umschreibbar. Es war eine Betrachtungsweise, in der Ursachen häufig nur in Organschädigungen, Organminderwertigkeiten, in Geburtsgebrechen vermutet wurden. Therapeutische Möglichkeiten sah man im Üben, im Trainieren, im Automatisieren. Dahinter stand ein *eingeschränktes Spracherwerbsmodell*, welches das Sprachlichwerden des Kindes als einen zutiefst passiven Reifungsprozeß biologisch angelegter Fähigkeiten und Funktionen verstand. Dahinter stand ein *eingeschränktes Kommunikationsmodell*, in welchem vergessen wurde, daß zur Kommunikation zumindest noch ein zweiter Partner gehört. Diese frühen Vorstellungen über Sprachstörungen wirken bis in unsere Tage. Sie haben Niederschlag gefunden in den Gesetzen über das Sprachheilwesen, die heute noch Gültigkeit besitzen, obwohl sie längst auch schon von aufgeschlosseneren Fachärzten in ihrem Denken überwunden worden sind. Die Logopädie hatte lange unter diesem gut gemeinten, von Medizinern geschnürten Bündel zu leiden.

Welche Veränderungen in der Betrachtungsweise von Sprachstörungen haben sich nun vollzogen?

1. Sprache und Sprachstörungen sind nicht isolierbar. Sprache muß immer in ihrem Zusammenhang mit anderen Entwicklungsbereichen gesehen werden. Der Spracherwerb des Kindes ist eingebettet in die normale Entwicklung des Kindes und kann nur in diesem Zusammenhang verstanden werden. Sprachfähigkeit und Einschränkungen der Sprachfähigkeit sind immer als *Gegebenheiten einer Gesamtpersönlichkeit* zu verstehen.

2. Sprache und Sprachbehinderungen sind nicht nur eine Gegebenheit dieser individuellen Persönlichkeit. Sie sind ganz wesentlich *von Umwelt- und Umfeldfaktoren abhängig*, sowohl in ihrer Verursachung als auch in ihren Folgen als auch, was die Hilfsmöglichkeiten für Sprachbehinderte angeht.

3. Der Gegenstand logopädischer Bemühungen sollte heute nicht mehr die Sprachstörung, also die objektiv feststellbare Auffälligkeit sein, sondern das im Erleben des Menschen Wichtigere, nämlich seine *subjektive Belastung durch seine Störung*. Der Logopäde sollte sich dem sprachbehinderten Menschen verpflichtet fühlen, nicht der Sprachstörung und auch nicht dem Humboldtschen Ideal einer unauffälligen Hochsprache.

Das läßt sich verdeutlichen am Beispiel der »Schweregradkriterien«. Ein Erwachsener hat ein objektiv sehr auffälliges Poltern. Er ist sich seiner Störung nicht bewußt. Er fühlt sich nicht behindert und ist somit auch nicht behindert, obwohl er ein objektiv schweres Sprachgebrechen hat. Ein anderer Erwachsener zeigt ein derart diskretes Stottern, daß es bisher noch niemandem in seiner Umgebung aufgefallen ist. Dennoch leidet er sehr stark unter diesem Stottern, traut sich nichts mehr zu und isoliert sich von seiner Umgebung. Er fühlt sich behindert, und dadurch ist er behindert, obwohl er rein sprachsymptomatisch eine eher leichte Sprachstörung hat.

Im Handbuch der Sprachbehindertenpädagogik (Knura 1980) wird Sprachbehinderung definiert als »Sprachstörung und die durch sie ausgelöste personale und soziale Belastung«. Die personale und soziale Belastung hängt wesentlich von sozialen und gesellschaftlichen Normen ab. Ein Logopäde, der sich der Kommunikationsfähigkeit verpflichtet fühlt, ist nicht ein Moralapostel der Gesellschaft auf sprachlichem Sektor. Er sollte sich davor hüten, dem polternden Erwachsenen seine Sprachstörung bewußt zu machen oder ihm eine Therapie anzuraten.

4. Wenn es zu einer *Kommunikationsbehinderung* gekommen ist, dann heißt das konsequenterweise, daß die Bezugspersonen des Sprachgestörten Teil dieser Kommunikationsbehinderung geworden sind. Bezugspersonen definieren häufig durch *ihr* Belastetsein und *ihre* Verarbeitung und *ihre* Reaktionen auf die Störung die Stärke der Behinderung des Gestörten.

Beispiel: Petra, vier Jahre, einziges Kind ihres schweizerischen Vaters und ihrer ehemals ungarischen Mutter, welche durch ihre Heirat die Schwei-

zer Nationalität erlangt hat. Die Mutter spricht, obwohl sie bereits über 20 Jahre in der Schweiz lebt, ein auffälliges Schweizerdeutsch. Sie leidet sehr darunter, aufgrund ihrer Sprache als Ausländerin erkannt und behandelt zu werden. Unauffälliges Sprechen bedeutet für sie Identität. Petra ist sprachlich gut entwickelt, spontan, sprechfreudig und etwas altklug. Als sie etwa drei Jahre alt war, fiel der Mutter auf, daß Petra manche Wörter und Laute ein- bis zweimal wiederholte. Die Mutter war sehr besorgt. Weder der Vater noch der konsultierte Kinderarzt teilten diese Sorge. Die Mutter fühlte sich allein gelassen und begann, das Kind zu ermahnen und es die »falschgesprochenen Sätze« wiederholen zu lassen. Petra reagierte teils mit Verweigern, teils mit noch schlimmeren Wiederholungen. Später traten Verzögerungen von Lauten und Satzabbrüche hinzu. Mit vier Jahren bittet die Mutter, die in der Verschlechterung des Sprechens ihres Kindes ihre ursprüngliche Sorge bestätigt findet, um therapeutische Hilfe. Bereits bei der Erstuntersuchung fällt auf, daß die beschriebenen sprachlichen Symptome nur in Anwesenheit der Mutter auftreten.

Dieses kleine Beispiel zeigt eindrücklich, daß Sprach- und Kommunikationsbehinderungen nicht nur eine Angelegenheit des Kindes sind, sondern durch Einflüsse der Bezugspersonen entstehen, aufrechterhalten werden und sich verschlechtern können. Und diese Erkenntnis fordert auch nach therapeutischen Konsequenzen. Diese Kasuistik kann als Überleitung zum dritten Aspekt des Wandels im Berufsfeld des Logopäden dienen. Ein Wandel der Therapieziele, der Therapiemethoden, verbunden mit den dazugehörigen diagnostischen Kompetenzen.

2.4. Vom Nachhilfeunterricht zur Kommunikationstherapie

Eine erste weniger wesentliche Veränderung läßt sich in quantitativer Hinsicht nachweisen. Ausgehend von den anfänglichen Versuchen, mit Artikulations- und Absehmethode zu arbeiten, sind im gesamten logopädischen Raum bis heute mehrere hundert spezifische Methoden für die immer differenzierter werdende Klientel und für die sich immer mehr ausdifferenzierenden Handlungsfelder entstanden. Viel wesentlicher ist ein qualitativer Wandel. In den Anfängen logopädischer Tätigkeit sind ohne Zweifel Merkmale eines Nachhilfeunterrichts in Sachen Zungenlage nachzuweisen, wobei der Begriff »Nachhil-

feunterricht« nicht abschätzig, sondern in seinem durchaus positiven Sinne der Hilfestellung für Kinder, die ihr Lernziel unter normalen Erziehungs- und Schulungsbedingungen nicht erreichen, verstanden werden soll. Bald einmal mußte man feststellen, daß sich Sprache nicht erlernen läßt durch Nachsitzen oder Strafarbeiten, indem man hundertmal schreibt »Ich soll schöne Sätze bauen«.

Eine Grundlage des Spracherwerbs und auch des Sprachwiedererwerbs ist die Motivation zur Kommunikation. Diese Motivation entsteht in einer Beziehung zu einem Du, mit dem man kommunizieren will. Sprachliche Fortschritte lassen sich nur erzielen unter Lernbedingungen, die den individuellen Lernmöglichkeiten Rechnung tragen und ein Nachlernen, Neulernen, Wiedererlernen, »Ausprobieren-dürfen«, »Anwenden-wagen« ermöglichen. Der Logopäde mußte zunehmend hinter seinem Pult hervorkommen, seine Lehrerrolle ablegen und sich mit einer Therapeutenrolle anfreunden. Wesentliches Merkmal dieser Therapeutenrolle ist, daß es dem Logopäden gelingen muß, eine therapeutische Beziehung zu schaffen zum Sprachbehinderten und seinen Bezugspersonen, eine Beziehung, die den motivationalen Grund zur Initiierung von Lernprozessen darstellt.

Das therapeutische Ziel hat sich von Sprachkorrektur auf *Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit* erweitert. Diese terminologischen Veränderungen von Sprachheillehrer zu Logopäde, von Sprachheilunterricht zu logopädischer Therapie, von Sprachtherapie zur Kommunikationstherapie sind nicht mit dem Austausch sprachlicher Leerformeln zu verwechseln. Während früher der Logopäde mit seinem Latein am Ende war, wenn der Sprachbehinderte keine weiteren sprachlichen Fortschritte mehr erzielt hat oder wenn er die im Therapieraum erzielten Fortschritte nicht auf sein Alltagsleben draußen übertragen konnte, setzen sich heute Logopäden weiter gesteckte Ziele:

- Sie versuchen, den Sprachbehinderten auf ein Leben trotz der Sprachbehinderung vorzubereiten.
- Sie versuchen, seine Kommunikationsfähigkeit durch den Einsatz nonverbaler, nicht-

sprachlicher Kommunikations- und Ersatzstrategien zu erweitern.

— Sie versuchen, dem Sprachbehinderten bei der Bewältigung problematischer Alltagssituationen Hilfestellung zu bieten.

— Sie versuchen, seine Selbstsicherheit und seine soziale Kompetenz zu erhöhen.

Therapieziele erstrecken sich häufig nicht nur auf das sprachbehinderte Individuum, sondern sie umfassen die anderen kommunikationsbehinderten Systemglieder, beispielsweise nicht nur den Aphasiker, sondern auch die in ihrer Kommunikation behinderten Angehörigen, nicht nur das stotternde Kind, sondern seine Eltern, seine Geschwister, seine Kindergärtnerin und seinen Lehrer. Gute logopädische Therapie ist heute nicht mehr Sprachtraining, sondern umfaßt *Erziehungshilfe* und *Lebenshilfe* (vgl. Motsch 1979, 1986).

An dieser Stelle ist die Frage berechtigt, ob der Logopäde mit diesen Zielen die Grenzen seiner Kompetenz überschreitet, ob er für derartige Ziele methodisch gerüstet ist, ob dafür nicht andere zuständig sind.

Wenn Eltern mit ihrem sprachbehinderten Kind zu einem Logopäden kommen, dann steht ein Kind vor ihm mit seiner Sprachkompetenz, aber auch ein Kind mit seinen Ängsten, Erwartungen, ggf. Verhaltensauffälligkeiten. Hinter diesem Kind können Eltern stehen mit ihrer Betroffenheit, ihren Schuldgefühlen, ihrem inkonsequenten Erziehungsstil und ihren sprachlichen Über- oder Unterforderungen. Ist ein Logopäde wünschbar, der sagt: »Liebe Eltern, ich schaue mir die Sprache Ihres Kindes an. Gehen Sie dann drei Zimmer weiter. Da ist der Fachmann für Gefühle und Gedanken.« Ist ein Logopäde wünschbar, der mit Petra (siehe Beispiel oben) sofort anfängt, Sprechübungen zu machen?

Jede gute logopädische Tätigkeit hat *erzieherische und psychische Wirkungen* und Auswirkungen auf den Sprachbehinderten und seine Bezugspersonen. Diese Wirkungen sind auch dann da, wenn der Logopäde nicht darauf vorbereitet wurde, wenn er es gar nicht merkt oder wenn er es bewußt ausklammern will oder sogar abstreitet. Ein Logopäde, dem es beispielsweise nicht gelingt,

vorhandene Schuldgefühle bei Eltern anzusprechen und sie darin zu entlasten, verstärkt durch sein Tun ggf. diese Schuldgefühle und behindert diese Eltern in ihren Möglichkeiten, frei und positiv mit ihrem Kind umzugehen. Die Frage ist daher nicht, ob es derartige Wirkungen gibt, sondern wie gut und wie seriös Logopäden auf diesen Aspekt ihrer Arbeit vorbereitet werden.

Bevor nachfolgend die ausbildungsmäßigen Konsequenzen angesprochen werden, sollen die drei Aspekte des Berufswandels kurz zusammengefaßt werden:

1. *Vom Stigmatisierung zum Parkinson-Patienten:* Erweiterung der Behinderungsformen und Handlungsfelder in der logopädischen Praxis.
2. *Vom Defekt- zum Systemdenken:* Notwendigkeit, die Gesamtpersönlichkeit des Kindes und sein Umfeld in die Betrachtung der Sprachbehinderung miteinzubeziehen.
3. *Vom Nachhilfeunterricht zur Kommunikationstherapie:* Notwendigkeit der Erweiterung therapeutischer Ziele, Entwicklung quantitativ vielfältiger und qualitativ anspruchsvoller therapeutischer Methoden als logische Konsequenz der zweiten Veränderung.

3. Ausbildung und Weiterbildung des Logopäden

Auch die Ausbildung zum Logopäden hat sich verändert. Vor 40 Jahren konnten die ersten Logopäden nach einem einwöchigen Schulungskurs zur Diplomierung gelangen. Bis in die sechziger Jahre war die Ausbildung ein- bis zweijährig. Heute haben wir im Schweizer Durchschnitt eine reale *Ausbildungsdauer von vier Jahren*. Vielleicht deutet sich hinter dieser quantitativ zeitlichen Veränderung, in der Verlängerung der Studiendauer, auch eine qualitative Veränderung der Ausbildung an. Seit 1980 haben wir in der Schweiz eine Rahmenordnung zur Ausbildung des Logopäden, welche die minimalen Rahmenbedingungen der Ausbildung zum Logopäden als Hochschulstudium oder auf dem Niveau eines *Hochschulstudiums* festschreibt. Das Logopädiestudium ist heute ein anspruchsvolles Studium und bewegt sich an mehreren Ausbildungsstätten bereits heute

auf dem qualitativen Niveau eines akademischen Studiums.

Was beinhaltet heute ein Logopädiestudium? An der Universität Freiburg wird Logopädie als Integrationswissenschaft mehrerer Wissenschaftsgebiete verstanden. Dies drückt sich derart aus, daß der Logopädiestudent heute vertiefte Kenntnisse aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Linguistik und Heilpädagogik aufnehmen, verarbeiten und verstehen muß.

— Die *medizinische Fächergruppe* setzt sich zusammen aus Neurobiologie, Neurologie, Pädiatrie, Phoniatrie, HNO-Kunde, Kieferorthopädie und Psychopathologie.

— Die *psychologische Fächergruppe* besteht aus Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, pädagogische Psychologie und Tiefenpsychologie.

— Die *Linguistik* umfaßt insbesondere die Sozio- und Psycholinguistik mit dem Schwerpunkt der Spracherwerbstheorien und deren Konsequenzen für die Arbeit mit sprach-erwerbsgestörten Kindern.

— *Pädagogik* und die *heilpädagogische Fächergruppe* beinhalten insbesondere die Vermittlung eines heilpädagogischen Berufsverständnisses sowie die Grundlagen zum Verständnis anderer Behinderungsformen, mit denen der Logopäde, wie zuvor ausgeführt, heute zunehmend zu tun hat.

Auf diesen Pfeilern eines sogenannten Grundlagenwissens baut dann die spezifisch-logopädische Wissens- und Handlungskompetenz auf. Neben dem Wissen über die Behinderungsformen erhalten die Logopäden eine fundierte diagnostische und therapeutische Ausbildung. Im diagnostischen Bereich erwerben sie Grundlagen der Psychodiagnostik und Entwicklungsdiagnostik, welche sie durch ihre spezifischen logopädischen Diagnostikmethoden ergänzen. Im therapeutischen Bereich erlernen sie *nicht nur spezifisch-logopädische Arbeitsmethoden*, sondern auch psychologische Grundlagen und Techniken logopädischen Handelns. Als Beispiele sind zu nennen: Methoden der Verhaltensbeobachtung, der therapeutischen Gesprächsführung, der Elternarbeit, des therapeutischen Rollenspiels,

Trainingsmethoden im Sinne von Selbstsicherheitstraining oder auch Elternt raining. Über diese Methoden hören und lesen die Logopädiestudenten nicht nur in ihren Vorlesungen und Seminaren. Jedem Studenten wird die Gelegenheit geboten, in etwa acht mehrtägigen Selbsterfahrungseinheiten verteilt über die vier Studienjahre in kleinen Gruppen diese Methoden schrittweise zu erlernen und Sicherheit zu gewinnen (vgl. Motsch 1983a, Hartmann, Reiser, Motsch 1987). Damit alles Wissen und alle Selbsterfahrungen ihre Fortführung in der Praxis finden, sind sechs Praktika in das Studium der Logopädie integriert. Mindestens ein Drittel der gesamten Studienzeit ist dem Erwerb praktisch therapeutischer Handlungskompetenzen reserviert. Es gibt wenig Hochschulstudien, die bereits in ihrer Ausbildung einen derart großen Anteil an Praxis haben (vgl. Haeberlin u. a. 1982).

4. Profil des Logopäden

Am Ende des Studiums besitzen die Logopäden ein breites und fundiertes Verständnis für Sprache und Sprachbehinderungen. Es sind Fachleute, die auf die Diagnose und Therapie der häufigsten Sprachbehinderungen *theoretisch und praktisch* vorbereitet sind. Es sind Fachleute, die ein Grundwissen und eine Grundkompetenz mitbringen, um sich immer weiter lernend in das von ihnen gewählte Arbeitsfeld einarbeiten zu können. Es sind kompetente Gesprächspartner für andere Fachleute im Berufsfeld, für Psychologen, Fachärzte, Lehrer, Kindergärtnerinnen.

Selbstverständlich sind sie nicht für alle genannten Probleme handlungsreif vorbereitet, beispielsweise nicht für die seltenen Handlungsfelder und Klientelgruppen wie cerebralebewegungsgestörte Kinder, Kehlkopflose oder auch Parkinson-Patienten. Aber das umfassende Ausbildungsprofil ermöglicht ihnen eine Einarbeitung unter Supervision. Berufsspezifische Weiterbildungsangebote haben hier die Funktion, diese teilweise notwendige Spezialisierung oder Vertiefung von Kompetenzen zu fördern.

Logopäden sind vorbereitet auf eine selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit, aber auch auf die Zusammenarbeit mit ande-

ren Fachkräften. Sie kennen ihre Grenzen, an denen sie die Hilfe anderer Fachleute in Anspruch nehmen müssen.

5. Gefährdungen logopädischen Arbeitens

Unabhängig davon, daß sich in allen Regionen der Schweiz große Verbesserungen der logopädischen Versorgung vollzogen haben, und dies mit Finanzierungshilfen von Bund, Kantonen und Gemeinden, ist dennoch vieles beim alten geblieben. Das veränderte Verständnis von Sprachbehinderung, das veränderte Verständnis von logopädischer Therapie oder auch das Verständnis von der Kompetenz des Logopäden wird bedauerlicherweise von vielen Personen und Instituten nicht geteilt. Gesetzgebende Instanzen, logopädische Maßnahmen finanzierende Stellen, regionale, kommunale Arbeitgeber gehen heute noch häufig von Betrachtungen aus, die als historischer Ausgangspunkt der Entwicklung des logopädischen Berufes skizziert wurden: von der individuumzentrierten und isolierten Betrachtung der Sprachstörungen, von der Einschätzung der logopädischen Therapie als Einzelunterricht im Fach »Unauffälliges Sprechen«, von der Einschätzung des Logopäden als Artikulationstrainer. Neu diplomierte Logopäden erleben somit häufig nach ihrer Ausbildung eine *Ernüchterung am Arbeitsplatz* durch administrative Zwänge, Entmündigungen und Bevormundungen. Es geht dabei weniger um die großen ungelösten Probleme der Finanzierungslücken im Erwachsenenbereich, der Finanzierungslücken im Frühbereich. Es geht vielmehr um die alltäglichen kleineren Erschwernisse. Diese beginnen mit den häufig zugemuteten Rahmenbedingungen therapeutischen Arbeitens:

- ungeeignete Therapieräume,
- fehlende Kredite für Therapiematerial,
- administrative Vorschriften für die Dauer und die Häufigkeit von Therapiezeiten u. v. m.

Noch gravierender wirkt sich die *Nichtanerkennung neuer Therapieziele* aus, so die Definition logopädischer Tätigkeit als »reine Arbeit mit dem Kind«, die Verunmöglichung therapieraumexterner Arbeit, die Verknüpfung sensibler und hochwirksamer spiel-

therapeutischer Zugänge als Zeitverschwendung oder Nicht-Therapie, die Nichtfinanzierung der Umfeldarbeit mit Bezugspersonen, Eltern, Lehrern usw. Die Realität des Arbeitsplatzes erlebt der Absolvent häufig nicht als die Ermöglichung sinnvollen logopädischen Arbeitens, sondern als Erschwerung logopädischen Arbeitens. Logopädische Therapie wird häufig zur *Therapie unter erschwerten Bedingungen*.

Verständnis und Hilfestellung erhält der Logopäde leider viel zu selten von benachbarten Fachkräften. Bei neu entstehenden und entstandenen Schulgesetzen und kantonalen Bestimmungen muß eine Tendenz konstatiert werden, daß Nachbardisziplinen *Interdisziplinarität* als *Unterdisziplinarität* verstehen. Obwohl uns nachweislich mit dem Logopäden ein spezialisierter Hochschulabsolvent für den Bereich der Diagnose und Therapie der Sprachbehinderungen zur Verfügung steht, fühlen sich zunehmend andere Berufsgruppen prädestiniert, die fachliche Kontrolle dieser Berufstätigkeit zu übernehmen. Konnte man vor wenigen Jahren noch hoffen, daß es sich dabei darum handelt, daß man noch nicht registriert hat, daß nun ein qualifizierter

Fachmann auf dem Berufsfeld ist, so müssen wir heute davon ausgehen, daß man bewußt negieren will, daß es einen derartigen Fachmann gibt. Fehlentwicklungen, bei denen Schulärzte zuständig für die Sprachabklärungen sind, Schulinspektoren die fachliche Kontrolle von Logopäden übertragen wird, Psychologen nicht nur die fachliche Kontrolle beanspruchen, sondern auch Logopäden partiell entmündigen, so z. B. bei der Abklärung schriftsprachlicher Störungen, Abklärungs- und Behandlungsstellen getrennt werden, sind unrühmliche Beispiele von fachfremden Administrativlösungen und argumentativ nicht begründbaren Kompetenz-zuschreibungen.

Facharzt, Psychologe, Linguist und Logopäde sind Fachleute mit spezifischem Fachwissen. Wünschenswert wäre eine horizontale, transdisziplinäre offene Kooperation, bei der jeder seine Stärken einbringen könnte. Die Realität zeigt jedoch, daß das vertikale Hierarchie- und Machtdenken einerseits und das interdisziplinäre Kompetenzgerangel andererseits nach einer Phase von Interdisziplinaritätsbeschwörungen neu erblüht. Bezogen auf die Logopädie erwecken viele Bestre-

Einrichtungen für Sprachbehinderte

in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin

1987

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Die neuen Angaben, abgeschlossen im Frühjahr 1987,
lösen die Ausgabe von 1982 ab.

156 Seiten **16,-** DM gebunden

Regionale Teilausgaben sind nicht wieder erstellt worden.

Zu beziehen durch

Wartenberg & Söhne, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50

bungen der sogenannten »Nachbarberufe« den beängstigenden Eindruck, daß man nicht an einer wachsenden Kompetenz des Logopäden interessiert ist, daß sie sich keinen kompetenten Partner wünschen, sondern eher gefügiges Hilfspersonal mit profundem Halbwissen.

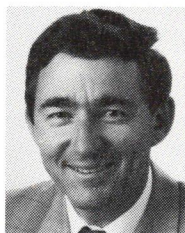
Literatur

- Haeblerlin, U., Kobelt, D., Motsch, H.-J., und Schindler, A.: Praxiserfahrung in der Ausbildung von Heilpädagogen. In: VHN 51 (1982) 1, S. 46—55.
- Hartmann, G. H., Reiser, H., und Motsch, H.-J.: Überwindung der Kluft zwischen Vorlesung und sonderpädagogischem Handeln. In: Haeblerlin, U., und Amrein, C. (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis. Bern 1987, S. 91—109.
- Knura, G.: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7. Berlin 1980, S. 3—64.
- Motsch, H.-J.: Logopädie ohne Logopäden. Analytische Betrachtung eines berufsständigen Profilierungsversuches. In: VHN 46 (1977) 4, S. 325—331.
- Motsch, H.-J.: Emanzipatorische Rehabilitation in der Logopädie. In: Die Rehabilitation 18 (1979) 2, S. 79—84.
- Motsch, H.-J.: Logopädie zwischen Handwerk und Wissenschaft. In: VHN 48 (1979) 4, S. 329—338.
- Motsch, H.-J.: Sprachbehinderte in der Schweiz. Luzern 1981.
- Motsch, H.-J.: Logopädie. In: Toenz, O. (Hrsg.): Hilfen für das behinderte Kind. Bern 1982, S. 234—250.
- Motsch, H.-J.: Modelle studienintegrierter Vorbereitung auf die konkrete therapeutische Arbeit. In: VHN 52 (1983 a) 1, S. 61—64.
- Motsch, H.-J.: Wandlungen im Handlungsbereich der Logopädie. In: VHN 52 (1983 b) 3, S. 321—334.
- Motsch, H.-J.: Arbeiten mit Sprachbehinderten. In: Spiess, W., und Motsch, H.-J.: Heilpädagogische Handlungsfelder I. Bern 1986, S. 73—124.
- Rahmenordnung zur Ausbildung des Logopäden. Luzern 1981.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Hans-Joachim Motsch
Heilpädagogisches Institut der
Universität Freiburg/Schweiz
Petrus-Kanisius-Gasse 21, CH-1700 Freiburg
Herr Dr. Motsch ist Heilpädagoge, Logopäde und Psychologe. Seit mehr als zehn Jahren leitet er die Abteilung Logopädie der Universität Freiburg/Schweiz. Seine Therapie- und Forschungsschwerpunkte: Sprechablaufstörungen, Störungen des Spracherwerbs, Zusammenarbeit mit Eltern.

Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 5, S. 221—227



Peter Wettstein, Zürich

Berufsbild und Ausbildung der Logopäd(inn)en in der Schweiz

Zusammenfassung

Das Berufsfeld der Logopäd(inn)en umfaßt in der Schweiz sowohl die Gebiete der Sprachbehindertenpädagogik wie auch der Logopädie. Beratung, Abklärung und Behandlung von Sprachbehinderten geschieht schwergewichtig im Rahmen der Volksschule. Die Befähigung zur logopädischen Tätigkeit wird durch ein Studium auf Hochschul-

niveau erworben (vier Jahre). In Zusammenarbeit von Ausbildungen und Berufsverbänden entstanden Grundsatzpapiere zum Berufsbild, welche hohe berufsethische Ziele formulieren. Die Zahl der Institutionen für die Stimm- und Sprachrehabilitation nimmt laufend zu. Ein großes Stellenangebot in verschiedenen Arbeitsbereichen und flexible Arbeitszeiten erklären die Attraktivität des Berufes.

1. Die logopädische Versorgung

Die Behandlung sprachlich behinderter Kinder und Erwachsener wird in der Schweiz durch ein vergleichsweise dichtes Netz von Institutionen sichergestellt. Träger dieser Institutionen sind hauptsächlich die öffentlichen Schulen. Diese führen sogenannte Ambulatorien für Sprachbehinderte, dazu Sprachheilkindergärten und in großen Städten auch Sprachheilklassen. Gemäß den in unserem Institut erfaßten Daten von über 1200 Fachkräften sind rund 80 Prozent aller Logopäd(inn)en in diesem Bereich tätig (die Zahlen geben das Haupttätigkeitsgebiet an; nicht selten wird teilszeitlich in verschiedenen Bereichen gearbeitet). Weitere 8 Prozent arbeiten in den 16 Sprachheilschulen der Schweiz. Die Sprachheilschulen sind öffentliche oder private Internate mit eigenen Sprachheilklassen und/oder -kindergärten. Meistens stehen sie auch externen Schülern der näheren Umgebung offen.

Kliniken und medizinische Rehabilitationseinrichtungen beschäftigen weitere 8 Prozent der Logopäd(inn)en. Diese Institutionen unterstehen den Gesundheitsdirektionen und können oft nicht die gleichen Anstellungsbedingungen anbieten wie die Schulen.

Nur zögernd entwickeln sich freie logopädische Praxen oder Praxisgemeinschaften mit HNO-Ärzten bzw. Phoniateren. Ihr Anteil an der logopädischen Versorgung dürfte im Moment etwa 1 Prozent betragen. Dagegen bieten praktisch alle Sonderschulen für Geistigbehinderte und Körperbehinderte Sprachtherapie an. Logopäd(inn)en, welche in diesem Bereich der Mehrfachbehinderungen arbeiten, ergänzen diese Tätigkeit häufig teilszeitlich mit Behandlungen in Ambulatorien der Volksschule.

Grundsätzlich betreuen die Logopäd(inn)en sowohl Kinder wie auch Erwachsene. Es arbeiten

nur mit Kindern	77 Prozent
mit Kindern und Erwachsenen	21 Prozent
mit Erwachsenen	2 Prozent.

2. Logopädie an der Volksschule

Wie bereits dargestellt, tragen die Volksschulen den Hauptanteil der logopädischen Ein-

richtungen. Zur Volksschule zählen in der Schweiz die Vorschulstufe, die Normal-(Regel-)klassen, die Sonder-(Hilfs-)klassen sowie die Sonderschulung für körperlich oder geistig Behinderte.

Wie sich die praktische logopädische Tätigkeit in diesem Bereich gestaltet, möchte ich mit Auszügen aus einem Papier der Berufsverbände* belegen (ZBL 1980):

»1. Welche Kinder sollen dem Logopädischen Dienst gemeldet werden?

Kinder mit:

- Sprachentwicklungsverzögerung
- Stammeln, Näseln (Dyslalie)
- Satzbaustörungen (Dysgrammatismus)
- Stottern, Poltern (Dysfluenz)
- gewissen Formen von schweren Störungen beim Erwerb des Lesens und Schreibens (Dyslexie, Dysorthographie)
- Stimmstörungen (Dysphonie).

2. Aufgaben des Logopäden

2.1. Logopädische Abklärung

In einer umfassenden Abklärung werden Sprachverständnis, gesprochene und eventuell geschriebene Sprache geprüft.

Außerdem wird auf Auffälligkeiten der Sinneswahrnehmung, der Grob- und Feinmotorik sowie des Verhaltens geachtet. Bei Bedarf werden weitere Abklärungen beantragt.

Aufgrund der Abklärungsergebnisse erstattet der Logopäde den Eltern, der Schulbehörde und dem Lehrer bzw. der Kindergärtnerin Bericht und veranlaßt die erforderliche logopädische Behandlung.

Ist die Einweisung in einen Sprachheilkindergarten, eine Sprachheilkasse oder eine Sprachheilschule angezeigt, stellt der Logopäde der Schulpflege entsprechenden Antrag.

2.2. Logopädische Beratung

Anfragen und Abklärungsergebnisse verpflichten den Logopäden, Beratungsfunktion zu übernehmen.

Er berät das sprachbehinderte Kind und seine Angehörigen, Fachleute, Lehrkräfte und Schulbehörden.

Beratung weist den Weg zu anderen Fachkräften, zu Maßnahmen im Verhalten gegenüber dem Sprachbehinderten und zur Mithilfe seitens der Umgebung.

* Anmerkung: In den Zitaten ebenso wie im sonstigen Text wurde die in der Schweiz übliche Schreibweise ss zu dem bei uns gebräuchlichen ß verändert.

Der Frühberatung bei Sprachbehinderung ist volle Aufmerksamkeit zu schenken.

2.3. Logopädische Behandlung

Sie hat zum Ziel, die sprachliche Kommunikationsfähigkeit des betreffenden Kindes und damit seine soziale Integration zu fördern.

Der Logopäde plant die zur Verbesserung der Stimme sowie der gesprochenen und geschriebenen Sprache notwendigen pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen.

Er führt die logopädischen Maßnahmen in eigener Kompetenz durch.

Logopädische Therapie ist Einzelbehandlung. In Ausnahmefällen kann der Logopäde Kleingruppen bilden.

Über seine Arbeit führt er ein Behandlungsprotokoll.

Zur Erreichung seines Zieles bemüht er sich um die notwendige Zusammenarbeit mit Eltern, Schule und zuständigen Fachkräften (Ärzten, Psychologen, Psychomotoriktherapeuten usw.).

Der Abschluß der Behandlung ist den Eltern, der zuständigen Schulbehörde und dem Lehrer bzw. der Kindergärtnerin mitzuteilen.

2.4. Logopädische Kontrolle

Der Logopäde führt angezeigt Kontrollen vor Aufnahme bzw. nach Abschluß der Behandlung durch.

3. Arbeitsraum, Einrichtung, Material

Ein ruhiger, genügend großer, besonderer *Arbeitsraum* ist wenn möglich im Schulhaus oder in Schulhausnähe zur Verfügung zu stellen.

Es sollen vorhanden sein:

Tageslicht, gute Beleuchtung, fließendes Wasser, abschließbare Schränke, passende Arbeitstische und Stühle, Tonband- bzw. Kassettengerät, Logopädenspiegel, Wandtafel, Moltonwand.

Telefon, Schreibmaschine, Kopiergeräte usw. in erreichbarer Nähe.

4. Invalidenversicherung

Liegt eine Sprachstörung im Sinne des 'Kreisschreibens über die Behandlung von Sprachgebrechen in der Invalidenversicherung' vor, so ist über die für logopädische IV-Abklärungen zuständige Stelle gemäß den Weisungen der Erziehungsdirektion bei der kantonalen Invalidenversicherungskommission Antrag auf Kostengutsprache zu stellen. Die Abgeltung erfolgt gemäß entsprechendem Tarifvertrag.

5. Aufsicht

Der logopädische Dienst untersteht der Aufsicht der Schulbehörde.

6. Anstellungsbedingungen

6.1. Voraussetzungen

Bedingung für die Anstellung als Logopäde ist der Besitz eines vom Bundesamt für Sozialversicherung anerkannten Diploms.

Vorbehalten bleibt die Feststellung der Gleichwertigkeit eines ausländischen Diploms durch das Bundesamt für Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Berufsverband der Logopäden.

6.2. Pensum

Das *Vollpensum* beträgt 28 Stunden wöchentlich (Abklärung, Behandlung, Beratung).

Teilpensum sind möglich.

Außerhalb der wöchentlichen Pflichtstundenzahl erledigt der Logopäde alle übrigen Arbeiten: Vorbereitungen, Berichte und Gutachten, Verkehr mit der Invaliden- und anderen Versicherungen, Beschaffung und Herstellung von Material, Studium der Fachliteratur usw. «

3. Ausbildungsbedingungen

Die breite fachliche Kompetenz, welche von den Logopäd(inn)en in der Schweiz gefordert wird, setzt natürlich auch eine entsprechend fundierte Ausbildung voraus. Die Ausbildungsinstitute haben sich 1980 in Zusammenarbeit mit den Berufs- und Fachverbänden auf ein gemeinsames Rahmenprogramm geeinigt, so daß alle Diplome als gleichwertig eingestuft werden können.

Einige Ausschnitte aus diesem Grundsatzpapier vermitteln ebenfalls ein Bild des logopädischen Berufsfeldes (VHPA 1981):

»1. Grundsätzliches

1.1. Logopädie

Die Fachdisziplin Logopädie beschäftigt sich mit dem in seiner Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigten Menschen. Ihr Ziel ist es, die Kommunikationsfähigkeit des sprachbehinderten Menschen zu verbessern und eine aus der Sprachbehinderung erwachsende Benachteiligung in seinem sozialen und beruflichen Lebensbereich zu verhindern oder zu vermindern.

1.2. Logopäden

Der Logopäde übt einen eigenständigen Beruf aus. Er arbeitet mit anderen Fachleuten zusammen, ist aber in seinem Arbeitsbereich verantwortlich.

Er ist Fachmann für Störungen der Sprache in gesprochener und geschriebener Form sowie für Stö-

rungen der Stimme bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Er ist befähigt zur Beratung, Abklärung und Behandlung.

2. Organisation des Studiums

Das Studium der Logopädie ist ein Vollzeitstudium an einer Universität oder einer Institution, die den Kriterien dieser Rahmenordnung genügt.

2.1. Aufnahmebedingungen

- Lehrerdiplom
- Matura

Über die Anerkennung anderer Ausbildungen entscheidet die Ausbildungsstätte.

Zusatzbedingungen: Normales Gehör, normale Stimme, normale Sprach-, Rede- und Sprechfähigkeit, Tätigkeit im erzieherischen Bereich und Einblick in die logopädische Tätigkeit gelten als unerläßliche Voraussetzung.

3. Studienziele

Das Studium befähigt den diplomierten Logopäden zur Ausübung folgender Funktionen:

3.1. Beratungsfunktion

Diese Funktion erstreckt sich insbesondere auf die Vorbeugung von Sprachbehinderungen und die Unterstützung der Behandlung.

3.2. Abklärungsfunktion

Diese Funktion erstreckt sich auf Behinderungen der Kommunikation durch Störungen der Sprache und Stimme. Dazu gehören u. a.:

- Acalculie/Dyscalculie
- Agrammatismus/Dysgrammatismus
- Agraphie/Dysgraphie
- Akustische Agnosie
- Alalie/Dyslalie
- Alexie/Dyslexie (Legasthenie)
- Anarthrie/Dysarthrie
- Anorthographie/Dysorthographie
- Aphasie/Dysphasie
- Aphonie/Dysphonie
- Mutismus
- Poltern
- Rhinophonie
- Sprachentwicklungsrückstand
- Stottern

3.3. Behandlungsfunktion

Diese Funktion erstreckt sich auf alle unter 3.2. aufgeführten Sprachbehinderungen.

Die zunehmende Ausweitung der logopädischen Tätigkeit und ein differenzierteres Behandlungsinstrumentarium erforderten seither eine schrittweise Verlängerung der Ausbildungen auf effektiv vier Jahre (vgl. dazu

den Beitrag von *Motsch*). Dazu kommt eine an den meisten Orten obligatorische Fortbildung, welche die Ausbildungsinhalte ergänzt oder vertieft.

4. Zum Selbstverständnis der Logopäd(inn)en

Ausbildungen und Berufsverbände setzten sich in den letzten Jahren mit einigem Erfolg dafür ein, die Wandlungen innerhalb der Logopädie in Richtung Kommunikationstherapie in der Öffentlichkeit bewußt zu machen. Dies wurde wesentlich durch das Selbstverständnis der Logopäd(inn)en gestützt, welches sich einerseits in Ansprüchen auf Respektierung der Selbstständigkeit des Berufes und andererseits in der Formulierung von hohen Anforderungen an sich selbst äußerte. Auch dazu einige Belegstellen (LRB/VAL 1984):

»1. Einleitung

Ein kurzer Rückblick auf die Verhältnisse im deutschsprachigen Raum seit Beginn des 20. Jahrhunderts zeigt, daß etwa bis zum ersten Drittel unseres Jahrhunderts Diagnose und Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen fast ausschließlich von Ärzten durchgeführt wurden. In der Folgezeit entstand eine Tendenz zur Aufspaltung der ursprünglich einheitlichen Grundkonzeption dieses Fachgebietes nach zwei Richtungen: Einerseits fand eine Trennung von Diagnose und Therapie statt, dergemäß die diagnostische Komponente allein in die Kompetenz des Arztes gehöre, während die Therapie unter seiner Aufsicht von medizinisch, pädagogisch oder sprechtechnisch vorgebildeten speziell geschulten Fachkräften durchgeführt werden sollte. Die zweite Spaltungstendenz betraf das Verständnis des Phänomens der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen selbst. Sind sie eher als Krankheiten oder als Entwicklungshemmungen und/oder psychisch bedingte Behinderungen zu verstehen? Je nach Beantwortung dieser Frage gehören sie in die Hand des Arztes und seiner paramedizinischen Hilfskräfte oder zum speziell sprachheilpädagogisch ausgebildeten Heilpädagogen, Lehrer oder Psychologen.

Während in Deutschland diese Entwicklung zur Entstehung zweier verschiedener Berufe führte, zum Beruf des Logopäden und zu dem des Sprachheillehrers — womit schwerwiegende Probleme geschaffen wurden —, fand in der Schweiz erfreulicherweise keine derartige Trennung statt. Alle Ausbildungen der Schweiz gehen von einer

eigenständigen, autonomen und umfassenden Auffassung des Logopädenberufes aus.

Heute besteht die Notwendigkeit, den ganzheitlichen Charakter dieses Berufes vertieft zu erfassen. Nur in der Logopädie stehen die sprachliche Kompetenz und ihre Störungen als solche im Zentrum von Erkenntnis und therapeutischer Aktivität. Der Handlungsbereich des Logopäden wird dadurch bestimmt, daß sprachliche Kompetenz Sprache als Mittel zu Weltverständnis — Selbstverständnis und Kommunikation beinhaltet. Es ist die spezifische Aufgabe des Logopäden, beim Aufbau dieser Fähigkeiten (Hörverstehen — Sprechen — Lesen — Schreiben) und bei der Überwindung von organisch, psychisch oder sozial begründeten Sprachstörungen mitzuwirken. Der Logopäde erkennt seine Aufgabe als autonom, bekennt sich aber zugleich zur notwendigen Zusammenarbeit im Team mit den verschiedenen Fachärzten und anderen therapeutischen und pädagogischen Fachleuten.

2. *Therapeutische Situation*

Das Verständnis von Therapie — Unterricht — Erziehung und das Verhältnis dieser drei Tätigkeitsfelder zueinander sind immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen. Diese Ausgangslage erfordert den Versuch, die eigene Betrachtungsweise zu charakterisieren.

Es geht bei der Aufgabe der Logopäden nicht um Lehren oder Heilen, sondern darum, Störungen der Sprachentwicklung vermeiden zu helfen, wo dies möglich ist (primäre Prävention), und bei bestehenden sprachlichen Behinderungen das Kind und den Erwachsenen auf dem Weg zu der ihnen erreichbaren optimalen sprachlichen Kompetenz zu begleiten und sie zu fördern.

Diese Aufgabe kann nur in einem kontinuierlichen Dialog mit dem Sprachbehinderten und mit seinen Bezugspersonen erfüllt werden. Bei dieser Art von Kooperation ist es unerlässlich, sich stets der Gefahren jeder Form von Machtausübung bewußt zu sein und alles einzusetzen, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das gefördert wird durch persönliches Engagement, fachliche Kompetenz und Respektierung der Freiheit des Sprachbehinderten.

Die Verantwortung des Logopäden beginnt mit der logopädischen Abklärung und umfaßt die diagnostischen, beratenden und therapeutischen Aktivitäten bis zum Abschluß der Behandlung. Da die Tätigkeit des Logopäden eigenverantwortlich ist, überläßt er weder anderen Logopäden noch anderen Fachleuten die für seine Therapie notwendige logopädische Abklärung. Auch für die Wahl seiner Methoden und die Bestimmung der Dauer seiner Behandlung ist er verantwortlich.

Die Entscheidung, ob eine Therapie begonnen

wird oder nicht, obliegt allein dem Sprachbehinderten oder seinen legalen Vertretern. Besteht hierüber Unklarheit, sollte der Logopäde den betroffenen Personen genügend Zeit einräumen, durch eigene Entscheidung zu ihrem Entschluß zu kommen.

Die angestrebte partnerschaftliche Haltung fordert vom Logopäden die kontinuierliche Bereitschaft, seine Methoden, sein Verhalten und seine Grundeinstellung zu überprüfen und die Fragen und Reaktionen des Sprachbehinderten und seiner Bezugsperson bezüglich der Zusammenarbeit wahrzunehmen und auf sie einzugehen.

Der Logopäde bemüht sich, alles zu vermeiden, was zu ungerechtfertigten Hoffnungen oder Ängsten seiner Partner führen könnte. Seine diagnostischen Feststellungen und Beobachtungen während des Therapieverlaufes vermittelt er seinen Partnern in einer Form, die ihnen verständlich und hilfreich ist. So wird z. B. jede Etikettierung durch Fach- oder Modebegriffe unterlassen.

Der Logopäde ist sich der Grenzen seiner Kompetenz bewußt und verpflichtet, mit Einwilligung des Sprachbehinderten oder seiner legalen Vertreter, andere Fachleute zu weiteren Abklärungen beizuziehen, wo dies nötig ist. Stellt es sich heraus, daß die für den Sprachbehinderten primär notwendige Therapie außerhalb der Kompetenz des Logopäden zu suchen ist, informiert er den Sprachbehinderten sofort und berät ihn über die weiteren Schritte. Dies setzt voraus, daß der Logopäde über Inhalt und Einsatzmöglichkeiten aller einschlägigen Fachbereiche Bescheid weiß.

Der Logopäde sowie die bei ihm praktizierenden Studenten der Logopädie und die Hospitanten sind an das Berufsgeheimnis gebunden. Alle Informationen, die er im Zusammenhang mit seiner diagnostischen, beratenden und therapeutischen Tätigkeit erlangt, unterstehen der Schweigepflicht, von der ihn nur der Sprachbehinderte oder dessen legale Vertreter entbinden können. Die Schweigepflicht ist zeitlich unbegrenzt und gilt auch dann, wenn die Behandlung abgeschlossen ist. Das gleiche gilt für Aktivitäten des Logopäden in Forschung, Lehre und bei wissenschaftlichen Publikationen.

Die ständige Erweiterung der Forschung auf allen einschlägigen Gebieten der Wissenschaft, die Entwicklung neuer Behandlungskonzepte und Methoden und die Ausdehnung des Aufgabenbereichs in Richtung frühe Kindheit und Alter erfordern die permanente Fortbildung des Logopäden.

3. *Kollegiale Situation*

3.1. *Mit anderen Logopäden*

Die Beziehungen unter Kollegen sind geprägt durch Kooperations- und Hilfsbereitschaft.

Jede Form von Konkurrenzierung (inklusive finanzielle Über- oder Unterbietung) sowie jede negative Beurteilung von Kollegen nach außen sollte vermieden werden. Der Logopäde sucht den fachlichen Austausch mit seinen Kollegen.

Zur Kollegialität gehört auch die Bereitschaft, sich für die Betreuung von Studenten zur Verfügung zu stellen.

3.2. Mit anderen Fachleuten

Dem direkten Kontakt mit allen gleichzeitig an der Betreuung eines Sprachbehinderten Beteiligten muß besondere Sorgfalt gewidmet werden. Mündliche Kontakte sind, wenn irgend möglich, zu bevorzugen.

Bei aller Wahrung der Autonomie der logopädischen Tätigkeit kommt der intensiven Kooperation im Team mit anderen Fachleuten große Bedeutung zu. Bei der Behandlung von Mehrfachbehinderten bedenkt der Logopäde die Gefahren der Übertherapierung und geht in seinen Entscheidungen bezüglich der Durchführung einer logopädischen Therapie von seinem Überblick über die Gesamtsituation des Sprachbehinderten aus. Hierdurch trägt der Logopäde auch bei zur Vermeidung von Kompetenzkonflikten mit anderen Fachleuten.

4. Gesellschaftliche Situation

4.1. Öffentlichkeitsarbeit

Es gehört zu den Aufgaben des Logopäden, sich einzusetzen für die Information der Öffentlichkeit über die Bedeutung der Sprache für den Menschen und über Art und Auswirkung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Dazu gehört auch die Aufklärung über Aufgaben und Möglichkeiten der logopädischen Therapie.

Der Logopäde vertritt in der Öffentlichkeit die Rechte und Bedürfnisse der Sprachbehinderten sowie auch die Erfordernisse seines eigenen Berufsstandes. Falls notwendig, wird er dafür auch politisch aktiv. Die Öffentlichkeitsarbeit dient ausschließlich den obengenannten Zielen. Jede Form von Propaganda für die eigene Tätigkeit muß unterbleiben.

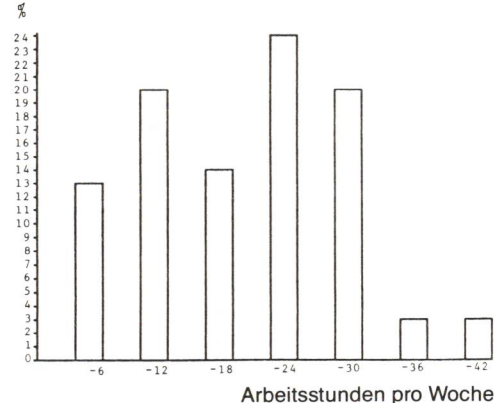
5. Die Arbeitssituation

Die rasche Zunahme von Institutionen für die Stimm- und Sprachrehabilitation seit bald 20 Jahren hat zu einem empfindlichen Mangel an Logopäd(inn)en geführt. Besonders ländliche Gebiete und Bergregionen müssen oft jahrelang auf die Besetzung offener Stellen warten (vgl. Heft 4/88, S. 198). Die Kapazität der Ausbildungsinstitute wird teilweise durch die Zahl der verfügbaren Praktikumsplätze begrenzt, zum Teil auch durch räumliche und

personelle Einschränkungen. Eine gewisse Zurückhaltung ergab sich aus dem Bestreben, eine Logopädenarbeitslosigkeit unter allen Umständen zu vermeiden. Immerhin wird in nächster Zukunft die Zahl der Studienplätze angehoben.

Über 90 Prozent der in der Logopädie tätigen Fachkräfte sind Frauen. Sie schätzen ganz besonders die Möglichkeit der Teilzeitarbeit neben der Familie (zum Teil mit sehr kleinen Pensen). Wie die nachstehende Grafik zeigt, läßt sich nur rund ein Drittel der Logopäd(inn)en für ein volles Pensum verpflichten.

Arbeitszeit der Logopäd(inn)en
(summarische Übersicht)



Bei den Verantwortlichen steht zur Zeit in Diskussion, ob ein Mindestpensum von sieben Stunden/Woche (1/4 Stelle) den Mangel etwas lindern könnte. Allerdings muß befürchtet werden, daß sich einige Logopäd(inn)en ganz aus dem Beruf zurückziehen würden. Ein Anreiz für ein solches Pensum ergibt sich bereits jetzt aus dem Umstand, daß eine eigentliche Anstellung erst ab sieben Stunden/Woche erfolgt. Darunter wird in der Regel stundenweise abgerechnet (unter Wegfall gewisser Sozialleistungen).

Generell zeichnet sich die Arbeitssituation der Logopäd(inn)en in der Schweiz durch ein großes Stellenangebot, eine breite Palette von Einsatzbereichen und die Möglichkeit flexibler Arbeitszeit aus. Damit ist auch der seit Jahren beobachtete Großandrang zum Studium weitgehend erklärt. Die allgemein guten Berufsbedingungen dürfen aber nicht

darüber hinwegtäuschen, daß auch in der Schweiz im Einzelfall nicht nur »paradiesische« Zustände herrschen und noch manches verbessert werden kann.

Literatur

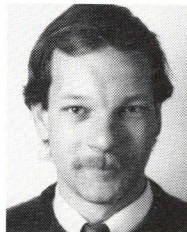
Logopädenverband der Region Basel und Verein der Aargauer Logopäden: Berufsethos der Logopäden. Logopädie 8 (1985) 4, S. 42–49.
Verband Heilpädagogischer Ausbildungsinstitute: Rahmenordnung zur Ausbildung des Logopäden. SZH Luzern 1981.

Zürcher Berufsverband der Logopäden: Der logopädische Dienst an der Volksschule. Logopädie 4 (1981) 4, S. 18–25.

Anschrift des Verfassers:

Peter Wettstein
Kantonsschulstraße 1, CH-8001 Zürich
Peter Wettstein ist Leiter der Abteilung Logopädie des Heilpädagogischen Seminars Zürich.

Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 5, S. 227–240



Dirk Randoll, Frankfurt/Main

Erfahrungen und Ergebnisse bei der Anwendung des Systematic Fluency Training for Young Children (SFTYC) von R. E. Shine

Zusammenfassung

Die direkte, symptombezogene Behandlung des beginnenden Stotterns im Vorschul- und frühen Grundschulalter stellt in den deutschsprachigen Ländern eher eine Ausnahme dar. In diesem Beitrag wird über die Erfahrungen bei der Durchführung der direkten, symptombezogenen Therapie nach dem Programm von Shine (1980, 1985) und deren Ergebnisse anhand einiger Einzelfälle berichtet. Sie zeigen, daß es hinsichtlich der Diagnostik, der Indikation sowie der Intervention bei beginnendem Stottern unabdingbar ist, unterschiedliche entwicklungspsychologische Aspekte bzw. individuumsspezifische Gegebenheiten stärker zu berücksichtigen, als dies bei diesem Therapieprogramm der Fall ist. Schlußfolgernd wird für die Einbeziehung direkter, symptombezogener Sprechfördermaßnahmen in eine methodenkombinierte und mehrdimensionale Behandlungskonzeption bei beginnendem Stottern plädiert.

1. Vorbemerkung

Im deutschsprachigen Raum sind bislang keine empirischen Untersuchungsergebnisse zur Wirksamkeit direkter, symptombezogener Interventionsmaßnahmen bei beginnendem Stottern im Vorschul- und frühen Grundschulalter veröffentlicht worden. Anders stellt sich die Situation in den anglo-

amerikanischen Ländern dar, in denen bereits auf langjährige praktische Erfahrungen mit der direkten Behandlung des beginnenden Stotterns zurückgegriffen werden kann (vgl. Schulze und Johannsen 1986, 1987; Fiedler und Standop 1986). Die in diesen Ländern diesbezüglich mitgeteilten Evaluationsergebnisse sind vielversprechend und gaben Anlaß dafür, eine Form der direkten Behandlung im Hinblick auf die Durchführbarkeit und die Wirksamkeit anhand einiger Einzelfälle zu überprüfen. Es handelt sich dabei um das von Shine (1980, 1985) entwickelte und in den USA erprobte Systematic Fluency Training for Young Children, das ins Deutsche übersetzt (vgl. Randoll 1985 a) und bereits in einer Kurzfassung vorgestellt wurde (vgl. Randoll 1985 b).

Die direkte, symptombezogene Behandlung des beginnenden Stotterns stellt in der Bundesrepublik vor allem im Vorschulalter eher die Ausnahme als die Regel dar (siehe die Befragungsergebnisse von Johannsen und Schulze 1986). Der Arbeit am Symptom wird vor allem mit dem Argument begegnet, daß dadurch beim Kind ein Problem- bzw. Störungsbewußtsein geschaffen und in der

Folge eher zur Chronifizierung als zur Reduzierung des Stotterns beigetragen werde. Diese Sichtweise wurde wesentlich durch die symptomatogene und diagnosogene Theorie *Johnsons* und Mitarbeiter (1959) geprägt, die mittlerweile allerdings als zu undifferenziert und in ihrer Ausschließlichkeit als widerlegt gilt (vgl. *McDearmon* 1968; *Jehle und Randoll* 1987). Darüber hinaus finden sich bei den mitgeteilten Ergebnissen zu direkten Behandlungen des beginnenden Stotterns keine Hinweise auf negative Behandlungseffekte, die gegen symptombezogene therapeutische Maßnahmen sprechen würden (vgl. *Martin, Kuhl, Haraldson* 1972; *Reed und Godden* 1977; *Jehle und Randoll* 1987).

2. Grundlegende Informationen zum Zustandekommen und den Bedingungen der Untersuchung

Im Rahmen des am Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung bearbeiteten Projekts »Beratung von Eltern stotternder Vorschulkinder« (*Jehle und Randoll* 1984; *Randoll und Jehle* 1986; *Jehle und Randoll* 1987) ergab sich die Notwendigkeit, für die Fälle mit beginnendem Stottern alternative Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, bei denen eine Elternberatung in dem geplanten Umfang nicht möglich war bzw. bei denen die Elternberatung keine oder nur unzureichende Effekte zeigen würde. Da die institutionellen Voraussetzungen für Sprachtherapien in einem größeren Umfang am Deutschen Institut nicht gegeben sind und die wenigen, an uns überwiesenen Fälle primär in das Beratungsprojekt einbezogen wurden, war damit zu rechnen, daß nur wenige ambulante Therapien mit dem »Shine-Programm« durchgeführt werden konnten. Aus diesem Grund wurden Mitarbeiterinnen aus dem Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth um ihre Unterstützung gebeten, indem sie die von ihnen durchgeführten Therapiefälle nach dem »Shine-Programm« ausführlich dokumentieren und dem Autor zur Verfügung stellen sollten.¹ Nachdem der Autor in einem vierzehntägigen Workshop in den USA in die Vorgehensweise der Therapie nach *Shine* eingeführt und eingearbeitet worden war, wurde das Therapiemanual ins

Deutsche übertragen (vgl. *Randoll* 1985 a); danach erfolgte die Einarbeitung der Mitarbeiterinnen aus dem Sprachheilzentrum in die Handhabung und Anwendung des übersetzten Programms. Die ursprüngliche Planung sah vor, eine Serie mehrerer Einzelfälle mit dem standardisierten Programm durchzuführen, um Hinweise auf dessen Durchführbarkeit und Wirksamkeit zu erhalten. Im Zuge der praktischen Anwendung des Programms ergaben sich allerdings Veränderungen im Hinblick auf die verwendeten Materialien sowie auf das therapeutische Vorgehen selbst (siehe Kapitel 3.3.2). Da sich darüber hinaus sowohl die therapeutischen Bedingungen als auch die Interessen am Sprachheilzentrum von denen des Autors unterschieden, können die darzustellenden Fälle und ihre Ergebnisse strenggenommen nicht miteinander verglichen werden. Im Hinblick auf die therapeutischen Bedingungen werden am Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth überwiegend schwerere Fälle mit Mehrfachbehinderungen vorgefunden und stationär behandelt, während der Autor dagegen lediglich die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung hat. Hinsichtlich der unterschiedlichen Interessen werden am Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth die dortigen Möglichkeiten einer multifaktoriellen Behandlung des Stotterns — entsprechend dem Verständnis der Symptomatik — genutzt, während der Autor primär »nur« an der Evaluation des »Shine-Programms« interessiert war. Weil sich dennoch vergleichbare Schwierigkeiten bei der Anwendung des Programms ergeben haben, werden die Erfahrungen in der Anwendung des Programms zusammengefaßt beschrieben.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobe

Insgesamt wurden sieben Kinder (sechs Jungen und ein Mädchen; Durchschnittsalter 6;1 Jahre; Spannweite 4;8 bis 9;1 Jahre) mit der

¹ An dieser Stelle möchte ich mich für die Kooperationsbereitschaft, das große Engagement und für die vielen Anregungen der Mitarbeiterinnen des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth, Frau Dipl.-Psych. C. Dunsing, Frau I. Stephan und Frau K. Henze, herzlich bedanken.

deutschsprachigen Version des »Shine-Programms« behandelt. Vier Kinder wurden vom Autor ambulant und drei von verschiedenen Mitarbeiterinnen aus dem Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth stationär betreut. Bei fünf Kindern wurde die Therapie vollständig durchgeführt und dokumentiert, in zwei Fällen (ambulant und stationär) wurde sie vorzeitig beendet.

3.2. Diagnose

Grundlegend für die Diagnose im »Shine-Programm« ist die umfassende Stotteranalyse (Comprehensive Stuttering Analysis), in der vor allem die Ermittlung der Arten und Häufigkeiten von Sprechunflüssigkeiten sowie die Globaleinschätzung sogenannter »physiologischer« Variablen (z. B. Artikulation, Phonation) vorgesehen ist. Aus neun Sprechaufgabenbereichen (siehe die Legende in Tabelle 1) werden die Häufigkeiten der gestotterten Wörter pro Minute (GW/M) ermittelt und nach einer vorgegebenen Systematik zu einem Gesamtwert zusammengefaßt (zu den gestotterten Wörtern zählen Ganz- und Teilwortwiederholungen sowie Prolongationen und Blocks). Aus dem auf Tonband aufgezeichneten Sprechaufgabenbereich »Unterhaltung mit Therapeuten« wer-

den mindestens 200 vom Kind gesprochene Wörter transkribiert und im Hinblick auf verschiedene Variablen (vor allem der Häufigkeiten der verschiedenen Unflüssigkeitsarten) »fein-analysiert«. Die Indikationsentscheidung zur direkten Therapie wird im wesentlichen auf der Basis der ermittelten Stotterrate und unter Berücksichtigung der Stotterarten getroffen (siehe den Indikationsvorschlag bei Shine in Randoll 1985 b). In Ergänzung zur Ermittlung verschiedener Sprechdaten erfolgt ein standardisiertes Elterninterview, um vor allem Informationen über psychosoziale Bedingungen und über die Entstehung/Entwicklung des Stotterns zu erhalten. Darüber hinaus wird im »Shine-Programm« die Überprüfung der Artikulationsfähigkeit des Kindes, seines Sprachentwicklungsstandes sowie vermuteter motorischer und auditiver Defizite empfohlen.

3.2.1. Diagnostische Ergebnisse

3.2.1.1. Zur Sprechsymptomatik

In Tabelle 1 sind die Häufigkeiten der gestotterten Wörter pro Minute (GW/M) aus der Eingangsdiagnose für jeden Einzelfall in den entsprechenden Sprechaufgabenbereichen sowie zusammengefaßt über vier Sprechaufgabenbereiche wiedergegeben.

Tabelle 1: Anzahl der gestotterten Wörter pro Minute (GW/M) in den einzelnen Sprechaufgabenbereichen aus der Eingangsdiagnose je Einzelfall sowie zusammengefaßt die Anzahl der GW/M aus den Sprechaufgabenbereichen 4, 5, 7, 8, 9 und die gesamte Sprechzeit des Kindes (die Fälle V, E, P wurden am Sprachheilzentrum stationär behandelt)

Gestotterte Wörter pro Minute												Sprechzeit	
Sprechaufgabe:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gesamt	gesamt
Fall	Alter	Geschl.										(4+5+7+8+9)	(Min.)
Sch	5;9	m	0	14,3	6,6	-	21,6	-	12,2	-	-	16,8	4,46
S	6;5	m	0	0	3,6	-	25	35	22	-	-	23,5	6,39
B	9;1	m	2	4,8	8,3	5,1	13,7	13,4	16	20	12	12,9	13,61
M	4;10	m	0	0	6,9	-	0	0	-	-	18,2	9,0	3,49
V	6;4	m	0	0	0	-	7	15	11,5	5,5	15	10,4	10,8
E	5;7	w	0	2,1	0	-	4,5	9,3	4,4	3,3	-	3,32	8,9
P*	4;8	m	-	-	-	-	-	-	9,3(?)	-	-	9,3(?)	3,44

Legende: 1: Reihensprechen; 2: Nachsprechen; 3: Benennen von Bildern; 4: Lesen; 5: Monolog; 6: Fragen/Antworten; 7: Unterhaltung mit Therapeuten; 8: Unterhaltung mit fremder Person; 9: Unterhaltung mit Eltern.

—: Nicht erhoben bzw. keine Informationen zur Verfügung.

* Bei Fall P standen nur die Daten aus dem Transkript zum Sprechaufgabenbereich 7 zur Verfügung. Das »?« deutet auf einen vermuteten Erhebungsfehler bei der Ermittlung der Sprechzeit (3,44 Min.) und der daraus ermittelten Sprechgeschwindigkeit (45,6 Wörter/Min.) hin; die Anzahl der auf der Basis der Sprechzeit berechneten GW/M (9,3) unterscheidet sich eventuell deshalb deutlich von den Prozenten gestotterter Wörter (20,5 Prozent; siehe Tabelle 2).

In der Tendenz nehmen die Häufigkeiten der GW/M mit der Zunahme der Komplexität der Sprechaufgabe deutlich zu. Entsprechend den Überlegungen von *Stocker* (1980) handelte es sich bei der Sprechweise dieser Kinder demzufolge um beginnendes Stottern. *Stocker* geht davon aus, daß Variationen in der Sprechunflüssigkeit mit der Zunahme der kommunikativen Verantwortlichkeit (level of demand) charakteristisch für beginnendes Stottern sind, während bei entwicklungsbedingtem Stottern die Häufigkeit der Sprechunflüssigkeit unabhängig von der Komplexität der Sprechaufgabe vergleichbar verteilt sein soll. Mit Ausnahme der Fälle E und P liegen die zusammengefaßten Häufigkeiten der GW/M über dem von *Shine* als Risikobereich definierten Kriterium von 10 GW/M. Die ermittelten und nach Arten der Sprechunflüssigkeiten differenzierten Häufigkeiten zeigen, daß im Fall E trotz vergleichsweise niedriger globaler Stotterrate aufgrund der

Anzahl der Blocks von beginnendem Stottern ausgegangen werden mußte (siehe Tabelle 2). Beim Fall P gaben die Prozente gestotterter Wörter (%GW) sowie die Häufigkeiten von Prolongationen und Blocks deutliche Hinweise auf eine beginnende Stottersymptomatik.

Dagegen zeigen sich bei den Fällen B und S überwiegend Ganz- und Teilwortwiederholungen, die nach *Shine* in dieser Häufigkeit ihres Auftretens dem Risikobereich zuzuordnen sind. Weitere diagnostische Daten gaben jedoch Anlaß dafür, mit diesen Kindern dennoch die direkte Therapie zu beginnen. Beim Fall M entsprach die während der Eingangsdiagnose gezeigte Sprechweise des Jungen nach Aussagen der Mutter nicht der ansonsten zu beobachtenden Sprechweise. Die aus diesem Grund aus Haus-Tonaufzeichnungen hinzugezogenen Sprechdaten weisen eindeutig auf beginnendes Stottern hin (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl gesprochener Wörter (ZW), Anzahl gesprochener Wörter pro Minute (ZW/M), Anzahl gestotterter Wörter (GW), Anzahl gestotterter Wörter pro Minute (GW/M), Prozent gestotterter Wörter (%GW), Anzahl der Ganzwort-(WW) und Teilwortwiederholungen (LS) sowie Prolongationen (P) und Blocks (B) aus dem Feintranskript aus der Eingangsdiagnose zum Sprechaufgabenbereich »Unterhaltung mit Therapeuten« je Einzelfall

Fall	ZW	ZW/M	GW	GW/M*	%GW	WW		LS		P		B	
						abs.	gew.	abs.	gew.	abs.	gew.	abs.	gew.
Sch	84	84	16	16	19	4	4,7	5	5,9	5	5,9	2	2,4
S	145	97	33	22	22,7	10	6,9	21	14,5	0	0	2	1,4
B**	165	124	23	17,3	13,9	7	4,2	14	8,5	2	1,2	0	0
M**	318	111	82	28,8	25,7	5	1,6	29	9,1	48	15,1	0	0
V	117	66	25	14	21,4	5	4,2	14	11,9	0	0	6	5,1
E	165	73	19	8,4	11,6	7	4,2	6	3,6	1	0,6	5	3,0
P	171	46(?)	35	9,3(?)	20,5	0	0	6	3,5	16	9,4	13	7,6

Legende: gew.: Gewichtete Anzahl der jeweiligen Arten der Sprechunflüssigkeit pro 100 gesprochener Wörter.

abs.: Absolute Häufigkeit der jeweiligen Art der Sprechunflüssigkeit.

* Die erstellten Transkripte stellen nur Ausschnitte aus der Gesamtsprechzeit dar, so daß die GW/M aus dieser Tabelle von denen aus Tabelle 1 differieren können.

** Beim Fall B war es aus technischen Gründen nicht möglich, aus der Eingangsdiagnose in der Institution ein Feintranskript zu erstellen; von daher beziehen sich diese Daten auf die erste Haus-Tonaufzeichnung. Im Fall M beziehen sich die hier mitgeteilten Daten aus den bereits genannten Gründen ebenfalls auf eine Haus-Tonaufzeichnung.

3.2.1.2. Weitere diagnostische Daten

Die über die Analyse der Sprechweise des Kindes hinaus erhobenen diagnostischen Daten wurden aus Gesprächen mit den Eltern, aus Verhaltensbeobachtungen des Kindes während der Diagnose und während ei-

ner Spielsituation, aus verschiedenen Tests (H-S-E-T von *Grimm* und *Schöler* 1978, *Reynell* 1985, *Riley* und *Riley* 1984, *Frostig*, PPVT) sowie aus verfügbaren Krankenakten/Gutachten gewonnen. Dabei zeigte sich, daß die stationär behandelten Kinder im Ver-

gleich zu den ambulanten Fällen vermehrt Artikulationsdefizite, Sprachentwicklungsverzögerungen bzw. Defizite in der sprachlichen Kompetenz sowie Auffälligkeiten im Verhalten (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Schüchternheit aufgrund hohen Leidensdrucks, Enuresis, Enkopresis) aufwiesen, wie dies — entsprechend den Aufgaben des Sprachheilzentrums — zu erwarten war. Im Hinblick auf die Ausprägung verschiedener Sprechvariablen (siehe Tabelle 2) waren dagegen die ambulant behandelten Kinder auffälliger. Die bei den stationär behandelten Kindern in der Tendenz häufiger aufgetretenen Auffälligkeiten bzw. Defizite wurden nicht als notwendigerweise stotterspezifisch als vielmehr für die direkte Therapie eventuell hinderlich bewertet.

3.2.2. Anmerkungen zur Diagnose bei *Shine*

Die umfassende Stotteranalyse hat sich — nach intensivem Einüben des Therapeuten in die diagnostische Vorgehensweise — als relativ einfach zu handhabendes und auch ökonomisches diagnostisches Instrumentarium erwiesen. Zur Diagnose im »*Shine-Programm*« sind dennoch die folgenden kritischen Anmerkungen notwendig:

1. Beim beginnenden Stottern ist insbesondere im Vorschulalter mit einer phasenhaften Entwicklung (*Van Riper* [1982] spricht von Oszillation), d. h. mit hohen Variationen in der Sprechunflüssigkeit, zu rechnen. Da die Indikationsentscheidung zur direkten Therapie bei *Shine* im wesentlichen auf der Basis der in der einmaligen Eingangsdiagnose ermittelten Daten erfolgt, können keine datenbezogenen Aussagen über den Entwicklungsverlauf der Symptomatik, d. h. auch nicht über eventuelle Trends in Richtung einer Spontanremission, gemacht werden. Zwar werden die während der Diagnose anwesenden Eltern danach befragt, ob die kindliche Sprechweise typisch für die ansonsten zu beobachtende Sprechweise ist; allerdings reicht dies — auch angesichts der durchschnittlichen Gesamtsprechzeit der Kinder in der Eingangsdiagnose von 7,84 Minuten — für eine objektive Einschätzung der Sprechsymptomatik nicht aus.

2. Im »*Shine-Programm*« wird die Überprüfung weiterer, mit beginnendem Stottern

eventuell einhergehender Variablen empfohlen (z. B. Artikulation, auditive Fähigkeiten). Dem ersten Anschein nach wird dadurch der Forderung nach einer mehrdimensionalen Diagnostik hinreichend entsprochen. Diese diagnostischen Daten haben jedoch keine Konsequenzen für die Indikation bzw. für die Art der Intervention. Ausschlaggebend für die Indikation im »*Shine-Programm*« ist die auf der Basis der Sprechunflüssigkeit zu treffende Entscheidung, ob es sich im Einzelfall um beginnendes Stottern handelt oder nicht, unabhängig von anderen, eventuell vorzufindenden Auffälligkeiten bzw. Defiziten. Der empfohlene diagnostische Aufwand steht demnach in keinem Verhältnis zu dem Therapieangebot.

3. Die vorgegebenen Fragen an die Eltern geben zu wenig Informationen insbesondere über ihre Einstellungen zum Kind und zur Sprechweise des Kindes, über ihre Reaktionen auf Stottern, über Erziehungsstile sowie über spezifische Probleme der Familie und des Kindes. Für eine direkte Therapie eventuell kontraindizierte Aspekte bleiben ebenfalls weitgehend unberücksichtigt.

4. Die im amerikanischen Original beigefügten Bilder und Bildergeschichten sind zu unstrukturiert und zu wenig anschaulich, sie mußten daher durch geeignetere Materialien ersetzt werden.

Aus den Erfahrungen mit der Durchführung der Diagnose sind folgende Schlußfolgerungen zu ziehen:

- a) Es ist notwendig, die kindliche Sprechweise über einen längeren Zeitraum zu beobachten (z. B. durch mehrere Tonaufzeichnungen zu Hause) sowie Veränderungen im Setting vorzunehmen, um verschiedene Störvariablen (z. B. Neuheit der Umgebungsbedingungen und Personen), die sich eventuell extrem nachteilig (aber auch günstig) auf das Sprechverhalten des Kindes auswirken können, besser zu kontrollieren.

- b) Die Fragen an die Eltern müssen um die angesprochenen Aspekte ergänzt werden.

- c) Es fehlt an Kriterien, aufgrund derer im Einzelfall eine direkte Behandlung nicht angezeigt ist.

- d) Ferner fehlt ein Angebot an alternativen Therapiemöglichkeiten, die für eventuell vor-

zufindende weitere Defizite bzw. Störungen angezeigt sein könnten.

3.3. Zur Therapie

Die Therapie nach *Shine* zielt auf die Veränderung physiologischer, prosodischer und linguistischer Variablen sowie auf die Habituation eines neuen Sprechmusters beim Kind ab. Durch ein Wahrnehmungstraining, durch Modellvorgaben des Therapeuten sowie durch operante Techniken wird die kognitive Repräsentanz des neuen Sprechmusters beim Kind angestrebt. Dem Therapieprogramm liegt ein Manual bei, aus dem die jeweils durchzuführenden Therapieschritte, die Reihenfolge ihrer Präsentation, Kriterien zur Erreichung von Teilzielen, die zu verwendenden Stimulusmaterialien usw. entnommen werden können. Die Anforderungen an die vom Kind durchzuführenden Sprechaufgaben werden systematisch von z. B. Einwortäußerungen bis hin zum freien Erzählen erhöht (zur therapeutischen Vorgehensweise im einzelnen siehe *Randoll 1985 b*). Die Therapie wird grundsätzlich als Einzeltherapie durchgeführt, das Programm selbst wurde primär für den ambulanten Einsatz für drei- bis neunjährige stotternde Kinder konzipiert.

Die vom Autor durchgeführten Fälle erhielten zweimal wöchentlich — mit zeitlichen Unterbrechungen wegen Urlaub, Krankheit usw. — ambulante Sprachtherapien; die Dauer einer Therapiesitzung betrug im Durchschnitt 45 Minuten. Die Anzahl der Therapiesitzungen betrug im Durchschnitt 24 (Spannweite 20 bis 26), die Dauer der Therapie erstreckte sich über durchschnittlich 6,3 Monate. In Einzelfällen wurden, von dem Programm abweichend, zusätzliche Übungen durchgeführt und/oder das therapeutische Vorgehen modifiziert (siehe hierzu weiter unten). Darüber hinaus wurde der Elternberatung mehr Beachtung geschenkt, als dies im Programm empfohlen wird. In allen ambulanten Fällen wurden vier Elternberatungssitzungen (Einzelgespräche) durchgeführt. Am Sprachheilzentrum erhielten die stationär behandelten Kinder tägliche (zum Teil dreimal) Sprechübungen, zum Teil wurden diese Übungen um weitere therapeutische Maßnahmen (z. B. Spieltherapie, motorische Übungen, Wahrnehmungstraining) —

soweit sie indiziert erschienen — ergänzt. Die Anzahl der Stottertherapiesitzungen betrug bei den zwei vollständig durchgeführten, stationären Fällen im Durchschnitt 260; die Dauer der Therapie erstreckte sich über durchschnittlich 18 Monate.

3.3.1. Therapieergebnisse: Veränderungen in der Sprechsymptomatik

Um Veränderungen in der Sprechsymptomatik der Kinder dokumentieren zu können, wurden die ermittelten Sprechdaten aus der Eingangsdiagnose (umfassenden Stotteranalyse) mit denen aus der Abschlußerhebung verglichen. Zum weiteren Vergleich liegen darüber hinaus Daten aus zum Teil mehreren Zwischendiagnosen vor, die Anhaltspunkte über den Entwicklungsverlauf der Sprechunflüssigkeit während der Therapiephase geben.

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten sind folgende einschränkende Bedingungen zu berücksichtigen:

1. Die Treatmentbedingungen sowie das therapeutische Vorgehen sind sowohl zwischen den Gruppen (ambulant/stationär) als auch innerhalb der Gruppen nicht völlig miteinander vergleichbar, so daß erzielte Effekte auf unterschiedliche Bedingungen zurückgeführt werden müssen.
2. Es liegen keine Angaben zur Reliabilität der ermittelten Sprechdaten vor.
3. In den meisten Fällen basiert die Diagnose auf der einmaligen Erhebung der kindlichen Sprechweise. Von daher können keine datenbezogenen Aussagen über den Entwicklungsverlauf vor Therapiebeginn gemacht werden. Die ermittelten Sprechweisen der Kinder sind keinesfalls ausreichend, um eventuelle Effekte der Therapie auf deren Basis begründen zu können.
4. Die bei den ambulanten Fällen miteinander zu vergleichenden Sprechdaten wurden aus Erhebungen in unterschiedlichen Settings (in der Institution/zu Hause) erhoben. Am Sprachheilzentrum erfolgten dagegen alle Erhebungen durch dieselbe Therapeutin in einer vergleichbaren Umgebung. Spezifische Störvariablen wie z. B. Gewöhnung an eine neue Situation und Person, aber auch Selbstprophезierungen seitens der Therapie-

ten (in dem Sinne, als daß keine unabhängigen Beurteiler der Sprechflüssigkeit herangezogen wurden), wurden demnach nicht kontrolliert.

In Tabelle 3 sind die Veränderungen der verschiedenen Sprechvariablen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Therapie für jeden Einzelfall wiedergegeben.

Tabelle 3: Häufigkeiten verschiedener Sprechvariablen im Vergleich vor, während und zum Abschluß der Therapie aus der Feinanalyse der Transkripte zum Sprechaufgabenbereich 7 (Diagnose nach Shine) bzw. aus Haus-Tonaufzeichnungen (Diagnose zu Hause) je Einzelfall (Abkürzungen siehe Tabelle 2)

Fall	Datum	Phase	Diagnose	ZW	ZW/Min	GW	GW/M	%GW	WW		LS		P		B	
									abs.	gew.	abs.	gew.	abs.	gew.	abs.	gew.
Sch	7.85	vor	Shine	84	84	16	16	19	4	4,8	5	5,9	5	5,9	2	2,4
	7.85	vor	zu Hause	356	114	49	15,7	13,8	21	5,9	17	4,8	8	2,2	3	0,8
	1.86	abschl.	zu Hause	778	123	109	16,2	14	45	4,3	41	4,3	15	1,9	8	1,0
S	9.86	vor	Shine	145	97	33	22	22,7	10	6,9	21	14,5	0	0	2	1,4
	1.87	abschl.	Shine	448	83	9	1,6	2	4	0,9	5	1,1	0	0	0	0
B	1.87	vor	zu Hause	165	124	23	17,3	13,9	7	4,2	14	8,5	2	1,2	0	0
	2.87	vor	Shine	-	-	33	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5.87	vor	zu Hause	218	128	10	5,9	4,6	2	0,9	8	3,7	0	0	0	0
	6.87	während	Shine	221	131	26	15,4	11,8	2	0,9	16	7,2	6	2,7	2	0,9
	9.87	während	zu Hause	114	90	4	3,15	3,5	2	1,75	2	1,75	0	0	0	0
	12.87	abschl.	Shine	136	118	24	20,9	17,6	1	0,7	21	15,4	1	0,7	0	0
M	11.86	vor	Shine	135	108	23	18,4	17	3	2,2	4	3	16	11,8	0	0
	12.86	vor	zu Hause	318	111	82	28,8	25,7	5	1,6	29	9,1	48	15,1	0	0
	4.87	während	zu Hause	162	113	32	22,3	19,7	5	3,1	24	14,8	3	1,9	0	0
	7.87	abschl.	zu Hause	601	103	29	5	4,8	3	0,5	24	4,0	2	0,3	0	0
	12.87	nach	zu Hause	316	141	20	8,9	6,3	4	1,3	12	3,8	4	1,3	0	0
	1.88	nach	zu Hause	411	121	11	3,2	2,7	3	0,7	8	1,9	0	0	0	0
V	2.88	nach	zu Hause	149	133	8	7,2	5,4	1	0,7	6	4,0	1	0,7	0	0
	4.85	vor	Shine	117	66	25	14	21,4	5	4,2	14	11,9	0	0	6	5,1
	7.85	während	Shine	131	87	11	7,5	8,3	4	3,0	6	4,6	0	0	1	0,8
	3.86	während	Shine	93	4	4	4,3	0	0	0	0	0	3	3,2	1	1,0
E	6.86	abschl.	Shine	128	64	3	1,3	2,3	1	0,8	1	0,8	1	0,8	0	0
	4.84	vor	Shine	165	73	19	8,4	11,5	7	4,2	6	3,6	1	0,6	5	3,0
	9.85	während	Shine	200	89	11	4,8	5,5	0	0	5	2,5	1	0,5	5	2,5
P	2.86	abschl.	Shine	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	12.85	vor	Shine	171	46(?)	35	9,3(?)	20,5	0	0	6	3,5	16	9,4	13	7,6
	6.86	während	Shine	142	49(?)	23	7,6(?)	15,2	1	0,7	1	0,7	12	8,45	9	6,3
	2.87	abschl.	Shine	111	40(?)	34	12,2(?)	30,6	0	0	5	4,5	2	1,8	27	24,3

Bei den stationär behandelten Fällen V und E hat sich die Sprechflüssigkeit im Vor- und Nachtherapievergleich deutlich verbessert; bei den ambulant behandelten Fällen trat eine Verbesserung in der Sprechflüssigkeit bei den Fällen S und M auf. Eine Zunahme der Sprechunflüssigkeiten ist dagegen bei den Fällen B (ambulant) und P (stationär; Abbruch der Therapie) zu beobachten. Beim Fall Sch (ambulant; Abbruch der Therapie) haben sich nur geringfügige Veränderungen in der Sprechunflüssigkeit ergeben.

Die Wirksamkeit der Therapie ausschließlich auf der Basis der ermittelten Sprechdaten zu beurteilen wäre angesichts der kleinen Stichprobe unangebracht. Die im folgenden zusammengefaßten Erfahrungen sollen daher

einige Anhaltspunkte über Bedingungen für Veränderungen bzw. für das Ausbleiben von Effekten sowie über grundsätzliche Probleme bei der Anwendung des Programms geben.²

3.3.2. Anmerkungen zu Problemen bei der Durchführung der Therapie nach dem »Shine-Programm«

Die therapeutische Vorgehensweise nach dem »Shine-Programm« ließ — entsprechend der zugrundeliegenden Logik der Therapie

² Für den interessierten Leser können die hier aus Raumgründen nicht abgedruckten Fallbeschreibungen vom Autor angefordert werden. Sie geben weiteren Einblick in die Probleme bei der Anwendung des »Shine-Programms«.

— spontanen Äußerungen und Handlungen des Kindes sowie spielerischen Übungen nur wenig Raum. Die häufigen, zum Teil stereotypen Wiederholungen ein und derselben bzw. vergleichbarer Sprechübungen mit Stimulusmaterialien, die den Kindern trotz ihrer Vielfalt schnell bekannt wurden und zudem den unterschiedlichen, altersbedingten Anforderungen nicht entsprachen, führten in vielen Fällen zu Motivationsproblemen beim Kind, zu Therapieverweigerungen und zum Teil zu -abbrüchen. Die Therapeuten sahen sich immer wieder mit dem Problem konfrontiert, spontane Äußerungen des Kindes zu unterdrücken bzw. unbeachtet zu lassen, um dem Therapieprogramm zu folgen oder von der Therapie abweichend mit dem Risiko darauf einzugehen, daß dadurch zu erzielende Übungseffekte (z. B. Habituation des neuen Sprechmusters) nicht in dem gewünschten Ausmaß erfolgen würden. Je enger sich der Therapeut in seinem Vorgehen an dem Programm orientierte, desto problematischer entwickelte sich seine Beziehung zum Kind, das immer wieder dazu aufgefordert werden mußte, die geforderten Sprechübungen durchzuführen.

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich im Zusammenhang mit der Durchführung des Münzverstärkungsprogramms, das mit dem Ziel der Motivationssteigerung eingesetzt werden soll. Explizit verstärkt werden flüssige Äußerungen des Kindes sowie die adäquate Verwendung der entsprechend geforderten Sprechweise. Sprechunflüssigkeiten und der fehlerhafte Gebrauch der langsamen Sprechweise werden mit Verstärkerentzug und mit der Wiederholung einer Serie von Sprechübungen »bestraft«. Dies hatte zur Folge, daß die meisten Kinder darauf frustriert und aggressiv reagierten. Die Erfahrungen mit der Anwendung des Münzverstärkungsprogramms haben gezeigt, daß es insbesondere für junge Kinder ungeeignet und in Frage zu stellen ist. Fruchtbare dagegen erwiesen sich das Anbieten der alternativen, langsamen Sprechweise und die verbale Rückmeldung über die Angemessenheit der Anwendung dieser Sprechweise, wie dies zu Beginn der Therapie vorgesehen ist. Die meisten Kinder erreichten die geforderten Zwi-

schenziele problemlos und durchliefen alle Therapieschritte in einem relativ kurzen Zeitraum, ohne daß jedoch eine hinreichende Generalisierung der im Therapiesetting erzielten Sprechflüssigkeit eintrat; in Einzelfällen mußten hierzu zusätzliche Übungen durchgeführt werden. Zwar sind im Programm Transferübungen vorgesehen; diese sind jedoch im Vergleich zu den ansonsten durchzuführenden Sprechübungen unstrukturierter, ihnen kommt ein vergleichsweise untergeordneter Stellenwert zu, und der Übergang von den Sprechübungen zum Transferprogramm erfolgt zu plötzlich. Die bei einigen der durchgeführten Fälle zu beobachtenden Generalisierungsprobleme sind vor allem darauf zurückzuführen, daß in der Therapie eine »Kunstsituation« geschaffen wird, innerhalb derer es den Kindern relativ leicht fällt, flüssig zu sprechen. Sobald die Kinder diesen Rahmen verlassen hatten bzw. die kontrollierenden Bedingungen nicht mehr gegeben waren, stiegen die Sprechunflüssigkeiten erneut erheblich an. Übungen, die sich enger an den Erlebnissen und Interessen der Kinder, d. h. an der kindlichen Realität, orientieren, wären daher unbedingt zu fordern. Es wäre in diesem Zusammenhang notwendig, eine Balance zwischen dem Grad der Strukturiertheit der Sprechübungen und der kindlichen Spontaneität, ihren Interessen und Bedürfnissen zu finden.

Es stellte sich heraus, daß die an den Therapeuten gestellten Anforderungen in der Therapie zu hoch waren. Die verschiedenen, vom Therapeuten zu leistenden Aufgaben (z. B. gleichzeitiges Protokollieren der sprachlichen Äußerungen des Kindes, Stoppen der Sprechzeit, Verteilen von Münzverstärkern) ließen es nicht zu, seine Aufmerksamkeit auch auf andere, ggf. wichtige Variablen in der Therapie zu lenken. Die starre Handhabung des Programms fiel den Therapeuten sehr schwer, ihre Funktion lag in deren Wahrnehmung in der rein technischen, therapeutischen Tätigkeit beschränkt.

Die Therapie zielt ausschließlich auf die sukzessive Erweiterung flüssigen Sprechens nach einem vorgegebenen Therapieplan ab. Daher bleiben verschiedene Aspekte wie z. B. die allgemeine Förderung des kind-



G. Frank
P. Grziwotz

SPRACH- THERAPIESPIELE

für Kinder mit
Sprachbehinderungen

Sprachheilzentrum Ravensburg
7980 Ravensburg, Hochgerichtstr. 46
Druck: M. Rothe



Sch

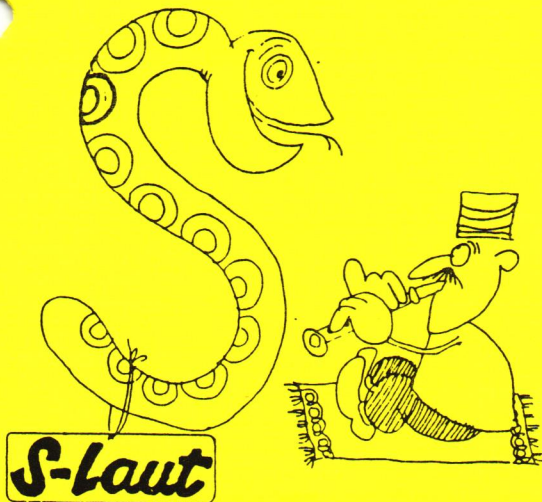


Spiele zur Hörschulung für den Sch-Laut

Nach VAN RIPER liegt die erste Aufgabe der Stammer-
therapie nicht in der Lautanbildung, sondern in der
Hörerziehung.

Für Kinder mit Artikulationsstörungen soll diese gezielt auf
die Wahrnehmung bestimmter, nicht oder fehlerhaft
ausgesprochener Laute ausgerichtet und systematisch
aufgebaut sein.

Die Spielserie enthält Spielpläne + Legetafeln + Kontroll-
tafeln + Spielmarken + Kartenspiel



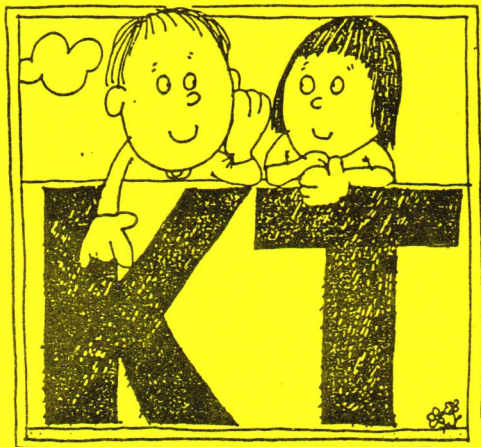
S-Laut

Spiele zur Hörerziehung für den S-Laut

Die Spielserie dient der Steigerung der audi-
tiven Wahrnehmung im sprachlichen Bereich.

Sie enthält phonematische Differenzierungs-
übungen, Lokalisationsübungen, Übungen zu
ähnlich klingenden Wörtern, Reimwörtern
und der Wortlänge.

Die „Spiele zur Hörerziehung für den S-Laut“
ergänzen die bisher vorliegenden Spiele zur
Hörerziehung für den sch- bzw. k- und t-Laut
sowie die Spiele zur Stammerbehandlung
für den s-Laut.



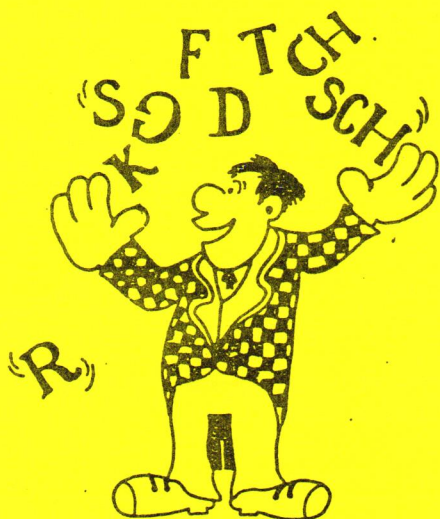
Spiele zur Stammerbehandlung und Hörerziehung für die Laute k und t

Diese Spielserie beinhaltet Bildmaterial zur Hörerziehung und Stammerbehandlung.

Der Stammerbehandlung sollen Maßnahmen zum Abbau der akustischen Differenzierungsschwäche vorangehen, hier speziell die Laute k und t betreffend.

Das Programm enthält außerdem einen nach phonetischen Gesichtspunkten aufgebauten Lehrgang zum Erlernen bzw. Einüben des T-Lautes in Silben, Wörtern und Sätzen.

Es stellt somit eine Ergänzung der „Spiele zur Stammerbehandlung“ dar.

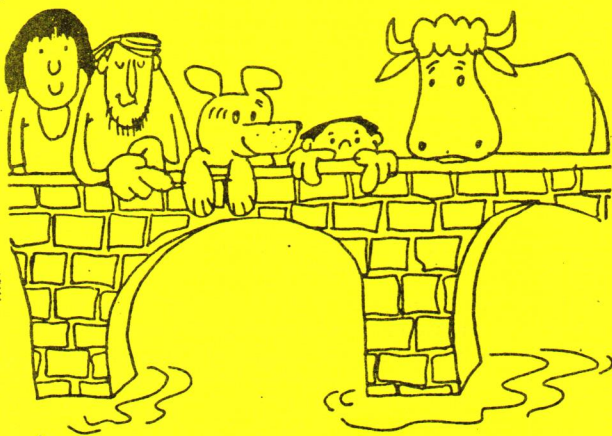


Spiele zur Stammerbehandlung

Die Stammerspiele enthalten Bild- und Spielmaterial zur Einübung bestimmter Laute und Lautverbindungen in Silben, Einzelwörtern und Sätzen.

Durch die Vielseitigkeit der Spielformen ist die sprachliche Motivation des Kindes leicht zu erreichen. Die Spiele ermöglichen einen hohen Sprachumsatz.

(Als Gesamtprogramm und als Einzelprogramme für die Laute f, s, sch, k, g und r erhältlich.)



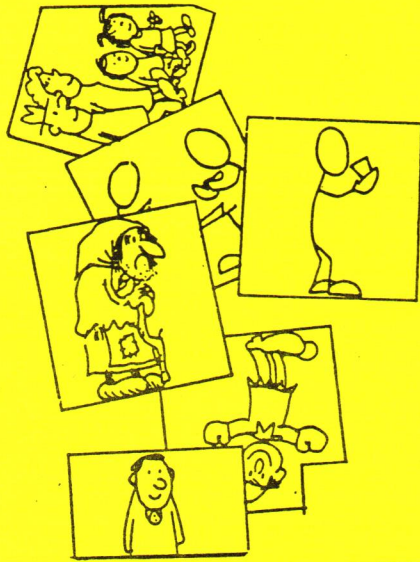
Spiele für Dysgrammatiker Folge 1: Präpositionen

Für die Konzeption waren zwei Gesichtspunkte entscheidend:

1. Nur häufiges Üben (d.h. Hören und Sprechen) ähnlicher Satzreihen versetzt das Kind in die Lage, diese allmählich auch in die Spontansprache zu integrieren.
2. Das Kind kann zum wiederholenden sprachlichen Tun nur motiviert werden, wenn dies in einer Weise geschieht, die seiner Wesensart entspricht – dem spielerischen Handeln.

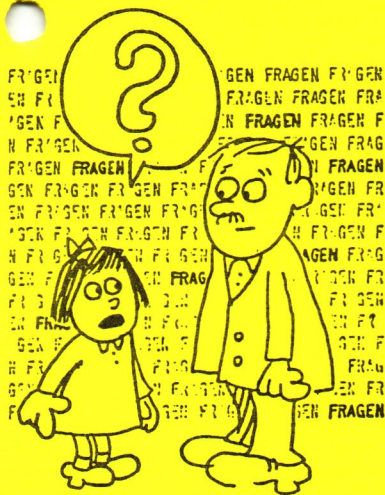
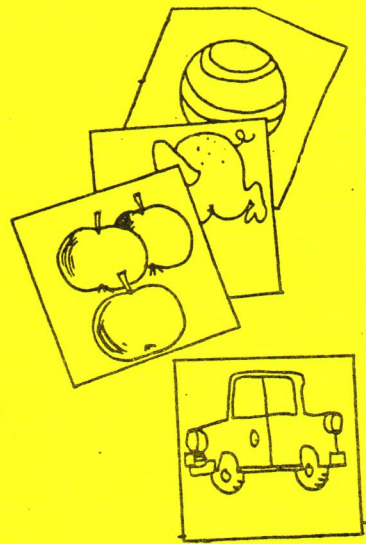
Das Programm umfaßt 27 Spielpläne. Jeder Spielplan befaßt sich mit nur einer Präposition, wobei die Anzahl der zu übenden Sätze zwischen 3 und 30 schwankt.

Insgesamt enthält die Spielserie ca. 420 Satzreihen.



Spiele für Dysgrammatiker Folge 2: Bildkarten zum Satzaufbau

Training der Syntax
Steigerung der Speicherfähigkeit
Anregung zu sprachlicher Kreativität
Motivation durch Bildmaterial
und selbsttätiges, spielerisches Handeln

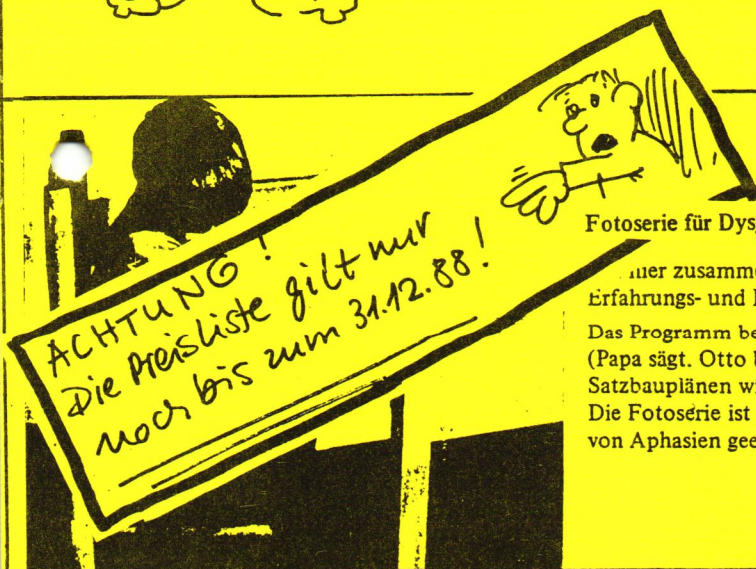


Spiele für Dysgrammatiker Folge 3: Fragesätze

Neu ab Sept. 84

Fragen spielen in der Alltagskommunikation eine wesentliche Rolle. Ziel dieser Folge: Das Kind übernimmt die Rolle des Fragenden. Gebräuchliche Frageformen werden eingeübt, gefestigt und erweitert in Bezug auf Art und Umfang der Fragestellung.

Die Spiele sind für den Einsatz in Kleingruppen besonders geeignet. Dadurch werden echte Frage- und Antwortsituationen geschaffen.



Fotoserie für Dysgrammatiker

Der zusammengestellte Material ist der kindlichen Erfahrungs- und Beobachtungswelt entnommen.

Das Programm beginnt mit Zweiwortsätzen (Papa sägt. Otto baut. usw.) und endet mit schwierigen Satzbauplänen wie Kausalsätzen.

Die Fotoserie ist auch zum Einsatz in der Therapie von Aphasien geeignet.

Während der allgemeinen Schulferien in Baden-Württemberg ist auch das Sprachheilzentrum geschlossen. Zu diesen Zeiten können deshalb Ihre Bestellungen nicht bearbeitet und ausgeliefert werden. Für dadurch entstehende Verzögerungen bitten wir um Ihr Verständnis.

BESTELLSCHHEIN

(gültig ab 20.1.1980)

Sprachheilzentrum, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg

Bitte senden Sie mir auf Rechnung:

- | | |
|---|------------|
| Expl. Spiele zur Hörschulung für den Sch-Laut | à DM 12,80 |
| Expl. Spiele zur Hörschulung für den S-Laut (ab Ostern 83) neu | à DM 12,80 |
| Expl. Spiele zur Stammerbehandlung u. Hörerziehung für die Laute K u. T | à DM 12,80 |
| „Spiele zur Stammertherapie“ | |
| Expl. S - Programm | à DM 6,80 |
| Expl. Sch - Programm | à DM 4,30 |
| Expl. R - Programm | à DM 6,10 |
| Expl. F - Programm | à DM 4,70 |
| Expl. K - Programm | à DM 4,70 |
| Expl. G - Programm | à DM 3,30 |
| Expl. Gesamtprogramm | à DM 26,80 |
| „Spiele für Dysgrammatiker“ | |
| Expl. Folge 1: Präpositionen | à DM 10,80 |
| Expl. Folge 2: Bildkarten z. Satzaufbau | à DM 10,80 |
| Expl. Folge 3: Fragesätze (ab 9.84) neu | à DM 12,80 |
| Expl. Fotoserie für Dysgrammatiker | à DM 12,80 |

Prüfmittel für Stammer und Dysgrammatiker

- | | |
|--|------------|
| mal 40 Expl. Lautprüfbogen | à DM 10,80 |
| mal 100 Expl. Lautprüfbogen | à DM 23,80 |
| mal 250 Expl. Lautprüfbogen | à DM 52,80 |
| mal 500 Expl. Lautprüfbogen | à DM 95,80 |
| Expl. Prüfmittel für Dysgrammatiker (mit Ringordner + 20 Protokollbögen) | à DM 24,80 |

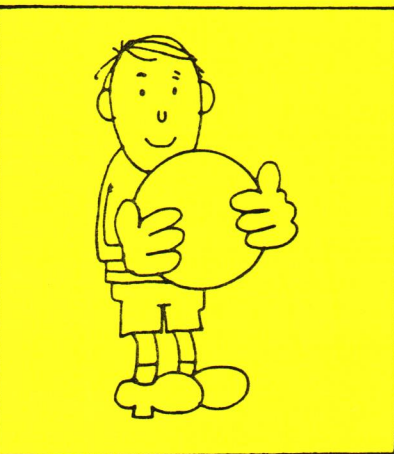
Protokollbögen zum Prüfmittel:

- | | |
|------------------------------|------------|
| mal 100 Protokollbögen | à DM 19,80 |
| mal 250 Protokollbögen | à DM 44,80 |

Auf obenstehende Preise wird noch eine Umsatzsteuer von derzeit 7,0 % sowie Porto und Verpackung berechnet.

Rechnung erbeten an:

Name
 Straße
 Ort (.....)
 Datum Unterschrift



Prüfmittel für Dysgrammatiker

Das Prüfmittel ermöglicht eine informelle Überprüfung der grammatikalisch-syntaktischen Fähigkeiten von sprachentwicklungsverzögerten bzw. dysgrammatisch sprechenden Kindern.

Aufbau des Prüfmittels:

Überprüfung des Sprachverständnisses

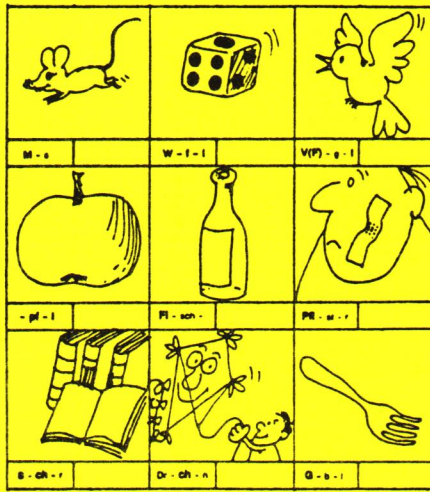
Überprüfung von Einzelsätzen mit visueller Unterstützung

Bildgeschichte zum freien Erzählen

Sätze zum Vor- und Nachsprechen

Nacherzählung

Jedem Programm sind 20 Protokollbögen beigelegt.



Lautprüfbogen

Anhand des Bildmaterials können Vokale, Konsonanten und die wichtigsten Konsonantenverbindungen geprüft und ein Anhaltspunkt für den Sprachentwicklungsrückstand hinsichtlich der Lautbildung gewonnen werden. Wesentlich ist, daß das Kind durch das Bildmaterial zum spontanen Sprechen motiviert wird.

lichen Selbstwertgefühls oder der Mitteilungsfreude, aber auch die Behandlung anderer (sprachlicher) Defizite weitgehend unberücksichtigt. Der Forderung nach einer mehrdimensionalen Behandlung des Stotterns wird die Therapie nach *Shine* nicht gerecht, auch wenn die integrierte Elternberatung dies suggerieren mag.

Wenn das Programm als eine Komponente in der Behandlung des beginnenden Stotterns eingesetzt wird, wie dies am Sprachheilzentrum erfolgte, ist es m. E. und nach kritischen Überarbeitungen durchaus brauchbar. Insbesondere die Verwendung der langsamen Sprechweise und das — bei richtigem Gebrauch — daraus resultierende flüssige Sprechen hat in Einzelfällen dazu geführt, daß Kinder erstmals die Erfahrung machen konnten, flüssig sprechen zu können. Allerdings ergab sich am Sprachheilzentrum das Problem, daß die Aufarbeitung psychischer und kognitiver Defizite nicht analog zu den zeitlich recht schnell erreichten Therapiezielen im »*Shine*-Programm« verlief. Von daher wäre es notwendig, verschiedene Behandlungskomponenten zeitlich besser aufeinander abzustimmen.

4. *Schlußfolgerungen zur direkten Behandlung des beginnenden Stotterns*

Eine wesentliche Schwierigkeit bei der direkten, symptombezogenen Behandlung des Stotterns nach dem »*Shine*-Programm« bestand in der — mit fortschreitender Therapiezeit — Zunahme von Motivationsproblemen beim Kind und in den daraus resultierenden Therapieverweigerungen. Es muß davon ausgegangen werden, daß Kinder im Vorschul- und im frühen Grundschulalter kognitiv nur in unzureichendem Maße in der Lage sind, die Notwendigkeit bzw. den Sinn einer therapeutischen Behandlung zu verstehen. Dieses mangelnde Verständnis ist nicht notwendigerweise Resultat eines mangelnden Störungs- bzw. Problembewußtseins oder eines fehlenden Leidensdrucks seitens des Kindes, wie dies mehrfach als Argument gegen direkte Behandlungsmaßnahmen angeführt wird, als vielmehr auf entwicklungsbedingte Fähigkeiten und Möglichkeiten des Kindes zurückzuführen. Weil Stottern multi-

faktoriell bedingt ist, ist die Begründung der Indikationsentscheidung ausschließlich auf der Basis der Sprechunflüssigkeiten des Kindes unzureichend und das Ziel des Aufbaus flüssigen Sprechens nur eines unter mehreren anderen möglichen Zielen. Zu fordern ist daher eine mehrdimensionale und methodenkombinierte Behandlung, die stets auf der Basis der im Rahmen einer umfassenden und, bezogen auf die Sprechunflüssigkeit, in zeitlicher Hinsicht zu erweiternden Differentialdiagnostik abzuklärenden individuellen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Gegebenheiten seitens des Kindes (und auch seiner Eltern) erfolgen muß. Unter Berücksichtigung dieser Prämissen wäre es beispielsweise möglich, direkte, symptombezogene Sprechübungsbehandlungen durch spieltherapeutische, psychomotorische oder rhythmisch-musikalische Übungen zu ergänzen bzw. neben Einzeltherapien auch Gruppenbehandlungen durchzuführen, um die Behandlung für das Kind abwechslungsreicher und attraktiver zu gestalten.

Grundsätzlich wird dafür plädiert, eine Behandlung möglichst frühzeitig zu beginnen, um noch gegebene Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes zu nutzen. Der direkten, symptombezogenen Behandlung sollte durchaus auch schon in frühem Vorschulalter — bei entsprechender Berücksichtigung verschiedener entwicklungspsychologischer Aspekte im Rahmen der methodischen und didaktischen Planung und Vorgehensweise — als eine mögliche Behandlungskomponente ein hoher Stellenwert zugeschrieben werden. Das Therapieprogramm von *Shine* enthält diesbezüglich einige, für die praktische Arbeit durchaus brauchbare Übungskomponenten, die im Rahmen einer mehrdimensionalen Behandlung des Stotterns nach zum Teil kritischen Überarbeitungen ihren Platz finden sollten.

Literatur

- Fiedler, P., und Standop, R.: Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. München/Weinheim 1986, 2. Auflage.
- Grimm, Hannelore, und Schöler, H.: Heidelberger Sprachentwicklungstext (H-S-E-T). Braunschweig 1978.

- Jehle, P., und Randoll, D.: Elternberatung bei Kindern mit beginnendem Stottern. Entwicklung und Erprobung eines Beratungsprogramms. In: Zeitschrift für erziehungs- und sozialwissenschaftliche Forschung 1 (1984), S. 141—167.
- Jehle, P., und Randoll, D.: Die Behandlung des beginnenden Stotterns: Bericht über die Entwicklung und erste Evaluation einer Konzeption zur Elternberatung und direkten Sprachförderung des Kindes. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. Frankfurt/M. 1987.
- Johannsen, H. S., und Schulze, H.: Zur Situation der Stottertherapie bei Vorschul- und Grundschulkindern in der Bundesrepublik — Ergebnisse einer Befragung von Stottertherapeuten und einer Analyse von Fachzeitschriften. Forschungsbericht Nr. 9. Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm 1986. (Zur Veröffentlichung in Folia Phoniatica angenommen.)
- Johnson, W.: The onset of stuttering. Minneapolis 1959.
- Martin, R. R., Kuhl, P., und Haraldson, S. K.: An experimental treatment of two preschool stuttering children. In: Journal of Speech and Hearing Research 15 (1972), S. 743—752.
- McDearmon, J. R.: Primary stuttering at the onset of stuttering: A reexamination of the data. In: Journal of Speech and Hearing Research 11 (1968), S. 631—637.
- Metzker, H.: Der Stammlerprüfbogen. In: Die Sprachheilarbeit 12 (1967), S. 84—95.
- Randoll, D.: Direkte Intervention bei 3—9jährigen stotternden Kindern. Eine Kurzdarstellung des Systematic Fluency Training for Young Children (SFTYC) nach R. E. Shine. In: Die Sprachheilarbeit 30 (1985 a), S. 62—67.
- Randoll, D.: Systematisches Flüssigkeitstraining für stotternde Kinder — ein Therapieprogramm. Übersetzung und Überarbeitung des Systematic Fluency Training for Young Children von R. E. Shine (1980, 1985). Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung 1985 b. (Unveröffentlicht.)
- Randoll, D., und Jehle, P.: Therapeutische Interventionen beim beginnenden Stottern: Elternberatung und direkte Sprechförderung des Kindes. Eine Programmbeschreibung. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. Frankfurt/M. 1987.
- Reed, C. G., und Godden, A. L.: An experimental treatment using verbal punishment with two preschool stutterers. In: Journal of Fluency Disorders 2 (1977), S. 225—233.
- Reynell, J. K.: Sprachentwicklungsskalen. Deutsche Bearbeitung: Klaus Sarimski. München 1985.
- Riley, G. D., und Riley, J.: A component model for treating stuttering in children. In: Peins, M.: Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston/Toronto 1984, S. 123—171.
- Schulze, H., und Johannsen, H. S.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Theorie, Diagnostik, Therapie. Ulm 1986. (Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm.)
- Schulze, H., und Johannsen, H. S.: Therapie des Stotterns im Vorschulalter. Zum Stand der Diskussion in der angloamerikanischen Fachliteratur. In: Die Sprachheilarbeit 32 (1987), S. 97—108.
- Shine, R. E.: Systematic Fluency Training for Young Children. Tigard 1980. Revised Edition 1985.
- Stocker, B.: The Stocker Probe Technique for diagnosis and treatment of stuttering in young children. Tulsa 1980. Revised Edition.
- Van Riper, Ch.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs, N. J., 1982².

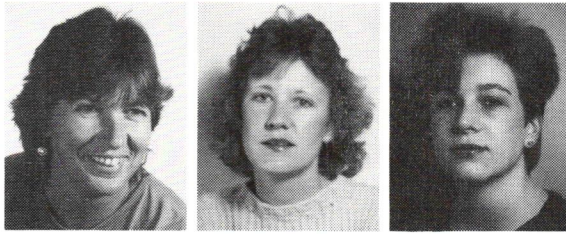
Anschrift des Verfassers:

Dirk Randoll
Dipl.-Sprachheilpädagoge
Deutsches Institut für Internationale
Pädagogische Forschung
Schloßstraße 29, 6000 Frankfurt/Main
Dirk Randoll arbeitet als wissenschaftlicher
Angestellter in der Abteilung Psychologie
des DIPF. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten
zählen: Diagnostik, Prävention und Therapie
frühkindlichen Stotterns; Probleme der
Entwicklung des Selbstkonzepts bei Kindern
und Jugendlichen; Gesundheitserziehung
im Bildungswesen.

Hat sich Ihre Anschrift
geändert?

Mitglieder der dgs:

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



Ursula de Vries, Christel Hinsenbrock
und Petra Lange, Oldenburg

Katamnese zur Behandlung stotternder Kinder im Vor- schulalter mit begleitender Elternberatung

Zusammenfassung

Bei vorliegendem Bericht handelt es sich um die Auswertung einer Katamnese, erhoben an 28 ehemals stotternden Vorschulkindern nach erfolgter direkter Therapie und begleitender Elternberatung. Das Therapiekonzept wird kurz vorgestellt und bestätigt, daß die direkte Behandlung des Stotterns im Vorschulalter ihre Berechtigung hat.

Die im folgenden dargestellte Katamnese erfaßt 28 Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren und deren Eltern, die im Zeitraum 1980 bis 1985 in der Sprachheilambulanz der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., in Oldenburg behandelt wurden. Das Behandlungskonzept, das wir hier in Kurzform darstellen, beinhaltet verschiedene Vorgehensweisen.

Alle Kinder im Vorschulalter, das betrifft etwa die Gruppe der drei- bis fünfjährigen, die von ihren Eltern wegen »Schwierigkeiten beim Herausbringen von Wörtern« oder »Stottern« oder »manchmal bleibt er/sie hängen« angemeldet wurden, erhalten innerhalb von vierzehn Tagen einen Vorstellungstermin mit anschließendem Beratungsgespräch. Bei dieser Erstuntersuchung wird ein Konstruktionsspiel, Kind und ein Elternteil, per Video aufgenommen. Dies dient zur Diagnose der Stottersymptomatik des Kindes und als Grundlage für das Gespräch mit den Eltern. Die Eltern haben nach dieser Beratungseinheit jederzeit die Möglichkeit, sich wieder in der Ambulanz zu melden. Nach unserer Statistik melden sich pro Jahr etwa 30 Eltern mit ihrem stotternden Kind an. In die Behandlung kommen davon etwa 20 Prozent. Diese Therapie beginnt immer etwa ein Jahr vor der Schule und ist eine kombinierte Eltern-Kind-Behandlung. 20 Therapieeinheiten für das Kind werden von zehn Elternabenden begleitet.

An einem Informationsabend werden die Eltern in das Behandlungskonzept eingeführt. Bedingung ist die Teilnahme *beider* Elternteile an den Elternberatungen. Danach können sich die Eltern entscheiden. Es findet einmal in der Woche eine Gruppentherapie (vier Kinder) statt, bei der die Eltern über Video ihr Kind und das Verhalten des Therapeuten beobachten können. Sie erhalten eine Therapieübersicht, die die Inhalte und Ziele der verschiedenen Übungen transparent macht. Außerdem werden die Therapiestunden aufgezeichnet, so daß an den Elternabenden Material, das verschiedene Beratungsinhalte unterstützt, zur Verfügung steht. Inhalte der Elternabende sind Informationen über die normale Sprachentwicklung, über normale »Sprechunflüssigkeiten«, über Stottern, und es werden gemeinsam mit den Eltern verschiedene Verhaltensmöglichkeiten in Kommunikationssituationen: Eltern—Kind, erarbeitet. Dazu wird das Rollenspiel als Mittel eingesetzt. Es geht uns nicht um eine völlige Veränderung des Verhaltens der Eltern, sondern um eine adäquatere Umgangsweise mit dem stotternden Kind. Sie sollen erkennen, welche Bedingungen das unflüssige Sprechen des Kindes aufrechterhalten. Eine gute Hilfe für uns Therapeuten, die mit Elterngruppen arbeiten, ist das Münchener Trainingsmodell von Paul Innerhofer.

Inhalte der Therapiestunden mit den Kindern sind rhythmische Übungen, gelenkte Sprachspiele, in denen den Kindern eine rhythmisierte Sprechweise vermittelt wird (langsam, laut, deutlich zu sprechen), die in der ganzen Therapiestunde angewendet wird. Im weiteren Verlauf kommen freie Spielsituationen hinzu, die einen Transfer des ungestörten Sprechens ermöglichen. Den Kindern wird also eine *direkte* Veränderung ihres Sprechverhaltens über die Sprechhilfe ange-

boten. Der Therapeut achtet weiterhin auf Kommunikationsregeln im Umgang mit anderen Kindern und versucht Modell zu sein für ruhiges, langsames und deutliches Sprechen.

Nach einer komprimierten Phase werden etwa sechs Therapieeinheiten in Abständen bis zum Schulbeginn als Nachsorge und Kontrolle durchgeführt.

DIAGNOSE: Anamnese → Erstinterview → Mutter od. Eltern-Kind-Fragebogen
Interaktionsspiel zwischen Eltern und Kind → Videoaufnahme
Überprüfung des Sprechens und der Begleiterscheinungen

VORBEREITENDE MASSNAHMEN: - Transparenz der Therapie → Entscheidung zur Teilnahme
- Gruppenzusammenstellung

ZIELE FÜR DIE KINDER:

- Förderung des flüssigen Sprechens in verschiedenen Sprechleistungsbereichen
- Förderung von verbalen Ausdrucksmöglichkeiten
- Gewöhnung an langsames, lautes, deutliches Sprechen
- Gewöhnung an Kommunikationsregeln und kommunikationsfördernde Verhaltensweisen
- Stabilisierung von angstfreien Verhaltensweisen

ZIELE FÜR DIE ELTERN:

- ruhiges Sprechen als Modell
- mit Ruhe und Zeit sich dem Kind verbal zuwenden
- ruhige Reaktion auf den Inhalt des Gesprochenen
- eigene Erregung vermeiden während unflüssigen Sprechens des Kindes
- Veränderung der Einstellung zum Stottern
- Veränderung der Erziehungsmaßnahmen dem stotternden Kind gegenüber
 - - mehr Beachtung der kindlichen Bedürfnisse
 - partnerschaftlicher Umgang mit dem Kind
 - Veränderung der familiären Interaktion

→ Reduzierung der Symptomatik ←

Abbildung 1: Zusammenfassung des Behandlungskonzepts

Diese Form der Therapie (vgl. Abbildung 1) haben wir seit 1980 jedes Jahr einmal durchgeführt. Um die Effektivität zu überprüfen, haben wir innerhalb einer Projektarbeit der Logopädischen Lehranstalt Oldenburg eine Katamnese der Jahrgänge 1980 bis 1985 erhoben. In diesem Zeitraum wurden 32 Kinder behandelt. Alle diese Familien bekamen einen Fragebogen für Eltern und Kind zugesandt, der Fragen

- zur Beurteilung des Sprechens zum jetzigen Zeitpunkt,
- zum Sprechen nach Abschluß der Therapie,
- nach situativen Schwierigkeiten,
- nach weiteren Behandlungen des Stotterns,
- nach Beurteilung der schulischen Leistungen und
- nach der Bewertung der Elternberatung enthält.

28 von 32 Familien haben den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt (siehe Auswertung). Die Symptomatik der Kinder zu Beginn der Therapie wurde nach einer Checkliste

von Cooper und Cooper 1985 (aus Schulze und Johannsen 1986, S. 188) bewertet. Wir benutzten dazu die vorhandenen Videoaufnahmen des Anfangsstatus und die Anamnese aus den Akten (siehe Seite 239).

Diese Aussagen wurden zusammen mit dem Elternfragebogen als Grundlage für die Auswertung benutzt.¹

Die nebenstehend abgebildete Checkliste enthält 27 Fragen aus drei Bereichen, die für den chronischen Verlauf eines Stotterns von Bedeutung sind:

1. Biographische Indikatoren (familiäre Belastung, Verlauf und erstes Auftreten der Unflüssigkeiten);
2. Merkmale auf der Einstellungsebene (wie das Kind seine eigene Symptomatik wahrnimmt und damit umgeht);
3. Merkmale auf der Verhaltensebene: Wie sieht das Symptom aus? Zeigen sich Atem-

¹ Wir bedanken uns bei Herrn Dipl.-Psych. Fritz Steinmeier, der die Auswertung per Computer durchführte.

Diese Checkliste ist für Kinder im Alter von drei bis acht Jahren entwickelt worden. Die Beantwortung der Fragen erfordert die Mitarbeit der Eltern. Jede Frage sollte erläutert und mit den Eltern eingehend besprochen werden. Die entsprechende Antwortkategorie pro Frage bitte mit einem (X) kennzeichnen.

	ja	nein	weiß nicht
I. <i>Biographische Indikatoren für einen chronischen Stotterverlauf</i>			
1. Kommt <i>chronisches</i> Stottern in der Familie vor?	☐	☐	☐
2. Nimmt der Schweregrad der Sprechunflüssigkeiten (Häufigkeit, Dauer, Konsistenz) zu?	☐	☐	☐
3. Traten die Sprechunflüssigkeiten erstmals eher in der Form von Blockierungen auf?	☐	☐	☐
4. Bestehen die Sprechunflüssigkeiten <i>oberdauernd</i> seit dem Erstauftreten?	☐	☐	☐
5. Bestehen die Sprechunflüssigkeiten seit zwei Jahren oder länger?	☐	☐	☐
II. <i>Indikatoren für einen chronischen Stotterverlauf auf der Einstellungsebene</i>			
1. Nimmt das Kind seine eigenen Sprechunflüssigkeiten wahr?	☐	☐	☐
2. Erlebt das Kind wegen seiner Sprechunflüssigkeiten kommunikative Angst oder Furcht?	☐	☐	☐
3. Befürchtet das Kind, daß sich seine Sprechprobleme verschlimmern?	☐	☐	☐
4. Vermeidet das Kind Sprechsituationen?	☐	☐	☐
5. Zeigt das Kind bezüglich seiner Sprechunflüssigkeiten Ärger oder Frustrationsgefühle?	☐	☐	☐
III. <i>Indikatoren für einen chronischen Stotterverlauf auf der Verhaltensebene</i>			
1. Gehören zu den Sprechunflüssigkeiten Dehnungen/Lautdehnungen?	☐	☐	☐
2. Bestehen die Wiederholungen weniger aus Ganzwort- oder Satzwiederholungen und häufiger aus Teilwortwiederholungen?	☐	☐	☐
3. Werden die Teilwortwiederholungen von sichtbaren Streß- und Anspannungsreaktionen begleitet?	☐	☐	☐
4. Treten die Teilwortwiederholungen mehr als dreimal beim selben Wort auf?	☐	☐	☐
5. Tritt bei Silbenwiederholungen ein erhöhtes Sprechtempo auf?	☐	☐	☐
6. Wird während der Silbenwiederholungen der Schwa-Laut inadäquat produziert?	☐	☐	☐
7. Ist der Atemstrom während der Wiederholungen häufig unterbrochen?	☐	☐	☐
8. Dauern die Dehnungen länger als 1 Sek. an?	☐	☐	☐
9. Beträgt der prozentuale Anteil der Dehnungen an den Sprechunflüssig- keiten mehr als 1 Sek.?	☐	☐	☐
10. Treten die Dehnungen unrund und unterbrochen auf?	☐	☐	☐
11. Treten bei Dehnungen sichtbare Anspannungsreaktionen auf?	☐	☐	☐
12. Werden die Dehnungen plötzlich beendet (keine gleitenden Übergänge)?	☐	☐	☐
13. Ist der Atemstrom bei stimmhaften Lauten unterbrochen?	☐	☐	☐
14. Sind die Pausen (Schweigen) vor Äußerungsbeginn ungewöhnlich lang?	☐	☐	☐
15. Ist die Sprechmelodie eingeschränkt und monoton?	☐	☐	☐
16. Kommt es während einer Sprechunflüssigkeit zum Abbruch des Blickkontakts?	☐	☐	☐
17. Kommt es während einer Sprechunflüssigkeit zu beobachtbaren Verzerrungen des Gesichts oder zu Körperbewegungen?	☐	☐	☐
Gesamt der Ja-Antworten		☐	

0 — 6 Ja-Antworten: Remission wahrscheinlich

7 — 15 Ja-Antworten: Sorgfältige Beobachtung notwendig

16 — 27 Ja-Antworten: Chronischer Verlauf wahrscheinlich

Abbildung 2: Checkliste nach Cooper und Cooper (entnommen bei Schulze und Johannsen 1986, S. 188)

störungen? Ist die Sprechmelodie verändert, und versucht das Kind im Gesamtkörperbereich die Symptome zu überwinden?

Der Therapeut beantwortet diese Fragen gemeinsam mit den Eltern; die Anzahl der »Ja«-Antworten ergibt den wahrscheinlichen Verlauf der Sprechunflüssigkeiten mit den Kategorien

- 0 — 6 Ja-Antworten: Remission wahrscheinlich;
- 7 — 15 Ja-Antworten: Sorgfältige Beobachtung notwendig;
- 16 — 27 Ja-Antworten: Chronischer Verlauf wahrscheinlich.

Hinweis: Da wir die Checkliste erst zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung ausgefüllt haben, müssen wir hier klarstellen, daß alle Fragen, die in dieser Liste gestellt werden, auch in der Erstüberprüfung und Anamneseerhebung dokumentiert wurden.

Ergebnisse: Bei der Auswertung ergab sich folgende Zuweisung der 28 Kinder aus den Therapiegruppen:

- 1 Kind 0 — 6 Ja-Antworten;
- 15 Kinder 7 — 15 Ja-Antworten;
- 12 Kinder 16 — 27 Ja-Antworten.

Bei den meisten Kindern konnte nicht mehr von leichter Symptomatik im Sinne eines Entwicklungsstotterns gesprochen werden. Zwölf Kinder wiesen bereits schwere tonische Symptome auf, die in unterschiedlichen Positionen von Wort und Satz vorkamen.

Weiter haben wir festgestellt, daß Höchstwerte im Bereich der Verhaltensebene liegen, die deutliche Hinweise auf Einsatz von Überwindungsmechanismen, die das Kind kompensatorisch für den flüssigen Sprechablauf einsetzt, geben. Mehr als 50 Prozent der Kinder weisen hohe Werte in den biographischen Merkmalen auf. Bei 64 Prozent der behandelten Kinder kam chronisches Stottern in der Familie vor.

Der *Behandlungserfolg* ist unabhängig von den drei erfaßten Indikatoren — von der biographischen und der emotionalen Belastung sowie der Manifestation auf der Verhaltensebene — und hängt auch nicht mit der Schwere der ursprünglichen Symptomatik zusammen. Dies haben wir durchgängig beobachtet. Wir wagen deshalb die vorsichtige

Aussage, daß der Verlauf des Stotterverhaltens in diesem Alter, auch bei manifest erscheinender Symptomatik, durch *direkte* Therapie günstig beeinflusst werden kann.

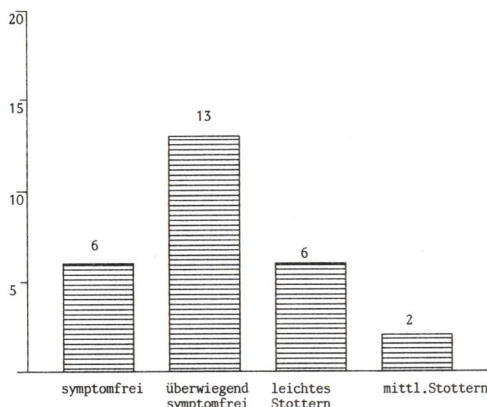


Abbildung 3: Beurteilung der momentanen Symptomatik des Kindes durch die Eltern

Die Eltern berichten weiter, daß in aufregenden Situationen bei ihren Kindern Unsicherheiten im Sprechen zu beobachten sind, obwohl sie sonst durchgängig symptomfrei sprechen. Eltern, die selbst Stotternde waren, bestätigen, daß es ihnen schwerfällt, ganz fließend zu sprechen, wenn die Situation streßbesetzt ist. Die Aussagen zur Elternbefragung deckten sich mit den von uns formulierten Zielen (vgl. Abbildung 1) für die therapeutische Intervention in der Elternberatung.

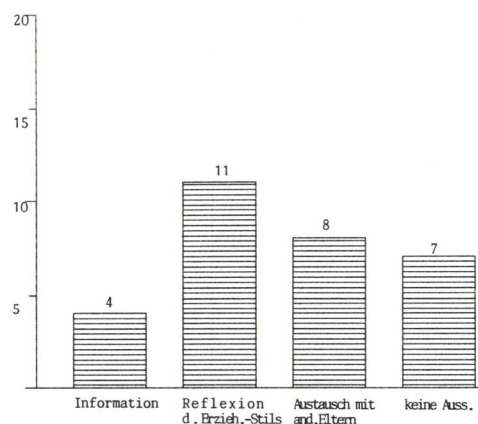


Abbildung 4: Was wurde von den Eltern als hilfreich empfunden?

Die Information über Sprachentwicklung und Stottern wurde als hilfreich empfunden, führte zum Abbau von Ängsten und machte die Eltern in ihrem Verhalten ruhiger und gelassener. Es werden im einzelnen Angstabbau, mehr Vertrauen in die Zukunft und eine Verringerung vorhandener Schuldgefühle genannt.

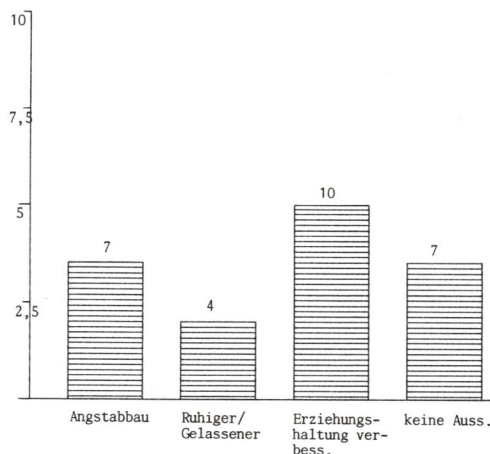


Abbildung 5: Was hat sich bei den Eltern verändert?

Die Reflexion des eigenen Erziehungsstils gemeinsam mit anderen Eltern und den Therapeuten verbesserte die Erziehungshaltung und machte sicherer im Umgang mit dem stotternden Kind. Im einzelnen werden genannt: Das Kind nicht verbessern, zuhören können, ruhiger auf das Kind reagieren können, verstärkt als sprachliches Vorbild wirken. Wir können somit sagen, daß die von den Eltern berichteten Effekte schwerpunktmäßig in den Bereichen »Gefühle« und »Kompetenz« liegen.

Schlußbemerkung: Die Auswertung der Fragebogenaktion der Jahrgänge 1980 bis 1985 ermutigt uns, die Therapie, so wie sie konzipiert und individuell erweitert wurde, fortzuführen. Wir stellen fest, daß Eltern, die in diesen Therapiegruppen waren, bei Schwierigkeiten mit den Kindern den Kontakt immer wieder zu uns aufnehmen, so daß wir über die weitere Entwicklung der Kinder informiert sind und helfen können. Darüber hinaus beobachten wir seit 1984 eine deutliche Zunahme von Anmeldungen stotternder Vor-

schulkinder und eine Abnahme der Anmeldungen stotternder Schulkinder. Diese Tendenz zeigt, daß es wichtig ist, diese Arbeit im Vorschulbereich fortzusetzen.

Literatur

- Innerhofer, P.: Das Münchener Trainingsmodell. Berlin, Heidelberg, New York 1977.
- Schulze, H., und Johannsen, H. S.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Ulm 1986.
- Stang, H.: Das beginnende Stottern — Diagnose und Behandlungsansätze. In: Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems (Hrsg.): Prävention und Sprachbehinderung. Fachtagung der Arbeiterwohlfahrt 1981 in Osnabrück. Oldenburg 1982, S. 147—156.
- de Vries, U.: Behandlung von stotternden Vorschulkindern mit Einbeziehung der Eltern. In: Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems (Hrsg.): Prävention und Sprachbehinderung. Fachtagung der Arbeiterwohlfahrt 1981 in Osnabrück. Oldenburg 1982, S. 157—169.
- de Vries, U.: Elternarbeit und Therapie bei stotternden Vorschulkindern. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983, S. 283—294.
- de Vries, U., Lange, P., und Hinsenbrock, Ch.: Katamnese der Therapie von stotternden Kindern im Vorschulalter. Projektarbeit der Lehranstalt für Logopädie. Oldenburg 1987. (Unveröffentlicht.)

Anschrift der Verfasserinnen:

Ursula de Vries
Christel Hinsenbrock
Petra Lange
Logopädische Lehranstalt der AW
Klingenbergstraße 73 a, 2900 Oldenburg
Ursula de Vries ist leitende Lehrlogopädin an der Lehranstalt für Logopädie in Oldenburg. Christel Hinsenbrock und Petra Lange sind Schülerinnen an dieser Lehranstalt.

MAGAZIN

Echo

Auf ein Wider-Wort

zu den »provokatorischen Notizen über Theorie und Therapie des Stotterns und des Stotternden« von W. Wertenbroch (In: Die Sprachheilarbeit 33 [1988], S. 107–109)

Gleich zu Anfang sei gesagt, daß die provokatorische Absicht, die der Artikel von Herrn Wertenbroch verfolgen soll, sich für mein Gefühl in einem Rundumschlag erschöpft, der nur noch wenige Steine aufeinanderläßt und eher entmutigend wirken dürfte, wenn man ihn denn allzu ernst nähme.

Dennoch gebührt Herrn Wertenbroch Dank, da er sehr ehrlich und offen seiner Hilflosigkeit und Wut darüber Ausdruck gibt, daß sich Generationen von Sprachheilpädagogen, Logopäden, einige Psychologen und wohl er selbst auch am Stottern oder an den Stotternden die Zähne ausbeißen. Man könnte fast vermuten, daß es Herrn Wertenbroch ähnlich geht wie seinen Klienten, die auch wütend und enttäuscht einsehen müssen, daß sie dem Stottern gegenüber ziemlich hilflos sind, auch dann, wenn sie irgendwelche »scharfen Geschütze«, seien es Sprechtechniken, rauschende Kopfhörer, spitze Taktgeber und ähnliches gegen ihr unbeherrschbares Sprechen und damit auch gegen sich selbst auffahren. Selbst wenn es gelingt, das Stottern gegen eine Sprechtechnik einzutauschen, die oft noch seltsamer und unpersönlicher klingt als das Stottern selbst, so ist man mit einem »Holzbein« immer noch nicht so ausgestattet, wie es die sogenannten »Normalsprechenden« sind. Vielleicht liegt aber gerade in der Abnormität des Stotterns die Möglichkeit, mehr darüber zu erfahren, was freilich bedeuten müßte, daß man, Therapeut wie Klient, aufhört, es zu bekämpfen und mit allen Mitteln zum Schweigen bringen zu wollen. Die weitere Konsequenz wäre, daß man sich vom pädagogischen Ansatz abwenden und sehr viel mehr als bisher einen psychologischen Weg in der Behandlung einschlagen und entwickeln müßte.

Meines Erachtens liegt genau hier der Knackpunkt, und ich denke auch der Ausweg aus dem Dilemma, in dem sich Herr Wertenbroch befindet.

Er moniert mit Recht mangelnde Stringenz und nicht exakt definierte Begriffe in den Veröffentlichungen zum Thema »Stottern«. Die Stringenz hört in fast jedem in den letzten Jahren in der »Sprachheilarbeit« veröffentlichten Artikel schlagmäßig dann auf, wenn es um den Begriff der »Per-

sönlichkeit« des Stotternden geht. Man verwendet hier Begriffe wie »Notwendigkeit einer charakterlichen Umerziehung« oder nicht näher benannte »psychische Faktoren« und ähnlich nebulöse Umschreibungen mehr, ohne jemals zu fragen oder zu untersuchen, welche Rolle diese Faktoren wie und wann in der Geschichte und im aktuellen Zustand des Klienten gespielt haben. Das Problem liegt darin, daß viele derer, die Stotternde behandeln, sich auf dem Gebiet der »Persönlichkeit« kaum auskennen, geschweige denn sich hier ernsthaft um Weiterbildung und Vervollkommenheit ihres Wissens bemüht haben. Kurzum, entscheidend für das Dilemma ist eine therapeutische Inkompetenz auf einem Gebiet, das gerade in puncto Stottern zweifelsfrei und unwidersprochen größte Wichtigkeit hat: der Psychologie und Psychotherapie, verstanden als die methodische und verantwortungsvolle Anwendung psychologischen Wissens.

Genausowenig wie es »das Stottern« gibt (Es gibt nur Menschen, die es tun, und diese sind immer mehr als »nur« Stotternde.), gibt es »die Persönlichkeit« des Stotternden. Aber sehr wohl hat ein Stotternder eine ganz bestimmte Persönlichkeit, da er ein einzigartiges Individuum ist. Diese Persönlichkeit kann dabei durchaus »zwanghaft« oder »hinterherum aggressiv« sein oder ein »sadistisches Über-Ich« besitzen. Dies *kann* sein, und wenn es so ist, so muß der Therapeut dies erst einmal akzeptieren. Im übrigen kann ich hier keine »negativen Bewertungen« erkennen. Den einzigen »negativen« Wert sehe ich darin, daß die Betroffenen leiden (seien es die Klienten selbst oder, im Falle stotternder Kinder, mehr die Eltern). Ob das Leid nun darin besteht, daß die Betroffenen sich selbst und ihr Stottern nicht akzeptieren, und/oder darin, daß ihnen ihre Mitmenschen das Leben schwer machen, ist im Grunde sekundär. Das Leid ist der Grund, warum jemand in die Therapie kommt oder gebracht wird. (Ich stehe auf dem Standpunkt, daß der Therapeut von Kindern auch das Leid der Eltern ernst nehmen muß.)

Aber zurück zur Frage der Akzeptanz. Wenn ich als Therapeut einen Klienten akzeptieren soll, so möchte ich gerne — so gut es geht — *wissen*, was ich akzeptieren muß. Hier sind wir dann bei der Frage der Diagnose, die mehr umfassen muß als Etiketten wie: »Tonisch-klonisches Stottern mittelschwerer Ausprägung mit Mitbewegungen der mimischen Muskulatur und Atemfehlhaltung«. Die Diagnose muß auch die Persönlichkeit des Klienten und sein Lebensumfeld mit einbeziehen.

Wichtig ist, daß es dabei *nicht* darum geht, ob man einen Zusammenhang zwischen Stottern und ei-

ner in einigen Bereichen fehlentwickelten Persönlichkeit konstruieren kann; man kann einen solchen Zusammenhang aber zumindest vermuten und muß diese Vermutung mittels einer *Diagnose* überprüfen.

Die Diagnose eines so vielschichtigen und keineswegs einheitlich definierten Gegenstandes wie Persönlichkeit hängt natürlich stark vom Standpunkt des Diagnostikers ab. Aber ein Standpunkt ist die *Conditio sine qua non* von Diagnostik überhaupt. Mit »Standpunkt« meine ich hier nicht so etwas wie »gute Menschenkenntnis« oder »Einfühlungsvermögen«, sondern ich meine damit einen wissenschaftlich gesicherten Standpunkt, der ein methodisches Vorgehen erlaubt.

Hier ist nun wieder von Belang, welche Methode oder welchen Standpunkt der jeweilige Therapeut für sich gewählt hat. Aber gleich welche Methode es ist, ob psychoanalytisch, verhaltens-, gestaltd- oder gesprächstherapeutisch, die Methode hilft ihm, das, was er sieht, zu ordnen. Darüber hinaus bekommt er Kriterien an die Hand, mit deren Hilfe er entscheiden kann, ob er für den vor ihm stehenden Klienten auch der richtige Therapeut ist und ob er in der Lage ist, diese Persönlichkeit mit in die Behandlung zu nehmen. Es wäre interessant zu wissen, wie viele Sprachheilpädagogen, Logopäden und Psychologen sich einen solchen Standpunkt erarbeitet haben und ihn darüber hinaus immer wieder überprüfen und um neue Erkenntnisse erweitern und absichern. Ich fürchte, daß es sehr wenige sind, viel zu wenige.

Aus der Sicht des Klienten ist das methodische Vorgehen auf dem Gebiet »Persönlichkeit« auch von Belang. Ohne das Aufdecken von Zusammenhängen zwischen Stottern und Persönlichkeit, sei es implizit durch Trainings oder explizit durch eine analytische Deutung beispielsweise, funktioniert keine Therapie. Der Klient aber kann sich, wenn er die Methode des Therapeuten in dieser Hinsicht kennt, auch entscheiden, ob er sich darauf einlassen will oder ob er sich lieber jemand anderen sucht. Dies mag sich auf das Verhältnis von Therapeut und Klient sehr fördernd auswirken. Damit ist auch gesagt, daß nicht jeder Therapeut jeden Stotternden behandeln kann, und ich denke auch nicht können muß.

In meinem Artikel in Heft 1/88 der »Sprachheilarbeit« habe ich das Stottern als den Ausdruck einer gestörten Einheitlichkeit des Betroffenen zu beschreiben versucht und auf die Wichtigkeit einer umfassenden Therapie hingewiesen. Dies nochmals zu betonen ist auch der Zweck dieser Zeilen. Die Analyse vieler Veröffentlichungen machte deutlich, daß der psychologisch/psychotherapeutische Teilaspekt stark unterrepräsentiert ist. Zwar

wird er immer wieder erwähnt, aber letztlich mit unqualifizierten oder ungenauen Äußerungen abgewertet.

»Das Stottern« gibt es tatsächlich nicht. Gleichwohl kann man stotternde Menschen behandeln, wenn beide Partner es wollen und können. Die Behandlung ist aber kein »urpädagogisches Problem«, wie es Westrich, Richter und viele andere sich und ihren Kollegen immer wieder weismachen wollen. Es ist genausowenig ein urpsychologisches Problem oder ein ausschließliches Problem der Gesellschaft. Es betrifft *alle* Bereiche. Solange man aber aus Angst, Unkenntnis oder Bequemlichkeit den Bereich der Persönlichkeit des Stotternden derart vernachlässigt und sich nicht um ein methodisches psychotherapeutisches Vorgehen bemüht, hat man keine Chance, aus dem Behandlungsdilemma, wie es Herr Wertenbroch eindrucksvoll beschrieben hat, zu entkommen.

Andreas Bachhofen

Diplom-Psychologe

Mitarbeiter der Sprachheilambulanz
des Kreises Neuss

Im Gespräch

»Integration« in Schule und Kindergarten in Hamburg

Anlaß dieses Berichts ist eine Preisverleihung: Die »Stiftung Grundschule« vergab den mit 10 000 DM dotierten »Grundschulpreis 1988« an die »Arbeitsgemeinschaft Eltern für Integration« für deren Bemühen um Einrichtung eines Modellversuchs »Integrationsklassen«.

Die Preisträgerin ist eine Bürgerinitiative von Eltern behinderter und nichtbehinderter Kinder in Hamburg mit gegenwärtig 180 Mitgliedern. Sie entstand Anfang der achtziger Jahre mit dem Ziel, die gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder in allgemeinen Einrichtungen (vom Kindergarten bis zum Ende der Schulpflicht) durchzusetzen.

Der Preis wurde am 22. September 1988 im Auditorium maximum der Universität Hamburg im Rahmen der Fachtagung »Integration behinderter Kinder in der Grundschule« durch Professor Dr. Richard Meier, Stiftung Grundschule, übergeben. Bei der Preisverleihung war eine Reihe namhafter Persönlichkeiten aus dem Bildungsbereich zugegen. In mehreren Festansprachen (Frau Schulsenatorin Rosemarie Raab; Frau Irmgard Karwatzki, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Bildung und Wissenschaft; Professor Dr. Jakob Muth, Universität Bochum;

Frau Ingrid Körner, Sprecherin der »Arbeitsgemeinschaft Eltern für Integration«) wurden die Zukunftsorientierung dieses Grundschulpreises und die Notwendigkeit der Hervorhebung der sozialen Dimension der Allgemeinbildung ganz besonders betont.

Die Eltern übergaben Frau Senatorin Raab einen Scheck über 20 000 DM zur Einrichtung eines »Beratungszentrums Integration«; Frau Senatorin Raab würdigte die Initiativen der Eltern, indem sie das Elternbegehren als ihre Aufgabe annahm und ihrerseits 20 000 DM seitens der Schulbehörde für eine Grundausstattung dieses Beratungszentrums zur Verfügung stellte; Integration behinderter Schüler und Schülerinnen solle als gemeinsame Aufgabe von Schulverwaltung und Eltern aufgefaßt werden, so Frau Senatorin Raab.

Die Gründungsklasse des Schulversuchs aus Hamburg-Schenefeld begeisterte das Publikum durch schwungvolle, fröhliche und nachdenkliche Lieddarbietungen; mit großem Selbstbewußtsein überbrachte sie die Botschaft: »Mischung muß sein« (Kinder-Sortier-Lied).

Die »Arbeitsgemeinschaft Eltern für Integration« erreichte, nachdem manche Widerstände in den Behörden und Schulen überwunden worden waren, daß mit Schuljahresbeginn 1983/84 drei Integrationsklassen eingerichtet werden konnten. Das Projekt hat sich bis zum Schuljahr 1988/89 auf 38 Klassen an zwölf Grundschulen sowie zusätzlich sechs Sekundarklassen an vier Gesamtschulen erweitert.

Die Klassengröße beträgt 15 bis 20 Schüler. Zwei bis vier Kinder sind behindert. Im Schuljahr 1987/88 besuchten 97 behinderte und 445 nichtbehinderte Kinder die Integrationsklassen. Gruppiert man die behinderten Kinder nach der mutmaßlichen Sonderschulzugehörigkeit, so müßten von ihnen

- 29 eine Schule für Geistigbehinderte,
- 24 eine Schule für Körperbehinderte,
- 18 eine Förderschule (ehemals »Schule für Lernbehinderte«),
- 14 eine Sprachheilschule,
- 10 eine Schule für Verhaltensgestörte,
- 1 eine Schule für Sehbehinderte und
- 1 eine Schule für Blinde

besuchen.

Für das Hamburger Integrationsprojekt sind verschiedene *Prinzipien* kennzeichnend:

- So sollen z. B. in einer Integrationsklasse möglichst Kinder mit verschiedenen Behinderungsarten sein. Eine Ausgrenzung bestimmter Behinderungsarten oder -grade findet prinzipiell nicht statt (Prinzip der »offenen Aufnahmetoleranz«).

— Erziehung und Unterricht sind in einer Integrationsklasse stets die gemeinsame Aufgabe von drei Pädagogen: einem Grundschullehrer oder einer Grundschullehrerin, einem Erzieher oder einer Erzieherin mit 30 Wochenstunden und einem Sonderschullehrer oder einer Sonderschullehrerin mit 2,5 Wochenstunden pro behindertem Kind (Prinzip der »multiprofessionellen Versorgung«). In jeder Schulstunde sind wenigstens zwei Pädagogen anwesend.

— Die nichtbehinderten Kinder werden nach den geltenden Richtlinien und Lehrplänen für die Hamburger Grundschulen unterrichtet; für die behinderten Kinder gelten die Richtlinien der entsprechenden Sonderschulen (Prinzip des »zielfferenten Lernens«). Die Zeugnis- und Versetzungsbestimmungen der Grundschule finden bei den behinderten Kindern keine Anwendung. Die Kinder rücken mit ihrer Stammgruppe auch ohne Versetzung in die nächste Klassenstufe auf.

— Die Integrationsklassen sind im schulrechtlichen Sinne »Schulversuch«. Die Einrichtung solcher Klassen setzt die Zustimmung aller Beteiligten voraus (Prinzip der Freiwilligkeit).

Das Projekt »Integration behinderter Kinder in der Grundschule« — so die offizielle Projektbezeichnung — wurde von 1984 bis 1988 von der Bund/Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung als Modellvorhaben gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung wurde von Professor Dr. Hans Wocken (Universität Hamburg) geleitet. Die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse sind in folgenden Veröffentlichungen dokumentiert:

Wocken, Hans / Antor, Georg (Hrsg.): Integrationsklassen in Hamburg. Oberbiel: Jarick 1987.

Hinz, Andreas / Wocken, Hans (Hrsg.): Gemeinsam leben — gemeinsam lernen beim Hamburger Integrationszirkus. Bericht vom 5. Bundeseltern-treffen. Hamburg: Curio 1987.

Wocken, Hans / Antor, Georg / Hinz, Andreas (Hrsg.): Integrationsklassen in Hamburg II. Hamburg: Curio 1988.

Nachdem der Modellversuch jetzt beendet worden ist, soll nach Aussagen der Hamburger Schulsenatorin Raab der gemeinsame Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder zunächst in den ersten vier Grundschuljahren in Hamburg zum Regelfall werden (siehe: »Hamburger Morgenpost« vom 5. September 1988). Zu diesem Zwecke will die Schulsenatorin noch in der laufenden Legislaturperiode die Integration ins Schulgesetz aufnehmen lassen. (Kommentierende Anmerkung: Daß von der dann erfolgenden Entwicklung auch die Sprachheilschulen nicht ausgenommen werden, liegt auf der Hand. Alle Betroffenen wären sicher

gut beraten, sich langfristig auf diese neuen Herausforderungen einzustellen und an dem Veränderungsprozeß aktiv mitzuwirken.)

Eine gewisse Flankierung der integrativen Maßnahmen im Schulalter sollte durch entsprechende Initiativen und Planungen im Bereich der Kindergärten (Kindertagesstätten) erfolgen.

Mit der Drucksache 12/492 vom 3. März 1987 legte der Senat auftragsgemäß der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (dem Parlament) einen Plan vor, dessen Zielsetzung darin bestand, die allgemeinen Kindertagesstätten mit einem bedarfsgerechten integrativen Angebot zu versehen. Hierzu war vom Senat vorgeschlagen worden, dem Prinzip der Wohnortnähe folgend, die vorhandenen 23 Sondereinrichtungen für behinderte Kinder (mit Ausnahme derjenigen für gehörlose Kinder), die in der Zuständigkeit der »Vereinigung städtischer Kinder- und Jugendheime« stehen (die geringere Zahl der Sondergruppen in Einrichtungen freier Träger sollte von dem Vorhaben zunächst nicht tangiert werden), schrittweise aufzulösen. Das Ziel war, auf diese Weise im Zeitraum von drei Jahren eine flächendeckende Versorgung mit Integrationsgruppen in den Regeleinrichtungen (Kindertagesstätten) herstellen zu können. Da die Mehrzahl der in den Sondereinrichtungen betreuten etwa 950 Kinder sprachbehindert sind, hätte diese Klientel für das Gelingen des Konzepts einen nicht unwesentlichen Stellenwert.

Die Ankündigung, Integrationsgruppen einzurichten, hat Zustimmung und Bedenken ausgelöst. Zustimmung wurde vor allem die in dem Vorhaben formulierte gesellschaftspolitische Dimension zur Kenntnis genommen, die selbstverständlich auch eine wichtige pädagogische Perspektive beinhaltet. Mit erheblicher Kritik bedacht wurden in Anhörungen und anderen öffentlichen Bekundungen einige der Rahmenbedingungen, so beispielsweise die vorgesehenen Gruppengrößen (20 Kinder, darunter vier behinderte).

Trotz derartiger Bedenken sollte das Vorhaben nach Verabschiedung durch die Bürgerschaft ab 1. August 1988 in die Tat umgesetzt werden, allerdings zunächst nur auf eine städtische Region begrenzt mit lediglich 25 von 187 in der Endstufe geplanten Gruppen.

Nach einer letzten Meldung mußte der Start dieses Vorhabens jedoch verschoben werden. Auseinandersetzungen über die tarifliche Eingruppierung der in den Integrationsgruppen Beschäftigten sollen der Grund gewesen sein.

Redaktionelle Bearbeitung
Jürgen Teumer

Personalia

Sprachheilbeauftragter Ludwig Mees in Viersen verabschiedet

In einer kleinen Feierstunde wurde am 1. September 1988 im Kreishaus Viersen (Rheinland) Kollege Ludwig Mees als bisheriger Sprachheilbeauftragter der Stadt und des Kreises Viersen verabschiedet sowie sein Nachfolger Herr Bürvenich in sein Amt eingeführt.

In Festansprachen würdigte man seitens der Kreisverwaltung, der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Sprachheilbeauftragter und seitens der im Kreis Viersen tätigen Sprachtherapeuten das nunmehr über dreißigjährige segensreiche Wirken des scheidenden Sprachheilbeauftragten. Insbesondere wurden seine Initiativen um die Betreuung sprachgestörter Kinder im Vorschulalter hervorgehoben.

Gregor Heinrichs

Einblicke

Bericht über die Feier »100 Jahre städtische Hilfen für Sprachbehinderte in Düsseldorf«

Die Landeshauptstadt Düsseldorf konnte in ihren Hilfen für Sprachbehinderte auf eine hundertjährige Tradition zurückblicken. Dies war ein Anlaß für eine Feierstunde, auf der Oberbürgermeister Klaus Bungert, Oberstadtdirektor Karl Ranz und der Landesarzt Dr. Linck am 30. Mai 1988 vor einer großen Zuhörerschaft sprachen.

Die städtischen Hilfen für Sprachbehinderte, so Oberstadtdirektor Karl Ranz, begannen im Jahr 1888, als die erste Hilfsschulklasse in Düsseldorf ihre Arbeit aufnahm. Da in ihr auch solche Kinder heilpädagogisch betreut wurden, die wegen ihrer »Sprachgebrechen« durch die allgemeine Schule nicht hinreichend gefördert werden konnten, war der tägliche Artikulationsunterricht fester Bestandteil des Stundenplans.

Von dort aus entstanden bald die ersten städtischen Sprachheilkurse, in denen sprachgestörte Volksschulkinder außerhalb der Unterrichtszeit durch Sprachheillehrer gezielte Hilfen erhielten. Ab 1921 kamen noch durch das Phonetische Institut der Städtischen Krankenanstalten (jetzt Unikliniken) Sprachheilhilfen, insbesondere für sprach- und stimmgestörte Erwachsene, hinzu. Nach Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes wurden die bisherigen schulischen Sprachheilambulanzen dem Sozialamt zugeordnet.

Heute gibt es städtische Hilfen für den betroffenen Personenkreis bei den Stadtämtern 50 und 53 (kommunale Sprachheilambulanzen), 51 (integrierter Sprachheilkindergarten sowie additive Sprachtherapie in Brennpunktkindergärten), 54 (additive Sprachtherapie in Kliniken) und 40 (Sprachheilgrundschule mit Sonderschulkindergärten für Sprachbehinderte und sprachsonderpädagogische Maßnahmen in übrigen Sonderschulen). Nach dem Vorbild der Stadt bieten inzwischen auch einige andere Träger Hilfen für Sprachbehinderte an.

Einen besonderen Anklang fand das Spiel, das die Kinder aus dem städtischen integrierten Sprachheilkindergarten Garath auf ungewohnter Bühne vortrugen. Die anschließenden Fachvorträge über auditive Wahrnehmungsstörungen (Prof. Dr. Esser, Audiologisches Zentrum Düsseldorf-Gerresheim) und über diagnostische Verfahren bei kindlichen Hörstörungen (Frau Dr. med. A. Lamprecht, Unikliniken Düsseldorf) fanden ein interessiertes Publikum.

Die Organisation für diese Feierstunde, zu der auch Sprachheilbeauftragte und Vertreter benachbarter Kommunen gekommen waren, hatte die Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte übernommen, die seit 1965 eine Einrichtung des städtischen Sozialamtes ist und der Fachaufsicht des Gesundheitsamtes untersteht. Die städtischen Sprachtherapeuten boten Interessierten einen Tag der offenen Tür an und berichteten in gut besuchten praxisnahen Veranstaltungen aus ihrer Arbeit.

Gregor Heinrichs
Sprachheilbeauftragter

50 Jahre Sprachheilschule Bernstorffstraße in Hamburg-Altona – Fortschritt oder Fehlentwicklung? –

Am 30. Mai 1988 feierte die Sprachheilschule Bernstorffstraße in Hamburg-Altona ihr fünfzigjähriges Bestehen.

Diese Schule wurde als vierklassige Grundschule eröffnet und entwickelte sich zunächst schnell. Der Zweite Weltkrieg und seine Folgen — Kinderlandverschickung und die fast völlige Zerstörung des Schulgebäudes — machten einen Neubeginn im August 1945 unter sehr schwierigen Bedingungen notwendig. Im Laufe der folgenden Jahre stieg die Schülerzahl stetig, Beratung und Ambulanz wurden immer stärker frequentiert. 1956 wurde ein Schulkindergarten eingerichtet, 1960 zog die Schule in ein größeres Gebäude — Bernstorffstraße 147 — um, das in den folgenden Jahren noch weiter ausgebaut wurde. Sie war zuständig für die Schülerschaft des Hamburger Westens, in dessen Außenbezirken die Bevölkerungszahlen

stark anstiegen. Aus diesem Grunde wurde 1969 eine »Außenstelle« in dem Stadtteil Lurup eingerichtet, die sich inzwischen zu einer Zweigstelle mit einer voll ausgebauten Grundschule entwickelt hat. »Stammhaus« (1. bis 6. Schuljahr) und Zweigstelle zusammen haben zur Zeit 18 Schulklassen und zwei Schulkindergartengruppen mit insgesamt 240 Schülern. 34 Lehrer/innen und zwei Sozialpädagoginnen sind dort tätig.

Doch wichtiger ist die fachlich-organisatorische Entwicklung dieser Einrichtung: Während die behandlerische Tätigkeit der Fachpädagogen in den Anfangsjahren hauptsächlich auf die hier eingeschulten Kinder beschränkt war, wird heute darüber hinaus eine erheblich größere Zahl in ambulanten Maßnahmen erfaßt. In die Schulkindergartengruppen und in die Schulklassen werden nur Schüler mit erheblichen und umfassenden Sprach-/Sprechstörungen aufgenommen. Für die Behandlung der noch nicht schulpflichtigen Kinder und der Schüler mit isolierten Sprechfehlern steht dagegen eine ausgebaute Ambulanz zur Verfügung. Am Beginn aller Maßnahmen aber steht die fachpädagogische Untersuchung mit Beratung, in der die erste Diagnose erstellt und die ihr entsprechende Behandlung empfohlen wird.

In der aus Anlaß des Schuljubiläums zusammengestellten Fest- und Informationsschrift »50 Jahre Sprachheilschule Bernstorffstraße« (zu beziehen durch die Sprachheilschule) finden sich aufschlußreiche Zahlen aus den letzten sechs Jahren:

- Es wurden in diesem Zeitraum 4615 Kinder in den Beratungsstellen der Schule vorgestellt, von diesen
- erhielten 2715 ambulante Behandlung,
- 433 wurden in die Sprachheilschule aufgenommen.

Die ambulanten Behandlungen erstrecken sich im allgemeinen über zehn bis zwölf Sitzungen. Die durchschnittliche Verweildauer der eingeschulten Kinder in der Sprachheilschule beträgt 2,8 Jahre, jedoch verlassen mehr als 50 Prozent diese Schule bereits nach einem oder zwei Jahren.

Nicht nur die Bevölkerungsentwicklung führte zu einer gesteigerten Nachfrage nach Sprachbehandlung, sondern vor allem die Erkenntnis, daß sprachliche und sprecherische Fähigkeiten in unserer hochentwickelten Gesellschaft eine entscheidende Rolle für den Lebensweg des einzelnen spielen. Um eine Frühbehandlung (»Prävention«) auch für weiter entfernt wohnende Kinder zu ermöglichen, wurde 1983 die sogenannte »Außenambulanz« eingerichtet: Fachpädagogen gehen in Grundschulen des Einzugsbereiches der Sprachheilschule und diagnostizieren die Schüler der Vorschulklassen und der 1. Klassen. Anschließend

führen sie dort Sprachbehandlungen durch. Etwa alle drei Monate wechseln sie den Standort.

Die Sprachheilschule Bernstorffstraße hat sich im Laufe eines halben Jahrhunderts zu einer gut durchstrukturierten Spezialeinrichtung entwickelt, die schon sehr vielen Kindern geholfen hat, Störungen in ihrer sprachlich-sprecherischen Entwicklung zu überwinden. Ihr Auftrag ist es, dies fachgerecht in möglichst kurzer Zeit zu leisten. Sie wirkt damit entscheidend auf das Schulschicksal und den weiteren Lebensweg der Betroffenen ein. Gerade zum jetzigen Zeitpunkt, da allenthalben die Existenzberechtigung spezieller Schulen in Frage gestellt und dafür die sogenannte »Integration« aller auf irgendeine Weise in ihrer Entwicklung behinderten oder gestörten Kinder gefordert wird, sollte folgendes klargestellt werden:

- Sprach-/Sprechstörungen können beseitigt oder wenigstens erheblich gemindert werden!
- Institutionen wie die Sprachheilschule können ein umfassendes und konzentriertes Behandlungskonzept realisieren.
- Ihre Schüler empfinden sich keineswegs als »ausgesondert«, sondern genießen die sehr individuelle Betreuung durch die Fachpädagogen, die — neben der eigentlichen Sprachbehandlung — den gesamten Schulalltag für die sprachliche und die psychosoziale Förderung nutzen.
- Nach Abschluß der Behandlung erfolgt die *echte* Integration (d. h. wirkliche Eingliederung und nicht nur Tolerierung!) in die entsprechenden Regelschulklassen.

Schon im vorigen Jahrhundert, als noch alle Schüler gemeinsam unterrichtet wurden — bis auf die, die als »bildungsunfähig« galten —, wurde der Wunsch nach besonderen Einrichtungen für Kinder mit Lernschwierigkeiten laut. Seitdem ist ein differenziertes Spezialschulsystem entstanden, bei dessen Entwicklung Hamburg vielfach als Vorbild gewirkt hat und um das wir bis heute auch beneidet werden. Eine umfangreiche praktisch-wissenschaftliche Arbeit wurde dadurch provoziert, deren Ergebnisse die Diagnostik und die Therapie der Sprach- und Sprechstörungen verbessern halfen und dazu beitrugen, daß die Verweildauer der Schüler in der Sprachheilschule (siehe oben) verhältnismäßig gering gehalten werden kann.

Der Gewinn für die Schullaufbahn und damit für den weiteren Lebensweg der Kinder, der durch die konzentrierte Therapie in den Sprachheilschulen erzielt werden kann, ist so bedeutend, daß »Belastungen«, wie z. B. längere Schulwege und die Schwierigkeiten, Freundschaften im Wohnviertel zu pflegen, während dieser Zeit dagegen hingenommen werden können.

Das Kollegium der Schule Bernstorffstraße hat anläßlich der Jubiläumsfeier — ebenso wie Vertreter der Elternschaft, der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., der Schulbehörde und des Bezirksamtes Altona — deutlich bekundet, daß das Erhalten und Fördern dieser Einrichtung ebenso sinnvoll wie notwendig ist. Die Auflösung dieser und anderer Spezialschulen bedeutet einen pädagogischen und schulpolitischen Rückschritt.

Das Konzept der Sprachheilschule, wie es z. B. in den Hamburger »Richtlinien für das Sonderschulwesen« von 1974 definiert wurde, ist keinesfalls Ausdruck einer Fehlentwicklung, sondern das Ergebnis einer vor allem durch die fachliche Praxis und auch durch Wissenschaft und Forschung gestützten sinnvollen und segensreichen Entwicklung, die noch nicht abgeschlossen ist.

Anschrift der Schule: Sprachheilschule Bernstorffstraße, Bernstorffstraße 147, 2000 Hamburg 50.

Anschrift der Verfasserin: Oberstudienrätin Erika Leites, Fachpädagogin für Hör-, Sprach- und Stimmgestörte, Am Hange 49, 2000 Norderstedt 1.

50 Jahre Hamburger Sprachheilschule Baererstraße

Anläßlich des fünfzigjährigen Bestehens der Sprachheilschule Baererstraße erschien in den »Harburger Anzeigen und Nachrichten« der folgende Artikel:

»Beste Förderung für Kinder« —

Schulsenatorin Raab würdigte Arbeit der Sprachheilschule.

»Im Zentrum darf nicht die Frage nach der Schulform stehen, sondern die beste Förderung für jedes einzelne Kind.« Jeder Hamburger Junge und jedes Hamburger Mädchen sollte den individuellen Fähigkeiten entsprechend gefördert werden. Von diesem Gedanken aus sollten alle weiteren Überlegungen über den Unterricht in Sonderschulen oder Integrationsklassen abhängig gemacht werden. Mit viel Beifall bedachten die Teilnehmer eines Festaktes anläßlich des fünfzigjährigen Bestehens der Sprachheilschule Baererstraße diese Aussage der Hamburger Schulsenatorin Rosemarie Raab.

In ihrem Festvortrag war die Senatorin zuvor ausführlich auf die Ursprünge des Sprachheilwesens in Hamburg eingegangen und hob dabei besonders die große Bedeutung privater Initiativen hervor.

So waren es Eltern und besonders engagierte Lehrer, die vor etwa 100 Jahren eine private Schule für 85 Hamburger Kinder einrichteten, nachdem sich in der Bürgerschaft keine Mehrheit »für eine Klasse

für stotternde Kinder« gefunden hatte. Erst zwölf Jahre später wurde eine Klasse für Kinder mit Sprachstörungen in einer staatlichen Schule eingerichtet, und 1919 kamen weitere Klassen hinzu. »Wie fast überall bei der Förderung behinderter Kinder waren es private Vorleistungen, die den Grundstock legten, bis der Staat diese Aufgabe übernahm«, erklärte Senatorin Raab.

Sie machte auf zwei Besonderheiten im Sprachheilwesen gegenüber anderen Sonderschulen aufmerksam: Sprachheilschulen seien Durchgangsschulen: Ziel sei es, den Schüler, die Schülerin durch Abbau der Sprachbehinderung zur Entfaltung seiner geistig-seelischen Kräfte zu führen, um ihn in die allgemeine Schule zu integrieren. Außerdem spiele die ambulante Behandlung vor Ort bei Kindern mit Sprachstörungen eine große Rolle.

Schaut man in die Zukunft, so ließen sich in Hamburg zwei neue Formen der Förderung sprachbehinderter Kinder erkennen: den sogenannten »Präventionslehrer« in der Grundschule und die Integrationsklassen im Regelschulwesen.

Diese neuen Arbeitsformen richteten sich nicht gegen die Sonderschulen, »könnten sie aber eines Tages überflüssig machen«, so die Senatorin. Und: Es dürfe keine Denkverbote beim Thema »Integration« geben. Wenn Eltern in der gemeinsamen Unterrichtung von behinderten und nichtbehinderten Kindern den besseren Weg der Förderung sähen, müßte man dies akzeptieren.

Dies dürfe aber niemals mißverstanden werden als Kritik an der Arbeit der Sonderschullehrer, die in der Regel voll Engagement und in der Stille, im Verborgenen, große Arbeit leisteten. Die Schulsekretärin dankte an dieser Stelle den Pädagogen von der Sprachheilschule für ihre geleistete Arbeit.

Unter den Gästen waren neben Gesundheitsdezernent Dr. Peter Grieve auch die erste Lehrerin der Sprachheilschule Baererstraße, Hanna Papst-Jürgensen. Sie schilderte in ihrem Vortrag anschaulich, wie vor 50 Jahren die Arbeit mit zwei Sprachheilklassen in der Bennigsenstraße begann und durch die Kriegsjahre erheblich erschwert wurde.

Doch nicht nur die Erwachsenen beteiligten sich am Festprogramm. Zum Gelingen trugen maßgeblich auch die Schüler und Schülerinnen bei mit Gesang, Tanz und einem Theaterstück.

Ideenplatz

Fingerspiele als ein Beitrag zur (sprachlichen) Entwicklungsförderung

Das folgende Fingerspiel soll zunächst einmal Spaß machen, Kindern und Erwachsenen. Darüber hinaus erfüllt es aber zweifellos auch noch andere Funktionen, die einen Beitrag zur Entwicklungsförderung eines Kindes leisten. Um welche Bereiche es sich hierbei handelt, soll ausschnittsweise kurz aufgelistet werden.

1. Der sensorische Aspekt

Im Gegensatz zur Bewegung des Mundes beim Sprechen kann die Tätigkeit der Hände direkt (also ohne ein Hilfsmittel wie den Spiegel) durch die Augen beobachtet und kontrolliert werden. Damit wird die bei sprachbehinderten Kindern in der Regel recht gut entwickelte optische Wahrnehmung genutzt und die Auge-Hand-Koordination als wichtige »Werkzeugleistung« (z. B. Schreiben lernen) gefördert.

2. Der motorische Aspekt

Dieses Fingerspiel spricht mehrere motorische Ebenen an. Die Strophen an sich verlangen die Ausführung von Einzelbewegungen, die deutlich voneinander abgegrenzt sind. Sinnvoll wird das Fingerspiel, wenn diese Bewegungsformen in eine bestimmte Reihenfolge, in ein serielles Muster integriert werden. Zudem wird die harmonische Verbindung der linken und der rechten Hand verlangt, z. B. in der gleichzeitigen Realisierung beider Seiten.

3. Der kognitive Aspekt

Das Fingerspiel strebt an, auf angenehme Weise »Wissen« zu vermitteln, Lernen zu initiieren. In diesem Beispiel werden die Finger selbst, ihre Anordnung und Bezeichnung zum Gegenstand des Lernens.

4. Der sprachliche Aspekt

Die gezielte Bewegung der Hände wird im Fingerspiel mit der Sprache gekoppelt, dies ist der für uns zentrale Aspekt. In diesem Fingerspiel ist der Text zwar relativ lang, er wiederholt sich von der Struktur der Sätze jedoch fünfmal und variiert im Lexikon nur geringfügig. Diese Veränderungen beziehen sich einerseits auf die einzelnen Finger, womit die zu erlernenden Begriffe deutlich herausgehoben werden, andererseits kommt es für die einzelnen Finger zu unterschiedlichen Bewegungsmustern, die sprachlich markiert werden. Dies betrifft einmal die Bewegungsgeschwindigkeit (schnell,

langsam), die auch eine entsprechende Sprechgeschwindigkeit verlangt, und die Bewegungsart (stolpern, kriechen, hüpfen). Sie kann wiederum

mit einer Modulation der Stimme bzw. Sprechweise in Verbindung gebracht werden (abgehacktes Sprechen, tiefe Stimme, hohe Stimme).

Die Finger wandern

Sprache	Bewegung
1. Ein Daumen sah aus seiner Hand und dachte sich: Hurra, da drüben steh ja ich. Dann sprach der Daumen zu dem andern, von nun an wollen wir gemeinsam wandern. Der eine auf der linken, der andere auf der rechten Seite, so suchen sie ganz langsam das Weite.	a) Fäuste vor der Brust b) Daumen werden aus den Fäusten herausgezogen c) Daumen nicken sich zu d) Daumenspitzen berühren sich e) Linke Faust=linker Oberschenkel Rechte Faust=rechter Oberschenkel f) Fäuste (Daumen nach oben) laufen langsam bis zum Knie
2. Ein Zeigefinger sah aus seiner Hand und dachte sich: Hurra, da drüben steh ja ich. Dann sprach der Zeigefinger zu dem andern, von nun an wollen wir gemeinsam wandern. Der eine auf der linken, der andere auf der rechten Seite, so suchen sie ganz schnell das Weite.	a) Fäuste vor der Brust b) Zeigefinger werden aus den Fäusten herausgezogen c) Zeigefinger nicken sich zu d) Zeigefingerspitzen berühren sich e) Linke Faust=linker Oberschenkel Rechte Faust=rechter Oberschenkel f) Fäuste (Zeigefinger nach oben) laufen schnell bis zum Knie
3. Ein Mittelfinger sah aus seiner Hand und dachte sich: Hurra, da drüben steh ja ich. Dann sprach der Mittelfinger zu dem andern, von nun an wollen wir gemeinsam wandern. Der eine auf der linken, der andere auf der rechten Seite, so suchen sie stolpernd das Weite.	a) Fäuste vor der Brust b) Mittelfinger werden aus den Fäusten herausgezogen c) Mittelfinger nicken sich zu d) Mittelfingerspitzen berühren sich e) Linke Faust=linker Oberschenkel Rechte Faust=rechter Oberschenkel f) Mittelfinger voraus, stolpert bis zum Knie (abgehacktes Sprechen)
4. Ein Ringfinger sah aus seiner Hand und dachte sich: Hurra, da drüben steh ja ich. Dann sprach der Ringfinger zu dem andern, von nun an wollen wir gemeinsam wandern. Der eine auf der linken, der andere auf der rechten Seite, so suchen sie kriechend das Weite.	a) Fäuste vor der Brust b) Ringfinger werden aus den Fäusten herausgezogen c) Ringfinger nicken sich zu d) Ringfingerspitzen berühren sich e) Linke Faust=linker Oberschenkel Rechte Faust=rechter Oberschenkel f) Ringfinger voraus, Faust wird nachgezogen (tiefe Stimme)
5. Ein Kleiner Finger sah aus seiner Hand und dachte sich: Hurra, da drüben steh ja ich. Dann sprach der Kleine Finger zu dem andern, von nun an wollen wir gemeinsam wandern. Der eine auf der linken, der andere auf der rechten Seite, so suchen sie hüpfend das Weite.	a) Fäuste vor der Brust b) Kleine Finger werden aus den Fäusten herausgezogen c) Kleine Finger nicken sich zu d) Kleine Fingerspitzen berühren sich e) Linke Faust=linker Oberschenkel Rechte Faust=rechter Oberschenkel f) Kleine Finger senkrecht hoch – mehrere Sprünge bis zum Knie (hohe Stimme)

Axel Holtz

Weitwinkel

Logopädisches Jubiläum in Norwegen

Während die finnische Organisation für Logopädie und Phoniatrie im Jahre 1987 ihr fünfundzwanzig-jähriges Jubiläum gefeiert hat, waren 1988 die Norweger dran. Ihr Fachverband »Norsk Logopedlag« existierte 40 Jahre.

Die norwegische Berufsbezeichnung »logoped« kann vielleicht Deutsche glauben lassen, daß es sich um eine medizinisch orientierte Ausbildung handelt. Jedoch sind norwegische »logopeder« ähnlich wie deutsche Sprachbehindertenpädagogen Lehrer und Sonderpädagogen (siehe: Die Sprachheilarbeit 30 [1985], S. 225—233).

Das »Norsk Logopedlag« hat im Jubiläumsjahr rund 900 Mitglieder. Das ist die große Mehrheit der in Norwegen tätigen »Logopäden«.

Das Jubiläum wurde mit einem Fest während der Kurstage und der Hauptversammlung in Voss begangen. Die nationale »Norsk Tidsskrift for Logopedi« erschien mit einem Jubiläums-Sonderheft.

Alf Preus / Martin Kloster-Jensen

Jeder Vierte sollte zum Ohrenarzt

Während des Hessesentages 1988 in Hofheim hat der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) kostenlos das Hörvermögen der Hessesentagsbesucherinnen und -besucher überprüft. Fast 900 Personen haben an dem etwa fünf Minuten dauernden Test teilgenommen. Bei jeder vierten Testperson wurden Auffälligkeiten im Hörvermögen festgestellt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde das Testprotokoll ausgehändigt und angeraten, einen Hals-Nasen-Ohrenarzt aufzusuchen.

Der LWV ist in Hessen u. a. der Träger der Schulen für Hörbehinderte und Gehörlose, der Freiherr-von-Schütz-Schule in Bad Camberg, der Schule am Sommerhoffpark in Frankfurt (Main), der Johannes-Vatter-Schule in Friedberg und der Hermann-Schafft-Schule in Homberg (Efze).

Gisela Heimbach

dgs-Nachrichten

Landesgruppe Rheinland

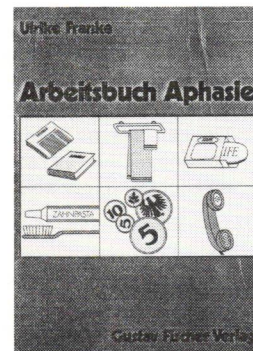
Zum neuen Schuljahr ist eine weitere Sprachheilschule im Sekundarbereich I gegründet worden: Rheinische Landesschule für Sprachbehinderte, Vetschauer Straße 16—18, 5100 Aachen, Telefon (0241) 17 10 71. Schulleiter: W. Röber.

Aufgrund von Umzügen usw. haben sich die Adressen einiger Sprachheilschulen geändert. Das aktuelle Verzeichnis kann bei Theo Borbonus, Guts-Muths-Weg 28, 4300 Essen 1, angefordert werden.

Mittlerweile ist auch die 4. Auflage der Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen erschienen. Sie kann angefordert werden bei der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Relinghauser Straße 93—95, 4300 Essen 1.

Theo Borbonus

Rezensionen



Ulrike Franke: Arbeitsbuch Aphasie.

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1987. 36 DM.

Mit diesem Buch wendet sich Ulrike Franke an Aphasiker und Aphasikerinnen, die keine Möglichkeit (mehr) haben, an sprachtherapeutischen Maßnahmen teilzunehmen. Die Anregung zur Konzeption des Materials entstammt den in USA gebräuchlichen Workbooks, »mit denen Aphasiker für sich zu Hause gezielt an ihren Sprach- und Sprechstörungen arbeiten und sich sprachlich innerhalb ihrer Fähigkeiten beschäftigen können« (S. V.). Als Zielgruppe für die zum autodidaktischen Gebrauch erstellte Materialsammlung nennt die Autorin »vor allem Sprach- und Sprechgestörte (Dysarthriker oder Sprechapraktiker) mit schweren bis mittelschweren Beeinträchtigungen« (S. VII). Der angesprochene Personenkreis wird an keiner Stelle des Buches präziser beschrieben, ebenso bleibt offen, welche Klassifikationsmerkmale der Zuschreibung »schwere bis mittelschwere Beeinträchtigung« zugrunde liegen.

Das Buch besteht aus sieben Kapiteln mit den Bereichen: 1. Sprachverständnis. 2. Artikulation. 3. Lesen und Lesesinnverständnis. 4. Wortfindung. 5. Schreiben. 6. Grammatik. 7. Rechnen.

Leitlinie beim Aufbau der einzelnen Kapitel ist das Prinzip der ansteigenden Schwierigkeit. Auswahlkriterien für die inhaltliche Ebene werden nicht genannt und sind nicht zu erkennen.

Das Kapitel *Sprachverständnis* umfaßt die Übungsteile: Auf Bilder zeigen (9 Aufgaben), Auf Körperteilbilder zeigen (9 Aufgaben), Auf Körperteile zeigen (13 Aufgaben), Anweisungen befolgen (15 Aufgaben), Körperteilfunktionen finden (13 Aufgaben), Ja-Nein-Fragen (Gibt es ...?) (26 Aufgaben), Ja-Nein-Fragen (Ist die Mutter eine Frau?) (25 Aufgaben), Tätigkeitswörter bestimmen (12 Aufgaben), Wörter, die es gibt / nicht gibt (10 Aufgaben), Was ist erfreulich/unerfreulich? (34 Aufgaben), Wörter durch Gesten erklären (12 Aufgaben).

Unklarheiten auf der semantischen Ebene erschweren teilweise das Lösen der Aufgaben.

Dem Kapitel *Artikulation* sind sieben bekannte Zungenübungen, acht Aufgaben zur Stimmgebung, vorwiegend basierend auf Vitalfunktionen, Übungen zum automatisierten Sprechen sowie Artikulationsübungen der Vokale und Konsonanten zugeordnet.

Die Arbeit an den Lauten erfolgt nach immer gleichem Prinzip: Isolierte Produktion des Lautes, Artikulation sinnloser Silben und Sätze.

Umfangreiches Übungsmaterial bietet das Kapitel *Lesen* mit 29 verschiedenen Aufgabentypen. Zum erfolgreichen Lesen notwendige Teilfunktionsbereiche wie z. B. Sinneswartung und visuelle Gliederungsfähigkeit werden trainiert.

Angaben zu persönlichen Daten werden im Kapitel zur *Wortfindung* geübt; dieser Abschnitt enthält einen Fragenkomplex, der primär Allgemeinbildung erfaßt und nicht, dem Anspruch gemäß, Wortfindung trainiert.

Im Kapitel *Schreiben* werden auf 15 Seiten Schreib- und Rechtschreibübungen aus den Bereichen Schwungübungen, Abschreiben von Buchstaben, kleinen Wörtern und Zahlen angeboten, außerdem sollen Selbstlaute und Konsonanten in Lückenwörter eingesetzt werden.

Hauptakzente der Übungen zum Bereich *Grammatik* liegen auf dem Tätigkeitswort, das in der richtigen Bedeutung gefunden, in Einzahl und Mehrzahl und in die richtige Zeit gesetzt werden muß. Die letzte Sequenz dieses Kapitels beschäftigt sich mit Fragewörtern.

Schließlich sollen im letzten Teil des Buches unter der Überschrift *Rechnen* Uhrzeiten abgelesen, Zeitangaben vorgelesen, Zahlen subtrahiert und addiert werden. Als besonders problematisch ist der Bereich 7.2 »Fragen nach Zahlen beantworten« anzusehen; auch hier wird Allgemeinwissen abgefragt (Wie viele Erdteile gibt es?). Ein Zusammen-

hang zu der zu trainierenden Funktion »rechnen« ist hier nicht mehr herzustellen.

U. Franke versteht ihre umfangreiche Materialsammlung als Anregung für Logopäden und gibt verschiedentlich Ratschläge für Angehörige, die als Kotherapeuten angesprochen sind. In der Einleitung findet sich der Hinweis, daß mit Bleistift gearbeitet werden soll, so daß Lösungen wieder ausradiert und neu erarbeitet werden können. Ein wiederholtes Durcharbeiten des Arbeitsbuches erscheint in Anbetracht der immer gleichen Konzeption der einzelnen Übungen und der langweiligen grafischen Darstellungen unwahrscheinlich.

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich ohne Zweifel um eine fleißige Zusammenstellung von Übungen, bei denen jedoch kommunikative Zusammenhänge und Situationsbezüge völlig außer acht gelassen werden. Folgt man Poeck, Weniger u.a. Autoren, die als anzustrebendes Therapieziel für Aphasiker die Ermöglichung sprachlicher Kommunikation in Alltagssituationen nennen, so drängt sich die Frage nach der speziellen Eignung der Übungen für Aphasiker auf.

Erwiesenermaßen werden die besten therapeutischen Erfolge mit Therapieformen erzielt, die auf einen speziellen sprachlichen Defekt gerichtet sind. Vom Einsatz des vorliegenden Materials kann man bestenfalls eine allgemeine Stimulierung der sprachlichen Tätigkeit erwarten. Sicherlich ist es den Nöten und Schwierigkeiten aphasischer Menschen angemessener, in bedeutsamen kommunikativen Situationen sprachliche Tätigkeiten anzuregen und sich für die Weiterführung notwendiger therapeutischer Maßnahmen einzusetzen.

Inge Krämer

*Wir bitten um Beachtung des
dieser Zeitschrift beiliegenden
Bestellzettels für Lehrmittel
und Schriften zur Sprachheil-
pädagogik.*

Der Verlag



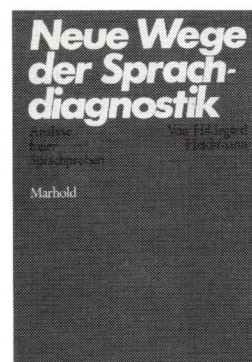
Lothar Werner: Stottern — Hilfe! Schriftenreihe »Hilfe zur Selbsthilfe«, Band 11, herausgegeben von H. Kratzmeier. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg 1988. 72 Seiten. 12 DM.

Der Autor, Professor an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg und durch entsprechende Veröffentlichungen ausgewiesener Fachmann auf dem Gebiet der Stotterertherapie, will mit dem vorliegenden schmalen Bändchen in 15 kurzen Kapiteln Rat geben und Mut machen zugleich. Diesem Anspruch gemäß enthält die Schrift im ersten Teil Informationen über das Stottern selbst, seine vermuteten Ursachen und beobachtbaren Symptome. Daneben werden die Verordnung von Medikamenten und der Einsatz technischer Geräte in der Therapie problematisiert. Exemplarisch (und sicher nicht ganz uneigennützig) beschreibt Lothar Werner ausführlicher den biokybernetischen Behandlungsansatz. Auch aufgrund seiner fachsprachlichen Überfrachtung und Komprimierung wirkt dieses Kapitel nach meiner Einschätzung ein wenig als Fremdkörper in einer Darstellung, die sonst eigentlich wohlthuend verständlich geschrieben worden ist.

Im zweiten Teil, eingeleitet durch eine Übersicht über die beratenden und hilfegebenden Institutionen, stehen solche Themen im Vordergrund, die sich an Stotternde und ihre Angehörigen wenden. Sie sollen den zweiten Anspruch des Bandes einlösen, also ermutigen und mithelfen, die Betroffenen aus der teils unfreiwilligen Isolation, Resignation und Passivität herauszuführen, und ihre Bereitschaft wecken, dem Problem Stottern aktiv zu begegnen und es selbst anzupacken. Hierzu gehören Informationen über das Miteinander von Stotternden und Nichtstotternden, die Grenzen von Therapien und über die Bruchigkeit von Behandlungserfolgen, nicht zuletzt auch über Selbsthilfegruppen und das Problem der Berufswahl. Am Schluß stehen vor allem Anschriften von Verbänden und Personen, bei denen Rat und Hilfe eingeholt werden können.

Es ist zu wünschen, daß die Schrift einen möglichst großen Kreis von Lesern erreicht. Angesichts des Leidensdrucks und mancher Vorurteile kann es gar nicht genügend Informationen und Informierte geben.

Jürgen Teumer



Hildegard Heidtmann: Neue Wege der Sprachdiagnostik. Analyse freier Sprachproben.

Marhold-Verlag, Berlin 1988. 168 Seiten, 26 DM.

Jedem Sprachbehindertenpädagogen stellt sich immer wieder das Problem, nicht nur Sprachbehinderungen zu erkennen, sondern sie vor allen Dingen nach verschiedenen Kriterien (Art, Umfang, Struktur ... usw.) zu klassifizieren. Sprach-Diagnostik also als unverzichtbare Voraussetzung für möglichst optimales Sprachlernen, sei es im Unterricht oder in der Therapie.

So entsteht häufig die Frage nach adäquaten Sprachtests — bzw. Prüfverfahren, die zum einen Sprache nicht nur als Konglomerat linguistisch beschreibbarer Teilfunktionen ansehen, sondern auch den »Funktionsträger« betrachten, und die zum anderen Hinweise für die Therapieplanung geben. Hinzu kommt bisweilen der Umstand, daß eine (latente) Unzufriedenheit mit den bestehenden Diagnoseverfahren besteht, die sich u. U. darin ausdrückt, diese zu modifizieren oder im Extremfall resigniert ganz auf »objektive« Verfahren zu verzichten.

Wenn nun ein Buch mit dem vielversprechenden Titel »Neue Wege der Sprachdiagnostik« erschienen ist, so sollte es nicht nur das Interesse des frustrierten Diagnostikers hervorrufen. Auch wenn der Untertitel »Analyse freier Sprachproben« zunächst eine Begrenzung auf die Untersuchung von Sprachentwicklung(sstörungen) impliziert, so ist die zu besprechende Arbeit auch zur Entwicklung eines grundlegend neuen Verständnisses von Sprachdiagnostik allgemein geeignet. Was ist nun das »Neue« an diesem Buch? Bislang sind sehr vielfältige Veröffentlichungen — insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum — zu diesem

Themenbereich erschienen, die aufgrund ihrer linguistischen Prägung und nur schwer in die sprachbehindertenpädagogische Praxis umsetzbaren Überlegungen vorwiegend im wissenschaftlichen Raum Resonanz finden. In die tägliche Arbeit mit Sprachbehinderten flossen diese Methoden selten ein, schienen sie doch wenig praktikabel (z.B. bezüglich der Untersuchungs- und Auswertungsdauer) zu sein. Die Folge ist/war, daß trotz des Unbehagens vieler Kolleginnen und Kollegen die allorts bekannten Tests eingesetzt werden.

Hildegard Heidtmann faßt in ihrem Buch zunächst die Kritik an Sprachentwicklungstests zusammen, wobei die Testsituation als unnatürliche, untypische Kommunikationssituation in Frage gestellt wird. Anschließend werden Bedeutung und Merkmale freier Sprachproben herausgearbeitet, es folgen Anmerkungen zur Auswahl freier Sprachproben sowie Anleitungen zur Transkription. In den nachfolgenden Kapiteln werden zwei Möglichkeiten zur Auswertung freier Sprachproben vorgestellt, nämlich Sprachprofile und linguistische Analysen. Hervorzuheben ist, daß dies jeweils anhand von (gut nachvollziehbaren) praktischen Beispielen geschieht.

Zusammenfassend scheint mir dieses Buch überaus geeignet zu sein, als Grundlagenliteratur zu fungieren, die es dem Leser ermöglicht, einen Überblick über neuere Forschungsarbeit auf diesem Gebiet zu erhalten. Dem bisher in der Sprachdiagnostik vernachlässigten Bereich der pragmatischen Fähigkeiten wird durch die Erhebung freier Sprachproben als Grundlage für den sprachdiagnostischen Prozeß Rechnung getragen.

Auch wenn es dem Leser bei der ersten Lektüre dieses Buches noch nicht gelingen sollte, freie Sprachproben als neue Wege *seiner* Diagnostik zu akzeptieren, so sollte nach Auffassung der Autorin »der Leser zu einem problembewußten, theoretisch fundierten Umgang mit diesen Verfahren angeregt werden«.

Dieses scheint mir ein realisierbarer Anspruch zu sein.

Uwe Förster

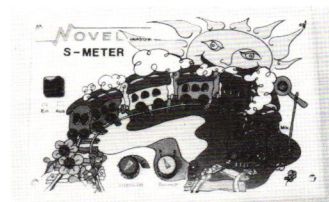


Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

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

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



S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelauten (S, Sch ...).

Audiotest AT 6.000

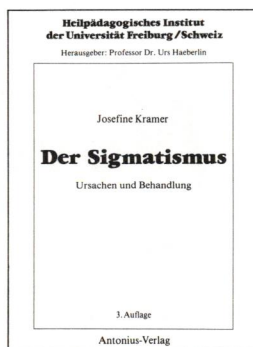
Preiswerter quick-check Audiometer zur Überprüfung des Sprachgehörs.

Audiotest AT 8.000

Mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihen-gehöruntersuchungen.

NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp
Waldesrand 43, 4630 Bochum 5
Telefon (0234) 47 57 69



Josefine Kramer: Der Sigmatismus. Ursachen und Behandlung. Antonius-Verlag, Solothurn 1988. 3. neubearbeitete und ergänzte Auflage. 200 Seiten, zahlreiche Abbildungen, kartoniert. 35 sFr.

Wissen Sie eigentlich, wodurch der Sigmatismus cacuminalis gekennzeichnet ist? Wenn nicht, so könnten Sie darüber und über weitere 15 Sigmatismusformen im vorliegenden Buch, nunmehr nach 1939 und 1967 in dritter Auflage erschienen, Aufklärung erhalten. Aber diese Nachhilfe über die Vielfalt der Erscheinungsformen ist es nicht allein, die das Buch zum unentbehrlichen Nachschlagewerk macht. Die inzwischen über 80jährige Schweizer Autorin, Dr. phil. h. c., Psychologin, dipl. Heilpädagogin und Logopädin, hat sich die Mühe gemacht, die Kenntnisse über die normale und abweichende Bildung der S-Laute, die Arten und Ursachen der Fehlbildungen, die Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung zu sammeln und mit dieser dritten Auflage auf den aktuellen Stand zu bringen. Gegenüber der zweiten Auflage wurde die Bezugsliteratur von 246 auf jetzt 363 Titel erweitert. Dieser Sachverhalt hat sich zwar kaum auf die Gliederung der Neuauflage, wohl aber auf einige inhaltliche Belange ausgewirkt: So wurden neben begrifflichen Korrekturen (u. a. der Verzicht auf den Begriff des »physiologischen« Stammelns) vor allem die neuen Einsichten in die Ursachen (so die Bedeutung falscher Schluckbewegungsmuster oder auch von auditiven Wahrnehmungsstörungen) ebenso aufgenommen wie erweiterte Behandlungsansätze, hier in erster Linie einige apparative Hilfen und die Myofunktionelle Therapie. Bei alledem ist nicht verlorengegangen, was die sprachheilpädagogische Arbeit am Problem der Sigmatismen jahrzehntelang geprägt hat (und heutzutage zu Recht als überholt gilt): neben dem Einsatz von Spateln, Sonden und Stentsplatten der Rückgriff auf das Sortiment an Ableitungsmethoden und die überwiegend passive Rolle des Kindes bei der Behandlung des Sigmatismus. Dem Schweizer Kollegen *Motsch*, der der Autorin bei

der Durchsicht des Manuskriptes behilflich war, ist daher zuzustimmen, wenn er im Geleitwort das Buch auch einen »lesenswerten Klassiker mit the-
rapiehistorischem Wert« nennt. Lehrende und Lernende in unserem Fach werden darauf immer wieder zurückgreifen müssen.

Jürgen Teumer

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Aus anderen Zeitschriften

Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahreszeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik, Wien/Österreich
Nr. 3, 1988

Josef Schultheis, Kiel: Stottern im Schulalter und seine Behandlung. S. 1—6.

Anneliese Vycruta, Wels: Stottern als Reaktion auf unerkannte cerebrale Bewegungsstörungen. S. 7—11.

Arete Deisenhammer, Wels: Wissenschaftstheoretische Erwägungen zu den Faktoren Unsicherheit und Angst im Zusammenhang mit menschlichem Sprachverhalten. S. 12—17.

Uwe Pape, Wentorf: Intensive Stotterertherapie. S. 18—24.

Frank Herziger, Ravensburg 1: Entwicklung der Therapie am Sprachheilzentrum Ravensburg. S. 25—27.

August Bergmann, Hamburg: Einführung in die Akzentmethode und praktische Übungen damit. S. 28—35.

Eva Jancak, Wien: Familienprobleme und Persönlichkeit des stotternden Kindes. S. 36—39.

Martha D. Göbel, Falls Church: Verwendung eines Microcomputers in der Stottertherapie. S. 43—49.

Arno Deuse, Bremen: Computerunterstütztes Training der Sprechflüssigkeit mit Stotternden im Rahmen einer mehrdimensionalen Differentialdiagnose und Therapie. S. 50—60.

Karin Möderl, Graz: Praktische Arbeit nach der Methode Fernau-Horn. S. 61—66.

Waltraud Hammer, Graz: Rollenspiel in der Behandlung des Stotterns. S. 67—72.

Heidelinde Metzeler, Graz: Stottertherapie nach M. Seeman. S. 73—82.

Heinrich Zawichowsky, Tulln: Musiktherapeutischer Ansatz in der Behandlung des Stotterns. S. 83—86.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 3, 1988

A. S. Sawgorodnaja und *E. A. Nikulina*, Moskau: Vorschulische Erziehung von Kindern mit all-

gemeinem Sprachentwicklungsrückstand. S. 151—155.

E. G. Retschizkaja, Moskau: Entwicklung der Lern-tätigkeit jüngerer gehörloser Schüler. S. 156—161.

T. A. Basilowa, Moskau: Entwicklungsbedingungen erster Gebärden taubblinder Kinder. S. 162—167.

Nr. 4, 1988

Gertraud Frank, Berlin-Ost/DDR: Weiterentwicklung des Konzepts der muttersprachlichen Bildung und Erziehung in der Gehörlosenschule. S. 211—217.

Gertraud Frank und Maja Kapr, Berlin-Ost/DDR: Programm für die Bildungs- und Erziehungsarbeit gehörloser Vorschulkinder. S. 218—222.

L. N. Meschtscherskaja, Moskau: Ambulante Betreuung stotternder Jugendlicher und Erwachsener. S. 223—228.

Arno Schulze

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens (LGW) der Universität Osnabrück

Am 30. November dieses Jahres läuft die Bewerbungsfrist zur Immatrikulation für das Sommersemester 1989 im berufsbegleitenden Studiengang »Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens« (=LGW) an der Universität Osnabrück ab. Aufgenommen werden bis zu zwölf Bewerber/innen, die eine abgeschlossene Berufsausbildung in Logopädie/Sprachtherapie sowie Berufspraxis und Lehrtätigkeit bzw. eine mindestens zweijährige Praxisanleitung nachweisen. Werden nicht alle Plätze von dieser Bewerbergruppe beansprucht, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine begrenzte Anzahl anderer Bewerber/innen berücksichtigt werden. Bewerbungsunterlagen sind anzufordern beim Immatrikulationsamt der Universität Osnabrück, Postfach 44 69, 4500 Osnabrück. Auskünfte erteilen die Dozentinnen des Studiengangs unter folgenden Telefonnummern: (0541) 608-42 44 und -42 43 und -42 45.

Tagungen und Kongresse

Inzigkofener Gespräche

Die 21. Inzigkofener Gespräche finden vom 10. bis 12. März 1989 in Inzigkofen (bei Sigmaringen) statt. Rahmenthema: Der Rhythmus als Element sprachlicher, sprecherischer und stimmlicher The-

rapieverfahren. Organisation, Programmgestaltung und Leitung: Dr. phil. Geert Lotzmann, Dipl. Sprechwissenschaftler und Logopäde. Dienstanschrift: Universität Heidelberg, Sprechwissenschaft und Sprecherziehung, Plöck 79—81, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 54 72 33/34. Privatanschrift: Bothestraße 120, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 38 17 89. Das »Vorprogramm« sowie weitere Tagungsinformationen können ab 1. Dezember 1988 bei einer der oben angegebenen Adressen angefordert werden. *Geert Lotzmann*

Arbeitskreis AKoP

Der Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V. (AKoP) hält im Frühjahr und Sommer 1989 wieder eine Reihe von Fortbildungskursen zur psychomotorischen Erziehung, zur körpernahen Zusammenarbeit mit behinderten Menschen, zur Bobath-Behandlung und zu weiteren einschlägigen Themen ab.

Nähere Informationen und Anmeldung bei AKoP-Fortbildung, Univ.-Prof. Dr. F. Schönfelder, Fliederstraße 14, 3057 Neustadt 1.

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

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

ENDLICH die richtigen Kopiervorlagen!

Ansprechend in Konzeption und grafischer Gestaltung. Beste Produktqualität. Vorteilhafte Loseblatt-Mappen im DIN-A4-Format. Seit Jahren in der Schulpraxis erprobt. **Bergedorfer Kopiervorlagen für alle Fächer!** Für Freie Arbeit, Fördermaßnahmen und differenzierte Übungsphasen in Grund-, Sonder- und Hauptschulen. Günstige Preise, weil vom Verlag direkt zum Kunden. Laufend interessante Neuheiten! Prospekt anfordern bei:



**Verlag
Sigrid Persen**

Dorfstr. 14, D-2152 Horneburg/Niederelbe
Telefon: 0 41 63 / 67 70 von 0—24 Uhr

Vorschau

- M. Grohnfeldt:* Das Studium der Sprachheilpädagogik zwischen Theorie und Praxis.
- B. Neumann:* Das frühe diagnostische Inventar.
- J. Breckow:* Was bedeutet Sprachbehinderung? — Beziehungen zwischen Kindern untereinander und zu ihren Erzieherinnen bei gestörten Spracherwerbsprozessen.
- R. Bahr und H. Nondorf:* Praxis sprachtherapeutischen Spielens.
- R. Eckert:* Neuere Aspekte in der Integrierten Entwicklungs- und Kommunikationsförderung sprachbehinderter Kinder.
- J. Steiner und U. Worms:* Struktur und Kommunikation als komplementäre Elemente der Aphasie-therapie.
- H. Rodenwaldt:* Beratung oder Belehrung? — Das Gespräch mit Bezugspersonen von Menschen mit sprachlichen Unzulänglichkeiten.
- R. Rameckers:* Die flexible Eingangsstufe. — Ein Vorschlag zur Verbesserung der Integrationschancen sprachbehinderter Schüler.
- E. Troßbach-Neuner:* Aspekte des Lesenlernens an der Schule für Sprachbehinderte — Konsequenzen für den Unterricht.
- G. Diller:* Geistige Operationen in Beziehung zur Lautsprach- und Gebärdenkommunikation.
- R. Dümler:* Lesen durch Schreiben. Ein Erfahrungsbericht über J. Reichens Leselehrgang in einer Diagnoseklasse.
- J. Steiner:* Der kommunikative Ansatz in der Aphasiotherapie.

Stiftung Tannenhof Evangelische Nervenlinik Remscheid

— 800 Betten in zwei psychiatrischen Kliniken, einer neurologischen und einer gerontopsychiatrischen Klinik sowie einer psychiatrischen Langzeitabteilung —

Wir suchen ab sofort oder später

eine Logopädin

Das Arbeitsverhältnis und die Bezahlung richten sich nach dem Bundesangestelltentarifvertrag kirchlicher Fassung (BAT-KF). Es werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt (ferner Betriebskindertagesstätte, moderne Cafeteria).

Einzelzimmer im Wohnheim stehen zur Verfügung; bei der Wohnungssuche sind wir behilflich.

Bewerbungen sind schriftlich an die Geschäftsführung der Stiftung Tannenhof, Postfach 120460, 5630 Remscheid 11, zu richten. Telefonische Auskünfte werden unter Tel.-Nr. (02191) 591-221 (Durchwahl) erteilt.

*So einfach
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für
»Die Sprachheilarbeit«

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 19,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je _____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen
1987/88, 1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau

GMBH

Für unsere Rehabilitationsklinik für Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen (Fertigstellung November 1988) und unser Stimmheilzentrum suchen wir weitere

Logopäden/-innen

Chefarzt ist Prof. Dr. med. H. Gundermann.

Bad Rappenau liegt verkehrsgünstig an der BAB 6 zwischen Heidelberg und Heilbronn.

Bewerbungen richten Sie bitte unter Angabe Ihres Gehaltswunsches an die Personalabteilung der

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH
Salinenstraße 30, 6927 Bad Rappenau



Für unseren Sprachheilkindergarten in Lüneburg suchen wir ab 1. Februar 1989

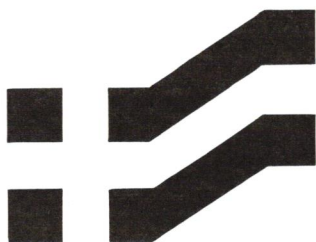
eine Sprachtherapeutin oder Logopädin

für eine Beschäftigung von 20 Stunden wöchentlich.

Bewerbungen sind zu richten an:

Sprachheilkindergarten des Diözesan-Caritasverbandes Hildesheim

Georg-Böhm-Straße 18, 2120 Lüneburg.



KLINIK AM EICHERT

1000 Betten
14 Kliniken und Institute
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Ulm
Kreiskrankenhaus der Zentralversorgung
seit September 1979 in Betrieb

GÖPPINGEN

hat 52 000 Einwohner,
liegt landschaftlich reizvoll am Fuße
der waldreichen Schwäbischen Alb
zwischen Stuttgart und Ulm. Die lebhafte
Stadt bietet viele Freizeitmöglichkeiten.

Wir suchen zum 1. Januar 1989 einen/eine

Logopäden/Logopädin

dem/der wir viel Entfaltungsspielraum bei der selbständigen, eigenverantwortlichen
Betreuung unserer Patienten mit Sprach-, Sprech- und Phonationsstörungen bieten.

Entsprechende Berufserfahrung setzen wir ebenso voraus wie die Bereitschaft zu kollegialer
Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachabteilungen.

Bitte bewerben Sie sich innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige bei der

KLINIK AM EICHERT
Personalabteilung
Postfach 660
7320 Göppingen

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

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

WSS 007807 *00011*
JUERGEN JESSKE
HILDEGARDSTR. 21
1000 BERLIN 31

Bernd-Blindow-Schulen

Ab sofort oder später suchen wir haupt- und nebenberuflich für eine interessante Lehr-
tätigkeit an unserer in Gründung befindlichen Berufsfachschule für Logopädie

staatlich
geprüfte
Berufe
mit
Zukunft



Logopäden(innen)
Linguisten(innen)
Sonderschullehrer(innen)
(Atem-, Stimm- und Sprachlehrer).

Wir bieten Ihnen einen selbständigen Aufgabenbereich und erwarten aufgeschlossene
Persönlichkeiten mit einschlägiger Berufserfahrung.

Als Schulorte kommen zunächst Hannover und Bückeburg in Frage.

Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen.

Herminenstraße 17 f, 3062 Bückeburg, Telefon (05722) 2 50 17

Die Heilpädagogische Hilfe Osnabrück sucht zum nächstmöglichen Termin für
den Kindergarten des Heilpädagogischen Bildungszentrums eine/einen

Logopädin/Logopäden Sprachheiltherapeutin/Sprachheiltherapeuten

Im heilpädagogischen Kindergarten werden zur Zeit ca. 40 entwicklungs-
verzögerte, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder im Alter zwischen
3 und 6 Jahren umfassend gefördert. Die sprachtherapeutische Behandlung
erfolgt in enger Zusammenarbeit mit weiteren therapeutischen Fachkräften
(Pädagogen, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten und Krankengymnasten).

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden. Die Vergütung erfolgt analog
dem BAT mit den üblichen Sozialleistungen.

Wir erwarten Interesse an der Arbeit mit behinderten Kindern, fundierte
Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie kindlicher Störungsbilder
(einschließlich Mund- und Eßtherapie) sowie eine positive Einstellung für eine
Tätigkeit in christlicher Verantwortung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die
Heilpädagogische Hilfe Osnabrück,
Industriestraße 7, Postfach 4224, 4500 Osnabrück.