

Die Sprachheilarbeit

6/95

Auf ein Wort

Kurt Bielfeld

Hauptbeiträge

Alois Scherer, Großostheim

Elterntraining als Weg der Prävention und Therapie des
(beginnenden) Stotterns bei Kindern 444

Peter Jehle, Frankfurt/Main

Zur Behandlung des Stotterns mit dem Therapie-
programm von Boberg und Kully – Teil II: langfristige
Ergebnisse, Beurteilungen und Schlußfolgerungen 453

Magazin

Einblicke

Annemie Scherzinger, Saarbrücken

Kinder und Jugendliche, deren Erstsprache nicht
Deutsch ist: Aspekte der Sprachförderung 466

Horst J. Kern, Oldenburg

Zur Notwendigkeit von Generalisationsmaßnahmen:
Semi-intensive Stottertherapie 475

Im Gespräch • dgs-Nachrichten • Rezensionen • Aus-, Fort-
und Weiterbildung • Personalien • Info • Vorschau

40. Jahrgang/Dezember 1995

dgs

ISSN 0584-9470

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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
Anschrift des Geschäftsführenden Vorstandes:
dgs, Leonberger Ring 1, 12349 Berlin;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:
Peter Arnoldy, Hundsbergstr. 48, 74072 Heilbronn

Bayern:
Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
97525 Schwebheim

Berlin:
Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 12159 Berlin

Brandenburg:
Monika Paucker, Berliner Straße 29,
03172 Guben

Bremen:
Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe

Hamburg:
Volker Plass, Gryphiusstraße 3, 22299 Hamburg

Hessen:
Friederich G. Schlicker, Tielter Str. 16,
64521 Groß Gerau

Mecklenburg-Vorpommern:
Dirk Panzer, Eschenstraße 5, 18057 Rostock

Niedersachsen:
Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25,
31535 Neustadt

Rheinland:
Marlaine Gamp, Beringstraße 18, 53115 Bonn

Rheinland-Pfalz:
Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein

Saarland:
Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 66265 Holz

Sachsen:
Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29,
04155 Leipzig

Sachsen-Anhalt:
Regina Schleiff, Pölkenstraße 7,
06484 Quedlinburg

Schleswig-Holstein:
Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 21465 Wentorf

Thüringen:
Almuth Müller, Erich-Weinert-Straße 17,
07749 Jena

Westfalen-Lippe:
Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39
D-44139 Dortmund
Telefon (0180) 534 01 30, Telefax: (0180) 534 01 20

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 2/1993. Anzeigenleiterin: Christel Adam.

Druck: Lör Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, 50931 Köln,
Telefon (02 21) 4 70 55 10

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Oldendorf, Telefon (0 51 52) 29 50

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. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten 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.

Erscheinungsweise:

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember. (Anzeigenschluß: jeweils am 3. des Vormonats.)

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei Adressenänderungen die Deutsche Bundespost, Postdienst, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright:

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck - auch von Abbildungen -, Vervielfältigungen auf fotomechanischem Wege oder im Magnettonverfahren - auch auszugsweise - bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt des Steiner Verlags bei. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.



Kurt Bielfeld

Auf ein Wort

Gemeinsam wären wir stärker!

Gedanken über die Zusammenarbeit sprachtherapeutischer Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland

„Unsere Berufsgruppe ist durch die im April 1994 in Kraft getretenen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen als qualifizierte Behandlergruppe anerkannt. Warum ist es dann nicht möglich, in der Praxis einer mir befreundeten Logopädin angestellt zu werden?“ So fragte mich unlängst eine junge Kollegin.

Immer wieder werde ich auf Veranstaltungen unserer Gesellschaft von freiberuflich tätigen Mitgliedern angesprochen und auf die Schwierigkeiten und Benachteiligung der Sprachheilpädagoginnen bzw. Sprachheilpädagogen als Angestellte oder in freier Praxis gegenüber Mitgliedern anderer sprachtherapeutischer Berufsgruppen hingewiesen. Es handelt sich hier zum einen um finanzielle Ungleichbehandlung durch das Bundesfinanz- und das Innenministerium (Veranlagung zu Umsatzsteuerzahlungen, Nichtzulassung zur Erbringung beihilfefähiger Leistungen), zum anderen um mangelhafte Kooperation bis hin zu unfairen Auseinandersetzungen zwischen den Funktionsträgern der einzelnen Berufsgruppen.

Wie der von mir gewählte Anfang meines Beitrages zeigt, möchte ich mich heute mit den Interaktionen zwischen der dgs/AGFAS und anderen sprachtherapeutischen Berufsgruppen – insbesondere dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL) – befassen und versuchen, unseren Lesern diese vielschichtige Problematik ein wenig näherzubringen. Damit komme ich wieder auf das Zitat am Anfang meines Artikels zurück. Warum war die Bewerbung von vornherein zwecklos? Wußten Sie schon, daß es eine Aufforderung des Vorstandes des DBL an seine Mitglieder gibt, keine Angehörigen nichtlogopädischer Berufsgruppen (z.B. Sprachheilpädagogen) anzustellen bzw. keine Praktikumsplätze an diese zu vergeben? Nun wird deutlich, warum die von beiden Seiten gewünschte Zusammenarbeit nicht möglich war. Umgekehrt gibt es sehr viele Logopäden, die in freien Praxen von Sprachheilpädagogen arbeiten oder ihr Praktikum dort ableisten. Ich möchte betonen, daß wir diese Möglichkeit auch nicht aus berufspolitischer Motivation unterbinden werden.

Neulich fragte mich eine verunsicherte Abiturientin, welchen Ausbildungsweg sie für den Tätigkeitsbereich Sprachtherapie wählen sollte; ob denn wirklich alle zugelassenen Behandlergruppen gleich qualifiziert und anerkannt seien. Ich konnte nur wie „Radio Eriwan“ antworten: Im Prinzip ja, ... aber es gibt eine Berufsgruppe, die der Auffassung ist, sie sei mit einer dreijährigen Fachschulausbildung als einzige qualifiziert zur Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen!

Zum besseren Verständnis für den Leser möchte ich aus dem „Forum Logopädie“ (Heft 4/November 94, 40) des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie zitieren. Dort ist unter der Überschrift „Resolution 3“ zu lesen:

„Der Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL) fordert vom Bundesministerium für Gesundheit, den Krankenkassen und der Ärzteschaft eine eindeutige Position zugunsten der Logopäden als *einzige* medizinisch-therapeutische Behandlergruppe ...“.

Zur Zeit gibt es in Deutschland fünf von den Krankenkassen anerkannte Behandlergruppen, diese sind: die Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (Schlaffhorst-Andersen), die Klinischen Sprechwissenschaftler, die Logopäden, die Sprachheilpädagogen und die Sprachtherapeuten (Niedersachsen). Somit handelt es sich bei dem Zitat noch um ein Wunschdenken von DBL-Funktionären, jedoch ist dieser schriftlich formulierte und veröffentlichte Alleinvertretungsanspruch charakteristisch für die zur Zeit betriebene DBL-Berufspolitik. Ich werde das noch an weiteren Beispielen verdeutlichen, will aber zuvor klarstellen, daß es mir hier nicht darum geht, die Qualifikation bzw. Nichtqualifikation von Sprachheilpädagogen oder Logopäden nachzuweisen. Vielmehr möchte ich deutlich machen, daß die DBL-Funktionsträger jede Kooperation und fachlichen Austausch zwischen den beiden größten Behandlergruppen be- oder verhindern, obwohl gerade in der Zeit des Abbaus von Sozialleistungen ein geschlossenes Auftreten der sprachtherapeutischen Behandlergruppen gegenüber Krankenkassen und Ministerien zur Verbesserung der Versorgung Sprachbehinderter und gegenüber den Ausbildungsstätten zur Erzielung von Fortschritten im Hinblick auf eine gemeinsame Ausbildung notwendig wäre.

Wenn ich auf die Jahre 1989 bis 1993 zurückblicke, stelle ich fest, daß es regelmäßige Kontakte und Gespräche zwischen den Vorständen des DBL und der dgs/AGFAS gab. Es wurde aufgrund der europäischen Forderung nach Mindeststandards in der Ausbildung sogar diskutiert, einen einheitlichen Diplom-Studiengang an Hochschulen für Logopäden und Sprachheilpädagogen zu schaffen und Arbeitsgruppen zu bestimmten Störungsbildern einzurichten. Krankenkassenverhandlungen wurden gemeinsam durchgeführt. Alle zugelassenen Berufsgruppen in Deutschland fanden sich 1991 erstmals in Bad Nenndorf zusammen und

gründeten die „*Ständige Konferenz sprachtherapeutischer Berufsgruppen*“ (SKsB), um miteinander Gespräche führen und gemeinsame Anliegen besser durchsetzen zu können.

Wie sieht es heute – gut 2 Jahre nach einem Vorstandswechsel im DBL – aus? Es gibt keinerlei Gespräche über Ausbildungskonzepte oder andere wichtige Anliegen zwischen dem DBL und der dgs/AGFAS. Bei Verhandlungen mit den Krankenkassen sprangen die DBL-Vertreter auf und verließen fluchtartig die Verhandlungsräume, wenn dgs/AGFAS-Vertreter erschienen. Dies führte dazu, daß die Vertreter der Krankenkassen und der dgs/AGFAS allein verhandeln mußten. Aus diesen Verhandlungen ergab sich unter anderem der Abschluß eines neuen Rahmenvertrages zwischen dem VdAK und unserer Berufsgruppe. Er bringt seit September 1995 für Sprachheilpädagogen erhebliche Verbesserungen. Der Vorstand des DBL beschränkt sich auf unproduktive Kritik an allen Verhandlungsergebnissen nach dem derzeitigen DBL-Motto: *Wir hätten bessere Ergebnisse erzielt, wenn wir verhandelt hätten!* Von seiner freiwilligen Abstinenz spricht er insbesondere in den neuen Bundesländern nur auf differenziertes Nachfragen. Aus der SKsB ist der DBL ebenfalls auf eigenen Wunsch ausgeschieden. Es ist schon seltsam, daß ein Berufsverband, der häufig die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Munde führt, nicht willens und/oder in der Lage ist, sich mit den in seinem Berufsfeld tätigen Berufsgruppen an einen Tisch zu setzen.

Ich möchte nochmals betonen, daß es nicht meine Absicht war, die Angehörigen einer Berufsgruppe zu diffamieren, sondern an einigen Beispielen die Berufspolitik des DBL darzustellen, die von einem Alleinvertretungsanspruch hergeleitet wird, der so nicht zu akzeptieren ist. Wie wohlthuend ist es da, in der Verbandszeitschrift des DBL ein Interview mit der ehemaligen DBL-Vorsitzenden U. Breuer zu lesen, in welchem sie unter der Überschrift „Gemeinsam an einen Tisch setzen“ für Gespräche auch mit konkurrierenden Berufsgruppen plädiert und ihre Berufsgruppe vor den Folgen der Selbstüberschätzung warnt:

„Diese unglückselige Verbindung von Selbstüberschätzung mit dem Anspruch, man könne nach dieser dreijährigen Ausbildung jedes Störungsbild behandeln – und zwar besser als jeder andere, macht uns manchmal etwas unglaublich.“

(Zitat aus „Forum Logopädie“, Heft 3/August 1995, 40)

Auch zwei Leserbriefe von Logopädinnen im gleichen Heft lassen erkennen, daß die DBL-Basis keineswegs den Alleinvertretungsanspruch des DBL-Vorstandes nachvollzieht. Es ist für mich ein erfreuliches Zeichen, wenn unter der spöttischen Überschrift „Traue keinem Nicht-Logopäden“ auf einen Beitrag des Vizepräsidenten des DBL Bezug genommen wird und entgegen der Vorstandsmeinung gesagt wird: „Wir pflegen mit den Nicht-Logopäden einen intensiven und ausgesprochen konstruktiven Austausch, der selbst einen logopädischen Horizont immer wieder aufs neue anregt und erweitert. Denn: was macht einen guten Therapeuten aus? Doch wohl nicht allein die Berufsbezeichnung 'Logopäde', sondern Persönlichkeit, Engagement und Berufserfahrung ...“ (ebd. 55).

Hier sehe ich einen Hoffnungsschimmer! Die Mitglieder des DBL, der dgs/AGFAS und anderer sprachtherapeutischer Berufsgruppen werden sich keinen Maulkorb verpassen

lassen, sondern wie bisher die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit anderen Behandlergruppen suchen und die Kontaktaufnahme irgendwann auch von ihren Mandatsträgern fordern.

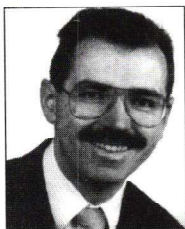
Mein Fazit lautet daher: Es ist Zeit, in Deutschland ein einheitliches Berufsbild für die Sprachtherapie zu schaffen. Dieses wird einer Berufsgruppe allein sicher nicht gelingen. Gute Ergebnisse können nur in gemeinsamen Gesprächen und Verhandlungen aller zugelassenen sprachtherapeutischen Berufsgruppen erzielt werden. Innovationen gelingen immer nur dann, wenn der Wille und die Bereitschaft da sind, über die Grenzen des eigenen Berufsfeldes zu schauen, sein berufliches Können nicht selbstgefällig, sondern kritisch zu betrachten, der beruflichen Tätigkeit und der spezifischen Ausbildung anderer Berufsgruppen Achtung entgegenzubringen und zu erkennen, daß auch diese qualifizierte Behandler sind.

Übrigens, ich halte Logopäden für solche!



(Kurt Bielfeld ist 1. Bundesvorsitzender der dgs)

HAUPTBEITRÄGE



Alois Scherer, Großostheim

Elternt raining als Weg der Prävention und Therapie des (beginnenden) Stotterns bei Kindern

Zusammenfassung

In dem hier vorgestellten Konzept geht es um die Prävention und Therapie vor allem des beginnenden Stotterns bei Kindern. Ich möchte erreichen, daß über die Modifikation von Beziehungen einer Fixierung, Aufrechterhaltung und Ausweitung der Redeflußstörung vorgebeugt bzw. eine bestehende beseitigt wird. Mit Hilfe kommunikationsfördernder Gesprächstechniken soll die Beziehung zum Kind verbessert und dadurch sein Selbstwertgefühl gestärkt werden, um das Symptom Stottern überflüssig werden zu lassen.

0. Problemlage und Fragestellungen

Der Ursprung der Arbeit liegt in den Jahren zwischen 1979 und 1982. Im Rahmen des Studiums der Sprachheilpädagogik beschäftigte ich mich mit den verschiedensten Theorien und therapeutischen Interventionsmethoden des Stotterns, angefangen bei *Aristoteles* und *Cicero* im Altertum über die rein medizinisch ausgerichteten Therapien von *Mercurialis* (1584) und *Dieffenbach* (1841) bis hin zu den seinerzeit neuesten Ansatzpunkten von *Westrich* (1971), *van Riper* (1971, 1973), *Fiedler/Standop* (1978), *Wendlandt* (1979), *Becker* (1980).

Hinzu kamen „Klassiker“ der Jahrhundertwende und der neueren Zeit wie *Kußmaul*, *Gutzmann*, *Liebmann*, *Froeschels*, *Fernau-Horn* und *Seeman* sowie die vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsformen aus dem amerikanischen Raum wie Taktsprechen, metronomorientiertes Sprechen, Shadowing, Masking, „Delayed Auditory Feedback“ mit dem Speech-Delayer. Die studienbedingte Notwendigkeit, mich intensiv mit dem Problem

Stottern zu beschäftigen, wurde noch dadurch verstärkt, daß meine 1974 geborene älteste Tochter stotterte. Bei den eigenen Versuchen, dem Stottern meiner Tochter wirkungsvoll entgegenzuwirken, begegnete ich erstmals dem neu erschienen Konzept von *Schaar* (1980).

Der Ansatz, das Stottern durch pädagogisch-psychologische Maßnahmen indirekt anzugehen, führte bei meiner Tochter recht rasch zu sichtbaren Erfolgen. Das Überraschende bei dieser Therapie war, daß sich nicht nur die Redeflüssigkeit verbesserte, sondern daß sich die gesamte Persönlichkeit des Kindes zum Positiven hin veränderte. Das Kind wurde zusehends selbstsicherer, redefreudiger, ausgeglichener.

Grundlage des Konzeptes ist die Überzeugung, daß das Sprechen des Kindes entscheidend vom Verhalten der Umwelt abhängt und auch beeinflusst werden kann, speziell vom Verhalten der unmittelbaren Bezugspersonen. Die Weiterentwicklung des inzwischen stark modifizierten ursprünglichen Konzeptes ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

1. Stottern als Ergebnis eines multikausalen, vernetzten Bedingungsgefüges

1.1 Ätiologische Theorien des Stotterns

In der Zusammenschau der vorliegenden Forschungsergebnisse wird deutlich, daß einer monokausalen Verursachungstheorie des Stotterns eine klare Absage erteilt wer-

den muß. Vielmehr bestätigt sich, daß der Entstehung des Stotterns ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zugrunde liegt.

Es kristallisieren sich vier unterschiedliche Faktorenbereiche heraus, die sich wohl gegenseitig beeinflussen: *organisch-konstitutionelle* (Hemisphärenambivalenz, Heredität, späte Myelinisierung, genetische Prädisposition), *psycholinguistische* (verzögerte Sprachentwicklung, Artikulation, morphologisch-syntaktische Strukturen, Semantik, Prosodie), *psychosoziale* (Sensibilität, geringes Selbstbewußtsein, Perfektionismus) und *soziokulturelle* (Erziehungsverhalten, soziokultureller Rahmen) Faktoren. In der Verursachung und Aufrechterhaltung des Stotterns wird eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren wirksam, deren Konstellation, Kombination und Ausprägung bei jedem Individuum verschieden ist.

Jeder Redeflußgestörte ist demnach als Einzelfall mit seiner eigenen, einzigartigen Lebensgeschichte zu sehen. Stotternde Kinder sind zwar den gleichen soziokulturellen Bedingungen ausgesetzt wie flüssig sprechende; doch scheint im multifaktoriellen Bedingungsgefüge bei der Entstehung des Stotterns dem gesamten psychosozialen Bereich eine wesentliche Rolle zuzukommen. Das ungünstige Zusammentreffen mehrerer Faktoren aus diesem Bereich dürfte vor allem bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung des Stotterns von (mit)entscheidender Bedeutung sein.

Bei der Entstehung und Verursachung des Stotterns spielen sowohl physiologische als auch psychische Faktoren eine Rolle. Der geringere Anteil stotternder Mädchen, das familiär gehäufte Auftreten des Stotterns, die neueren Erkenntnisse über die Hemisphärendominanz und die gestörte Autoregulation lassen ebenso auf eine Disposition im medizinischen Sinn schließen wie die Zusammenhänge des Stotterns mit psycholinguistischen Faktoren.

Relativiert werden diese Annahmen jedoch durch einige Beobachtungen zur Situationsvariabilität des Stotterns wie z.B. beim Singen, Flüstern, Spielen, Streiten, Streß usw., also unter verschiedenen Kommunikations-

bedingungen. Demnach können organisch-physiologische Faktoren keinesfalls alleinige Ursache des Stotterns sein. Vielmehr kommt mit Sicherheit psychischen und umweltspezifischen Faktoren eine zumindest mitverursachende Bedeutung zu, so daß „Stottern im Munde des Kindes entsteht und in den Ohren und Köpfen des Kindes und der Umwelt“ (Hansen/Iven 1992, 244). Die disponierenden Faktoren sind als Bausteine zu sehen, die jedoch nicht isoliert voneinander betrachtet werden dürfen. Verantwortlich für die Entstehung des Stotterns ist mit größter Wahrscheinlichkeit das Zusammentreffen mehrerer einzelner Bedingungen in gegenseitiger Wechselwirkung.

1.2 Entwicklung des Stotterns als progressives Geschehen

Das Stottern entwickelt sich in den allermeisten Fällen ganz allmählich, und nur ganz selten erscheint kindliches Stottern plötzlich mit stark auffälliger Symptomatik (Kontinuitätshypothese). In der Phase des Übergangs von der bewußten auditiven zur autoregulativ-propriozeptiv-kinästhetischen Steuerung des Sprechens (Fiedler/Standop 1986, Fiedler 1992), während der Perfektionierung des Ausdrucks, der Artikulation und der Grammatik sowie in der Phase der Dialogerlernung kommt es zwangsläufig immer wieder zu Sprechunflüssigkeiten, meist in Form von Laut-, Wort- und Silbenwiederholungen. Diese Unterbrechungen der Rede sind vollkommen normal und keinesfalls pathologisch.

Kroppenberg (1983, 8) betont ausdrücklich: „Normale Unzulänglichkeiten in der Spracherlernung eines Menschen sind keine sprachlichen Beeinträchtigungen“. Auch beim Erlernen seiner motorischen Fertigkeiten wie Greifen, Laufen, Fangen, Malen kommt es anfangs zu vielen erfolglosen Versuchen. Das Kind greift daneben, fällt öfters hin, streckt dem Ball die Hände unbeholfen entgegen, kritzelt und malt über den Rand hinaus. Nur innerhalb der Sprachentwicklung werden Verbesserungsversuche, wie sie in diesem Bereich die Sprechunflüssigkeiten darstellen, häufig nicht toleriert, sondern problematisiert und bei den Eltern und

„in der einschlägigen Literatur bereits unreflektiert und unzutreffend mit den Etiketten der sprachlichen Beeinträchtigungen versehen“ (Kroppenberg 1983, 9).

Johnson (1959) nimmt an, daß Stottern erst dann entsteht, wenn die normalen Sprechunflüssigkeiten des Kindes als Stottern diagnostiziert und beurteilt werden. Es entsteht nicht vor der Diagnose, sondern erst mit und nach ihr. Die soziale Komponente des unflüssigen Sprechens wird von Johnson besonders betont und kann als Brücke beim Übergang von normalen Sprechunflüssigkeiten zum Stottern gesehen werden.

Zu einer Synthese zwischen neurophysiologischen und neuromotorischen Mechanismen einerseits und psychologischen und sozialen Prozessen auf der anderen Seite kann die Sichtweise von Fiedler/Standop (1986) führen, das Stottern als „Störung der Autoregulation des Sprechens“ (Fiedler 1992, 12) zu verstehen.

Nach Fiedler/Standops Theorie entwickelt sich das pathologische Stottern aus dem Festhalten an der akustischen Selbstkontrolle bei zunehmender kinästhetischer Kontrolle und den daraus resultierenden Feedbackinterferenzen. Das stotternde Kind behält seine Kontrolle über das Ohr bei, obwohl es sich aufgrund seines Entwicklungsstandes kinästhetisch rückversichern müßte. Verantwortlich für diese subjektive Mehrbeachtung der akustischen Signale des eigenen Sprechens sind in erster Linie Umweltfaktoren: Die Reaktionen der Bezugspersonen, verbale und/oder körpersprachliche, verlagern die Aufmerksamkeit des Kindes auf sein Sprach-, Sprech- und Redeverhalten.

Pathologisches Stottern entwickelt und eignet sich in der Kommunikation zwischen Menschen. Da Stottern nur situativ auftritt und jeder Mensch situationsbedingt Stottersymptome zeigt, scheiden organische Defekte als Verursachungsmöglichkeiten des (chronifizierten) Stotterns aus (vgl. Kroppenberg 1983, Westrich 1992). Mögen dispositionelle Faktoren bei seiner Entstehung wohl eine gewisse Rolle spielen, so sind die entscheidenden Auslöser für eine Chronifizierung jedoch auf der Ebene des Dialogischen

zu suchen. Dieses Lernen des Stotterns beinhaltet zudem die respondente und operante Betrachtungsweise, die unter den lerntheoretischen Konzepten zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns herangezogen wird, um die Interaktion zwischen dem Stottern als Verhaltensproblem und den Verhaltensweisen der relevanten Bezugspersonen zu verdeutlichen (u.a. Wendlandt 1977, 1979, 1980).

Wenn also bestimmte Umweltfaktoren als kommunikative Stressoren wirken und im Dialog reale Mißerfolgserlebnisse mit sich bringen, die – zunächst noch altersgemäße – Sprechunflüssigkeiten verstärken, dann muß als Konsequenz für eine effiziente Therapie bei den 'Bausteinen' angesetzt werden, die reversibel und veränderbar sind. Das Stottern verstärkt sich zum einen in dem Ausmaß, in dem sich das Kind bemüht, antizipierte Sprechschwierigkeiten zu vermeiden, also bewußt flüssiger zu sprechen, und zum anderen in dem Ausmaß, in dem das Kind gegenüber kommunikativen Stressoren sensibel reagiert. Aus diesem Grund ist eine direkte Arbeit mit dem Kind im Sinne eines Sprechtrainings von vornherein als kontraindikativ zu betrachten, zumal das Kind erwiesenermaßen flüssig sprechen kann.

Auf dieser Basis drängt es dazu, an den zwischenmenschlichen Beziehungen anzusetzen. Sowohl die Beziehung des unflüssig sprechenden Kindes zu sich selbst im Sinne seiner Ichfindung als auch die seiner Bezugspersonen zu sich und zum Kind sollen zum Positiven hin verändert werden. Ziel ist, durch eine solche Beziehungsverbesserung die Redeflußstörung von der Wurzel her zu beseitigen. Durch den Aufbau der Dialogfähigkeit des Kindes im Sinne Westrichs gilt es, die Pathologisierung des Stotterns bereits im Vorfeld abzufangen bzw. wieder reversibel zu machen. Damit rücken die Persönlichkeit des Kindes und Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen der relevanten Bezugspersonen ins Zentrum des therapeutischen Geschehens.

Das Kind muß Dialogerfahrungen machen, die ihm den Aufbau eines Vertrauens in sich selbst ermöglichen, und dies gelingt bei be-

ginnendem Stottern „oft allein dadurch, daß die Erzieher auf die Aussagen des Kindes eingehen, es in einen echten Dialog integrieren und nicht Unzulänglichkeiten der Redemonieren“ (Westrich 1992, 375). Besonders die Eltern sind dafür prädestiniert und bei geeigneter Ausbildung in den meisten Fällen auch in der Lage, die Rolle der Therapeuten ihres eigenen Kindes zu übernehmen. Sie „werden als Kotherapeuten angelernet“ (Kroppenberg 1985, 8).

Im alltäglichen Erziehungs- und Beziehungsleben ist es am ehesten und effektivsten möglich, eine unmittelbare angstfreie und therapeutische Atmosphäre zu installieren. Dadurch läßt sich vor allen Dingen vermeiden, daß das Kind in irgendeiner Form mit einer klinischen, außerfamiliären Therapiesituation konfrontiert wird. Eltern als die unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes, die dazu gewillt und in der Lage sind, können ihrem Kind soviel an Sicherheit vermitteln und seine Persönlichkeit soweit stärken, daß es – nicht nur im Dialog – aktiv und selbstbewußt auf die Welt zugehen kann. Es braucht dann weder eine Redestörung, sei es Poltern, Stottern oder Mutismus, noch eine andere emotionale Störungen oder Verhaltensstörung als Symptom.

In der praktischen Umsetzung des Konzepts hat sich die Arbeit mit den Eltern der rede- flußgestörten Kinder in einer überschaubaren Gruppe als sehr praktikabel und effizient erwiesen. Es zeigt sich, daß bei angemessenem Engagement auf seiten des Kursleiters und der Teilnehmer am Elterntraining alle Beteiligten voneinander profitieren. In einer Gruppe mit all ihren dynamischen Prozessen ist die Schulung der betroffenen Eltern wesentlich besser möglich und erfolgversprechender als in Einzelarbeit. Die geschützte, offene Atmosphäre einer Gruppe bietet vielfältige Möglichkeiten, Erfahrungen gegenseitig auszutauschen und zu sammeln, Einstellungen und Haltungen sowie eigenes Verhalten zu reflektieren und auch im Sinne des Beobachtungs- oder Modellerlerns zu modifizieren (vgl. Schmidbauer 1979).

Elternarbeit muß, wenn sie effektiv sein will, partnerschaftlich sein, und einen wesentlichen Einfluß auf das Gelingen „partner-

schaftlicher Elternarbeit“ (vgl. Kroppenberg 1985) hat der Gruppenleiter. Sein Engagement und sein Verhalten sind wesentlich mitentscheidend für den Erfolg. Partnerschaftlichkeit ist gekennzeichnet durch

- gegenseitige Akzeptanz, gegenseitiges Verständnis, gegenseitige Einfühlung, gleiche Ebene,
- keine Bevormundung, keine Belehrungen, keine Besserwisserei,
- gemeinsames Suchen nach Lösungsmöglichkeiten,
- Freundlichkeit, Höflichkeit, Respekt, Hilfe, Ermutigung, Unterstützung,
- Toleranz gegenüber anderen Ansichten, Einstellungen und Meinungen.

2. Therapie des (beginnenden) Stotterns durch partnerschaftliche Elternarbeit

Mit Hilfe kommunikationsfördernder Gesprächstechniken soll die Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessert und sein Selbstbewußtsein gestärkt werden, um das Symptom Stottern überflüssig werden zu lassen.

Nachfolgend eine Zusammenfassung wichtiger Lernziele des Kurses:

Theoretischer Teil:

- Gegenseitiges Kennenlernen und Einführung in das Trainingsprogramm. (1. Trainingseinheit [TE])
- Erfahrungsaustausch in der Gruppe mit dem Ziel, das Wissen der Eltern zu strukturieren, zu ordnen. (1.-3. TE)
- Informationen über die kritischen Phasen in der Sprachentwicklung und über die Entstehungsmechanismen des Stotterns. (2.-4. TE)
- Veränderung der Einstellung der Eltern gegenüber den Redeflußunterbrechungen ihres Kindes. Statt emotional diffus sollen sie die Redeflußunterbrechungen sachlich exakt wahrnehmen und beschreiben lernen mit dem Ziel, auftretende Sprechunflüssigkeiten nicht mehr so sehr zu beachten und weitgehend gelassen zu überhören. (2.-4. TE)

- Reflexion des eigenen Erziehungsverhaltens. (ab 2. TE)
- Selbsterfahrung, wie Umweltreaktionen das eigene Verhalten beeinflussen. (4. TE)

Übungsteil:

- Diagnose, bewußtes Registrieren, Wiederentdecken und Verstärken des flüssigen Sprechens durch Zuwendung. (ab 4./5. TE) Die Zuwendungen erfolgen stets unmittelbar auf flüssige Redeeinheiten, und sie sollen über einen unbegrenzten Zeitraum angewandt werden. Die gesamte Aufmerksamkeit muß auf die flüssigen Redeeinheiten gelenkt werden. Diese werden gezielt und bewußt positiv verstärkt. Das Kind soll, zumindest unbewußt, den Unterschied zwischen flüssiger Rede und Stottern spüren, und zwar in Form von qualitativen Unterschieden in den Reaktionen der Kommunikationspartner.
- Analyse von Erziehungsverhalten und Konsequenzen. (7./8. TE) Im Zusammenhang mit der umfassenden Einbindung des Stotterns in das gesamte familiäre Beziehungsgefüge werden typische Elternreaktionen und ihre Wirkungen auf Kinder analysiert.
- Stärkung der Rede- und Selbstsicherheit des Kindes. (ab 4. TE)
- Übung und Anwendung kommunikationsfördernder Gesprächstechniken (aktives Zuhören, Du-Botschaften, Ich-Botschaften). (ab 5. TE)
- Gezielte Provokation flüssigen Sprechens durch Vermeidung von Stotterauslösern und Anwendung von geeigneten Hilfestellungen für flüssiges Sprechen. (9./10. TE)
- Verwirklichung der Trainingsinhalte im familiären Alltag. (11./12. TE)

3. *Katamnese zur partnerschaftlichen Elternarbeit als Prävention und Therapie bei (beginnendem) Stottern*

Die nachfolgend dargestellte Katamnese erfaßt 135 Kinder im Alter von 3-15 Jahren.

Zumindest ein Elternteil von ihnen nahm an einem von inzwischen 23 durchgeführten Elterntrainingskursen teil. Sie fanden zwischen Herbst 1982 und Frühjahr 1993 statt. Die zwölf Trainingseinheiten der einzelnen Kurse erstreckten sich vom ersten Treffen bis zum Abschlußabend über einen Zeitraum von etwa fünf bis sechs Monaten. Bei den Kursteilnehmern handelte es sich um Eltern, deren Kinder in der Regel seit mindestens einem Jahr unflüssig sprachen. Die Mehrzahl der Kinder stotterte seit zwei bis drei Jahren. Die im folgenden dargestellten und diskutierten Ergebnisse stammen aus Erhebungen, die sich bis in den Sommer 1993 erstreckten.

3.1 Klientel der Eltern, die das Elterntraining absolvierten

3.1.1 Alter der Eltern

Die Altersspanne der Eltern erstreckte sich von sehr jungen bis hin zu relativ alten Eltern. Dabei zeigt sich als beobachtbarer Trend, daß gerade ältere Eltern speziell bei spätgeborenen Einzelkindern häufig Probleme haben, ihr Kind abzunabeln.

3.1.2 Sozialer Status

Auffallend häufig vertretene Berufsgruppen unter den Vätern stotternder Kinder waren Lehrer, Bankkaufleute und Ingenieure mit insgesamt 31 Nennungen. Dies entspricht bei einer Menge von 117 erfaßten Berufen der Väter mehr als einem Viertel der gesamten Berufsangaben. Bemerkenswert bei dieser Zahl ist der viel höhere Anteil dieser Berufsgruppen im Vergleich zu ihrer Repräsentation in der Gesamtbevölkerung. In nicht wenigen Fällen konnte im Zusammenhang mit den Berufen der Eltern eine zweite interessante Tendenz beobachtet werden. Eltern aus stark rational ausgerichteten Berufsgruppen und auch aus sozial orientierten Arbeitsfeldern wie TechnikerInnen, IngenieureInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen scheinen dazu zu neigen, eher rational 'mit dem Kopf' zu erziehen. Sie scheinen dem emotionalen Anteil an der Erziehung ihrer Kinder ein geringeres Gewicht zukommen zu lassen.

3.1.3 Wohnort

Eine Beobachtung bezüglich des Wohnortes ist erwähnenswert; und zwar gibt es offensichtlich Gemeinden, in denen Stottern bezogen auf die Einwohnerzahl relativ häufiger auftritt als in anderen. Dabei handelt es sich meist um Ortschaften mit dörflichem Charakter, in denen jeder jeden noch kennt und in denen tendenziell ganz bestimmte Strukturen und Erziehungsstile vorherrschen. Oft legen die Eltern großen Wert auf Äußerlichkeiten, und sie orientieren sich stark an den Normen, die in diesen Gemeinden gelten.

3.2 Klientel der rede- und sprachgestörten Kinder

3.2.1 Alter der Kinder (Abbildung 1)

3.2.2 Geschlecht der Kinder

Die geschlechtsspezifische Verteilung ergab bei 111 Jungen und 24 Mädchen ein Verhältnis von 4,6 : 1.

3.2.3 Geschwister

Von den 135 betroffenen Kindern wuchsen 30 als Einzelkinder auf, 77 Kinder hatten

noch ein Geschwisterkind, in 25 Familien gab es drei Kinder, und drei unflüssig Sprechende kamen aus Familien mit vier Kindern. Mit einer Anzahl von 59 waren relativ viele der unflüssig Sprechenden als jüngste Kinder geboren, dies entspricht 43,7 Prozent. Bei den Letztgeborenen war zudem auffällig, daß sie häufig ältere Schwestern hatten.

	Summe	Jungen	Mädchen
3 Jahre	1	1	0
4 Jahre	30	23	7
5 Jahre	56	48	8
6 Jahre	27	21	6
7 Jahre	8	5	3
8 Jahre	6	6	0
9 Jahre	2	2	0
10 Jahre	2	2	0
11 Jahre	0	0	0
12 Jahre	1	1	0
13 Jahre	1	1	0
14 Jahre	0	0	0
15 Jahre	1	1	0
Summe	135	111	24

Abbildung 1: Alter der Kinder

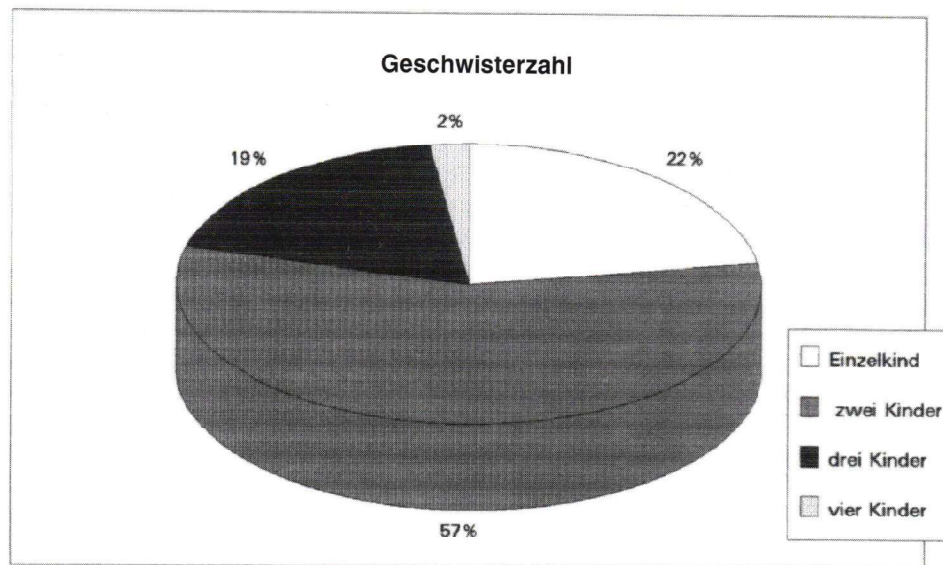


Abbildung 2: Geschwisterzahl

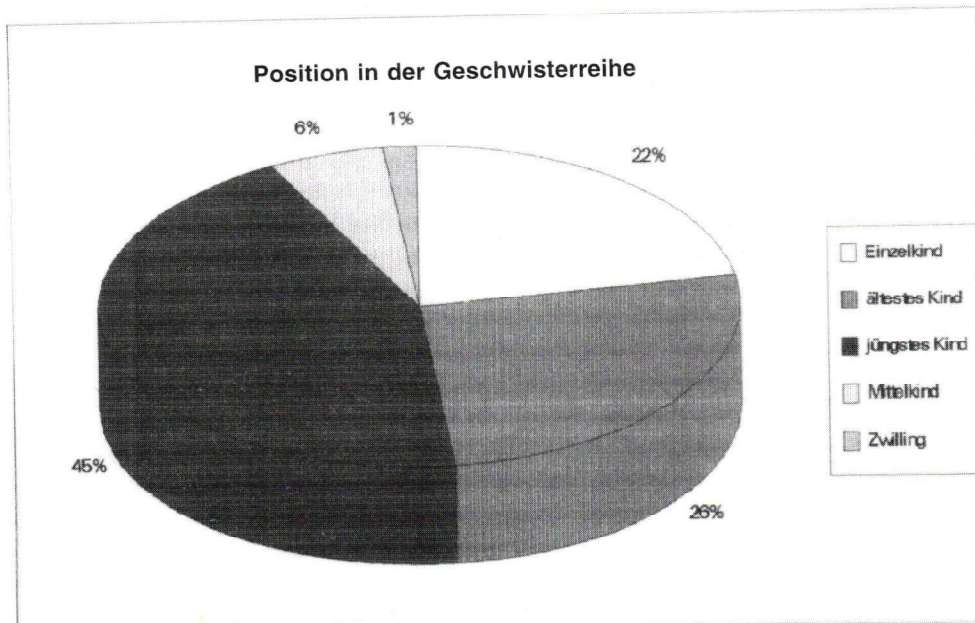


Abbildung 3: Position in der Geschwisterreihe

3.3 Ergebnisse einer Effektivitätserhebung 1992/93

3.3.1 Ergebnisse der quantitativen Effektivitätsmessung

	insgesamt	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-15 Jahre
in jeder Situation flüssig	48	39	8	1
flüssig, außer bei Streß	42	37	4	1
etc.				
viel häufiger flüssig	7	5	1	1
häufiger flüssig	7	7	0	0
Stottern hat sich nicht gebessert	5	4	1	0
Stottern ist häufiger geworden	0	0	0	0
Summe	109	92	14	3

Abbildung 4: Ergebnisse der quantitativen Effektivitätsstudie

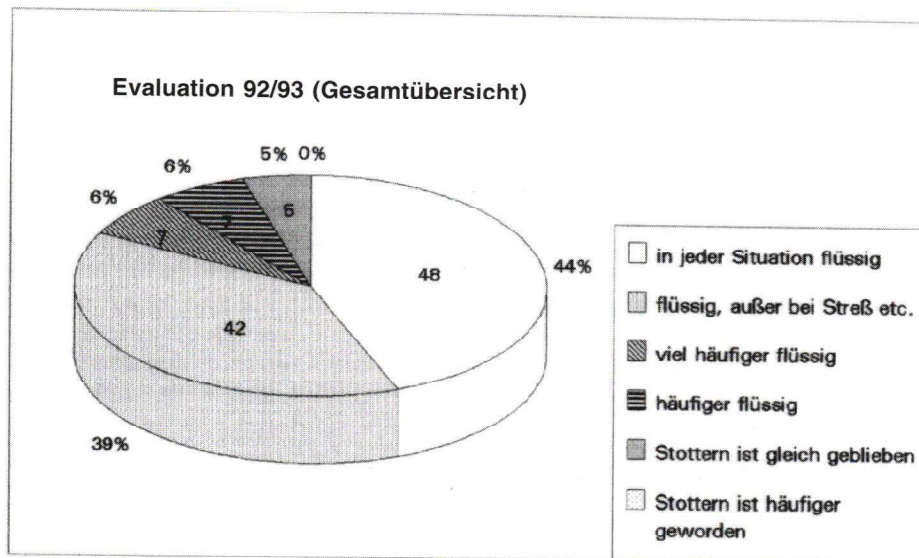


Abbildung 5: Ergebnisse der quantitativen Effektivitätsmessung

3.3.2 Anmerkungen zur quantitativen Effektivitätsmessung

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich bei keinem Kind das Stottern verschlechterte und daß nur bei fünf Kindern das Stottern nicht besser als zur Zeit des Kurses war. Alle anderen 104 Kinder sprechen jetzt flüssiger als zum Zeitpunkt des Elterntrainings. Dies entspricht einer Quote von 95 Prozent. Unter Berücksichtigung des Alters und der Tatsache, daß es bei Aufregung und in Streßsituationen eigentlich normal ist, daß Redeunflüssigkeiten auftreten, sollte auch bei den 42 Kindern, die außer in solchen Situationen flüssig sprachen, ein voller Therapieerfolg konstatiert werden. Demnach liegt die Effektivität des Elterntrainings um ein Vielfaches höher als die traditionelle Drittelung bei Stottertherapien.

3.3.3 Maßnahmen außerhalb des Elterntrainings

Auf der Basis des Kurses erscheinen begleitende Maßnahmen wie der zeitlich begrenzte Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder Sprachheilschule in den Fällen zweckmäßig und sinnvoll, in denen die El-

tern und die übrigen Bezugspersonen die Inhalte des Kurses nicht in ausreichendem Maße umsetzen können.

3.3.4 Ergebnisse der qualitativen Effektivitätsmessung

Die überwiegende Mehrheit der Eltern führte das veränderte Sprechverhalten ihres Kindes unmittelbar auf den Elterntrainingskurs zurück und setzte es mit den dortigen Anregungen und den eigenen Verhaltensänderungen in Beziehung. Zur Frage, ob und wie sich das Verhalten ihres Kindes verändert hat, gab die überwiegende Zahl der Eltern an, daß sich das Selbstbewußtsein des Kindes erhöht habe, daß ihr Kind ruhiger und ausgeglichener geworden sei und daß es jetzt „gern und viel“ erzähle.

Aus der Effektivitätserhebung wird ersichtlich, daß sich nicht nur das Verhalten der meisten Kinder geändert hat. Die Mehrzahl der Eltern gab an, daß vor allem sie ihr Verhalten aufgrund des Kurses modifizierten: „Unser Erziehungsverhalten hat sich dahingehend verändert, daß wir Sascha (auch Timo) viel intensiver 'wahrnehmen', beobachten, viel mehr auf ihn und seine 'Proble-

me' eingehen. Wir sehen seit diesem Kurs unsere Kinder einfach mit anderen Augen. Wir nehmen unsere Kinder viel mehr als gleichwertige Partner an und nicht als Kinder, die gehorchen müssen und uns untergeordnet sind, wie es vorher (übertrieben gesagt) war. Eigentlich hat sich unser ganzes Familienleben positiv verändert."

3.4 Fazit

Quantitativ betrachtet liegen die Erfolge bezüglich der Sprechflüssigkeit auf einem sehr hohen Niveau, und zwar nicht nur kurzfristig. Es hat sich gezeigt, daß sich zusätzliche begleitende Maßnahmen, speziell der Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder/und der Sprachheilschule, als günstig erweisen. Als Fazit des Elterntrainings läßt sich ziehen, daß partnerschaftliche Elternarbeit, durchgeführt in überschaubaren Gruppen, dazu beitragen kann, neben den positiven Wirkungen auf das Sprechen des Kindes die familiären Beziehungen insgesamt zum Positiven hin zu verändern. Selbst alte, über Jahre hinweg praktizierte Verhaltensweisen sind veränderbar, wenn die Erkenntnis über bessere Alternativen gewonnen ist. Besonders die qualitative Veränderung hin zu einer konstruktiveren, glücklicheren, partnerschaftlichen Eltern-Kind-Beziehung erweist sich als der eigentliche große Gewinn des Elterntrainings. Die gewonnenen Daten und Erkenntnisse ermutigen zu einer Fortführung des Elterntrainings und animieren zu einer weiteren Verbreitung – für die Eltern und vor allem zum Wohl der Kinder.

Literatur

- Fiedler, P., Standop, R.: Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. München 1986.
- Fiedler, P.: Über das Stottern. In: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (Hrsg.): Therapieratgeber Stottern. Köln 1992, 12-17.
- Gordon, T.: Familienkonferenz. Reinbek 1981.
- Gordon, T.: Familienkonferenz in der Praxis. Reinbek 1982.
- Hansen, B., Iven, C.: Stottern bei Kindern im (Vor-) Schulalter. Dynamische Prozesse und individualisierte Sichtweisen in Diagnostik und Therapie. Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 5, 240-267.
- Johnson, W.: The onset of stuttering. Minneapolis 1959.
- Kroppenber, D.: Sprachsonderpädagogische Förderung eines sechsjährigen Jungen, der stottert. –

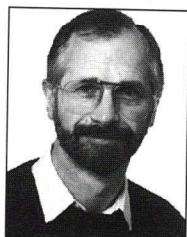
Das Kölner Fritzzen stottert nicht, nur das Mainzer –. Der Sprachheilpädagoge 15 (1983) 4, 6-15.

- Kroppenber, D.: Partnerschaftliche Elternarbeit – eine weitgehend vernachlässigte Aufgabe in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Arbeitskreis sprachheilpädagogische Fragen (Hrsg.): Bremer Protokoll zur Sprachheilpädagogik, Nr. 16. Bremen 1985, 1-11. (Heft vergriffen).
- Schaar, E.: Zur Frühbehandlung des Stotterns – Ein Trainingsprogramm unter besonderer Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte. Phil. Diss. Würzburg 1980.
- Scherer, A.: Partnerschaftliche Elternarbeit als Weg der Prävention und Therapie bei Kindern mit (beginnendem) Stottern. Phil. Diss. Marburg 1994.
- Scherer, A.: Elternkurs: Mein Kind stottert! München 1995.
- Scherer, A.: Arbeitsheft zum Buch „Elternkurs: Mein Kind stottert!“ München 1995.
- Schmidbauer, W.: Selbsterfahrung in der Gruppe. Reinbek 1979.
- Schulz von Thun, F.: Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Reinbek 1985.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns – unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendungsmöglichkeiten in der Schule für Sprachbehinderte. Berlin 1977.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Weinheim 1980.
- Wendlandt, W.: Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart 1992.
- Westrich, E.: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg 1981.
- Westrich, E.: Zum Verständnis der Sprachbehinderten und ihre Förderung. Der Sprachheilpädagoge 16 (1984) 2, 1-26.
- Westrich, E.: Zum personenzentrierten Verständnis der Redeauffälligkeiten. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Berlin 1992, 359-377.

Anschrift des Autors:

Dr. Alois Scherer
Döpfnerstraße 32
63762 Großostheim

Dr. Scherer arbeitet als Sonderschullehrer an der Schule zur individuellen Sprachförderung in Aschaffenburg/Hösbach und als Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte bei den Gesundheitsämtern.



Peter Jehle, Frankfurt am Main

Zur Behandlung des Stotterns mit dem Therapieprogramm von Boberg und Kully – Teil II: langfristige Ergebnisse, Beurteilungen und Schlußfolgerungen

Zusammenfassung

In einem Folgeartikel wird der Bericht über eine Stottertherapiestudie mit 25 Klienten (siehe den ersten Artikel in Heft 5/1995, 385-395 dieser Zeitschrift) mit den langfristigen Ergebnissen fortgesetzt. In der Erhaltungsphase (Stützwoche, Auffrischungswochenenden) haben einige wenige Klienten eine gravierende Verschlechterung im Vergleich zur kurzfristigen Verbesserung der Sprechflüssigkeit erfahren, eine größere Anzahl der Klienten konnte ihre Verbesserung fest beibehalten, einige wenige sprachen akustisch flüssig. Insgesamt war anhand der Selbstberichte bei einer größeren Anzahl der Klienten eine Stabilisierung auf etwas ungünstigerem Niveau als am Ende der kurzfristigen Intensivphase festzustellen. Die Klienten haben am Therapieende mehrheitlich ihre Entwicklung (Sprechen, Gedanken, Emotionen) positiv beurteilt, ebenso die Eignung der Therapie. Unsere kurzfristigen Effekte (Sprechunflüssigkeit, Einstellung zur Kommunikation) bis hin zum Ende der Intensivphase sind im Vergleich zu kurzfristigen kanadischen Daten etwas schwächer ausgefallen, die kanadischen Klienten haben zudem ihre Entwicklung und die Eignung der Therapie etwas positiver eingeschätzt. Die Klienten haben anhand meiner Gruppierung ihre Therapie so abgeschlossen: Ein Klient hat sich, wenn auch geringfügig, im Vergleich zum Therapiebeginn verschlechtert; zwei Klienten blieben unverändert; 12 Klienten sind fast durchgehend zu Verbesserungen gekommen, ohne in einen in etwa befriedigenden Bereich unter 3 % Sprechunflüssigkeit zu gelangen; 10 Klienten befanden sich bei den Selbstberichten unterhalb gesetzter Grenzwerte und haben mit weniger als 3 % Unflüssigkeit gesprochen. Zum Ende der Therapie haben sich zwei Klienten nicht mehr als Stotterer betrachtet. Neben evaluativen werden auch therapeutische Verbesserungen besprochen, aber die Therapie kann für weitere Erprobungen und auch für eine routinemäßige Anwendung in einer Klinik empfohlen werden. Sie ist durchführbar und brachte für die Mehrzahl der Klienten spürbare bis bedeutende Verbesserungen.

1. Vorbemerkung

Nach der Intensivphase sollen sich die Stützwochen und Auffrischungswochenenden (AFW I bis V) in größer werdenden Abständen auf etwa 23 Monate erstrecken. Die Koordination von Zeitplänen und der Klientenunterbringung führten zwar zu längeren, jedoch von Gruppe zu Gruppe unregelmäßigen Intervallen, die die Zusammenfassung der Daten strenggenommen beeinträchtigen. Die Gründe dafür, Daten dennoch zusammengefaßt darzustellen, wurden in Teil I bereits aufgeführt. Bei der Darstellung der langfristigen Daten innerhalb des Textes werden Vergleiche zwischen dem Therapieanfang und -ende sowie zwischen „Stütz“ und Therapieende vorgenommen, um erstens die Stabilität des Erreichten während der Zeiten ohne Therapie und zweitens den Gesamteffekt zu prüfen. Mit dem Bezug der Daten der „Letzten Erhebung“ auf die drei bekannten Stufen der Sprechunflüssigkeit (siehe Teil I, Kap 7.1) und, soweit verfügbar, auf den Mittelwert von Vergleichsgruppen wird dargestellt, welchen Stand der Veränderung am Ende der Therapie erreicht war. Am Ende des Beitrags werden die Einzelwerte je Klient bei „Telefonieren“ wiedergegeben und in einem Schaubild die Veränderungen veranschaulicht.

Die Erhebungen wurden wieder am Beginn der Therapietreffen und mit den bekannten Fragebögen durchgeführt. Zum Therapieende wurden die Klienten noch mit einem Fragebogen von Perkins (1981), siehe auch Boberg/Kully (1988), zur Beurteilung der Therapie, Sprechweise, Sprechfertigkeiten etc. befragt. Die Sprechproben wurden aufgrund der zufriedenstellenden Übereinstimmungen bei den bisherigen Analysen nur

noch vereinzelt zweifach analysiert. Wegen der Arbeitsintensität war die Analyse aller Sprechproben nicht mehr finanzierbar. Daher wurden die Sprechproben von AFW II und III nicht mehr analysiert.

2. Ergebnisse während der Erhaltungsphase bis zum Ende der Therapie

Vom Ende der Intensivphase bis zum Beginn der Stützwoche ist es, wie in Teil I dargestellt, im Durchschnitt und bei der Mehrzahl der prüfbaren Klienten zu einer gewissen Verschlechterung bei den meisten erhobenen Merkmalen gekommen.

Von „Stütz“ bis zu AFW I setzte sich diese Tendenz hinsichtlich der Sprechunflüssigkeit bei einigen Klienten, vor allem bei „Telefonieren“ fort. Die Mittelwerte über alle vier Sprechaufgaben von 13 zu beiden Zeitpunkten anwesenden Klienten betrugen 4.6 % bzw. 6.3 % (hervorgehoben vor allem durch drei Klienten). Die durchschnittliche Sprechgeschwindigkeit nahm in dieser Zeit von 182 auf 174 SpM ab. Bei den Selbstberichten entwickelten sich „Vermeiden“ (von 5.8 auf 7.0 Punkte) und „Einstellung zur Kommunikation“ (von 14.7 auf 15.1 Punkte) wieder bei den 13 anwesenden Klienten etwas ungünstiger. Die übrigen Selbstberichte blieben stabil oder wurden geringfügig günstiger.

Dehnt man diese Betrachtung bis zum Therapieende aus, d.h. von „Stütz“ bis „Letzte Erhebung“, sind zu 16 bis 21 Punktepaaren

Auszählungen möglich, je nach Sprechaufgabe (siehe Tabelle 1). Das Ergebnis der paarweisen Auszählung der Klienten bezüglich der Veränderung in Relation zum gesetzten Kriterium von ± 2 Prozentpunkten ist in Tabelle 1 enthalten. Bei den Aufgaben „Unterhaltung“ und „Lesen“ ist die Mehrheit der Klienten in ihrer Sprechflüssigkeit stabil geblieben („ohne Veränderung“: 73.7 und 77.8 %), bei den beiden anderen Aufgaben blieb etwa die Hälfte stabil bzw. verbesserte sich etwas (zusammen 47.6 und 50.0 %). Hier fallen insbesondere die Unterschiede zwischen den Sprechaufgaben auf.

In Tabelle 2 ist – bis auf Ausnahmen – an den Mittelwerten wie an der Spannweite im Therapieverlauf eine Tendenz zur Erhöhung der Sprechgeschwindigkeit zu erkennen. Auffällig ist die hohe Geschwindigkeit bei „Telefonieren“, die allerdings mit dem je höchsten Mittelwert der Sprechunflüssigkeit (Tabelle 1, letzte Zeile) aufgetreten ist. Eventuell ist es den Klienten bei dieser Aufgabe schwergefallen, ihr Sprechen situationsentsprechend zu dehnen. Der Vergleich bezüglich der Selbstberichte bis zur letzten Erhebung ist in Tabelle 3 (linker Teil, „L.E.“) wiedergegeben. Dazu wurden wieder wie in Tabelle 4 des vorigen Beitrages nur die zu allen vier Zeitpunkten anwesenden 20 bzw.

	"Stütz" gegenüber "Letzte Erhebung"							
	Unterhaltung		Lesen		Telefonieren		Gruppengespräch	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Verbesserung ($> + 2$ %)	0	.0	3	16.7	2	9.5	3	18.8
Ohne Veränderung (± 2.0 %)	14	73.7	14	77.8	8	38.1	5	31.2
Verschlechterung ($> - 2$ %)	5	26.3	1	5.6	11	52.4	8	50.0
Summe der Klienten absolut	19		18		21		16	

Tabelle 1: Anteil der Klienten mit bestimmten Veränderungen der Sprechunflüssigkeit von „Stütz“ zu „Letzte Erhebung“

	Unterhaltung		Lesen		Telefonieren		Gruppengespräch	
Vor	142	(38 - 258)	135	(15 - 257)	147	(30 - 292)	136	(25 - 250)
Nach	173	(59 - 253)	154	(32 - 224)	188	(47 - 244)	152	(91 - 225)
Stütz	187	(47 - 293)	152	(22 - 264)	199	(63 - 280)	160	(37 - 286)
L. E.	181	(43 - 286)	165	(87 - 242)	197	(72 - 349)	176	(33 - 298)

Tabelle 2: Mittelwerte zur Sprechgeschwindigkeit (SpM) über alle Klienten je Aufgabe

11 Klienten berücksichtigt. (Die Vergleichszahlen der früheren Erhebungen sind der Tabelle 4 des ersten Beitrages zu entnehmen.)

pieanfang angegeben, dies insbesondere bei der „Einstellung zur Kommunikation“, bei einem für Stotternde thematisch wohl besonders bedeutsamen Merkmal. Dem ste-

	Werte- bereich	Mittelwerte und Spannweiten					
		N	L. E.	N	Vor	L. E.	Vergleichsgruppe
Vermeiden	0 - 18	20	7.6 (0 - 13)	21	11.3 (2-18)	7.5 (0-13)	9.2 (S)
Einstellg. z. Komm.	0 - 24	20	14.7 (2 - 23)	21	18.8 (12-24)	15.0 (2-23)	16.1 (S) 8.1 (NS)
Soziale Kontaktstörg.	0 - 13	11	4.9 (1 - 12)	16	6.7 (4-12)	5.2 (1-12)	7.2 (and. Pat.)
Verstimmungsstörg.	0 - 17	11	3.5 (0 - 13)	16	5.1 (0-13)	3.3 (0-13)	6.9 (and. Pat.)
Selbstvertrauen	-4 - +4	11	2.0 (-1.2/+4.0)	21	1.5 (-2.2/+3.8)	2.0 (-1.2/+4.0)	2.1 (NS)
Kontrollüberzeug.	0 - 102	11	27.3 (12 - 43)	21	35.3 (9-46)	28.6 (12 - 47)	31.0 (S) 28.3 (NS)

Legende: S = Stotternde; NS = Nicht-Stotternde mit normaler Sprechweise; „and. Pat.“ = Patienten von Zielke (1979, 17), „die sich ... mit dem Wunsch der Änderung ihrer psychischen Probleme angemeldet hatten“; bei den Werten der Stotternden der Vergleichsgruppen handelt es sich um Vortherapiewerte.

Tabelle 3: Mittelwerte und Spannweiten (in Klammern) zu den Selbstberichten für verschiedene Vergleiche unter unseren Klienten und für Vergleiche zu Nicht-Stotternden

Die Klienten gaben im Durchschnitt im Vergleich zu „Stütz“ an, häufiger zu vermeiden (Anstieg von 5.7 auf 7.6 Punkte), die Einschätzung der „Einstellung zur Kommunikation“ wurde auf relativ hohem Niveau geringfügig ungünstiger (von 14.1 auf 14.7 Punkte). „Selbstvertrauen“ und „Kontrollüberzeugung“ bleiben im Durchschnitt stabil und relativ günstig, bei den Subskalen der Kieler Beschwerdeliste „Soziale Kontaktstörung“ und „Verstimmungsstörung“ urteilten die Klienten günstiger (von 6.1 auf 4.9 Punkte bzw. von 3.8 auf 3.5). Über den gesamten Therapiezeitraum von „Vor“ bis „L.E.“, also nur bei zwei Zeitpunkten, stehen etwas mehr Datenpaare zur Verfügung (Tabelle 3, rechter Teil). An den Mittelwerten und den Spannweiten ist abzulesen, daß alle Merkmale insgesamt günstiger eingeschätzt worden sind. Über den ganzen Therapiezeitraum ergaben sich folgende Veränderungen: Die Mehrzahl der Klienten hat eine Verbesserung in den einzelnen Merkmalen bekundet. Jedoch haben, je nach Fragebogen, zwei bis vier Klienten, d.h. 9.5 bis 19 % der unterschiedlich großen Zahl, am Therapieende bei den Selbstberichten auch Verschlechterungen im Vergleich zum Thera-

hen durchgehend deutlich höhere Prozentanteile der Klienten mit unveränderten Angaben und mit positiveren Angaben gegenüber. Hinter den Verschlechterungen können belasteteres Erleben stehen, aber auch im Verlauf der Therapie anspruchsvollere Maßstäbe der Selbstbewertung!

Urteilt man über alle Merkmale, ist – nach der Intensivphase bis zum Therapieende – bei der Mehrzahl der Klienten eine unterschiedlich große Rückbildung der in der Intensivphase erreichten Verbesserung eingetreten, bei einem kleineren Teil der Merkmale stellte sich eine weitere Verbesserung bzw. eine Stabilisierung ein. Zwei Klienten sprachen je nach Aufgabe am Therapieende (AFW IV oder AFW V) etwas unflüssiger als bei beiden Erhebungen vor der Therapie. Hier könnte es sich um eine absolute Verschlechterung oder um Schwankungen um die wieder aufgetretene, frühere Sprechflüssigkeit handeln. Die Trennung dieser Schwankungen von trendhaften Veränderungen ist nicht möglich. Rechnet man über alle vier Sprechaufgaben, haben sich von Beginn bis zum Ende der Therapie von 21 prüfbar Klienten 16 Klienten (= 76 %) um mehr als 2 Prozentpunkte verbessert, fünf

Klienten (= 24 %) sind unverändert geblieben. Kein Klient hat sich um mehr als 2 Prozentpunkte verschlechtert.

3. Absolutes Niveau der geprüften Merkmale

Zum Schluß der Datenwiedergabe werden die Befunde vom Therapieende auf (willkürlich gesetzte) Vergleichswerte bezogen, um eine Vorstellung vom abschließenden Niveau zu erhalten. Anhand der Stufen von *Boberg/Kully* (1988) wird dargestellt, welches Niveau der Sprechunflüssigkeit, über die getesteten Sprechaufgaben gerechnet, erreicht worden ist:

umgekehrt. Bei „Intensiv-Nach“ haben 21 Klienten (= 84 %) mit weniger als 3 % Unflüssigkeit gesprochen, ein Klient befand sich zwischen 3 und 6 %, während drei Klienten mit über 6 % Unflüssigkeit gesprochen haben. Einige Klienten sprachen mit völlig akustischer Sprechflüssigkeit. Über den gesamten Zeitraum betrachtet, relativiert sich dieses Bild etwas: Bei der letzten Erhebung haben von 21 Klienten 10 (= 47.6 %) mit weniger als 3 % Unflüssigkeit gesprochen, während drei Klienten zwischen 3 und 6 % und acht Klienten über 6 % Sprechunflüssigkeit aufwiesen. Jetzt reichten die Einzel-Prozentwerte der Sprechunflüssigkeit von 6 % bis 28.4 % (siehe letzte Zeile Tabelle 5).

	"Info""		"Intensiv-Vor"		"Intensiv-Nach"		"Stütz"		"L. E."	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 3 % Unfl.	2	11.8	2	8	21	84	12	57.1	10	47.6
3 % < 6 % Unfl.	0	.0	3	12	1	4	3	4.3	3	14.3
≥ 6 % Unfl.	15	88.2	20	80	3	12	6	28.6	8	38.1
Summe absolut	17		25		25		21		21	
Spannweite der Einzel-Prozentwerte der Sprechunflüssigkeit	1.7 - 76.7 %		2.7 - 65.8 %		.1 - 31.5 %		.5 - 38.9 %		.6 - 28.4 %	

Anmerkung: Beim Informationstreffen wurden nur 17 Klienten bei „Unterhaltung“ und bei „Lesen“ getestet, während bei den übrigen Daten vier Sprechaufgaben zugrunde liegen.

Tabelle 4: Verteilung der Klienten auf drei Stufen der Sprechunflüssigkeit zu fünf Erhebungszeitpunkten

Vom Informationstreffen zu „Intensiv-Vor“ sind keine gravierenden Veränderungen in der Verteilung der Klienten über die drei Stufen aufgetreten. Bis zum Ende der Intensivphase hat sich die Verteilung jedoch fast

Die Mehrzahl der Klienten hat sich bei der letzten Erhebung fast dem unteren Bereich normaler Geschwindigkeit von über 150 SpM angenähert bzw. ihn überschritten, je nach Aufgabe sprachen 37 bis 60 % mit

	Unterhaltung		Lesen		Telefonieren		Gruppengespräch	
SpM	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 60	1	5	0	.0	0	.0	2	12.5
61 - 90	1	5	1	5.3	3	14.3	1	6.3
91 - 120	2	10	2	10.5	1	4.8	2	12.5
121 - 150	2	10	4	21.1	4	19.0	2	12.5
151 - 180	2	10	5	26.3	0	.0	1	6.3
181 - 210	6	30	3	15.8	2	9.5	1	6.3
> 210	6	30	4	21.1	11	52.4	7	43.8
Summe absolut	20		19		21		16	

Tabelle 5: Verteilung der Klienten auf sieben Stufen der Sprechgeschwindigkeit bei vier Sprechaufgaben bei der letzten Erhebung

mehr als 180 SpM. Niedrigere Sprechunflüssigkeit kann aus bewußtem Dehnen oder bei einzelnen Klienten auch aus den Sprechunflüssigkeiten resultieren.

Zur Beurteilung des abschließenden Niveaus der Selbsteinschätzung sind nur zu drei Fragebögen (nicht völlig befriedigende) Kriterien verfügbar: die Mittelwerte von 133 deutschsprachigen Nicht-Stotternden bei „Kontrollüberzeugung“ und von 152 Nicht-Stotternden bei „Selbstvertrauen“. Die Mittelwerte stammen von nicht-repräsentativen Stichproben. Insofern sind die Beurteilungen noch nicht sehr aussagekräftig.

der Skala „Vermeiden“ mit der Untersuchung von Kellner (1993 a und b) durchgeführt werden. Am Ende der Therapie konnten 18 unserer Klienten mit 23 Items von Perkins (1981) zur Selbsteinschätzung ihres Sprechens und ihrer Person und zur Beurteilung der Therapie befragt werden. Eine Auswahl der Ergebnisse ist in Tabelle 7 (Seite 458), linke Kolonne, enthalten.

Unsere Klienten haben überwiegend die Entwicklung ihres Sprechens, ihrer Gedanken und Emotionen am Therapieende positiv beurteilt. Auch haben sie die Eignung des Therapiekonzepts global und anhand der

Merkmale	Intensiv-Vor (N)			L. E.		(N)	Grenzwerte
	abs	%		abs	%		
Einstellung zur Kommunikation	0	0	25	4	19	21	< 8.1 Punkte
Selbstvertrauen	8	32.0	25	10	47.6	21	> 2.1 Punkte
Kontrollüberzeugung	2	10.5	19	9	65.6	16	< 28.3 Punkte

Tabelle 6: Anteil der Klienten mit Überschreiten von Vergleichswerten von Nicht-Stotternden

Entsprechend den Kriterien scheint ein großer Teil der Klienten bei „Kontrollüberzeugung“ eine starke Veränderung auf ein im Vergleich zu Nicht-Stotternden günstiges („normalisiertes“) Niveau erreicht zu haben, während dies für das Ausmaß der Veränderung und das Niveau bei „Selbstvertrauen“ weniger und keinesfalls bei „Einstellung zur Kommunikation“ zutrifft. Zum „Vermeiden“ und zu den Subskalen der Kieler Symptomliste standen leider keine Vergleichswerte von Nicht-Stotternden zur Verfügung.

4. Therapieergebnisse in der Selbstbeurteilung der Klienten und im Vergleich zu kanadischen Therapiegruppen

Mit der Einordnung der abschließenden Therapieergebnisse in Kategorien der absoluten Höhe von Werten (Tabelle 4 und 5) und mit dem Vergleich zu Mittelwerten von Nicht-Stotternden (Tabelle 6) sind bereits Beurteilungen der Ergebnisse vorgenommen worden. Weitere Beurteilungen ließen wir durch die Klienten selbst vornehmen. Auch können Vergleiche mit kanadischen Daten der Programmautoren und bezüglich

Einschätzung ihrer erworbenen Sprechfertigkeiten günstig eingeschätzt. Einzelurteile gebieten aber eine gewisse Einschränkung dieser allgemeinen Befunde. Beim Vergleich der Ergebnisse zu allen 23 Fragen zwischen unseren und den kanadischen Klienten fallen die stets etwas günstigeren Einschätzungen der kanadischen Klienten auf (Tabelle 7, rechte Kolonne). Die kurzfristigen Effekte (Sprechunflüssigkeit, -geschwindigkeit, Einstellung zur Kommunikation) bis zum Ende der Intensivphase konnten mit drei kleinen Gruppen kanadischer Klienten, die ebenfalls die Therapie von Boberg/Kully mitgemacht haben und deren Sprechproben wie unsere analysiert worden sind, verglichen werden (vgl. Jehle 1994). Die Befunde zur Sprechweise und Einstellung zur Kommunikation zeigten, daß sich unsere Klienten, bei einem eventuell höheren Schweregrad der Störung, im Durchschnitt etwas weniger verbessert haben. Ein gewichtiger Faktor für diese Differenzen dürfte die größere therapeutische Erfahrung der kanadischen Supervisoren und Therapeutinnen sein.

Um einen eventuell erstmaligen, wenn auch sehr begrenzten Vergleich von Daten zu nutzen, sei noch auf die Studie mit dem Non-Avoidance-Ansatz (vgl. Van Riper) von Kellner (1993 a und b) verwiesen;

Kellner hat bei der einzigen vergleichbaren Variablen, dem „Vermeiden“ (vgl. Woolf 1967), einen stärkeren und stabileren Therapieeffekt erzielt, als es hier möglich war.

	Jehle (N = 18)			Boberg/Kully (N = 16)		
	abs.	%	% - kum.	abs.	%	% - kum.
1. Ich beurteile mein Sprechen <u>zur Zeit</u> als:						
ausgezeichnet	2	11.1	11.1	0	.0	
gut	2	11.1	22.2	8	50.0	50.0
mittelmäßig	7	38.9	61.1	6	37.5	87.5
mangelhaft	6	33.3	94.4	1	6.3	93.8
schrecklich	1	5.6	100.0	1	6.3	100.0
8. Ich verfüge nun über die notwendigen Fähigkeiten, um <u>normal</u> zu klingen, wenn ich mein Sprechen kontrolliere:						
Ja	14	77.8		14	87.5	
Nein	4	22.2		2	12.5	
12. Ich stottere jetzt im Vergleich zur Zeit vor der Therapie:						
weniger stark	15	83.3	88.9	14	87.5	87.5
gleich stark	2	11.2	100.0	2	12.5	100.0
stärker	1	5.6	5.6	0	.0	.0
15. Ich fühle mich in Bezug auf meine <u>Person</u> im Vergleich zur Zeit vor der Therapie						(nicht erhoben)
besser	14	77.8	77.8			
gleich	3	16.7	100.0			
schlechter	1	5.6	83.4			
16. Ich fand das Therapieprogramm:						
sehr hilfreich	11	61.1	61.1	13	81.2	81.1
ziemlich hilfreich	7	38.9	100.0	3	18.8	100.0
wenig hilfreich	0	.0		0	.0	
nicht hilfreich	0	.0		0	.0	
19. Stottern ist für mich im Vergleich zur Zeit vor der Therapie ein:						
größeres Problem	1	5.6	5.6	0	.0	.0
kleineres Problem	12	66.7	72.3	14	87.5	87.5
gleiches Problem	5	27.8	100.0	2	12.5	100.0

Tabelle 7: Absolute und prozentuale Anteile der Klienten in ihrer Selbsteinschätzung und Beurteilung der Therapie sowie Daten kanadischer Klienten (Boberg/Kully 1988) zum Vergleich

	Ersterhebung	Vorerhebung	Therapiebegleitende Erhebungen
Kellner	11.1 (N = 50)	10.5 (N = 48)	5.9 (N = 48)
Jehle		10.9 (N = 14)	7.6 (N = 14)

Tabelle 8: Mittelwerte über die Summenwerte zum „Vermeiden“ in den Therapiestudien von Kellner (1993 a und b) und Jehle (1994)

Während die Werte der Vorerhebung nahe beieinander liegen, differieren die späteren Werte stark. Der Mittelwert von *Kellners* Klienten ist zudem weiter abgesunken und stabil geblieben (bis $x = 3.0$ bzw. 3.3). Über diese Unterschiede kann nur spekuliert werden. Zunächst ist der Schweregrad der beiden Klientengruppen kaum vergleichbar, da von vier bzw. fünf eingesetzten Fragebögen nur einer identisch war und *Kellner* die Sprechweise nicht getestet hat. Es ist aber möglich, daß Unterschiede in der Therapie eine Rolle gespielt haben. Die der Befragung vorausgehende Phase „Identifikation“ bei *Kellner* dürfte direkt auf eine Veränderung des „Vermeidens“ hingewirkt haben, während eine sprechbezogene Komponente erst danach eingeführt wurde. Die längerfristigen Veränderungen beim „Vermeiden“ veranlassen jedoch, den stabilen Effekt nicht lediglich in unmittelbarem Zusammenhang zur „Identifikation“ zu sehen.

5. Abschließende Bewertung der Ergebnisse

Eine sehr wichtige Information zur Beurteilung von Therapieeffekten betrifft die Dauer der eingesetzten Therapie. In dieser Studie wurde der Zeitaufwand nicht fortlaufend erfaßt, konnte aber aufgrund der ziemlich regelmäßig gestalteten Therapiearbeit nachträglich geschätzt werden. Der Therapietag wurde mit 7 Stunden reiner Therapiearbeit ohne reguläre Pausen gerechnet. Dies ergibt für die Klienten der ersten Gruppe (Therapieende nach AFW III) 160 Stunden Therapiezeit. Für die drei anderen Gruppen (Therapieende AFW V) beträgt der Wert 185 Stunden. Gemessen an der Therapiebeurteilungsstudie von *Andrews/Guitar/Howie* (1980), in der eine durchschnittliche Therapiezeit von 80 Stunden einschließlich Transfermaßnahmen ermittelt worden ist, haben unsere Klienten eine lange Therapiezeit erreicht.

Eine abschließende Gruppierung der Klienten nach ihrem Therapieerfolg könnte folgendermaßen aussehen (siehe dazu und zur Betrachtung je Klient *Jehle* 1994, Kapitel 8.5):

1. Ein Klient hat die Therapie mit einer zwischenzeitlichen Verschlechterung beendet;
2. zwei Klienten sind weitgehend unverändert geblieben und ihr Ergebnis bietet wenig Anhaltspunkte dafür, daß ihre Entwicklung sicher positiv verlaufen wird;
3. hierzu sind auch zwei Klienten mit Therapieabbruch zu zählen, die wegen weniger Daten und

sehr hoher Vortherapiewerte unserer Ansicht nach keine günstige Prognose hatten;

4. 12 Klienten haben sich in der Sprechweise und den Selbstberichten verbessert, ohne die gesetzten Kriterien durchgehend bzw. sehr nachhaltig zu unterschreiten. Unter diesen Klienten befinden sich auch solche mit weitgehender subjektiver Zufriedenheit, wobei sich wahrscheinlich alle diese Klienten noch eine gewisse Verbesserung wünschten;
5. 10 Klienten sind bei der letzten Erhebung unter 3 % Sprechunflüssigkeit gelangt und haben ebenso meistens die gesetzten Grenzwerte für die Selbstberichte unterschritten. Darunter befinden sich keine Klienten, die eine völlige Sprechflüssigkeit und durchgehend „normalisierte“ Werte bei den Selbstberichten erreicht haben.

Zum Ende der Therapie hat sich bei der obigen Befragung (siehe Tabelle 7) einer dieser Klienten nicht mehr als Stotterer betrachtet, ein weiterer Klient hat sich bei einer anderen Frage zusammen mit dem eben genannten Klienten als „normaler Sprecher“ bewertet.

Daß die Verbesserungen, die bei den obigen Gruppen 4 und 5 kurz- und langfristig festgestellt worden sind, wohl unterschiedlich zu betrachten sind, zeigt Tabelle 9 (Seite 460). Hier wurden, über alle vier Aufgaben gerechnet, die Klienten entsprechend ihrer Nachtherapiewerte in zwei Gruppen eingeteilt, dann wurden ihnen die Vortherapiewerte gegenübergestellt. Mittelwerte und Spannweiten machen deutlich, daß es vorwiegend die Klienten mit niedrigeren Vortherapiewerten sind, die am Therapieende zur Gruppe der Klienten mit niedriger Sprechunflüssigkeit gehören. Die Durchsicht der detaillierten Daten zu den Selbstberichten (hier nicht wiedergegeben) zeigt in der Tendenz diesen Unterschied ebenfalls auf. Beispiel „Vermeiden“: $\bar{x} = 12$ Punkte bei 8 Klienten mit hoher Sprechunflüssigkeit, $\bar{x} = 10.2$ Punkte bei 10 Klienten mit niedriger Sprechunflüssigkeit am Ende der Therapie.

Diese Gruppierung und der obige Befund von 47.6 % der Klienten mit einer Sprechunflüssigkeit unter 3 % am Therapieende (Tabelle 4, erste Zeile) sollten nicht vorschnell als eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit heutiger Therapien im Vergleich zur Drittel-Quantifizierung von *Nadoleczny* (1926) interpretiert werden (ein Drittel der Stotternden geheilt, ein Drittel gebessert, ein Drittel unverändert oder verschlechtert). Diese Befunde und Urteile beruhen mit Sicherheit auf unterschiedlichen Variablen. Da-

Gruppierung am Therapieende	Werte zur Sprechunflüssigkeit (%)		
	"Vor"	"L. E."	Mittelwert Spannweite
8 Klienten mit hoher Sprechunflüssigkeit	27.0 12.9 - 42.6	18.2 9.2 - 28.4	
10 Klienten mit niedriger Sprechunflüssigkeit	9.3 2.0 - 24.4	1.4 .6 - 2.1	Mittelwert Spannweite

Tabelle 9: Mittelwerte und Spannweite zur prozentualen Sprechunflüssigkeit über alle vier Sprechaufgaben bei einer Gruppe mit hohen und einer Gruppe mit niedrigen Werten der Sprechunflüssigkeit am Therapieende

tenorerhebungen und Grenzwerte sind also kaum vergleichbar. Eventuell sollte man – wenn man schon derartige spekulative Betrachtungen anstellt – stärker auf die Gruppe der Klienten ohne Veränderung bzw. mit Verschlechterung achten. Hier scheint es gesicherter, daß die lange tradierte „Drittelangabe“ von *Nadoleczny* (1926) nicht mehr zutrifft. Abgesehen von der m.E. weit überschätzten Heilungsquote ist man heute vielleicht besser als früher in der Lage, Klienten wenigstens zu begrenzten Verbesserungen im Sprechen und in emotionalen und kognitiven Prozessen zu verhelfen, als daß eine beträchtliche Zahl der Klienten ohne Veränderung bleibt oder sich verschlechtert, wie es die Drittelangabe von *Nadoleczny* nahelegt. Dennoch zeigen der langfristige Verlauf und der abschließende Befund bei einigen Klienten zwei Probleme auf: erstens, daß es schwierig ist, die kurzfristigen Effekte zu stabilisieren und zweitens, daß es trotz der vermuteten Steigerung der Leistungsfähigkeit von Therapien Klienten gibt, die mit einer bestimmten Therapie keine Verbesserung erfahren (hier: innerhalb dieses Zeitraums der Begutachtung mindestens 1 bis 2 Klienten!).

6. Zusammenhänge zwischen einigen Variablen und die Frage der Erfolgsprognose

Die Analysen von Zusammenhängen zwischen einzelnen Merkmalen war wegen der kleinen und im Therapieverlauf unregelmäßigen Zahl der Klienten schwierig. Hier werden nur einige wenige Angaben gemacht. So hatten die korrelativen Zusammenhänge bei der Sprechunflüssigkeit und bei der Sprechgeschwindigkeit zwischen allen Sprechaufgaben am Therapieanfang die erwartete Richtung und Enge (Koeffizienten zwischen einzelnen Sprechaufgaben von $r = +.71$ bis $+.95$). Negative Zusammenhänge bestehen zwischen der Sprechunflüssigkeit und der Sprechgeschwindigkeit (Koeffizien-

ten von $-.64$ bis $-.89$). Die Zusammenhänge waren jedoch nach der Intensivphase und zu Beginn der Stützwochen nicht mehr durchgehend so eng, zu den bereits hohen Korrelationen kam eine größere Zahl niedrigerer Korrelationen hinzu.

Zwischen den Werten zur Sprechweise und den Summenwerten aus den Selbstberichten ergaben sich vor der Therapie keinerlei statistisch signifikante Korrelationen (Koeffizienten zwischen $.002$ und $.31$, absolut betrachtet; 51 der 72 Koeffizienten $< .20$). Mit der Sprechweise wurden wohl andere Informationen erhoben als mit den Fragebögen und man sollte außer mit der Befragung unbedingt auch die Sprechweise testen, wenn man eine umfassende Beurteilung der Wirkung einer Therapie anstrebt. Etwas enger wurden die Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen nach der Intensivphase und zu Beginn der Stützwoche (Koeffizienten, absolut gesehen, zwischen 0.001 und $.62$; nur noch 22 gegenüber 51 der 72 Koeffizienten $< .20$). Der engste und gesichertste Zusammenhang bestand zur „Einstellung zur Kommunikation“ (Koeffizienten von $.28$ bis $.55$, absolut gesehen).

Keine signifikanten Korrelationen wurden zwischen den Sprechdaten und fünf biographischen Variablen (Alter, Beginn und Dauer des Stotterns, familiäre Häufung des Stotterns, Zahl der bisherigen Therapien) ermittelt (höchster Koeffizient = $.30$, statistisch nicht signifikant). Einige wenige signifikante Koeffizienten ergab es zwischen diesen biographischen Variablen und den Selbstberichten. Es ist aber fraglich, ob man solche

vereinzelte signifikante Korrelationen als Ausdruck bedeutsamer inhaltlicher Zusammenhänge interpretieren soll.

Eng verknüpft mit den Zusammenhängen zwischen Merkmalen der Symptomatik ist die Prognose des Therapieerfolgs. Perkins (1973, zit. nach Perkins 1981, 164) prüfte z.B. am Therapiebeginn 54 Persönlichkeitscharakteristika als Prognosevariablen für den Therapieerfolg und fand „next to nothing“. Eine weitere Prognose unternahm Perkins/Rudas/Johnson/Michael/Curlee (1974) am Therapieende. Sie fanden eine Korrelation zwischen der Unflüssigkeit am Therapieende und sechs Monate später von $r = .90$, die eine gute Vorhersage anzeigt.

Im folgenden wird kurz dargestellt, inwiefern Merkmale, die in unserer Studie erfaßt worden sind, mit Kriterien des Therapieerfolgs (Sprechunflüssigkeit, Selbstberichte) verbunden sind und gegebenenfalls als Prognosevariablen gelten könnten. Zunächst wurden sieben potentielle Variablen, die am Therapieanfang erfaßt worden sind, mit der Sprechunflüssigkeit und Sprechgeschwindigkeit bei den vier Aufgaben und den sechs Skalen der Selbstberichte (siehe oben Tabelle 3) zum Ende der Intensivphase und zum Therapieende korreliert. Die Prognosevariablen waren: Alter, Zeitpunkt der Entstehung des Stotterns, Kennwert für die Häufung des Stotterns in der Familie, Zahl der Therapien, Selbsteinschätzung des Schweregrades der Sprechunflüssigkeit, Einschätzung des Stotterns als persönliches Problem, Therapieerwartung in Prozenten der Behebung des Problems. Für den kurz- wie den langfristigen Prognosezeitraum gehe ich davon aus, daß die sehr wenigen vorgefundenen signifikanten Korrelationen zufällig sind.

Weiter wurde geprüft, inwieweit von den Sprechdaten zu Beginn der Therapie auf die Werte der Selbstberichte am Ende der Intensivphase bzw. am Ende der Therapie geschlossen werden kann (und umgekehrt). Für beide Prognosezeiträume waren von 24 Korrelationen zwei auf dem 5 %-Niveau signifikant, und zwar die „Einstellung zur Kommunikation“ mit der Sprechgeschwindigkeit ($r = -.43$) und die „Soziale Kontaktstörung“

mit der Sprechunflüssigkeit ($r = .46$). Da ansonsten keine Zusammenhänge ermittelt worden sind, bieten die Befunde dieser Studie keinen Anhaltspunkt, von der Sprechweise auf die Selbstberichte (oder umgekehrt) am Ende der Intensivphase oder am Ende der Therapie zu schließen.

Mit größerer Sicherheit scheint es möglich, über die kurze Intensivphase von den Sprechdaten am Anfang auf die Sprechdaten am Ende zu schließen (entsprechend bei den Selbstberichten). Bei den Mittelwerten über alle vier Aufgaben und bei den Einzelwerten der Aufgabe „Telefonieren“ (vgl. Tabelle 10, Seite 462) wurden signifikante bis sehr signifikante Koeffizienten in der Höhe von .45 bis .66 ermittelt; bei den Selbstberichten war „Vermeiden“ zwischen den beiden Zeitpunkten nicht signifikant ($r = .29$), jedoch waren die übrigen fünf Merkmale der Selbstberichte stets hoch signifikant korreliert (Koeffizienten von .50 bis .72). Dieselbe Überprüfung für den langfristigen Zeitraum vom Therapiebeginn bis -ende verlief jedoch völlig enttäuschend.

Zusammenfassend ist aus diesen Analysen zu schließen, daß zumindest bei dieser Klientengruppe lediglich über den sehr kurzen dreiwöchigen Zeitraum der Intensivphase von der Sprechweise und den Selbstberichten vor der Therapie mit bescheidener Zuverlässigkeit auf die jeweiligen Werte am Ende der Intensivphase geschlossen werden darf. Ansonsten haben sich zumindest anhand der in dieser Studie erhobenen Merkmale praktisch keine Prognosemöglichkeiten für den kurzfristigen oder gar den langfristigen Therapieerfolg gezeigt.

7. *Schlußfolgerungen aus dem Modellversuch*

Abschließend sind zunächst einige methodische Nachteile der Studie und Möglichkeiten der Verbesserung für eine künftige Evaluationsstudie zu erwähnen. So wäre es für kommende Studien wünschenswert, eine größere Zahl der Behandlungsgruppen zu testen. Weiter wäre es angesichts der Datenlücken in dieser Studie vorteilhaft, künftig etwas weniger Merkmale für die Evaluation zu bestimmen, diese aber mit mehr Entschieden-

Einzelwerte			Zeitpunkte der Datenerhebungen															
			Vor		Nach		Stütz		AFW I		AFW II		AFW III		AFW IV		AFW V	
Nr/Gesch/Alt.			%	SpM	%	SpM	%	SpM	%	SpM	%	SpM	%	SpM	%	SpM	%	SpM
1	m	23	32.0	79	6.3	137	—	—	21.7	98	30.0	80	—	—	—	—	—	—
2	m	35	35.1	30	32.4	47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	w	38	6.4	181	.9	208	—	—	4.3	199	3.4	234	—	—	—	—	—	—
4	w	25	3.5	235	2.1	193	—	—	—	—	1.4	249	—	—	—	—	—	—
5	m	22	6.3	235	2.6	207	—	—	—	—	3.2	220	—	—	—	—	—	—
6	w	24	10.3	155	.9	204	—	—	2.9	194	1.2	245	—	—	—	—	—	—
7	m	27	37.7	53	.2	226	1.9	196	.5	196	—	—	35.0	76	39.9	82	—	—
8	m	28	2.1	220	.6	222	.9	213	1.0	256	—	—	.0	196	.7	250	—	—
9	m	17	32.2	114	.1	270	9.5	170	26.8	132	—	—	—	—	26.0	141	—	—
10	w	22	16.4	183	2.8	188	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	m	23	6.9	198	.9	239	5.6	260	—	—	—	—	6.4	229	6.5	223	—	—
12	m	53	15.3	130	3.0	165	6.7	153	14.0	166	—	—	21.8	102	11.6	104	—	—
13	m	23	10.9	292	.9	244	.8	262	.8	334	.4	284	2.3	325	3.3	344	—	—
14	m	20	15.4	77	5.6	189	26.0	63	38.8	43	23.0	53	—	—	23.7	72	—	—
15	w	26	27.1	115	6.7	169	11.5	159	—	—	7.5	176	16.8	142	6.3	223	17.4	125
16	m	18	11.6	238	.6	235	2.5	200	2.4	251	4.8	250	2.5	275	—	—	3.2	247
17	w	29	39.4	36	3.5	111	—	—	7.1	197	—	—	—	—	—	—	—	—
18	m	19	52.0	40	14.4	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	w	36	36.1	140	10.6	154	9.3	136	16.3	154	21.2	148	20.0	152	13.7	154	19.3	121
20	m	21	25.9	148	1.8	155	6.0	215	.9	213	2.3	260	—	—	2.9	279	2.3	234
21	w	17	4.7	231	.4	228	1.9	277	.7	223	.5	330	—	—	4.8	274	1.5	277
22	m	17	14.2	152	.1	229	2.3	280	—	—	.7	285	—	—	3.0	292	2.2	349
23	m	39	34.6	163	.1	215	4.2	246	33.3	110	33.2	111	—	—	48.9	109	17.7	189
24	m	30	25.7	114	.1	204	1.1	231	2.8	226	10.5	185	—	—	8.9	227	7.5	200
25	w	45	27.5	113	.9	170	15.6	121	—	—	—	—	—	—	12.3	172	21.9	142
Mittelwerte Gesamt (N = bis 25)			21.2	147	3.9	188	6.6	199	11.2	192	10.2	198	9.0	214	13.6	196	12.1	196
Gruppe 1 (N = bis 6)			15.6	153	7.5	166	—	—	—	—	9.6	164	7.8	206	—	—	—	—
Gruppe 2 (N = bis 7)			18.4	150	1.3	218	4.9	198	10.6	188	—	—	—	—	15.8	151	16.9	160
Gruppe 3 (N = bis 6)			27.5	134	6.0	171	10.0	164	13.1	196	11.4	182	10.4	224	11.8	198	10.4	183
Gruppe 4 (N = bis 6)			22.1	154	.6	200	5.2	228	9.4	193	9.4	234	—	—	13.5	26	8.9	232

Legende:

- Ein Strich bedeutet: Bei einer Gruppe wurde keine Erhebung durchgeführt (bzw. eine Aufnahme ist vor der Analyse zerstört worden) oder ein Klient hatte die Therapie vorzeitig beendet (Nr. 10, 17, 18).
- Ein Punkt bedeutet: Ein Klient hat bei einem Therapietreffen gefehlt.
- Die Lücke bei den Klienten 1 bis 6 bei AFW IV und V beruht auf dem Therapieende der ersten Gruppe nach drei Auffrischungswochenenden.
- Die Telefonaufnahmen der Gruppen 3 und 4 wurden auch bei AFW II und III analysiert, da sie in eine zusätzliche Untersuchung über die Sprechweise der Klienten 'außerhalb der Klinik im Vergleich zu innerhalb der Klinik' einbezogen wurden (siehe Kuhfeld/Stramitzer/Jehle in Vorbereitung).

Tabelle 10: Sprechunflüssigkeit (%) und Sprechgeschwindigkeit (SpM) bei der Sprechaufgabe „Telefonieren“ zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie

heit zu testen. Unter dem Gesichtspunkt der Absicherung der Interpretation der hier als langfristig bezeichneten Daten wäre es sehr wünschenswert gewesen, die Klienten wenigstens noch einmal nach dem Ende der Therapie (z.B. 6 oder 12 Monate später) zu testen.

Eine sehr wichtige und bei weitem nicht befriedigend gelöste Frage ist die Auswahl aussagekräftiger Erfolgskriterien, die in ökonomischer Weise eingesetzt werden können. Stottern ist ein so vielfältiges Phänomen, daß hierfür eine große Zahl an Kriterien in Frage kommt, wenn man nur einer größeren Zahl von Klienten gerecht werden wollte. Es sind also Kriterien zu erproben, die für möglichst viele Klienten repräsentativ sind. Für mich sind ohne Zweifel die Sprechunflüssigkeit und bedingt die Sprechgeschwindigkeit wichtige Kriterien, ohne die die Symptomatik vor und nach der Therapie nur unzureichend beschrieben würde. Ebenso wäre die Problematik unzulänglich beschrieben, wenn Merkmale zu Gefühlen, Gedanken und zum offenen Verhalten nicht mit einbezogen würden. Hier stellt sich jedoch, wie gesagt, die Frage der Repräsentanz der ausgewählten Merkmale, da es den Klienten nicht zugemutet werden kann, die große Zahl der in Frage kommenden Merkmale zu testen. Zur Zeit ist diese Problematik nach meiner Kenntnis nur unzureichend zu lösen, auch in dieser Studie kann nicht behauptet werden, daß die ausgewählten Merkmale bzw. Fragebögen bereits eine hinreichende Repräsentanz sichern. Die Problematik sei am Beispiel der kommunikativen Kompetenz eines Klienten veranschaulicht (gleiches gilt für das Selbstbild der Stotternden).

Die zuverlässige und gültige Erfassung von Kompetenz, die nicht lediglich auf Selbstberichten beruht, ist aufwendig und in sozialen Situationen kaum zu leisten. Stattdessen werden derzeit vorwiegend Indikatoren für das komplexe Gebilde formuliert bzw. als Fragebogen erarbeitet. Vorschläge dazu sind bei Grohnfeldt (1992, 233) zu finden (Akzeptanz des Stotterns, realistische Einstellung zum Stottern, offener Umgang mit Stottern, Resozialisierung). Ein Beispiel eines Fragebogens sehe ich im Fragebogen von Woolf (1967) zum sozialen Vermeiden. Daran wird vor allem deutlich, daß nicht die Kompetenz selbst erfaßt wird, sondern eine Form des Gegenteils von kompetentem Verhalten, eben das Vermeiden. Aus Selbsturteilen über fehlendes Vermeiden wird auf soziale Kompetenz geschlossen. Aber auch wenn die drei Merkmale der Selbstberichte (siehe Tabelle 6) als Indikatoren für soziale Kompetenz gelten sollten, wäre es wünschenswert, über die soziale Kompetenz selbst Genaueres zu erfahren.

Aus den informellen Beobachtungen und aus den Supervisionsgesprächen mit den Therapeutinnen habe ich einige therapeutische Schlußfolgerungen gezogen. Die The-

rapie von Boberg/Kully kann mit Einzelpersonen ambulant durchgeführt werden; dies trifft insbesondere für die Sprechübungsbehandlung zu. Die Grenzen dieses Vorgehens werden jedoch im Transfer- und Erhaltungsteil sichtbar, wenn dem Einzelklienten im Vergleich zum Klienten in der Gruppe die Gesprächspartner und die Möglichkeiten für soziale Anforderungen und Erfahrungen fehlen. (Zu einem negativen Beispiel siehe Jehle 1988.)

Nach unserer Einschätzung sollte in kommenden Versuchen der Komponente „Identifizieren“, die sich nicht völlig mit der gleichnamigen Komponente bei Van Riper deckt, etwas mehr Bedeutung beigemessen werden. Beim Identifizieren hört oder betrachtet ein Klient eine Sprechprobe, um die Arten seiner Sprechunflüssigkeiten und sonstigen Auffälligkeiten genauer kennenzulernen. Dies wird als eine hilfreiche Vorübung für das während der Therapie zu praktizierende Überwachen des Sprechens (v.a. der Sprechfertigkeiten) betrachtet. Ein weiterer Effekt dieser Übung ist, daß die Klienten sich mit ihren Sprechunflüssigkeiten konfrontieren, sie als ihre Eigenart kennenlernen und zumindest vorübergehend zu akzeptieren lernen. Dieser Aspekt ist wichtig, weil auch unter gutem Einsatz der Fertigkeiten keine völlige Sprechflüssigkeit gesichert werden kann und die Klienten zur Vermeidung des „Teufelskreises“ zwischen überhöhter Erwartung (unbedingte Sprechflüssigkeit) und überhöhtem Bemühen darauf eingestellt sein müssen, daß sie weiterhin Unflüssigkeiten erleben (Therapieziel: nicht die Heilung vom (!) Stottern, sondern unter anderem die Vermittlung von Fertigkeiten zur Bewältigung aufgetretener Sprechunflüssigkeiten und von sozialen Situationen).

Das sogenannte Lösen ist ein Behandlungsschritt, der sinnvollerweise auf die Einübung in das Identifizieren folgt und der dem Behandlungsansatz des Bewältigen-Lernens angemessen ist. Viele Stotternde reagieren auf Verkrampfungen der Sprechmuskulatur häufig mit zusätzlichem Kraftaufwand zur Überwindung der Blockade. Dies mag gelingen, führt im Falle der Unüberwindbarkeit zu neuer Lautbildung, die aufgrund des erhöhten Spannungsniveaus sehr leicht wieder in

eine Blockierung mündet. Weniger auffällig ist es, beim Wahrnehmen von Verkrampfungen die Energie für den Sprechvorgang zurückzunehmen. Wird dies gut beherrscht, erfolgt die Entspannung relativ schnell, ohne daß für die Äußerung neu eingesetzt werden muß. Das Sprechen erfordert auf diese Weise viel Aufmerksamkeit und das Beherrschen dieses Lösens einer Blockierung ist von intensiver Übung abhängig.

Einige Therapieverläufe und zahlreiche Gespräche mit den Klienten geben natürlich Anlaß, wenigstens einige kurze Anmerkungen zur Indikationsfrage zu machen. Welche Therapie ist für welchen Klienten geeignet? Was kann Klienten ohne Besserung aufgrund einer derartigen Therapie angeboten werden? Sollte diese Therapie durch eine intensivere psychologische Komponente angereichert werden? Um mit dem letzten Aspekt zu beginnen, die Hinzufügung einer intensiveren psychologischen Behandlung, die über die in dieser Therapie enthaltenen Anteile hinaus geht, halte ich während der Intensivphase oder der nachfolgenden Therapietreffen nicht für günstig. In den Therapien in Kanada wie auch in unserer Therapie hat sich herausgestellt, daß die Anforderung an die Klienten und auch an die Therapeutinnen sehr hoch ist und eine psychologische Behandlungskomponente zu einer Überlastung und zu Abstimmungsschwierigkeiten zwischen der Sprechübungsbehandlung und einer betont psychologischen Behandlung führen würde. Stellt sich der Bedarf nach einer psychologischen Behandlungskomponente als sehr dringend heraus, ist es wohl empfehlenswerter, sie in die Intervalle zwischen den hier beschriebenen Klinikaufenthalten zu legen oder, wie im Fall einer unserer Klientinnen, diese Therapie für einige Zeit zugunsten der psychologischen Behandlung auszusetzen.

Die Problematik bei der Auswahl des Behandlungskonzepts bzw. der Zusammenstellung oder Hinzufügung von Behandlungskomponenten besteht darin, daß es derzeit noch schwierig ist, die Reaktion eines Klienten auf ein bestimmtes Therapieprogramm oder auf eine einzelne Komponente sicher und rechtzeitig zu prognostizieren. Wie bei verschiedenen anderen Störun-

gen ist man häufig gezwungen, eine Therapie mit der Aussicht zu beginnen, daß ihr Erfolg fraglich ist und sich ihr Nutzen „nur“ darin zeigt, daß während oder nach ihrer Anwendung klarer wird, ob es sich um den geeigneten Ansatz handelte. Bei Mißerfolg wird im günstigen Fall anhand des Therapieverlaufes sichtbarer, worin die günstigere Alternative bestehen könnte, im ungünstigen Fall weiß man nur, daß man für die mutmaßlich gültigere Therapieentscheidung umfangreicher diagnostizieren muß, als es üblicherweise vertretbar ist.

Mit dieser Modellstudie kommen wir zum Ergebnis, daß sowohl im therapeutischen Bereich als auch bei der Durchführung von Überprüfungen der Therapie noch Verbesserungen erforderlich sind, daß aber die Therapie für eine weitere Erprobung und auch für eine routinemäßige Anwendung in einer Klinik (wie in Kanada oder hier praktiziert) empfohlen werden kann. Das Therapieprogramm erwies sich als durchführbar, für die Mehrzahl der Klienten brachte die Therapie spürbare bis bedeutende Verbesserungen.

Literatur

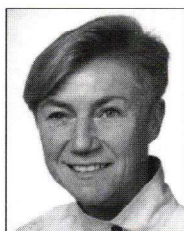
- Andrews, G., Guitar, B., Howie, P.: Meta analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 45 (1980), 287-307.
- Boberg, E., Kully, D.: *Comprehensive Stuttering Program*. Clinical Manual. San Diego 1985.
- Boberg, E., Kully, D.: Long-term outcome of the comprehensive stuttering program. Department of Speech Pathology and Audiology, University of Alberta and Institute of Stuttering Treatment and Research, Edmonton Alberta, Canada. Grant No 428, The M.S.I Foundation, Edmonton, Alberta, Final Report 1988.
- Grohnfeldt, M.: Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie? *Die Sprachheilarbeit* 37 (1992) 5, 227-239.
- Jehle, P.: Diskrepanz zwischen Therapieansatz und Therapieerwartung in einer Einzeltherapie des Stotterns – Ein Zwischenbericht. *Frankfurter Linguistische Forschungen* 5 (1988), 32-40.
- Jehle, P.: Die Überwachung des Sprechens bei Stotternden: Entwicklung eines Fragebogens und differentielle Erfassung des Überwachens bei Stotternden vor und nach der Therapie und bei Nicht-Stotternden. Reihe Forschungsberichte: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. Frankfurt am Main 1992.

- Jehle, P.: Kurz- und langfristige Ergebnisse der Behandlung des Stotterns mit dem Therapieprogramm von Boberg/Kully – Bericht über einen Modellversuch. Reihe Forschungsberichte: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. Frankfurt am Main 1994.
- Kellner, H.-J.: Überprüfung der Wirksamkeit der Stottertherapie nach Van Riper in Erwachsenengruppen; vollständiger Bericht. Unv. Manuskript; Phoniatrie Abteilung, HNO-Klinik, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf 1993a.
- Kellner, H.-J.: Evaluation der Stottertherapie nach Van Riper mit Erwachsenen. Die Sprachheilarbeit 38 (1993b) 2, 63-73.
- Langevin, M., Boberg, E.: Comprehensive stuttering program. Resultaten van en intensiv therapieprogram for stotterers. Logopädie en Phoniatrie Nr. 10 (1993), 262-268.
- Nadoleczny, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Leipzig 1926.
- Perkins, W.H.: Behavioral management of stuttering. Final report. Social and Rehabilitation Service Research Grant 14-P-55281. University of Southern California 1973 (zit. n. Perkins 1981, 164).
- Perkins, W.H.: Measurement and maintenance of fluency. In: E. Boberg (Ed.): Maintenance of fluency. New York 1981, 147-178.
- Perkins, W., Rudas, J., Johnson, L., Michael, W., Curlee, E.: Replacement of stuttering with normal speech. III. Clinical Effectiveness. Journal of Speech and Hearing Disorders 39 (1974), 416-428.
- Woolf, G.: The assessment of stuttering as struggle, avoidance, and expectancy. British Journal of Disorders of Communication 2 (1967), 158-171.
- Zielke, M.: Kieler änderungssensitive Symptomliste. Weinheim 1979.

Anschrift des Autors:

Dr. Peter Jehle
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung
Schloßstraße 29
60386 Frankfurt/Main

MAGAZIN



Annemie Scherzinger, Saarbrücken

Einblicke

Kinder und Jugendliche, deren Erstsprache nicht Deutsch ist: Aspekte der Sprachförderung

Zusammenfassung

Sprachförderunterricht und Sprachtherapie für Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, sind als Teilprozesse der Einführung in die Kultur der Aufnahmegesellschaft zu sehen. Der unterschiedliche kulturelle, sprachliche und soziale Hintergrund, das Vorwissen und die Erfahrungen der Kinder müssen in die Arbeit einfließen, um eine erfolgreiche Kommunikation in der Auseinandersetzung mit der neuen Umwelt zu ermöglichen und die emotionale Entwicklung und Persönlichkeitsbildung positiv zu beeinflussen.

1. Situation

Die schulische Situation im Saarland in bezug auf SchülerInnen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, kann nicht losgelöst von der Gesamtentwicklung in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland gesehen werden. Unabhängig davon, ob man die Bundesrepublik Deutschland als Einwanderungsland bezeichnet oder nicht, sieht sich

die Schule vor dem Faktum, immer mehr SchülerInnen aufzunehmen, die, aus nicht deutschsprachigen Ländern kommend, in Deutschland vorübergehend oder auf Dauer ihren Wohnsitz nehmen. Dies sind Kinder von Arbeitsimmigranten, die seit den sechziger Jahren, Kinder von Flüchtlingen und Asylbewerbern, die vor allem seit den letzten zehn Jahren, und Kinder von deutschstämmigen Aussiedlern, die in den Schulen gemeinsam mit deutschsprachigen Kindern unterrichtet werden.

Die Anteile der ausländischen SchülerInnen an der Gesamtzahl der SchülerInnen an allgemeinbildenden Schulen schwankt in den einzelnen Ländern zwischen 4,8 % in Schleswig-Holstein und 21,8 % in Berlin. Das Saarland liegt mit 6,5 % unter dem Bundesdurchschnitt von 11,3 % (laut Statistik vom 11. Februar 1992 des Sekretariats der Ständigen Konferenz der Kultusminister).

Schulart	SchülerInnen insgesamt	darunter ausländische SchülerInnen	
GH/HS	54 436	5 602	10,3 %
So L	1585	222	14,0 %
So G	162	11	9,5 %
So sonst.	932	66	7,1 %
Gesamtsch.	8 617	598	6,9 %
Sekundarsch.	3 589	351	10,3 %
Realschulen	15 509	679	4,4 %
Gymnasium	25 949	616	2,1 %
	I	I	I
Insgesamt	112 183 (109 672)	8 229 (7 584)	7,3 % (6,9)

Tabelle 1: Statistik des Saarlandes vom Schuljahr 1993/94.

Die Statistik des Saarlandes vom Schuljahr 1993/94 zeigt eine steigende Tendenz, wie die Zahlen in Tabelle 1 (auf Seite 466) belegen.

Was die Verteilung der ausländischen SchülerInnen auf Schulstandorte des Saarlandes angeht, so waren zunächst hauptsächlich die Schulen der Industriestandorte betroffen. Dies änderte sich durch die Aufnahme von Asylbewerbern, die über das gesamte Land verteilt werden. Diese Verschiebung wurde auch durch die nach und nach dezentrale Unterbringung der Aussiedlerfamilien verstärkt. Als rechtliche Grundlage zur Förderung von SchülerInnen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, ergingen vom zuständigen Ministerium:

- 1977: Erlaß betreffend den Unterricht für Kinder ausländischer Arbeitnehmer und für Jugendliche ausländische Arbeitnehmer.
- 1987: Erlaß betreffend den Schulbesuch der Kinder von Asylbewerbern im schulpflichtigen Alter.
- 1989: Konzeption zur Eingliederung der Aus- und Übersiedler im Bereich der allgemeinbildenden Schulen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Die schulische Situation im Saarland in bezug auf SchülerInnen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, besonders im Bereich der Grund- und Hauptschulen, aber auch der Gesamt- und Sonderschulen – die Statistik des Schuljahres 93/94 belegt es –, bedeutet eine Konfrontation fast aller LehrerInnen im Saarland mit der Problematik, nicht Deutsch sprechende Kinder in ihrem Unterricht zu haben. So ist es in den letzten Jahren die Regel geworden, daß LehrerInnen sich die Frage eines effektiven Unterrichts in gemischt-nationalen Klassen stellen müssen, die Frage nach einem Unterricht in einer mehr und mehr multikulturell werdenden Gesellschaft überhaupt. Innerhalb dieser sich wandelnden Gesellschaft und Schule, in der die multikulturelle Erziehung heute zu einer zentralen Frage geworden ist, stellt sich dem Lehrer nach wie vor die Sprache als wichtiger Faktor und oft als entscheidendes Hemmnis in seiner Erziehungs- und Bildungsarbeit entgegen.

2. Entwicklung in der Pädagogik

Welche Entwicklung sich hinsichtlich der Kinder anderer Herkunftsländer, ihrer Kultur und Sprache in den letzten 25 Jahren vollzogen hat, soll in einem kurzen Exkurs aufgezeigt werden, um an späterer Stelle daraus Konsequenzen für den Unterricht ableiten zu können.

Ausgehend von dem „Sprachproblem“ als objektive Anforderung an die zugewanderten Kinder entfaltete sich in den siebziger Jahren die „Ausländerpädagogik“ als pädagogische Spezialreflexion. Sie generalisierte die Anpassungsleistung und entwickelte Integrationsvorstellungen, die auf Übernahme von Sprache und Wertorientierung abzielten. So ergab sich eine Wahrnehmung der ausländischen Schüler aus der Sichtweise eines reibungslosen Schulbetriebs, ihre Defizite – mangelnde Sprachkompetenz, fehlende schulische Fertigkeiten und Verhaltensweisen – standen im Mittelpunkt der Ausländerpädagogik.

Die Kritik an der Ausländerpädagogik, die sich Ende der siebziger und Anfang der achtziger Jahre entwickelte, basierte darauf, daß die eingeleiteten Maßnahmen der Ausländerbeschulung und der dazugehörigen Pädagogik, das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe, der Integration, verfehlten. Der sich nun anbahnende Wandel in der pädagogischen Diskussion entlarvt die Integration als leeres Versprechen, weil sie Gleichberechtigung nicht faktisch herstellen kann und für die Migranten selbst die Gefahr des Traditionsverlustes in sich birgt (vgl. *Hamburger* 1991).

„Das Konzept der interkulturellen Erziehung geht davon aus, daß der erreichte Stand gesellschaftlicher Multikulturalität nicht mehr revidiert werden kann und auch nicht soll. Multikulturalität erfordert aber, wenn es nicht zu zerstörerischen Konflikten kommen soll, ein Lernen, das Einheimische und Migranten gleichermaßen einbezieht:

- Ein Lernen, Verschiedenheit zuzulassen und zu akzeptieren: Toleranz;
- ein Lernen, Gemeinsamkeiten in verschiedenen Traditionen zu erkennen und zu verstärken: Solidarität; und schließlich
- ein Lernen, jenseits spezifischer Kulturen allgemeine humane Werte zu erkennen und sich an diesen zu orientieren: Verpflichtung auf die Menschenrechte“ (*Hamburger* 1991, 78).

Das Wesentliche dieses Ansatzes ist wohl die Sichtweise des Migrantenkindes nicht mehr aus der Defizitperspektive, wie es die Ausländerpolitik der siebziger Jahre tat, sondern die Sichtweise aus der Bereicherungsperspektive, d.h., die Anwesenheit dieser Kinder wird nicht nur als Problem definiert. Das Fremde wird nicht mehr ignoriert, nicht mehr als rückständig gebrandmarkt, sondern mit besonderem Interesse wahrgenommen und hervorgehoben. Ihre Kultur und Sprache wird als Bereicherung begriffen, ihre Tradition als wertvoll erachtet. „Ohne Anerkennung der Person, und gerade der zunächst als fremd definierten, kann es keine positive Erziehung geben; jede Pädagogik geht von der Anerkennung und Wertschätzung der kindlichen Person aus. Wird vorrangig jemand als Problem angesehen, dann gibt es für ihn keine freie Entwicklung“ (Hamburger 1991, 78).

Diesem Wandel in der pädagogischen Diskussion tragen die saarländischen Richtlinien für die Arbeit in der Grundschule Rechnung. „Veränderungen für die Arbeit in der Grundschule ergeben sich auch daraus, daß heute Kinder unterschiedlicher ethnischer Herkunft mit verschiedenen kulturellen Normen und Traditionen zusammen leben und lernen. Hierbei geht es nicht nur um die schwierige Aufgabe der sozialen Integration der ausländischen Kinder, sondern ebenso sehr darum, das gemeinsame Leben und Lernen für interkulturelle Erfahrungen und Lernprozesse zu nutzen“ (Ministerium für Bildung und Sport 1992, 3).

3. Adressaten

Jeder Unterrichtende, jeder Therapeut muß sich – will er einen schülerorientierten Unterricht, eine schüleradäquate und nur dann effiziente Therapie konzipieren und durchführen – die Frage nach den Adressaten stellen. Wer sind sie, diese ausländischen Kinder mit Sprachschwierigkeiten?

Unterricht und Sprachförderarbeit mit Kindern ausländischer Arbeitnehmer, mit Kindern von Asylbewerbern und Kindern deutschstämmiger Aussiedler muß vor dem Hintergrund ihrer psychosozialen und soziokulturellen Rahmenbedingungen gesehen

werden. Wenn auch die drei Adressatengruppen aus verschiedenen Herkunftsländern und aus den unterschiedlichsten Beweggründen nach Deutschland kamen und immer noch kommen – die Gruppe der Arbeitnehmerkinder vorwiegend aus den strukturschwachen Gebieten Süd- und Südosteuropas, Asylbewerberkinder und Flüchtlinge aus Krisengebieten der gesamten Welt und die Kinder deutschstämmiger Aussiedler aus den osteuropäischen Ländern –, so verbinden sie doch eine Reihe wesentlicher in ihrer psychosozialen und soziokulturellen Entwicklung begründeter Probleme. „Nicht nur die Unsicherheit in der deutschen Sprache, auch die psychischen Konsequenzen aus dem Verlassen des gewohnten Lebensraumes und seiner sozialen Bezüge, aber auch aus frustrierten Erwartungen können für Ausländer und Aussiedler die gleichen sein“ (Saylor 1991, 30).

Das Herausreißen der Kinder aus ihrer gewohnten sozialen und kulturellen Umgebung des Heimatlandes wird meist begleitet durch Unkenntnis der Eltern über das Land, das für länger oder auch vorübergehend ihnen zur Heimat werden soll. Die Entwurzelung hängt wesentlich davon ab, wie tief die Verwurzelung in der Heimat war und welche Gründe zur Trennung führten, was für die einzelnen Familienmitglieder in unterschiedlichem Maße zutreffen kann. Innerhalb der Familie kann es subjektiv erlebte Unterschiede zwischen Zwangsentwurzelung und selbstbestimmter Trennung geben. Hier sind vor allem jugendliche Aussiedler zu nennen, die zuweilen gegen ihren Wunsch mit den Eltern ihre Heimat verlassen müssen und somit in der ohnehin entwicklungspsychologisch schwierigen Phase der Pubertät die Sicherheit ihrer heimatlichen Umgebung aufgeben müssen. „Sie sind von ihrem Entwicklungsstand her in einem Probierstadium. (...) Wenn sich um sie herum nun plötzlich die gesellschaftlichen Spielregeln schlagartig ändern, verstärkt dies die Verunsicherung“ (Hohmann 1991, 83). Ebenso werden Flüchtlinge, die ihre Heimat unfreiwillig aufgeben müssen, die Heimatlosigkeit, die Entwurzelung aus Sprache, Kultur und allem Gewohnten stärker erleben als Emigranten aus eigenem Entschluß.

Da aber die Kinder und Jugendlichen, gleich ob es sich um Arbeitsemigranten, Asylbewerber oder Aussiedler handelt, in den seltensten Fällen in diesen Entscheidungsprozeß einbezogen werden, ist es gerade diese Gruppe, die die Migranten mehr als nur als Problem des Ortswechsels, der Unterkunft und der Versorgung erlebt, vielmehr als seelisches Problem, was der Erzieher oder Lehrer nicht selten als Verhaltensauffälligkeit konstatiert oder auch bei seinen Bemühungen im Sprachunterricht als negativ erfährt. Es treten bei ihnen „verstärkt Überempfindlichkeit, Aggressivität, Ängstlichkeit wie auch übertriebenes oder fehlendes Selbstvertrauen auf. Manches für deutsche Vorstellungen komische, hilflose, gar rechtswidrige Verhalten von ausländischen Einwohnern ist auf dem Hintergrund dieser Statusunsicherheit erklärbar“ (Walz 1980, 15). Daraus resultierend ist nicht immer eine positive Einstellung zur Sprache des aufnehmenden Landes zu erwarten. Dies ist bei der Auswahl von Lehr- und Lernmaterialien und bei der inhaltlichen und organisatorischen Konzeption des Sprachunterrichts zu berücksichtigen.

Eine besondere Stellung, gerade in bezug auf Kultur und Sprache des Heimat- und Aufnahmelandes, nimmt die in Deutschland geborene zweite oder dritte Generation ein. Sie kennt das Heimatland der Eltern entweder gar nicht oder nur von Besuchen, beherrscht oft die Muttersprache kaum oder nicht mehr. Sie hat mit der einen Gesellschaft gebrochen oder ist von ihr abgestoßen und von der „aufnehmenden“ nicht angenommen. „Hin und hergerissen zwischen zwei gebrochenen Identitäten, entscheidet sie sich in der großen Mehrheit letztlich notgedrungen für die Gesellschaft, in der sie lebt ... und weiter zu leben gedenkt. Die zunehmende Verwurzelung hier wird begleitet von der endgültigen Entwurzelung dort“ (Nuscheler 1988, 5). Wo dann noch soziale Vorurteile und Diskriminierung auf Menschen in Kultur- bzw. Identitätskonflikten treffen, „geraten selbst psychisch stabile Menschen in den Sog einer marginalen Persönlichkeitsentwicklung“ (Walz 1980, 15). Gerade im Blick auf Kinder, die inmitten ihrer Sozialisation zwischen zwei Kulturen und Sprachen,

zwischen zwei Erziehungssystemen aufwachsen, ist zu bedenken, daß sie wohl kaum über die soziale Kompetenz verfügen, die nötig wäre, um die vielfältigen Konflikte, die aus ihrer Situation erwachsen, autonom verarbeiten zu können. „Aus Entwurzelung und Sprachverlust resultieren Identitätsstörungen beim ausländischen Kind, die sich in besonders krassen Fällen bis zur Spaltung der Persönlichkeit steigern können“ (Hegele/Pommerin 1983, 17).

In den seltensten Fällen auf diese Aufgaben vorbereitet oder in ihrem Studium ausgebildet, sehen sich die Lehrpersonen trotz ihres meist großen Engagements oft hilflos und allein gelassen angesichts der Fülle der Probleme, die auch von den von Schule und Unterricht gesetzten Rahmen häufig sprengen. Die Schülergruppe, der sie sich gegenübersehen, ist in ihrer Zusammensetzung trotz ihrer vielen Gemeinsamkeiten eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich u.a. nach

- ihren soziokulturellen Lebensbedingungen im Heimatland,
- ihrem psychosozialen Entwicklungsstand,
- ihren schulischen und außerschulischen Vorerfahrungen und ihrem Wissen,
- ihrem Entwicklungsstand in der Erstsprache,
- ihrem Aufenthaltsstatus und ihrer Aufenthaltsdauer usw.

Was den Unterricht in Deutsch als Fremdbzw. als Zweitsprache betrifft, so handelt es sich z.B. um

- Schulanfänger ohne Deutschkenntnisse,
- Schulanfänger mit geringen Deutschkenntnissen,
- SchülerInnen (Seiteneinsteiger), die in der Erstsprache alphabetisiert sind, eventuell mit anderen Schriftzeichen,
- SchülerInnen mit geringen, teilweise umgangssprachlichen Deutschkenntnissen usw.

Diese Reihe ließe sich fortsetzen, eines aber macht sie klar: die Heterogenität der Zielgruppe erfordert differenzierende Maßnahmen sowohl in speziellen sprachlichen Förderangeboten als auch im Unterricht der Regelklasse. Daß LehrerInnen sich zuneh-

mend an die SprachheillehrerInnen wenden, sie um Hilfe ersuchen oder die SchülerInnen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, in sprachtherapeutische Maßnahmen überweisen, verdeutlicht diese Situation.

4. Sprache

„Wenn die Angewiesenheit des Kindes auf Sprache in der Notwendigkeit sozialer und individueller Weltbewältigung und in den Erfordernissen zwischenmenschlicher Kommunikation ihren stärksten und prägnantesten Ausdruck findet, sollten eben diese durch Sprache eröffneten Möglichkeiten im Mittelpunkt des Sprachunterrichts stehen“ (Weisgerber 1974, 52). Diese Forderung Weisgerbers enthält in bezug auf die Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, eine neue Dimension. Für sie ist die Sprache mehr als Kommunikationsmittel, sie ist „das Medium, in dem sich Selbstdefinition und die Identifikation mit einer ethnischen oder nationalen Gruppe vollzieht“ (Dietrich 1985, 2), in ihrem Fall zweier Gruppen, der entstammenden und der hineinzuwachsenden sprachlichen und kulturellen Gruppe. Die Sprache als Lernobjekt ist für die eben beschriebene Adressatengruppe nicht nur Unterrichtsgegenstand, sondern gleichzeitig Unterrichtsmittel, da der Vermittler nur selten der Herkunftssprachen der Kinder mächtig ist. Für die Kinder ausländischer Arbeitnehmer, der Asylbewerber und Aussiedler bedeutet Deutsch lernen, eine neue Sprache im gleichsprachigen Milieu, also Deutsch in Deutschland zu lernen. Meist begegnen sie dieser neuen Sprache schon zu einem Zeitpunkt, zu dem ihre Muttersprache noch nicht gefestigt ist. Sie haben Sprachbegegnungen auch außerhalb von Schule und Unterricht. Sie bringen durch ungesteuerten Spracherwerb Vorkenntnisse unterschiedlicher Qualität mit und machen durch außerschulische Sprachkontakte nicht abschätzbare und schwer kontrollierbare Lernfortschritte. „Die Menge der Varietäten, die dem Lerner des Deutschen in seiner deutschsprachigen Umgebung begegnet, ist groß und so wenig durchschaubar (Dialekte, Gastarbeiterdeutsch, Ausländerdeutsch, Hochdeutsch, Fachsprachen und Alltagssprache usw.), daß Erwachsene und Kinder

in diesem 'Sprachbad' Regeln und Bedeutungen erwerben, die der Systematisierung durch Unterricht bedürfen“ (Neumann 1989, 69).

Der Lehrer muß sich aber auch bewußt machen, daß der jetzt in Deutschland lebende Lerner Deutsch lernen muß, ob er will oder nicht, ob er sprachbegabt ist oder nicht. Dem Zwang der Zweisprachigkeit kann sich kein Zuwandererkind entziehen. Die neue Sprache muß für den Lerner nicht unbedingt Privileg bedeuten wie eine schulische Zweisprachigkeit, sondern ist oft sogar ein Negativstigma. „Nach gewöhnlichen mittelschicht-orientierten Maßstäben bedeutet die Fähigkeit, zwei Sprachen zu beherrschen, eine Karriere förderliche Anerkennung. Nicht so bei den ausländischen Schülern: für sie ist der wenigstens bruchstückhafte Erwerb der Zweitsprache Deutsch eine Existenzfrage und der Verlust ihrer Heimatsprache Ursache oft für schwere Identitätsprobleme“ (Stölting 1980, 19). Das Erlernen einer zweiten Sprache unter Einwanderungsbedingungen ist von den Merkmalen 'Konflikt-Zweisprachigkeit' und 'Doppelte Halbsprachigkeit' geprägt.

„Die Zweisprachigkeit wird den Zuwanderern von der Mehrheitsbevölkerung erst einmal aufgezwungen; während sie die Mehrheitsbevölkerung als Übergangsstufe zur kulturellen und sprachlichen Assimilation der Minderheiten betrachtet, sehen sie die Minderheiten als Bedrohung ihrer Existenz als ethnische Gruppe.

Hinzu kommt, daß die gesellschaftliche Lage der Einwanderer nicht dazu geeignet ist, eine hohe Qualität der sozialen Zweisprachigkeit zu fördern. ... Äquilinguismus, die gleich gute Beherrschung zweier Sprachen auf dem Niveau der jeweiligen Monolingualen, wird von den Einwanderern selten erreicht; gewöhnlich wird eine Sprache besser beherrscht als die andere, diese ist im Zweisprachigen dominant. Die dominante Sprache der eingewanderten Erwachsenen bleibt die Herkunftssprache; bei den Kindern kann sich das Qualitätsverhältnis zwischen den Sprachen zur Zweitsprache hin verschieben. Typisch für die Einwandererkinder ist die doppelseitige Halbsprachigkeit; sie erreichen in keiner Sprache das Niveau eines Monolingualen. (...) Die relativ besten Voraussetzungen für die Erreichung einer guten Beherrschung beider Sprachen haben die Schüler, deren Herkunftssprache sich im Herkunftsland lange ungestört entwickeln konnte und die Deutsch mit einer klaren Berufsperspektive lernen. Doppelseitige Halbsprachigkeit tritt vor allem dann auf, wenn jung ein-

gereiste Kinder mit problematischer Entwicklung der Herkunftssprache den Anschluß an deutsche Schüler- oder Freundesgruppen nicht erreichen. Eine starke Dominanz des Deutschen über die Herkunftssprache zeichnet die jung in die Regelklassen Einschulenden aus, wenn sie eine systematische Förderung in der deutschen Sprache erhalten" (Stölting 1980, 19/20).

Sowohl die Muttersprache als auch die Zweitsprache Deutsch sind für Kinder und Jugendliche, die unter der Bedingung der Migration die neue Sprache erlernen, Sozialisierungssprachen, das heißt „unverzichtbares Instrument zur Selbstfindung und Selbstdarstellung, zur Verständigung mit anderen und zur Erschließung von Wirklichkeiten“ (Hegele/Pommerin 1983, 15).

„Jede Sozialisierungssprache ist ein zentraler charakter- und identitätsbildender Faktor, denn die erfolgreiche Kommunikation mit wichtigen Bezugspersonen und die Aufnahme in ihren Bekanntenkreis ermöglichen erst die emotionale Entwicklung des Kindes, die Begriffsbildung schließt es an das Alltagswissen der Gesellschaft an und determiniert seine intellektuellen Reaktionen; in der Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt sich sein Ich-Verständnis“ (Merten 1988, 69).

In dieser wesentlichen Bedeutung des Deutschen als zweite Sozialisierungssprache ist der Hauptunterschied zur Vermittlung einer Fremdsprache im Ausland zu sehen. In diesem Zusammenhang erhält die Einstellung der Umgebung, der Eltern und des Lernenden selbst zur Zweisprachigkeit einen besonderen Stellenwert. Negative Einstellungen seiner Umgebung können beim Kind bis hin zur Sprachverweigerung führen, worauf bei der Darlegung der psychosozialen Rahmenbedingungen der Adressatengruppe schon verwiesen wurde. An diesen Voraussetzungen muß sich der Unterricht orientieren, er muß zum Zweitsprachenunterricht werden, d.h., er muß dem Faktum Rechnung tragen, daß Sprache, soziale Integration und interkulturelles Lernen untrennbar miteinander verbunden sind.

„Die Beherrschung der Zielsprache Deutsch ist für die Migrantenkinder die Voraussetzung für die Kommunikation mit ihrer Umwelt. Der Gebrauch der deutschen Sprache ermöglicht die Anerkennung durch die peer group und sichert die soziale Handlungsfähigkeit. (...) Die Schule hat hier die Aufgabe, eine Steuerungsfunktion zu übernehmen und die oft regellos erworbenen Sprachbestände zum Aufbau ei-

nes regelgeleiteten Sprachwissens zu verwenden. Zu diesem Zweck sind didaktisch-methodische Konzepte und Einsichten in die Grundlagen des Zweitsprachenerwerbs erforderlich“ (Horn/Tumat 1989, 8/9). Der Terminus 'Zweitsprache' betont, „daß sich der existentielle Status von Deutsch als Zweitsprache weit mehr mit der Muttersprache, also der Erstsprache, vergleichen läßt als mit einer ersten zweiten oder x-ten Fremdsprache: die Zweitsprache ist ihrem Range nach die zweite Sprache und folgt der Muttersprache hinsichtlich der sozialen und kommunikativen Bedeutung. Auch hinsichtlich der Erwerbsweise steht der Zweitsprachenerwerb dem Erstsprachenerwerb näher als dem Fremdsprachenerwerb“ (Barkowski 1989, 301). Besonders bei Kindern ist auf die sozialisatorischen Rahmenbedingungen als wesentlicher Unterschied in der Erwerbssituation zu der von erwachsenen Lernern zu verweisen: „Die sich allererst bildende Persönlichkeit der Kinder hat noch keine Strategie entwickelt, unterschiedliche Sprachen, Lebensbereiche und Ethiken auf Tagesabläufe und Personenbeziehungen aufzuspalten. In ihrem Leben ist die deutsche Sprache nicht 'Zweitsprache', sondern ein fundamentales Lebens-Mittel zur Erfahrung und Gestaltung ihrer Welt“ (Barkowski 1989, 304).

5. Sprachförderung

Welche Konsequenzen lassen sich aus den bisher dargelegten Aspekten über die Adressaten einerseits und die von ihnen zu erwerbende Sprache andererseits für die Sprachförderung ableiten?

Wenn wir Merten (1988, 70) zustimmen, der sagt: „Sprache konstituiert menschliche Existenz in zweifacher Weise: zum einen schafft sie 'Welt' und 'Gemeinschaft', zum anderen ist sie unabdingbare Voraussetzung dafür, daß Kommunikation und soziale Interaktion überhaupt ablaufen können. Beide Aspekte von Sprache sind untrennbar miteinander verbunden“, dann ist es Aufgabe des Lehrers und Therapeuten, als Mittler dem Kind die Auseinandersetzung mit der Umwelt zu erleichtern, ihm bei der Begriffsbildung behilflich zu sein, damit es an das Alltagswissen der Gesellschaft anschließen und Teil der Gemeinschaft werden kann. Nur dann wird es sein Ich-Verständnis entwickeln und seine menschliche Existenz konstituieren können.

Das bedeutet für die sprachtherapeutische Arbeit keinen von Welt, Gemeinschaft und Person isolierten Spracherwerb zu initiieren und zu fördern, sondern vielmehr dem

Zweitsprachenerwerber behilflich zu sein, in das Denken und das Weltverstehen der fremden Sprachgemeinschaft einzudringen.

„Jeder Mensch, der in eine Sprachgemeinschaft eintritt, findet in ihr ein voll ausgebautes Sprachsystem vor, das in einer langen geistigen Tradition und in Auseinandersetzung mit der Welt steht. Der Einzelne wächst hinein in eine ganz bestimmte Form von Welt, die das Resultat einer ständigen Auseinandersetzung mit Welt ist“ (Merten 1988, 70).

Zu ergänzen ist hier für die ausländischen Schüler: zweier Welten; denn von dem Zweitsprachenerwerber unter Einwanderungsbedingungen wird in Auseinandersetzung mit einer oft ganz anderen Kultur, Tradition und Gesellschaft ein Eindringen in das Weltverstehen einer fremden Sprachgemeinschaft verlangt. Sprachunterricht für Zweitsprachenerwerber darf, um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, nicht auf der Ebene des formalen, d.h. phonetisch und grammatisch richtigen Sprechens bleiben. Sprachförderung muß vielmehr als integrierte Förderung verstanden werden, integriert in die Erweiterung der Sach-, Sozial- und Ichkompetenz. „Der Schüler mit seinen spezifischen Lerninteressen, Lernbedingungen und Lernschwierigkeiten wird zum Regler eines Systems, dessen Aufgabe es ist, die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Schülers zu erweitern und zu stützen“ (Krumm 1974, 33).

Wie kann Sprachförderung stärker nach dem Kind als dem 'Subjekt des Lernprozesses' (vgl. Neuner 1984) ausgerichtet, wie können die sprachlichen Inhalte aus seiner Perspektive und für es ausgewählt und strukturiert werden?

Als Planungshilfe für die Konzipierung und Gestaltung einer integrierten Sprachförderung, die den aufgestellten Forderungen nachzukommen versucht, kann folgendes Modell (siehe Abbildung 1) gelten.

Das bedeutet für den Sprachförderlehrer, daß er nach der Wahl eines den spezifischen Lerninteressen, Lernbedingungen und Lernschwierigkeiten der Adressaten angemessenen Themenbereiches – denn es ist nicht gleich, an welchen Inhalten man Sprache lernt – zu einem Einzelthema kommt, aus dem zahlreiche kommunikative

Ziele (Sprechabsichten) resultieren, zu deren Bewältigung das Kind über Sprachstrukturen, die einen gezielten Wortschatz und ganz bestimmte grammatische Phänomene beinhalten, verfügen muß. Es ist nun Aufgabe des Unterrichtenden, dies aus der situativen Einbettung in das Gesamthema herzu-leiten und dem Kind bereitzustellen. Die Wahl der Methode und der geeigneten Medien wird sich hieraus ergeben. Sowohl phonetische als auch grammatische Übungen werden integrative Bestandteile eines solchen schülerorientierten Sprachunterrichts sein. Sie dürfen nicht zu isoliertem und deshalb nicht mehr sinnvollem Drill werden.

Nur eine in die Erweiterung der Sach-, Sozial- und Ichkompetenz integrierte Sprachförderung kann den Bedürfnissen der Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, Rechnung tragen.

Abschließend sollen in enger Anlehnung an Röber-Siekmeyers „Prinzipien eines schülerorientierten Sprachunterrichts“ einige Konsequenzen für die sprachtherapeutische Arbeit mit Kindern, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, aufgezeigt werden:

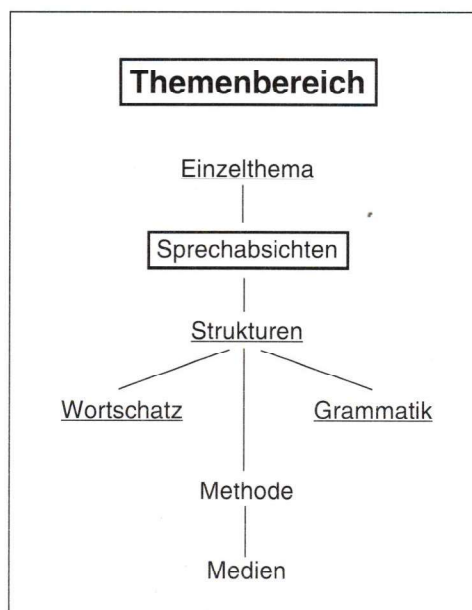


Abbildung 1: Modell als Planungshilfe

1. Spracharbeit mit Sprachanfängern sollte immer von ganzheitlichen Situationen ausgehen, in denen durch viel Anschauung, möglichst auch durch andere Formen als Kopfarbeit, garantiert ist, daß die Schüler alles, was ihnen sprachlich angeboten wird, verstehen, sie sich nach Möglichkeit mit der Situation identifizieren.
2. Auch Sprachübungen, sowohl im phonetischen als auch im grammatischen Bereich, sollten immer von den ganzheitlich erfahrenen Situationen ausgehen.
3. Übungen mit dem Ziel des Erlernens und Erinnerns sollten immer von situativ eingebetteten Sätzen, nie von Wörtern – Verben, Substantiven mit Artikeln – ausgehen, da die undeklinierten und unkonjugierten Formen im alltäglichen Umgang mit Sprache nur selten vorkommen. Das Benennen der Wörter in der infinitiven Form ist schon Teil der Sprachlehrarbeit.
4. Im Sprachunterricht mit ausländischen Schülern gilt wie auch im übrigen Unterricht: weniger ist oft mehr. Ein häufiger, abwechslungsreicher Gebrauch der gleichen Begriffe und Sätze vermag die Schüler eher in die Sprache einzuführen als der Versuch, ihnen möglichst viel zu vermitteln.
5. Die Spracharbeit kann nicht ohne Systematik ablaufen. Sie muß genau auf die Bedürfnisse der jeweiligen Schülergruppe, ihr Alter, ihre Vorkenntnisse, ihr emotionales und kognitives Leistungsvermögen, abgestimmt sein. Diese Forderung kann kaum von einem Lehrbuchautor erfüllt werden. Daher sollten sich Lehrer von dem Zwang jeder noch so logisch aufgebauten Systematik anderer befreien, sie eher als Anregung betrachten und dabei eigene Wege gehen. Die Sprachvergleiche, die auf die besonderen Schwierigkeiten der Kinder hinweisen, geben gute Hilfen.
6. Der Unterricht darf nicht nur von vermeintlich typischen Situationen der ausländischen Kinder und Familien, wie es Schulbücher tun, ausgehen, da sie zwar typisch für deutsche Didaktiker, weniger aber für das Interesse der Schüler sind. Statt dessen sollten Momente gesucht werden, in denen die Schüler unmittelbare Erfahrungen machen können, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Da Schule für diese Kinder eine gesellschaftsintegrierende Funktion hat, die weit über ihre bisherigen Aufgaben hinausgeht, sollte sie möglichst häufig die außerschulische Umwelt der Kinder miteinbeziehen.
7. Der Sprachunterricht für ausländische Schüler hat kaum etwas mit dem Fremdsprachenunterricht, den deutsche Kinder in Deutschland oder ausländische Kinder in deutschen Auslandsschulen bekommen, gemeinsam, weil die Kinder andere sind. Darum müssen auch die Übungsformen gänzlich anderer Art sein. Bedingungen sind – wie gesagt – Motivation, inhaltliches Verstehen, „kleine Häppchen“ und ansprechende Formen. Drill und ähnliche „einschleifende“ Übungen stehen im Widerspruch zu den übrigen Zielen des Unterrichts: Hilfe bei dem „Übergang zwischen den Welten“, Stabilisierung der in vielen Bereichen ins Wanken geratenen Identität.
8. Daß Spiel in dieser Arbeit eine große Bedeutung erhält, weiß jeder, der schon mit den neu angekommenen Kindern gespielt und dabei die Auflockerung von Verhärtetem und Verkrampftem erlebt hat. Deshalb – und wegen seiner kognitiven Funktion – sollte Spiel einen breiten Raum im Sprachunterricht mit ausländischen Schülern haben (vgl. Röber-Siekmeyer 1983, 15/16).

6. Schlußbemerkung

Die Ausführungen haben versucht, das Verflochtensein vieler Faktoren und Komponenten eines Sprachförderunterrichtes für Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, darzulegen. Der Sprachunterricht als „Teilprozeß der Einführung in die Kultur der Aufnahmegesellschaft und der Auseinandersetzung mit ihr unter den negativen Bedingungen sozialer und rechtlicher Diskriminierung und weitgehender politischer Ohnmacht“

(Neumann 1989, 72) ist zwar ein bedeutender, aber nicht alleiniger Faktor zur Erreichung der angestrebten Ziele, wie sie von der interkulturellen Pädagogik formuliert werden.

Schule innerhalb einer sich wandelnden Gesellschaft muß sich insgesamt ändern. Es genügt nicht zu reflektieren, welchem Anspruch der Deutschunterricht sowohl für die beschriebene Adressatengruppe als auch für die SchülerInnen des aufnehmenden Landes nachkommen muß. Der gesamte Unterricht muß sich den veränderten Bedingungen anpassen. „Ein solcher Unterricht wäre aufgrund seines realen Lebensbezugs und seiner fächerübergreifenden Fragestellungen und Vorgehensweisen projektorientiert, er wäre interkulturell, sofern er das Weltwissen und die Erfahrungen der Kinder mit unterschiedlichem kulturellen, sprachlichen und sozialen Hintergrund wirklich ernst nimmt“ (Pommerin 1990, 8).

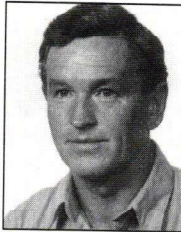
Literatur

- Apeltauer, E.: Einführung in den gesteuerten Zweitspracherwerb. In: Apeltauer, E. (Hrsg.): *Gesteuerter Zweitspracherwerb*. München 1987.
- Barkowski, H.: Deutsch als Zweitsprache. In: Bausch, Christ, Hüllen, Krumm (Hrsg.): *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. Tübingen 1989.
- Dietrich, I.: Schulische Sprachlernbedingungen und ihre Bedeutung für eine interkulturelle Erziehung ausländischer und deutscher Kinder. Zielsprache Deutsch. 1985/3.
- Hamburger, F.: Einwanderung in die BRD – Aufforderungen der multikulturellen Gesellschaft. Kind – Jugend – Gesellschaft. Neuwied 1991/3.
- Hegele, I., Pommerin, G.: *Gemeinsam Deutsch lernen*. Heidelberg 1983.
- Hohmann, M.: Integrierte Mitbürger oder auszu-schließende Fremde. Kind – Jugend – Gesellschaft. Neuwied 1991/3.
- Horn, D., Tumat, A.: Der Deutschunterricht für Kinder mit fremder Muttersprache. In: Tumat, A.J. (Hrsg.): *Deutsch als Fremdsprache*. Baltmannsweiler 1989.
- Krumm, H.J.: *Fremdsprachenunterricht: Der Unterrichtsprozeß als Kommunikationssituation. Unterrichtswissenschaft*. 1974/4.
- Merten, S.: *Der Zusammenhang von sprachlicher und sozialer Integration*. Frankfurt 1988.
- Ministerium für Bildung und Sport: *Richtlinien für die Arbeit in der Grundschule*. Saarbrücken 1992/4.
- Ministerium für Kultus und Sport Baden-Württemberg: *Materialien zur Eingliederung von ausgesiedelten Kindern und Jugendlichen in die Schulen Baden-Württembergs*. 1989/2.
- Neumann, U.: *Zweitsprachenunterricht Deutsch*. In: Bausch, Christ, Hüllen, Krumm (Hrsg.): *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. Tübingen 1989.
- Nuscheler, F.: *Migration – Flucht – Asyl*. Deutsches Institut für Fernstudien. Tübingen 1988.
- Pommerin, G.: *Weder Assimilation noch Segregation*. Nürnberger Lehrer-Zeitschrift (NLZ) 1990. Sonderheft 3.
- Röber-Siekmeyer, C.: *Sprachlicher Anfangsunterricht mit Ausländerkindern*. Bielefeld 1983.
- Sayler, W.: *Ausländerpädagogik – Integrative Pädagogik*. Zum Problemhorizont einer wissenschaftlichen Teildisziplin. Lernen in Deutschland 1991/1.
- Stölting, W.: *Die Entwicklung der Zweisprachigkeit bei ausländischen Schülern*. Praxis Deutsch. Sonderheft 1980.
- Weisgerber, B.: *Theorie und Sprachdidaktik*. Heidelberg 1974.

Anschrift der Verfasserin:

Annemie Scherzinger
Landesinstitut für Pädagogik und Medien
(LPM)
Beethovenstraße 26
66125 Saarbrücken

Frau Scherzinger ist Leiterin der Beratungsstelle „Integration von Schülerinnen und Schülern, deren Erstsprache nicht Deutsch ist“ am LPM in Saarbrücken und Fachleiterin für „Deutsch als Zweitsprache“ am Staatlichen Studienseminar für Grund- und HauptschullehreranwärterInnen in Saarbrücken.



Horst J. Kern, Oldenburg

Zur Notwendigkeit von Generalisationsmaßnahmen: Semi-intensive Stottertherapie

Zusammenfassung

Generalisation wird oft erwartet, selten jedoch theorie- und datengeleitet angebahnt, obgleich ohne den Nachweis von Generalisationseffekten Therapieerfolge nicht belegt sind. Eine semi-intensive, verhaltenstherapeutische Stotterbehandlung mit 12 Sitzungen (je vier Stunden Dauer) wurde als Replikation durchgeführt und therapiebegleitend durch zwei multiple Grundratenversuchspläne evaluiert. Therapie-sitzungen zur Anbahnung von Generalisation erwiesen sich für stotterfreies Sprechen im Studio/Hörsaal, Elternhaus und Arbeitsbereich als notwendig. Interne und externe Validität bzw. stotterfreies Sprechen konnte durch therapiebegleitende Messungen und Nachuntersuchungen 12 und 30 Monate lang ebenso belegt werden wie klinische, soziale und normative Validität. Diskutiert wird die große Bedeutung von Generalisationsmaßnahmen bei der Stottertherapie Erwachsener.

1. Einleitung

Bis Ende der 70er Jahre wurde Generalisation meist nicht direkt trainiert, sondern als Nebenprodukt von Therapie oder Trainings erhofft (pray and hope). Sorgfältige Verhaltensbeobachtungen zeigten jedoch, daß sich Generalisation in vielen Fällen nicht spontan einstellt.

Stokes/Baer (1977) definierten in ihrem klassischen Artikel (spontane) Generalisation als das Auftreten z.B. stotterfreien Sprechens ohne Trainings- oder Therapiemaßnahmen. Demnach können vier Arten von Generalisation bzw. Transfer unterschieden werden:

- Situationsgeneralisation
- Verhaltensgeneralisation
- Generalisation über Personen
- Generalisation über die Zeit (Permanenz).

Spontane *Situationsgeneralisation* liegt vor, wenn durch eine Therapie nicht nur im Therapieraum, sondern auch in anderen Situationen (anderen Räumen, im schulischen oder beruflichen Alltag, zu Hause), in denen nicht therapiert wurde, deutliche Veränderungen nachweisbar sind. Situationsgeneralisation ist nachgewiesen, wenn z.B. stotterfreies Sprechen nicht nur im Therapieraum, sondern auch in Alltagssituationen auftritt.

Spontane *Verhaltensgeneralisation* liegt vor, wenn über die therapierte Verhaltensweise hinaus auch andere, nicht-therapierte Verhaltensweisen ebenfalls deutlich verändert werden. Verhaltensgeneralisation ist gegeben, wenn z.B. durch eine Therapie Stottern im Lesen stark reduziert wird und ohne spezifische Maßnahmen Stottern auch im freien Sprechen oder Telefonieren nicht mehr auftritt.

Generalisation über verschiedene Personen liegt vor, wenn Klient A durch eine Therapie erfolgreich behandelt wird und Klient B ohne Therapie ebenfalls symptomfrei wird.

Generalisation über die Zeit (Permanenz) liegt vor, wenn durch die Therapie z.B. Stotterfreiheit nach dem Ende einer Therapie noch Monate (kurzfristig), ein bis zwei Jahre (mittelfristig) oder mehrere Jahre (langfristig) nachgewiesen wird.

Situationsgeneralisation, Verhaltensgeneralisation und Generalisation über die Zeit dürften bei Kindern nach Stottertherapien eher „spontan“ erfolgen (vgl. Kern/Kern 1993 a) als bei Erwachsenen, die in der Regel länger und stärker stottern und für die meist spezifische Generalisationsmaßnahmen notwendig werden (vgl. Kern 1995 a).

Viele der Enttäuschungen über „Mißerfolge“ bei Stottertherapien stammen sicherlich daher, daß Generalisationseffekte nicht rechtzeitig angebahnt bzw. nicht erzielt wurden.

In Anlehnung an *Stokes/Baer* (1977) wurden für die Anbahnung und Verbesserung von Generalisation folgende Empfehlungen (vgl. *Kern* 1994) gegeben:

- Übergänge zwischen Therapie und Alltagssituationen weniger unterscheidbar machen durch Therapieren außerhalb des Therapieraumes (beim Einkaufen, im Elternhaus, im Beruf, im Freizeitbereich etc.), zur Erleichterung von Situationsgeneralisation.
- Therapieren mit verschiedenen Therapeuten (Therapeutengeneralität), in Gegenwart verschiedener Personen (Eltern, Freunden, wichtigen Bezugspersonen).
- Training von Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle.
- Langsames Ausblenden der therapeutischen Hilfen und Kontakte.

St. Louis/Westbrook (1987, 253) schlagen zur Anbahnung und Sicherung von Generalisation bei Sprech- und Sozialängsten, die bei stotternden Klienten ebenfalls oft bestehen, folgendes vor:

- Variieren der Sprechsituationen (von einfachen bis zu schwierigen, von kurzen zu längeren).
- Variieren der Aufgaben (Sprechen, Lesen, Telefonieren, Konversation, Dialog, Rollenspiel, Vortrag halten).
- Variieren der Tageszeit der Therapie.
- Variieren der Reaktionen der Zuhörer (positiv bis negativ).
- Variieren der Situationen (von ähnlichen bis zu unähnlichen, von familiären bis zu nichtfamiliären).
- Hilfe geben durch trainierte Kotherapeuten oder Familienmitglieder.

Selbsttraining und Kotherapeutentraining sind weitere Maßnahmen, um Generalisation anzubahnen. *Kern/Kern* (1993 a) trainierten Eltern, Geschwister und Freunde ihrer Klienten zu Kotherapeuten, damit Generali-

sation vom Therapieraum in Alltagssituationen erleichtert wird.

In der folgenden Therapiestudie werden frühzeitig gezielte Generalisationsmaßnahmen genutzt. Diese sind mit dem gleichen Klienten (Thorsten) in einem Therapiefilm (vgl. *Kern/Kern* 1993 b) dargestellt, in dem neben dem therapeutischen Vorgehen auch die Überprüfung der Therapie- und Generalisationseffekte gezeigt wird.

2. Die verhaltenstherapeutische Stotterbehandlung

Komplexe verhaltenstherapeutische Stotterbehandlungen, die z.B. von *Craig/Feyer/Andrews* (1987); *Ladouceur/Saint-Laurent* (1986) und *Kern/Kern* (1993 a) entwickelt und erprobt wurden, bestehen aus Kombinationen mehrerer Verfahren, die Unterscheidungslernen (vgl. *Ladouceur/Caron/Caron* 1989), die gezielte Modifikation des Sprechprozesses, das frühe Training in Realsituationen (vgl. *Daly* 1987) und Rückfall-Prophylaxe (vgl. *Ladouceur/Caron/Caron* 1989) vorsehen. Sie werden meist in intensiver oder semi-intensiver Form durchgeführt, da für Stottertherapie ein- bis zweistündige Behandlungen als nicht ausreichend angesehen werden (vgl. *Webster* 1986). Semi-intensive Therapien werden inzwischen auch bei Exposition in vivo zur Behandlung von Angststörungen durchgeführt (vgl. *Hand* 1993).

Semi-intensive Therapiedurchführung steht zwischen der üblichen extensiven und der intensiven Therapiedurchführung. Bei semi-intensiver Therapiedurchführung erfolgen täglich drei bis fünf Therapiestunden an aufeinanderfolgenden Tagen innerhalb weniger Wochen. In semi-intensiver Durchführung liegt eine erfolgreiche empirische Untersuchung mit zwei mittelstark stotternden Jugendlichen vor (vgl. *Kern* 1992).

Die Fragestellung lautet, ob durch das komplexe verhaltenstherapeutische Behandlungspaket Stottern klinisch signifikant (Stotterraten unter zwei Prozent) innerhalb und außerhalb des Therapieraumes (Generalisation) kurz- und mittelfristig verändert werden kann. Ferner soll geprüft werden, ob Ergebnisse einer anderen Studie (vgl. *Kern* 1992) replizierbar sind.

3. Methode

3.1 Versuchsplan und Klient

Die Einzeltherapie wurde durch je einen multiplen Grundratenversuchsplan mit Replikationen über Verhaltensweisen und Situationen evaluiert.

Der Klient war zu Therapiebeginn 26 Jahre alt, ledig, Diplom-Ingenieur und arbeitssuchend. Er stotterte sehr stark seit dem fünften Lebensjahr. Mit neun Jahren wurde er 1 1/2 Jahre lang sprachheiltherapeutisch erfolglos behandelt. Erfolgreich sei im Alter von 12 Jahren auch ein sechsmonatiger Aufenthalt in einer Sprachheilschule verlaufen. Eine im Anschluß daran vorgenommene zweijährige logopädische Behandlung brachte nur leichte Verbesserungen. Sein 11 Jahre jüngerer Bruder ist sprachlich unauffällig. Der Klient gilt als selbstsicher, spontan, hatte viele Sozialkontakte und schien Sprechsituationen nur selten zu vermeiden. Er litt zunehmend stärker unter seinem Stottern, da er seit neun Monaten arbeitssuchend war und wegen seiner Sprachprobleme keine Anstellung fand. Die Sprechunflüssigkeit trat in allen sozialen Bereichen auf. Sein Stottern war durch auffälliges nonverbales Verhalten gekennzeichnet (Grimassieren, Verspannungen im Hals- und Brustbereich), durch Silben- und Wortwiederholungen, Blockaden und reduzierter Sprechfrequenz.

3.2 Äußere Bedingungen und Therapievorbereitung

Die Therapie fand in einer Psychologischen Praxis statt. Zu Beginn der Therapie wurden die Anamnesedaten und eine funktionelle Verhaltensanalyse durchgeführt, dem Klienten die *lerntheoretische Sichtweise* der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns erklärt, die vermuteten Wirkungen von Videorückmeldung und willentlichem Stottern erläutert sowie die Durchführung beschrieben (vgl. Kern/Kern 1993 a).

3.3 Die Wirkvariablen (UV's)

Als Wirkvariable gilt das komplexe, verhaltenstherapeutisch konzipierte Therapiepaket, das aus simultaner und zeitlich verzö-

gerter Videorückmeldung, willentlichem Stottern, Selbsttraining, Kotherapeutentraining und spezifischen Generalisationsmaßnahmen besteht (vgl. Kern/Kern 1993 a).

3.4 Registrierung der AV's

Abhängige Variablen waren die Stotterraten (Stotterereignisse pro Minute) und die Sprechgeschwindigkeiten (Worte pro Minute). Je zweiminütige Ton- oder Videoaufnahmen wurden als Stotterraten bzw. Sprechraten getrennt für Lesen, Erzählen und Sprechen innerhalb und außerhalb des Therapie- raums erfaßt und ausgewertet (näheres siehe Kern/Kern 1993 a).

3.5 Therapiedurchführung

Die Therapie wurde in semi-intensiver Form (4 Therapiestunden, 12 Sitzungen) zuerst im Lesen und zeitversetzt ab der 2. Sitzung gleichzeitig im Erzählen und Sprechen durchgeführt. Um Generalisationseffekte in den Alltag zu ermöglichen, erfolgten vier Therapiesitzungen im Studio/Hörsaal, ein Selbsttraining, an dem je ein zuvor trainiertes Familienmitglied teilnahm, und zwei Therapiesitzungen am Arbeitsplatz.

Zum *Selbsttraining* erhielt der Klient eine komplette Videoausrüstung, die er mit nach Hause nahm, um dort vier Wochen lang mit Familienmitgliedern drei mal pro Woche je 30 Minuten zu trainieren. Nach jeder Übung analysierte er seine Videoaufzeichnungen und wertete sie aus. Um die Generalisation zu erleichtern, wurden Familienmitglieder von der Therapeuten als Kotherapeuten trainiert.

4. Ergebnisse: Graphische Analysen

Therapiebegleitende Messungen der Stotterraten (AV1) und Sprechgeschwindigkeiten (AV2) erfolgten im Therapie- raum und während der Generalisationsmaßnahmen.

4.1 Therapie- raum

Im *Lesen* stotterte der Klient während der Grundrate um 13 Prozent. Mit Therapiebeginn konnte er sofort die Stotterrate auf unter fünf Prozent reduzieren und in den folgenden Sitzungen weiter senken bei norma-

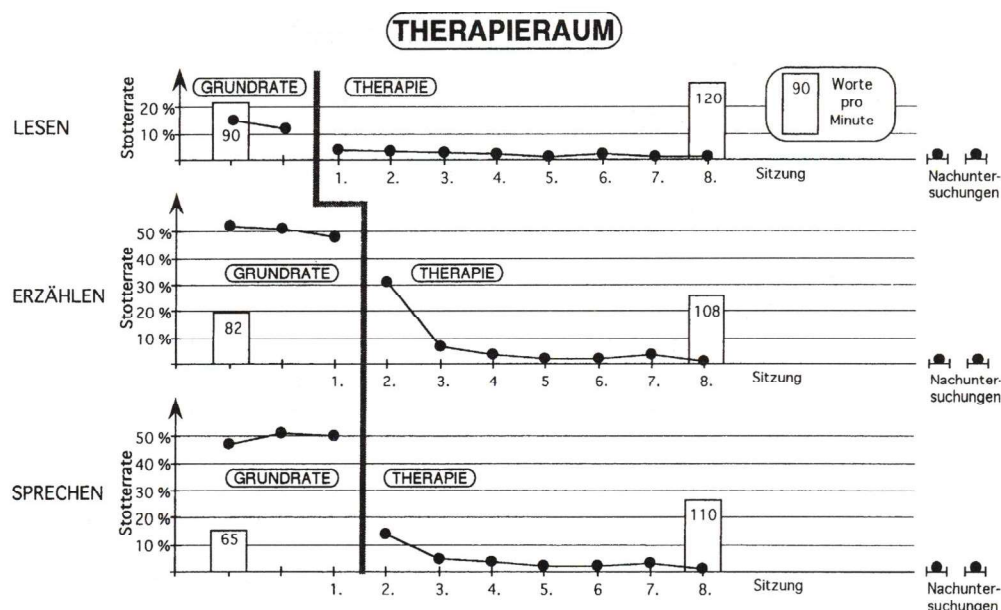


Abbildung 1: Stotterraten (Anzahl der Stotterereignisse in Prozent) und Sprechraten (Anzahl der gesprochenen Worte pro Minute – siehe Säulendiagramme) im Lesen, Erzählen und Sprechen im Therapieraum während und nach der Therapie sowie bei den 12- bzw. 30monatigen Nachuntersuchungen.

ler Sprechgeschwindigkeit (120 +/- 20 Worte pro Minute).

Im *Erzählen* stotterte er während der Grundrate um 50 Prozent. Mit Therapiebeginn in der 2. Sitzung konnte er seine Stotterrate auf ca. 30 Prozent, dann auf 6 Prozent reduzieren und auf geringem Niveau stabilisieren.

Im *Sprechen* gelang dem Klienten in der 2. Sitzung eine drastische Reduzierung auf ca. 15 Prozent, der weitere Verbesserungen folgten. Nach diesen Erfolgen im Therapieraum war der Nachweis von Generalisation im Alltag entscheidend.

4.2 Generalisationsmaßnahmen

Im *Studio/Hörsaal* lag seine Stotterrate über 40 Prozent und stieg kurzfristig mit Therapiebeginn in der 3. Sitzung an. In der 4. Sitzung gelang dem Klienten eine sehr einschneidende Reduktion der Stotterrate auf

ca. sieben Prozent, der weitere Verbesserungen folgten.

Zu *Hause* stotterte der Klient über 20 Prozent, bis er durch Selbsttraining sein Stottern auf ca. 10 Prozent senkte. Nach einer kurzen Therapiesitzung mit Familienmitgliedern erzielte er stotterfreies Sprechen zu Hause ab der neunten Sitzung.

Bei der *Arbeit* stotterte der Klient, obgleich er in allen anderen Bereichen schon seit Monaten stotterfrei sprach. Erst durch zwei zweistündige Therapiesitzungen im Büro (mit sechs Kollegen) konnte er Stottern auf unter ein Prozent reduzieren und stabilisieren.

4.3 Therapieerfolg

Von Therapieerfolgen kann nur gesprochen werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind: Interne Validität, unterschiedliche Aspekte der externen Validität, klinische Signifikanz, normative und soziale Validität.

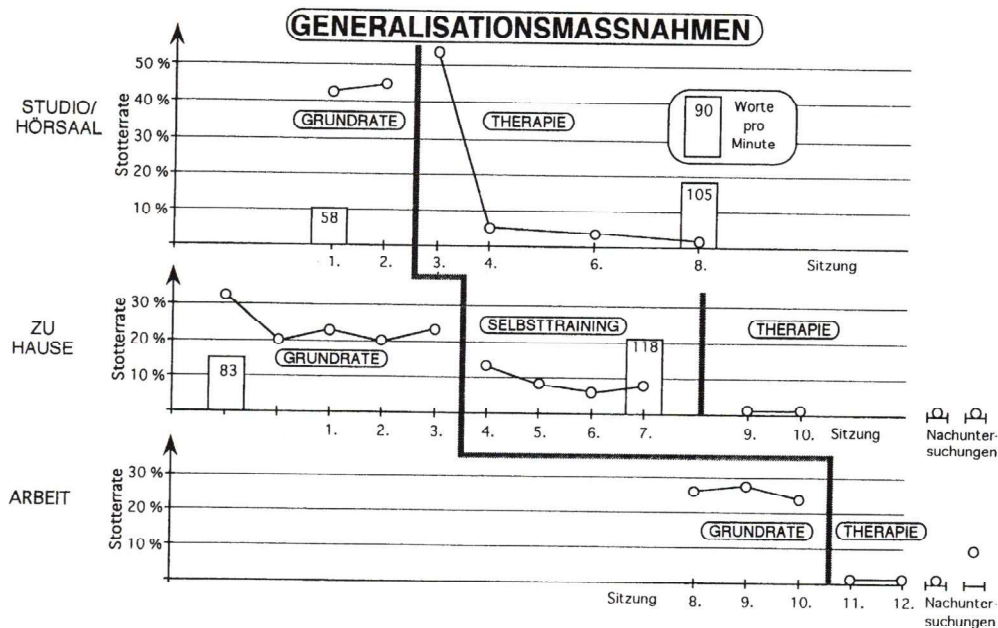


Abbildung 2: Stotterraten (Anzahl der Stotterereignisse in Prozent) und Sprechraten (Anzahl der gesprochenen Worte pro Minute – siehe Säulendiagramme) außerhalb des Therapieraumes im Studio, zu Hause, am Arbeitsplatz (Generalisationsmaßnahmen) während und nach der Therapie sowie bei den 12- und 30monatigen Nachuntersuchungen. Die vier Meßpunkte im Selbsttraining bilden den Durchschnittswert pro Woche ab.

Für intern valide Ergebnisse spricht der Verlauf der beiden multiplen Grundratenversuchspläne, da nach stabilen Grundraten starke und schnelle Veränderungen der Stotterraten jeweils mit Therapiebeginn stattfanden. Damit sind Faktoren wie Reifung, zwischenzeitliche Ereignisse oder andere unspezifische Effekte als Erklärungen unwahrscheinlich.

Externe Validität (Allgemeingültigkeit) setzt den Nachweis von interner Validität voraus und bezieht sich auf den Nachweis von Generalisationseffekten über Verhaltensweisen (Verhaltensgeneralisation), Situationen (Situationsgeneralisation), Generalisation über die Zeit (Permanenz) sowie klinische Signifikanz, normative und soziale Validität.

- *Spontane Verhaltensgeneralisation* vom Lesen zum Erzählen und Sprechen im Therapieraum trat nicht auf. Erst nachdem im Erzählen und Sprechen therapiert wurde, konnten in diesen Modalitäten die Stotterraten deutlich gesenkt werden.

piert wurde, konnten in diesen Modalitäten die Stotterraten deutlich gesenkt werden.

- *Spontane Situationsgeneralisation* vom Therapieraum zum Studio/Hörsaal, nach Hause und zur Arbeit trat ebenfalls nicht auf. Erst als in diesen Situationen die Therapie durchgeführt wurde, konnten jeweils starke und anhaltende Therapieeffekte nachgewiesen werden.
- *Generalisation über die Zeit* konnte 12 und 30 Monate lang belegt werden. Im Arbeitsbereich war Thorsten 12 Monate nach der Therapie stotterfrei und in der Lage, bei beruflichen Fortbildungen mehrere Vorträge stotterfrei zu halten. Nach einem Jahr kam im Arbeitsbereich Stottern vor, jedoch auf so geringem Niveau, daß Thorsten seine berufliche Karriere dadurch nicht behindert sieht. Im Elternhaus und beim Telefonieren konnte

te stotterfreies Sprechen bis zu 30 Monaten nachgewiesen werden.

- *Klinische Signifikanz* (vgl. *Jacobson/Revenstorf* 1988) liegt vor, da zwischen den Stotterraten der Grundraten und den Stotterraten am Ende der Therapie keine Überlappungen vorkommen (siehe Abb. 1 und Abb. 2) und sich die Stotterraten der Grundraten um mehr als zwei Standardabweichungen von den Werten am Therapieende unterscheiden.
- *Normative Validität* ist belegt, da Stotterfreiheit erreicht wurde oder so geringe Stotterraten erzielt wurden, die als symptomfrei (vgl. *Ladouceur/Caron/Caron* 1989) zu bezeichnen sind.
- *Soziale Validität* ist nachgewiesen, da wichtige Bezugspersonen wie Eltern, Freunde und Kollegen die Veränderungen durch die Therapie als Erfolg bewerteten.

5. Diskussion und Schlußfolgerungen

Die *semi-intensive* Therapiedurchführung entsprach den Bedürfnissen des Klienten nach rascher therapeutischer Hilfe. Die verhaltenstherapeutische Behandlung führte in allen Bereichen zu stotterfreiem Sprechen bei angemessener Sprechgeschwindigkeit, obgleich Thorsten seit 21 Jahren stotterte. Die erzielten Therapieeffekte konnten intern und extern valide und 30 Monate lang nachgewiesen werden. Mit klinischer Signifikanz, normativer und sozialer Validität wurden die wichtigsten Therapie-Erfolgskriterien erfüllt, die den Nachweis von Generalisationseffekten in den Alltag und Beruf einschließen. Die Therapie führte damit zur Replikation einer früheren Therapiestudie (vgl. *Kern* 1992). Es war sicherlich kein Zufall, daß Thorsten sich vor der Therapie neun Monate lang ohne Erfolg um eine Arbeitsstelle bewarb. Am Ende der Therapie führte er mehrere Bewerbungsgespräche, sprach dabei stotterfrei und erhielt kurze Zeit später eine Anstellung als Ingenieur.

Da Thorsten nach einem Jahr gelegentlich am Arbeitsplatz stotterte, könnte durch ein Selbsttraining wie zuvor im Elternhaus die Rückgewinnung stotterfreien Sprechens am Arbeitsplatz möglich sein. Ein Nachtraining

wäre eine zweite Alternative. Bei erwachsenen Klienten, die seit Jahrzehnten stark stottern, ist ein teilweiser Rückfall nicht ungewöhnlich und sollte nicht zur Entmutigung führen. Über einen Zeitraum von 13 Jahren konnte Stotterfreiheit bei einem stark stotternden Erwachsenen wiederholt bis zu vier Jahren erzielt werden (vgl. *Kern* 1995 b), während bei sieben jüngeren Klienten Stotterfreiheit ohne Rückfälle 36 Monate lang nachgewiesen werden konnte (*Kern/Kern* 1993 a).

Als „*Generalisations-Falle*“ bezeichnet *Jacobson* (1989) die Tendenz, zu hohe Erwartungen hinsichtlich der Therapieeffekte zu haben, d.h. die Annahme, daß Behandlungseffekte spontan bzw. anhaltend generalisieren. Verständnis, Einsicht, Kompetenz, günstige Attributierungen und eine gute Therapeut-Klient-Beziehung allein führen bei Stottertherapien mit Erwachsenen in der Regel nicht zu spontaner Generalisation (vgl. *Kern* 1995 b). Obgleich Thorsten durch Lektüre über die Therapie informiert war (Verständnis), er die Therapieverfahren gut begründen konnte (Einsicht), sein Verhalten selbst zu analysieren vermochte (Kompetenz) und er durch das therapiebegleitende Feedback von der Veränderbarkeit seines Stotterns überzeugt war (günstige Attributierung), bewirkten diese *kognitiven Variablen keine spontane Generalisation* in die häusliche, soziale und berufliche Umgebung, wie andere Untersuchungen ebenfalls belegen (vgl. *Allen et al.* 1991). Generalisation wurde systematisch und frühzeitig im therapeutischen Prozeß bereits in der dritten Sitzung angebahnt. Diese Generalisationsmaßnahmen und den Therapieverlauf mit Thorsten zeigt ein Therapiefilm (vgl. *Kern/Kern* 1993 b). Das Therapieren in lebensnahen Situationen gehört zu den wichtigsten Maßnahmen, über die ein Therapeut verfügen kann, um seinen Klienten eine möglichst wirksame Hilfe zur Generalisationsanbahnung zu gewähren (vgl. *Grawe u.a.* 1994, 705).

Literatur

- Allen, J.S., Tarnowski, K., Drabmann, R.S.*: The generalization map revisited: Assessment of generalized treatments effects in child and adolescent behavior therapy. *Behavior Therapy* 22 (1991), 393-405.

- Craig, A., Feyer, A., Andrews, G.: An overview of behavioral treatment for stuttering. *Australian Psychologist* 22 (1987), 53-62.
- Daly, D.A.: Use of the home VCR to facilitate transfer of fluency. *Journal Fluency Disorders* 12 (1987), 103-106.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen 1994.
- Hand, I.: Aktuelle Information zu Kassenleistungen bei Exposition in vivo. *Verhaltenstherapie: Praxis, Forschung, Perspektive* 3 (1993), 141.
- Jacobson, N.S.: The maintenance of treatment gains following social learning-based marital therapy. *Behavior Therapy*, 20 (1989), 325-336.
- Jacobson, N.S., Revensdorf, D.: Statistics of assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment* 10 (1988), 133-145.
- Kern, H.J.: Semi-intensive Stottertherapie: Verhaltenstherapie durch Videorückmeldungen und willentliches Stottern. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 13 (1992), 153-169.
- Kern, H.J., Kern, M.: Verhaltenstherapeutische Stotterbehandlung. Stuttgart 1993 a.
- Kern, H.J., Kern, M.: Kernsche Intensiv Stottertherapie. Ein Video-Therapiefilm mit Thorsten für Studenten, Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten, VHS. Institut für Stottertherapie – Hausmannweg 24-26160 Bad Zwischenahn.
- Kern, H.J.: Therapie- und Trainingserfolge: Wie werden Generalisation und Permanenz erreicht? *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 15 (1994) 2, 166-186.
- Kern, H.J.: Praxisforschung und Generalisationsanbahnung: Intensiv Stottertherapie in Deutsch und Arabisch. *Report Psychologie*, 20, 10, 23-29.
- Kern, H.J.: Wann ist eine Therapie ein Erfolg? Stottertherapie, Einzelfallforschung, Nachtrainings und 13 Jahre Katamnese. *Sprache-Stimme-Gehör* (1995), 126-131.
- Ladouceur, R., Saint-Laurent, L.: Stuttering: A multi-dimensional treatment and evaluation package. *Journal of Fluency Disorders* 11 (1986), 93-103.
- Ladouceur, R., Caron, C., Caron, G.: Stuttering severity and treatment outcome. *Journal Behavior Therapy and Exp. Psychiatry*, 20 (1989), 49-56.
- Stokes, T.F., Baer, D.: An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis* 10 (1977), 344-367.
- St.Louis, K.O., Westbrook, J.B.: The effectiveness of treatment for stuttering. In: Rustin, L., Purser, H., Rowley, D. (Hrsg.): *Progress in the treatment of fluency disorders*. London 1987, 235-238.
- Webster, R.L.: Postscript: Stuttering therapy from a technological point of view. In: Shames, G.H., Rubin, H. (Hrsg.): *Stuttering then and now*. Columbus 1986.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Horst J. Kern
Erziehungswissenschaftliches Institut II,
Fachbereich 1 der Universität Oldenburg
Postfach 25 03
26111 Oldenburg.

Arbeitsschwerpunkte von Prof. Dr. H. J. Kern:
Verhaltenstherapie, Verhaltensmodifikation,
Diagnostik und Einzelfallforschung.

Im Gespräch

Ömer Faruk Demirel, Berlin

Sprachstörungen bei Ausländerkindern. Anmerkung zu einem Buch von Wolfgang Wendlandt¹

Die vorliegende Veröffentlichung richtet sich an Experten und Studenten auf dem Gebiet der Sprachstörungen. Gleichzeitig richtet sich diese Veröffentlichung an Laien und besonders an die Eltern sprachgestörter Kinder. Dieses Buch möchte als ein Einführungsbuch einen Einstieg der Laien in diese Problemfelder ermöglichen. Nach *Wendlandt* kann den sprachgestörten Kindern und deren Familien früher geholfen werden, wenn die Betroffenen über die Sprachentwicklungsstörung und über den Umgang damit rechtzeitig informiert werden. Der Materialband umfaßt folgende Bereiche: „Wie Kinder sprechen lernen“, „Zum Ablauf der Sprachentwicklung“, „Hören und Sprechen“, „Störungen des Sprechens und der Sprache“, „Sprachförderung“, „Sprachauffälligkeiten bei ausländischen Kindern“, „Fachleute, Institutionen und Finanzierung“. Der Autor behandelt diese Themen kurz und in einer Art, die jedem verständlich ist. Das Buch ist sozusagen eine Zusammenfassung der allgemein gültigen Meinungen. Diese Themen sind auch in vielen anderen sprachheilpädagogischen Publikationen behandelt worden. Aber in diesem Werk sind diese Themen gemäß den Zielen des Autors in der Art und Weise behandelt worden, daß es auch die Laien verstehen und Empfehlungen des Autors in die Praxis umsetzen können.

Der Autor hat aber noch ein Thema behandelt, welches von den anderen Autoren bis jetzt nicht behandelt worden ist: nämlich sprachgestörte Ausländerkinder. Gerade dieser Punkt macht das Werk interessanter. Aus diesem Grund möchte ich hier die „Sprachstörung bei den Ausländerkindern“ in den Vordergrund bringen. Ich möchte hier, ohne auf die gesamten Probleme der Ausländer in Deutschland einzugehen, die Situation der Ausländer in Deutschland kurz schildern. Erst durch diese allgemeine und globale Schilderung kann man die Sprachstörungen bei den Ausländerkindern besser verstehen.

Die Ausländerkinder sind auch in der sprachheilpädagogischen Literatur benachteiligt. Sprachstörungen bei den Ausländerkindern wurden bisher sehr wenig behandelt. Es wurde auch in den anderen Publikationen des Autors über Sprachstörungen bei den ausländischen Kindern beklagt, daß dieses Thema in der sprachheilpädagogischen Literatur wenig Beachtung gefunden hat. Die Benachteiligung und Vernachlässigung der Ausländer in verschiedenen Bereichen des Alltagslebens ist inzwischen weitgehend anerkannt. Die Ausländer befinden sich so in einer recht-

lich und sozial unsicheren, benachteiligten und vernachlässigten Situation. Unter diesen und ähnlichen ungünstigen Bedingungen wachsen die Ausländerkinder in Deutschland auf.

Die ausländischen Eltern sind wegen ihres niedrigen Bildungsniveaus meist nicht imstande, ihre Kinder sprachlich zu fördern und auf die Schule vorzubereiten. Ein großer Teil der Ausländer kann die Besonderheiten der Migration nicht wahrnehmen. Aus diesem Grund vollzieht sich Sozialisation bei den Ausländerkindern sehr defizitär. Unter diesen Umständen vollzieht sich bei den Ausländerkindern Spracherwerb, Schul- und Berufsausbildung. Kurz gesagt, sie werden von dieser besonderen Migrationssituation auf allen Ebenen des Lebens ziemlich stark beeinflusst. Da bei den Ausländern meistens beide Elternteile berufstätig sind, müssen die Ausländerkinder mit 2 bis 3 Jahren deutsche Kindergärten besuchen. Das heißt, daß die Kinder mit dem Erwerb der zweiten Sprache in den Kindertagesstätten beginnen, ohne ihre erste Sprache und die damit verbundenen Fähigkeiten ausreichend erworben zu haben. Diese Situation hat negative Auswirkungen auf den gesamten Spracherwerb. In so einer schwierigen Situation befinden sich die Ausländer. Von diesen Ausländern kann man nicht einfach erwarten, daß sie ihre Probleme selbst lösen können. Der Autor setzt sich für die „ausgewogene Zweisprachigkeit“ ein. „Von einer „ausgewogenen Zweisprachigkeit“ ist dann die Rede, „wenn eine Person beide Sprachen so beherrscht, daß jede der Sprachen in allen wichtigen Lebensbereichen verfügbar ist“ (*Wendlandt* 1992, 80). Nach *Wendlandt* ist der Erwerb einer Sprache sehr wichtig. Erstspracherwerb bildet eine gute Basis für den Zweitspracherwerb. Die Richtigkeit dieser Meinung wird von vielen Wissenschaftlern bestätigt. Aber leider wird in der Praxis diese Meinung kaum Beachtung finden.

Der Autor betont mit Recht, daß die sogenannte „doppelte Halbsprachigkeit“ bei den Ausländerkindern sehr oft vorkommt. Die Erscheinung des Semilingualismus ist bei den Ausländerkindern eine Tat-

¹ Wolfgang *Wendlandt*: Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Frühförderung und Beratung. Stuttgart, New York 1992. *Hinweis der Redaktion*: Dieses *Wendlandt*-Buch ist in Heft 5/1993, 262-263 dieser Zeitschrift (von *Kleinert-Molitor*) rezensiert worden.

sache. Es wurde auch von Stölting (1980) eindeutig bewiesen, daß bei den serbischen und kroatischen Kindern semilinguale Erscheinungen in großem Maße auftauchen. Dysgrammatismus und andere Arten der Sprachstörungen kommen bei den ausländischen Kindern ziemlich häufig vor. „Sprachtherapeuten und Diagnostiker müssen bei ihrer Arbeit berücksichtigen, daß Störungen des Sprechens und der Sprache beim Deutschsprechen ausländischer Kinder immer auf dem Hintergrund und in Abhängigkeit von der muttersprachlichen Entwicklung zu betrachten sind. Daher ist es wichtig – unabhängig von der jeweiligen Symptomatik und vor dem spezifischen Einsatz logopädischer oder sprachheilpädagogischer Methoden – die folgenden Maßnahmen als Basisinterventionen einzuleiten bzw. anzuregen.“ (Wendlandt 1992, 82).

Tagtäglich werden in verschiedenen deutschen Kliniken bei den Abteilungen für Phoniatrie ausländische Kinder untersucht. Gerade hier beginnen die Probleme. Die Sprachtherapeuten und Logopäden haben eine Ausbildung, die sie befähigt, die monolingualen deutschen Kinder zu behandeln. Daher können die Logopädinnen für die ausländischen Kinder sowieso nicht viel machen. Bei der Ausbildung der Logopädinnen muß unbedingt auch das Thema „Behandlung bilingualer sprachgestörter Kinder“ behandelt werden.

Bei den bilingualen Kindern ist meistens eine der beiden Sprachen dominant. Daher muß die ganze Diagnostik und Therapie in dieser dominanten Sprache geschehen. Aber zur Zeit existiert kein Sprachtest für bilinguale Kinder. Solange man für die bilingualen Kinder keine geeigneten Sprachtests und Strategien für Sprachtherapie entwickelt hat, wird sowohl die Diagnostik als auch die Therapie fehlerhaft sein und vielleicht eher Schaden als Nutzen bringen. Aus diesem Grund müssen dringend in erster Linie Sprachentwicklung und Sprachstörungen bei den bilingualen Kindern in Deutschland untersucht werden. Ich möchte als Beispiel türkische Kinder in Deutschland nennen. Die erste Voraussetzung der Erforschung der bilingualen Sprachentwicklung ist die Erforschung der monolingualen Sprachentwicklung. Die Erforschung der Sprachentwicklung monolingualer türkischer Kinder befindet sich am Anfang. Man muß feste, sichere Daten zur Untersuchung der Sprachentwicklung bilingualer türkischer Kinder haben. Erstens muß für die Untersuchung bilingualer türkischer Kinder ein geeignetes Instrumentarium entwickelt werden. Zweitens muß man mit den monolingualen vergleichbare bilinguale Gruppen haben. Dementsprechend müßte nach soziolinguistischen und psycholinguistischen Kriterien eine Untersuchung zur bilingualen Sprachentwicklung türkischer Kinder gemacht werden. Erst dann kann man über die Sprachentwicklung türkischer Kinder eine klare Meinung haben.

Die Behandlung und Therapie sprachgestörter türkischer Kinder bedarf noch weiterer Forschung.

Sprachstörungen, insbesondere Dysgrammatismus, lassen im ganzen Leben des Kindes Spuren hinter sich. Viele Autoren (Wendlandt, Ihssen, u.a.m.) klagen mit Recht, daß dieses Problem unverständlicherweise überhaupt nicht untersucht wird. Aus welchem Grund wird Dysgrammatismus bei den ausländischen Kindern nicht untersucht? Mit welchen Gründen kann man dies erklären, und mit welchen Mitteln kann man die Nicht-Untersuchung dieses Problems begründen? Und man kann auch fragen, warum Ausländer benachteiligt werden? Nach Wendlandt ist dieses Problem sogar den Politikern bekannt. „Dabei ist die Relevanz des Problems ‘Sprachstörungen’ seit einiger Zeit auch auf der politischen Ebene bekannt: Der Berliner Senat beschreibt z.B., daß ‘viele ausländische Jugendliche ... unter Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachstörungen’ leiden (vgl. Antwort des Berliner Senats zur Anfrage Nummer 4175 vom 28.2.1988 über die ‘gesundheitliche Situation bzw. Versorgung der ausländischen Jugendlichen in Berlin’) (Wendlandt 1991, 151). Also ist das Problem auch den Politikern bekannt. Wenn das Problem bekannt ist, dann müssen auch die Folgen dieses Problems bekannt sein.“

Nach meiner Meinung hat die Wissenschaft die Aufgabe, sich mit den Problemen und Fragen der Menschen zu beschäftigen. Danach sind die Wissenschaftler verpflichtet, die Probleme der Menschen zu erforschen und als Lösungen Alternativen zu entwickeln. Die sogenannten Gastarbeiter sind bestimmt nicht verpflichtet, Dysgrammatismus zu erforschen. Allein mit dieser Arbeit und mit den in der Literatur erwähnten Publikationen hat Wendlandt seine Aufgabe als Wissenschaftler erfüllt. Aber wo sind denn die anderen? Wie ich oben angedeutet habe, hat das Werk die Ziele des Autors erreicht. Einen Punkt möchte ich noch betonen, daß die Behandlung der Sprachstörung bei den Ausländerkindern in diesem Buch nur einen Anfang zur Lösung dieses Problems darstellt. Dieses Werk empfehle ich eigentlich allen Eltern und denjenigen, die den Eltern sprachgestörter Kinder Informationen geben und sprachgestörte Kinder behandeln.

Literatur

- Demirel, Ö.: Rezension zu Schwenk, H. (1988): „Das Sprachvermögen zweisprachiger türkischer Schüler“. Tübingen. *Acta Orientalia* 1992/1993, 357-367.
- Dupuis, G.: Sprachentwicklung, Förderung und therapeutische Hilfen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Sonderschule in Niedersachsen 3(1978), 78-85.
- Heidtmann, H.: Ausländer als Zielgruppe der Sprachbehindertenpädagogik. In: Heese, G., Reinartz, A. (Hrsg.): Aktuelle Beiträge zur Sprachbehindertenpädagogik. Berlin 1981, 224-240.
- Ihssen, W.: Die Bedeutung von Linguistik, Psycholinguistik und Soziolinguistik für die Sprachbehinder-

tenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22(1977), 165-176.

Stölting, W.: Die Zweisprachigkeit jugoslawischer Schüler in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 1980.

Ünsal, F., Wendlandt, W.: Doppelte Halbsprachigkeit bei türkischen Migrantenkindern. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): *Behinderung, Pädagogik, Sprache. Tagungsbericht der 19. Fortbildungs- und Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 27.-29. September 1990 in Marburg*. Hamburg 1991, 326-333.

Wendlandt, W.: Kommunikationsstörungen in der Migration. Zum Problem des Stotterns und seiner Behandlung bei ausländischen Mitbürgern. Die Sprachheilarbeit 33(1988), 193-196.

Wendlandt, W., Möller, C., Resche, B.: Störungen des Sprechens und der Sprache bei ausländischen Kindern und Jugendlichen in Berlin. Eine empirische Untersuchung. Forschungsbericht: Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Berlin 1990.

Wendlandt, W.: Stadtteilbezogene Projektarbeit mit sprachgestörten ausländischen Mitbürgern. Soziale Arbeit 5(1991).

Anschrift des Verfassers:

Ömer Faruk Demirel
Heideläufferweg 69
12353 Berlin

dgs – Nachrichten

Aus der Arbeit des Hauptvorstandes

Vorschläge der dgs für die Kultusministerkonferenz (KMK) zu den Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Sprache

Die Kultusministerkonferenz hat bekanntlich eine Arbeitsgruppe eingesetzt mit der Aufgabe, neue Empfehlungen für die sonderpädagogische Förderung als Ersatz für die seit 1972 geltenden zu erarbeiten.

Bisher wurde der allgemeine Teil: „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ (1994) erstellt. Gegenwärtig werden Empfehlungen zu den einzelnen Förderschwerpunkten erarbeitet. Die dgs hat in einem Positionspapier ihre Vorstellung zum Förderschwerpunkt Sprache dargelegt. Der Hauptvorstand hat in seiner Sitzung vom 21. bis 23.09.1995 in Heilbronn beschlossen, diese Vorschläge öffentlich zugänglich zu machen. Es kann bei Bedarf bei den Landesgruppenvorsitzenden angefordert werden.

Gerhard Homburg

LG Bremen

Aktuelles aus Bremen

Wie in anderen Bundesländern vollzieht sich auch in Bremen eine Debatte um die Einrichtung von Förderzentren.

Wie bereits berichtet, begann mit dem Schuljahr 1994/95 in Bremen-Nord ein entsprechender Versuch. Drei Standorte von Lernbehinderten-Schulen wurden zu Förderzentren umgewandelt, verbunden mit der Auflösung der regionalen Sprachheilschule und der Aufgabe der Selbständigkeit der Schule für

Entwicklungsgestörte. Sicher bringt eine solche Entwicklung auch Chancen. Diese müssen aber sorgfältig gegen Risiken abgewogen werden. Wenn sich das Vorhaben nicht bewährt, wird die Auflösung einer Sprachheilschule unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht mehr rückholbar sein.

Ohne die in Bremen-Nord gewonnenen Erfahrungen abzuwarten oder gar durch eine wissenschaftliche Begleitung abzusichern, wurde gleich nach dem Start in Bremen-Nord von der Schulbehörde mit großer Eile die Übertragung des Modells auf Bremen-Stadt zum Schuljahr 1995/96 betrieben. Verbunden damit war der Plan der jeweils hälftigen Auflösung der Sprachheilschule Thomas-Mann-Straße in den nächsten 1 1/2 Jahren. Anfänglich noch verhalten vorgetragene Skepsis und Distanziertheit kumulierte schließlich in einem Proteststurm der betroffenen Grund- und Sonderschulen, von Eltern und Fachverbänden, der seine Wirkung nicht verfehlte: Die zuständige Behörde hat die Ausweitung der Förderzentrumpläne auf Bremen-Stadt zunächst ausgesetzt und die weitere Entwicklung abhängig gemacht von der Auswertung der Erfahrungen in Bremen-Nord und von gesicherten Ressourcen.

Um seinen Einfluß auf das Geschehen zu wahren, bot der Senator für Bildung noch vor der Wahl den beteiligten Grund- und Sonderschulen in einer Kooperationsvereinbarung, deren Unterzeichnung derzeit noch aussteht, ein modifiziertes Verfahren an u.a. mit der Einrichtung eines Planungsbeirats.

Inzwischen hat Bremen gewählt. Die Bremer Ampel wurde durch eine Große Koalition abgelöst, die andere Akzente der Bildungspolitik setzt.

Da vermutlich die Entwicklung von überregionalem Interesse ist, werden hier die entsprechenden Passagen der Bremer Koalitionsvereinbarung zitiert.

Bildung

Pos. 35: SPD und CDU vertreten zum Schulsystem sehr unterschiedliche Grundpositionen. Für die politische Zusammenarbeit bedeutet dies, daß man in einem Kompromiß aufeinander zugeht und dabei die eigene Position nicht voll realisieren kann. Die SPD verzichtet auf die Fortsetzung des Integrationssystems, die CDU verzichtet auf die Abschaffung der Stufenschule. Die politische Arbeit der nächsten 4 Jahre soll unter der Zielsetzung „Schulfrieden“ erfolgen und erneute radikale Umbrüche in der Schulorganisation vermeiden. Im Mittelpunkt soll die Beseitigung der Probleme stehen, die Schüler, Lehrer und Eltern im konkreten Alltag besonders belasten.

Pos. 41: Im Hinblick auf die Integration von Behinderten sollen im kommenden Schuljahr 1995/96 die betroffenen Grund- und Sonderschulen in Bremen-Stadt in einen Erfahrungsaustausch mit den beteiligten Schulen in Bremen-Nord eintreten und die mögliche Integration der Lern-, Sprach- und Entwicklungs-Behinderten auf der Grundlage der vorläufigen Auswertung der dortigen Erfahrungen beraten. Über eine Fortsetzung der Integration der Behinderten (d.h. die Errichtung von Förderzentren) wird nach Vorlage dementsprechender Beratungsergebnisse entschieden. Dabei sind die Ressourcenrichtwerte von Bremen-Nord zugrunde zu legen.

Die Landesgruppe Bremen hat ihre Kriterien für die Bewertung des Probelaufs erarbeitet. Sie ist gegenwärtig bemüht, von den Kolleginnen und Kollegen aus Bremen-Nord Rückmeldungen über die Erfahrungen bei der Förderung sprachbehinderter Schülerinnen und Schüler zu erhalten. Von besonderer Bedeutung ist,

- wie weit bisher sprachbehinderten Kindern gewidmete Stunden diesen zugute kommen oder anderweitig verbraucht werden,
- ob die angestrebte integrierte Förderung möglich ist, wie weit sie gelingt oder mißlingt,
- ob die integrierte Förderung in der bisherigen Qualifikation der beteiligten Kolleginnen und Kollegen möglich ist.

Über das Ergebnis und die weitere Entwicklung wird zu gegebener Zeit zu berichten sein.

Gerhard Homburg

LG Rheinland

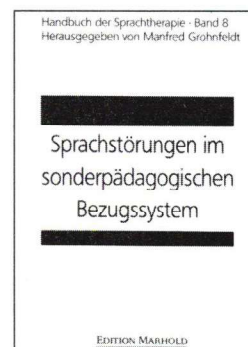
Sprachheilhilfen durch Kommunen

Fachliche Hinweise und Anregungen des Landesarztes für Sprachgeschädigte Rheinland – (Neuregelung vom 1. Juli 1995)

Die Richtlinien für die ambulante Sprachheilhilfe im Rheinland wurden neu gefaßt. Nach einer einjährigen Zustimmungsphase durch den Städte- und Kreistag wurden neue Empfehlungen durch den Landschaftsverband Rheinland – genauer durch den zuständigen Landesarzt für Sprachgeschädigte Rheinland – herausgegeben und den Verwaltungen der Kommunen zugeleitet. Diese neuen Empfehlungen sind ab Juli 1995 zu beachten und gelten für den Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland; dieser umfaßt die Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln.

Die Richtlinien können angefordert werden beim Landesarzt für Sprachgeschädigte, Rheinland, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn; Tel.: 02 28/5 51 26 46.

Rezensionen



Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Sprachstörungen im sonderpädagogischen Bezugssystem. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 8, Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Spiess, Berlin 1995. XVIII, 475 Seiten mit mehreren Abbildungen und Tabellen Oktav, gebunden, 98,— DM

Die jetzt auf acht Bände erweiterte Handbuchreihe will sich – so der Herausgeber – an alle in der Sprachtherapie Tätigen wenden und ein möglichst breites Spektrum vor allem sprachtherapeutischer Verfahren vorstellen sowie zur Diskussion bringen. Dabei wird bewußt Wert auf Pluralismus gelegt, „um eine vermeintliche Widerspruchsfreiheit gar nicht erst naheulegen“ (V).

Der Band 8, der hier zur erweiterten Rezension kommt, macht erneut die Interdisziplinarität unseres Fachgebietes sehr deutlich, einer Disziplin, die sich aktuell in einer besonders bedeutsamen Phase des Umbruchs befindet. Neue sowie erweiterte Aufgaben und Zuständigkeiten prägen – neben bereits besetzten – das Zukunftsbild dieses Wissenschaftszweiges. Hierfür nicht zuletzt möchte die nun vorliegende Publikation einen Beitrag leisten. Sie gliedert dabei

in: Grundlegende Erörterungen, sonderpädagogische Spartenbildung mit der Frage nach Sprachstörungen als gemeinsamem Nenner, in praxisorientierte Überlegungen zur Komplexität von Sprachstörungen und schließt mit der Darstellung von Einzelaspekten ab.

Um es bereits vorweg zu sagen: Zu allen Teilen des Bandes ist es dem Herausgeber auch diesmal wieder gelungen, kompetente Fachvertreter/innen zu gewinnen, die den sehr breiten Themenbereich informativ abhandeln. Die Adressaten des Bandes erhalten so ein gut fundiertes Informations- und Nachschlageangebot (wenn auch natürlich in unterschiedlicher Ergiebigkeit – wie könnte es anders sein?).

Ein „Wermutstropfen“ ist leider der Kaufpreis. So sind – man denke hierbei z.B. auch an Studierende, denen diese Publikation(sreihe) ebenfalls sehr zu empfehlen ist – die fast 100 DM zum Erwerb des einen Bandes eine nicht unerhebliche Ausgabe. Dabei ist mir durchaus bekannt, daß der Kaufpreis für ein so umfangreiches Buch (insgesamt ca. 470 Seiten) in dieser Ausstattung bei uns in Deutschland leider kaum unter jenes Preisniveau gesenkt werden kann. Bedauerlich ist es aber allemal!

Da es den Rahmen einer Rezension sprengen müßte, wollte man angemessen ausführlich auf jeden Einzelbeitrag eingehen, muß ich mich hier weitgehend auf eine stichwortartige Aufzählung beschränken.

Grohnfeldts einleitender Beitrag „Sprachstörungen im Rahmen komplexer Störungsphänomene“ steckt die „Bandbreite“ der Veröffentlichung ab.

Im Rahmen der dann folgenden „Grundlegenden Erörterungen“ diskutiert zunächst *Homburg* Aspekte „Zur Komplexität gestörter Sprache“ (Sprache als ein System im System von Systemen).

Wellings Artikel „Didaktik – eine Herausforderung an die Sprachbehindertenpädagogik“ schließt daran an. Er sieht als ein Ergebnis seiner Reflexionen gute Gründe, „die Notwendigkeit einer bildungszielorientierten Didaktik sprachbehindertenpädagogischer Praxis als wissenschaftliche und pädagogisch-praktische Herausforderung zu begreifen“ (54) und „als Wissenschaft von der Praxis und für die Praxis mit sprachlich beeinträchtigten Menschen zu verwirklichen.“ (55)

Wenn damit keine *eigene*, sondern eine *eigenständige* Didaktik gemeint ist, kann von hier aus zugestimmt werden. Eine solchermaßen *eigenständige* Didaktik könnte sich am Verhältnis von Allgemeiner Didaktik zu Fachdidaktik(en) orientieren, als integrierter Teil ein und derselben Didaktik und damit als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft (vgl. *Peter-Ben* 1983). Alles andere, d.h. *eigene* Didaktik für Sprachbehinderte, müßte wohl – konsequent zu Ende gedacht – eine eigene Didaktik für *jeden* zu erziehenden Menschen (auf der Grundlage seiner

jeweils spezifischen anthropogenen Voraussetzungen) nach sich ziehen. Dies kann ja nun aber kaum ernsthaft gefordert werden. Und schließlich: unter dem Aspekt einer fundiert handelnden Integrationspädagogik scheint mir eine solche Interdependenz von Allgemeiner Didaktik und eigenständiger Didaktik unserer Fachdisziplin sehr wünschenswert!

Mit „Organisationsformen in der Sonder- und Regelschule“ befaßt sich dann der Beitrag von *Günther*. Ausgehend von den Strukturen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik der siebziger und achtziger Jahre schließt er zunächst Organisationsformen in der Sonderschule an, wobei einiges auch andernorts bereits angesprochen wurde (vgl. z.B. Bd. 1) und kommt dann ausführlicher zu Sonderpädagogischen Förderzentren (SFZ), für die er – mit Bezug auf das Saarland (Modellversuch) – „aus dem Bereich der Sprachheilpädagogik ein klares Votum ...“ sieht, „sofern bestimmte Essentials bzw. Standards gewährleistet sind und die Leistungen der traditionellen Sprachheilschule in das neue Modell einfließen“ (76/77). Ob dies auch andernorts so „klar“ vertreten wird, läßt sich allerdings fragen, zumal der Autor am Schluß seines Beitrages selbst feststellt: „Die Heterogenität der Sprachstörungen ... erfordert ein breit gefächertes Angebot an sprachheilpädagogischen Maßnahmen und Institutionen“ (88).

Im Handbucheil „Sonderpädagogische Spartenbildung: Sprachstörungen als gemeinsamer Nenner?“ kommen folgende Fachvertreter zu Wort:

Willand: „Sprachstörungen und Lernbehinderung“ (mit u.a. dem Aufzeigen von Forschungs-Desiderata, 110ff.).

Neukäter: „Sprachstörungen und Verhaltensauffälligkeiten“ (u.a. Ausführungen zu Überschneidungen der Personenkreise, 119 ff.).

Fröhlich: „Sprachstörungen und geistige Behinderung“ (u.a. Überblick zu aktuellen Ansätzen der Förderung von Sprach- und Kommunikationsentwicklung bei geistig behinderten Kindern bzw. Jugendlichen (134 ff.) und Forderung nach qualifizierten Beratungsmöglichkeiten seitens der Sprachheilpädagogik für die Auswahl jeweils geeigneter Verfahren, um den Institutionen dabei zu helfen, kommunikative Linien zu verfolgen, die einen möglichst breiten Kreis von Interaktionspartnern auch wirklich erreichen, 146).

Rheinweiler: „Sprachstörungen und Körperbehinderungen“ (mit u.a. gliedernder Differenzierung in verschiedene Sprachstörungsformen dort, 154 ff.; diagnostischen Aspekten, 162 ff. und einem Überblick zu therapeutischen Fragen auf verschiedenen Therapieebenen, 164 f.).

Wisotzki: „Sprachstörungen bei Schwerhörigkeit“. Neben differentialdiagnostischen Aspekten, welche in unserer Fachdisziplin bekanntlich immer wieder als Aufgabe anstehen, mag für unsere Praxis der Behandlungsteil (179 f.) von besonderem Interesse

sein, ohne – nota bene – damit einer „Grenzüberschreitung“ das Wort reden zu wollen.

Breiner: „Sprachstörungen bei Gehörlosigkeit“. Dieser Beitrag kommt aus jener sonderpädagogischen Teildisziplin, die als eine der historischen Wurzeln der Sprachbehindertenpädagogik zu betrachten ist. Die Ausführungen „Grundzüge und Schwerpunkte der Bemühung um lautsprachliche Befähigung“ (197 f.) oder: „Sprechenlernen als phonetischer Gliederungsprozeß und Sprachaufbau“ (210 f.) können – adaptiert auf unsere Zielgruppe – auch unserem therapeutischen Handeln weitere Anregungen geben und das Interventionsspektrum erweitern.

Rath erörtert im Rahmen der sonderpädagogischen Spartenbildung schließlich „Sprachstörungen bei Sehbeeinträchtigungen und Blindheit“ (u.a. Ansätze in der Sprachforschung bei Blinden und Sehbeeinträchtigten, 233 f. noch weiter auszuführen wäre aus meiner Sicht der Teil gewesen: „Behandlung von Sprachstörungen bei blinden und sehbeeinträchtigten Kindern ...“ (238 f.).

Der vierte Handbuchteil stellt „Praxisorientierte Überlegungen zur Komplexität von Sprachstörungen“ vor.

Hier greift zunächst *Iven* das Thema auf: „Individualisierte Förderpläne – ein Konzept zwischen Anspruch und Wirklichkeit“. Mit ihren Ausführungen will sie einer „Das kann ich ja doch nicht verwirklichen-Mentalität“ entgegenwirken (258).

Fragen „Zur veränderten Unterrichtsorganisation in der Sprachheilschule/im gesamten Unterricht“ spricht *Schick* an. Bezüglich seiner abschließenden Forderung nach einer „spezifischen Didaktik“ sei auf die m.E. notwendige Differenzierung verwiesen, die ich bereits im Beitrag *Welling* (oben) ansprach.

Sodogé und *Wöpping-Lörper* nehmen zum Problem der „Berücksichtigung störungsrelevanter Aspekte im Unterricht mit sprachbehinderten Schülern“ Stellung, das sie an praktischen Beispielen zu den Lernbereichen Sprache und Mathematik abhandeln. Hier dürften vor allem für die Praxis an Schule und Hochschule die kommentierten Verlaufsplanungen zu den Stundenentwürfen wichtig sein (Einführung des Phonems/Graphems W., 299 ff.; textbezogene Übungen unter dem Aspekt des Spracherfahrungsansatzes, 302 f. sowie zur Mathematik: Einführung der Menge/Ziffer 5, 310 f. und Übungsstunde zum Zahlbegriff 5, 313 f.). Sehr treffend gelingt es dabei den Autorinnen, materiale sowie therapeutische Aspekte sprachbehindertenpädagogischer Arbeit integrativ miteinander zu verbinden.

Blast beschreibt dann in einer Fallstudie Aspekte „Zum Zusammenhang von Laut- und Schriftsprache“ auf der Grundlage des Spracherfahrungsansatzes.

„Kinder im Schriftspracherwerb“ (Zur Notwendigkeit der intensiven Lernprozeßbegleitung) stellt *Sassenroth* vor. Er zeigt – auch mit Bezug auf sprachbehinderte Kinder, ein Aspekt, der allerdings noch hätte

weiter vertieft werden können – kritische Phasen im Erwerbsleben auf (341 f. angelehnt an *Günther*, 1986) und führt zur Diagnose bzw. Förderung weiter. Die hierfür angemessenste Unterrichtsform sieht er, wie auch andere Vertreter des Spracherfahrungsansatzes, im Offenen Unterricht mit handelnden Lehr-/Lernformen, der auch den schwachen Schüler/innen über ein differenziertes Angebot in ausreichendem Maße Gelegenheiten eröffnet, gemäß ihrem jeweiligen Entwicklungsstand und unter Lernprozeßbegleitung Schriftsprache zu erwerben (357). Dabei sind nach Auffassung des Autors wegen des dort reichhaltigeren Anregungsniveaus Integrationsklassen mit Zwei-Pädagogen-System besser geeignet als Sonderklassen, auch solche an Schulen für Sprachbehinderte (356). Trotz viel Sympathie für integrationspädagogische Strukturen scheint mir eine solche Generalisierung jedoch nicht statthaft.

Der letzte Abschnitt des Handbuches befaßt sich mit „Einzelaspekten“. Zunächst erörtern *Kracht* und *Welling* sehr ausführlich das Thema „Migration und kindliche Zweisprachigkeit“ (Probleme und Perspektiven der Sprachbehindertenpädagogik). Sie richten ihr Augenmerk dabei auf Kinder immigrierter Familien und kommen zu der sicher richtigen Feststellung, daß – trotz einiger Beiträge in der Sprachheilpädagogik zu diesem Thema – die theoretischen Grundlagen hierzu jedoch im ganzen unbefriedigend sind. („Ignoranz und Konzeptionslosigkeit seitens der Sonderpädagogik“, 367). Am Schluß ihres Beitrages konstatieren sie, daß die Sprachbehindertenpädagogik hier erst am Anfang einer Debatte stehe, die in nächster Zeit notwendigerweise mit großer „Vehemenz und fachlicher Tiefe“ weiterzuführen sei (395).

Insgesamt ein notwendiger und aufschlußreicher Beitrag, der die Vielschichtigkeit des Problems recht deutlich macht. Genau dieser Komplexität hat die geforderte Debatte zu entsprechen, will man hier wirklich vorankommen.

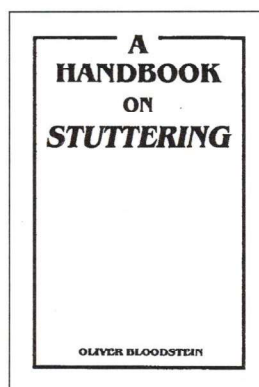
Der vorletzte Beitrag unter „Einzelaspekte“ stammt von *Birkenbeil* und befaßt sich mit „Aphasie im Kindesalter“ als einem insgesamt relativ seltenen Störungsbild. Dabei hält die Autorin eine „speziell zugeschnittene Schulform“ für erforderlich, die Aspekte der Sprachbehinderung, Körperbehinderung und Lernbehinderung sowie psychomotorischer Ausfälle berücksichtige, schließt aber dann an, daß letztlich nur vermutet werden könne, inwieweit die Rehabilitation durch spezielle Fördereinrichtungen noch verbesserungsfähig sei (417). Sollte mit der „speziellen Schulform“ eine weitere Sonderschule gemeint sein, wäre dem – auch aus Gründen der tatsächlichen Zahl der Adressaten – entgegenzuhalten, daß (diesbezüglich qualifiziert auszustattende) Schulen für Sprachbehinderte und/oder Körperbehinderte (auch evtl. Krankenhausschulen) bzw. mit entsprechenden Infrastrukturen versehene Integrationseinrichtungen des allgemeinen Bildungswesens dem Förderbedarf dieser Klientel gerecht werden müssen und dann letztlich auch können.

Am Schluß des Buches erörtert *Breckow* das Thema „Gerontologie und Sprachheilarbeit“. Sie spricht damit ein Gebiet an, dem sich auch die Sprachbehindertenpädagogik außerschulisch verstärkt zuzuwenden hat. „Die Lebensqualität durch Kommunikationsangebote und ihre Ausschöpfung durch Hilfen zur Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten zu erhöhen, ist Aufgabe der Sprachtherapeuten, die im gerontologischen Arbeitsfeld tätig sind.“ – so *Breckow* am Ende ihrer Ausführungen (439 f.).

Wie bereits eingangs festgestellt, ist dieser Handbuchband wiederum eine insgesamt sehr gute Fachpublikation, die – bei sicher auch einigen kritisch zu bewertenden Ausführungen in den einzelnen Beiträgen – der Verortung des Themas „Sprachstörungen“ im sonderpädagogischen Bezugssystem dient. Es liegt damit eine weitere wichtige Grundlage vor, die den aktuellen Erkenntnisstand hierzu versammelt und die Forschungsbemühungen auf den verschiedenen angesprochenen Themenfeldern durchaus weiter voranzubringen im Stande ist.

Ein empfehlenswertes Buch, das in keiner Fachbibliothek fehlen sollte!

Lothar Werner



Oliver Bloodstein: A Handbook on Stuttering. Singular Publishing Group, Inc. San Diego, California 1995. 5. Auflage. 586 Seiten. Paperback. 45 US-Dollar.

Im Januar 1995 erschien *Bloodsteins* „Handbook on Stuttering“ in einer neuen, aktualisierten Auflage, seiner nun bereits fünften. Acht Jahre nach der bisher letzten Ausgabe hielt es der Autor für angebracht, dieses weit über die USA hinaus bekannte und geschätzte Standardwerk abermals zu überarbeiten. Wie *Bloodstein* in seinem Vorwort ausführt, sind seit 1987 etwa 400 das Stottern betreffende Studien veröffentlicht worden, von denen er – wie bekanntlich

auch viele andere in der Stotterforschung tätige Personen – jene als besonders wichtig erachtet, die sich mit den neuromuskulären Aspekten des Stotterns beschäftigen. Daneben verweist er, nicht zuletzt mit Blick auf die Elternarbeit, u.a. noch auf die eminente Bedeutung der jüngsten Erkenntnisse zum beginnenden Stottern. Das ausführliche Literaturverzeichnis dokumentiert besonders eindrucksvoll *Bloodsteins* Bestreben, den gegenwärtigen Kenntnisstand zum Stottern umfassend darzustellen; es sind dort über 200 erst in den letzten acht Jahren erschienene Publikationen aufgeführt.

Das Eingangskapitel befaßt sich ausführlich und umfassend mit der Stottersymptomatik (Definitionen, Erfassung, Beschreibungen, Begleitsymptome, Haltungen und Einstellungen von Stotternden, Entwicklungsstadien des Stotterns ...), wobei gerade hier sehr stark auf neueste Forschungsergebnisse Bezug genommen wird. In den beiden nächsten Abschnitten geht es dann um die diversen Theorien bezüglich der Entstehung des Stotterns und seines Auftretens in bestimmten Sprechsituationen sowie um dessen Verbreitung und Häufigkeit.

Der Person des Stotternden widmen sich die Kapitel vier bis sechs; im einzelnen gilt das Augenmerk dabei der physischen Konstitution (sensorische, motorische und perzeptuelle Fähigkeiten, cerebrale Dominanz ...), der Persönlichkeit (Einstellungen, Fixierungen, Selbstkonzept, Ausdrucksverhalten ...) sowie der Entwicklungsgeschichte und dem sozialen Umfeld (gesundheitliche Probleme, Sprech- und Sprachentwicklung, Intelligenz, Verhaltensauffälligkeiten, familiäre Umgebung, Schulerfahrungen ...). Im siebten und achten Kapitel wird ein ganzes Bündel von Merkmalen aufgelistet, die allesamt mehr oder weniger große Auswirkungen auf das jeweilige Stottererereignis haben können.

Der nächste Abschnitt bezieht sich dann ganz auf das Vorschulalter. Inhalt dieser Ausführungen ist eine äußerst differenzierte Gegenüberstellung von beginnendem Stottern einerseits und den im Zuge der kindlichen Sprachentwicklung auftretenden Sprechunflüssigkeiten andererseits, wobei der Blick keineswegs nur auf die sprechsprachlichen Phänomene gelenkt wird, sondern beispielsweise auch sonstige Verhaltensweisen der betreffenden Kinder nicht unerwähnt bleiben.

Schließlich unternimmt *Bloodstein* im zehnten Kapitel noch den durchaus gelungenen Versuch, alles bisherige Wissen zum Thema „Stottern“, d.h. die verfügbaren und mitunter sehr gegensätzlichen Untersuchungsergebnisse sowie die derzeit gängigen theoretischen Erklärungsmodelle, nochmals kurz zusammenzufassen. Erfreulicherweise werden jedoch weder die dabei zutage tretenden Ungereimtheiten und Widersprüche übergangen, noch wird verschwiegen, welche Fragen nach wie vor einer wissenschaftlichen Abklärung bedürfen bzw. welche Forschungsdefizite es gibt.

Wie bereits bei den vorangegangenen Auflagen beschränken sich die Ausführungen zur Stottertherapie auch jetzt auf das Schlußkapitel (Kapitel 11). Hier werden auf 45 Seiten die wichtigsten therapeutischen Ansätze, Zielsetzungen und Vorgehensweisen im Grundsatz skizziert und voneinander abgegrenzt. In dem Zusammenhang finden beispielsweise auch so wichtige Themenbereiche wie die Therapieeffizienz oder die Rückfallproblematik Erwähnung. Hier könnte man bedauern, daß *Bloodsteins* nicht ausführlicher auf die Therapie-Thematik eingeht, hat er doch mit der vorliegenden Neuauflage erneut unter Beweis gestellt, welch profunder Experte der Stotter-Materie er ist.

Bloodsteins Ausführungen sind gleichermaßen für Studierende wie für Fachleute äußerst lesenswert. Das Buch wendet sich an alle, die beruflich mit dem Phänomen „Stottern“ zu tun haben: Sprachheilpädagog(inn)en, Logopäd(inn)en, Psycholog(inn)en, Ärzte/innen, Linguist(inn)en und Sprecherzieher(innen). Es vermittelt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Kenntnis- bzw. Forschungsstand. Nicht zuletzt wegen des so überaus umfangreichen Literaturverzeichnis von 100 Seiten ermöglicht dieses Standardwerk aber zugleich einen Einstieg in das vertiefte Studium einzelner Teilaspekte. Ferner sollen die zahlreichen Tabellen, Graphiken und Register nicht unerwähnt bleiben; sie tragen ebenfalls zum positiven Gesamteindruck bei. Selbst jene Leserinnen und Leser, die bereits über eine frühere Auflage von *Bloodsteins* „Handbook on Stuttering“ verfügen, begehen mit Sicherheit keinen Fehler, wenn sie sich auch noch die aktualisierte Neuauflage zulegen.

Hans W. Hörmann



Klaus Schulte, Gertrud Lehmann-Tremel, Christa Schlenker-Schulte: Sprechprobleme bei Frikativen – hören – sehen – erkennen von Schetismen, Chitismen, Phitismen. Video-Begleitsch zur audiovisuellen Diskrimination von Sprechfehlern. Nektar-Verlag. Villingen-Schwenningen 1992. 272 Seiten. 44 DM. (Bezugsadresse: Institut für den wissenschaftlichen Film, Nonnenstieg 72, 37075 Göttingen)

Im Rahmen des Video-Sprech-Lehr-Programms zur Stammer-Therapie hörender und hörgeschädigter Klienten von *Schulte* und *Schlenker-Schulte* mit über 140 Videos sind auch einige Begleitbücher erschienen. Diese umfassenden Darstellungen zu einer jeweils eng umgrenzten Problematik – wie hier zu den Schetismen, Chitismen und Phitismen (1990 im gleichen Verlag zu den Sigmatismen) – haben sowohl vom wissenschaftlich-theoretischen und praktisch-therapeutischen Standpunkt als auch für die Lehre einen großen Wert. Das hier zu rezensierende Buch ist mehr als ein Begleitbuch zu einem Video, das es ebenfalls verdient hätte, ausführlich gewürdigt zu werden. Aus Platzgründen nur einen Satz dazu: Das Video ist trotz einiger dramaturgischer und methodischer Mängel sehr gut geeignet, Studierende in die Problematik der Behandlung von Dyslalien, insbesondere von phonologisch strukturierten, einzuführen. Ohne Textband ist es allerdings nur schwer zu nutzen, was nicht negativ aufzufassen ist: Beide bilden „eine sich ergänzende Einheit“ (9) und sollten auch so in der Praxis verwendet werden.

Die Bedeutung des Buches liegt in der theoretischen Aufarbeitung eines Großteils der zu den Dyslalien bis 1992 erschienenen deutschsprachigen Literatur, wobei die Vielfalt der ätiologischen und therapeutischen Probleme berücksichtigt wurde. Darauf basierend, können die Autoren insbesondere den phonologisch determinierten Dyslalien und ihrer Therapie ihre Aufmerksamkeit widmen.

Zur Zeit besteht bei der Diagnostik dieser starken und oft für lange Zeit therapieresistenten Stammel-fehler die Schwierigkeit darin, die ungeheure Vielfalt an phonologischen Parametern, die für jeden Betroffenen in einer einmaligen Komplexität (und darüber hinaus in deren Vernetzung mit einer Vielzahl ätiologischer Faktoren) gesondert zu eruieren ist, mit einem praktikablen Verfahren zu erfassen. Da sind wir noch von einem allgemein anerkannten System, das zeitlich effektiv und wissenschaftlich fundiert ist, weit entfernt. Die von den drei Autoren dieses Buches vorgeschlagene Dokumentation der „Phono-Logik“ des betreffenden Individuums, d.h. „der vom phonologischen System des Deutschen abweichenden“ Regelmäßigkeiten der Lautrealisation (8), mit Hilfe bestimmter Tabellen unter Verwendung der bekannten Lautumschriften, ergänzt durch ein kompliziertes Set diakritischer Zeichen beizukommen, ist ein wertvoller Ansatz in der richtigen Richtung. Hierbei werden einmal die Stellung eines Phonems als Teil einer Phonemsequenz (initiale, finale oder mediale Position), zum anderen die Akzentuierung als phonologische Kriterien herangezogen. Diese ausführliche Aufschlüsselung der Stammelfehler und ihrer individuellen Regelmäßigkeiten dienen als Ausgangspunkt einer ganz persönlichen, sehr differenzierten Therapie, wofür zum Teil praktische Hinweise gegeben werden. Trotz seiner wissenschaftlichen Fundierung und guten inneren Logik ist das an verschiedenen Kindern exemplifizierte Verfahren noch zu umständ-

lich und in der täglichen sprachtherapeutischen Praxis nicht zu realisieren. Auch die bereits erwähnten therapeutischen Bezüge der diagnostischen Ausführungen sind nur punktuell eingefügt worden und fehlen leider ebenso in dem für die Klassifizierung und Diagnostik der Phitismen so vorzüglichen Trainingsvideo (156-172) ganz.

Hervorzuheben ist die ausführliche phonetische und phonologische Begründung der Klassifizierung und Ätiologie der Schetismen (19-86), Chitismen (87-155) und – wie bereits erwähnt – der Phitismen (156-201), ebenfalls auf umfassenden deutschsprachigen Studien beruhend. In diesem Zusammenhang soll auf folgende für die wissenschaftliche Diskussion wertvolle Gedanken verwiesen werden:

- Ausführlich werden die beiden Formen der physiologischen [ʃ]-Realisation beschrieben (20-23).
- Es ist die Auffassung der Autoren zu begrüßen, daß die „lateralen Schetismen terminologisch – anders als in der Fachliteratur gewohnt – nach der Seite der Zungensenkung definiert“ werden (62, Fußnote).
- Sehr bedeutsam ist die Beschäftigung mit dem „Inkonsequenten Schetismus“ (77 und 80), einer auch bei vielen anderen Lautfehlern zu beobachtenden charakteristischen phonologischen Störung der Lautbildung.
- Weiterhin sind der gut lesbare Stil, das umfassende Sachverzeichnis („Glossar“), das Literaturverzeichnis und die Liste mit 140 wissenschaftlichen Filmen und Video-Dokumentationen zur Stammer-Therapie hervorzuheben.

Nicht zustimmen kann der Rezensent der Entscheidung der Autoren, [ʃ] und [X] als zwei Allophone (Phonemvarianten) eines Phonems zu werten (92), weil sich daraus für den sprachtherapeutischen Praktiker verwirrende Folgen ergäben, abgesehen von den von den Autoren selbst beschriebenen gravierenden Unterschieden der beiden Laute in der phonetischen, organogenetischen und akustischen Realisation sowie in den perzeptiven Bedingungen des Hörers (91). Ganz ad absurdum wird diese Entscheidung durch den Hinweis auf die Schreibweise des Graphems 'ch' in 'sch' (!?) und dessen Realisierung (?) als [ʃ] geführt (93).

Einige Mängel sollten in der zweiten Auflage vermieden werden: So wird der Altmeister der europäischen Sprachheilkunde *Seeman* an mehreren Stellen, auch im Literaturverzeichnis, fehlerhaft geschrieben (mit zwei 'n'); ebenso ist die Orts- und Verlagsangabe unrichtig: Der Medizinische Staatsverlag Prag bestand natürlich nicht in Berlin; die erste deutsche Auflage erschien bei Marhold in Halle (Saale), die zweite Auflage 1965 bei VEB Verlag Volk und Gesundheit in Berlin (Ost). Von *Weinert* wurde das sehr empfehlenswerte Buch „Bekämpfung von Sprachfehlern“ in einer älteren Auflage von 1977 zitiert (29 als

2. Auflage, im Literaturverzeichnis richtig als achte aufgeführt); inzwischen erschien 1989 die verbesserte und von *Dittrich* neu herausgegebene 10. Auflage. Auch einige Druckfehler sollten ausgemerzt werden.

Diese Mängel schmälern in keiner Weise den Wert des Buches, den es insbesondere bezüglich der Phonetik und Phonologie, Koartikulation und Vorkommenshäufigkeit der Frikative [ʃ], [ç], [X] und [f], deren fehlerhaften Realisation und Diagnostik sowie der sich daraus ergebenden Anstöße für die wissenschaftliche Diskussion der Begriffe Sprachnorm, Sprechfehler, Varianten, Variationsbreite und sozialkommunikative Akzeptanz (11) hat. Es ist allen Praktikern, Studierenden und theoretisch Interessierten zu empfehlen.

Volkmar Clausnitzer

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der XXIII. Internationale Kongreß für Logopädie und Phoniatrie in Kairo vom 6. bis 10. August 1995

Vom 6. bis 10. August 1995 fand in Kairo der Kongreß der IALP – International Association of Logopedics and Phoniatrics – statt. Die IALP ist eine internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie. Die Statuten der IALP legen fest, daß die Gesellschaft zum Wohle der Sprech-, Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigten zu arbeiten hat. Die Hauptarbeitsfelder sind die Logopädie und die Phoniatrie. Die Gesellschaft ist unpolitisch. Die IALP hat sich zur Aufgabe gesetzt, Standards der Rehabilitation und Prophylaxe zu entwickeln und festzulegen sowie die Forschung und die Berufsausbildung der Fachleute auf dem Gebiet der Logopädie und Phoniatrie zu fördern.

Um diese Aufgaben zu erfüllen, arbeitet die IALP mit internationalen Organisationen wie der UNESCO, UNICEF oder WHO zusammen. Die IALP ist der Herausgeber der Fachzeitschrift „Folia Phoniatrica et Logopaedica“, die sechsmal im Jahr erscheint, und ist der Veranstalter von Fachkongressen in einem dreijährigen Rhythmus. Die ersten Kongresse fanden ab 1924 im deutschsprachigen Raum, vornehmlich in Wien, statt. Bis 1968 beschränkten sich die Tagungsorte auf Europa. Danach wurden auch Tagungsstätten außerhalb Europas wie Buenos Aires, Tokio und diesmal Kairo gewählt. Die Wahl der Städte während der Generalversammlungen ist immer eine spannende Angelegenheit, da sich mehrere Städte mit kleinen Geschenken, Werbematerialien und Witz präsentieren, um die Mehrheit der Delegierten für sich zu gewinnen. Diesmal wurde der Kongreßort für das Jahr 2001 bestimmt. Montreal (Kanada) gelang es, die anderen Bewerber San Francisco (USA) und Christchurch (Neuseeland) 'auszustechen'.

In Kairo versammelten sich diesmal 350 Teilnehmer aus über 50 Ländern, um wissenschaftliche Ergebnisse vorzutragen und persönliche Erfahrungen auszutauschen. Im Mittelpunkt des Kongresses standen drei Hauptreferate, die in „Folia Phoniatica et Logopaedica“, Heft 3, 1995, 123-192 abgedruckt sind. Weitere Kurzreferate und Artikel sind in einem Band zusammengefaßt, der unter dem Titel „Proceedings of the XXIII World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics Cairo, 6.-10. August 1995, M. Nasser Kitby, Editor“ erschienen ist. In diesem Band von 500 Seiten sind die Beiträge nach den Schwerpunkten des Kongresses „Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckprobleme“ geordnet.

Die Referate und die wissenschaftlichen Ergebnisse liegen schriftlich vor, und der kritische Leser wird zu Recht fragen, warum sich eine größere Zahl von Menschen in das im August sehr heiße Kairo begibt, um den bereits vorliegenden Referaten zu lauschen. Ein Grund mag das gesellschaftliche Programm gewesen sein, das mit orientalischer Pracht und Länge die Teilnehmer ergötzte. Als wichtigsten Grund vermute ich jedoch, daß viele Teilnehmer nach Kairo fuhren, um in persönlichen Gesprächen Erfahrungen auszutauschen. Dazu bieten IALP-Kongresse einzigartige Möglichkeiten. Nachdem ich das Glück hatte, bereits an den drei vorangegangenen Kongressen teilzunehmen, ist es mir auch möglich, Entwicklungen zu beschreiben, die sich im Bereich der Diagnose und Therapie von Kommunikationsstörungen entwickeln.

Es ist bemerkenswert, daß der therapeutische Aspekt an Bedeutung gewonnen hat. Referate über sehr spezielle wissenschaftliche Einzelergebnisse haben abgenommen. Am ersten Tag stand durch das Hauptreferat von *Rustin* (London) „Eltern und Familien von Kindern mit Kommunikationsproblemen“ eine pädagogische und psychologische Fragestellung im Vordergrund. Auch die Namensänderung der Zeitschrift „Folia Phoniatica“ in „Folia Phoniatica et Logopaedica“ läßt darauf schließen, daß therapeutische Fragestellungen und Probleme zunehmend gleichgewichtig neben diagnostischen Fragestellungen und Problemen gesehen werden.

Während der Gespräche und Diskussionen wurde deutlich, daß Lösungen und Modelle aus einem Land nur in begrenztem Umfang in andere Länder übertragen werden können. So wiesen beispielsweise die ägyptischen Kollegen darauf hin, wie schwierig Sprachförderung unter Einbeziehung der Eltern sei, wenn diese Analphabeten sind, größere Familien zu versorgen haben und überhaupt finanzieller Mangel herrscht. In vielen Ländern findet Phoniatrie und Logopädie überhaupt nicht oder für Privatpatienten statt, es handelt sich sozusagen um einen Luxus, den sich nur wenige leisten können.

Der unterschiedliche Stellenwert von Phoniatrie und Logopädie zeigte sich an den Teilnehmern selbst.

Die überwiegende Zahl der Teilnehmer arbeitet in Nordamerika, Nordeuropa, Japan oder dem Gastgeberland Ägypten. Wenige Teilnehmer dagegen in den anderen Ländern Asiens oder Afrikas. So bestehen etwa in Malaysia oder in Bangladesch jeweils nur ein phoniatisches und logopädisches Zentrum für das ganze Land.

Bedauerlicherweise kamen auch nur wenige Teilnehmer aus osteuropäischen Ländern, obwohl dort Diagnosen und Therapien auf einem hohen Standard stattfinden. Zu einer Teilnahme fehlten ihnen die finanziellen Mittel. Hatte doch nicht jeder die Möglichkeit wie ein Phoniater eines osteuropäischen Landes, statt eines Honorars von dem einen Patienten die Reisekosten, von dem anderen Patienten die Kongreßgebühr und schließlich von einem dritten die Übernachtungskosten zu erhalten.

In vielen Ländern versucht der Staat sich aus Kostengründen aus der Sprachförderung zurückzuziehen bzw. erst gar nicht diese Aufgabe zu übernehmen. Der ganzheitliche Ansatz bei der Sprachförderung ist aber nur in einem weniger profitorientierten System zu leisten. Daher können Modelle aus den Vereinigten Staaten nicht als Vorbild dienen. Erfahrungen aus Großbritannien, den skandinavischen und osteuropäischen Ländern können dagegen helfen, die Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland anzuregen und zu verbessern. Ich war beispielsweise beeindruckt, mit welcher Konsequenz *Rustin* die Mitarbeit der Eltern einfordert, bevor sie die Therapie beginnt.

Ich war überrascht, auf welchem hohen Standard die Ausbildung von Logopäden – nur in Deutschland gibt es verschiedene Berufsbezeichnungen wie Logopäden, Sprachheillehrer oder Sprachtherapeuten – in der Tschechischen Republik stattfindet. Für die seit Jahrzehnten vorhandene Auseinandersetzung um die bessere Ausbildung könnte möglicherweise die tschechische Lösung Modellcharakter erhalten.

Es wäre hilfreich, wenn durch internationalen Austausch beispielhafte Lösungen übernommen und Fehlentwicklungen verhindert werden könnten. Wie schwer dies jedoch in der Praxis ist, wurde mir bei einem Gespräch mit einer australischen Kollegin deutlich, die darauf hinwies, daß der Versuch der Integration von Behinderten in den Vereinigten Staaten als gescheitert zu betrachten sei, aber die australischen Behörden trotz dieser Erfahrungen es selbst versuchen wollen.

Als zum Abschluß des Kongresses in einem feierlichen Akt die IALP-Fahne vom ägyptischen Organisator an den Niederländer weitergereicht wurde, ergriff mich ein Gefühl der Dankbarkeit gegenüber den ägyptischen Kollegen, die diesen Kongreß in mühevoller Arbeit jahrelang vorbereitet hatten. Der nächste IALP-Kongreß findet vom 22. bis 27. August 1998 in Amsterdam statt.

Klaus-Christian Becker

„World Communication“

Das Welttreffen für stotternde Menschen aus der Sicht einer Betroffenen

Warum müssen gerade Stotterer einen Kongreß abhalten? Warum wählen gerade Sprachbehinderte die Sprache als Mittel zur Verständigung? Kommunikation und Stottern, das klingt erst einmal wie ein Widerspruch. Aber ich glaube, das ist wie mit den Rollstuhlfahrern, die Basketball spielen. Gerade für sie ist es wichtig, sich sportlich zu betätigen. Und gerade für uns Stotterer ist es wichtig, das Sprechen nicht zu vernachlässigen. Die Sprache ist nun einmal das wichtigste Kommunikationsmittel, deshalb sollten wir es pflegen und üben. Womit wir beim Thema sind: World Communication!

So reisten nun alle, die diesem Aufruf gefolgt sind, am Dienstag dem 25. Juli 1995 nach Schweden, mit dem Auto, Flugzeug oder Zug. Insgesamt 360 Menschen aus 31 Nationen: Japaner, Kanadier, Südafrikaner, US-Amerikaner und viele, viele Europäer (auch Esten, Letten und Bulgaren) und sogar ein Neuseeländer. Unter ihnen Logopäden, Therapeuten, Professoren und viele, viele Stotterer. Alle mit dem Ziel, vier Tage lang zu kommunizieren, Leute aus der ganzen Welt kennenzulernen, die Fremdsprachen aufzubessern und einfach drauflos zu stottern. Nun konnte es also beginnen, das vierte Welttreffen für stotternde Menschen, das nach Kyoto (Japan, 1986), Köln (1989) und San Francisco (1992) nun in Linköping stattfand.

Noch bevor wir am Mittwochmorgen das hochmoderne Kongreßzentrum betreten durften, wurden wir von zwei original blau-gelben Trachtendamen begrüßt und mit ihnen auf einem Foto verewigt (übrigens waren nicht nur sie blau-gelb, sondern einfach alles, sogar die Blumen auf den Tischen). Danach bekam jeder eine hochwertig aussehende Mappe in die Hand gedrückt. Darin enthalten war unter anderem eine Kopie von den Selbstdarstellungen, Adressen und Fotos aller Teilnehmer. Das war eine gute Idee, denn so hatte ich auf der Rückfahrt eine Menge zu lesen. Außerdem bekam jeder einen Anstecker mit Namen und Nation, was sehr praktisch war, damit man sich nicht 350mal vorstellen mußte.

Nachdem wir unser Theaterstück noch einmal geprobt hatten, das wir abends mit einer Gruppe aus neun Deutschen erfolgreich aufgeführt haben, begannen die üblichen Eröffnungsreden. Ein bißchen schade war nur, daß Queen Silvia den Rednern – auch wenn sie noch so gut waren – sehr die Show stahl, denn sie lächelte die ganzen vier oder fünf Stunden überdimensional aus ihrem Diaprojektor (Ein Wunder, daß ihr Bild beim Theaterstück ausgeknipst wurde). Etwas gewöhnungsbedürftig auch, daß man böse Blicke erntet, wenn man bei der Nationalhymne nicht aufsteht. Das wäre in Deutschland wohl nicht möglich ...

Am Donnerstagmorgen um 9 Uhr, alle noch satt vom Buffet des Vorabends und müde wegen der langen nächtlichen Gespräche, begannen die fachlichen Aktivitäten. Täglich fünf Vorträge im großen Saal, übersetzt auf Englisch, Schwedisch, Japanisch und Deutsch. Zeitgleich dazu jeweils bis zu fünf Workshops, alle nur 40 Minuten lang, so daß man zwar nur sehr wenige besuchen konnte, sie aber dafür auch schon wieder vorbei waren, sobald man endlich verstanden hatte, wozu es eigentlich geht. Aber das ist wohl bei allen Kongressen so. Auf jeden Fall war es eine gute Auffrischung meiner Englischkenntnisse, weil die Workshops sowieso auf Englisch waren, und der Übersetzer der Vorträge so grauenhaft schlecht war, daß man auf Englisch mehr verstanden hat. An jedem Tag gab es ein Schwerpunktthema: Nach Kommunikation am Donnerstag wurde am Freitag überwiegend Forschung und Kindertherapie behandelt, am Samstag das Thema Selbsthilfe. Zeitgleich zu diesen Veranstaltungen fand an den vier Tagen auch ein „Youth Meeting“ statt, an dem jeweils zwei Vertreter aus allen europäischen Ländern teilnahmen, die die Kongreß- und Anfahrtskosten von der ELSA (European League of Stuttering Association) erstattet bekamen. Sie diskutierten in großer Runde und in Arbeitskreisen u.a. darüber, wie eine größere Akzeptanz in der Bevölkerung zu erreichen ist. Denn die Akzeptanz des Stotterns hängt damit zusammen, ob die Bevölkerung grundsätzlich offen ist für Andersartigkeiten. Schweden und die Niederlande z.B. sind in solchen Dingen schon fortschrittlich, in Deutschland ist das Klima für Stotterer noch nicht ganz so gut, und in Japan ist es z.B. noch so, daß Männer es sich wegen der gesellschaftlichen Anerkennung kaum leisten können, eine stotternde Frau oder Freundin zu haben. Wahrscheinlich haben es Stotterer in Ländern, die nicht auf dem Kongreß vertreten waren wie weite Teile Asiens, Afrikas und Südamerikas, noch viel schwerer. Die Teilnehmer des Youth Meetings wollen auf jeden Fall weiter in Kontakt bleiben und gemeinsam versuchen, ihre Ideen umzusetzen. Ebenfalls zur besseren internationalen Zusammenarbeit wurde bereits einen Tag vor Beginn des Kongresses die International Stuttering Association (ISA) gegründet, ein weltweiter Dachverband, dem nun die nationalen Organisationen aus 25 Ländern angehören.

Bis auf einen lebhaften Vortrag einer Schauspielerin über Körpersprache (Body language) hatte ich am ersten Tag nicht so viel Glück mit meinen Veranstaltungen. Am Freitag, beim Thema Forschung, wurde es aber um so interessanter, so daß ich sogar das Papier benutzt habe, das in unserer Kongreßmappe steckte. Den ersten Vortrag hielt Professor *Starkweather* von der Universität Pennsylvania, der gleichzeitig Direktor der „Birch Tree Foundation“ ist, aufgelockert durch *Givens Ackerman*, die ihre Lebensgeschichte als Stotterer erzählte. Die beiden verdeutlichten wieder, wie die Befreiung vom Stottern ein ständiger Kreislauf aus Bewußtmachen, Akzeptieren und Verändern ist. Diesen Weg muß man

mit allen Verhaltensweisen durchlaufen, auch wenn sie mit dem Stottern gar nichts zu tun zu haben scheinen. Zum Beispiel darf man auch Ängste nicht unterdrücken, sondern muß sie zulassen, akzeptieren, ja fast genießen, denn erst dann kann man sie verändern. Zwischendurch sollte man sich dann immer wieder fragen, wer man eigentlich ist, und nie vergessen: *We are what we are and not what we do!*

Den nächsten Vortrag hielt Professor *Hartman* aus Texas über die Neuropsychologie des Stotterns. Er stellte Ergebnisse von Messungen der Gehirnaktivität beim Sprechen vor (Positron Emission Tomography, PET). Daraus wurde z.B. deutlich, daß Stotterer beim Sprechen etwa viermal so viel Gehirnmasse benutzen wie Nichtstotterer, und zwar nicht nur in der linken Gehirnhälfte, wo die Sprachzentren liegen, sondern auch in der rechten. Nach der Einnahme von Tranquilizern war die Gehirnaktivität bei allen Versuchspersonen etwa gleich, sie wurde bei Stotternern also viel stärker reduziert als bei Nichtstotternern. Um seine Schlußfolgerungen daraus noch besser zu verstehen, werde ich mir wohl sein 1994 erschiene Buch kaufen müssen, denn er sprach leider sehr undeutlich, und die deutsche Übersetzung war gänzlich unbrauchbar. Nach *Hartman* fangen wir an zu stottern, bevor wir anfangen zu sprechen: Durch negative Gedanken entsteht eine motorische Sperre, die das Sprechen tatsächlich unmöglich macht. Als Therapieansatz nennt *Hartman* drei Schritte: Das Stottern akzeptieren, die volle Verantwortung für das Stottern übernehmen und bereit sein für einen langen, schweren Kampf.

Die Messungen der Gehirnaktivität beim Stottern nahm *Alm* (Schwede und forschender Stotterer) in seiner anschließenden Rede wieder auf. Er formulierte u.a. zwei Thesen als Ursachen für das Stottern: 1. Weil Stotterer mehr Gehirn zum Sprechen benutzen als nötig, ist das Risiko, daß Fehler auftreten, einfach viel größer. 2. Die Verbindung zwischen den beiden Gehirnhälften könnte gestört sein. Wenn die in der rechten Gehirnhälfte angesiedelten negativen Gefühle zu stark werden, übertrumpfen sie wegen der gestörten Verbindung die positiven Gefühle und das Sprechen, was beides in der linken Gehirnhälfte angesiedelt ist. Interessant war auch seine Anmerkung, daß einige Stotterer, die aus anderen Gründen am Gehirn operiert wurden, hinterher völlig flüssig sprachen. Da liegt doch eine wahnsinnige Heilungsmethode in der Luft: Einfach allen Stotternern das Stück der rechten Gehirnhälfte herausoperieren, das sie fälschlicherweise zum Sprechen benutzen. Dann bleibt nur noch die „gute“ linke Hälfte übrig, und alle sind geheilt. Wie schön, daß das dann doch alles noch ein wenig komplizierter ist ...

Außerdem war interessant, daß das Verhältnis zwischen Männern und Frauen, die erst im Erwachsenenalter, z.B. nach einem Unfall, angefangen haben zu stottern, auch etwa bei 4:1 liegt. Daraus schließe ich, daß dieses Ungleichgewicht nicht nur auf die unterschiedliche Erziehung, sondern auch auf biolo-

gische Aspekte zurückzuführen ist, z.B. die unterschiedliche Gehirnstruktur. *Alm* sieht darüber hinaus auch eine Verbindung zwischen Geschlechtshormonen und Stottern: Während Testosteron das Risiko des Stotterns erhöht, vermindern es Östrogen und Progesteron. Sogar die Haut- und Augenfarbe steht nach *Alm* im Verhältnis zum Stotterisiko. Aber auch wenn z.B. Blondheit und Stottern häufig gleichzeitig auftreten, muß noch lange keine ursächliche Beziehung zwischen diesen beiden Phänomenen bestehen. Ich halte seine Ansichten also zum Teil für sehr gewagte Thesen.

Abends habe ich dann noch *Mc Guire* kennengelernt, einen angeblich ehemals schweren Stotterer aus Holland. Vor Jahren war er mal bei *Del Ferro* und hat jetzt ein eigenes Institut mit einer eigenen Therapie-methode gegründet, von der schon viele Stotterer begeistert berichtet haben. Seine Methode baut auf dem Nichtvermeidungsansatz auf. Die Sprech-angst sollte man also z.B. durch absichtliches Stottern schon überwunden haben, bevor man mit seiner 2 mal 5-Tages-Therapie beginnt. Dort lernt man dann die Zwerchfell-(Flanken-)Atmung nach *Del Ferro*, die *Mc Guire* wie einen Sport auffaßt: Er ist der Trainer, der seine Schützlinge motiviert, und die Stotterer sind Hochleistungssportler, die täglich eine Menge üben. Mit dieser Methode verspricht *Mc Guire* dauerhaft flüssiges Sprechen von heute auf morgen. Kleine Rückfälle kann man besser auffangen, als nach einer *Del Ferro*-Therapie, weil man ja den Nichtvermeidungsansatz als Grundlage hat. Mir persönlich ist sein forschendes Trainer-Auftreten nicht sehr sympathisch, obwohl seine Methode doch recht plausibel erscheint. Übrigens habe ich schon viele Männer, aber noch keine Frau kennengelernt, die bei ihm waren, vielleicht liegt das an seiner Art ...

Wichtiger als die Vorträge und Workshops war aber die Atmosphäre, die auf dem gesamten Kongreß sehr herzlich war. Beim „Open Mike“ am Samstag hat das jemand so ausgedrückt: „Ich stand gestern Abend mit meiner Kaffeetasse am Buffet und wußte genau, ich kann mich jetzt an jeden Tisch setzen und mit jedem beliebigen Menschen hier ein offenes Gespräch anfangen, ohne daß ich Angst vor irgendwelchen negativen Reaktionen haben muß.“ So ein Gefühl hat man bei anderen gesellschaftlichen Anlässen meistens nicht. Vor dem „Open Mike“ hatte uns eine Gruppe aus Süd-Afrika den Ort des nächsten Welttreffens 1998 schmackhaft gemacht: Johannesburg. Schon von der Landschaft her ist das mit Sicherheit eine Reise wert.

Leider waren nur sehr wenige starke Stotterer auf dem Kongreß. Das liegt wohl daran, daß die anderen sich nicht trauen und solche kommunikationsorientierten Veranstaltungen lieber flüssiger Sprechenden überlassen. Aber trotz eines sehr guten Zuhörverhaltens der wenig Stotternenden den viel Stotternenden gegenüber ist mir wieder aufgefallen, daß Stottern doch sehr kommunikationshemmend ist. Ich habe auf dem Kongreß so stark gestottert wie selten in meinem

Leben, hatte auch andere Symptome als sonst und viel längere Blocks. Vielleicht lag das daran, daß ich mich dort rund um die Uhr mit dem Thema beschäftigt habe. Vielleicht waren es auch einfach die Folgen der Identifikationsphase meiner jetzigen Therapie. Vielleicht auch beides, auf jeden Fall hoffe ich, daß es nur vorübergehend ist, daß dies mein Weg ist, der eben durch diese Phase zu einer ungestörten Kommunikation führt. Oder wie *Hausdörfer* sagt: Durch Nacht zum Licht. We will see.

Insgesamt war das Treffen sehr schön, wozu sicherlich auch das sonnig-warme Wetter einiges beigetragen hat. So konnten wir viel draußen auf dem Rasen sitzen, Eis essen, kleine Spielchen spielen und uns in vielen Sprachen unterhalten. Oder nachts vor unserer Katedralskolan sitzen und die Trinkgewohnheiten anderer Länder kennenlernen, bis dann um zwei oder drei Uhr doch abgeschlossen wurde und unsere 8mm-Isomatte auf Klassenraumfußboden wartete. Nur in der letzten Nacht saßen wir etwas länger und haben den Sonnenaufgang beobachtet, um das unabwendbare Ende des Kongresses möglichst lange hinauszuzögern ...

Und so lautete am Sonntagmorgen die Abschiedsformel, immer mit der Gewißheit, daß man dort doch nur einen Bruchteil der Leute wiedersieht, falls man überhaupt hinfährt: „See you in South Africa!“

Birgit Schulz

28. Inzirkofener Gespräche 1996

Rahmenthema: Die gestörte Sprechstimme. – Organisch-funktionell bedingte Verursachung –

Termin und Ort: 15. bis 17. März 1996 in Mosbach (ÖTV-Bildungsstätte)

Vorträge: Organogene Dysphonien unter Betonung der Larynxparesen (Johannes *Pahn*, Rostock); Morphologische Veränderungen an den Stimmlippen mit Video-Demonstrationen (Erhard *Miethe*, Stuttgart); Die Stimme bei hirnorganischen Erkrankungen (Gertraud *Stelzig*, Bad Rappenau); Phono-chirurgie heute – Möglichkeiten und Resultate (Eberhard *Müller-Hermann*, Rottweil); Organische und funktionelle Zusammenhänge bei kindlichen Stimmbandknötchen und ihre Behandlungsmöglichkeit (Marion *Hermann-Röttgen*, Stuttgart).

Workshops: Die Indikation zur Übungsbehandlung bei organogenen Dysphonien (Johannes *Pahn*, Rostock); Die Akzentmethode – Eine rationale und dynamische Sprechtherapie bei organischen Stimmstörungen (Kirsten *Thyme-Frokjaer*, Vedbæk/Dänemark); Stimmfunktion nach Kehlkopfteilresektionen/Die funktionelle Reserve des Phonationsapparates nach Kehlkopfteilresektionen (Annerose *Keilmann*/Edna *Altgenug*, Mannheim); Die Anbildung der Ösophagusstimme und andere Ersatzfunktionen nach Laryngektomie (Hans *Jentzsch*, Bad Salzungen); Phonorhythmik trotz organischer Dysphonie? (Klaus

Oerter, Bensheim); Therapie der gestörten Sprechstimme: Atemrhythmisch angepaßte Phonation in der logopädischen Praxis (Uwe *Schürmann*, Münster).

Auskunft und Anmeldung: Dr. phil. Geert Lotzmann, Bothestr. 120, 69126 Heidelberg, Tel.: 06221/3 87 89

GRUMS (Heidelberger Gruppenkonzept für Myofunktionelle Störungen)

Termine: 13.1.1996, 9.3.1996, 27.4.1996, jeweils 9.30 bis 17 Uhr. Kursleiterinnen: Barbara Lleras und Lisa Müller, Phoniatriisch-Pädaudiologisches Zentrum, Ludwig-Guttmannstr. 25, 69123 Heidelberg.

Info

Im Heft 4/95 wurde unter der Rubrik „Materialien und Medien“ das Buch „Hilfe für das schreibtauffällige Kind“ von Hauke *Stehn* besprochen.

Die dort genannte Bezugsadresse hat sich geändert! Die aktuelle Anschrift lautet: Finger- und Bewegung Verlag, Hauke *Stehn*, Blücherstr. 15, 24105 Kiel.

Vorschau

A. *Nienkerke-Springer*: Betrachtungen zu einem körperbezogenen Ansatz in der Sprech- und Stimmtherapie.

A. *Fischer-Olm*: Themengebundene, multisensorielle Entwicklungs- und Sprachförderung im Sprachheilkindergarten Heidenheim.

U. von *Knebel*, A. *Kracht*, R. *Nagel*, A. *Welling*: „Leitlinien“ der Sprachbehindertenpädagogik? Von den Mühen einer gerechten Interpretation der „spezifisch pädagogischen Förderung von Menschen mit Sprachbehinderungen“.

C. *Hamann*: Stimmstörungen im Lehrberuf – eine unumgängliche Berufserkrankung?

B. *Lütje-Klose*: Der amerikanische Whole Language Approach – ein Ansatz zur integrierten Förderung laut- und schriftsprachlicher Fähigkeiten in der Schule.

C. *Osburg*: Die geschriebene Sprache als unterstützendes Element zur Förderung von Kindern mit Aussprachestörungen.

C. *Crämer*/I. *Füssenich*/G. *Schumann*: Lese- und Schreibschwierigkeiten im Zusammenhang mit Problemen der gesprochenen Sprache.

H. *Werder*: Schriftspracherwerbsstörungen aus klinisch-psychologischer Sicht.

H.-L. *Worm*: Mutismus im Märchen.

Orofaziale Dysfunktionen - Praxiskurs in Myofunktioneller Therapie

Die Myofunktionelle Therapie als Teamwork - Grundlagen und Konzepte.

Termin: Freitag, 26.01. und Samstag 27.01.96

Drs. Vevi und Hermann Hahn
Steinkirchnerstr. 28
81475 München

Auskunft und Anmeldung:

Tel. 089/7 55 56 85; Fax 089/7 59 59 20

Was wirkt bei der Aphasietherapie?

Bei der **Aphasie** sind Prozesse der Aktivierung, Kontrolle und Erzeugung der Sprache gestört. Tritt eine klinische Besserung ein, so ist sie nicht auf den Erwerb neuer Worte oder grammatikalischer Regeln zurückzuführen, sondern auf das Verschwinden hemmender Faktoren, auf ein stärker werdendes Erinnerungsvermögen, auf besser kontrollierte Organisation von Elementen usw. (**LENNEBERG**). Verstehensprobleme bei Aphasien beruhen auf Defiziten der Interpretation der Situation, Wortfindprobleme auf Defiziten innerer Vorstellungen und Assoziationen, Aussagesprobleme sind innere Organisationsprobleme. Zur Therapie müssen diese inneren Prozesse in vielfältigen Aufgabenstellungen bewußt werden - dann ergibt sich auch die äußere Sprache. Das vorliegende Übungsprogramm beruht auf neuropsychologischer Fundierung und enthält fortlaufende praktische Übungsreihen für schwere bis leichte Aphasieformen.

Zurück zur Sprache

Prozeßorientierte Aphasietherapie - das Übungsprogramm

Rolf W. Bindel Univ.-Prof.

Über 100 Stunden Aphasietherapie auf ca. 200 Seiten und 50 Vorlagen, DM 98

Alleinvertrieb:	Pressevertrieb	Saar Saarstraße 133	66265 Heusweiler
	Telefon-Sammel-Nr.	06806 985223	Fax 985224

Anzeigenschluß
für Heft 1/96
ist der 3. Januar 1996

Biete **Übernahme** von **gutgehender**
sprachtherap. Praxis Raum Koblenz

Chiffre: Sp 69501

Intensiv-Fortbildung: Stottertherapie

- stotternde (Vor-)Schulkinder (B. Hansen, Kiel)
- jugendliche und Erwachsene (H. Prüß, Bonn)

26.-28.04.96 in Bonn

Information bitte anfordern bei:
Holger Prüß, Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin
Tel. 02241/342938

Hirnleistungstraining per Computer

Fordern Sie unseren Katalog an.

Wir bieten Ihnen ein bewährtes umfangreiches Angebot an Software-Therapieprogrammen für Ihren PC zur gezielten Behandlung von Reaktionsstörungen, Konzentrations-, Wahrnehmungs- und Gesichtsfeldstörungen.

- Flexible Programmeinstellungen erlauben einen breit gefächerten Einsatz der Programme; Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Logopädie, Ergotherapie, Schulen etc. - stationär und ambulant.
- Kreative Therapiegestaltung: In der Mehrzahl der Programme bieten wir Ihnen EDITOREN, damit Sie Bilder oder Texte selbst in die Programme eingeben bzw. gestalten können.

Petra Rigling  **Reha-Service**®

Bahnhofstraße 13d • 76337 Waldbronn (Busenbach) • Telefon: 0 72 43 / 6 88 59 • Fax: 0 72 43 / 6 57 02

REHABILITATIONSKLINIK FÜR STIMM-, SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN – STIMMHEILZENTRUM –

Wir suchen per sofort oder später

Logopäden/innen

Wir arbeiten unter der Zielsetzung der **kommunikativen Rehabilitation** von Erwachsenen im gesamten Spektrum der diesbezüglich organischen, psychosomatischen und psychogenen Störungsbilder.

Wir sind:

Unter phoniatriisch-HNO-ärztlicher Leitung ein Team von Ärzten/innen, Logopäden/innen, Stimm- und Sprachlehrer/innen, Psychologen/innen, Pflegekräften und Sozialarbeitern

Wir bieten:

- Sinnvolle Arbeitsmöglichkeiten in einem interdisziplinären Team
- Den weitgesteckten Rahmen eines erprobten phoniatriisch-logopädischen Konzeptes
- Einen gut ausgestatteten und sicheren Arbeitsplatz
- Angemessene, leistungsgerechte Vergütung
- Sozialleistungen, wie zusätzliche Altersversorgung

Wir geben:

- auch Berufsanfängern/innen eine Chance

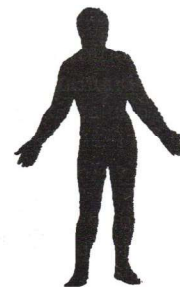
Wir erwarten:

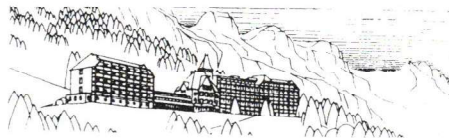
- Ihre Kreativität, Ihre Integrationsfähigkeit, Ihre Lernbereitschaft, Gruppen zu leiten

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann richten Sie Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen bitte an die

**Kur- und Klinikverwaltung
Bad Rappenau GmbH
Salinenstraße 30
74906 Bad Rappenau**





St. Gallische Rehabilitationsklinik Walenstadtberg/Schweiz

Wir sind eine Rehabilitationsklinik für neurologische und pneumologische Krankheiten mit Multiple Sklerose - Zentrum.

Wir suchen eine/n

Logopädin/Logopäden

Teilzeit bis 80 %, ev. auch 100 %

Wir erwarten eine fachkundige logopädische Behandlung der Sprech- und Sprachstörungen unserer Patienten mit Dysarthrie und Aphasie, bei MS, cerebrovaskulären und anderen neurologischen Erkrankungen. Erfahrungen in fazio-oraler Therapie (FOT) ist willkommen.

Wir bieten selbständige Arbeit in enger Zusammenarbeit mit den Neurologen sowie den übrigen therapeutischen Diensten (Ergo- und Physiotherapie, Psychologie, Sozialdienst, Rehab-Pflege team). Weiterbildungsmöglichkeiten sind gegeben.

Die Klinik befindet sich in landschaftlich schöner Lage oberhalb des Walensees, Nähe Flumserberge, Bad Ragaz und Chur, eine Autostunde von Zürich.

Allfällige Anfragen und Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte an:

Dr. med. H. Ginzler
Chefärztin Neurologie
Rehabilitationsklinik,
CH-8881 Walenstadtberg
Tel. 004181 - 736'21'11

Logovid, die therapeutische Neuheit.

In Verbindung mit dem ausführlichen Handbuch ist das Logovid ein völlig neuartiges sprachtherapeutisches Übungs- und Arbeitsmittel.

Diejenigen, die Sprach- und Sprechprobleme haben (bei Aphasie, Dysarthrie, Stimmstörung, Stottern), finden in dem reichhaltigen Logovid-Programm leistungsdifferenzierte Themen und Aufgabenstellungen, ideal zum Lernen, Reaktivieren und Einüben: Wortfindung, Lesen, Artikulieren, Schreiben, Zählen, ...

Das Logovid basiert auf über 10 jähriger Therapieerfahrung mit dem Medium Video in ambulanter wie stationärer Intensiv-Sprachtherapie.

Das Logopädische VIDEO

Logovid®

**Videounterstützte Anleitung zur
Übung sprach-, sprech- und
stimmtherapeutischer
Inhalte.**

Das Logovid erlaubt ...

- ☐ selbständiges, konzentriertes, erwachsenengemäßes und attraktives Üben,
- ☐ gemeinsames Arbeiten von Patient/in / Therapeut/in / Partner/in,
- ☐ beliebig häufige Wiederholungen und
- ☐ Üben ohne psychischen Druck

Das Logovid ist kommunikativ, übungintensiv und wirkungsvoll.

Für weitere Informationen und für Bestellungen wenden Sie sich bitte an unsere Frau Bitzinger.

VMS GmbH
im Kromsfeld 1, 51789 Lindlar
Tel. / Fax 02207 - 5628

AudioLog

Computerprogramm zur Förderung der auditiven Funktionen

Ein Multimedia-Programmpaket für Therapie und Unterricht mit den Schwerpunkten:

- **Perzeption** Geräusche erkennen
- **auditives Gedächtnis** Geräusch- und Wortreihen behalten
- **akustische Sequenzen** Tonreihen verarbeiten
- **phonematische Diskrimination** 620 Minimalpaare

- Tonausgabe in hoher Qualität (ca. 1100 Wörter, 60 Geräusche)
- ca. 700 ansprechende Bilder
- 15 Spiele, Bild- oder Schriftmodus wählbar
- Windows-Umgebung
- benutzerfreundliche Bedienung

Weitere Informationen:

Agnes-Tütel-Weg 5, D-58239 Schwerte

Fon **02304/12972**

flexoft
Education
PARIS

Das Christliche
Jugenddorfwerk
Deutschlands e.V.



sucht für die

Schule Schlaffhorst-Andersen
und die Praxis für Atem-, Sprach-
und Stimmtherapie kurzfristig eine(n)

**leitende(n) Atem-, Sprech-
und Stimmlehrer(in)**

und

**Atem-, Sprech- und
Stimmlehrer(in)**

Schule Schlaffhorst-Andersen
Bornstr. 20, 31542 Bad Nenndorf



**Knappschafts-Krankenhaus
Bochum-Langendreer
- Universitätsklinik -**



Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

Logopädin/Logopäden

oder

Sprachtherapeut(in)

für den stationären und ambulanten Bereich.

Es erwartet Sie eine vielseitige, interessante und selbständige Tätigkeit in einem interdisziplinären Team. Die Möglichkeit der internen und externen Weiterbildung ist gegeben.

Die Vergütung erfolgt nach dem Knappschafts-Angestelltentarifvertrag (entspricht BAT) zzgl. aller sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Zur Beantwortung Ihrer Fragen stehen wir Ihnen unter der Ruf-Nummer
02 34/2 99-45 10 zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die

**Verwaltung des Knappschafts-Krankenhauses
In der Schornau 23/25, 44892 Bochum**

Institut für Stimm- und Sprachtherapie

Dr. K.-J. Berndsen u. S. Berndsen
Wasserstr. 25, 59423 Unna, Tel.: 02303-86888

Myofunktionelle Therapie in Theorie und Praxis

Folgende Kurse finden im „Institut für Stimm- und Sprachtherapie“ in Unna unter der Leitung von S. Berndsen und Dr. K.-J. Berndsen im Jahre 1995 statt.

Kurs 1 Intensive Aus- und Fortbildung in Theorie und Praxis der „Myofunktionellen Therapie“

Kurs 2 Die Bedeutung orofazialer Therapien in der sprachtherapeutischen Behandlung. Erarbeitung bestehender Handlungsansätze eines praktischen Übungskonzeptes.
Teilnahmevoraussetzung: Kurs 1

Termine: Kurs 1 10. und 11. 5. 1996
Kurs 2 25. und 26. 10. 1996

Anmeldungen:

Institut für Stimm- und Sprachtherapie
Wasserstraße 25,
59423 Unna
Tel.: 02303-86888

Städtisches**Klinikum Fulda**

Akad. Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine

Logopäden/Logopädin

für die **Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, Kopf-, Hals- und Plastische Gesichtschirurgie und Kommunikationsstörungen.**

Das Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Aphasie, Dysarthrie, Laryngektomie, Stimmstörungen und kindlichen Sprachentwicklungsstörungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Außerdem wird im Funktionsbereich Kommunikationsstörungen eine eingehende audilogische Diagnostik betrieben.

Wir bieten eine Vergütung nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) und die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Telefonische Auskunft über die zu besetzende Stelle erteilt der Direktor der Klinik, Herr Prof. Dr. W. Draf, Tel.: 0661/84-2581.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) richten Sie bitte an die

FULDA
... mitten im Leben

**Betriebsleitung des
Städtischen
Klinikums Fulda
Pacelliallee 4
36043 Fulda**

Klinikum Passauer Wolf**– Rehabilitationszentrum Bad Griesbach –**

Das Klinikum Passauer Wolf in Bad Griesbach ist eine Rehabilitationseinrichtung mit den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie und Innere Medizin. Für die Neurologische Klinik suchen wir eine/n

Logopäden/in oder Sprachheilpädagogen/in

zur Diagnostik und Behandlung von Aphasien, Dysarthrophonien und neurologisch bedingten Kau- und Schluckstörungen

zunächst zur befristeten Anstellung im Rahmen einer Erziehungsurlaubsvertretung ab 1.1.1996.

- * Von Vorteil sind Berufs- oder Praktikumserfahrungen mit den üblichen Untersuchungs- und Therapiemethoden im Bereich neurologisch bedingter Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, eine intensive Einarbeitung wird aber in jedem Fall gewährleistet.
- * Eine sprachtherapeutische Ambulanz ist der neurologischen Klinik angegliedert. So besteht die Möglichkeit, die Tätigkeit auch auf die Diagnostik und Behandlung von nicht neurologisch bedingten Kommunikationsstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter auszuweiten.
- * In der Abteilung Sprachtherapie arbeiten Sie in einem Team von fünf Sprachtherapeutinnen und einer Arzthelferin, und Sie haben die Möglichkeit zur regelmäßigen Supervision.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf (Dr. U. de Langen-Müller, Tel.: 08532 / 274552) oder Ihre Bewerbung:

**Klinikum Passauer Wolf, z.Hd. Personalabteilung, Postfach 1263,
94086 Bad Griesbach i. Rottal, Tel.: 08532 / 270**

Für unseren Ev. Integrativen Kindergarten
Lindenstr. 41, in 47506 Neukirchen-Vluyn
suchen wir zum nächst möglichen Termin eine/n

Logopäden/in

(19,25 Wochenstunden, Vergütung nach BAT)

Wir erwarten:

- Erfahrung im Bereich der Myofunktionellen Therapie
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Eltern
- Offenheit in der Zusammenarbeit mit dem Team
- Spaß an der Arbeit mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren,
- Bereitschaft, situationsorientiert, auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder in der integrativen Praxis einzugehen.

Wir bieten:

- Fröhliche, lebhaft Kinder
- ein qualifiziertes, engagiertes Team
- interessierte Eltern
- eine aufgeschlossene Kirchengemeinde

Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Leiterin,
Frau Marion Bolte Tel. 02845/5044

Bewerbungen richten Sie bitte bis zum
31. Januar 1996 an das:

**Presbyterium der
Ev. Kirchengemeinde Neukirchen
Hochstr. 28 • 47506 Neukirchen-Vluyn**



JugendSozialwerk
Gemeinnütziger Verein Nordhausen e.V.

Wir sind ein anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, der ein breites Leistungsspektrum im Bereich ambulanter und stationärer Hilfen zur Erziehung anbietet.

Zur notwendigen Erweiterung unseres therapeutischen Angebots im stationären Bereich suchen wir zum baldmöglichsten Termin einen

Logopäden

Wünschenswert:

Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Eltern und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit in einem Team.

Die Vergütung erfolgt nach BAT-Ost.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die Personalabteilung des

**JugendSozialwerk Nordhausen e. V.
Spiegelstraße 15, 99734 Nordhausen**

Die Bundesstadt Bonn

- Sozialamt -

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt



teilzeitbeschäftigte/n Sprachheiltherapeutin/en

- Verg.-Gr. V c/V b BAT -

für den Heilpädagogischen Kindergarten Bonn-Bad Godesberg in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt 19,25 Stunden. Kennziffer 50-06. 3

eine/n vollbeschäftigte/n Logopädin/en

- Ver.-Gr V c/V b BAT -

für den Sprachheilkindergarten Bonn-Oberkassel in einem befristeten Arbeitsverhältnis zur Vertretung für eine bis zum 31.10.1997 im Erziehungsurlaub befindliche Mitarbeiterin. **Kennziffer 50-08. 3**

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieser Anzeige mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften **unbedingt unter Angabe der jeweiligen Kennziffer** an die

Bundesstadt Bonn „Die Oberbürgermeisterin“, Personalamt, Berliner Platz 2, 53103 Bonn.

Die Bundesstadt Bonn ist um die berufliche Förderung von Frauen bemüht. Daher werden Bewerbungen von Frauen begrüßt.

Suche zum nächstmöglichen Termin

Mitarbeiter/in

für meine Praxis in
Teilzeitarbeit

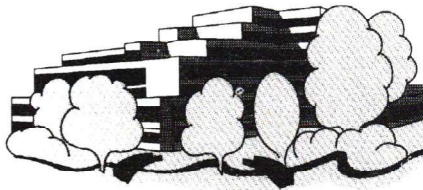
Susanne Laub
Sprachheilpädagogin
Viersener Str. 59
41061 Mönchengladbach
Tel.: 02161/899551

Logopädin sucht Kollegin/en

zur Gründung einer
Praxisgemeinschaft
für Logopädie in Köln / rrh.

Tel.: 0 22 34 / 49 85 07

Privat: 02 21 / 88 14 98



Klinik Am Osterbach – Werner Wicker KG –

AHB-Klinik für neurologisch-neurochirurgi-
sche Nachsorge und Rehabilitation

Klinik für Stimm-, Sprach- und
Sprechstörungen

Für unsere Klinik, die nach Abschluß umfangreicher Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen über 250 Betten verfügt, suchen wir zur Erweiterung unseres sprachtherapeutischen Teams sowohl für das Stimmheilzentrum als auch für die neurologische Klinik zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Logopäden/-Innen Sprachtherapeuten/-Innen Atem-, Stimm- und Sprechlehrer/-Innen Klinische Linguisten/-Innen

Das Stimmheilzentrum wird organisch bedingte, funktionelle psychogene und psychosomatische Erkrankungen der Stimme, der Sprache und des Sprechens behandeln, mit dem Ziel der kommunikativen Rehabilitation.

Die Tätigkeit der Sprachtherapie in der Neurologie umfaßt die Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrophonien, Lese-, Schreib- und Rechenstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen.

Unter Betonung des ganzheitlichen Aspektes wünschen wir uns Mitarbeiter/-Innen mit Interesse an interdisziplinärer Teamarbeit mit den bestehenden Abteilungen für Psychologie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Sporttherapie und physikalische Therapie.

Wir bieten:

- neue Räume, moderne Geräte und Behandlungseinheiten
- die Möglichkeit, den Arbeitsplatz aktiv mitzugestalten
- leistungsgerechte Bezahlung und geregelte Arbeitszeiten
- externe und interne Weiterbildungsmöglichkeiten

Ein von Ihnen ggf. zurückzuzahlendes 13. Monatsgehalt wird von uns erstattet.

Bad Oeynhausen, ein heilklimatischer Kurort, liegt an der Porta Westfalica im ostwestfälisch-lippischen Erholungsgebiet am Rande des Weser- und Wiehengebirges.

Wenn Sie an einer Mitarbeit in unseren sprachtherapeutischen Abteilungen interessiert sind, senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an die

Klinik Am Osterbach • Am Osterbach 2 • 32545 Bad Oeynhausen • Telefon: 05731/159 703



IN GUTEN HÄNDEN

**KLINIKUM BAD GÖGGING &
BERUFSFACHSCHULE FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN**

Als Rehabilitationszentrum (468 Betten) mit den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin und Phoniatrie mit eigener Berufsfachschule für Physiotherapeuten haben wir uns auch überregional einen soliden Namen gemacht. Einfühlsamer Dienst am Menschen verbunden mit patientenorientierter Therapiekonzeption ist unser Erfolgsrezept. Nutzen auch Sie als neue Kollegin / neuer Kollege diese nicht alltägliche Chance einer Zusammenarbeit mit uns als

Logopäden Sprachtherapeuten

für die Abteilung Neurologie

Die Aufgabenschwerpunkte liegen in der Diagnostik und Therapie neurologisch erkrankter Patienten mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Facialisparesen, Schluckstörungen in der Früh-, Postprimärrehabilitation und Anschlußheilbehandlung.

für die Rehabilitations-Abteilung Phoniatrie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen in Zusammenarbeit mit der Universität Regensburg, Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie

Sie sind verantwortlich für die Diagnostik und Therapie von stimm-, sprech-, sprach- und schluckgestörten Patienten mit funktionellen und organischen Stimmstörungen, Artikulationsstörungen, Redeflußstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen aufgrund postoperativer und unfallbedingter Funktionsstörungen im orofacialen und Schlundbereich.

Auf zukunftsorientierte Qualifizierung unserer Mitarbeiter legen wir besonderen Wert. Wir fördern Ihre Einarbeitung und helfen Ihnen selbstverständlich auch bei der Wohnungsvermittlung, damit Sie sich von Anfang an bei uns wohlfühlen. Unsere großzügigen sozialen Nebenleistungen werden sicher ein übriges dazu beitragen.

Wenn Sie sich von dieser Aufgabe angesprochen fühlen, senden Sie uns bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen (Klinikum Bad Gögging, Postfach 13 51, 93329 Bad Gögging). Herr CA Dr. med. J. Mallinger beantwortet Ihnen auch gerne vorab telefonisch (09445 / 201-2501) weitere Fragen.



NEUE KRAFT FÜR KÖRPER UND GEIST

**KLINIKUM BAD GÖGGING &
BERUFSFACHSCHULE FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN**

St. Marien-Hospital GmbH
SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Dr. med.- Karl-Josef Eßer
– ltd. Arzt –



Das Sozialpädiatrische Zentrum am St. Marien-Hospital gem. GmbH Düren sucht möglichst zum 1. Februar 1996 eine/n

Sprachheilpädagogin/en

in Vollzeitdienst als Vertretung für den Schwangerschafts- und Erziehungsurlaub im Rahmen der ambulanten Sprachtherapie mit Kindern und zur Betreuung einer integrativen Gruppe in einem Kindergarten. Wir wünschen uns für die sprachheilpädagogische Behandlung von Kindern mit Teilleistungsstörungen und Behinderungen eine interessierte Fachkraft möglichst mit Erfahrung in diesem vielseitigen Aufgabengebiet.

Sie arbeiten selbständig in einem interdisziplinären Team mit Psychologen/innen, Sprachtherapeuten/innen, Krankengymnastinnen und Heilpädagogin unter ärztlicher Leitung. Interne Fortbildungen und Supervision finden regelmäßig statt.

Düren-Birkesdorf ist über die A4 oder mit der Bahn gut zu erreichen.

Geboten wird eine Vergütung nach AVR-Caritas (BAT angeglichen) sowie die üblichen sozialen Leistungen wie Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung etc.

Schriftliche Bewerbungen werden erbeten an:

St. Marien-Hospital gem. GmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum
Hospitalstraße 44, 52353 Düren-Birkesdorf

Telefonische Auskunft erteilt gerne Frau Christmann, Telefon-Durchwahl 02421/805-370

Suche

Sprachheilpädagogin/

Logopädin/

Sprachtherapeutin

**für eine Praxisgemeinschaft
ab Mitte/Ende 1996.**

Langjährig bestehende, sehr gut eingeführte Praxis; derzeit 4 Vollzeit-Therapeutenplätze; alle Störungsbilder; Praxis für Sprachtherapie



Thomas Babbe
Dipl. Sprachheilpädagoge
Löwenser Straße 9b
31812 Bad Pyrmont
Tel. 0 52 81 / 60 93 95
Fax 0 52 81 / 60 83 41

Logopädin/

Sprachheilpädagogin

gesucht

Sprachheilpraxis
Susanna Wagener M.A.
Spichernstr. 1
27570 Bremerhaven
Tel. 0471/3 40 33

Dipl. Sprachheilpädagoge, z.Zt. Berlin,
mit mehrjähriger Berufserfahrung in Diagnostik und Therapie sprachentwicklungsverzögerter Vorschulkinder, Stotterer, Stimmtherapie; Diagnostik, Therapie und Förderunterricht in GS sowie Förderschule für LB und GB; Fortbildung in Myofunktioneller Therapie sucht neuen Wirkungskreis. (Kinder- und/oder Erwachsenen-therapie). Zuschriften erbeten unter

Chiffre SP 69503

Für den Bereich

Logopädie / Neuropsychologie

suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n weitere/n

Logopädin/en Sprachtherapeutin/en

die / der sich mit Eigeninitiative und Kreativität an dem weiteren Ausbau unseres therapeutischen Angebotes beteiligen möchte.

- Sie
- haben fachübergreifende Interessen und möchten Ihre Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Beratung von Aphasien und Dysarthrophonien sowie den angrenzenden Fachgebieten einbringen und verbessern,
 - finden interne wie externe Fortbildungsmöglichkeiten alles andere als überflüssig,
 - wissen die Atmosphäre eines kollegialen Teams zu schätzen, das auch im Streß den Sinn für Humor nicht verliert.
- Wir
- sind ein Fachkrankenhaus für physikalische Medizin, dessen 496 Betten sich auf die Fachbereiche Neurologie, Innere Medizin und Orthopädie aufteilen,
 - wollen die Therapie der neuropsychologischen Folgen nach überwiegend vaskulären, traumatischen und sekundären Hirnschädigungen verbessern,
 - bieten ein selbständiges und eigenverantwortliches Arbeitsfeld bei Vergütung nach dem BAT sowie Zusatzversorgung. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir selbstverständlich behilflich.

Informieren Sie sich über die Klinik und ihre Region durch einen Besuch. Sprechen Sie mit unseren Mitarbeitern und gewinnen Sie einen Einblick in Ihr neues Aufgabengebiet.

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt der Neurologischen Abteilung, Herr Prof. Dr. Tackmann, unter der Tel.-Nr. 0 52 71 / 98 - 23 31 zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die

WBK

Weserbergland-Klinik
Höxter/Weser

Verwaltung der Weserbergland-Klinik
37669 Höxter

Anzeigenschluß für Heft 1/96

ist der 3. Januar 1996

Dipl. Sprachheilpädagogin, (Berufsanfängerin mit Praxiserfahrung durch diverse Praktika) sucht feste Anstellung, gerne mit Schwerpunkt Aphasie, Dysarthrie, Dysphagie, ab Februar 1996 im Raum BO, GE, RE, HER, E.

Chiffre SP 69502

Sonder- und Sprachheilpädagoge in ungekündigter Stellung sucht neues Aufgabengebiet in der Sprachtherapie im Grossraum Frankfurt A.M./Heidelberg

Chiffre Sp 69500



Rheinische Landesklinik Viersen

Fachklinik für Psychiatrie
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Rheinische Landesklinik Viersen - Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie - sucht zum 1. Januar 1996

eine Logopädin / einen Logopäden bzw.

eine Sprachheilpädagogin / einen Sprachheilpädagogen.

Die neue Mitarbeiterin / der neue Mitarbeiter soll in der Diagnostik von Sprachstörungen und Sprachbehinderungen tätig werden und an der Weiterentwicklung von Therapiekonzepten für autistische und kommunikationsgestörte Kinder und Jugendliche mitarbeiten.

Für das Arbeitsverhältnis gelten die Bestimmungen des Bundesangestelltentarifvertrages (BAT).

Je nach persönlichen Voraussetzungen ist eine Eingruppierung bis nach Verg.-Gruppe V b BAT möglich.

Für persönliche Rückfragen steht Ihnen der Abteilungsarzt Herr Dr. Hartmann, Tel.: 02162/96-5005 bzw. 96-5406, zur Verfügung.

Frauen werden nach den Bestimmungen des Frauenförderungsgesetzes bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation ebenfalls besonders berücksichtigt.

Die Stelle ist auch durch zwei Teilzeitkräfte besetzbar.

Bewerbungen werden schriftlich und mit Lebenslauf erbeten an

Rheinische Landesklinik Viersen

Johannisstraße 70 • 41749 Viersen • Tel. 02162/96-5005 bzw. 96-5406

SCHLOSSBERG-KLINIK

WITTGENSTEIN

**Neurologische Fachklinik mit Spezialabteilungen
für MS- und Parkinson-Kranke, 57334 Bad Laasphe**

Unsere Klinik ist ein neurologisches Rehabilitationszentrum mit 237 Betten, in dem alle neurologischen Erkrankungen behandelt werden. Schwerpunkte liegen in der Rehabilitation von MS- und Parkinson-Patienten. Die Belegung erfolgt durch alle Krankenkassen und Rentenversicherungsträger im Rahmen von Krankenhaus-, Rehabilitations- und Anschlußheilbehandlungen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Logopädin/Logopäden

die/der bereit ist, selbständig und engagiert in einem Team mit Psychologen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Neurologen zu kooperieren. Der Aufgabenbereich umfaßt die Behandlung aller Sprach- und Stimmstörungen bei Erkrankungen des Nervensystems.

Geboten werden eine attraktive Vergütung mit außertariflichen Zulagen, Einzelunterkunft im Hause bzw. Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung, interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten.

Bad Laasphe liegt landschaftlich reizvoll am Südrand des Rothaargebirges zwischen Siegen und Marburg. Sämtliche Schulen befinden sich am Ort.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:

Schloßberg-Klinik Wittgenstein

- Verwaltung -

Schloßstraße 40, 57334 Bad Laasphe

Telefon (0 27 52) 101 - 350

Odeborn-Klinik

Hinterm Schloßpark
57 319 Bad Berleburg
Telefon: (0 27 51) 8 20
Telefax: (0 27 51) 82 49 09



Klinik für Neurologische Rehabilitation
und Innere Medizin
Arztlicher Direktor:
Dr. med. R. Baum

Die Odeborn-Klinik verfügt über 250 Betten, sie gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner Kuranstalt GmbH, Bad Berleburg, einem seit 40 Jahren erfahrenen und erfolgreichen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Bei uns leistet ein engagiertes und verantwortungsbewußtes Team aktiven Dienst an Menschen, die nach unterschiedlichen neurologischen Erkrankungen eine erstklassige Reha-Medizin benötigen. Zur Verbesserung der regionalen Versorgung ist der Aufbau einer logopädischen Ambulanz geplant.

**Für die Tätigkeit in der stationären Neurologie (Aphasien, Dysarthrien, Stimmstörungen)
sowie für die Mitwirkung in der logopädischen Ambulanz suchen wir zum
nächstmöglichen Eintrittstermin**

LogopädInnen/SprachtherapeutInnen

für die Mitarbeit in einem engagierten Team. Es erwartet Sie eine vielseitige, interessante und selbstständige Tätigkeit in einem interdisziplinären Team von Sprachtherapeuten, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Pflegepersonal. Berufserfahrung ist wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung.

Wir wünschen uns MitarbeiterInnen mit Interesse an selbständigem Arbeiten, das viel Verantwortung und Eigeninitiative verlangt, die auch genügend Offenheit mitbringen, im sprachtherapeutischen Team Erfahrungen zu sammeln und zu lernen.

Unsere Klinik bietet unter anderem eine übertarifliche Vergütung (in Anlehnung an den BAT), umfassende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersversorgung, Kindertagesstätte) und vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z. T. am unternehmenseigenen Institut in Hagen). Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die Leiterin der Abteilung Sprachtherapie, Frau D'Hondt, die Ihnen auch für weitere Fragen gerne zur Verfügung steht - Durchwahl (0 27 51) 82 12 89.

Eine Klinik der
Wittgensteiner
Kuranstalt GmbH

Bad Berleburg • Bad Ems • Bad Krozingen • Brandenburg • Grönenbach • Hagen • Hattingen • Horumersiel • Leezen • Pulsnitz

Sammelordner für „Die Sprachheilarbeit“

- Farbe blau, hochwertige Verarbeitung,
- jeweils 6 Hefte eines Jahrganges und ein Jahresinhaltsverzeichnis einzeln einhängbar,
- gewünschte Jahreszahl bei der Bestellung unbedingt angeben!

Sofort portofrei lieferbar durch:

Einzelpreis DM 18,00
Bestell-Nr. L 3010



verlag modernes lernen - Dortmund

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund
Tel.: (0180) 534 01 30 • FAX: (0180) 534 01 20

*Ihre Praxis ist
unser Programm!*

Ute Haffner

„Gut reden kann ich“

Das Entwicklungsproximale Konzept in der Praxis – Eine Falldarstellung

1995, 208 S., Format 16x23cm, br
ISBN 3-8080-0347-2,

Bestell-Nr. 1903, DM 38,00

Iris Adams / Veronika Struck /
Monika Tillmanns-Karus

Kunterbunt rund um den Mund

Spiele und Übungen zur Sensibilisierung und Kräftigung

ca. August 1996, ca. 150 S., mit 40 Fotos,
Format 17x24cm, Ringbindung,
ISBN 3-8080-0365-0, Bestell-Nr. 1905,

Subskriptionspreis bis zum Erscheinen
DM 39,80, danach DM 44,00

Deutsche Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik (dgs) Hrsg.
Redaktion Wolfgang Scheuermann

**Einrichtungen
für Sprachbehinderte in der
Bundesrepublik Deutschland**

Eine Übersicht

1995, VI/214 S., Format DIN A 5, br
ISBN 3-8080-0343-X,

Bestell-Nr. 1902, DM 19,80

Wolfram Ziegler / Marion Jaeger

**Materialien zur
Sprechpraxietherapie**

Wortlisten mit 2400 ein- bis viersilbigen
Wörtern und Verwendungsleitfaden.

1993, 40 S., DIN A 4, geh,
ISBN 3-86145-046-1,

Bestell-Nr. 8511, DM 29,80

Manfred Grohnfeldt (Hrsg.)

**Lebenslaufstudien und
Sprachheilpädagogik**

*Grundlagen und Beispiele
einzelfallorientierter Förderung*

Juli 1996, ca. 250 S., Format 16x23cm, br
ISBN 3-8080-0366-9,

Bestell-Nr. 1906, DM 39,80

Gisela Röttgen

**Spielerlebnisse zum
handelnden Spracherwerb**

2., durchges. Aufl. 1995, 140 S., mit 18
Tierbildern als Kopiervorlagen, Format DIN
A 4, Ringbindung, ISBN 3-86145-105-0,

Bestell-Nr. 8510, DM 38,00

Dolores Claros Salinas

Texte verstehen

Materialien für Diagnostik und Therapie
1993, Grundaussage: Manual 24 S. und
Material (4 Blocks à 53 Blatt), Format A4,
ISBN 3-86145-048-8,

Bestell-Nr. 8513, DM 69,80

Einzelner Materialblock zum *Nachkaufen*:
ISBN 3-86145-054-2,

Bestell-Nr. 8515, DM 17,80

Heidrun Schröter-Morasch

**Anamnesebogen zur klinischen
Erfassung von Schluckstörun-
gen nach Hirnverletzungen**

Manual

1994, 28 S., DIN A 4, geh,
ISBN 3-86145-067-4,

Bestell-Nr. 8517, DM 19,80

Fragebögen

• Verlauf, Status, Empfehlungen (a), 2
Seiten A4

• Patientenbefragung (b), 4 Seiten A4
a+b nur zusammen als Satz à je 10 Stk

Bestell-Nr. 8532, DM 19,80

**NEU ab 1.1.96: 48-Stunden
Lieferservice – portofrei durch:**



verlag modernes lernen borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund • ☎ (0180) 534 01 30 • FAX (0180) 534 01 20

*Ihre Praxis ist
unser Programm!*
neu

Ute Haffner

„Gut reden kann ich“

*Das entwicklungsproximale Konzept
in der Praxis – Eine Falldarstellung*

Okt. 1995, 208 S., Format 16x23cm, br,
ISBN 3-8080-0347-2, Bestell-Nr. 1903, DM 38,00

„Dieses Buch dokumentiert detailliert die sprachtherapeutische Arbeit mit einem 10jährigen Jungen über einen Zeitraum von etwa zwei Jahren. Für solche Studien, die Einblick geben in die Wirklichkeit einer nach modernen Kriterien gestalten Sprachtherapie, besteht seit langem dringender Bedarf. ... Die Ausführungen zu den theoretischen Hintergründen der Therapiegestaltung sind auf das unumgängliche Minimum beschränkt bzw. fließen in unaufdringlicher, sachlogisch motivierter Weise in die sehr anschaulichen Darstellungen des Therapieprozesses in seinen verschiedenen Stadien ein. In erster Linie ist es das Ziel der Autorin, einer Therapiekonzeption gewissermaßen Fleisch und Blut zu geben, sie greifbar und nachvollziehbar zu machen. Dies ist hier in einem Ausmaß gelungen, daß selbst Leser, die noch nicht mit sprachentwicklungspsychologisch fundierten Vorgehensweisen vertraut sind, die Maßnahmen und Begründungszusammenhänge unmittelbar und ohne Schwierigkeiten verstehen können. In einer feinen didaktischen Art, die zudem geradezu Unterhaltungswert erreicht, wird der Leser in die verschiedenen Entscheidungs- und Handlungsebenen der Sprachtherapie und die Methoden der Diagnostik und Therapie eingeführt, wobei sie stets ausführlich und konkret am Beispiel des Kindes

demonstriert werden. ... Es ist für folgende Personenkreise ein Gewinn: erfahrene Therapeuten, die ihr sprachtherapeutisches Wissen, Denken und Handeln aktualisieren wollen, Berufsanfänger, die nach umsetzbaren Modellen für sprachtherapeutische Entscheidungs- und Planungsprozesse suchen, Studierende der Sprachheilpädagogik, die sich aus theorielastiger Literatur keine klare Vorstellung bilden können, wie eine moderne Sprachtherapie im einzelnen aussieht, fachfremde Personen, die einen Einblick in die Komplexität und Verantwortlichkeit sprachtherapeutischer Arbeit gewinnen wollen, schulpolitische Entscheidungsträger, die die institutionellen Rahmenbedingungen für optimale und kindgerechte sprachtherapeutische Versorgung zu schaffen und zu verantworten haben. Darüber hinaus ist das Buch hervorragend geeignet, manche verkürzende und verfälschende Auslegungen entwicklungsproximaler Sprachtherapie, von denen man gelegentlich hören kann, zu berichtigen.

Zusammenfassend kann ich dem Buch drei Eigenschaften zusprechen: Es ist wissenschaftlich fundiert, es ist hilfreich und nützlich für die Praxis, es macht Spaß, es zu lesen. Aus solchen Büchern lernen wir gerne.“

Dr. F.M. Dannenbauer



verlag modernes lernen *borgmann publishing*

Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund • ☎ (0180) 534 01 30 • FAX (0180) 534 01 20

26.-28. September 1996 in ||||| Münster

Herausforderung und Chance in der Rehabilitation Sprachbehinderter

- ? Welche Forschungsergebnisse benachbarter Disziplinen betreffen mein berufliches Selbstverständnis und meine Arbeit?
- ? Wie kann es mir gelingen, aus der Fülle der Informationen Wichtiges wahrzunehmen und umzusetzen?
- ? Welche Erkenntnisse aus anderen Bereichen bieten mir Chancen, meine Arbeit effizienter zu gestalten?

Wie läßt sich zum Wohle der Menschen, die meine professionelle Hilfe brauchen, auf den verschiedenen Ebenen in Theorie und Praxis interdisziplinär zusammenarbeiten:

- ☐ bei Störungen der Sprachentwicklung,
- ☐ bei Stimmstörungen,
- ☐ bei Hörstörungen,
- ☐ bei Redeflußstörungen und elektivem Mutismus,
- ☐ bei neuronalen Störungen
- ☐ im schulischen und therapeutischen Alltag?

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe

☐ Tel. 02564-2560 / 02564-1713 ☐ Fax 02564-2547

[illegible]