

Die Sprachheilarbeit

2/98

Auf ein Wort*Gerhard Zupp***Hauptbeiträge***Reinhard Peter Broich, Landau*

Das Emotionale in der sonderpädagogischen Förderung von dysgrammatisch sprechenden Kindern 63

*Peter Jehle, Frankfurt/Main /**Joachim A. Renner, Darmstadt*

Kontrollüberzeugung und Stottern. Überprüfung eines Fragebogens und Therapieergebnisse 78

Magazin*Im Gespräch**Friedrich Michael Dannenbauer, München*

Thesen zum Zusammenhang von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie 90

Inge K. Krämer-Kilic, Hamburg

Zur Situation von Mädchen an Sprachheilschulen – aus geschlechtsspezifischer Sicht analysiert 95

XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung (Beihefter)

Aus-, Fort- und Weiterbildung • Personalia • Rezensionen •
Mitteilungen • Vorschau

43. Jahrgang/April 1998

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:
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 030/661 6004
Telefax: 030/661 6024 oder 601 0177 (Schule Bielfeld)

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

Peter Arnoldy, Hundsbergstr. 48, 74072 Heilbronn

Bayern:

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

Berlin:

Thomas Gieseke, Schönwalder Allee 62, 13587 Berlin

Brandenburg:

Monika Paucker, Teltower Straße 15,
13597 Berlin

Bremen:

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

Hamburg:

Brigitte Schulz, Bredstedter Str. 20, 22049 Hamburg

Hessen:

Friedrich G. Schlicker, Tietler Str. 16,
64521 Groß Gerau

Mecklenburg-Vorpommern:

Dirk Panzner, Steffenshäger Str. 4B,
18209 Reddelich

Niedersachsen:

Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25,
31535 Neustadt

Rheinland:

Manfred Gerling, Antoniusweg 12, 53721 Siegburg

Rheinland-Pfalz:

Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein

Saarland:

Frank Kuphal, Kurhofer Str. 5, 66265 Heusweiler

Sachsen:

Antje Leisner, Platanenstraße 16, 01129 Dresden

Sachsen-Anhalt:

Regina Schleiff, Pökenstraße 7,
06484 Quedlinburg

Schleswig-Holstein:

Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,
24146 Kiel

Thüringen:

Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26,
98617 Utendorf

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 Preis-

liste Nr. 3/1997. Anzeigenleiter: Oliver Gossmann.

Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/12 80 09

Druck: Löer 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, Telefax (02 21) 4 70 21 28

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Oldendorf, Telefon und Telefax (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 zweifacher 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 eine Beilage für Abonnementwerbung für die Zeitschrift „Praxis-Handbuch Buchführung und Steuern“, Bonn, (Postvertriebskennzeichen G 12621) bei. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.



Gerhard Zupp

Auf ein Wort

... in wessen Wort wir stehen?

In letzter Zeit standen an dieser Stelle viele Beiträge zum Thema 'Sprachheilschule'. Bedingungen und Grenzen, Wege und Ziele wurden beschrieben, erörtert, gegenübergestellt, hinterfragt, wieder verworfen...und...und...und! In Zeiten knapper werdender Ressourcen sicher eine wichtige, wenn nicht gar unverzichtbare Aufgabe – geht es doch um den Erhalt und die Sicherung eines unerhört wichtigen Systems zur Hilfe Benachteiligter. Doch scheint es kaum möglich zu sein, mit wenigen Worten ein greifbares Bild dieser Organisationsform zu skizzieren, das dann auch noch die Effizienz dieser Größe belegt. So werden 'viele Worte' gemacht und sie gehen uns durch den Kopf, treffen oder belasten uns, aber nur selten sind sie in der Lage, deutlich zu sagen: *hier sind wir* und *das können wir*.

Vielleicht sind es auch diese vielen Worte in der Sorge um die Sprachheilschule, die uns den Blick für das Wesentliche – nämlich für die, die Sprachförderung unbedingt brauchen – verstellt haben. Das Gewicht und die Gewalt *eines Wortes* scheinen uns nicht mehr zu erschüttern, gehen wir doch täglich wortgewandt mit tausenden um. Wie beklemmend und erdrückend müssen die empfinden, die nicht in der Lage sind, auch nur mit einem einzigen Wort sich anderen mitzuteilen – eigenes Empfinden mit anderen zu teilen! Solch erdrückendes sprachliches Unvermögen ist aber in vielen Sonderschulen ganz alltäglich.

Frau/Man(n) sollte bei dem Versuch, die Schulen für Sprachbehinderte zu erhalten, nicht andere glauben machen, Sprachbehinderung sei ein auf diesen Schultyp begrenztes Phänomen. Viel schwerwiegender und dramatischer sind die Folgen einer umfassenden Sprachbehinderung oder einer völligen Sprachlosigkeit bei Geistig-, Psychisch- oder Körperbehinderten. Vielfältige bedeutungsvolle und bewegende Eindrücke werden aufgenommen, aber schon das Einordnen fällt schwer. Unterschiede werden wahrgenommen und registriert, doch Standpunkte können nicht bezogen werden. Freude und Leid wird erlebt, bleibt aber anschließend im Verborgenen. Eigene Empfindungen, Gefühle wollen und müssen heraus – es fehlen aber sprachliche Möglichkeiten, findet sich selten ein Weg. Intensive sprachheilpädagogische Arbeit heißt hier Aufnahme nonverbaler und verbaler Kommunikation zum Aufbau einer Sozialkompetenz und die Anbahnung unerläßlicher Bedingungen zu einer emotional und kognitiv angemessenen Reizverarbeitung einer sozial vermittelten Um- und Mitwelt. Fehlen diese ursprünglich sprachheilpädagogischen Qualitäten, macht sich große Hilflosigkeit, Desorientierung, Isolation und ein oft zwangsläufiges 'Auf-sich-fixiert-sein' breit und verhindert häufig das 'Sprachlich-werden'.

Bei der Suche nach Auswegen, nach Hilfestellungen und Möglichkeiten der Förderung werden an vielen sonderpädagogischen Einrichtungen Sprachheilpädagogen oft noch schmerzlich vermisst. An Schulen für Geistig- und/oder Körperbehinderte suchen vermehrt Logopäden und Ergotherapeuten meist hilflos nach Möglichkeiten. Hier sind Sprachheilpädagogen umfänglich gefordert.

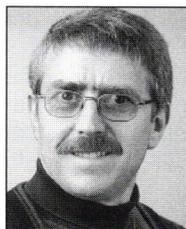
„Wer mit Worten umgeht, Worten nachhört, Worten folgt, sich Worten unterwirft, mit Worten freigesprochen wird, der spürt ihren Zauber, wunderbar und ungeheuerlich. Worte treffen, treffen ein, treffen zu, treffen vorbei, treffen tödlich. Worte helfen, helfen auf, helfen heraus“ (aus Friedrich *Schorlemmer*, *Zu seinem Wort stehen*; München 1996). Denen 'heraus zu helfen', in deren Wort wir qua Amt auch stehen, dürfen wir selbst bei der wichti-

gen Diskussion um Sprachheilschule nicht vergessen.



(Landesvorsitzender der dgs in Rheinland-Pfalz, Sprachheillehrer und Leiter einer Schule für Geistigbehinderte)

HAUPTBEITRÄGE



Reinhard Peter Broich, Landau

Das Emotionale in der sonderpädagogischen Förderung von dysgrammatisch sprechenden Kindern

Zusammenfassung

Mit Dysgrammatismus wird zumeist Systematik und Kognition assoziiert. Die vorliegende Arbeit bemüht sich um eine Schwerpunktverlagerung auf den emotionalen Aspekt bei der Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder. Zur Vorgehensweise: Nach der Einleitung werden unter der Überschrift *Prämissen* der Standort und die Richtung dieses Beitrags in Bildern und Metaphern umschrieben, danach erfolgt eine Reflexion über das Verstehen und die darin enthaltenen emotionalen Implikationen. Im vierten Kapitel werden Diagnose und Förderung einer kritischen Betrachtung unterzogen. Dann wird aufgezeigt, wie Bio-Informationen funktionieren, um eine physikalisch-sachliche Begründung für die Notwendigkeit emotionaler Förderung zu liefern und um darauf hinzuweisen, welche Auswirkungen solche Erkenntnisse für die sonderpädagogische Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder haben. Auf dieser Basis sammelt das fünfte Kapitel Prinzipien und Fördermaßnahmen einer emotional bestimmten Sprachförderung für dysgrammatisch sprechende Kinder. Der Artikel verzichtet darauf, den normalen Grammatikerwerb des Kindes darzustellen, nicht weil dies nicht notwendig wäre, sondern weil dies andernorts bereits ausführlich und fundiert geschehen ist (z.B. *Clahsen* 1986).

1. Einleitung

In der Schlußrede zur XVI. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 1984 in Ravensburg stellte M. *Sovák* in humorvoll witziger und anschaulicher Weise dar, daß es seit dem Standardwerk von *Zuckrigl* (1964) im deutschsprachigen Raum keine nennenswerte Literatur über den kindlichen Dysgrammatismus mehr gab. Und mit dieser Feststellung hatte er damals vermutlich kaum einem der anwesenden Autoren wehgetan, da seine Feststellung den Tatsachen entsprach. Dieser Mangel wurde allerdings in den letzten

Jahren erfreulicherweise nachweislich behoben. Es gibt mittlerweile eine Fülle theoretischer Abhandlungen, auf die der Verfasser bei diesem Aufsatz zurückgreifen kann.

Der kindliche Dysgrammatismus – das scheint sich, weil es um Grammatik geht, so anzubieten – wird bevorzugt aus sprachwissenschaftlich-linguistischem oder entwicklungspsychologischem Blickwinkel bearbeitet (vgl. *Grohnfeldt* 1991). Der Zugang und die Fachsprache haben sich vom Medizinischen auf die Linguistik und die Psychologie verschoben. Dies hat Folgen für die praktische Arbeit mit dysgrammatisch sprechenden Kindern:

Zum einen scheint die fachspezifische Terminologie, das wissenschaftliche Vokabular, viele Praktiker zu verschrecken und sie eher von der Lektüre abzuhalten. Kein Wunder also, wenn man daher in der Praxis vielerorts – weil man dies in der eigenen Ausbildung so gelernt hat – noch immer das Einüben von Satzfügungsmustern als ausschließliche Methode praktiziert und favorisiert (vgl. *Dannenbauer* 1991)!

Zum anderen scheinen die jeweilige Fachsprache und evtl. auch Erinnerungen an in der eigenen Schulzeit erlittenen Grammatikunterricht unterschwellig zu vermitteln, daß Dysgrammatismustherapie eine ausschließlich kognitive Angelegenheit sein müsse, obwohl immer wieder auf die Mehrdimensionalität (*Grohnfeldt* 1991) oder ökologische Ausgewogenheit (*Homburg* 1991) und bezüglich der Therapie folglich auf eine mehrkanalige Förderung (*Graichen*) hingewiesen werden; denn es ist unumstritten, daß sprachliche Beeinträchtigungen auch eine affektiv-emotionale

Komponente haben (vgl. *Hartig-Gönnheimer*, 1994, 13/14). Also kann auch die sonderpädagogische Förderung eines dysgrammatisch sprechenden Kindes nicht nur über die kognitive Schiene laufen (vgl. *Motsch* 1995).

Einen emotionalen Part in der Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder sicherzustellen, wird umso notwendiger, als gerade diese Kinder im Gefolge ihrer sprachlichen Beeinträchtigungen nachweislich mehr emotionale Störungen aufweisen als gut sprechende Kinder ihrer Altersgruppe (vgl. *Grimm* 1991, 104).

Der vorliegende Beitrag will auf der Grundlage psycholinguistischer und formal-sprachlicher Reflexionen und Forschungen das Augenmerk auf das Emotionale bei der Arbeit mit dysgrammatisch sprechenden Kindern lenken. Er versucht damit, den Dysgrammatismus als sprachheilpädagogisches Problem zu sehen (*Zuckrigl* 1964) und Dysgrammatikertherapie als speziellen Fall von Menschenführung (*Homburg* 1991, 141) und will auf diese Weise Praktikern in den verschiedenen Einrichtungen für Sprachbehinderte, aber auch bei der ambulanten oder integrativen Förderung in Regelschulen Mut machen, mit (sonder-)pädagogischem Selbstverständnis, sich als Person einzubringen und zu engagieren, mit dysgrammatischen Kindern zu spielen, zu arbeiten, zu lernen, zu reden, im Vertrauen auf die eigenen, genuin pädagogischen Fähigkeiten, aber auch auf die in jedem Kind schlummernden Kräfte, die es zu verstärken gilt, damit sie sich in einer positiven kindzugewandten Atmosphäre entfalten können. Dieser Beitrag reflektiert über das Emotionale, das Gemüthafte bei der Dysgrammatismustherapie und fordert es gewissermaßen ein. Auf der Basis zahlreicher Anregungen aus der Fachliteratur wird im Gedanken an *Pestalozzis* Postulat der erzieherischen Arbeit mit Kopf, Herz und Hand versucht, eine Schwerpunktverlagerung auf Herz und Hand vorzunehmen, was aus Gründen der Ganzheit nicht heißen darf, daß der Kopf ausgeschaltet werden soll. Durch die weiteren Ausführungen wird es nicht bei einer diffusen ganzheitlichen Betrachtung bleiben, sondern wohl zu einer strukturierten Ganzheit kommen (vgl. *Holtz* 1987 bzw. 1997). Dieser Beitrag will kein „psychohydraulisches Modell der unspezifischen Therapie“ vorstellen

(*Homburg* 1991); intendiert sind vielmehr Ansätze einer ganz spezifisch sonderpädagogischen Sicht, die im folgenden entsprechend begründet werden sollen.

Ein eher formaler Hinweis noch bezüglich der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung: Nach Möglichkeit werden geschlechtsneutrale Berufs- und Personenbezeichnungen benutzt oder geschlechtsspezifische Bezeichnungen gerecht auf beide Seiten verteilt. In jedem Fall sollen sich jedoch auch Kollegen mitgemeint fühlen, wenn Kolleginnen angesprochen werden und umgekehrt. Diese Diktion ist u.a. aus einem Unbehagen und aus Opposition gegenüber eigentümlichen schriftsprachlichen Konstruktionen mit großem I oder (inn) innerhalb der Berufsbezeichnungen entstanden.

2. Prämissen einer auf das Kind zentrierten Sprachbehindertenpädagogik:

Zu Beginn dieses Kapitels ein richtungweisendes Zitat aus dem dgs-Kongreß in Hamburg 1995:

„... Wenn ich spüre, daß der andere oder die anderen ... mich vielleicht ablehnen oder zunächst skeptisch abwartend zuzuhören scheinen, beeinflusst das meine Redemöglichkeiten entscheidend. Bei einer ablehnenden oder gar frostigen Atmosphäre kann ich kaum etwas sagen, ich werde starr, affektiv blockiert und kann dann evtl. nur noch vorbereiteten Text ablesen. Bei spürbarer Hörbereitschaft oder gar erlebtem Wohlwollen dagegen aber kann ich spontan zu dem Partner, zu den Partnern sprechen, denn es sind dann nicht mehr nur Zuhörer, sondern mitgestaltende Partner, auch wenn sie verbal nichts laut äußern ... Der oder die Hör- bzw. Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen bestimmen entscheidend mit, was und wie ich in der Situation sagen kann. Das Kommunikationsmodell vom aktiven Sender und passiven Empfänger stimmt also nicht.“

(*Begemann, E., 1995, 8/9*)

Wer Erfahrungen mit Spontansprachstichproben gemacht hat, weiß um die Einstiegschwierigkeiten und Hemmungen (der sprachbeeinträchtigten Kinder im allgemeinen und der dysgrammatisch sprechenden Kinder im besonderen) zu Beginn der Interaktionen. Die Tonbandaufnahmen geben häufig zu Beginn eine Redearmut der aufgenommenen Kinder wieder, die sich in einsilbigen Antworten, Satzfragmenten, Ellipsen zeigt. Dies ist selbstverständlich ein pragma-

tisches Problem, oft auch ein Problem des Kontextes, in dem die Spontansprachstichprobe erfolgt. Beim Abhören der Aufnahmen hat man dann das Gefühl, die Kinder tauen allmählich auf, und die sprachlichen Äußerungen erweitern sich zusehends.

Wer will, kann sich erinnert fühlen an Münchhausens Postillon in den tiefverschneiten, kalten Weiten Rußlands, dem die Töne im Posthorn festfroren und später in der warmen Stube, als er das Horn in die Nähe des wärmenden Küchenfeuers stellte, bald aufs herrlichste ganz von allein aus dem Instrument hervorkamen (vgl. *Bartel* 1982, 33).

Wir wissen alle, wie sehr uns Angst stumm macht und wie sehr eine warme, angenehme und annehmende Atmosphäre unsere Zunge lockert. Nicht von ungefähr steckt in unserem Wort Person das lateinische *persona*, zu deutsch: *hindurchklingen*.

Diese emotional gefärbten Zitate und Bilder wurden bewußt an den Anfang der Betrachtungen gestellt. Möglicherweise entsteht dadurch ein nicht ganz unbeabsichtigtes Gegengewicht zu wissenschaftlichen Beiträgen, die eine sachliche Distanz zum beobachteten Gegenstand wahren, um objektiv beobachten und analysieren zu können.

Gleichzeitig ist ein Ansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt, jedoch keine einsame Gegenposition, wie viele Beiträge beweisen (vgl. *Westrich* 1984, *Kroppenberg* 1984, *Dannenbauer* 1991, *Hartig-Gönnheimer* 1994, *Haffner* 1995, *Motsch* 1995 und 1996).

An dieser Stelle wird es nun notwendig, zu umreißen, was unter dem Emotionalen in der Dysgrammatikertherapie verstanden werden soll, wenngleich die Bedeutung in den zuvor beschriebenen Bildern und Metaphern schon vorbereitend transparent wurde. Gemeint ist eine liebevolle Annahme des Kindes durch die therapeutische Bezugsperson als Voraussetzung vor jeder diagnostischen oder therapeutischen Aktion und als durchgängige Grundhaltung (sonder-)pädagogischen Tuns. Die positiven Gefühle gilt es, auf die kindliche Umwelt zu übertragen, auf die Familie und auf die Klassengemeinschaft, damit die emotionale Wärme dem Kind von allen Seiten entgegenstrahlt und es wohlwollend einhüllt. Emotion darf in diesem Sinne nicht als mehr oder weniger statisches Prinzip verstan-

den werden, sondern in der ursprünglichen Wortbedeutung (*emotio* [lat.] = Bewegung). Es ist die treibende Kraft, aus der pädagogisches Handeln schöpft (kreiert). Das Emotionale zeigt sich in einer positiven Gestimmtheit als Grundhaltung einer intensiven dialogischen Beziehung zwischen Kind und pädagogisch-therapeutischer Bezugsperson, aber auch in spezifischen Maßnahmen kindzentrierter emotionaler Förderung, die darauf abzielt, daß das Kind mit Hilfe der intensiven dialogischen Beziehung zur Pädagogin, zum Pädagogen seine Probleme herausstellt und verarbeitet und so Energie frei hat für altersgemäßes Lernen (vgl. *Kroppenberg* 1984, 2-3). Herausragendes Merkmal der pädagogischen Arbeit muß die kooperative Partnerschaftlichkeit sein. Dies gilt sowohl für die Begegnung mit dem Kind als auch für die Zusammenarbeit mit den Eltern. Eine partnerschaftliche Elternarbeit muß die Förderung des Kindes begleitend unterstützen, denn die sprachliche Beeinträchtigung bezieht sich nicht nur isoliert auf das dysgrammatisch sprechende Kind, sie wird beeinflußt durch den sozialen Kontext und beeinflußt diesen im gegenseitigen Wechselspiel.

In einer vertrauensvollen Atmosphäre, die geprägt sein soll durch die bekannten Therapeutenvariablen von *C. Rogers*, nämlich Echtheit, Wärme, Akzeptanz, positive Wertschätzung, kann das Kind den Wunsch nach Ausdruck und verbaler Kommunikation, seine kreativen Möglichkeiten im Spracherwerb eigendynamisch am ehesten entfalten.

Eine Betrachtungsweise des Dysgrammatismus' aus der emotionalen Blickrichtung stellt konsequenterweise den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt. Aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik müßten Betrachtungsweisen, die die Einzelsprache als isoliertes System sehen, insofern sie darauf verzichten, den individuellen, Sprache produzierenden Menschen mit zu sehen, im ursprünglichen Sinne des Wortes *inhuman* wirken. Wer Sprache losgelöst vom Menschen sieht, wird auch sprachliche Beeinträchtigungen distanziert sehen, im Sinne phänomenologischer Auffälligkeiten oder im Sinne von Symptomen, was entsprechende Konsequenzen für die Therapie im Gefolge hat (vgl. *von Knebel/Welling* 1997).

Aus ganzheitlicher Sicht ist es unmöglich, Sprache losgelöst vom Menschen zu sehen. Sprache ist eine menschliche Fähigkeit. Sie ist kein Selbstzweck, sondern Mittel zur Kommunikation und Handlungsfähigkeit (*Grohnfeldt* 1991, 13). Folglich können auch sprachliche Beeinträchtigungen nicht distanziert und isoliert vom betroffenen Menschen betrachtet werden, vielmehr sind sie Hinweise auf Lern- oder Erlebensdefizite des Sprache realisierenden Menschen (vgl. *Kroppenberg* 1983).

3. Vom Verstehen:

„Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören. Das ist doch nichts Besonderes, wird vielleicht mancher Leser sagen, zuhören kann doch jeder.

Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig.

Momo konnte so zuhören, daß dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen.

Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an, und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hatte, daß sie in ihm steckten.

Sie konnte so zuhören, daß ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wußten, was sie wollten. Oder daß Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder daß Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt und der ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf – und er ging hin und erzählte alles das der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf einmal auf wunderbare Weise klar, daß er sich gründlich irrte, daß es ihn, genauso wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und daß er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war.

So konnte Momo zuhören.“

(Ende 973, 15-16)

In diesem Abschnitt soll das Augenmerk auf das Verstehen von Sprache und in der Tendenz auf einführendes Verstehen gelenkt werden.

Sieht man von den vorsprachlichen Formen in der Lallphase ab, so nimmt das Kind im

Verlaufe seines natürlichen Spracherwerbs zuerst Sprache auf, bevor es Sprache produziert. Logischerweise eilt daher beim Spracherwerb das Sprachverständnis (passiver Sprachschatz) der Fähigkeit, sie zu sprechen, voraus. Zur Veranschaulichung von Sprechen und Verstehen sei das alte Kommunikationsmodell erwähnt, wonach man sich eine Interaktion zwischen Sender und Empfänger so vorzustellen hat, daß der Sender dem Empfänger eine Mitteilung machen möchte; er setzt die beabsichtigte Botschaft in seine Sprache um und teilt sie mit, während der Empfänger diese entschlüsseln und interpretieren muß, um sie zu verstehen (vgl. hierzu auch *Dupuis* „Kommunikation“. In: *Dupuis/ Kerkhoff* 1992, 355).

Dieses Modell gilt für alle Formen der Kommunikation. Verstehen ist möglich, wenn die Gesprächspartner entweder ohnehin über das gleiche Code-System (die gleiche Sprache) verfügen oder wenn die Partner sich auf das jeweilige Code-System des Partners einstellen können. Selbstverständlich ist dieser Sendevorgang nicht einseitig, Sender und Empfänger wechseln im Gespräch ständig ihre Position, so daß ein System gegenseitigen Informationsaustausches entsteht.

Wenn wir in unserem therapeutischen oder schulischen Alltag ein Kind, das objektiv unverständlich, weil dysgrammatisch spricht, nach einiger Zeit recht gut verstehen, so liegt das vielleicht daran, daß die dysgrammatische Art, in der das Kind spricht, eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegt (vgl. *Dannenbauer* 1989), und wir (die wir das betreffende Kind kennen) die wiederkehrenden Regelmäßigkeiten der reduzierten Sprache intuitiv oder durch Reflexion erfaßt haben. Es liegt aber auch möglicherweise umgekehrt daran, daß das Kind, das uns mit seinen beeinträchtigten Ausdrucksmöglichkeiten etwas mitteilen möchte, dennoch über eine ausreichende kommunikative Kompetenz verfügt (vgl. *Harden* 1989), es uns leicht macht und uns an seinem Code-System partizipieren läßt, wobei wir wiederum ein Interesse daran haben, das zu verstehen, was das Kind uns mitteilt.

Verstehen hat neben der akustisch-auditiven Seite einen digitalen und einen analogen Kommunikationsaspekt (*Watzlawick* 1974). Mitteilungen werden u.U. leichter verstanden,

wenn sie durch Mimik, Gestik, Variation in Stimme und Prosodie analog unterstützt werden, wobei die analoge Kommunikation oft viel direkter wirkt und unmittelbarer erschlossen wird. So versteht ein Kleinkind schon recht früh auf analoge Weise, daß Mama sich freut oder schimpft, wohingegen es die digitale Mitteilung der dabei gesprochenen Wörter vielleicht noch gar nicht versteht.

Verstehen meint aber auch teilnehmendes Mitdenken und Mitfühlen. Man sagt etwa: *Ich kann dich sehr gut verstehen* und meint damit: *Ich kann mich in Deine Situation versetzen*, oder: *Ich verstehe deine Beweggründe*. In der intransitiven, reflexiven Form, wenn ich etwa sage: *Ich verstehe mich mit jemandem*, oder: *wir verstehen uns* – tritt die emotionale Bedeutung des Wortes ganz sinnenfällig in Erscheinung. Man versteht sich dann eben – man bezeichnet dieses Verstehen bisweilen als gleiche Wellenlänge.

Für das gegenseitige Verstehen spielen auch Aspekte der Beziehung eine wesentliche Rolle. So wirken beispielsweise Abwertungen – in einer eher unsymmetrischen Beziehung, wie es die Hierarchie Lehrer: Schüler darstellt – eher dem gegenseitigen Verstehen abträglich, wohingegen entgegengebrachtes Vertrauen in bestimmte Fähigkeiten beim Kind eine positive Wirkung haben dürfte. Es muß nicht eigens erwähnt werden, daß Abwertung und Zustimmung nicht nur durch die gesprochene Sprache vermittelt werden, sondern selbstverständlich auch durch die Körpersprache und die übrigen Bereiche der analogen Kommunikation.

4. Zur Diagnostik und zum Therapieplan

Mit Grammatik assoziiert man Systematik, sie wird daher bisweilen auch mit der Mathematik verglichen (vgl. *Watzlawick* 1989, 11). Bei der Satzanalyse wird unter anderem auch eine quasi mathematische Umschrift bemüht, etwa: V + Präfix, AUX/ MOD + V usw. Die Assoziation: Grammatik ist gleich Systematik, scheint auch in bezug auf Dysgrammatismus ein systematisch-therapeutisches Vorgehen nahezu legen. Wie wichtig ist eine solche Systematik für die Planung und Durchführung von Fördermaßnahmen?

Sicher ist es wichtig, daß die therapeutische Bezugsperson die Sprache des Kindes so

genau wie möglich analysiert und diagnostiziert, um die Gesetzmäßigkeiten der dysgrammatischen Sprache des jeweiligen Kindes zu erfassen, um zu merken, wie nah das Kind bereits der Zielsprache ist und um ein Hintergrundwissen zu sammeln für sprachliches Modellieren, um z.B. die kindlichen Äußerungen vervollständigen zu können (Expansion). Selbstverständlich gehören die genaue Kenntnis der Phasen des Grammatikerwerbs im allgemeinen und die genaue Analyse des Sprachstandes des jeweiligen Kindes im Besonderen zu den handwerklichen Voraussetzungen, wenn man ein Kind entwicklungsproximal fördern will. Die Therapeutin wird z.B. wissen müssen, daß der Verbstellung im Satz eine besondere Bedeutung zukommt, um dem dysgrammatisch sprechenden Kind in angemessener Weise ein korrekatives Feedback geben zu können.

Aber bei der Diagnose ist Intuition gefragt. Sprachtherapeuten sind keine Beckmesser, die pedantisch auf die Einhaltung formaler Regeln achten. So sehr *Clahsen's* Profilanalyse vom wissenschaftlichen Wert her zu schätzen ist. Für die sprachheilpädagogische Praxis ist das Verfahren (auch in Verbindung mit dem Computerprogramm COPROF) zu penibel, zu zeit- und zu arbeitsaufwendig. Die Praktiker werden nicht die Zeit haben für dieses aufwendige Diagnoseverfahren, das außerdem nur Auskunft gibt über einen Teilbereich der sprachlichen Beeinträchtigung, nämlich über den Dysgrammatismus und gleichzeitig andere Bereiche, wie etwa Aussprache und Wortschatz, außer Acht läßt. Aus der Praxis weiß man, und die Fachliteratur bestätigt dies, daß der Dysgrammatismus nie in Reinform auftritt (vgl. *Dannenbauer* 1989), sondern stets in Verbindung mit weiteren Entwicklungsbeeinträchtigungen (u.a. des phonologischen und lexikalischen Lernens). Daher greift die Spezialisierung der Diagnosemaßnahmen ausschließlich auf Grammatik zu kurz. Unabdingbar für die Diagnostik ist eine Spontansprachstichprobe und deren Umsetzung in möglichst lautgetreue Schriftsprache. Es reicht m.E. aus, dieses Transkript global, d.h. ohne genaues Auszählen der Wortarten und Satzstrukturen, zu untersuchen und auszuwerten und zwar nach Aussprache, Wortschatz und Grammatik.

Unnötig für die Diagnosefindung sind auch Vor- und Nachsprechsätze und andere Formen der Elizitierung (wenn etwa die Spontansprachstichprobe über manche Sprachformen keine Aussagen zuläßt). Dieses „Herauskitzeln“ bestimmter syntaktischer oder morphologischer Formen entspringt einem defekt-orientierten Perfektionismus.

Aus (sonder-)pädagogischer Sicht enthält die Diagnose bereits Aspekte der Therapie (im Sinne der Förderdiagnose). Eine pädagogische Anfangsdiagnose wird komplettiert und komprimiert im Verlauf der Förderung. Sie wird dabei durch Erkenntnisse während der fortschreitenden Förderung und durch die Fördererfolge immer wieder korrekturbedürftig.

Die Spezialisierung der Diagnose- und Fördermaßnahmen nur auf Grammatik scheint aus ganzheitlicher, praktischer Sicht fehlangezeigt, es sei denn, man sieht den kindlichen Dysgrammatismus als modulare Störung und weiß Methoden, die Modulationsstörung erfolgreich zu beheben, was allerdings einer sehr funktionellen Sicht von Sprache und „Sprachentwicklung“ gleichkäme, im Kontext nativistischer Sprachentwicklungstheorien.

Wer jedoch den Erwerb der Sprache als „ein Produkt intra- und interindividueller Lernprozesse“ sieht und Sprache als „primäres Bildungsgut des Menschen“, was bedeutet, „daß der Mensch als Mensch angelegt ist auf Sprache, daß er sprachlich wird, indem er die Sprachzeichen seiner Partner verstehen und Begriffenes mit Hilfe der verstandenen Zeichen äußern lernt als *seine* Sprache“ (Westrich 1985), hat zwangsläufig einen ganzheitlichen, erlebnismäßigen Zugang zu Sprache und Sprachförderung. Er wird die Sprache eines Kindes in dessen gesamtes Erleben integriert sehen und versuchen, dem Kind Erlebnismöglichkeiten bereitzustellen, damit es die Dinge sinnvoll und sinnenträchtig in ihren jeweiligen Qualitäten erfaßt, daß es sich im Umgang mit den Dingen erlebt, damit diese ihm bedeutsam werden, er wird ihm dabei helfen, seinen Wortschatz zu festigen und zu erweitern.

Wichtig ist für das Kind ferner, zu erleben, daß das, was es äußert, für andere von Bedeutung ist, damit es sich selbst als Ich erleben kann, am Du zum Ich wird (Buber 1984).

Das Kind muß vielfältige gefühlsmäßige Dialogerfahrungen machen, damit es sprachlich ausprobieren und sich bewähren kann.

Der erlebnismäßige Zugang zu den Dingen und den ihnen entsprechenden sprachlichen Symbolen wird bei dysgrammatisch sprechenden Kindern umso begründeter, als diese „von Anfang an die Sprache erheblich mühevoller und langsamer als Kinder mit normaler Entwicklung“ erwerben und „bei allen Kindern das frühe lexikalische Repertoire längere Zeit recht gering ist und nur langsam zunimmt“ (Dannenbauer 1989, 152, vgl. auch Holtz 1987, 10).

Wesentlich bei der Diagnostik wird es sein, von der Defektorientierung wegzukommen. Die gängigen für den Dysgrammatismus relevanten Testverfahren sind – noch immer – defektorientiert, d.h. sie stellen fest, was das Kind (noch) nicht kann. Der Blick auf kindliches Unvermögen verdirbt die subjektive Gestimmtheit der Dialogpartner und damit die Atmosphäre im therapeutischen Kontext. Das Kind fühlt sich schutzlos dem diagnostischen Blick des „Defektologen“ ausgesetzt. Wer läßt sich schon gerne auf die Finger schauen bei Arbeiten, die er (noch) nicht so gut beherrscht?

Statt zu untersuchen, was das dysgrammatisch sprechende Kind nicht kann, kann man mittels Spontansprachanalyse und Anamnese-Gespräch mit den Eltern ebenso leicht erforschen, was es bereits alles kann (vgl. Krämer-Kilic/Lütje-Klose 1997).

Dieses eher intuitive diagnostische Wissen wird keinen systematischen Therapieplan nach sich ziehen, anhand dessen beim Kind ein grammatikalisches Regelwissen anzubilden wäre, sondern es wird vorsichtig und situativ in die vielfältigen Formen des korrektiven Feedbacks und in das sprachliche Modellieren einfließen. Die sonderpädagogische Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder ist als Prozeß zu verstehen, wobei sukzessiv neue diagnostische Erkenntnisse und therapeutische Fortschritte einfließen müssen.

Empirische Arbeiten vermitteln oft den Eindruck, als ob in puncto Dysgrammatismus alles analysierbar und in der Konsequenz oder Umkehr auch therapierbar und machbar sei. Es ist auch sicher sehr vieles machbar, aber eben nicht ausschließlich über die

Analyse sprachlicher Strukturen. Ganz wesentlich ist dabei, was sich dialogisch zwischen den Therapie-Partnern abspielt. „Dialogisch“ ist hier in einem umfassenden Sinn zu verstehen: Ich sage etwas, halte Blickkontakt, ich wende mich mimisch-gestisch zu. Nicht nur das Gesagte wird vom Hörer aufgegriffen. Es löst auch in der Beantwortung mehr aus als nur Sprechsprache. Und dieses mehrdimensionale Antworten „macht“ auch etwas mit mir, dem Therapeuten und Pädagogen:

Ein Strahlen in den Augen des Kindes oder des evtl. mitanwesenden Vaters oder der Mutter motiviert mich, beflügelt, hebt bei mir die Stimmung und die Stimme und meine gehobene Stimmung ist ein Energiepotential (sogar im physikalischen Sinne!), das den Dialog weiterträgt. Die Frage muß erlaubt sein, ob es nicht oft – im Sinne der funktionalen Pädagogik – ganz andere Momente sind, die in der Therapie Erfolge bewirken, als unsere intendierten Maßnahmen:

- Momente etwa, die in den Therapeutinnen-Variablen, in Persönlichkeitsmerkmalen liegen oder in der (manchmal zufälligen) Auswahl des Therapiegegenstandes, der dann aber plötzlich (aller Zufälligkeit zum Trotz) genau ins Schwarze trifft,
- oder körpersprachliche Momente wie Öffnung, Hinwendung, stummes Einvernehmen, Blickkontakt ...
- und Wirkungen, die durch die eben angedeuteten Momente bei dem sprachbeeinträchtigten Kind ausgelöst werden
- und wie die derart veränderte Emotionalität des Kindes wiederum auf den Therapeuten wirkt, was es mit ihm „macht“.

Diese allgemeinen Gedanken über eine emotionale Sicht von Diagnostik und Therapie waren wichtig vor der Darstellung und Aufzählung von Förderprinzipien und Fördermaßnahmen, denn wenn die Förderung nicht in unreflektierten Aktivismus ausarten soll und wenn die Maßnahmen und die Persönlichkeit, welche die Maßnahmen plant und einbringt, in sich stimmig sein sollen, muß sich die therapeutische Bezugsperson auf ihre grundlegende „Philosophie“, auf ihre Arbeitshaltung besinnen.

Erinnert sei an den pädagogischen Takt, der sich im Gegensatz zum unreflektierten Schlendrian ganz unwillkürlich zwischen die Theorie und die Praxis einschleibt (*Herbart* 1802).

Auf dieser Grundlage können wir es nun wagen, zunächst eine physikalische Begründung für die Emotionalität in der Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder nachzuliefern, um dann im letzten Kapitel von nachvollziehbar praktischen Teil des Beitrags, zu den Prinzipien und Fördermaßnahmen zu kommen.

5. Die persönliche Ausstrahlung

Haben Sie auch schon einmal folgendes Phänomen beobachtet?

Sie betrachten eine Person von hinten. Sie interessieren sich für diese Person. Sie sagen kein Wort. Auf einmal dreht sich die Person zu Ihnen um. Oder umgekehrt: Sie selbst drehen sich um und merken, daß Sie von jemandem beobachtet wurden. Der Blickkontakt kann nicht das auslösende Moment gewesen sein.

Oder ein ähnliches Phänomen: Geht es Ihnen auch manchmal so, daß Sie, wenn Sie

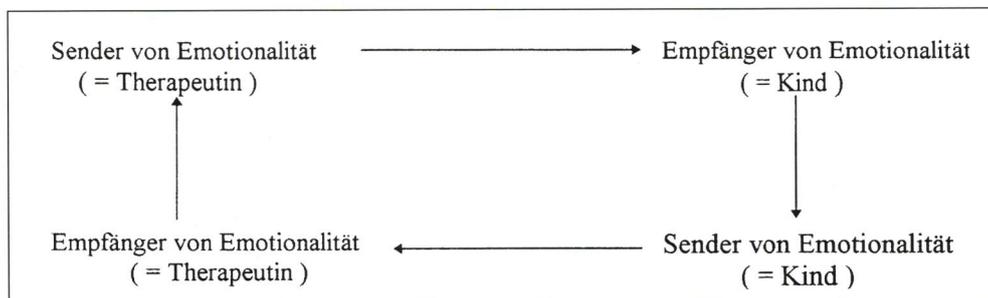


Abb. 1: Zirkelbild der emotionalen Kommunikation

etwa mit einem besonders unruhigen Kind in der Einzelförderung arbeiten, spüren, wie sich dessen Unruhe auf Sie überträgt? Oder: Die Unruhe überträgt sich auf Tischnachbarn innerhalb der Klasse oder Arbeitsgruppe. Manchmal gelingt es Ihnen vielleicht sogar, in entgegengesetzter Weise eine gewisse Ruhe auf ein derart zappeliges Kind zu übertragen.

Unsere Sprache bemüht dafür Begriffe aus der Physik: Man spricht von Wellenlänge oder man schreibt einer Person eine positive oder negative Ausstrahlung zu.

Bei vielen (allen?) biomechanischen Vorgängen fließt elektrischer Strom, den wir etwa im EKG oder EEG messen können. Wo Elektrizität fließt, entstehen auch magnetische Kraftfelder. Deren Ausstrahlung ist – auch wenn sie ganz gering ist – meßbar.

„Biologische Systeme zeigen nichtlineares elektrisches Verhalten und haben daher die Fähigkeit, zu demodulieren. Sie können deshalb die Niedrigfrequenz-Information entschlüsseln, die in der empfangenen Signalfrequenz und Amplitude enthalten ist“ (König 1989, 70-71).

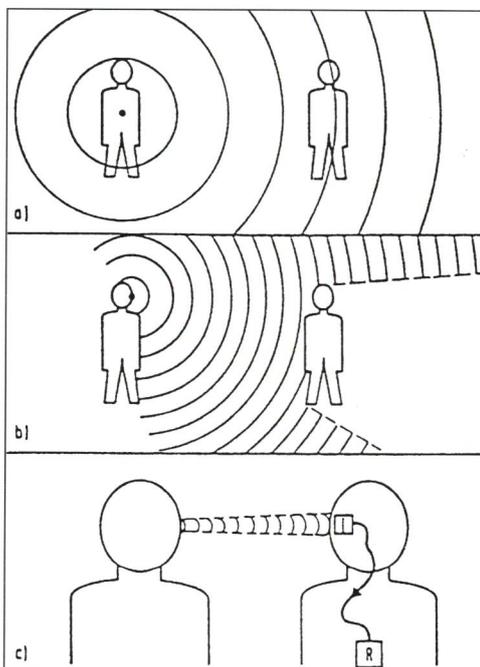


Abb. 2: Bio-Information
(aus König 1989, 20)

Meßbar sind verschiedene Frequenzbereiche, die je nach Frequenzbereich unterschiedliche Effekte im Austausch von Bioinformationen zeigen. Je nach Frequenz berühren die vom Sender ausgehenden Wellen die Empfänger-Person nur oberflächlich oder dringen tiefer ein.

Die Nähe zwischen Sender und Empfänger scheint auch eine entscheidende Rolle dabei zu spielen, ob die Strahlungen nur oberflächlich tangieren oder tiefer eindringen oder absorbiert werden. Es ist jedoch auch denkbar, daß eine nur oberflächlich auf der Körperoberfläche angekommene Bioinformation von dort aus in tiefer gelegene Körperregionen weitergeleitet wird.

Untersuchungen über elektromagnetische Bio-Information messen nicht nur die Intensität dieser Strahlungen, sondern können auch experimentell nachweisen, daß diese Strahlungen offenbar lebenswichtig sind. Diese physikalischen Beobachtungen scheinen daher auch aus psychologischer und pädagogischer Sicht bedeutungsvoll zu sein. Sie liefern quasi die naturwissenschaftliche Begründung für die Notwendigkeit emotionaler Zuwendung. Die biophysikalischen Aspekte sind wert, weiterverfolgt zu werden, sie konnten, da sie fachfremd sind, in diesem Aufsatz nur angerissen werden. Angeregt wurden sie durch Frau Dr. med. Irmgard Federer und Marie-Therese Kamm, die bei der Jahrestagung der Integrationsforscherinnen und -forscher ein Input mit dem Thema „Integrationsklasse Ennetbaden: Versuch, Körpergesetze in den Alltag zu integrieren – Forschung: Zusammenhänge von Gedankenmustern und Streßauswirkungen im Körper“ einbrachten. Unser Gefühl läßt uns über das quantitativ Meßbare hinaus auch die emotionale Qualität einer solchen Ausstrahlung erfassen, was die physikalischen Meßgeräte nicht leisten. Wir spüren Akzeptanz oder Ablehnung, was uns dann entweder motiviert oder demotiviert. Kinder sind sehr sensibel und scheinen diese Signale noch viel direkter empfangen und entschlüsseln zu können als Erwachsene, die sich im Laufe des Lebens bereits eine gewisse Dickfelligkeit erworben haben.

Erinnert werden soll an dieser Stelle auch an Wendlandts Sprachbaum (1995). Wenn wir entwicklungsproximal fördern wollen, so müssen wir den Kindern nicht nur mit der Gieß-

kanne beikommen, wir müssen auch dafür sorgen, daß sie Licht und Wärme erfahren in ihrem emotionalen Doppelsinn. In einer Bilderserie, der illustrierten Beschreibung eines Glockengusses, zeigt eines der letzten Bilder dieser Serie einen Glockengießer vor der fertigen, polierten Glocke, wie er die Glocke mit „ihrem Ton“ ansingt. Unter dem Bild ist zu lesen, daß die Glocke als Resonanz in „ihrem Ton“ mitschwingt und erklingt.

Von einem guten Gesangslehrer weiß man, daß er Töne aus seinen Gesangsschülerinnen oder -schülern hervorzuzaubern vermag, die diese sich selbst gar nicht zutrauen würden.

Beide, Gesangslehrer und Glockenprüfer, sind interessante Metaphern. Sie erinnern an die self-fulfilling prophecies aus der Sozialpsychologie, diesmal allerdings mit positiven Vorzeichen. Auch Kinder resonieren: Sie geben sich dumm, wenn der Lehrer sie für dumm hält und sie lassen ihre schönsten Töne anklingen, wenn wir sie ihnen zutrauen (vgl. Axline 1970).

6. Förderprinzipien und Maßnahmen

- Erwachsene sind normalerweise durch eine gewissermaßen natürliche Didaktik (Papoušek 1996, vgl. Wyatt 1973) in der Lage, auf entwicklungsmäßig bedingte sprachliche Unfertigkeiten kleiner Kinder tolerant und angemessen zu reagieren. Diese natürliche Fähigkeit scheint sich zu verlieren, wenn ein Kind schon älter geworden ist und nicht normgerecht spricht. Unabhängig von der Frage, ob das Kind aufgrund einer zeitlichen Verzögerung im Spracherwerb oder als Folge sprachlichstruktureller Andersartigkeit des Sprachsystems dysgrammatisch spricht, ist es für das Kind aber wichtig, daß man sich ihm in wohlwollender Weise adäquat zuwendet, damit es sich im Vertrauen auf seine Fähigkeiten entfalten kann. Es braucht diesen Vertrauensvorschuß, um Selbstvertrauen entwickeln zu können. Die sprachliche Korrektur muß vom Kind ausgehen, sie kann von außen nur motivierend unterstützt werden. Zum entwicklungsproximalen Vorgehen gehört ein großes Maß an Vertrauen in die spracherwerbsmäßigen Fähigkeiten des Kindes.

- Jedes Kind ist einmalig, auch jedes dysgrammatisch Sprechende. Dadurch verbietet

sich gewissermaßen ein therapeutisches Arbeiten nach allgemeingültigen Lernprogrammen. Der Therapeut wird sich in puncto Diagnose und Förderung ganz auf das einzelne Kind einstellen müssen. Er wird von dessen Fähigkeiten ausgehen und seine Besonderheiten zu verstehen suchen. Dabei muß er sich allerdings auch eingestehen, daß er nicht alles verstehen kann und daß manche Frage offen bleibt. Gemeinsam mit dem Kind und den Eltern, die sich und ihr Kind am besten kennen und begreifen, entstehen die gezielten (nicht breit streuenden) Fördermaßnahmen. Dadurch kommt es zu einem individuellen, idiographischen „Praxiskonzept kooperativer Sprachtherapie“ (Welling 1997) und zu einer „verstehenden Sprachheilpädagogik“, bzw. einer „verstehenden Arbeit mit Kindern“ (Eckert 1997)¹.

- Sprachverständniserwerb steht vor der Ausdifferenzierung der gesprochenen Sprache. Dysgrammatisch Sprechende Kinder zeigen neben den typischen Schwierigkeiten in Syntax und Morphologie auch Verständnisschwierigkeiten und Wortfindungsschwierigkeiten. Wortverständnis und Wortschatz sind wahrscheinlich die tiefer liegenden, aber weniger wahrgenommenen Problemfelder des kindlichen Dysgrammatismus. Zunächst geht es deshalb um die Erweiterung des kindlichen Wortschatzes durch erlebnismäßiges Aufnehmen der Gegenstandsbezeichnungen, der Ding- und Tunsqualitäten und Begriffe. Wenn das Kind Begriffe erwerben soll, so müssen ihm die Personen und Dinge in seiner Umwelt bedeutsam werden. Es muß die Welt mit allen Sinnen erfassen, ergreifen, um sie zu begreifen. Das heißt: Wir müssen beim Kind die Wahrnehmung schulen (sehen, hören, befühlen, riechen, schmecken). Alte Warntafeln: *Berühren verboten!* müssen in

¹ Die beiden Begriffe sind Referaten vom 12. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 8. bis 11. Oktober 1997 in Villach entnommen. A. Welling hielt dort einen Vortrag mit dem Thema „Sprache und Bewegung – Perspektive des Kindes und sprachheilpädagogische Perspektivenverschränkung im gemeinsamen Handeln“. R. Eckert referierte auf derselben Tagung über das Thema „Von der schwedischen Heilgymnastik zur psychomotorischen Sprachförderung – Bewegung und Sprachtherapie“.

diesem Sinne ausgetauscht werden durch Aufforderungen wie:

Bitte anfassen! (Hör genau! Schau genau! Versuch mal, wie das schmeckt! Riech daran!)

Wir müssen den Kindern Erlebnismöglichkeiten bereit stellen, damit sie die Umwelt mit allen Sinnen wahrnehmen können. Der Gesamtunterricht der ersten Klassen und der Sachunterricht bieten hierzu vielfache Möglichkeiten. Wir müssen die Sachen klären und die Person stärken (*von Hentig*). Grammatikalische Verstöße sind Ausdruck unzulänglicher Lerngegebenheiten im Selbst- und Weltverstehen (*Westrich* 1984). Dysgrammatiker zeigen Auffälligkeiten in der Wahrnehmung der Raumlage und bei räumlichen und zeitlichen Beziehungen. Wir müssen sie in ihrer Wahrnehmung schulen, damit sie Wahrgenommenes durchgliedern lernen und auf diesem Wege auch zu einer verständlichen Durchgliederung der gehörten Sprache kommen. Das Kind durchläuft beim Erwerb des Verstehens und Sprechens vielfältige Lernprozesse, bei denen es selbstverständlich Fehler machen darf. Unzulänglichkeiten bei Erstlernprozessen sind in allen Altersstufen selbstverständlich. Man wird sie daher tolerieren, aber nicht als richtig verstärken, sondern im Sinne des korrektiven Feedbacks das jeweils richtige Muster nachliefern; denn das, was das Kind sprachlich zum Ausdruck bringt, muß in angemessener Form den Gesetzmäßigkeiten eines dialogischen, aktualgenetischen Korrekturprozesses entsprechen.

In diesem Zusammenhang heißt es, das Kind im Zuhören zu schulen. Man kann mit ihm üben, bekannte Stimmen – vom Kassettenrecorder abgespielt – wiederzuerkennen (oder Stimmen im Dunkeln u.a.). Es soll Geräusche identifizieren können und zunehmend auch das phonematische Differenzieren lernen. Das Kind soll richtige Bezeichnungen für die Dinge lernen und falsche Bezeichnungen als falsch erkennen. Durch eine intensive Sprechform wird dem Kind das Zuhören beim Erzählen erleichtert. Durch häufiges kindgemäßes Erzählen oder Vorlesen ansprechender Geschichten lernt es, sich beim Zuhören zu konzentrieren und Gehörtes in kognitive Zusammenhänge zu bringen und zu speichern.

- Kinder sind heute sehr viel dem zweidimensionalen Medium Fernsehen ausgesetzt. Man muß dazu wissen: „Ein Bild wird so aufgenommen, wie es dargeboten wird. Jedes Bild ist einzigartig. Bilder stellen konkrete Dinge und Vorgänge dar. Es gibt keine direkten Bilder von abstrakten Begriffen. ... Wörter verlangen Vorstellungen, Bilder nicht. Gewöhnen sich Kinder schon im frühen Lebensalter an die Aneignung der symbolischen Kultur als Bildkultur, könnte das – vor allem bei 'Dauer-Fernsehern' – die Entwicklung kognitiver Funktionen wie der Phantasie hemmen“ (*Rolff/Zimmermann* 1985, 88).

Rolff und *Zimmermann* beschreiben die sprachliche Aneignungsform des Kindes während seiner Entwicklung (nach *Piaget* und *Bruner*). Dabei wird deutlich, daß die ikonische Aneignungsform, die im Kleinkindalter vorherrscht von der verbalanalytischen Form im Schulalter abgelöst wird. Hier wird das Wissen weniger durch Bilder, sondern mehr mit Hilfe von Wörtern vermittelt. Das Fernsehen und viele andere Medien (z.B. Comics auch) verdrängen nun diese Wortkultur, die höhere intellektuelle Fähigkeiten verlangt als die Bildkultur (vgl. *Rolff/Zimmermann* 1985, 89). Eine Abhilfe ist in besonders aufbereiteten Bildgeschichten zu sehen (vgl. *Zuckrigl* 1964, 158-159). Hier werden die Bilder zur Bilderschrift. Die Bilder werden mit Sprache gefüllt.

Kinder, die schon erste Erfahrungen im Schriftspracherwerb haben, können auch im freien Schreiben ihre Gedanken festhalten (vgl. *Joks* 1984). Diese Notizen und Schreibgeschichten sind weit entfernt von unserer Orthographie, aber sie sind hochinteressante Zeugnisse kindlicher Kreativität.

- Wenn dysgrammatisch sprechende Kinder ihre Sprechformen korrigieren sollen, so geht es darum, sie anzuleiten, auf Sprachformen zu achten. Dies können sie nicht von Natur aus; denn Kinder benutzen Sprache nicht, um der Form zu genügen, sondern um etwas mitzuteilen, um Bedeutung zu übermitteln. Im Zusammenhang mit sprachlichen Korrekturen müssen Kinder die Fähigkeit entwickeln, Sätze unabhängig von ihrer Bedeutung bezüglich der grammatischen Richtigkeit zu beurteilen (vgl. *Adler* 1996). Im Zuge des Schriftspracherwerbs, aber auch im Zuge des

nachgeholten aktualgenetischen Korrekturprozesses einer am normalen Spracherwerb orientierten Sprachförderung erwerben dysgrammatisch sprechende Kinder zunehmend sprachliches Regelwissen, das es zu nutzen gilt.

Zuckrigl hat in den sechziger Jahren bei einer beträchtlichen Anzahl seiner untersuchten dysgrammatisch sprechenden Hilfsschüler empirisch nachweisen können, daß sie, wenn sie ihre eigenen sprachlichen Äußerungen als Bandaufnahme abhörten, in der Lage waren, festzustellen, ob sie irgend etwas falsch gesagt hatten und zumeist den Fehler korrigieren konnten, wenn man ihnen die Zeit dazu ließ.

Aufgrund seiner Untersuchungen nahm Zuckrigl an, „daß die dysgrammatische, vom Sprecher später korrigierbare Redestörung auf Selbstunsicherheit, auf Gefühlen der Insuffizienz, zumindest mitberuht“ (Zuckrigl 1964, 53-54, vgl. Grimm 1991, 104).

Je nach erreichtem Sprachstand des dysgrammatisch sprechenden Kindes können ihm angemessene Alternativfragen gestellt werden: *Was klingt besser: oder ... ? (Satz A [dysgrammatische Form] oder Satz B [richtige Form])*.

Solche Alternativfragen zur Sprachform sind eine Herausforderung an die Empathiefähigkeit der fördernden Lehrkraft, das Kind darf nicht überfordert werden. Gleichzeitig richten sie das Augenmerk des Kindes von der Satzbedeutung auf die Satzform. Dadurch, daß bei den Alternativfragen bereits eine richtige Alternative angeboten wird, ist darüber hinaus das Arbeitsgedächtnis des Kindes deutlich entlastet. Die Methode, mit einem alternativen Angebot auf die Sprachform einzuwirken, hilft damit dem Kind, ein Gefühl für Sprache zu entwickeln.

Auch hierbei ist sonderpädagogische Empathie gefragt: Wenn die Therapeutin mehr Wert auf die äußere Form des Gesprochenen legt als auf den Inhalt, kann es leicht dazu kommen, daß das Kind die Freude an der Kommunikation verliert oder sogar in Richtung Redestörung verunsichert wird. Kinder haben ein feines Gespür für das, was korrigierend mit ihnen geschieht.

- Entwicklungsproximalität wird im Kollegenkreis oft einseitig als Sprachentwicklungs-

proximalität verstanden. Unter der fortschrittlichen Terminologie versteckt sich bisweilen doch ein altmodisches Einüben von Sprachfügungsmustern. Das Modellieren stellt sich oft als sublim versteckter „patterndrill“ dar – manchmal sogar in Transkripten der Fachliteratur.

Dies muß nicht so sein. Ein ganz wesentlicher Motor der Gesamtentwicklung ist sicherlich das kindliche, phantasievolle Spiel. „Das Kind entwickelt die Vorstellung eines Staubsaugers nicht dadurch, daß es vom Einstecken des Steckers, Einfügen des Schlauches, Saugen bis zum Entleeren des Staubsackes geführt wird, sondern indem es einen Stab nimmt und diesen brummend durch das Zimmer führt“ (Zollinger 1995, 131).

Spiel ist überhaupt das Medium, über das dem Kind Sprache vermittelt werden und über das unzulängliche Sprache beeinflusst werden kann. Kinderspiele liefern vielfache, lustbetonte sprachliche Wiederholungen. Diese benötigt ein dysgrammatisch sprechendes Kind. Man denke daran, wie ausdauernd Kinder sich zurufen:

- Schiffer, Schiffer, wie hoch ist das Wasser? oder:
- Kaiser, Kaiser, wieviel Schritte darf ich laufen? oder:
- Wer hat Angst vorm schwarzen Mann? oder

Wie oft die Kinder dabei diese Sätze hören und wie sie die jeweiligen leicht variierenden aber von der Satzstruktur gleichbleibenden Antworten dazu geben ... und das alles, ohne sich zu langweilen!

Oder denken Sie an Rollenspiele im Zusammenhang mit dem Kaufladen oder dem Puppenhaus oder mit den Barbie-Puppen oder mit dem Kaspertheater! Das Hineinschlüpfen in eine Rolle bietet dem Kind ungeahnte Möglichkeiten, „aus sich herauszugehen“. Ganz abgesehen davon sind in diesen Spielen sehr natürliche Soufflier-Möglichkeiten enthalten: Du müßtest jetzt so ... oder so ... sagen, und ich sag dann so.... Hier sind sprachliche Korrekturen möglich, die dem betroffenen Kind gar nicht als Korrektur auffallen. Dadurch sind diese natürlichen kindlichen Aktivitäten in jedem Fall den künstlich gesetzten Förderprogrammen überlegen.

Darüber hinaus hat das Spiel seine Berechtigung in der Dysgrammatiker-Förderung

wegen der implizierten emotionalen Förderung als:

- kindzentriertes Spiel
- nondirektives Spiel
- nicht deutendes Spiel (*Axline, Kroppenberg*).

Die Therapeutin muß sich angemessen ins Spielgeschehen einbringen. Sie wird sich gefühlsmäßig auf das Kind einstellen müssen, pädagogisch, therapeutisch oder einfach menschlich, um es zu verstehen und in den Spielhandlungen des Kindes den Sinn suchen. Im Spiel spricht das Kind, bewegt sich und erlebt sich. Das Kind ist der Motor seines Spiels. Der Therapeut ist Spielpartner. Er soll nicht ständig neue Stimulation initiieren, sondern aufmerksam beobachten, mitdenken und merken, wann er dran ist. Auf diese Weise kann das Kind sein Leben spielen, es kann sich seine Probleme von der Seele spielen. Dadurch wird es frei für neue Aufgaben, neue Lernprozesse und kann neue Lernerfahrungen machen.

Ein kleiner Tip für den erwachsenen Spielpartner, wenn er sein Mittun überzeugend – ohne Widersprüchlichkeit – auch analog zum Ausdruck bringen möchte: Er muß auf Augenhöhe mit dem Kind mitagieren, u.U. gemeinsam auf dem Boden spielen.

- Neben den zuvor erwähnten Bildergeschichten hatte *Zuckrigl* (1964) als besondere Fördermethode für dysgrammatisch sprechende Kinder das Reduzierte Unterrichtsgespräch angeboten. Dabei wurden im Laufe des Unterrichts sprachlich einwandfreie Äußerungen auf dem Tonband festgehalten. Was nicht korrekt gesprochen war, wurde gelöscht und korrigiert. Beim anschließenden Abhören konnte das Kind sich mit seinen positiven Sprechleistungen erleben. *Zuckrigl* sah in dieser von der Technik angebotenen Hilfe einen „psychologisch orientierten Weg vom Spracherlebnis zum Sprachgefühl“. In den sechziger Jahren war das Tonbandgerät ein Medium, das – innerhalb der Schule eingesetzt – sehr fortschrittlich wirkte. Mittlerweile ist die Technik dreißig Jahre weiter. Heutzutage bieten sich Video-Aufzeichnungen an. Sprechen ist Handeln. Bei diesem Medium kann der pragmatische Aspekt von Sprache sehr schön zum Tragen kommen. Die Video-Aufnahme ist ein Spiegel, der dem

Kind (im übrigen auch dem Therapeuten!) hingehalten wird. Beim wiederholten Anschauen wird das Kind ohne viel Worte zur Korrektur auffälliger Handlungen und Sprechweisen, ohne pädagogischen Zeigefinger, zu Veränderungen seines Tuns und Redens motiviert. Es sieht und hört sich quasi von außen, objektiv, interpersonal. Seine Aktionen und Leistungen werden ihm unkommentiert vor Augen geführt. Dabei werden alle möglichen Modalitäten der kindlichen Sprache angesprochen: Prosodie, auditives Verstehen, Mimik, Gestik, Rhythmik, Wortfindung (Semantik, Lexik) und die pragmatische Ebene der Sprache.

Aber gerade beim Einsatz dieser Technik ist Emotionalität und Empathie gefragt. Der Filmer wird das Kind nicht in subjektiv peinlichen Momenten aufnehmen, um es im Anschluß im doppelten Wortsinne vorzuführen. Fotografie und Film sind sensible Medien: Die Person, die aufnimmt und diejenige, die aufgenommen wird, sind interagierende Partner. Man merkt anhand der Aufnahme, wie sie persönlich zueinander stehen. Beim Anschauen der Aufnahmen muß eine für das Kind erträgliche Auswahl getroffen werden. Das Kind soll einfühlsam geführt werden und nicht den Eindruck haben, ihm werde ein Spiegel um die Ohren gehauen.

- Am Ende der Reflektionen über Fördermöglichkeiten sollten noch Gedanken über den therapeutischen Kontext stehen. Wo findet die Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder statt? Eine Beschreibung der therapeutischen Möglichkeiten von der ambulanten Förderung bis hin zum *peer-modeling* in integrativen Lerngruppen. Aber das ist ein eigenes Thema, das man zu gegebener Zeit in Ruhe angehen muß.

7. Schluß

Trotz aller Mühe und aller Ernsthaftigkeit beim Sammeln und Schreiben kann die hier vorgelegte Arbeit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Das ginge auch in diesem Rahmen nicht. Sie sollte aber zum Nachdenken und zur Diskussion und damit zum Ausbau und zur Verfolgung angerissener Gedanken Anlaß geben. Auf jeden Fall möchte sie zu liebevoller Annahme und emotionalem pädagogischem und partnerschaftlichem

Handeln mit den betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen anregen. Ein Gesprächsbeitrag also.

Abschließend muß noch einmal daraufhingewiesen werden, daß bei der Förderung von dysgrammatischen Kindern selbstverständlich die Sprache im Mittelpunkt der Förderung steht. Die Sichtverschiebung auf das Emotionale soll nicht etwa einem sprachsonderpädagogischen Dilettantentum zur Legitimation dienen. Bei den pädagogischen Bezugspersonen ist vielmehr als Basis für emotionales Wirken Methodenkompetenz gefragt, d.h.: sie müssen um ein reichhaltiges Instrumentarium an Fördermöglichkeiten wissen, auf dem sie ohne Beschwernis in Alltagssituationen, die nicht zugleich „nach Schule riechen“, spielen können. Den interessierten Praktikern soll hierzu die Lektüre von *Haffner* (1995) ans Herz gelegt werden. Sie müssen darüber hinaus den Wert ihrer Arbeit messen können, im Sinne von Evaluation; sie sollen aber auch sich selbst immer wieder kritisch hinterfragen können. Die angemessene Selbstwahrnehmung ist notwendig, um partnerschaftlich mit dem dysgrammatisch sprechenden Kind und dessen Eltern arbeiten zu können.

Literatur:

- Adler, Y.*: Das heißt nicht: „Wenn schmeckt die komisch“. In: *dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe* (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? (Kongreß vom 26.-28.09.1996 in Münster). Kongreßbericht 1996, 91-104.
- Axline, V.M.*: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München, Basel 1972.
- Bahr, R., Nondorf, H.*: Grundlagen und Beispiele komplexer Sprachentwicklungsförderung in Sprachhandlungs-Spielräumen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991.
- Bartel, E.*: Sprachsonderpädagogische Fördermöglichkeiten bei mutistischen Kindern – eine kasuistische Studie. Unveröffentlichte Examensarbeit. Mainz 1982.
- Birbaumer, N., Schmidt, R. F.*: Biologische Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1991.
- Begemann, E.*: „Sprache“: individuell spezifische und doch auch „gemeinsame“ Lebenswirklichkeit und tradierte Kultur. Ansichten, Einsichten, Aussichten. Die Sprachheilarbeit 40 (1995), 3-41.
- Bless, G.*: Sprachheilschule – eine Institution für die Zukunft? (Noch) unveröffentlichtes Referat anlässlich einer Tagung der Sprachheilschulen der deutschen Schweiz am 19.09.1997 in Grenchen.
- Broich, R. P., Kroppenber, D.*: Dialogische Förderung eines siebenjährigen Jungen mit gravierenden grammatischen und anderen (sprachlichen) Beeinträchtigungen in den beiden ersten Jahren einer integrativen Grundschulklasse. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 191-203.
- Buber, M.*: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1984.
- Clahsen, H.*: Die Profilanalyse – Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin 1986.
- Clahsen, H., Hansen, D.*: COPROF. Computerunterstützte Profilanalyse. Köln 1991.
- Dannenbauer, F.M.*: Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Berlin, München 1983.
- ders.*: Überlegungen zur Bedeutung des Verzögerungsfaktors in der Sprachentwicklung dysgrammatisch sprechender Kinder. Der Sprachheilpädagoge, 16 (1984) 2, 27-34.
- ders.*: Techniken des Modellierens in einer entwicklungsproximalen Therapie für dysgrammatisch sprechende Vorschulkinder. Der Sprachheilpädagoge 16 (1984) 2, 35-49.
- ders.*: Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungsabweichungs-Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung. Die Sprachheilarbeit, 30 (1985), 234-238.
- ders.*: Anmerkungen zu Fragen der Sprachtherapie mit dysgrammatisch sprechenden Kindern. In: *Füsse-nich, I. Gläss, B.* (Hrsg.): Dysgrammatismus. Theoretische und praktische Probleme bei der interdisziplinären Beschreibung gestörter Kindersprache. Heidelberg 1985, 142-164.
- ders.*: Ist der kindliche Dysgrammatismus grammatisch? – Zu den Sprachproblemen entwicklungs-dysphasischer Kinder. Die Sprachheilarbeit 34 (1989), 151-168.
- ders.*: Vom Unsinn der Satzmusterübungen in der Dysgrammatismustherapie. Die Sprachheilarbeit 36 (1991), 202-209.
- Deutscher Bildungsrat*: Empfehlungen der Bildungskommission – zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, verabschiedet auf der 34. Sitzung der Bildungskommission am 12./13. Oktober 1973 in Bonn.
- Dupuis, G.*: Kommunikation. In: *Dupuis, G., Kerkhoff, W.*: Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin 1992, 355.

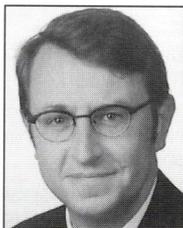
- Dupuis, G.; Kerkhoff, W.: Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Berlin 1992.
- Eckert, R.: Merkmale und Interventionsmöglichkeiten des Pädagogen/Therapeuten in der integrierten Entwicklungs- und Kommunikationsförderung In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1 Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 267-277.
- Ende, M.: Momo. Stuttgart 1973.
- Füssenich, I., Gläss, B. (Hrsg.): Dysgrammatismus. Theoretische und praktische Probleme bei der interdisziplinären Beschreibung gestörter Kindersprache. Heidelberg 1987.
- Füssenich, I.: Bedürfnisse sprachbehinderter Kinder. (Noch) unveröffentlichtes Referat anlässlich einer Tagung der Sprachheilschulen der deutschen Schweiz am 19.09.1997 in Grenchen.
- Grimm, H., Kognition – Grammatik – Interaktion: Entwicklungspsychologische Interpretationen der Entwicklungsdysphasie. In: Grohnfeldt, M.: Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 83-109.
- Grimm, H., Weinert, S. (Hrsg.): Intervention bei sprachgestörten Kindern. Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen. Stuttgart, Jena, New York 1996.
- Grohnfeldt, M.: Darstellung und sprachtherapeutische Relevanz der Komplexität morphosyntaktischer Störungen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 3-19.
- Haffner, U.: „Gut reden kann ich“. Das Entwicklungsproximale Konzept in der Praxis – eine Falldarstellung. Dortmund 1995.
- Hansen, D.: Linguistische Theorie und linguistische Forschung zu Störungen des Grammatikerwerbs. In: Grohnfeldt, M.: Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 23-39.
- ders.: Spracherwerb und Dysgrammatismus. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Basel, München 1996.
- Harden, M.: Zur kommunikativen Kompetenz dysgrammatisch sprechender Kinder. Tübingen 1989.
- Hartig-Gönnheimer: Entwicklung und Störungen des SELBST bei sprachbehinderten Kindern. Berlin 1994.
- Herbart, J. F.: Vom pädagogischen Takt, aus: „Zwei Vorlesungen über Pädagogik“ 1802. In: ders.: Vorlesungen über Pädagogik. Heidelberg 1964.
- Holtz, A.: Die Zusammenhänge von Umwelt, Gehirn und Sprachentwicklung – Überlegungen zur monistisch-materialistischen Fassung des Problems. Der Sprachheilpädagoge 29 (1997) 3, 28-47, der Artikel erschien zuvor in: Der Sprachheilpädagoge 19 (1987), 1-19.
- Homburg, G.: Konzepte und Ansatzpunkte der Dysgrammatismustherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 113-143.
- Joksch, A.: Förderung des schriftlichen Ausdrucks bei Dysgrammatikern im Grundschulalter. In: Hinteregger, F., Meixner, F. (Hrsg.): Sprachheilpädagogik in Vorschule und Grundschule. Wien 1984, 119-128.
- Knebel, U. v., Welling, A.: Kindliche Aussprachestörung – Phänomene und Konzepte. Historische und erkenntnistheoretische Betrachtungen. Der Sprachheilpädagoge 29 (1997)1, 1-23.
- König, H. L.: Bioinformation – Electrophysical Aspects. In: Popp, F. A. et al. (ed.): Electromagnetic Bio-Information. München 1989.
- Krämer-Kilic, I., Lütje-Klose, B.: Grundlagen, Prinzipien und Förderstrategien psychomotorisch orientierter Sprachförderung in integrativen Klassen (gemeinsames Referat, gehalten am 9.10.1997 beim 12. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Villach, Kongreßbericht erscheint 1998).
- Kroppenberg, D.: Sprachliche Beeinträchtigung unter sonderpädagogischem Aspekt. Dissertation. Berlin 1983.
- ders.: Die Notwendigkeit emotionaler Förderung in sonderpädagogischen Einrichtungen. Vortrag am 27.09.1984 anlässlich der 21. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 27.-29.09.1984 in Wien.
- ders.: Das dialogische Moment im menschlichen Spracherwerb mit einer kasuistischen Studie über dreizehnjährige eineiige Zwillinge mit (s)elektivem Mutismus. In: dgs-Landesgruppe Rheinland (Hrsg.): Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Hamburg 1987, 284-299.
- Kuntz, S.: Wahrnehmungstherapien und Sprachentwicklungsförderung. Erfahrungen, Vergleich, kritische Aspekte und Perspektiven Der Sprachheilpädagoge 29 (1997) 3, 1-14.
- Liebmann, A.: Agrammatismus infantilis. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 34 (1901), 240-252.
- Meixner, F.: Krali hat einen Wasstagen – Diagnose und Förderung der Sprachprogrammstörung. In: dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Förderung Sprachbehinderter: Modelle und Perspektiven. Hamburg 1989, 291-310.
- Motsch, H.: Sprach- oder Kommunikationstherapie? Kommunikationstheoretische Grundlagen eines geänderten sprachtherapeutischen Selbstverständ-

- nisses. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd 1. Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin ²1996, 73-95.
- ders.*: Emotionales Lernen in der Sprachtherapie – Luxus oder Notwendigkeit? LOGOS Interdisziplinär 3 (1995), 252-261.
- Orthmann, W.*: Zur Struktur der Sprachbehindertenpädagogik. Berlin 1969.
- Papoušek, M.*: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. In: *Frühwirth, I., Meixner, F.* (Hrsg.): Denken – Sprechen – Lernen. Hundert Jahre Sprachtherapie in Österreich. Wien 1996, 34-41.
- Popp, F. A.* et al. (ed.): Electromagnetic bio-information. Wien, Baltimore ²1989.
- Rodenwaldt, H.*: Der dialogische Ansatz als Grundlage der Arbeit mit sprachbeeinträchtigten Menschen. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Das Prinzip der Ganzheit in Diagnose, Therapie und Rehabilitation mündlicher Kommunikationsstörungen. Berlin 1995.
- Rodust, H., Schinnen, M.*: Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule. Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 6, 285-289.
- Rolff, H. G., Zimmermann, P.*: Kindheit im Wandel. Weinheim 1985.
- Rutte, V.*: Dysgrammatismus. In: *Aschenbrenner, H., Rieder, K.* (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Praxis. Wien ²1983, 61-97.
- Sovák, M.*: Randbemerkungen zum Tagungsthema. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik – Landesgruppe Baden-Württemberg* (Hrsg.): Zentralbedingte Kommunikationsstörungen – Ursachen und Therapie von Dysgrammatismus, Aphasie, Dysphasie. Hamburg 1985, 338-355.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D.*: Menschliche Kommunikation. Bern ⁴1974.
- Watzlawick, P.*: Münchhausens Zopf, oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“. Bern ²1989.
- Wendlandt, W.*: Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart 1995.
- Westrich, E.*: Zum Verständnis der Sprachbehinderten und ihre Förderung. Der Sprachheilpädagoge 16 (1984), 1-26.
- ders.*: Zum Verständnis Sprachbehinderter. Der Artikulationsspiegel, Heft 1 (1985), 6-30.
- ders.*: Grundsätzliches zur Förderung der Sprachbehinderten. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Landesgruppe Rheinland-Pfalz* (Hrsg.): Förderung Sprachbehinderter: Modelle und Perspektiven. Hamburg 1989, 491-501.
- Wyatt, G.*: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.
- Zollinger, B.*: Spracherwerbsstörungen. Bern, Stuttgart, 1987.
- dies.*: Die Entdeckung der Sprache. Bern, Stuttgart, 1995.
- Zuckrigl, A.*: Sprachschwächen. Der Dysgrammatismus als sprachheilpädagogisches Problem. Villingen 1964

Anschrift des Verfassers:

Reinhard Peter Broich
 Universität Koblenz-Landau
 Abteilung, Landau –
 Institut für Sonderpädagogik
 Xyländerstraße 1
 76829 Landau/Pfalz

Reinhard Peter Broich ist Sonderschullehrer
 und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut
 für Sonderpädagogik der Universität Koblenz-
 Landau.



Peter Jehle, Frankfurt/Main /
Joachim A. Renner, Darmstadt

Kontrollüberzeugung und Stottern. Überprüfung eines Fragebogens und Therapieergebnisse

Zusammenfassung

Das Maß der Kontrollüberzeugung gibt Auskunft darüber, wie sehr Menschen daran glauben, ihr Leben selbst bestimmen zu können. In einigen ausländischen Studien wird vermutet, daß Kontrollüberzeugungen von Stotternden prognostische Aussagen in bezug auf Therapieeffekte zulassen. Vorgestellt wird ein in Australien entwickelter Fragebogen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen. Die Überprüfung des ins Deutsche übersetzten Fragebogens erbrachte nur für einen Teil der Items befriedigende Testgütewerte und ergab insgesamt noch keine überzeugende Voraussagbarkeit von Therapieeffekten durch Kontrollüberzeugungen. Trotzdem ist davon auszugehen, daß weitere Prognoseversuche – in Kombination mit weiteren Fragebogen – sinnvoll sind und mit Hilfe der entwickelten Fragen zukünftige Forschungen verbessert werden können.

1. Problemstellung und Vorhaben der Studie

Therapiestudien zeigen, daß es derzeit gelingt, einer Mehrzahl von Patienten zu weitgehend flüssigem Sprechen zu verhelfen. Ein erheblicher Teil dieser zunächst erfolgreich behandelten Stotternden erleidet allerdings nach dem Therapieende eine Verschlechterung. Es ist zu fragen, anhand welcher Kriterien Patienten mit ungünstiger Prognose gefunden werden können, um frühzeitig durch gezielte Maßnahmen ihre Chance auf Stabilität der Therapieeffekte zu erhöhen.

Craig/Franklin/Andrews (1984) sehen in der Kontrollüberzeugung (KÜ) eine Variable, die diesem Zweck dienen könnte. Das Konzept der Kontrollüberzeugung betrifft nach *Rotter* (1966) allgemeine Erwartungen einer Person, ob ihr Verhalten Einfluß darauf hat, was mit ihr geschieht (= interne KÜ) oder ob eher äußere Einflüsse, durch Mitmenschen oder Zufall, vorherrschen (= externe KÜ). Die Vermutung ist, daß Personen mit höherer inter-

ner KÜ motivierter und leistungsfähiger sind und im Falle von Problemen günstigere Therapieergebnisse erreichen als Personen mit eher externer KÜ.

Craig et al. (1984) haben zum Stottern eine KÜ-Skala vom Likert-Typ entwickelt und erprobt, die in zwei Studien eingesetzt worden ist (*Andrews/Craig* 1988, *De Nil/Kroll* 1995). Im folgenden wird über die Erprobung der ins Deutsche übersetzten Skala und über Daten aus Therapiestudien der Autoren berichtet.

2. Beschreibung des Fragebogens

Die Skala besteht aus 17 Items (vgl. Anhang). Zur ersten Erprobung durch *Craig et al.* (1984, 174 f.) wurden 20 Items, die die Überzeugung in die Kontrolle des eigenen Verhaltens ausdrücken sollten, formuliert. Diese wurden mit 100 Studierenden erprobt. Wegen unzureichender Werte wurden drei dieser Items ausgesondert. Die übrigen 17 Items zeigten eine interne Reliabilität von .79 (alpha-Koeffizient) und Itemkorrelationen zwischen .23 und .61. Elf dieser 17 Items drücken externe KÜ aus. Zur Vermeidung des Erwünschtheitseffekts wurden sechs Items mit interner KÜ formuliert. Die Items werden auf sechsstufigen, bipolaren Skalen beantwortet. Die Skalen reichen von 'starker Ablehnung' (0 Punkte) bis zu 'eindeutiger Zustimmung' (5 Punkte). Sechs Items wurden umgekehrt gewichtet. Mit steigender Punktezahl wird also eine ausgeprägtere externe KÜ ausgedrückt. Die so überprüften 17 Items wurden von 176 Nicht-Stotternden beantwortet. Eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse ohne Rotation (siehe Anhang) ergab: Die 17 Items hatten Ladungen von .30 bis .66 auf dem 1. Faktor (aufgeklärte Varianz = 24%). Die Ladungen zeig-

ten ein geschlossenes Muster, so daß die Autoren von einem allgemeinen Faktor (= 'Kontrolle des Verhaltens') ausgingen. Dem 2. Faktor (Varianzanteil = 11%) konnte wegen des unklaren Bildes der Ladungen keine Bedeutung zuerkannt werden. Eine Faktorenanalyse mit Daten von 114 Phobikern (Craig et al. 1984, 175) ergab ein ähnliches Ergebnis (aufgeklärte Varianz des 1. Faktors = 19%). Mit 25 gesunden Personen wurde eine Retest-Reliabilität (eine Woche Intervall) von .90 ermittelt. Bei 25 Stotternden betrug sie bei sechs Monaten Wartezeit .73. Die Validierung ergab bei 123 Studierenden Korrelationen mit der bereits erprobten Rotter-I-E-Skala von $r = .67$ (Männer) und $r = .66$ (Frauen). Drei weitere Kriterien zur Validität konnten mit befriedigendem Ergebnis geprüft werden (S. 176). Demnach unterschied der Fragebogen zwischen Personen mit und ohne chronischen Störungen. Der Zusammenhang zur sozialen Erwünschtheit war niedrig, auch ergab sich kein enger Zusammenhang zu Alter und Geschlecht.

3. Literaturübersicht

Nach unseren Recherchen sind nur wenige Studien zur KÜ und ihrer Bedeutung für die Stottertherapie durchgeführt worden. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Craig/Howie (1982) erfaßten mit der Skala von Rotter (1966) die KÜ sowie die Prozente der gestotterten Silben von 30 Stotternden (vor/nach der Therapie und 18 Monate später). Nur die Korrelation zwischen den Differenzwerten der KÜ und der Sprechunflüssigkeit vom Beginn der Therapie bis 18 Monate nach Therapieende war statistisch signifikant. Eine Veränderung zur internen KÜ und Verbesserungen im Sprechen sind also gemeinsam aufgetreten.

Craig et al. (1984) hatten bei 36 Männern und 9 Frauen vor und nach einer Intensivtherapie sowie 10 Monate später die Sprechflüssigkeit und KÜ getestet. 30 Patienten hatten ihre KÜ bis 10 Monate nach der Therapie zu eher interner KÜ verändert, wovon 28 Patienten (Mittelwerte von 31.0 bzw. 23.7 Punkten) ihre verbesserte Sprechflüssigkeit in dieser Zeit beibehalten hatten. Zwei Patienten sind rückfällig geworden. Von den 15 Patienten mit unveränderter KÜ konnten nur vier

ihre Sprechflüssigkeit erhalten. Die anderen elf Patienten (Mittelwerte von 26.0 bzw. 26.7 Punkten) sind rückfällig geworden. Es bestand also ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer Veränderung zur eher internen KÜ und einer langfristig verbesserten Sprechweise. Dieser Befund konnte von Craig/Andrews (1985) mit 17 erwachsenen Stotternden bestätigt werden.

Bei Dharitri (1985) erhielten bei einer Therapie in Indien 28 erwachsene Stotternde 15 bis 18 einstündige Sitzungen. Vorher und danach wurden sie neben anderem zu ihrer KÜ anhand der Rotter-Skala befragt. Ihre Sprechunflüssigkeit wurde durch Therapeuten und von ihnen selbst eingeschätzt. 17 Patienten wiesen interne KÜ auf (Wert > Median), 11 Patienten eine externe KÜ. Die Aufteilung der Personen nach der Fremd- und der Selbsteinschätzung zeigte deutlich den Zusammenhang zur KÜ. Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen interner KÜ und der kurzfristig erhöhten Sprechflüssigkeit.

Madison/Budd/Itzkowitz (1986) führten mit 17 Kindern und Jugendlichen (6 bis 16 Jahre) eine Intensivtherapie durch und erfaßten neben dem Sprechen die KÜ (Fragebogen von Nowicki/Strickland, 1973) vor/nach sowie 2 und 6 Monate nach der Therapie. Die Werte für externe KÜ sanken zunächst deutlich und in der Nachtherapiezeit noch weiter leicht ab. Die KÜ der Patienten wurde also nachhaltig verbessert, stand jedoch mit flüssigerem Sprechen nur direkt nach der Therapie in statistisch engem Zusammenhang.

Andrews/Craig (1988) erhoben bei 62 Patienten und in einer Replikationsgruppe von 22 Patienten in einer Intensivtherapie Sprechdaten und die KÜ mit dem für Stotternde entwickelten Fragebogen (Craig et al. 1984). Das langfristige Ergebnis war nur mit einem Vortherapiewert (dem der KÜ) statistisch signifikant verbunden, wonach sich nach Meinung der Autoren keine sichere Prognose ableiten läßt. Wurden die Patienten danach eingeteilt, ob sie gesetzte Kriterien bei drei Variablen, d.h. Therapiezielen, erreicht hatten (Telefonieren, 'Einstellung zur Kommunikation' und KÜ), ergaben sich deutlichere Ergebnisse. Die Patienten, die nach der Intensivphase alle drei Kriterien erfüllt hatten, blieben zu 97% langfristig verbessert (Sprechunflüssigkeit $\leq 2\%$). Die KÜ bot demnach, wie die anderen

Kriterien auch, alleine keine hinreichende Vorhersagebasis. Zusammen aber hatten die Variablen Vorhersagekraft für den Rückfall: In keiner der Gruppen war ein Patient langfristig sprechflüssig, wenn er keines der drei Ziele erreicht hatte.

Bei *Ladouceur/Caron/Caron* (1989) kamen von neun Patienten sechs zu einer Verbesserung und über sechs Monate nach Therapie zu einer Stabilisierung ihrer Sprechflüssigkeit. Die in anderen Studien zu beobachtende Veränderung zu interner KÜ war hierbei jedoch nicht festzustellen. Die Annahmen, daß sich die KÜ durch Therapie in Richtung Internalität verändere und Hinweise auf kurz- oder langfristige Therapieeffekte bieten könne, werden durch diese Studie nicht gestützt.

De Nil/Kroll (1994) führten mit 21 Patienten eine dreiwöchige Intensivtherapie durch und testeten die Personen vor und nach den drei Wochen. Am Ende der zweijährigen Nachsorgephase erreichten sie noch 13 Patienten. Die KÜ betrug zu den drei Zeitpunkten durchschnittlich 28.52, 19.05 und 27.75 Punkte. Der Zusammenhang zwischen den Werten der KÜ und den erhobenen Sprechdaten (absolute oder Änderungswerte) ergab kaum einen Hinweis, daß die KÜ kurzfristig als Prädiktor für die Beibehaltung der Sprechflüssigkeit dienen könnte. Die Autoren stellen fest: „Die Ergebnisse dieser Studie waren nicht in der Lage, frühere Ergebnisse zu bestätigen, daß der Umfang der Änderung der KÜ in Richtung mehr Internalität während der Behandlung ein erfolgreiches langfristiges Therapieergebnis vorhersagt“ (S. 24f.).

4. Eigene Untersuchung

Im folgenden wird über den Einsatz des ins Deutsche übersetzten Fragebogens von *Craig et al.* (1984) berichtet. Es werden zwei Datensätze bzw. Vorhaben unterschieden: 1. Therapiedaten, die Einblick geben sollen, ob sich die KÜ von Stotternden und Nicht-Stotternden unterscheiden und ob sich die KÜ im Verlauf der Therapien verändert haben, und 2. Daten zur Überprüfung des Fragebogens, zu der die Daten der Therapievorerhebungen und die Daten von Nicht-Stotternden dienen sollen. Das bekannte Problem empirischer Studien mit Stotternden besteht darin, eine

für statistische Tests hinreichend große Stichprobe in einem Zugang zu erreichen. Auch in dieser Studie konnte dies nicht realisiert werden, zumal es aus therapeutischen Gründen unmöglich war, eine derart große Gruppe zu bilden. Um eine Überprüfung überhaupt zu ermöglichen, war es notwendig, die Daten aus mehreren Erhebungen zu einem Datensatz zusammenzufassen. Zum besseren Verständnis werden zuerst die Gruppen der Stotternden dargestellt, dann die der Nicht-Stotternden (Tab. 1); bei den Ergebnissen wird zuerst über den Fragebogen, dann über die Therapiedaten berichtet.

Der Fragebogen, in Australien entwickelt und erstmals erprobt, wurde nicht kulturbezogen überarbeitet, sondern lediglich in mehreren Arbeitsgängen ins Deutsche übersetzt, und zwar zunächst durch den Erstautor, dessen Version von einer Psychologin mit ihrer eigenen Übersetzung verglichen wurde. Danach übersetzte eine Studentin mit mehrjährigem Engländeraufenthalt die überprüfte Version ins Englische zurück und erarbeitete mit dem Erstautor anhand der Unterschiede zwischen den zwei englischsprachigen Versionen Korrekturen an der deutschsprachigen Version (*Jehle* 1994; bei *Craig et al.* 1984 ist Item 15 'internal' formuliert, aber in dem von den Autoren zum Übersetzen ausgehändigten Fragebogen 'external'. Wir sind davon ausgegangen, daß dieses Item als 'external' formuliertes Item verwendet worden ist, und daß es in der Veröffentlichung hätte „I don't understand“ heißen müssen. Diese Form wurde ins Deutsche übersetzt.)

4.1 Erhebungen und Stichproben in den Therapiestudien

Die Therapiestudien wurden mit heranwachsenden und erwachsenen Stotternden durchgeführt (vgl. Tab. 1: Gruppen 2-6). Der Fragebogen wurde in identischer Version in allen Gruppen (neben anderen Fragebögen) vor und nach einer dreiwöchigen Intensivtherapie eingesetzt (zur Therapie s. *Jehle* 1994; *Renner* 1992 und 1995). Bei den Gruppen 1 und 2 handelt es sich um Stotternde, die zunächst Informationstreffen einer Klinik zum Therapieangebot besucht und dort diesen Fragebogen ausgefüllt haben. Die Patienten der Gruppe 1 erhielten keine oder eine an-

dere Therapie angeboten oder haben das Angebot nicht angenommen, sind also nur ein Mal befragt worden. Die Patienten der Gruppe 2 sind etwa sechs Monate später, zu Beginn der Therapie, ein zweites Mal befragt worden (ohne zwischenzeitliche Therapie). Die Gruppen 3 bis 6 sind jeweils vor und nach der Intensivphase der Therapie befragt worden.

Bei den Gruppen 2 und 4 liegen auch Sprechdaten vor, und zwar die 'Prozente der unflüssig gesprochenen Silben' (%) und die 'gesprochenen Silben pro Minute' (SPM) bei 'Unterhaltung' und 'Lesen'. Die Daten zur KÜ dieser Gruppen haben wir unter der Annahme, daß die Gruppen unter vergleichbaren Bedingungen befragt worden sind, zusammengefaßt. Eine Varianzanalyse mit Gruppe, Geschlecht und Alter als unabhängige Variablen und den Einzelwerten der 17 Items und des Summenwertes der KÜ als abhängige Variablen hat die Zusammenfaßbarkeit der einzelnen Gruppen der Stotternden allerdings nicht begründet. Für die Variable 'Gruppe' ergab sich ein statistisch signifikanter Haupteffekt: Wilks' Lambda $F = 1.42$; $df = 85$; $p = .02$ (kein signifikanter Haupteffekt bei den beiden anderen Variablen). Auch wenn in den folgen-

den Auswertungen die Gruppen anhand der Vortherapiewerte zusammengefaßt werden, besteht dennoch ein gewisser Vorbehalt (siehe z.B. Gruppe 3).

4.2 Erhebungen und Stichproben zur Überprüfung der Skala

Zur Überprüfung des Fragebogens haben wir zu den Daten der Stotternden der Gruppen 1 (1. Erhebung) und 2 bis 6 (2. Erhebung) die Daten von Nicht-Stotternden hinzugenommen. Es handelt sich um Studierende der Sprachheilpädagogik/Logopädie und um 78 Nicht-Stotternde, vorwiegend aus dem Bekanntenkreis der Autoren. Eine Varianzanalyse über die Nicht-Stotternden mit der gleichen Struktur wie bei den Stotternden ergab für Gruppe, Geschlecht und Alter keine statistisch signifikanten Haupteffekte und legte die Zusammenfassung der beiden Gruppen nahe (Wilks' Lambda bei Gruppe: $F = .53$; $df = 17$; $p = .93$). In der Stichprobe aller Befragten befinden sich 60 männliche und 19 weibliche Stotternde bzw. 60 männliche und 39 weibliche Nicht-Stotternde. Die Stotternden waren 15 – 53 Jahre ($\bar{x} = 25.4$ J.), die Nicht-Stotternden 17 – 66 Jahre alt ($\bar{x} = 30.7$ J.).

	Stotternde ohne Therapie		Stotternde mit Therapie										N-Stotternde: Studierende und andere			
			1		2		3		4		5		6		7 und 8	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
1.	13	8	12	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	37.4	38.9	33.8	34.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.	-	-	12	6	18	0	7	1	7	1	3	3	60	49	19.5	27.3
	-	-	35.8	38.5	30.4	.0	34.3	34.0	35.6	34.0	36.0	38.0	-	-	-	-
3.	-	-	12	6	18	0	7	1	7	1	3	3	-	-	-	-
	-	-	27.6	35.8	23.2	.0	24.3	30.0	30.9	16.0	29.3	30.7	-	-	-	-

Erläuterungen zu Tabelle 1

- Datenzeile: Erhebung bei der Informationsveranstaltung (Patienten ohne Therapie; *Jehle* 1994),
- Datenzeile: Erhebung vor der Therapie oder bei den Nicht-Stotternden,
- Datenzeile: Erhebung nach der dreiwöchigen Intensivtherapie,
- Gruppe 1: Stotternde bei Informationsveranstaltungen: ohne Therapie (*Jehle* 1994),
- Gruppe 2: Stotternde bei Informationsveranstaltungen: mit Therapie (*Jehle* 1994),
- Gruppen 3, 5 und 6: Stotternde in Therapie (*Renner* unveröffentlicht),
- Gruppe 4: Stotternde in Therapie (*Renner* 1995),
- Gruppen 7 und 8: Studierende der Logopädie und Sprachheilpädagogik und andere Nicht-Stotternde.

Tabelle 1: Zahl der Befragten je Teilgruppe und Mittelwerte der Kontrollüberzeugungen mehrerer Personengruppen zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten, differenziert nach Männern und Frauen.

5. Ergebnisse

5.1 Überprüfung des Fragebogens

Um die Vergleichbarkeit unserer Ergebnisse mit denen der Entwickler des Fragebogens zu wahren, wurde die Überprüfung zunächst nach dem Vorgehen von *Craig et al.* (1984) vorgenommen. Eine Itemanalyse über die 17 Items mit unseren 99 Nicht-Stotternden ergab eine Reliabilität (nach Hoyt) von .75 (Homogenität = .15) und Trennschärfen bei 15 Items von .21 bis .55; bei den Items 2 und 3 (vgl. Anhang) betragen sie .09 bzw. .13. Die Standardabweichungen lagen bei drei Items zwischen .81 und .92. *Craig et al.* (1984) hatten bei diesen 17 Items Trennschärfen von mindestens .23 und Standardabweichungen von > 1.00 ermittelt. Unsere Ergebnisse fielen etwas ungünstiger aus.

Eine Faktorenanalyse über die 17 Items mit den 99 Nicht-Stotternden nach der Hauptkomponentenmethode ohne Rotation ergab sechs Faktoren, die 65.4% der Varianz erklären, der erste 23.7%, der zweite 11.2%. 14 Items hatten auf dem ersten Faktor Ladungen von .32 und mehr, die Items 2, 3 und 12 nur Ladungen von .11, .09 bzw. .27. Hier ergab sich kein derart eindeutiger Hinweis auf Eindimensionalität des Fragebogens wie bei *Craig et al.* (1984); unsere Ergebnisse weichen also auch hier etwas ab.

Die Retest-Reliabilität des Fragebogens konnte bei 17 Mitgliedern der Gruppe 2 geprüft werden. Zwischen den Erhebungen lagen etwa sechs Monate. Die Korrelation der Summenwerte bei 17 Patienten betrug $r = .73$, $p < .00$. Von den Einzelkorrelationen der Items waren neun mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant ($r > .52$). Drei Korrelationen waren größer als $r = .30$, aber nicht statistisch signifikant. Die Retest-Reliabilität bei *Craig et al.* (1984) hatte bei 25 Stotternden und 6 Monaten vor einer Therapie ebenfalls $r = .73$ betragen; bei 25 Nicht-Stotternden und nach einer Woche hatten diese Autoren ein $r = .90$ ermittelt. Das Ergebnis ist wie bei *Craig et al.* (1984) als ein Hinweis auf die Stabilität des Merkmals über die Zeit zu werten.

In unserer eigenen Überprüfung des Fragebogens wurden die Stotternden und Nicht-Stotternden zusammengefaßt, da der Fragebogen Stotternde und Nicht-Stotternde tren-

nen können und auch auf Stotternde nach einer Behandlung anwendbar sein sollte. Eine Hauptkomponentenanalyse ohne Rotation erbrachte bei 178 Personen nach dem Eigenwertkriterium (≥ 1) sechs Faktoren, die 63.9% der Gesamtvarianz auf sich vereinen. Die Eigenwerte der ersten drei Faktoren betragen 3.90; 2.11 und 1.47. Die Werte bei den restlichen Faktoren wurden nur allmählich kleiner. Wir entschieden uns für eine Lösung mit zwei Faktoren, die nach einer weiteren Hauptkomponentenanalyse 35.3% der Varianz aufklärten (der erste Faktor 22.9%, der zweite 12.4%).

Vier der 17 Items sind bei dieser Faktorenlösung ohne klare Ladungen geblieben (Items 2, 3, 7 und 13), in denen nach unserer Interpretation Zufall, Schicksal, Glück als bestimmende Elemente angesprochen werden (außer Nr. 7). Beim 1. Faktor, der immerhin 10 der insgesamt 17 Items mit Ladungen zwischen .40 und .70 umfaßt, werden dagegen meist negative oder eben externe Überzeugungen und ein Mal eine interne Überzeugung – allerdings schwach – zum Ausdruck gebracht (siehe Item 1: 'vermeiden' wird genannt, eine substantielle Lösung nicht). Im übrigen werden fehlende eigene Kontrolle, Einflüsse von außen, Notwendigkeit fremder Hilfe und das Bestehen lebenslanger Probleme angesprochen. Der 2. Faktor lädt auf den Items 5, 8 und 16 (Ladungen: .56 bis .75). Hier werden Erfolgs- und Ergebniserwartungen ausgedrückt. Die Aussagen sind in den Items 8 und 16, weniger bei Item 5, durch eine zusätzliche Verneinung (Item 8: 'harte Arbeit' und 'Glück hat wenig oder nichts damit zu tun') oder durch eine doppelte positive Formulierung mit Überzeugung versehen (Item 16: 'erfolgreich'/'zurechtkommen').

Wir sind also zu einer anderen Einschätzung der Faktoren gekommen (vgl. auch die erste Faktorenanalyse) als *Craig et al.* (1984). Die Durchführung einer Itemanalyse bei unserer Stichprobe und Faktorenlösung war jedoch nicht mehr über alle 17 Items möglich, so als wäre der Fragebogen eindimensional. Der Berechnung zweier Itemanalysen, entsprechend unserer Faktorenlösung, stand jedoch die geringe Itemzahl beim 2. Faktor entgegen. Wir berichten daher nur über die Analyse der 10 Items des 1. Faktors.

In die Analyse mit 178 Personen sind die im

Anhang hervorgehobenen Items eingegangen. Die Reliabilität (nach Hoyt) betrug 0.76 (Homogenität = 0.24; Schwierigkeitsindizes: von 29.3 bis 49.6). Die Trennschärfen reichen von .26 bis .59 (vgl. Anhang, rechte Spalte). Die Reliabilität ist bei dieser eher kleinen Itemzahl zufriedenstellend, die Trennschärfe des Items 6 erwies sich als etwas schwächer. Insgesamt denken wir, daß alle diese Items beibehalten werden können. Faßt man diese Itemanalyse und die spekulative Analyse zusammen, so kann man immerhin 13 der 17 Items für eine weitere Anwendung des Fragebogens empfehlen. Eine Itemanalyse über die drei Items des Faktors 2 ergab eine Reliabilität von .60 (Homogenität .34) und Trennschärfen zwischen .35 und .47. Gelänge es, die vier ausgeschiedenen Items durch Items gleicher Qualität zu ersetzen, ergäbe eine Testverlängerung (Lienert 1969, 243) eine Reliabilität von .78. Wir nehmen daher an, daß auch diese drei Items beibehalten werden können.

Die Prüfung der Frage der Therapieprognose ergab keinen günstigen Befund. Der Fragebogen erwies sich – zumindest in der lediglich übersetzten Version – nicht als eindimensional, wie es bei Craig et al. (1984) der Fall war und wie es bei De Nil/Kroll (1995) zugrunde gelegt wurde. Ein Teil der Items wird in dieser Faktorenlösung nicht repräsentiert bzw. konnte nicht in einer Itemanalyse berücksichtigt werden.

5.2 Kontrollüberzeugungen von Stotternden und Nicht-Stotternden

Um unsere weiteren Ergebnisse mit denen anderer Studien vergleichen zu können, führten wir – trotz des obigen Befundes – die

Auswertungen über alle 17 Items durch. Zur Validität können verschiedene Ergebnisse aufgeführt werden. So unterscheidet der Fragebogen anhand unserer Daten (Tab. 1) klar zwischen der KÜ von Stotternden und Nicht-Stotternden. Der Mittelwert der von uns getesteten Stotternden vor der Therapie (Tab. 2) entspricht der allgemeinen Erwartung, daß Stotternde und Personen mit Verhaltensproblemen höhere externe KÜ als Personen ohne Verhaltensprobleme zeigen.

Die Mittelwerte der Stotternden unserer Studie sind mit 35.2 Punkten stets höher als die aller anderen Studien. Bei den Nicht-Stotternden liegt der Wert allerdings sehr nahe bei den Mittelwerten der Nicht-Stotternden von Craig et al. (1984). Andere Daten jedoch entsprechen dem vorgestellten Muster und der Erwartung nicht in gleicher Weise. So sind in der Therapie von Craig et al. (1984) die im Verlauf der Therapie stabileren Patienten am Anfang der Therapie eher external ausgerichtet gewesen als die später rückfälligen Patienten (31.0 gegenüber 26.0). Bei De Nil/Kroll (1995) ist der Mittelwert vor der Therapie mit 28.5 nur leicht höher als die bisher erfaßten Mittelwerte von Nicht-Stotternden. Bei Ladouceur et al. (1989) liegt der Mittelwert mit 21.0 sogar darunter.

Die Mittelwerte der Gruppen der Stotternden unterscheiden sich erheblich – anders als bei den Nicht-Stotternden. Gründe dafür könnten z.B. die Zusammensetzung und die teilweise geringe Größe der Stichproben sein; auch könnten sich die Herkunft der Befragten (Australien/Deutschland) sowie der unzureichend überprüfte Fragebogen ausgewirkt haben. Die Daten dürfen daher nicht überbewertet werden.

Studien	Mittelwert		Standardabw.		Spannweite	
	Stotternde vor der Therapie	Nicht-Stotternde	Stott.	N-Stott.	Stott.	N-Stott.
Jehle & Renner	35.2 (N=79)	27.3 (N=99)	9.0	8.63	9-61	3-51
Craig et al. 1984, 176	31.0 (N=70)	28.3 Studierende (N=123) 27.9 Krankenschw. (N=53) 39.4 Phobiker (N=69)				
Ladouceur et al. 1989	31.0 Stab. Patienten (N= 32) 26.0 Rückf. Patienten (N=13)		8.7 10.6		14-36	
De Nil & Kroll 1995	21.0 (N=9)		8.99			
Andrews & Craig 1988	28.5 (N=21)		10.0			
Craig & Andrews 1985	29.7 (N=62) 30.3 (N=22) (N=17)		10.0			

Tabelle 2: Mittelwerte und Streuungsmaße von Stotternden und Nicht-Stotternden (Vortherapiepunkte) aus verschiedenen Untersuchungen mit dem Fragebogen von Craig et al. (1984)

5.3 Therapeutische Änderung der Kontrollüberzeugungen

Bei *Craig et al.* (1984) und *Rotter* (1966) ergaben sich keine eindeutigen Belege, daß sich die interne KÜ von Stotternden im Laufe einer Therapie verstärkt.

Unsere Patienten (Tab. 1) sind nach ähnlichen Therapieansätzen behandelt worden: die Gruppe 2 nach *Boberg/Kully* (1985; auch *Jehle* 1994 und 1995a und b), die Gruppen 3-5 nach *Kreuels* (1995) und die Gruppe 5 nach *Renner* (1992). In den Therapien werden die Patienten unterwiesen, ihre Sprechunflüssigkeiten wahrzunehmen und mit den zu erlernenden Sprechtechniken zunächst verlangsamt und entspannt zu sprechen. Die Aufmerksamkeit wird auf den Zusammenhang zwischen der unflüssigen Sprechweise, der die Patienten häufig hilflos ausgesetzt sind, und dem bewußten Einsatz von Sprechtechniken, der mit flüssigerem Sprechen verbunden ist, gerichtet. Die Patienten werden dazu angehalten, durch gezielten Einsatz der Sprechtechniken ihr Sprechen selbst zu kontrollieren.

Aufgrund dieses Vorgehens ist zu erwarten, daß Patienten im Laufe der Therapie vermehrt eigene Kontrolle über das Sprechen ausüben, um flüssiger sprechen zu können, und diese Kontrolle in Verbindung mit ihrem verbesserten Sprechen erleben. Dies läßt vermuten, daß mit der Zunahme der Sprechkontrolle die externe KÜ zu Gunsten einer internen KÜ abnimmt.

Zur Überprüfung dieser Annahme standen die Daten von 58 Patienten der Gruppen 2 bis 6 zur Verfügung. Die Mittelwerte der KÜ sind von der Vor- zur Nacherhebung der Intensivtherapie bei allen Gruppen gesunken (Tab. 1), mehrfach fast oder gänzlich auf das Niveau der KÜ der Nicht-Stotternden. Diese deutliche Veränderung wollten wir jedoch mit drei Varianzanalysen gegen die Variablen Gruppe, Geschlecht und Alter absichern und zwar mit je einer dieser Variablen sowie dem Erhebungszeitpunkt und der Wechselwirkung zwischen diesen Variablen als unabhängige Variablen. Als abhängige Variable dienten die Faktorenwerte zur KÜ, die aus einer Faktorenanalyse über alle 178 Stotternden und Nicht-Stotternden vor der Therapie gewonnen

worden waren. (Der Faktorwert wird für jede Person als ein gewichteter Durchschnittswert berechnet, in dem vor allem die Items, die zu einem Faktor gehören, Gewicht haben.)

Es zeigte sich kein Haupteffekt für Gruppe, Geschlecht oder Alter und jeweils auch keine Wechselwirkung. Dies bot die Möglichkeit, die Überprüfung des Therapieeffektes auf eine einfache Varianzanalyse zu beschränken. Sie ergab einen sehr signifikanten Haupteffekt für die Variable 'Erhebungszeitpunkt': $F = 17.40$; $df = 1$; $p < .0001$ (least square means = .57 für den Zeitpunkt der Vorerhebung, = -.20 für den Zeitpunkt der Nacherhebung).

Über alle Gruppen wurde also kurzfristig eine statistisch sehr signifikante Änderung zu einer internen KÜ ermittelt, was jedoch nicht für alle Patienten gilt: Von 58 Personen haben am Ende der Therapie 45 (= 77.6%) anhand der Summenwerte eine stärkere interne KÜ als vor der Therapie erreicht. Bei neun Personen war es zu einer stärkeren externen KÜ gekommen.

5.4 Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Sprechdaten

Ein Zusammenhang zwischen der KÜ vor der Therapie und dem vorrangigen Therapieeffekt 'flüssigeres Sprechen' nach der Therapie würde es z.B. ermöglichen, anhand der Vortherapiewerte Patienten mit ungünstigen Therapieaussichten zu ermitteln und ihnen eine besondere Behandlung anzubieten. Dies konnte mit den Gruppen 2 und 4, für die auch Sprechdaten zur Verfügung standen, geprüft werden. Die Sprechdaten sind nach der gleichen Methode (*Jehle* 1994, 29 f. und Anh. I) aus Videoaufzeichnungen ermittelt worden. So wie in einigen der vorgestellten Studien haben auch wir diese Frage zunächst mit einer Korrelationsanalyse geprüft. Dazu sind wir vom 1. Faktor, dem Hauptfaktor der KÜ, ausgegangen, haben aber wieder die Faktorwerte (f_1) eingesetzt, die über alle Stotternden (Gruppen 1-6) zum Zeitpunkt vor der Therapie ermittelt worden waren. Diese Faktorwerte für die KÜ 'Vor' wurden mit den Prozentwerten der unflüssig gesprochenen Silben (%) und der Sprechgeschwindigkeit (SPM) bei 'Unterhaltung' und 'Lesen' nach der Intensivtherapie korreliert. Danach wur-

de eine weitere Korrelationsberechnung mit den Differenzen der Sprechwerte 'Vor' und 'Nach' und den Faktorwerten durchgeführt.

Links in Tabelle 3 ist – wie erwartet – eine positive Korrelation zwischen KÜ und Sprechunflüssigkeit und ein negativer Zusammenhang zur Sprechgeschwindigkeit zu sehen.

Patienten mit eher niedrigen Werten der KÜ vor der Therapie (eher interne KÜ) hatten am Ende der Intensivphase eher niedrige Werte in der Sprechunflüssigkeit, sprachen also flüssiger als die Patienten mit eher externer KÜ. Entsprechend sprachen Patienten mit eher interner KÜ nach der Therapie zudem eher schneller als die Patienten mit externer KÜ. Man könnte also zumindest kurzfristig mit einer Prognostizierbarkeit rechnen.

einer multivariaten Varianzanalyse geprüft. Als unabhängige Variablen wurden für die KÜ sowohl der Faktorwert 'Vor' als auch die Differenz der Rohwerte der KÜ vor und nach der Therapie eingesetzt. Als abhängige Variablen dienten die Differenzen der prozentualen Sprechunflüssigkeit 'Vor' – 'Nach' bei 'Unterhaltung' und 'Lesen'. Es wurde kein Haupteffekt für das Modell ermittelt (Wilks' Lambda: $F=1.32$; $DF\ Num/DF\ Den = 4/42$; $p = .28$; kanonische Korrelation $R=.45$). Auch die Effekte der einzelnen Variablen waren statistisch nicht signifikant. Bei einer Prüfung, in die 'mehr Information' als bei der Korrelationsanalyse eingegangen ist, zeigte sich also keine prognostisch verwertbare Verbindung zwischen KÜ und Therapieeffekt.

Sprechweise	Kontrollüberzeugung: Vor		Sprechweise Differenz Vor - Nach	
	Nach	f 1		f 1
% Unterhaltung		.51	.24	% Unterhaltung
SpM Unterhaltung		-.39	.05	SpM Unterhaltung
% Lesen		.52	.30	% Lesen
SpM Lesen		-.50	.08	SpM Lesen

Tabelle 3: Korrelationen zwischen den Faktorwerten des ersten Faktors (f1) der Kontrollüberzeugung 'Vor' und den Sprechwerten 'Nach' bzw. den Differenzen aus den Sprechwerten 'Vor' zu 'Nach'

Zieht man zur Prüfung dieses Sachverhaltes zusätzlich die Sprech-Vortherapiewerte heran (Korrelation mit Differenzwerten rechts in Tab. 3), erweist sich der Zusammenhang zur Sprechflüssigkeit als weniger eng, zur Sprechgeschwindigkeit besteht er nicht mehr. Letzteres ist schwer zu interpretieren, da die Sprechgeschwindigkeit eines Stotternden vor, aber auch nach der Therapie sowohl von einer anzunehmenden Grundgeschwindigkeit als auch vom Grad und der Art der Sprechunflüssigkeit, also der dafür benötigten Zeit, abhängt. Außerdem setzen Patienten die Technik 'langsames Sprechen' in unterschiedlichem Maße ein. Es ist insbesondere beim Differenzwert der Sprechgeschwindigkeit nicht auszumachen, welche dieser Effekte darin enthalten sind.

Schließlich wurde der Zusammenhang mit

6. Zusammenfassung und Ausblick

Der Versuch, mit Hilfe dieses Fragebogens zur KÜ am Beginn einer Therapie eine Prognose über kurzfristige Therapieeffekte zur Individualisierung der Therapie vorzunehmen, kann aufgrund unserer Ergebnisse nur bedingt begründet werden. Die Faktorenanalyse über die 17 Items ergab nur teilweise eine verwertbare Faktorenlösung, die Itemanalyse konnte nur über einen Teil der Items sinnvoll durchgeführt werden und der Zusammenhang zwischen der KÜ und den Sprechdaten am Ende der kurzfristigen Therapiephase ergab kein einheitliches Bild.

In der Literaturübersicht wurden Studien aufgeführt (Dharitri 1985, Madison et al. 1986 und die der Fragebogenautoren), deren Daten für einen engeren Zusammenhang zwischen der vortherapeutischen KÜ und den

Therapieeffekten sprechen, während dies für andere Arbeiten (*De Nil/Kroll* 1995, *Ladouceur et al.* 1989, unsere Studie) nicht zutrifft. Es bleibt die Frage, worauf diese Uneinheitlichkeit zurückzuführen ist. Was unsere Studie anbelangt, ist es notwendig, den Fragebogen unter kulturspezifischem Aspekt zu bearbeiten, statt ihn lediglich kontrolliert ins Deutsche zu übersetzen. Weiterhin ist zu bedenken, daß der Fragebogen auch im anglo-amerikanischen Raum erst einmal durch die Autoren überprüft worden ist. Daß er in unserer Version Schwächen hat, zeigen die Ergebnisse. Das bedeutet, daß die Prüfung der prognostischen Eignung mit 17 Items auf einer testtheoretisch unbefriedigenden Basis durchgeführt worden ist, was jedoch auch bei den anglo-amerikanischen Studien der Fall gewesen sein kann.

Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse kann auch bedingt sein durch Unterschiede der Inhalte, der Organisationsformen und der Therapeuten, der Therapien und durch die Zusammensetzung der Patientengruppen. Fast alle Untersuchungen sind mit relativ kleinen Gruppen durchgeführt worden, so daß sich Besonderheiten (z.B. Schweregrad, Komplexität der Sprechstörung, soziale Herkunft, Therapieerfahrung) stärker auswirken konnten als bei größeren Gruppen.

Ein weiterer Aspekt könnte die unterschiedliche Veränderbarkeit der KÜ sein. In unserer Studie sind nicht alle Patienten zu einer eher internen KÜ gekommen, wie es die statistische Analyse nahelegte. Wovon hängt es ab, daß einzelne Patienten eine eher externe KÜ entwickelt haben? Hatten sie zuvor bereits eine interne KÜ angegeben? Nahmen sie unrealistische Attribuierungen vor oder sind sie nicht zu einer bedeutenden Verbesserung ihres Sprechens gekommen? Obwohl derartige Fragen nur mit weiteren Untersuchungen geklärt werden können, meinen wir, daß der Versuch des Prognostizierens mit diesem Fragebogen noch nicht aufgegeben werden sollte. Es bedeutet anhand der vorgefundenen Reliabilität unter testökonomischen Gesichtspunkten wahrscheinlich keinen großen Verlust, wenn die vier Items, die nicht in die Faktorenlösung paßten, bei einer künftigen Verwendung des Fragebogens ausgeschieden werden. Unsere Empfehlung ist, den Fragebogen mit den 13 Items einzusetzen, ihn

allerdings weiter zu überprüfen. Der Fragebogen sollte auch mit deutschen Stotternden und Experten bearbeitet werden, um eventuelle kulturspezifische Unterschiede, die durch eine reine Übersetzung nur unzureichend erfaßt werden, herauszufinden.

Bei der bisherigen Diskussion wurde davon ausgegangen, daß sich die Prognosemöglichkeit noch herausstellen könnte, wenn der Fragebogen für unsere Situation noch besser bearbeitet und überprüft wird. Dies ist nicht auszuschließen, doch können auch Bedenken gegen das Konzept der Kontrollüberzeugung vorgebracht werden. So könnte es sein, daß der Zusammenhang zwischen KÜ und einem Therapiekriterium tatsächlich nicht sehr eng ist und das Merkmal KÜ in Abhängigkeit vom Therapieverlauf und von situativen Bedingungen nicht sehr stabil ist. Dadurch könnte die Vorhersagekraft einer einzelnen Variablen (hier KÜ) angesichts des komplexen Erscheinungsbildes und der vielfältigen Bedingtheit des Stotterns nicht ausreichend sein, so daß es empfehlenswert wäre, sie durch weitere Prognosevariablen zu ergänzen, wie es *Andrews/Craig* (1988) z.B. mit der 'Einstellung zur Kommunikation' (*Jehle/Kühn/Renner* 1989) getan haben (vgl. die kurze Besprechung unter 3.). In der Therapie nach *Boberg/Kully* (*Jehle* 1994, 113ff.) wurde mit direktem Bezug auf *Andrews/Craig* (1988) mit 15 Patienten ein entsprechender Versuch gemacht, der nicht so deutlich wie bei diesen Autoren, aber doch tendenziell eine Vorhersagemöglichkeit aufgezeigt hat. Auch in der Studie über die Therapie nach *Kreuels* (*Renner* 1995) wurde zusätzlich zur KÜ und zur 'Einstellung zur Kommunikation' (*Jehle et al.* 1989) auch das Vermeidungsverhalten (PSI-V-Scale, *Wolf* 1967) getestet. Es wurde festgestellt, daß diese Fragebogen ein guter Indikator für die Vorhersage einer langfristig verbesserten Sprechflüssigkeit sein können – möglicherweise sogar in dieser Dreierkombination (*Renner* 1995, 72).

In beiden Studien konnte der Sachverhalt soweit ergründet werden, daß es sich nach unseren Daten und therapeutischen Erfahrungen lohnen wird, mit diesem und anderen Fragebogen der Frage nach der Prognose der Therapieaussichten und der entsprechenden Ergänzung eines standardisierten The-

rapieprogramms weiter nachzugehen. Nach *Rotter* (1975) und *De Nil/Kroll* (1995) kann darüber hinaus gefragt werden, inwiefern die therapeutische Arbeit an und mit KÜ grundsätzlich und in ihrem Zusammenhang mit Therapieeffekten uneingeschränkt ein sinnvolles Konzept darstellt. Man kann davon ausgehen, daß es in einem Bereich extremer interner KÜ wahrscheinlich wird, daß ein Patient die Verhältnisse falsch einschätzt und seine Kontrollmöglichkeiten überschätzt. Er könnte sich darin täuschen, wieviel Kontrolle er tatsächlich ausüben vermag, oder er kann Einflüsse 'von außen', z.B. in Gestalt des Therapeuten, der Mitpatienten oder anderer Mitmenschen, unterschätzen. So mag die Sprechflüssigkeit eines Stotternden tatsächlich nicht so ausgeprägt sein, wie es dem Maß der internen KÜ entspricht. Eine derartige Selbstüberschätzung führt gerade dann zu Problemen, wenn der Patient glaubt, auf externe Hilfe nicht angewiesen zu sein. Insofern ist mit *De Nil/Kroll* (1995) zu fragen, ob eine möglichst interne KÜ generell oder auch für einzelne Phasen einer Therapie ein sinnvolles Ziel darstellen kann. Im Sinne dieser Überlegung kann das Konzept der KÜ jedoch für Patienten mit sehr niedrigem Selbstbewußtsein und extrem externer KÜ sinnvoll anwendbar sein, wenn z.B. Patienten in umgekehrter Richtung in unrealistischer Weise sich selbst keine Fähigkeit zur Selbstkontrolle zuschreiben. Ist dies haltbar, wird es fraglich, ob eine über alle Patienten reichende Prüfung des Zusammenhangs von KÜ und Therapieeffekten sinnvoll ist. Möglicherweise führt – zumindest vorerst – die Bildung von Untergruppen bzw. die klinische Betrachtung einzelner Fälle eher zu einer adäquaten Fragestellung und zu therapeutisch verwertbaren Einsichten.

Literatur:

- Andrews, G., Craig, A.*: Prediction of outcome after treatment for stuttering. *British Journal of Psychiatry* 153 (1988), 236-240.
- Boberg, E., Kully, D.*: Comprehensive stuttering program. San Diego/Cal. 1985.
- Craig, A. R., Andrews, G.*: The prediction and prevention of relapse in stuttering. The value of self-control techniques and locus of control measures. *Behavior Modification* 9, (1985) 4, 427-442.
- Craig, A. R., Franklin, J. A., Andrews, G.*: A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology* 57 (1984), 173-180.
- Craig, A. R., Howie, P. M.*: Locus of control and maintenance of behavioural therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology* 21 (1982), 65-66.
- De Nil, L. F., Kroll, R. M.*: The relationship between locus of control and long-term stuttering treatment outcome in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 20 (1995), 345-364.
- Dharitri, R.*: Response to therapy by stutterers in relation to their locus of control. *Indian Journal of Clinical Psychology* 2 (1985), 37-40.
- Jehle, P.*: Kurz- und langfristige Ergebnisse der Behandlung des Stotterns mit dem Therapieprogramm von *Boberg* und *Kully*. Bericht über einen Modellversuch. Reihe Forschungsberichte. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt am Main 1994.
- Jehle, P.*: Zur Behandlung des Stotterns mit dem Therapieprogramm von *Boberg* und *Kully* – Teil. I: Evaluation und kurzfristige Ergebnisse, Teil II: langfristige Ergebnisse, Beurteilungen und Schlußfolgerungen. *Die Sprachheilarbeit* 40, (1995), 385-395 (a) und 453-465 (b).
- Jehle, P., Kühn, T., Renner, J. A.*: Einstellungen Stotterer und Nicht-Stotterer zur Kommunikation: Einige Ergebnisse aus der Anwendung der Skala 'S 24' von *Erickson* und *Andrews/Cutler*. *Die Sprachheilarbeit* 34 (1989), 121-128.
- Kreuels, P. A.*: Idee, Entwicklung, Dokumentation und Diskussion einer stationären Sprachheiltherapie. Unveröffentl. Diss. an der Univers. Frankfurt/Main 1995.
- Ladouceur, R., Caron, C., Caron, G.*: Stuttering severity and treatment outcome. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 20 (1989), 49-56.
- Lienert, G. A.*: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim 1969.
- Madison, L. S., Budd, K. S., Itzkowitz, J. S.*: Changes in stuttering in relation to children's locus of control. *The Journal of Genetic Psychology* 147 (1986), 233-240.
- Renner, J. A.*: Sprachheilpädagogische Intensivtherapie bei Stottern. BV Stotterer-Selbsthilfe e.V. (Hrsg.): Therapieratgeber Stottern. Kathagen. Witten 1992, 49-53.
- Renner, J. A.*: Erfolg in der Stottertherapie. Schriften zur Sprachheilpädagogik Nr. 6. Berlin 1995.
- Rotter, J. B.*: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, General and Applied* 80 (1966), 1-28.

Rotter, J. B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs. external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43 (1975), 56-67 (zit. n. De Nil/Kroll 1995).

Wolf, G.: The assessment of stuttering as struggle, avoidance and expectancy. *British Journal of Disorders of Communication* 2 (1967), 158-171.

Anhang

Fragen zu Kontrollüberzeugungen nach Craig/Franclin/Andrews 1984 (Jehle 1994)

Hinweise: Sie finden unten einige Äußerungen zu Überzeugungen, die zu verschiedenen Punkten vertreten werden. Bei jeder Äußerung gibt es Menschen, die zustimmen und nicht zustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte tragen sie bei jeder Äußerung die Nummer von der unten stehenden Skala ein, die nach Ihrer Meinung für Sie jeweils am besten zutrifft. Sie geben damit den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung für jede Äußerung an.

	0-----1-----2-----3-----4-----5						
	völlige	allgemeine	gewisse	gewisse	allgemeine	völlige	
	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Zustimmung	Zustimmung	Zustimmung	
					Faktor 1	Faktor 2	Trennschärfe
1. Ich kann Schwierigkeiten voraussehen und etwas unternehmen, um sie zu vermeiden.					.52 (.35)	.12 (-.29)	.35
2. Ein Großteil dessen, was mir geschieht, beruht möglicherweise nur auf Zufall.					.20 (.48)	-.11 (.51)	-
3. Jeder weiß, daß Glück oder Zufall sein Schicksal bestimmt.					.43 (.37)	-.43 (.65)	-
4. Ich kann mit meinen Problemen nur mit Hilfe von außen zurechtkommen.					.59 (.47)	-.2 (-.11)	.46
5. Wenn ich Pläne mache, bin ich fast sicher, daß ich sie verwirklichen kann.					.42 (.49)	.64 (-.24)	.47
6. Meine Probleme werden mich mein ganzes Leben lang beherrschen.					.48 (.50)	.25 (-.02)	.26
7. Es ist meine eigene Verantwortlichkeit, mit meinen Fehlern und Problemen fertig zu werden.					.33 (.30)	.36 (-.23)	-
8. Erfolg zu erzielen beruht auf harter Arbeit, Glück hat wenig oder nichts damit zu tun.					.0 (.34)	.75 (.42)	.35
9. Mein Leben ist beherrscht von Handlungen und Ereignissen von außen.					.41 (.59)	-.23 (.06)	.29
10. Die Menschen sind Opfer von Umständen außerhalb ihres Einflusses.					.42 (.63)	-.31 (.25)	.33
11. Um laufend mit meinen Problemen fertig zu werden, brauche ich fachmännische Hilfe.					.66 (.42)	-.22 (.04)	.56
12. Wenn ich unter Streß stehe, beruht die Verspannung meiner Muskeln auf Dingen außerhalb meiner Kontrolle.					.40 (.60)	-.14 (-.15)	.33
13. Ich glaube, ein Mensch kann wirklich sein Schicksal beherrschen.					.33 (.33)	.31 (.01)	-
14. Es ist mir unmöglich, meinen unregelmäßigen und schnellen Atem zu kontrollieren, wenn ich Schwierigkeiten habe.					.65 (.53)	-.26 (-.30)	.59
15. Ich verstehe nicht, warum meine Probleme sich so sehr ändern von einer Gelegenheit zur anderen.					.67 (.43)	-.21 (-.52)	.56
16. Ich bin überzeugt, erfolgreich mit meinen künftigen Problemen zurechtkommen.					.42 (.63)	.56 (-.41)	.44
17. In meinem Falle brauche ich meistens Glück, um die Kontrolle über meine Probleme zu behalten.					.67 (.66)	.6 (.37)	.53

Anschriften der Autoren:
Dr. Peter Jehle
Deutsches Institut für Internationale
Pädagogische Forschung
Schloßstraße 29
D-60486 Frankfurt am Main

Arbeitsschwerpunkte:
Berufliche Belastung von Lehrkräften: vorzeiti-
ge Pensionierung wegen Dienstunfähigkeit,
Krankheitsbilder; berufsbezogene Ängste von
Lehrkräften im Kulturvergleich. Stottertherapie-
forschung.

Dr. Joachim A. Renner
Heinheimerstr. 6
D-64289 Darmstadt

Arbeitsschwerpunkte:
Sprach- und Sprechtherapie in eigener Praxis,
insbesondere ambulante und stationäre Stot-
tertherapie. Stottertherapieforschung.

MAGAZIN

Im Gespräch

Friedrich Michael Dannenbauer, München

Thesen zum Zusammenhang von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie

Vorbemerkung

Nach einer weithin akzeptierten Definition erstreckt sich die Zuständigkeit der Sprachheilpädagogik auf die Bereiche der Theorie und Praxis von Erziehung, Bildung und sprachlicher Rehabilitation sprachbeeinträchtigter Menschen. Hierfür übernimmt sie Verantwortung unter anderem für die große Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen mit primären und umschriebenen Sprech- und Sprachbeeinträchtigungen im Sinne der Weltgesundheitsorganisation, deren Entwicklungsschwierigkeiten aus Besonderheiten der neuro- und kognitionspsychologisch hochspezialisierten Systeme zum Erwerb, der Repräsentation und funktionalen Verarbeitung linguistischen Wissens oder aus zentralen bzw. peripheren Defekten komplexer Mechanismen zur Steuerung, Kontrolle und Ausführung sprachlicher Fertigkeiten resultieren. Sie engagiert sich aber auch für diejenigen Menschen, deren Sprachbeeinträchtigungen in symptomatischer Weise von andersartigen Grundstörungen der kognitiven, sensorischen, motorischen oder sozio-psychischen Entwicklung abhängen. Ziel der sprachheilpädagogischen Bemühungen ist es, den Betroffenen bei der für sie in besonderer Weise erschwerten Entfaltung ihrer Individualität zu selbstbestimmten, gesellschaftlich und kulturell integrierten, ihre Lebensbezüge mitgestaltenden und verantwortlichen Persönlichkeiten beizustehen.

Die in diesem Zusammenhang zu optimierende sprachlich-kommunikative Handlungsfähigkeit bedarf neben der Reichhaltigkeit an Erfahrung sozialen und sprachlichen Austauschs und der Bewältigung alters- und umweltgemäßer kommunikativer Anforderungen vor allem auch der möglichst problemlosen Verfügung über linguistische Einheiten und Ordnungsbeziehungen sowie über die Funktionssysteme zu deren Anwendung. Dieser umspannende Aufgabenbereich ist das Kernanliegen der sprachlichen Rehabilitation sprachbeeinträchtigter Personen. Im Hinblick auf schulpflichtige Kinder ist sie – neben anderen (z.B. Elternberatung, Zusammenarbeit mit anderen Diensten) – vor allem auf zwei Wirkungskontexte angewiesen: Sprachheilpädagogischen Unterricht und sprachliche Individualtherapie. Diese beiden Teilbereiche sprachlicher Rehabilitation stehen in der Praxis oft in einem spannungsreichen oder unklaren Verhältnis zueinander, so daß es angemessen erscheint,

ihren Zusammenhang in einer grundsätzlich-programmatischen Weise zu formulieren, die als konsensfähig gegenüber schulpolitischen Entscheidungsträgern vertreten werden kann.

1. Funktionen des sprachheilpädagogischen Unterrichts

Die Aufgaben, Ziele und Formen der Verwirklichung sprachheilpädagogischen Unterrichts sind außerordentlich vielfältig und reichen weit über das Problemfeld sprachlicher Rehabilitation hinaus in die kooperative Gestaltung des Geschehens von Erziehung und Bildung unter Einbeziehung der physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Lebenswirklichkeit und Entwicklungstendenzen der Beteiligten. Zu letzteren gehören auch die durch sprachliche Beeinträchtigungen und ihre assoziierten Einflußvariablen vorgegebenen besonderen Bedingungen, die eine von Sachverstand und Einfühlung geprägte Adaption der Lehr-Lernprozesse an die Voraussetzungen und Möglichkeiten des einzelnen Kindes durch entsprechende Fachkräfte erforderlich machen.

Sprachheilpädagogischer Unterricht hat dabei das gleiche zu leisten wie jeder Unterricht, nämlich den Kindern das Erreichen curricularer Lernziele zu ermöglichen. Dadurch, daß er dies unter den erschwerenden Umständen sprachlicher Beeinträchtigung sachgerecht zu bewirken hat, erfährt er seine spezifische Akzentuierung. So hat er beispielsweise den bei sprachbeeinträchtigten Kindern sich erfahrungsgemäß akkumulierenden sprachbedingten Lernschwierigkeiten in den verschiedenen Sachgebieten des Unterrichts wie auch den weiterstreuenden Entwicklungskomplikationen und Integrationsschwierigkeiten in soziale Strukturen entgegenzuwirken.

Nicht nur durch diese besondere Ausgangslage und Zielbestimmung wird Unterricht zum sprachheilpädagogischen Unterricht, sondern vor allem dadurch, daß er wichtige Aufgaben im Rahmen der sprachlichen Rehabilitation zu erfüllen hat, die sich zum Teil stark mit den didaktischen Anliegen überschneiden, zum Teil jedoch additiv sind. Hier wäre an erster Stelle die überlegte Gestaltung des sprachlich-kommunikativen Milieus zu nennen, die den Kindern eine erfolgreiche Teilhabe an sozialen Interaktionen, die Erfahrung kommunikativen Gelingens in verschiedenen Kontexten und eine situationsangemessene Auswahl sprachlicher Mittel ermöglichen soll.

Die Weckung kommunikativer Initiative und Responsivität ist nicht nur als Voraussetzung, Ziel und Ergebnis effektiven Unterrichts von grundlegender Bedeutung, sondern schafft auch wichtige Vorbedingun-

gen für eine gezielte sprachliche Individualtherapie, in der ein variables dialogisches Geschehen gewissermaßen das Transportsystem bilden soll, durch das jeweils ausgewählte Zielstrukturen spontansprachlich hin- und herbewegt und dadurch funktional transparent werden. In dieser Hinsicht kann sprachheilpädagogischer Unterricht also sprachlicher Individualtherapie unmittelbar zuarbeiten.

Ein weiterer Aspekt des sprachheilpädagogischen Unterrichts ist ebenfalls als fundamental anzusehen: Die Schriftspracherziehung. Erwiesenermaßen hat ein beträchtlicher Teil sprachbeeinträchtigter Kinder große oder gar extreme Schwierigkeiten beim Erwerb des Lesens und Schreibens und ist dadurch in seiner schulischen Laufbahn bedroht. Andererseits zeigt die Erfahrung, daß ein erfolgreicher Schriftspracherwerb, durch den das Kind einen qualitativ neuartigen Bezug zur Sprache gewinnt und eine Vielzahl sprachlicher Elemente und Fertigkeiten bewußt unter Kontrolle bringt, erheblich zur Überwindung sprachlicher Beeinträchtigungen beitragen kann. Hier ergibt sich ein Aufgabengebiet des sprachheilpädagogischen Unterrichts von besonderer Brisanz. Durch sorgfältige Anpassung des schriftsprachlichen Unterrichts an die genau festgestellten lautsprachlichen Ausgangsbedingungen und Verarbeitungsstrategien, an die Vorerfahrungen und die Motivationslage bezüglich der Schrift bei jedem einzelnen Kind muß von Beginn an eine intensive Prävention der Entstehung von Schriftsprachstörungen erfolgen. Kinder, bei denen Lese- und Schreibschwächen dennoch in Erscheinung treten, sind nach vielseitigen Konzeptionen individuell und systematisch zu fördern.

Gerade durch eine sachkundig organisierte Auseinandersetzung sprachbeeinträchtigter Kinder mit Schriftsprache lassen sich ihre vielfach bestehenden Defizite des phonologischen Bewußtseins ausgleichen und eine erhöhte Sensibilität für sprachliche Phänomene herbeiführen sowie der Bereich metasprachlicher Fähigkeiten ausbauen, der einen nicht zu unterschätzenden kompensatorischen (eigenaktiven und gesteuerten) Lernzugang zu sprachlichen Fertigkeiten auch in der Individualtherapie eröffnen kann. Dieser Prozeß wird unterstützt durch den sehr wichtigen Unterrichtsbereich der Sprachbetrachtung, in dem laut- und schriftsprachliches Material zum Objekt der Reflexion und Manipulation (Experimentieren und Spielen mit Sprache) und zum Entdeckungsgegenstand formaler und funktionaler Eigenschaften gemacht wird.

Weiterhin hat sich sprachheilpädagogischer Unterricht schon seit jeher als „sprachscaffender“ Unterricht verstanden. Durch den eng aufeinander bezogenen Zusammenhang von lebensnaher Erfahrung und sprachlicher Durchdringung der Sachlogik unterrichtlicher Lerngegenstände werden begriffliche Strukturen aufgebaut, lexikalisiert und in umfassendere semantische Felder, Taxonomien und Netzwerke logisch-semantischer Relationen eingegliedert. Durch intensives lexikalisches Lehren und Lernen, das die

begrifflichen Strukturen der Wortbedeutungen durch vielseitige Verbindungen im semantischen Gedächtnis verankert und die Aktivierungsschwelle der Wörter durch gehäuften Abruf senkt, das die grammatischen Verwendungsbedingungen verschiedener Wortkategorien im Satzkontext erproben läßt und die phonologischen Eigenschaften der Wortrepräsentationen kontrastiv abgrenzt und durchstrukturiert, werden Bausteine der Sprache als gesichertes Repertoire für Unterricht und Sprachtherapie verfügbar gemacht und die lexikalischen Prozesse der raschen Selektion und des zielsicheren Abrufs gestärkt.

Neben diesen durch curriculare Lerninhalte und Zielsetzungen vorstrukturierten, sprachheilpädagogisch jedoch individuell zugeschnittenen Anteilen des sprachlichen Rehabilitationsprozesses zeichnet sich sprachheilpädagogischer Unterricht durch additive Maßnahmen aus, durch welche die in der sprachlichen Individualtherapie gezielt angebahnten Erwerbsfortschritte unterstützt, weitergeführt und vertieft werden sollen. Im Lauf der Unterrichtsstunden und des gemeinsamen Schullebens bieten sich immer wieder pragmatisch realistische Gelegenheiten, einzelne Kinder entsprechend der sprachlichen Strukturen und Fertigkeiten, an denen sie gerade arbeiten, gezielt ins Spiel zu bringen und somit sprachheilpädagogischen Unterricht zu einem fortwährenden Übungs- und Bewährungskontext individualtherapeutischer Schwerpunkte werden zu lassen. Die Nutzung dieser nahezu einzigartigen Möglichkeit, sprachliche Individualtherapie lebensnah einzubetten, täglich aufzufrischen und ihr Transferchancen zu bieten, setzt aber voraus, daß die Lehrkraft über das sprachliche Fähigkeitsprofil, die individualtherapeutischen Zielentscheidungen und die Ansprechbarkeit für bestimmte Inhalte und Verfahren beim einzelnen Kind bis ins Detail auf dem neuesten Stand informiert ist. Dies ist letztlich nur bei einer Vereinigung der Funktionen von LehrerIn/Sprachtherapeutin durch die gleiche Person in wünschenswerter Weise gewährleistet.

Neben Anliegen wie den eben skizzierten verfolgt der Unterricht auch andere Förderschwerpunkte, die, sofern sie nicht nachdrücklich mit Maßnahmen der sprachlichen Rehabilitation verknüpft werden, nicht zum sprachheilpädagogischen Unterricht im engeren Sinn gerechnet werden sollten. Hierzu zählen die Bereiche der rhythmisch-musischen Erziehung, der körperorientierten Selbsterfahrung, der Sinnes- und Bewegungsschulung verschiedener Spielart, des sozialen Lernens, des Trainings von Teilleistungen und von Hirnfunktionen tieferer Ebene. Hierbei handelt es sich zwar unbestritten um wichtige Dimensionen im Sinne einer ganzheitlichen Förderung, um Zielsetzungen eigenen Rechts und eigener Sachlogik, sofern entsprechender Bedarf diagnostizierbar ist, die Möglichkeit, daß solche Förderansätze in irgendeiner unmittelbaren Weise sprachlichen Erkenntnis- und Erwerbsprozessen zugute kämen, wird von Anhängern entsprechender Lehren maßlos überschätzt. Somit ist es vor allem der mit spezifischer Sachkenntnis einzulö-

sende „Primat der Sprachlernprozesse“ und die intensive Teilhabe an den Aufgaben der sprachlichen Rehabilitation, die sprachheilpädagogischen Unterricht als solchen konstituieren.

2. Funktionen der sprachlichen Individualtherapie

Den zweiten Grundpfeiler sprachlicher Rehabilitation bildet die sprachliche Individualtherapie mit einzelnen Kindern und Kleingruppen. Dieser Wirkungskontext ist nicht belastet mit den Ansprüchen curricularer Zielsetzungen, mit den weiten Formenspektren heterogener Entwicklungsprobleme einer Klasse oder mit den Sachzwängen und Zufälligkeiten des Unterrichtsgeschehens; die Aufmerksamkeit muß nicht typischerweise verteilt werden auf eine Vielzahl von Situationsfaktoren. Die reduzierte Komplexität und der höhere Grad an planvoller Steuerung und konzentrierter Wahrnehmung in zeitlich eingegrenzten Interaktionen erlaubt die Bewältigung von Aufgaben, die auch ein sprachheilpädagogischer Unterricht nicht mehr zu leisten vermag;

Während der sprachlichen Individualtherapie aktualisiert die Fachkraft ihr Expertenwissen, das aus Erfahrung und vielfältigen Bezugswissenschaften wie Pädagogik, Psychologie, Linguistik und Medizin integriert ist, ausschließlich im Hinblick auf die jeweiligen kindlichen Sprachbeeinträchtigungen, um zunächst in einem hypothesengeleiteten, förderdiagnostisch orientierten Klärungsprozeß die allgemeinen Ausgangsbedingungen, das sprachliche Fähigkeitsprofil und dessen mehrdimensionales Bedingungsgefüge sorgfältig zu erlassen. Mit wechselnder Optik wird also den spezifischen Charakteristika und Entwicklungstendenzen der jeweils individuellen Ausprägung kindlicher Sprachbeeinträchtigung bis in die Feinstruktur nachgeforscht und das System der Störung in einer umfassenden Interpretation hinsichtlich Eigenart, Schweregrad, Prognose usw. beurteilt.

Auf der Grundlage eines intensiven analytisch-synthetischen Klärungsprozesses lassen sich kriterienorientierte Entscheidungen bezüglich der Priorität sprachlicher Therapieziele treffen, die beim Kind entgegenkommende Lernaktivität auslösen und sein System in einem abgestuften, planvollen Vorgehen in Richtung auf alters- und umweltentsprechende Standards verändern können. Lernziele und Verfahren der sprachlichen Individualtherapie leiten sich also im Gegensatz zum Unterricht nicht aus übergeordneten (curricularen) Vorgaben ab, sondern hauptsächlich aus dem individuellen sprachlichen Fähigkeitsprofil und dessen Bedingungs-lage.

Dabei ist zu bedenken, daß für Kinder mit Sprachbeeinträchtigungen die Alltagssprachlichen Kommunikationen mit ihren Bezugspersonen nicht ausreichend waren, um sich sprachlich unauffällig zu entwickeln. Sie brauchen daher ganz besonders intensiv und gezielt gestaltete Lernumwelten mit maximaler Transparenz für Form und Funktion sprachlicher Strukturen und Fertigkeiten. Diese kann ihnen der Unterricht mit seiner vielschichtigen und wechselhaften Interak-

tionsdynamik nicht in ausreichendem Maße bieten; durch sprachliche Individualtherapie lassen sich gezielt angestrebte Fortschritte wesentlich rascher erreichen. Dieser Beschleunigungseffekt sprachlicher Rehabilitation durch Individualtherapie ist deshalb von herausragender Bedeutung, weil er einen der wichtigsten Präventionsfaktoren gegen die Akkumulation von sekundären Begleit- und Folgestörungen (z.B. schulische Lernschwierigkeiten) darstellt.

In der sprachlichen Individualtherapie werden die Situationsvariablen Thema, Sachkontext, Dialogstruktur, Handlungsformen usw. nach dem Prinzip der Konvergenz auf das jeweilige Therapieziel ausgerichtet, so daß seine Vermittlung und Übernahme von der Logik der gesamten Interaktionssituation begünstigt und getragen wird. Psycho- und patholinguistisch begründete Therapiezielentscheidungen, Situationsstrukturierungen nach dem Konvergenzprinzip, die Modellierung ausgewählter Ziele mit ausreichender Prägnanz und Frequenz, ihr spontansprachliches Erproben im Rahmen einer variablen Dialogpartitur sowie weitere Maßnahmen, welche die kindlichen Systeme auf den Ebenen der Phonologie, der Morphologie, der Syntax, des Lexikons und der Sprechflüssigkeit expandieren und korrigieren sollen, erfordern einen bestimmten Intensitätsgrad, unterhalb dessen die Bemühungen völlig wirkungslos verpuffen. Diese Intensität kann durch sprachliche Individualtherapie vor allem dann erreicht werden, wenn man die Ressourcen bündelt; das heißt, wenn bei einzelnen Kindern abgegrenzte Zyklen dicht aufeinanderfolgender Therapieeinheiten, in denen entscheidende Fortschritte angebahnt werden sollen, sich mit selteneren Treffen ablösen; während dieser Zeit kann sich das Erreichte im Unterricht konsolidieren und bewähren.

Sprachliche Individualtherapie unterliegt einer eigenständigen Sachlogik, die von der jeweiligen Problemstruktur sprachlicher Beeinträchtigung und den erforderlichen Interventionsstrategien bestimmt wird. Dabei bedient sich die inzwischen modern und vielseitig gewordene Sprachheilpädagogik anspruchsvoller, wissenschaftlich fundierter Konzeptionen und Verfahren, die weit über das hinausgehen, was früher für sprachtherapeutische Arbeit als typisch galt: Übungsreihen zum Einschleifen von Einzellaute und Silben, Benennungsübungen, Satzmusterdrill, mundmotorische Gymnastik usw. Durch konstruktive Umsetzung spracherwerbpsychologischer, linguistischer und sprachpathologischer Forschungsergebnisse und Erklärungsmodelle wurde der Sprachheilpädagogik ein individualtherapeutisches Instrumentarium verfügbar, dessen Aktualität, Reichhaltigkeit und Leistungsstärke ihre Wirkungsmöglichkeiten außerordentlich erweitert hat.

Von manchen Schulverwaltungsinstanzen, Sonderpädagogen anderer Fachrichtung und der in ihrer fachlichen Entwicklung steckengebliebenen Minderheit einzelner Sprachheilpädagogen wurden solche progressiven Veränderungen allerdings unzureichend nachvollzogen. Vielleicht begegnet man deshalb noch

dem Fehlurteil, sprachtherapeutische Arbeit verursache relativ geringen Aufwand und ließe sich gewissermaßen nebenbei erledigen. Dies trifft aber gerade bei ausgeprägten Sprachbeeinträchtigungen nicht zu, bei denen das Kriterium des raschen und anhaltenden Erfolgs von hervorstechender Bedeutung ist.

Diesem Kriterium hat sprachliche Individualtherapie gerecht zu werden, indem sie das einzelne Kind in sachlogisch verzahnten Schritten, bei denen jeweils Erfolg gewährleistet ist, an komplexere sprachliche Gesamtleistungen heranführt. Dabei muß sie flexibel und rasch reagieren können, um ihre Planungen zu revidieren, falls sich ein Zwischenziel als unangemessen erweisen sollte. In solchen Fällen muß entweder eine völlig neue Zielentscheidung getroffen oder die angestrebte Leistung in eine Sequenz von Unterzielen aufgliedert werden, die für das Kind erreichbar sind.

Die Konzentration auf diese Aufgabe ist eine Voraussetzung dafür, daß die erforderlichen diagnostisch-therapeutischen Teilhandlungen und Zwischenstufen kindgerecht organisiert und bezüglich ihrer Effizienz kontrolliert werden können. Der dafür erforderliche hohe Grad an Kompetenz der Fachkraft ist nur durch eine zeitweise Entlastung von anderweitigen Ansprüchen freizusetzen. In vergleichbarer Weise benötigt das Kind ebenfalls solche Entlastungen von Faktoren, die die Konvergenz der Lehr-Lernsituationen überlagern oder gar mit ihr in Konkurrenz treten könnten. Dieses Prinzip des Ausschlusses von Interferenzen soll den kindlichen Selbstlernkräften die Auseinandersetzung mit strukturellen und funktionalen Eigenschaften der kooperativ gestalteten Lernumwelt und ihren sprachlichen Daten erleichtern, auf deren Grundlage die Kinder eigenaktiv ihre Generalisierungen konstruieren oder neue Fertigkeiten erarbeiten müssen.

Dieser Prozeß beansprucht die Kapazitäten der Beteiligten in vollem Umfang und muß daher phasenweise relativ isoliert ablaufen können. Das schließt nicht aus, daß unterrichtliche Stärken und Schwächen, die im Zusammenhang mit Sprachbeeinträchtigungen zu sehen sind, explizit in sprachliche Individualtherapie einbezogen werden. Ebenso können Themen aus dem Unterricht, die für das Kind von Bedeutung sind, als Grundlage sprachtherapeutischer Interaktionen genutzt werden. Solche Anschlüsse an das Unterrichtsgeschehen müssen nach Möglichkeit zwanglos gesucht werden.

Während sprachlicher Individualtherapie entsteht zwischen den Beteiligten eine besondere Beziehung, die durch verstärkte Nähe gekennzeichnet ist. Auf dieser Grundlage wird ein gemeinsames Repertoire von Prototypen sprachtherapeutischer Situationsgestaltungen erarbeitet, in denen Kooperation und Kommunikation am besten gelingen. Sie liefern den (ständig erweiterbaren und modifizierbaren) Rahmen, in dem die gezielten Vermittlungs- und Aneignungsprozesse ablaufen. Zusammenfassend kann gesagt werden: Sprachliche Individualtherapie weist dem gesamten

sprachlichen Rehabilitationsgeschehen jeweils seine Richtung und verleiht ihm immer wieder neue Schubkraft. Sie muß daher allen Kindern mit Interventionsbedarf im Bereich der Sprache unbedingt garantiert werden.

3. Komplementärer Bezug und Konvergenz

Aus den bisherigen Ausführungen sollte bereits deutlich geworden sein, daß sprachheilpädagogischer Unterricht und sprachliche Individualtherapie nicht in einer Relation des Entweder-Oder, sondern in einer komplementären Beziehung zueinander stehen. Sie verbinden sich in dem gemeinsamen Dienst, den sie im übergreifenden Auftrag der sprachlichen Rehabilitation sprachbeeinträchtigter Kinder leisten. Jeder Bereich für sich wäre kein Ganzes.

Wird sprachheilpädagogische Arbeit ausschließlich auf den Unterricht beschränkt, so besteht die Gefahr, daß sich ihr spezifisches Profil verwischt, und daß sie schließlich von einer allgemeinen Einheitssonderpädagogik aufgesaugt wird. Die Beschränkungen, die der Unterrichtsbetrieb der Realisierung aktueller und anspruchsvoller sprachtherapeutischer Konzeptionen auferlegt, sind schlicht zu gravierend. Was schließlich davon meist noch übrigbleibt, weist gegenüber sprachlicher Breitbandförderung, wie sie verantwortungsbewußte Lehrkräfte ohnehin betreiben, zu geringe Trennschärfe auf, um eigenständige Ausbildungsgänge und Tätigkeitsbereiche zu begründen. Die erforderlichen spezifischen Elemente sprachlicher Rehabilitation können nicht gezielt und intensiv genug eingebracht werden, um den Grad an Effektivität zu erreichen, der grundsätzlich möglich wäre. Es würde ein Zeichen von Realitätsverlust darstellen, diesen Sachverhalt nicht anzuerkennen.

Aber auch eine isolierte sprachliche Individualtherapie wäre zu wenig. Sie stellt zwar eine unverzichtbare, identitätsstiftende Komponente der Sprachheilpädagogik dar, aber eine Beschränkung nur auf diesen Aufgabenbereich würde diese sonderpädagogische Fachrichtung mehr oder weniger zu einer Art Logopädie reduzieren. Zwar könnte sie dadurch auf der Ebene sprachlicher Funktionen zeitweise gezielt und effektiv erscheinen, für eine umfassende sprachliche Rehabilitation, die in die Prozesse von Bildung und Erziehung ausstrahlen und von ihnen gestützt werden soll, ist diese Basis zu schmal. Durch die komplementäre Wechselseitigkeit von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie wird letztere in einem essentiellen Bereich der Lebenswirklichkeit von Kindern vielseitig verankert, weitergeführt und vertieft.

Obwohl also beide Handlungsbereiche aus der Perspektive umfassender sprachlicher Rehabilitation jeweils allein unzureichend sind, haben sie doch die Chance, daß sich ihre Effekte durch ein konvergentes Zusammenwirken in einem Ausmaß potenzieren, das kein anderes Betreuungssystem sprachbeeinträchtigter Kinder erreichen kann. Es ist dem sprachheilpädagogischen Unterricht meist deutlich anzumer-

ken, ob die Lehrkraft mit ihren Kindern auch sprachliche Individualtherapie durchführt oder nicht. Dies zeigt sich am Ausmaß, sowie der Individualisierung und Spezifität sprachlicher Fördermaßnahmen im gemeinsamen schulischen Leben.

Aber auch sprachliche Individualtherapie wird dadurch bereichert, daß sich die Fachkraft aus der intimen Kenntnis der Wesenszüge, der Stärken und Schwächen, der Neigungen und Bedürfnisse, der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten usw. auf jedes Kind besonders einstellen und sprachtherapeutische Interaktionssituationen entsprechend strukturieren kann. Welcher realistische Erfahrungshintergrund wäre hierfür geeigneter, als der des gemeinsamen schulischen Lebens im Auftrag umfassender pädagogischer Verantwortung? Die „doppelte Aufgabe“ von Unterricht und Sprachtherapie ist also nicht als „Joch“ zu verstehen, sondern als notwendige Chance im Interesse sprachbeeinträchtigter Kinder.

Nach einer durchaus realistischen Schätzung lassen sich die Rehabilitationszeiten bei vielen sprachbeeinträchtigten Kindern fast um die Hälfte reduzieren, wenn komplementär zum sprachheilpädagogischen Unterricht intensive sprachliche Individualtherapie durchgeführt wird. Der erhöhte Aufwand, der erforderlich ist, um die Konvergenz beider Bereiche im Dienste sprachlicher Rehabilitation zu ermöglichen, stellt im Grund eine Einsparungsmöglichkeit für das Förderschulwesen dar, da sprachbeeinträchtigte Kinder wesentlich früher in das Regelschulsystem rückgeführt und somit überlange Verweilzeiten vermieden werden können. Und selbst bei den Kindern, bei denen zusätzliche Entwicklungsschwierigkeiten die schulische Laufbahn bedrohen, kann durch eine derart gezielte und intensive Optimierung ihrer sprachlichen Fähigkeiten der Erfolg schulischen Lernens und somit eine frühere Rückführung nachdrücklich begünstigt werden. Dieser Sachverhalt sollte für Kostenträger des Förderschulwesens eine interessante Perspektive darstellen.

Zusammenfassend gesagt: Durch komplementären Bezug und Konvergenz von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie könnte das Förderschulwesen über ein System zur sprachlichen Rehabilitation sprachbeeinträchtigter Kinder mit kaum zu überbietender Leistungsstärke verfügen. Es müßte nur entsprechend verwirklicht werden.

4. Epilog

Es ist an der Zeit, daß sich die Sprachheilpädagogik nicht weiter in die Einseitigkeit unterrichtlicher Zuständigkeiten zurückdrängen läßt oder diesen Weg gar freiwillig und widerstandslos beschreitet. Sie muß lautstark und offensiv für die Belange sprachlicher Indivi-

dualtherapie eintreten, die die Visionen und Ansprüche eines wirklich sprachheilpädagogischen Unterrichts und somit eine umfassende sprachliche Rehabilitation sprachbeeinträchtigter Kinder erst einlösbar erscheinen lassen. Angesichts gegebener Umstände erfordert dies unbequeme und standhafte Argumentation. Mißverhältnisse müssen klar ausgesprochen und Reformen durchgesetzt werden, wenn die Sprachheilpädagogik in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für sprachbeeinträchtigte Kinder behindert ist.

Fehlende Fachkräfte und Stunden für sprachliche Individualtherapie sind eine solche Behinderung, vor allem, wenn sie sich durch organisatorische Umschichtungen zumindest zum Teil freisetzen ließen. Dann müssen Fragen gestellt werden wie z.B. die folgenden: Wurden die Möglichkeiten, dem System die benötigten Freiräume abzuräumen, wirklich genutzt? Lassen sich entsprechende Anstrengungen in ausreichendem Maß erkennen? Wird die Sprachheilpädagogik ernst genommen oder eher abgewiegelt, wenn sie für die Anliegen sprachlicher Individualtherapie professionellen Standards die erforderlichen Bedingungen anmahnt? Für sprachheilpädagogischen Unterricht muß die Sprachheilpädagogik nicht streiten. Der institutionelle Rahmen hierfür ist ihr gewährleistet, sie hat ihn nur entsprechend auszufüllen. Und das tut sie, so gut sie weiß und kann.

Aber der bedeutsame Sachverhalt darf nicht verschwiegen oder beschönigt werden, daß sprachheilpädagogischer Unterricht ohne intensive sprachliche Individualtherapie eine halbe Sache bleibt und der sprachliche Rehabilitationsprozeß nur auf einem Bein fortschreiten kann. Diese an andere und sich selbst kritisch adressierte Ehrlichkeit ist Voraussetzung dafür, daß Forderungen nach Ressourcen für sprachliche Individualtherapie nicht mehr übergangen werden können. Die betroffenen Eltern und Kinder wie auch die sprachheilpädagogischen Lehrkräfte im Förderschulsystem haben ein Recht darauf, daß ganze Arbeit geleistet werden kann. Die Möglichkeiten hierzu sind fortlaufend einzufordern. Es wäre für das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik unzumutbar, wenn sie auf Dauer nicht verwirklichen könnte, was sie eigentlich leisten kann.

Anschrift des Verfassers:

Dr. F. M. Dannenbauer
Ludwig-Maximilians-Universität
Institut für Sonderpädagogik
Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik
Geschwister-Scholl-Platz 1
80539 München

Inge K. Krämer-Kilic, Hamburg

Zur Situation von Mädchen an Sprachheilschulen – aus geschlechtsspezifischer Sicht analysiert¹

Zusammenfassung

Anhand des Fallbeispiels einer exemplarisch ausgewählten Sprachheilschule werden Überlegungen zur Situation der zahlenmäßig stark unterrepräsentierten Mädchen an dieser Schulform angestellt. Auf der Grundlage der Fachliteratur zur Geschlechterrollenorientierung in der Grundschulzeit und der Interpretation des Fallbeispiels aus geschlechtsspezifischer Sicht formuliere ich Thesen zur Entwicklung der Geschlechterrollenidentität von Mädchen an Sprachheilschulen. Als Perspektive wird die Entwicklung geschlechtsspezifischer Projekte in Kooperation zwischen Schule und Hochschule vorgeschlagen.

1. Die Geschlechterasymmetrie – ein wichtiger Aspekt für die Gründung von Sprachheilschulen?

Die Bedeutung der Geschlechterasymmetrie soll zuerst aus historischer Sicht beleuchtet werden. Zu Beginn dieses Jahrhunderts wurden vielfach Erhebungen über das Aufkommen von Sprachstörungen durch-

geführt, bei denen die untersuchten Kinder im Hinblick auf die Anzahl der Jungen und Mädchen dargestellt wurden (z.B. *Carrie, Hansen, 26f., Loeper*). *Carrie* erhob die Anzahl der Kinder mit „Sprachgebrechen“ an Hamburger Volksschulen. Er ermittelte insgesamt 1628 Kinder mit Sprachstörungen. Davon waren 415 Mädchen und 1213 Jungen, so daß sich ein Geschlechterverhältnis von 1:4 ergab. *Loeper* untersuchte die Anzahl der Jungen und Mädchen, die in den Jahren 1901 bis 1905 Sprachheilkurse im Vorschulbereich in Hannover besuchten. Sprachheilkurse sind organisatorische Vorläufer von Sprachheilklassen und -schulen. Sie fanden vor und nach dem Volksschulunterricht, bzw. unterrichtsbegleitend statt. Die Zahlenangaben von *Loeper* schwanken zwischen einem Verhältnis von ca. 1:3 Mädchen und Jungen im Schuljahr 1901/2 und 1:5 im Schuljahr 1904/5 (vgl. Abb. 1).

Stottern wurde zu Beginn dieses Jahrhunderts als ansteckende Krankheit angesehen (vgl. *Kolonko*) und ist z.B. im Handbuch der Schulhygiene als solche aufgeführt (vgl. *Baginsky*). Der folgende Auszug über Sprachleiden gibt Auskunft über das Geschlechterverhältnis bei Stotternden in verschiedenen deutschsprachigen Städten (vgl. Abb. 2).

Hermann *Gutzmann* (sen.) behandelt die Verteilung des Stotters zwischen den einzelnen Geschlechtern im Zusammenhang mit den von ihm sogenannten

Geschlechterverhältnis / Sprachheilkurse im Vorschulbereich in Hannover um 1900		
Jahr	Mädchen	Jungen
1901/2	6	16
1903/4	3	11
1904/5	6	30

zit. nach Kolonko/Krämer, 36

Abb. 1: Historische Perspektive

Schulstatistiken über Sprachleiden um 1890						
		Zahl der Untersuchten	Zahl der Sprachkranken	Stotterer	Knaben	Mädchen
1886	Berlin	155000		1550=1%		
1889	Waldeck	10000	146=1,5%	108=1%		
	Pyrmont					
	Solingen	6000		62=1%	51	11
	Zürich	17000	270=1,6%	128=0,75%	95	33
1890	Altendorf (Rheinld.)	6000		141=2,35%	96	45
1887	Stettin	11849		100=0,84%	68	32
1889	Gotha	3145	2,4%	45=1,4%	32	13

zit. nach Hansen 1929, 28

Abb. 2: Auszug Schulstatistiken

¹ Vortrag im Rahmen der Tagung „Geschlechterdifferenz in der Sonderpädagogik“ an der Universität Hamburg im April 1997.

„ätiologischen Punkten“ (vgl. *Gutzmann* 1924, 428). Zur Erklärung dieses Sachverhaltes schreibt er: „An und für sich zeigt sich sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen das Stottern vorwiegend beim männlichen Geschlechte. *Colombat* sucht diese Tatsache dadurch zu erklären, daß das weibliche Geschlecht im allgemeinen eine größere Zungenfertigkeit und leichtere Ausdrucksfähigkeit als das männliche besitze; auch die dem weiblichen Geschlecht schon frühzeitig eigene Gefallsucht und das Streben äußere Fehler zu vermeiden zieht er zur Erklärung der Erscheinung mit heran. (...) *Colombat* macht bei dieser Gelegenheit noch die Bemerkung, daß das Stottern beim weiblichen Geschlecht schwieriger zu heilen sei, weil dasselbe weniger Willenskraft und Aufmerksamkeit zuge“ (ebenda).

Die vergleichsweise große Anzahl stotternder Jungen beunruhigte auch im Hinblick auf deren Wehruntauglichkeit und die vermeintliche Ansteckungsgefahr, die von ihnen ausging. An anderer Stelle ist bei *Gutzmann* (sen.) zu lesen:

„Dienstuntauglich sind diese Leute aber nicht nur im militärischen Sinne, denn wer wird auch nur einen stotternden Hausknecht miethen, wenn er gutschprechende Leute genug haben kann? Welcher Geschäftsmann wird einen stotternden Laufburschen annehmen, wenn sich gutschprechende Jungen in Massen zur Verfügung stellen? Welche Familie wird ein stotterndes Dienstmädchen oder Kindermädchen miethen und die Kinder der Gefahr aussetzen auch Stotterer zu werden?“ (*Gutzmann, H.* (sen.) 1898, III).

Er hebt u.a. hervor, daß es sich bei Kindern mit Sprachbehinderungen im Gegensatz zu den Hilfsschülern um Menschen mit „normaler Intelligenz“ handle, deren ökonomische Verwertbarkeit im Interesse des Staates durch eine besondere Behandlung in Sprachheilschulen gesichert werden müsse. Durch die Auswertung von sogenannten Sanitätsberichten des Heeres, welche über den Gesundheitsbericht der Rekruten Auskunft gaben, weist er beispielsweise nach, daß über einen Zeitraum von 16 Jahren 481 Rekruten aus der deutschen Armee wegen hochgradigem Stotterns entlassen wurden. Sein Vater *Albert Gutzmann* verweist bereits 1889 auf die Problematik verminderter Wehrtauglichkeit stotternder Männer (vgl. *Gutzmann, A.*, 1889, 15). In den Publikationen von Vater und Sohn *Gutzmann* wird immer wieder das nationale und staatliche Interesse an einer wirksamen Bekämpfung des Stotterns insbesondere bei Jungen hervorgehoben.

Die ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts waren stark durch Nationalismus und aufkommenden Imperialismus geprägt. Vor dem Hintergrund dieses Zeitgeistes fielen die genannten Argumente aus ärztlicher Sicht auf fruchtbaren Boden. Im Jahr 1879 hatte *Albert Gutzmann* bereits ein Sprechübungsverfahren unter dem Titel: „Das Stottern und seine Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren“ veröffentlicht, das seitdem in den sog. Stottererheilkursen durchgeführt wurde (vgl. *Hansen*, 29f). Durch die häufig durchgeführten Erhebun-

gen über das Auftreten von Sprachstörungen wurde nach meiner Meinung systematisch ein Bedarf nach Behandlungsmaßnahmen für Sprachstörungen erweckt, sodaß die preußische Regierung Ende neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts die Finanzierung der Stottererheilkurse übernahm (vgl. *Kolonko/ Krämer*, 39).

Somit waren wichtige theoretische und praktische Grundsteine für die Gründung der ersten Sondereinrichtungen von Männern für Männer gelegt. Vermutlich wären zur damaligen Zeit staatliche Investitionen, die vorwiegend einem weiblichen Personenkreis zugute kommen sollten, gescheut worden.

Wie die Abbildung 3 (S. 97) zeigt, besteht auch heute noch eine Geschlechterasymmetrie bei Jungen und Mädchen mit Sprachstörungen. Die folgenden Zahlenangaben beziehen sich jedoch auf die tatsächlich in Sprachheilschulen eingewiesenen Kinder. Sie geben weniger Auskunft über das tatsächliche Auftreten von Sprachstörungen als vielmehr darüber, daß Grundschullehrerinnen und Erzieherinnen viel häufiger auf Jungen als auf Mädchen mit Sprachstörungen aufmerksam werden, die sie an Sonderschulen abgeben.

2. Die Sprachheilschule X – ein Fallbeispiel – Welche Rolle spielen Mädchen dort?

Die folgenden Ausführungen geben Einblick in die soziale Situation von Mädchen an einer Sprachheilschule im ländlichen Raum in Niedersachsen. Meine Informationen basieren auf einem Expertengespräch mit einer Sonderschullehrerin und einem Sonderschullehrer, die beide seit mehr als fünf Jahren engagiert an dieser Schule arbeiten.

Klasse Ia

Alle Namen der Schülerinnen sind im folgenden Text aus Datenschutzgründen geändert. Meine Gesprächspartnerin ist die Klassenlehrerin. Jasmin, Ann Kathrin und Cindy besuchen diese Lerngruppe, die insgesamt aus 8 Kindern besteht.

Jasmin hat einen kleinen Bruder, sie ist ein Mädchen, das von den Kindern in der Klasse gemocht wird, „alle finden sie süß“, sagt mir ihre Klassenlehrerin. Sie verhält sich Erwachsenen gegenüber oft unsicher und zurückhaltend. Gegenüber den Kindern in ihrer Klasse hat sie zunehmend an Sicherheit gewonnen. Sie wird von diesen akzeptiert und wahrgenommen und hat einen Platz innerhalb der Kindergruppe. Ihre Einweisung in die Sprachheilschule erfolgte hauptsächlich durch die Initiative ihrer Mutter, weil diese sich für ihre Tochter einen Schonraum wünschte.

Jasmin zeigte zu Beginn ihrer Schulzeit allgemeine Verzögerungen im sprachlichen Bereich, eine sogenannte Sprachentwicklungsverzögerung. Im motorischen Bereich wurden Auffälligkeiten festgestellt, z.B. daß sie beim Treppensteigen keinen Wechselschritt ausführen konnte und sich am Geländer festhielt. Weiterhin benennt die Lehrerin Gleichgewichtsprobleme. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt im sprachlichen Bereich lediglich ein leichter Sigmatismus vor. Die

Mutter des Mädchens meint bei ihrer Tochter Stotter-symptome feststellen zu können, die sie als psychisch bedingt ansieht. Die Klassenlehrerin hat ähnliches nie beobachtet. Aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht ist eine Rücküberweisung in die Grundschule seit längerer Zeit möglich.

Ann Kathrin hat zu Hause einen älteren Bruder, sie ist ein lebhaftes Mädchen mit Selbstvertrauen, zeitweise beschützt sie Jasmin gegenüber den Klassenkameraden, mit denen sie sich auseinandersetzt und streitet, wenn es nötig ist. Sie ist mit Jasmin gut befreundet. Ein großes Handicap für ihre Beziehung liegt jedoch darin, daß sie an getrennten Orten wohnen und sich nachmittags nicht treffen können.

Ann Kathrin wurde einmal vom Schulbesuch zurück-gestellt und besuchte einen Schulkindergarten. Nach-dem sie ein Jahr die Grundschule besucht hatte, wur-de sie aufgrund ihrer Leistungen, die dort als nicht aus-reichend empfunden wurden, auf die Sprachheilschule überwiesen. Hier ist sie leistungsorientiert, aber nie zufrieden mit dem, was sie geschafft hat. Nach der Aussage der Lehrerin verfügt sie über ein schlechtes Selbstbild und kann ihre Erfolge nicht sehen. In der derzeitigen Schule macht sie die Erfahrung, daß ihre

Leistungen wertgeschätzt werden und wird sicherer. Aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht wird ihre Sprachentwicklung als verzögert eingeschätzt. Nach Aussage der Klassenlehrerin bestehen Unsicherheiten im Bereich der taktil kinästhetischen (Rücken schrei-ben), der visuellen Wahrnehmung und der Raum-Lage-Orientierung; trotzdem hat sie schnell lesen gelernt. Als feinmotorisches Problem wird eine verkrampfte Stifthaltung genannt, die zu einem schlechten Schrift-bild führt.

Cindy wirkt kleinkindhaft und schreit viel, um zu ih-rem Recht zu kommen. Sie hat einen älteren Bruder, ihre Mutter starb vor eineinhalb Jahren an einem Krebsleiden. Sie wird von ihrem Vater, der z.Z. Lang-zeitarbeitsloser ist, erzogen. Dieser bemüht sich sehr um die Erziehung seiner Tochter und fühlt sich gleich-zeitig überfordert. Nach Aussagen der Lehrerin ist sie ein mäkeliges Kind, das darum kämpft, von anderen Menschen wahrgenommen zu werden. Sie drängt sich im Unterricht vehement in den Vordergrund und wird u.a. dadurch in der Klasse abgelehnt. Häufig ist sie häßlich gekleidet und körperlich ungepflegt, beson-ders nach dem Ende der Schulferien näßt sie ab und zu in der Schule ein.

Geschlechterverhältnis an Sprachheilschulen zwischen 1977 und 1986			
Quelle	Jahr	Jungen	Mädchen
Bierhoff-Alfermann	1977	75%	25%
Sen. f. Gesundheit Berlin	1981	75%	25%
Stat. Bundesamt zit. nach Repper 1992, 2f	1986	71%	29%

Abb. 3: Die aktuelle Perspektive

Geschlechterverhältnis an der Sprachheilschule X			
Anzahl der Schüler/innen: 74 Mädchen: 19 (26%) Jungen: 55 (74%)			
Anzahl der Lehrer/innen: 14 Lehrerinnen: 12 (86%) Lehrer: 2 (14%) (davon ein Schulleiter)			
Klasse	SchülerInnen	Schülerinnen	Schüler
1a	8		3
1b	9		2
1c	8		2
2a	10		3
2b	11		2
3a	7		3
3b	7		0
4	14		4
Insgesamt:	74		19

Abb. 4: Geschlechterverhältnis an einer nds. Sprachheilschule

Ihre zerebralen Bewegungsstörungen werden von den übrigen Kindern als Stigma bewertet und sie wird u.a. deshalb gemieden. Zeitweise treten leichte epileptische Anfälle und Absenzen bei ihr auf. Wahrscheinlich stehen ihre Probleme im semantischen Bereich damit im Zusammenhang. Teilweise fehlen ihr treffende Begriffe, außerdem besteht eine grammatische Entwicklungsstörung, die u.a. dazu beiträgt, daß der Inhalt ihrer Aussagen teilweise unverständlich ist.

Alle drei Mädchen haben ausschließlich Brüder und sammeln auch zu Hause vorwiegend Erfahrungen mit Jungen. Vor diesem Hintergrund hat eine Erkenntnis der Klassenlehrerin, die sie durch das Gespräch mit mir gewinnt, besondere Bedeutung. Sie stellt fest, wie wichtig es für die Mädchen in der Klasse ist, daß sie von der Lehrerin als Geschlechtergruppe angesprochen werden z.B. durch Äußerungen wie: Ihr Mädchen, die Frauen in der Klasse u.ä. Solche Anreden lösen Freude und Solidaritätsgefühle unter ihnen aus.

Wie bereits erwähnt, wäre die Rücküberweisung von Jasmin an die Grundschule aus sprachbehindertpädagogischer Sicht längst vertretbar gewesen. Die Klassenlehrerin sah im Interesse von Ann Kathrin von dieser Rücküberweisung ab. Denn sie schreckte vor der Situation zurück Ann Kathrin die Freundin wegzunehmen und danach nur noch zwei Mädchen in der Klasse zu haben, die sich nicht verstehen.

Klasse 3a

Die Klasse 3a meines Gesprächspartners wird weniger ausführlich und eher im Hinblick auf strukturelle Merkmale hinsichtlich der Geschlechterdifferenz beschrieben. Zu dieser Lerngruppe gehören 7 Schülerinnen, davon sind 3 Mädchen und 4 Jungen.

Bei Sina liegt eine unauffällige Störung im Bereich der Aussprache vor, sie ist allseits anerkannt und Klassensprecherin. Sie ist ein hübsches Mädchen, das vorpubertäre Kontakte zu zwei Klassenkameraden pflegt.

Zarina, ein zurückhaltendes ruhiges Mädchen ist ihre Freundin. Sie stammt aus Kasachstan. Von den Jungen wird sie kaum wahrgenommen und immer in den Hintergrund gedrängt. Iris, das dritte Mädchen in der Klasse, steht im sozialen Abseits. Die Mädchen scheinen sie nur aufgrund ihres Geschlechtes mit Widerwillen zu akzeptieren, z.B., wenn sie mit ihr die Umkleidekabine teilen müssen. Sie scheinen sie aber nicht in ihre Aktivitäten, Geheimnisse und anderen wichtigen Dinge einzubeziehen.

Iris ist deutlich schwerer behindert als die anderen Kinder. Sie ist ein schmales, zerbrechliches Kind mit kleinkindhaftem Verhalten und scheinbar fehlendem eigenen Willen, das von alten Eltern, die mehrere Totgeburten und Fehlgeburten erlebt haben, wie ein Juwel überbehütet wird. Ihr Klassenlehrer sagt über sie: „Sie hat keine eigene Identität, lächelt immer und läuft anderen Kindern wie ein Hündchen hinterher, ohne von diesen wahrgenommen und in Aktivitäten einbezogen zu werden“.

Die soziometrische Konstellation unter den Mädchen in dieser Lerngruppe ist sehr ähnlich wie in der 1a. In der Dreiermädchengruppe gibt es eine unbeliebte stigmatisierte Außenseiterin, die Trägerin eines schweren körperlichen Handicaps ist und, ähnlich wie Cindy, in einer schwierigen Familiensituation lebt.

Beide Kollegen berichten mir von einer weiteren Klasse an ihrer Schule, die nur von zwei Mädchen besucht wurde. Jutta, einer hübschen, koketten und lebhaften Schülerin mit Prinzessinnenallüren und Anika, ihrer einzigen Mitschülerin, einem personifizierten Aschenputtel, nicht besonders ansehnlich, zurückhaltend und ängstlich. Anika schien die dunkle Seite von Jutta zu verkörpern und wurde von ihr entsprechend gehaßt, schlecht behandelt und verachtet. Schließlich wurde Anika in eine andere Lerngruppe innerhalb der Schule versetzt, in der bereits drei andere Mädchen waren. Nach kurzer Zeit wurde aus dem Aschenputtel eine Rose, die ihre Nähe zu anderen Mädchen sichtlich genoß und aufblühte.

Wie anhand der Beispiele deutlich wird, ist eine geschlechtsspezifische Orientierung für Mädchen an Sprachheilschulen allein durch ihre geringe zahlenmäßige Vertretung sehr erschwert. Im Grundschulalter konzentrieren sich Kinder in ihren sozialen Kontakten stark auf die eigene Schulklasse, insofern gibt es – sofern sie nicht institutionell gefördert werden – fast keine klassenübergreifenden Kontakte unter den Mädchen. Die große Bedeutung, welche die Orientierung an Kindern des eigenen Geschlechtes hat, belegen die folgenden Ausführungen.

3. Aspekte zur Geschlechterrollenorientierung in der Grundschule

Kinder bilden im Grundschulalter vorwiegend geschlechtshomogene Gruppen. Dies gilt sowohl bezogen auf das Eingehen enger Freundschaften als auch auf lockere Beziehungen und auf die Gruppenbildung und das Partnerwahlverhalten im Unterricht. Dies bedeutet allerdings nicht, daß keine geschlechtergruppenübergreifenden Interaktionen und Lernprozesse stattfinden (vgl. *Oswald/ Krappmann/Salisch*, 173-192). Nach meinen persönlichen Erfahrungen beziehen sie sich am Anfang der Grundschulzeit noch auf das Herstellen von Wettbewerbssituationen, wie das gegenseitige Kräftemessen beim Sport, bei Ringkämpfen u.ä.; gegen Ende der Grundschulzeit ist es häufig das gegenseitige Necken und Ärgern.

Engel et al. befragten Schulanfänger zu deren geschlechtsspezifischen Vorlieben, Kenntnissen und Einstellungen im Sportunterricht. Sie stellten fest, daß sich die Lieblingssportarten von Jungen und Mädchen deutlich unterscheiden. Während Jungen vorwiegend auf Fußballspielen und Schwimmen fixiert sind, weisen Mädchen ein breiteres Interessenspektrum auf, das Schwimmen, Rollschuhlaufen, Leichtathletik, Gymnastik u.a. sportliche Betätigungen beinhaltet. Ihre Ergebnisse belegen eine frühe Geschlechterrollenorientierung sehr deutlich, sie schreiben: „(...) daß die Sportinteressen von Jungen und Mädchen sowohl

bezüglich des Sportkonsums als auch bezüglich der Spiele am Nachmittag, insbesondere aber hinsichtlich der Wahl der liebsten Sportarten so deutliche Unterschiede aufweisen, daß für ein Gelingen von Interaktion zwischen den Geschlechtern auch in dieser Altersstufe größere Schwierigkeiten zu erwarten sind“ (Engel et al. zit. nach Hinz, 302). Nach Engel haben Konflikte, die mit der Geschlechterrollenorientierung zusammenhängen, eine besondere Bedeutung für die Identitätsentwicklung bei Mädchen und Jungen.

Petillon untersuchte das Spielverhalten von Jungen und Mädchen während der ersten und zweiten Grundschulklasse und stellte ebenfalls eine ausgeprägte Geschlechterrollenorientierung fest. Ein Ergebnis seiner Befragung der Schülerinnen und Schüler ist die folgende Auflistung der am häufigsten von Jungen und Mädchen erwähnten Spiele:

Jungen

Eine Bande machen; im Lager, in Löchern, Bauten, Höhlen spielen; ein Baumhaus, ein Häuschen bauen.

Gegeneinander kämpfen, sich verteidigen; mit Pistole, Gewehr, Pfeil und Bogen schießen.

Indianer, Cowboy, Ritter, Soldaten, Werwolf, Supermann spielen.

Rennen, um die Wette rennen, rumrasen, fangen, rumstreunern, klettern, „action“ machen, verstecken.

Fußball, Klicker, Tischtennis, Fahrrad, Disco-Roller.

Mit Autos, Flugzeugen, Schiffen, Raketen spielen, mit Lego, Playmobil, Fischer-Technik bauen.

4. Mädchen an Sprachheilschulen – ein Desaster?

1. Mädchen an Sprachheilschulen sind in besonderem Ausmaß einer männlichen Übermacht ausgesetzt. Sie sind Mitglieder einer patriarchalen Gesellschaft, in der männliche Werte gelten. Sie besuchen eine Schulform, an der das eigene Geschlecht deutlich unterrepräsentiert ist. Deshalb erleben sie täglich die Dominanz einer Jungenkultur, in der sie sich mit männlichen Konfliktlösungsstrategien und männlich orientierten ästhetischen Werten konfrontiert sehen. Vermutlich wird auch die Wahl der Unterrichtsthemen an den Interessen der Jungen ausgerichtet sein.

2. Mädchen finden in den einzelnen Sprachheilklassen problemträchtige Geschlechterkonstellationen vor. Die Klassenfrequenzen an Sprachheilschulen liegen allgemein unter der Zahl von 14 Schülern. Aufgrund der beschriebenen Geschlechterasymmetrie besteht

Mädchen

Spazierengehen, einkaufen, Schaufenster angucken, Puppen ausfahren, Picknick machen, zusammen etwas kochen.

Sich Geheimnisse erzählen, vorlesen, Lehrerin spielen, sich verkleiden, schminken.

Mutter-Vater, Baby, Krankenhaus, Prinzessin.

Seilspringen, Hula-Hupp, Hickel-Häuschen, tanzen, singen, zusammenlachen, einkaufen, Musik hören.

Ballett, Musikschule, Schwimmen, Rollschuh. Mit Puppen, Barbie, Stofftieren, Puppenhaus, Kaufladen spielen; Puzzle, Memory, Quartett. (vgl. Petillon, 197).

Nach Petillons Auffassung liegt in der Unterschiedlichkeit des Spielens eine wichtige Ursache dafür, daß sich Jungen und Mädchen im Verlauf ihrer Kindheit mehr und mehr voneinander entfremden (ebenda).

Kaiser stellte durch die Analyse von Kinderzeichnungen, bei denen Jungen und Mädchen Bilder von Fabriken zeichnen sollten, eine eindeutig geschlechtsspezifische künstlerische Ausdrucksweise fest. Demnach zeichnen Mädchen ganz anders als Jungen, erstere malen mehr Naturdarstellungen und Menschen, Jungen legen mehr Wert auf Technikdarstellungen und die Wiedergabe von Räumen und Dimensionen. Kaiser zieht u.a. folgendes Fazit: „Die Mädchen gehen in ihrer Aufmerksamkeit mehr in die „Tiefe“ sozialer Prozesse und auf das Produkt selbst ein, während die Jungen ihre Aufmerksamkeit auf die „Breite“ der Produktionsschritte und die „Höhe“ der Fabrik – in räumlicher und in sozial hierarchischer Hinsicht richten“ (Kaiser zit. nach Hinz, 300 f).

Die folgenden Thesen haben den Charakter einer Bilanzierung und fassen die referierten theoretischen und praktischen Ergebnisse im Sinne einer Synopse zusammen.

für Mädchen an Sprachheilschulen eine sehr geringe soziale Auswahl, um gleichgeschlechtliche Beziehungen eingehen zu können. Werden Mädchen in eine Klasse mit einer Dreierkonstellation eingeschult, laufen sie Gefahr zur Außenseiterin zu werden, gibt es in der Klasse nur noch ein einziges anderes Mädchen, so ist die Gefahr der gegenseitigen Ablehnung und der Isolation gegeben.

3. Der Besuch einer Sprachheilschule ist für Mädchen mit der Gefahr einer Negatividentifikation mit dem eigenen Geschlecht verbunden.

Die Schülerinnen wissen, daß sie diese Schulform aufgrund eines persönlichen Defizits besuchen müssen. Die Wahrscheinlichkeit, daß unter ihren wenigen Mitschülerinnen solche mit umfänglichen körperlichen und sozialen Handicaps sind, die sich als Identifikationsfiguren wenig eignen, ist hoch (vgl. Giesecke/Harbrucker).

4. Lehrerinnen können die Rolle als weibliche Identifikationsfiguren nicht erfüllen.

Die Lehrerinnen, die als potentielle Identifikationsfiguren zur Verfügung stehen, können diese Rolle aufgrund ihrer Überalterung kaum erfüllen. Sie sind von

der Mädchenkultur weit entfernt und entstammen zu meist einer anderen Lebenswelt als ihre Schülerinnen. Außerdem sind sie selten in leitenden Funktionen und spiegeln auch dadurch die weibliche Unterlegenheit in unserer Gesellschaft wider.

5. Mädchen an Sprachheilschulen haben nur sehr eingeschränkt die Möglichkeit, Geschlechtersolidarität zu erleben.

Eine Konstellation verschiedener Bedingungen verhindert das Erlebnis von Geschlechtersolidarität für Mädchen an Sprachheilschulen. Sie können sich nachmittags aufgrund der fehlenden Wohnortnähe nur schwerlich mit den Klassenkameradinnen treffen. Da sie mit den Mädchen ihres Wohnortes keine gemeinsame Klasse besuchen, fällt es ihnen schwer, mit diesen nachmittags Verabredungen zu treffen. Bisher gibt es an Sprachheilschulen vermutlich kaum klassenübergreifende Unterrichtsangebote oder Mädchengruppen.

6. Aus den genannten Faktoren resultieren Gefährdungen für ihre Identitätsentwicklung als Frauen. Besonders im Alter zwischen 8-12 Jahre verhalten sich Mädchen und Jungen im Hinblick auf die Gestaltung ihrer sozialen Beziehungen flexibel und offen und wählen dies nach pragmatischen Gesichtspunkten aus. Es zählt, wer etwas Bestimmtes hat oder kann. Gruppen werden häufig gewechselt und die dabei gesammelten Erfahrungen sind bedeutsam für die Herausbildung der eigenen Geschlechteridentität. Die Bildung wechselnder Mädchengruppen ist aufgrund der geringen Anzahl von Mädchen kaum möglich.

7. „Starke“ Mädchen mit positivem Selbstbild haben an Sprachheilschulen keine weibliche Konkurrenz. Dieser Faktor scheint auf den ersten Blick positiv zu sein, da der psychische Streßfaktor, sich ständig messen zu müssen, entfällt. Doch wo finden diese Mädchen, die genau wie alle anderen Kinder ihren Platz in einer sozialen Gruppe suchen, Anregungen und Orientierungen für ihre Weiterentwicklung? Mit hoher Wahrscheinlichkeit bei den Jungen, deren Spiele sie dann spielen und die sie an vielen Stellen sehr vehement in ihre „weiblichen“ Grenzen verweisen.

8. Geschlechtsspezifische Projekte – eine gemeinsame Aufgabe für Lehrer und Hochschullehrer. Die für die Sprachheilschule in diesem Artikel aufgezeichnete Geschlechterasymmetrie (71% Jungen) betrifft in gleicherweise die Schulen für Erziehungshilfe (79% Jungen) und in etwas abgemilderter Form die Schulen für Lernhilfe (60% Jungen) (vgl. *Schnack/Neutzling*, 109). Insofern gilt der hier aufgezeigte Problembereich auch für andere Sonderschulformen. Nach meinen ersten Recherchen zur Situation von Mädchen an Sprachheilschulen sind sie allein aufgrund ihrer zahlenmäßigen Unterrepräsentation an dieser Schulform in besonderer Weise benachteiligt. Daraus ergibt sich als eine Konsequenz, daß die Überweisung eines Mädchens an eine Sonderschule auch im Hinblick auf Nachteile, die ihm aus geschlechtsspezifischer Sicht aus dieser Entscheidung erwach-

sen, ganz besonders gründlich abgewogen werden muß. Mit der Überweisung von Mädchen an diese Schulform ist eine doppelte Form der Isolation verbunden. Sie werden für eine lange Zeit des Tages von ihrer angestammten Peergroup und in der Schule noch zusätzlich von anderen Mädchen getrennt. Daraus resultieren vermutlich besondere Belastungen für die Entwicklung ihrer Geschlechterrolle.

Aus meiner Sicht ergeben sich für die pädagogische Arbeit in den genannten Institutionen verschiedene Lösungsansätze zur Veränderung des aufgezeigten Mißstandes, von denen ich einige nennen möchte. Als erster Schritt erscheint es mir sinnvoll, den Blick des gesamten Kollegiums einer Schule für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ansprüche von Jungen und Mädchen zu schärfen. Die Diskussion über dieses Thema im Rahmen einer Gesamtkonferenz bietet sich dafür an.

Bei der Zusammensetzung neuer Klassen muß dem Aspekt der Geschlechterdifferenz besondere Beachtung geschenkt werden, sodaß es dann bei zwei Parallelklassen eines Jahrganges evtl. eine Lerngruppe mit vier bis fünf Mädchen und eine reine Jungenlerngruppe gibt. Die Einrichtung von „Mädchenräumen“, vergleichbar mit den z.T. an Schulen schon bestehenden „Ruheräumen“ können als Anlaufstellen für die Mädchen einer Schule dienen, um klassenübergreifende soziale Kontakte unter Gleichgeschlechtlichen anzuknüpfen. Um keine Neidgefühle bei den Jungen aufkommen zu lassen, ist die gleichzeitige Einrichtung eines „Jungenraumes“ eine pädagogische Notwendigkeit.

Weiterhin möchte ich klassenübergreifende Patenschaften von älteren Kindern mit jüngeren Kindern anregen, die gezielt unter Gleichgeschlechtlichen initiiert werden kann. Innerhalb des Lehrerkollegiums ist es denkbar, eine Mädchen- und einen Jungenbeauftragten zu benennen oder von den Schülern wählen zu lassen, deren besonderes Augenmerk z.B. auf geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Bedürfnissen im Bereich des Sportunterrichtes und der ästhetischen Erziehung liegen könnten.

Das geschilderte Fallbeispiel der Sprachheilschule X wirft viele Fragen auf und zeigt, daß über die genannten Veränderungsmöglichkeiten in der sonderpädagogischen Praxis in diesem Bereich ein Forschungsdesiderat besteht. Um zu verallgemeinerbaren Aussagen über die geschlechtsspezifische Situation von Mädchen an Sprachheilschulen gelangen zu können, die nicht nur den Charakter von Hypothesen haben, müßten u.a. folgende Fragestellungen wissenschaftlich bearbeitet werden:

Wie sehen die Mädchen ihre eigene Situation? (evtl. als Schülerinnenbefragung)

Welche Erfahrungen sammeln Mädchen in Sprachheilklassen, in denen allein aufgrund der Zahlenverhältnisse eine Jungenkultur dominiert und wie wirkt sich diese auf die Ausbildung ihrer Geschlechterrollenidentität aus? (evtl. als Fallstudien)

Welche Interaktionsformen (klassenintern, klassenübergreifend) gibt es in Sprachheilschulen zwischen

- Mädchen und Jungen? (evtl. in Form von teilnehmer-der Beobachtung).
- Viele Ideen und Gedanken, die in den vorliegenden Artikel einfließen, sind in einem Kooperationsprojekt zwischen Sprachheilschule und Hochschule entstanden. Mein besonderer Dank gilt der Kollegin Birte Split und dem Kollegen Ulli Stitzinger, die sich mir als engagierte Experten und anregende DiskussionspartnerInnen zur Verfügung stellten.
- Literatur:
- Baginsky, A.*: Handbuch der Schulhygiene Bd.II. Stuttgart ³1900.
- Carrie, W.*: Statistik über sprachgebrechliche Kinder in den Hamburger Volksschulen. Die Hilfsschule 10 (1917), 237-240.
- Engel, R. et al.*: Spiel- und sportbezogene Geschlechterrollenorientierung in ihrer Bedeutung für den Aufbau der kindlichen Identität. In: Kröner, S., Pfister, G.: Nachdenken über Koedukation im Sport. Ahrensburg 1985, 53-67.
- Giesecke, Th., Harbrucker, F.*: Wer besucht die Schule für Sprachbehinderte? Die Sprachheilarbeit 36 (1991), 170-181.
- Gutzmann, H. (sen.)*: Das Stottern. Frankfurt 1898.
- Gutzmann, H. (sen.)*: Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Berlin ³1924
- Gutzmann, A.*: Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren. Berlin 1903.
- Hagemann-White, C.*: Sozialisation: Weiblich – männlich? Opladen 1984.
- Hansen, K.*: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle 1929.
- Hinz, A.*: Aussagen der Feministischen Pädagogik zur Bewältigung von Heterogenität. In: ders.: Heterogenität in der Schule. Integration – Interkulturelle Erziehung – Koedukation. Hamburg 1993, 279-423.
- Kaiser, A.*: Die Arbeitswelt aus Mädchen- und Jungenperspektive. Grundschule Frauenschule 1985, 173-199.
- Kolonko, B.*: Stottern als ansteckende Krankheit? – Ein Beitrag zur Ideengeschichte der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 3, 128-132.
- Kolonko, B., Krämer, I. K.*: Heilen, separieren, brauchbar machen. Aspekte zur Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. Pfaffenweiler 1992.
- Krämer, I. K.*: „Und wenn du nicht sprichst wie alle...“ Zur schulischen Nichtaussonderung von Kindern mit Sprachbehinderungen. Pfaffenweiler 1993.
- Loeper, (o. Vorname)*: Zur Fürsorge für unsere sprachlich belasteten Kinder. Die Hilfsschule (1912) 5, 325-332.
- Lühker, C.*: Aspekte geschlechtsspezifischer Unterscheidung im Rahmen der Sprachbehindertenpädagogik. Unveröff. Examensarbeit Universität Hannover, Fachbereich Erziehungswissenschaft. Hannover 1991.
- Oswald, H., Krappmann, L., Salisch, M.* von: Miteinander – Gegeneinander. Eine Beobachtungsstudie über Mädchen und Jungen im Grundschulalter. In: Pfister, Zurück zur Mädchenschule? Pfaffenweiler 1988, 173-192.
- Petillon, H.*: Soziales Lernen in der Grundschule. Anspruch und Wirklichkeit. Frankfurt/ Main 1993.
- Pfister, G. (Hrsg.)*: Zurück zur Mädchenschule? Pfaffenweiler 1988.
- Repper, T.*: Geschlechtstypische Merkmale in der Erziehung sprachgestörter Kinder. Unveröff. Examensarbeit Universität Hannover, Fachbereich Erziehungswissenschaften I, 1992.
- Schnack, D., Neutzling, R.*: Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit. Hamburg 1990.
- Schoor, U.*: Mutismus – eine Sprachstörung der Mädchen? Die Sprachheilarbeit 41 (1996), 215-227.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Inge K. Krämer-Kilic
 Wiss. Assistentin an der Universität Hamburg
 Sedanstr. 19
 20146 Hamburg

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Überregionale Fortbildungsangebote der dgs 1998 (2. Halbjahr)

Zusammengestellt von Birgit Appelbaum

Achtung! Bitte beachten!

Falls Sie schriftliche Informationen zu den einzelnen Fortbildungen wünschen, senden Sie bitte einen frankierten Rückumschlag an die entsprechenden Veranstalter.

21.8.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
...das ist für mich ein Kinderspiel – Wahrnehmung und Körpererfahrung in der Psychomotorik

Referent: Hans Jürgen Beins, Sportpädagoge

Ort: Köln

Informationen über die dgs Rheinland, Referentin für Fortbildung Birgit Appelbaum, Obere Birk 32 a, 47443 Moers

28./29.8.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
Dysgrammatismus als grammatische Entwicklungsstörung – Diagnostik und Therapie

Referentin: Annette Kracht, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Diplompädagogin (Sprachheilpädagogin)

Ort: Köln

Informationen über die dgs Rheinland, Referentin für Fortbildung Birgit Appelbaum, Obere Birk 32 a, 47443 Moers

5.9.98

dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt:
Konzentrationschwäche, Unruhe, Verhaltensauffällige, hyperaktive Kinder in der Sonderschule – Ursachen und Möglichkeiten der Einflußnahme und Förderung dieser Kinder

Referenten: Prof. Dr. O. Braun, Dr. T. Kolberg

Ort: Halle

Informationen über die dgs Sachsen-Anhalt, Vorsitzende Regina Schleiff, Pölkenstr. 7, 06484 Quedlinburg

5.9.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
Manuelle Funktionsdiagnostik, ein Weg zu Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie bei Patienten mit craniomandibulären Störungen und orofazialen Dyskinesien

Referent: Dr. Manhardt Barthelmie, Zahnarzt

Ort: Moers

Informationen über die dgs Rheinland, c/o Volker Maihack, Goethestr. 16, 47441 Moers

12.9.98

dgs-Landesgruppe Niedersachsen:
Pädagogisch-therapeutische Erfordernisse in der Rehabilitation von Kindern mit Cochlear-Implantat

Referent: Dr. Bodo Bertram

Ort: Hannover

Informationen über die dgs Niedersachsen, Geschäftsstelle (Frau Heinle), Lange-Hop-Str. 57, 30559 Hannover

12./13.9.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:

Selbstevaluation als Methode der Qualitätssicherung

Referentin: Ute Siebler

Ort: Köln

Informationen über die dgs Rheinland, Referentin für Fortbildung Birgit Appelbaum, Obere Birk 32 a, 47443 Moers

26.9.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:

Unterstützte Kommunikation – eine kleine Einführung

Referentin: Barbara Wimmer, Sprachheilpädagogin

Ort: Duisburg

Informationen über die dgs Rheinland, c/o Praxis Oehm/Kettler-Sommer, Kaiser-Friedrich-Str. 1, 47169 Duisburg

24.10.98

dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt:

Schriftspracherwerb des jüngeren Schulkindes

Referentin: Dr. T. Kolberg

Ort: Halle

Informationen über die dgs Sachsen-Anhalt, Vorsitzende Regina Schleiff, Pölkenstr. 7, 06484 Quedlinburg

24.10.98

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe:

Einfühlen in die Welt der Sinne sprachauffälliger Kinder

Referentin: Bärbel Schröder

Ort: Hamm

Informationen über die dgs Westfalen-Lippe, Referentin für Fortbildung Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren

24./25.10.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:

Körper und Sprache – ein Einblick in die Tanztherapie

Referentin: Sabine Walter, Diplompädagogin (Sprachheilpädagogin), Tanztherapeutin (BTD)

Ort: Moers

Informationen über die dgs Rheinland, c/o Volker Maihack, Goethestr. 16, 47441 Moers

6. – 8.11.98

dgs-Landesgruppe Sachsen-Anhalt:

Neue Methoden der therapeutischen Arbeit mit dem LKGS-Kind

Referentin: Bianca Specht

Ort: Quedlinburg

Informationen über die dgs Sachsen-Anhalt, Vorsitzende Regina Schleiff, Pölkenstr. 7, 06484 Quedlinburg

7.11.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
Workshop: Sprachtherapie mit Kindern türkischer Herkunft: Erarbeitung von Fallbeispielen der TeilnehmerInnen

Referentin: Andrea Boos-Kalkan, Diplompädagogin (Sprachheilpädagogin)

Ort: Köln

Informationen über die dgs Rheinland, c/o Andrea Boos (persönliche Anmeldung erwünscht), Tel.: 0221/733 775

14.11.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
Workshop: Spezifische Fragestellungen in der Arbeit mit Eltern von hörbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen

Referentin: Birgit Appelbaum, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Diplommusikerin und Sprachheilpädagogin

Ort: Moers

Informationen über die dgs Rheinland, c/o Volker Mähack, Goethestr. 16, 47441 Moers

14.11.98

dgs-Landesgruppe Niedersachsen:
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen aus pädaudiologischer Sicht

Referent: Prof. Dr. M. Ptok

Ort: Hannover

Informationen über die dgs Niedersachsen, Geschäftsstelle (Frau Heinle), Lange-Hop-Str. 57, 30559 Hannover

21.11.98

dgs-Landesgruppe Rheinland:
Stimmtherapie bei Kehlkopflähmungen

Referentin: Anja Hegemann, Diplompädagogin (Sprachheilpädagogin)

Ort: Köln

Informationen über die dgs Rheinland, Referentin für Fortbildung Birgit Appelbaum, Obere Birk 32 a, 47443 Moers

27./28.11.98

dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe:
Bewegung, Spiel und Sprache – Sprachtherapie mit der Schaumburger Methode

Referent: Peter Fischer

Ort: Hamm

Informationen über die dgs Westfalen-Lippe, Referentin für Fortbildung Birgit Westenhoff, Alter Merschweg 7, 49477 Ibbenbüren

5. Forum der Sprachheilpädagogik in Köln

Beratung bei Sprachstörungen – Notwendigkeit oder Luxus?

Zeit: 20.6.1998, 10.00 – 18.00 Uhr

Ort: Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, Repräsentationssaal, 50931 Köln

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) berichten

aus ihrer Arbeit und regen zu gemeinsamen berufspraktischen und ergebnisorientierten Konzepten an

Veranstaltungsablauf

10.00 – 11.00 Uhr: Begrüßung und Einführungsreferat Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Beratung bei Sprachstörungen – mehr als ein Schlagwort?

11.30 – 13.00 Uhr: Workshops und Seminare

Dr. Reiner Bahr / Anke Nienkerke-Springer

Zusammen oder getrennt?

Beratungsstrategien für eine gemeinsame Kommunikation mit Kindern und Eltern.

Barbara Giel

Beratung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Sprachtherapie.

Anje Tontsch

Beratung und Therapie im Kindergarten: Modelle der Zusammenarbeit.

Dr. Kerstin Weikert

Ressourcenorientierte psychosoziale Beratung bei Sprechangst.

13.00 – 14.30 Uhr: Mittagspause

Mittagessen im Teilnehmerpreis enthalten.

14.30 – 16.00 Uhr: Workshops und Seminare

Ulrike Busse: Kollegiale Praxisberatung.

Barbara Giel

Systemisch-lösungsorientierte Beratung erwachsener Menschen mit zentralbedingter Sprechstörung.

Bernd Hansen / Dr. Claudia Iven

Kooperative Beratung in der Praxis der Sprachtherapie.

Heinz Schick

Beratung: Von der Erkenntnis zum Handeln. Menschenbild, Sensibilisierung und Zielbestimmung.

16.30 – 18.00 Uhr: Schlußplenum

Beratung bei Sprachstörungen: Notwendigkeit oder Luxus?

Parallel zum Veranstaltungsablauf informieren Angehörige von Selbsthilfegruppen und der AGFAS über ihre Arbeit.

Kosten: DM 80,00 (mit Studentenausweis: DM 40,00) bei Anmeldung bis zum 1.6.98 und Einzahlung auf das Konto Nr. 29453628, Stadtparkasse Köln, BLZ 37050198

Tageskasse: DM 100,00 (mit Studentenausweis: DM 50,00)

Anmeldungen: Prof. Dr. M. Grohnfeldt, Klosterstr. 79b, 50931 Köln (Fax: 0221 /470-2128)

Anmeldungen: Prof. Dr. M. Grohnfeldt, Klosterstr. 79b, 50931 Köln (Fax: 0221 /470-2128)

Wissenschaftliche Jahrestagung 1998 der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

Thema: Qualitätssicherung in der Versorgung mit Cochlear Implants

11. – 13. September 1998 in Göttingen

Anfragen: Sekretariat Prof. Dr. M. Gross, Abt. für Audiologie und Phoniatrie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Fabeckstr. 62, 14195 Berlin, Tel.: (030) 8445-6812, Fax: (030) 8445-6855

11. Europäischer Kongreß für Myofunktionelle Therapie in München vom 10. – 11.10.97

„Schauplatz Mund“ – Das orofaziale System als sensomotorische Einheit

Am 10. und 11. Oktober 1997 fand im Klinikum Großhadern der 11. Europäische Kongreß zum Thema „Schauplatz Mund“ statt. Die Ausrichtung dieses internationalen Treffens oblag dem Arbeitskreis für Myofunktionelle Therapie in Deutschland und damit hauptsächlich in den Händen des Vorsitzenden, Herrn Dr. Peter Helms, Hamburg. Die Planung und Durchführung vor Ort in München war die Aufgabe des bewährten Organisationskomitees: Herrn Dr. med. dent. Christian Schneider, Planegg und Herrn Dr. med. dent. Hermann Hahn und last but not least seiner Frau Dr. phil. Vevi Hahn, Sprachheilpädagogin in München. Unserem Mitglied, Frau Dr. Hahn, ist es vor allem zu verdanken, daß das Problem der Myofunktionellen Therapie gerade bei den Sprachheilpädagogen an entsprechendem Gewicht gewonnen hat. Nachdem bereits das Problem der Myofunktionellen Therapie schon 1979 am Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik von Frau Prof. Dr. Kotten-Sederqvist in Zulassungsarbeiten behandelt worden war, wurde durch die Dissertation von Frau Dr. Vevi Hahn 1988 an dortigem Lehrstuhl zum Thema: „Myofunktionelle Therapie – Ein Beitrag zur interdisziplinären Fundierung aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik“ ein Standardwerk geschaffen.

Wir alle wissen, daß gerade bei der Behandlung der orofazialen Störungen im Kindesalter ein interdisziplinäres Vorgehen bei Therapie und Diagnostik unerlässlich ist. Dies hat der Münchner Kongreß wieder eindeutig bestätigt. Frau Dr. Hahn und dem Organisationskomitee und den Referentinnen aus den Reihen der dgs (Herr Prof. Dr. Welling, Köln, Frau Dr. Wildegger-Lack, Frau Dr. Hahn und dem Team der Frühförderstelle der Sprachheilschule Schweinfurt) ist es mit zu verdanken, daß neben den Referaten von Zahnärzten, Kieferorthopäden, Logopäden, Krankengymnasten und Orthopäden auch die Sprachheilpädagogen auf dieser Tagung vertreten waren. Denn auch die Sprachheilpädagogik hat bei der Myofunktionellen Therapie ihr Aufgabenfeld. Dies zeigte dieser Kongreß sehr deutlich. Gerade bei orofazialen Störungen, die recht häufig mit Artikulationsstörungen vergesellschaftet sind, müssen die Pädagogen angemessene, kindgemäße und spielerische Formen der Behandlung anbieten können bzw. noch neu entwickeln. Das Störungspotential, die fachgerechte Diagnostik der Dysfunktionen der Mundmotorik, des orofazialen Ungleichgewichts, der Gesichts- und Kaumuskulatur, der Reflexe und des Schluckvorgangs sind bedeutsam und müssen richtig erkannt werden. Diese Untersuchungen und die Differentialdiagnostik müssen in erster Linie von Ärzten geleistet werden, die Therapie und Förderung jedoch obliegt wohl mehr den Therapeuten und Pädagogen. Dabei muß das Kind im Mittel-

punkt stehen und spielerische Formen der Behandlung von festgestellten Störungen.

Daher waren auch auf dieser Tagung wohl so viele Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen vertreten. Die Mitarbeiterinnen in Praxen und Frühförderstellen waren stark daran interessiert. Sie waren erfreut über die praxisnahen Therapieansätze und das zum Teil selbst hergestellte Therapiematerial, sowie die sprachheilpädagogischen Spiele für die spezielle Behandlung von orofazialen Störungen bei Kindern aus Frühfördereinrichtungen in Kindergärten und Vorschuleinrichtungen.

Der Kongreß zeigte insgesamt wiederum ganz deutlich die Notwendigkeit einer fachkompetenten Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen. Basale Übungen allgemeiner Wahrnehmungs- und Motorikförderung können auch hier nicht den speziellen, individuellen Förderbedarf abdecken. Hier sind fachkompetente Sprachtherapeuten/innen gefragt, die ihren Anteil in die interdisziplinäre Zusammenarbeit einzubringen in der Lage sind.

Über die Referate des 11. Europäischen Kongresses für Myofunktionelle Therapie wird wiederum ein Kongreßbericht erscheinen, den wir allen Interessierten nur wärmstens empfehlen können.

Siegfried Heilmann

AGFAS wird erwachsen!

Ein Stimmungsbild zur Jahrestagung am 23./24.01.98 in München

Jetzt, auf der Rückfahrt vom Wissenschaftlichen Symposium und der Mitgliederversammlung der AGFAS/dgs, drängt sich mir die Frage auf, warum ich diese Tagung als so gelungen empfunden habe. Warum war die Stimmung so gut? Warum fühle ich mich so gut informiert? Warum war die Teilnahme so anregend und erfreulich?

Neben den rein persönlichen Gründen (viele liebe Kolleginnen und Kollegen wiedergetroffen, viele nette Gespräche „am Rande“) lassen sich auch einige andere Aspekte beschreiben, die wahrscheinlich ein etwas weniger subjektives Bild ergeben und die viel mit der hervorragenden Verbandsarbeit zu tun haben:

- Über allen inhaltlichen Fragen schwebten, quasi als gute Geister, die jüngsten positiven Ergebnisse und Weiterentwicklungen der berufspolitischen bzw. Umsatzsteuer-Diskussion. Die damit näher rückende Entlastung von Zukunftsbedrohungen und Existenzängsten war deutlich spürbar und hat den Charakter der Tagung mitbestimmt.
- Das Wissenschaftliche Symposium zum Thema „Sprachheilpädagogik in der Forschung – Daten für die Therapie?“ hat durch die Beiträge der Referentinnen und Referenten verdeutlicht, daß in der Sprachheilpädagogik der vermeintliche Gegensatz zwischen Theorie und Praxis weitgehend aufgehoben werden kann. Trotz verbleibender offener

Fragen wurde ersichtlich, daß Therapieforschung etwas ist, was von beiden Seiten betrieben werden kann: von der Therapeuten- und von der Forschungsseite aus. In dem deutlichen Bemühen um die sehr aktuell diskutierte Realisierung von qualitätssichernden Maßnahmen werden wissenschaftliche Impulse aufgegriffen und in die Therapie integriert, aber aus der Therapie heraus auch Forschungsimpulse formuliert und weiterentwickelt. Der eingeforderte „alltagstaugliche Theorie-Praxis-Dialog“ (*Maihack*) und die Forderungen nach Qualitätssicherung werden hier ernstgenommen und sachangemessen umgesetzt.

- Auf der Mitgliederversammlung schließlich wurde deutlich, daß die AGFAS nicht nur fachlich, sondern auch organisatorisch „erwachsen“ geworden ist. Hier erleben wir einen Berufsverband, der im Einklang mit seiner Basis steht. Da wird in sachlicher Streitkultur über Anträge beraten, da werden Kompromisse gefunden, da stehen pragmatische Lösungen und zukunftsweisende Beschlüsse im Vordergrund. Besonders hoch ist dem Vorstand, den Landesgruppenvorsitzenden und den Mitarbeitern der verschiedenen Arbeitsgemeinschaften anzurechnen, daß hier keine persönlichen Eitelkeiten gepflegt werden, sondern stets die besten Lösungen für den Verband bzw. die darin organisierten Mitglieder gesucht werden.
- Last, but not least, hat zu dem gelungenen Gesamteindruck die Tatsache beigetragen, daß die Veranstaltung (Wer hätte es nach all diesem Lob noch anders erwartet?) hervorragend vorbereitet und professionell organisiert und durchgeführt wurde.

Mein persönliches Fazit: Mein Wohlbefinden auf dieser Tagung hat viel mit den guten äußeren Bedingungen, aber auch viel mit den dort erlebten fachlich-inhaltlichen und verbandspolitischen Auseinandersetzungen zu tun. Ich habe die Verantwortungsträger, aber auch die Mitglieder als eine Gruppe von engagierten, gut und aktuell informierten, aktiven, motivierten, pragmatischen und ergebnisorientierten, vorrangig jungen Menschen erlebt, die sich in besonderer Weise mit ihrem Berufsverband und seinen Zielen identifizieren können. Die AGFAS stellt sich als eine wirkliche *Arbeits-Gemeinschaft* dar, die ihre Interessen aktiv und konstruktiv verfolgt. Die derzeitigen Erfolge dieser Verbandsarbeit sind ein schöner Beleg für die Effektivität dieser Ausrichtung.

Die AGFAS ist jetzt fünf Jahre alt und wird erwachsen. Dies erkennt man neben der guten und eigenständigen Verbandspolitik auch daran, daß sie finanziell von der zunächst vorfinanzierenden „Mutter dgs“ unabhängig wird, indem sie für einen eigenständigen Haushaltsausgleich sorgt. Weitere strukturelle Abnabelungsprozesse werden folgen und die Eigenständigkeit der AGFAS fördern.

Ein kleiner Wermutstropfen bleibt: Es sind längst nicht alle angestellten und freiberuflich tätigen Sprachheil-

pädagogen, die ja *alle* von den AGFAS-Aktivitäten profitieren, auch im Berufsverband organisiert. Eine verstärkte Mitgliederwerbung wäre sicherlich hilfreich, um einerseits den Theorie-Praxis-Dialog und andererseits die finanzielle Unabhängigkeit zu unterstützen. Aber auch darüber ist natürlich in München bereits konstruktiv nachgedacht worden.

Die Tagung in München war in jeder Beziehung ein überzeugendes Bild von der Professionalität und Kompetenz der AGFAS. Ein so sachlich und bedürfnisorientiert handelnder Verband ist sicherlich zukunfts-trächtig und kann sich weiterentwickeln.

Liebe Leserin, lieber Leser, Sie haben es gemerkt, es war eine lohnenswerte Tagung. Wenn Sie bei der nächsten AGFAS-Versammlung dabei sein möchten, werden Sie doch einfach Mitglied! Die/Den zuständige/n Landesgruppenvorsitzende/n der AGFAS finden Sie auf der hinteren Umschlagseite dieses Heftes.

Claudia Iven

40 Jahre schulische Sprachförderung in Gera

Wenn eine Schule einen runden Geburtstag feiert, lädt sie sich viele Gäste ein. Diese kommen zwar nicht unbedingt mit Geschenken, wie bei gewöhnlichen Geburtstagen, sondern würdigen das Jubiläum durch ihr Erscheinen. Bewirtet werden die Gäste dann vor allem mit geistiger Kost.

So geschehen auch am 18.10.1997 in Gera, als die dortige Schule auf 40 Jahre ihres Bestehens zurückblicken ließ. Der Jahrestag wurde als Sonderpädagogischer Tag in Zusammenarbeit mit dem Thüringer Institut für Lehrerfortbildung und der dgs-Landesgruppe begangen.

Die Vorbereitungen auf und das Schuljubiläum selbst gestalteten sich zu einem Höhepunkt, der für Beteiligte und Besucher die Qualitäten vergangener Jahrzehnte und die heutigen sichtbar machen konnte. Allein schon durch das Kommen der zahlreichen Gäste wurden die großen Vorerwartungen und Anstrengungen der letzten Wochen gebührend gewürdigt. Mehr als 200 Teilnehmer füllten die Aula und verfolgten das Eröffnungsprogramm und den Festvortrag. Die Schüler verhalten mit ihren Darbietungen den Gästen, einen Einblick in das Spektrum der vielseitigen schulischen Aktivitäten des jetzigen Förderzentrums zu bekommen. Der nicht einfache aber zielstrebige Weg der Entwicklung der Einrichtung von der Aufnahme der ersten 65 Patienten im Jahre 1957 über den strukturellen Aufbau, verbunden mit ständigen Schulstandortwechseln, bis hin zum jetzigen Förderzentrum II wurde von 2 Schulleiterinnen skizziert. Frau *Schimmel* als Gründerin und Frau *Hühn* als heutige Schulleiterin boten nicht nur einen Abriß, sondern auch einen stark emotional gefärbten Rückblick.

Heute werden nicht nur sprach- sondern auch lernbehinderte und verhaltensgestörte Schüler in den 5

Schulteilen gefördert. Dabei ist die Schülerzahl auf 411 angewachsen.

Den Höhepunkt des Sonderpädagogischen Tages bildete der Festvortrag von J. Graichen zum Thema *Teilleistungsschwächen*. Mit Anekdoten und zahlreichen Verweisen gespickt bot J. Graichen einen Einblick in die Entstehung und Bedeutung des Denkmodells *Teilleistungen*.

Die anschließenden Seminare folgten der Thematik des Hauptreferates bzw. den aktuellen Fragen des Schulalltags im Förderzentrum:

„Hyperaktive Kinder“: Dr. Friedrich

„Dyskalkulie“: Dr. Rues

„Projektarbeit“: U. Eckert

„Auditive Wahrnehmung und Sprache“: J. Baumgärtel

„Förderung bei Teilleistungsschwächen“: J. Graichen,

„Körperwahrnehmung“: Frau Marth, Frau Pawelczig

„Kinesiologie“: Dr. Faust

Den Rahmen bildeten Präsentationen zur Schulentwicklung, von Schülerarbeiten und von Verlagen.

Der dgs-Landesvorstand nutzte den Festtag mit einem Infostand und vielfältigen Gesprächsaktivitäten mit Mitgliedern und Aktiven.

Die langen und vielfältigen Bemühungen und Anstrengungen vor allem der Vorbereitungsphase hatten sich gelohnt. Der 40. Schulgeburtstag wurde zu einem Erfolg für die Beteiligten und eine bleibende Erinnerung für die Gäste. Der aufmerksame Beobachter hörte die Gäste über die gelungene geistige Bewirtung, die vielfältigen Eindrücke und auch die Absicht des Wiederkommens plaudern.

J. Baumgärtel, dgs-LG Thüringen

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – ein Weg zu mehr Professionalität und Kooperation

Erstmalig fand am 21.01.1998 eine interprofessionelle Tagung zur Qualitätssicherung der Fachberufe im Gesundheitswesen in Köln statt.

An der durch die „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) organisierten Tagung nahmen VertreterInnen der Krankenkassen, verschiedener Bundesministerien und der Fachberufe im Gesundheitswesen teil.

In der gut besuchten Veranstaltung wurden exemplarisch Konzepte, Modelle und Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (u.a. Ärzteschaft, Klinik, Pflege, Motopädie, Ergotherapie) vorgestellt und interdisziplinär diskutiert.

Prof. Dr. F.-W. Kolkman – Vorsitzender des Bundesärztekammer-Ausschusses Qualitätssicherung – skizzierte in seinem Eingangsreferat den Grundtenor der Veranstaltung: „Im Mittelpunkt jeder Qualitätssicherung und jeden Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen müssen die Patientinnen und Patienten, insbesondere die Erhaltung und Verbesserung ihrer Versorgung stehen. Ökonomische Ziele sind zwar ebenfalls wichtig, z.B. ein positives Betriebsergebnis, haben aber keine vorrangige Priorität.“

Die dgs/AGFAS, die auch Mitglied der Fachberufekonferenz ist, hat dort durch eine Posterpräsentation mit dem Titel „Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie – Tradition und Innovation“ teilgenommen.

Bei dieser Präsentation kam es zu zahlreichen interessanten Gesprächen und einem regen Gedankenaustausch mit anderen Fachberufen und den geladenen Vertretern aus Gesundheitspolitik und Kassenwesen.

Es wurde vereinbart, dieser Tagung weitere gemeinsame Veranstaltungen und Projekte folgen zu lassen.

Barbara Giel

2. Bad Nenndorfer Therapietag – Veronika Struck liefert Hintergrundwissen und Spielanregungen zur mykofunktionellen Therapie

Für Sonnabend, den 22.11.1997, hatten Torsten Lindner im Namen der Schule Schlafhorst-Andersen und Uwe Köhler für die Praxis für Atem-, Sprech- und Stimmtherapie zum 2. Bad Nenndorfer Therapietag eingeladen.

Gekommen waren insgesamt etwa 60 interessierte TherapeutInnen, zumeist Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen, aber auch LogopädInnen, SprachheilpädagogInnen und Vertreter anderer Berufsgruppen.

Im Mittelpunkt des Vormittags stand ein hochinteressanter und sehr praxisnaher Vortrag von Veronika Struck, therapeutisch tätige Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin und Fachbuchautorin (*Adams/Struck/Tillmanns-Karus: Kunterbunt rund um den Mund*) aus Köln. Frau Struck referierte zunächst über das Problem der offenen Mundhaltung (OMH) und deren Folgesymptome wie nasale Sprechweise, schlaffe und unbewegliche Zunge und Lippen, rezidivierende Infektionen der oberen Luftwege, Tubenfunktionsstörungen mit dem Risiko einer Schalleitungsstörung. Daß letztere wiederum häufige Ursache für Sprachentwicklungsverzögerungen sind, ist jedem Sprachtherapeuten bekannt. Eine vergleichende Röntgenaufnahme zweier Kinderschädel zeigte sehr deutlich, daß abschließliche und lang andauernde Mundatmung sogar eine Hypotrophie der Nasenräume und Nasennebenhöhlen nach sich ziehen kann.

Im zweiten Teil ihres Vortrags stellte Veronika Struck

eine Fülle von Material für die mundmotorische Übungsbehandlung vor: originelle, kindgerechte, selbstentwickelte Puste-, Blase-, Saug- und Knopfspele zur Sensibilisierung und Kräftigung der Lippen, der Zunge, der Kaumuskulatur und des Gaumensegels. Im Anschluß hatten die TagungsteilnehmerInnen Gelegenheit, die Spiele selbst auszuprobieren.

Da das Leitthema des Tages „Medien und Hilfsmittel in der Atem-, Sprach- und Stimmtherapie“ hieß, konnten sich die Tagungsteilnehmer am Nachmittag in 4 Workshops über die Einsatzmöglichkeiten ganz unterschiedlicher therapeutischer Hilfsmittel informieren: Tanja *Nitschke-Wingen*, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin aus Vechta, demonstrierte die Anwendung des Atemschwingegurtes z.B. bei körperlichen Behinderungen, oder bei Patienten mit unterschiedlichen Stimmstörungen. Peter *Wichert* aus Seelze präsentierte kleine und große Therapiematerialien für die Bereiche Psychomotorik, Wahrnehmung und Rhythmik.

Ursel *Stuckenschmidt*, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin aus Rodenberg, leitete einen Workshop, in dem mit einfachen Mitteln kleine Spiele für die Dyslalietherapie selbst hergestellt wurden.

Winfried *Heptner* aus Überlingen stellte die Klangwiege vor, eine mit Saiten bespannte Wiege aus Holz, die zum Spürenlernen des eigenen Körpers ebenso eingesetzt werden kann wie zur Tiefenentspannung.

Der 2. Bad Nenndorfer Therapietag wurde von den TeilnehmerInnen insgesamt sehr positiv aufgenommen; deshalb wird die Schule Schlaffhorst-Andersen für den 14. November 1998 zum 3. Bad Nenndorfer Therapietag einladen. Themen wie „Die Rolle des Therapeuten“, „Aphasie-Therapie“ u.a. werden dann voraussichtlich auf der Tagesordnung stehen.

Torsten Lindner

Neurogene Dysphagie

1. Hechtinger Lehrgang zur Diagnostik und Therapie

Zielgruppe: Ärzte und Sprachtherapeuten

Teilnehmerzahl: max. 10 Teilnehmer(innen)

Ort: Median Klinik II Hechtingen, Parkstraße, 39345 Hechtingen

Zeit: jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Organisation und Management: CA Dr. Dr. J. *Rakicky*, Arzt für Neurologie, Frau M. *Gründel* – Logopädin, Schlucktherapeutin, Frau K. *Steinke* – Diplomsprachheilpädagogin

Anmeldung und Information: Frau M. *Gründel*, Tel.: 039054 – 82609

Dozenten: CA Dr. Dr. J. *Rakicky*, Arzt für Neurologie, Klin. Geriatrie, Physikalische Therapie, Chefarzt der Median Klinik II Hechtingen; Frau R. *Nusser-Müller-Busch*, Logopädin, Bobath-Therapeutin, Dozentin,

Schwerpunkt fazio-orale Störungen; Frau M. *Gründel*, Logopädin, Schlucktherapeutin, Supervisor, Logopädische Abt., Median Klinik II, Hechtingen; Frau K. *Steinke*, Diplomsprachheilpädagogin, Schlucktherapeutin, Logopädische Abt., Median Klinik II Hechtingen; Fr. Dr. med. *Weise*, FÄ für HNO-Heilkunde, Phoniatrie, eigene Praxis in Magdeburg; Dr. med. R. *Seifold*, Neurologische Abt. Median Klinik II Hechtingen.

Termine und Themen:

25.04.1998 Anamnese, klinisch-neurologische und logopädische Untersuchung. Röntgenologische und videofluoroskopische Diagnostik

20.06.1998 Phoniatrie Untersuchung der am Schluckvorgang beteiligten Organe: Laryngoskopie, Endoskopie und Manometrie

05.09.1998 Störungen der Nahrungsaufnahme: Therapie bei erworbenen Hirnschädigungen

31.10.1998 Anwendung und Grenzen im individuellen Praxisalltag (Erfahrungsberichte)

An jedem Termin findet neben dem theoretischen auch ein praktischer Teil mit konkreten Fallbeispielen, Untersuchung des Patienten, Befundbesprechung usw. statt. Gesamtzahl 32 Stunden.

Lehrgangsgebühr: 450,- DM inklusive Verpflegung am Veranstaltungstag, Seminarmaterialien und Zertifikat.

7. Rhein-Ruhr-Meeting

Neue Wege der Neurorehabilitation

Bochum, 5./6. Juni 1998

Hörsaalzentrum Ost (HZO) der Ruhr-Universität

Sektion 1 (Aphasiologie I): Akute Aphasie: von zunehmender Bedeutung für die Sprachrehabilitation – Erfahrungen und Fragen zu Prognose, Diagnostik und Therapie

Sektion 2 (Neuropsychologie): Neuropsychologie und Neurorehabilitation von Gedächtnis und visueller Wahrnehmung

Sektion 3 (Aphasiologie II): Zum 90. Geburtstag von Prof. Dr. med. Anton *Leischner*: 1. Aphasieforschung und Therapie als Schnittstelle interdisziplinärer Zusammenarbeit; 2. Aphasietherapie im stationären und teilstationären Rahmen

Sektion 4 (Logopädische Problemfelder): 1. Dysarthrien: ein verwaistes Problemfeld? 2. Schluckstörungen: ein interdisziplinärer Therapieansatz in den Niederlanden

Information und Anmeldung: Sektionen 1, 2, 3, 4: Dr. W. *Widdig*, Telefon (0234) 302-0, Telefax (0234) 33 07 34, e-mail: Walter.Widdig@ruhr-uni-bochum.de; Sektionen 1, 3: T.A. *Pollow*, Telefon (0228) 551-2676, Telefax (0228) 551-2792; Sektion 2: Prof. Dr. I. *Daum*, Telefon (0234) 700-2674, Telefax (0234) 7094-622, e-mail: Irene.Daum@ruhr-uni-bochum.de

Personalia

Prof. Dr. Anton Leischner wird 90 Jahre.

Am 22. Mai 1998 vollendet Herr Prof. Dr. Anton *Leischner*, der Gründer und der 1. Direktor der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn und Vater der Aphasilogie, sein 90. Lebensjahr. Man kann von einer besonderen Gnade sprechen, daß er dieses Alter in so guter körperlicher und geistiger Verfassung erleben darf.

Prof. *Leischner*, am 22. Mai 1908 in Niklasdorf / Sudetenland geboren, studierte an der Deutschen Karls-Universität in Prag Medizin. Er arbeitete in den Jahren 1933 – 1945 an der dortigen Psychiatrischen und Neurologischen Klinik als Assistenzarzt und erwarb dort die Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Im Jahre 1942 habilitierte er sich in den gleichen Fächern mit der Arbeit „Die Aphasie der Taubstummen“.

Nach dem Zusammenbruch 1945 und seiner Vertreibung aus Prag, gelangte er in das Rheinland, wo er im Jahre 1957 in den Dienst des Landschaftsverbandes Rheinland trat. Hier konnte er sich seinem bisherigen Arbeitsgebiet weiter widmen, nämlich der Untersuchung und Behandlung von Patienten mit cerebral verursachten Sprachstörungen, den Aphasien. Er erkannte als Erster die dringende Notwendigkeit, daß diese Kranken einer gezielten und intensiven Sprachtherapie zugeführt werden müssen. Er wies nach, daß diese Behandlung sinnvoll und erfolgversprechend ist. Eine Tatsache, die heute keiner Diskussion mehr bedarf, damals aber noch sehr umstritten war. 1961 wurde er Leiter des Referates „Ärztliche Sprachheilbehandlung“ im Landschaftsverband Rheinland in Köln. Mit dieser Aufgabe beschritt *Leischner* Neuland, da bis zu diesem Zeitpunkt keine Anhaltszahlen über die Häufigkeit von Aphasien vorlagen. Auch wurden diese Kranken keiner Sprachtherapie zugeführt, sondern sie galten als „hilflos“ und wurden in die Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen. Das Ergebnis seiner Erhebungen begründete schließlich die Notwendigkeit für eine stationäre, klinische Einrichtung, so daß im Jahre 1962 in der Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland zunächst die „Klinische Abteilung für Sprachgestörte“ in Langenfeld/Rheinland und im Jahre 1969 die „Rheinische Landesklinik für Sprachgestörte“ in Bonn ins Leben gerufen wurde. An der Organisation, dem Aufbau und der weiteren Entwicklung dieser Klinik hat *Leischner* entscheidend mitgewirkt und war bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1975 deren Ärztlicher Direktor.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn war er nach seiner Umhabilitierung im Jahre 1957 außerplanmäßiger Professor. Er hielt Vorlesungen über „Sprachpathologie und -therapie“ und seine Hörer waren Studierende der Medizin, der Psychologie,

der Sprachwissenschaft und der Linguistik. Mit einem Lehrauftrag der Akademie für Sprachheilpädagogik in Köln beteiligte er sich an der Ausbildung von Sprachheillehrern und diplomierten Sprachheilpädagogen.

Eine große Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten zeugt von seinem Engagement als Wissenschaftler. Als solcher hat *Leischner* für die Aphasieforschung in der Bundesrepublik Deutschland aber auch im deutschsprachigen Ausland Maßstäbe gesetzt, die heute noch Gültigkeit haben. Für Fachkongresse war er ein gesuchter und geschätzter Vortragender, der aus seiner reichen Erfahrung schöpfte, um sein Wissen anderen weiter zu vermitteln.

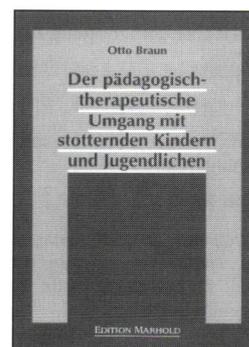
Ehrenämter in verschiedenen interdisziplinären Gesellschaften runden sein Arbeitsfeld ab. So war er u.a. 1973 Vorsitzender der „Gesellschaft für Hirntraumatologie und Klinische Hirnpathologie“. Auch war er bis 1987 im Vorstand der „Arbeitsgemeinschaft für Aphasieforschung und -behandlung“, deren Mitbegründer er im Jahre 1973 in Bonn war.

Nach seiner Pensionierung hat sich *Leischner* nicht „zur Ruhe gesetzt“, sondern arbeitet bis heute unermüdet und in selbstlosem Einsatz als „freier Mitarbeiter“ in seiner früheren Klinik mit.

Seine ehemaligen Mitarbeiter, Kollegen, Patienten und Freunde hoffen und wünschen, daß auch für die weitere Zukunft ihnen Rat aus seinem reichen Erfahrungsschatz zuteil werden möge.

H.-A. Linck

Rezensionen



Otto Braun: Der pädagogisch-therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Eine historisch-systematische Studie.

Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin 1997. 456 S., 49,80 DM

Der Verfasser geht von der Vielfalt und Uneinheitlichkeit der gegenwärtigen Situation zur Symptomatologie, Ätiologie und Therapie des Stotterns aus, die sich nur dann angemessen beurteilen läßt, wenn durch einen Rückblick die Wurzeln und epochalen Wandlungen der Einschätzungen dieses Phänomens nachvollzogen und systematisch analysiert werden. Das übergreifende Ziel ist dabei die entwicklungsgeschichtliche Erarbeitung von Kriterien für die praktischen pädagogisch-therapeutischen Handlungsfelder.

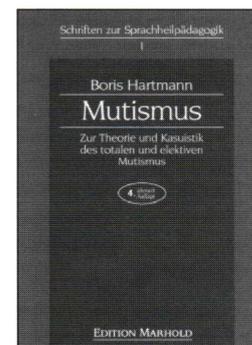
Dem chronologischen Ablauf entsprechend beginnt die Arbeit mit einer Darstellung der Anfänge in der therapeutischen Behandlung des Stotterns in der Antike über das Mittelalter bis zur Neuzeit. Die systematische und kenntnisreiche Aufarbeitung zeigt, daß viele der heutigen Verfahren in ihrer Grundkonzeption seit Jahrhunderten bekannt sind und wenig bekannte Vorläufer haben. Eine Vertiefung erfahren diese Aussagen in dem Nachvollziehen der Entwicklung theoretisch begründeter Therapiekonzepte im 19. und 20. Jahrhundert, wobei eine Herausarbeitung phoniatrischer und sprachheilpädagogischer Ursprünge erfolgt. Dabei werden tiefenpsychologische Ansätze breit dargestellt und kommentiert sowie lernpsychologische Verfahren umfangreich aufgelistet. Die pädagogische Heilkunde wird in ihren Grundlagen offengelegt, wobei eine systematische Darstellung unterschiedlicher Methoden und eine tabellarische Übersicht über 25 Jahre Heilkursusphase erfolgt. Über die Zusammenhänge von Unterricht und Therapie werden bisher nur fragmentarisch verfügbare Einzelteile zu einem systematischen Ganzen zusammengefügt, wobei eine Fülle an neuen Erkenntnissen möglich wird, die die Wurzeln der Sprachheilpädagogik aufzeigen. Einige Passagen sind dabei geradezu spannend zu lesen.

Die nachfolgende Darstellung der sprachheilpädagogischen Behandlung des Stotterns in der NS-Zeit weist darauf hin, daß kein Niedergang der Sprachheilschulen aufgrund ihrer Sonderstellung erfolgte, wohl aber ein Niedergang in konzeptioneller Hinsicht. Dementsprechend schwierig gestaltete sich die Zeit nach dem Krieg 1945. Die Darstellung der Ansätze in Ost und West sowie in unterschiedlichen Bundesländern erfolgt hier etwas additiv und unkommentiert.

Zur gegenwärtigen Situation und einer Perspektive der Integration therapeutischer und pädagogischer Konzeptansätze werden die Aussagen dagegen unter besonderer Berücksichtigung des Paradigmen- und Methodenpluralismus sowie der Theorie-Praxis-Diskussion vertieft. Dabei wird vor allem auf neurose- und kommunikationstherapeutische Ansätze eingegangen, wobei eine prozeßorientierte Förderpraxis und ein problemorientiertes Stufenmodell herausgestellt werden. Vor dem Hintergrund zeitgeschichtlicher Entwicklungslinien der Therapiekonzepte wird eine personenorientierte Indikation begründet, bei der die Persönlichkeit des Therapeuten eine besondere Bedeutung erlangt. Insgesamt handelt es sich um eine Schrift, deren besondere Relevanz in der Aufarbeitung schwer zugänglicher, teilweise aus früheren Jahrhunderten stammender Literatur, bisher nicht öffentlich rezipierter Bio-

graphien und historischer Abhandlungen liegt. Der Autor schließt damit eine Lücke in der Bearbeitung und zum Verständnis des Stotterns. Die Fülle der Informationen wird dabei durch sinnvolle Kurzzusammenfassungen mit knappen, vergleichenden Stellungnahmen gegliedert. Der Stil ist sachlich und beschreibend, teilweise vergleichsweise nüchtern distanziert, aber immer an der Thematik interessiert und engagiert. Der damit zum Ausdruck gebrachte Abstand zeigt sich in einer Zurückhaltung im Urteil an einem Bearbeitungsstil, der durch immanente Kommentare und die Art der Systematisierung eine vertiefte Sachkenntnis dokumentiert. Es handelt sich um eine in dieser Art einzigartige Veröffentlichung zur Geschichte der Stottertherapie in Deutschland.

Manfred Grohnfeldt



Boris Hartmann: Mutismus – zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus (4. Aufl.) Herausgeber M. Grohnfeldt in Schriften zur Sprachheilpädagogik, Bd. 1; Ed. Marhold im Wissenschafts-Verlag Volker Spiess, Berlin 1997

Wenn ein Buch zu einem sehr speziellen Thema in kurzer Zeit vier Auflagen erzielt, spricht das für seine Qualität, zumal wenn es wie in diesem Fall hohen wissenschaftlichen Ansprüchen genügt. Es verarbeitet sorgfältig und kritisch die einschlägige Fachliteratur und ergänzt sie durch eigene praktische Erfahrungen und theoretische Schlußfolgerungen.

Seine gute Lesbarkeit und Transparenz verdankt es der klaren Sprache des Autors und einer konsequent durchgestalteten Gliederung: im ersten Kapitel wird durch gründlichen Vergleich verschiedener Mutismus-Definitionen die Basis für eine differenzierte Darstellung der Symptomatologie und Ätiologie gelegt (2. und 3. Kapitel). Danach folgen differentialdiagnostische Abgrenzungen, therapeutische Empfehlungen und prognostische Erwägungen (4., 5. und 6. Kapitel). Bei der Ätiologie werden sieben Ansätze vorgestellt, so daß das Buch gleichermaßen für Sprachheilpädagogen, Psychologen, Sonderschullehrer und Berufstätige im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie interessant sein dürfte. *Hartmann* zeigt auf, daß die

Sprechhemmung sowohl durch streßbedingte bzw. neurotische Problemlösungsmechanismen, Konditionierungsprozesse und familienbiographische Faktoren bedingt sein kann als auch durch Entwicklungsstörungen, Psychosen und vererbte Dispositionen. Damit hebt er sich von den im deutschsprachigen Raum vorherrschenden monokausalen Ansätzen wohltuend ab.

Neu hineingenommen in diese vierte Auflage ist das 'Diathese-Streß-Modell', das den Mutismus aus den Wechselwirkungen zwischen psychophysischen Dispositionen und belastenden Lebensereignissen versteht und eine interdisziplinäre Brücke zwischen den vorab dargestellten psychologischen und somatologischen Erklärungsansätzen schlägt. Eine solche Brücke brauchen allerdings nur diejenigen Leser, die im cartesianischen Zwiespalt zwischen Soma und Psyche gefangen sind, statt sich einer ganzheitlichen bzw. monistischen Sichtweise zu bedienen.

Im Teil II werden drei Mutismus-Fälle aus der sprachheilpädagogischen und psychologischen Praxis referiert und theoretisch reflektiert. Die drei Lebensläufe verdeutlichen die unterschiedlichen Pathogenesen, Familienkonstellationen und Verläufe des Schweigens. Die Lebenslaufforschung wird so zum Binde-

glied zwischen objektivierender Wissenschaft und subjektiver Betroffenheit: „Statistik und Kasuistik schließen sich keineswegs aus, sondern ergeben erst zusammen jene Erkenntnisfortschritte, die wir für das Begreifen der Wirklichkeit benötigen ... Das statistische Allgemeine wird aus dem kasuistischen Besonderen abgeleitet und im kasuistischen Besonderen widersichtbar.“

Das Buch richtet sich nicht nur an den wissenschaftlich Interessierten, sondern auch und vor allem an den Praktiker, der mit mutistischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen arbeitet und das Gefangensein der Betroffenen in ihrem Schweigen nachvollziehend verstehen möchte. Für die Behandlung und Begleitung von Mutisten finden sich im Therapie-Kapitel zahlreiche Anregungen, mit deren Hilfe ihre allmähliche Öffnung gegenüber der Umwelt erleichtert bzw. unterstützt werden kann.

Abschließend eine kleine Anregung: Da diese Monographie für alle, die mit sprachscheuen und schweigenden Kindern arbeiten, die Reife eines unentbehrlichen praxisbegleitenden Lehrbuchs erreicht hat, sollte die nächste Auflage ein Autoren- und Sachregister enthalten.

K. Eberhard

Mitteilungen

Günstige Übernachtungsmöglichkeiten in Hotels

Mit den Hotelketten „Maritim“ und „Dorint“ wurden für alle dgs-Mitglieder Firmenverträge abgeschlossen. Damit können nun bei Übernachtungen in den deutschen und europäischen Hotels günstige Konditionen in Anspruch genommen werden. Zur Buchung muß die Firmencode-Nummer angegeben werden. Diese, sowie die Preislisten der Hotels, können unter Beifügung eines adressierten und frankierten Rückumschlags angefordert werden bei: Dagmar Ludwig, Arminstraße 3, 32105 Bad Salzuffen.

Annelie-Frohn-Preis 1998

Von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie und der Annelie-Frohn-Stiftung wird für das Jahr 1998 der Annelie-Frohn-Preis ausgeschrieben. Die Dotation beträgt DM 10.000,—. Der Preis wird vergeben für eine herausragende wissenschaftliche Arbeit zur Thematik „Förderung hör- und/oder sprachgestörter Kinder“.

Bewerbungen sind einzureichen an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, Herrn Prof. Dr. M. Gross, Fabeckstr. 62, 14195 Berlin, bis zum 30.04.98.

Vorschau

Ch. Dehnhardt, U. Ritterfeld: Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention.

J. Ostermann: Ist die Intelligenzleistung ein beachtenswerter Faktor für die Arbeit der Schule für Sprachbehinderte im Bildungsbereich der Sekundarstufe I?

M. Grohnfeldt: Vergleichende Sprachheilpädagogik. Entwicklungsverläufe des russischen und deutschen Sprachheilwesens.

B. Arand: Kindliche Sprachauffälligkeiten und Rechtschreibschwierigkeiten.

M.G. Mitrovic: Einige Anmerkungen zu den Störungen auf phonetisch-phonologischer Ebene.

W. Angerstein, H. Hambrücker, K. Heßner, S. Klajman, Ch. Neuschaefer-Rube: Zur Häufigkeit von Lautbildungsfehlern bei sehgeschädigten Schülern.

C. Kauschke: Zum Problem der Terminologie und Klassifikation bei Sprachentwicklungsstörungen.

COBLENZER SEMINAR IN BOLDERN

Atem-, Stimm- und Sprechschulung**Praxis der Kommunikation - 11.-18. Juli 1998**

Basiskurs Atmung, Stimm-, Artikulations- und Sprechkurs

Leitung: Prof. Dr. Horst Coblenzer, Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien**Sekretariat und Seminarort:** Tagungs- und Studienzentrum Boldern, CH-8708 Männedorf/ZH, Tel. 0041/1/921 71 13, E-Mail: tagungen@boldern.ch

Richtig sprechen heißt vor allem richtig hören und richtig verstehen

Wir zeigen Ihnen neue Wege!

- Produkt-Informationen
- Seminar-Unterlagen erhalten Sie bei der

MediTECH
Electronic GmbH

„Zentrales Hören wirksam trainieren“
Auf dem großen Kampe 35
D-30900 Wedemark

Tel.: 05130 – 7 97 70
Fax: 05130 – 7 97 63
Email: Sprache@MediTECH.de
Internet: http://www.MediTECH.de

Seminar: „Phonologie“

**Phonologische Betrachtungsweise
kindlicher Aussprachestörung**

Referentin: Dipl. Päd. Sabine Brill (Lennertz)

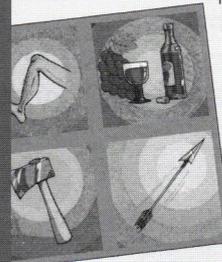
- 3-tägig, 30.10., 31.10., 01.11.98
- Kamp-Lintfort (Nähe Moers/Duisburg)
- Teilnahmegebühr: 200,00 DM
(inklusive Seminar- und Analysematerial)

Anmeldung: Sabine Brill • Von-Büllingen-Str. 46b
47495 Rheinberg • Tel./Fax: 0 28 43 - 160 160

DuoDiff 1+2

Minimalpaare in Spiel und Therapie

- ▶ je 40 Minimalpaare (80 Einzelkarten) können auf 20 Legevorlagen (für jeweils 4 Einzelkarten) einander zugeordnet werden
- ▶ kind- und erwachsenengerechte Anwendbarkeit
- ▶ vielfältige Anwendungsmöglichkeiten für phonematisches Differenzierungstraining, Dyslalietherapie, Legasthenietherapie, spielerisches Zuordnen wortklangähnlicher Bilder, Erweiterung der auditiven Merkspanne, phonematische Störungen bei Aphasie



**Einzelpreis:
79,- DM***

**beide Spiele:
149,- DM***

**2 Spiele
in der praktischen
Holzkiste:
179,- DM***

*incl. 15% MwSt.,
zzgl. Versand

**Weitere Infos und
telefonische Bestellung:**

02 28 / 31 87 25

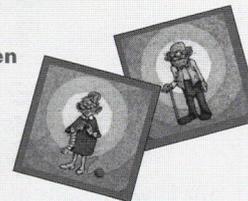
Telefax:

02 28 / 31 87 26

P R O L O G
S C H M I D & E N D E R

Gesellschaft für
sprachtherapeutische
Hilfsmittel GbR

Weißenburgstr. 42
53175 Bonn/
Bad Godesberg

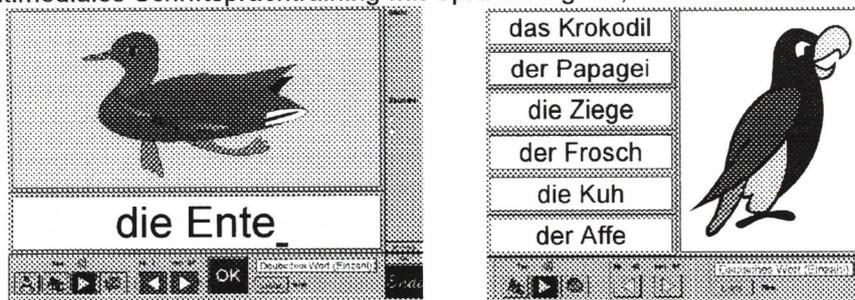


Software für die Praxis lauffähig unter DOS und Windows

- **Wahrnehmung** 15 Programme, Wahrnehmungsdifferenzierung, Reaktions- und Gedächtnistraining, Kombinations- und Koordinationsübungen. **98,90 DM**
- **Universelles Worttraining** Förderprogramm zum Schriftspracherwerb und zur Legasthenietherapie, editierbar, Lernkartei, Zeugnis, große Schrift. **89,70 DM**
- **Diktattrainer** Diktate, Lückentexte, Groß-/Kleinschreibung, Schreibmaschinenkurs, Sätze zusammenstellen (Sinnerfassung), erweiterbar. **89,70 DM**
- **Alphabet** 11 Trainingsprogramme rund um das Alphabet. Buchstabenvergleich, Gedächtnistraining, bis zum Zusammenstellen erster Wörter. **89,70 DM**
- **Lesen+Schreiben** Vom Konsonant-Vokal-Silben Lesen, Silben verknüpfen, bis zum Zusammenstellen von Sätzen, inkl. Gleitzeile, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Bild - Wort PRO** Finde das Wort zum Bild. Lesen und Schreiben lernen mit großen Bildern, 10 Programme, erweiterbar. **98,90 DM**
- **Wortbaustelle** zur Bearbeitung von Silben, Signalgruppen, Wortbausteinen, 11 Programme mit Elektrobliker- und Greifspiel, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Intelligenztrainer** Viele Übungen zur optischen Differenzierung und Logik, Muster legen, Vorder-/Hintergrund, 3D-Wahrnehmung, erweiterbar. **138,00 DM**

Multimediaprogramme: CD-Laufwerk u. Stereo-Soundkarte erforderlich.

- **Hören-Sehen-Schreiben 1000 Sounds, 1000 Bilder**, erweiterbar.
Multimediales Schriftsprachtraining mit Sprachausgabe, Geräuschen u. Bildern.



für Erwachsene u. Kinder mit Schwächen im auditiven und/od. visuellen Bereich. inkl. Soundmemory für auditives u. Bildmemory für visuelles Gedächtnistraining, individuelle Programmeinstellungen möglich, Druck- u. Schreibschrift. **98,90 DM**

- **AUDIO I** Training der auditiven Diskrimination auf Geräusch- und Lautebene, Laut-/Bild-Zuordnung, Reihenfolgen bestimmen, Richtungshören, Figurgrundwahrnehmung (Störgeräusche zuschaltbar), erweiterbar. **138,00 DM**

Arbeitsvorlagen selbst erstellen mit Windows Textverarbeitungen

- **Hauptwörter-Fonts (TrueType-Fonts)** Preis: 39,10 DM
350 Bilder zu den Bereichen: Körperteile, Kleidung, Nahrung, Tiere und Sachen.



- **Tunwörter-Fonts** Lesen und Schreiben mit Bildern Preis: 39,10 DM



E. T. Verlag Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel./Fax.: 05404-71858

Stempelspiele zur Sprachförderung

nach Dipl.-Päd. Waltraud Anton

Spielerisch mit Stempeln Sprachlaute lernen!

NEU



Inhalt:

16 Stempel mit Holzgriffen
40 x 30 mm
Blankokarten für Memory
Blankokarten für Dominospiel
Stempelkissen u. Anleitung

Art. No. 63905 - K

Abbildungen verkleinert



Art. No. 63906 - R



Art. No. 63907 - Sch



**MARBURGER
STEMPEL**

Marburger Stempel-Erzeugung
35007 Marburg, Postfach 1769, Tel. (06421) 6001-0, Fax (06421) 6001-27 u. 6001-10

Im Fachhandel erhältlich



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 Dr. Faig, 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

Sprachtherapeutische Praxis
Marita Rick-Engels, Neustr. 78
50374 Erftstadt-Gymnich (ca. 20 Min. von Köln)
sucht ab Juni oder später

Sprachtherapeut/in

als Teilzeit- oder Vollzeitkraft für unser Team in angenehmer Atmosphäre. Schwerpunkt im Bereich Stottertherapie ist erwünscht. Einarbeitung bei Interesse von erfahrener Therapeutin möglich.

Lippstadt

Für unsere logopädische Praxis suchen wir ab sofort oder später
Diplom-Pädagoge/in
mit dem Studien-Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik

- Vollzeit
- Festanstellung
- sehr angenehmes Betriebsklima
- regelmäßige Team- und Fallbesprechungen
- Fortbildungsurlaub, -zuschuß
- 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld
- gerne auch Berufsanfänger

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Rufen Sie einfach an!

Logopädische Praxis
Dipl. Päd. Markus Willeke Logopäde, Lange Str. 21, 59555 Lippstadt
Tel.: 02941/59244

Krayer Therapiezentrum sucht zum
nächstmöglichen Termin eine(n)

Logopädin/en Sprachtherapeutin/en

Krayer Therapiezentrum
Krayer Str. 234 • 45307 Essen
Tel. 0201/55 05 80

Dringend

Sprachtherapeut/in

zur Verstärkung für unser Team gesucht.

Es erwartet Sie eine vielseitige und selbständige
Tätigkeit in freundlicher Atmosphäre.

Bewerbungsunterlagen bitte an:

Sprachtherapeutische Praxis Sabine Becker
Joseph-Lenné-Str. 39a • 45131 Essen
Tel. 0201/42 40 22

Sprachtherapeut. Praxis im Kreis Reckling-
hausen **sucht** zum nächstmöglichen Termin
eine **Sprachheilpädagogin** zur Behandlung
aller Störungsbilder in Teilzeitbeschäftigung.

Bewerbung unter *Chiffre SP 98203*

Sprachtherapeutische Praxis sucht
Sprachheilpädagogin/en od. Logopädin/en
Teil- od. Vollzeit - Honorarbasis od. Festanstellung
Schwerpunkte: Aphasie/Dyslalie

Claudia Unger - An der Landwehr 51
44795 Bochum - Tel.: 0234/43 15 88.

Praxisgemeinschaft! Wer hat Lust
auf die Wetterau und will stundenwei-
se in meiner Praxis in Friedberg mit-
arbeiten? *Chiffre SP 98202*

Dipl.-Sonderpädagogin (Sprachbehinderten Päd.), Phy-
sio-Therapeutin, div. Zusatzausbildungen (u.a. PEKiP),
sucht zum 01.07.98 eine Anstellung. Gerne im Frühförder-
oder Vorschulbereich. Hannover und Großraum. Angebote
unter Tel.-Nr. 0511-8386454 oder Chiffre SP 98201.

Hurrle Klinikgruppe



Wir sind einer der größten privaten Kranken-
hausträger in Deutschland. An 25 Standorten
betreiben wir über 30 Rehabilitationskliniken
und Krankenhäuser. Mit Kompetenz und erst-
klassiger Qualität unserer Leistungen wollen
wir auch die steigenden Anforderungen an die
medizinische Rehabilitation bewältigen.

Unsere Fachkliniken für Rehabilitation neuro-
logischer Erkrankungen stellen weitere

Sprachtherapeutinnen/en (Logopäden, Sprachheilpädagogen, klinische Linguisten)

ein. Unsere Kliniken bieten optimale Ar-
beitsbedingungen sowie diagnostisch und
therapeutisch äußerst vielseitige Aufga-
benbereiche mit modernster Ausstattung
einschließlich EDV-gestützter Therapie-
systeme. Die klinische Arbeit der Sprach-
therapeuten ist eingebunden in ein inter-
disziplinäres Team von Ärzten, Psycholo-
gen, Ergotherapeuten und Krankengym-
nasten.

In den sprachtherapeutischen Abteilun-
gen werden erwachsene Patienten mit
Sprachfunktions-, Sprech-, Stimm- und
Schluckstörungen jeglicher Genese ver-
sorgt. Intensive Einzeltherapien, unter-
stützt durch Computertrainingsprogram-
me, werden ergänzt durch differenzierte
gruppentherapeutische Konzepte (z.B.
Dysarthrie-, Facialis- u. Sprechangstgrup-
pen).

Wir unterstützen interne und externe Fort-
bildungen und bieten leistungsgerechte
Vergütung. Bei der Wohnraumbeschaf-
fung sind wir behilflich.

Unsere Rehakliniken mit neurologischen Fach-
abteilungen (teilweise mit Frühreha Phase B
und C) befinden sich in St. Wendel im Saar-
land, Plau am See/Mecklenburg (mit Akutneu-
rologie), Bad Dübener bei Leipzig, Bad Orb im
Spessart, Bayreuth, Soltau in der Lüneburger
Heide, Reichshof-Eckenhagen im Bergischen
Land.

Haben Sie Interesse? - Dann senden Sie uns
Ihre aussagefähige Bewerbung mit Ihren
Wunschstandorten.

Hurrle Klinik GmbH
Birkenbosch 14, 77770 Durbach

Memogym

**Sprache und Gedächtnis
in Spiel und Therapie**

- ▶ Thematisierung von 25 Alltagssituationen à 6 Bild-/Schriftkarten (insgesamt 150 Karten)
- ▶ eine Vielzahl möglicher Kombinationen (Nomen – Verb, Infinitiv – flektierte Verbform, SPO-Sätze, Bild-Schrift-Zuordnung)
- ▶ Anwendung als Gedächtnisspiel in über zehn verschiedenen Kartenkombinationen



Preis: 79,- DM*

Das Spiel ist auch in einer hochwertig verarbeiteten Holzbox erhältlich. Diese Kombikiste erleichtert Ihnen das Ordnen und Variieren der Karten.

**Holzbox: 35,- DM*,
Kiste + Spiel: 109,- DM***

* incl. 15 % Mehrwertsteuer, zzgl. Versand

**Telefonische Bestellung:
0228/318725**

**Telefax:
0228/318726**

P R O L O G
SCHMID & ENDER

Gesellschaft für
sprachtherapeutische
Hilfsmittel GbR

Weißenburgstr. 42
53175 Bonn/
Bad Godesberg



Praxisteam

Suche baldmöglichst **Logopäden/in** mit zwei Jahren Berufserfahrung zur Teamunterstützung. Jemanden der selbständig, verantwortungsvoll, eigenkreativ, ... in Diagnostik und Therapie arbeiten möchte.

Regler Austausch durch angrenzende Ergotherapiepraxis möglich.

Infos unter Tel. 0202-2443569

Die Interessengemeinschaft zur heilpädagogischen Sprachförderung e.V.

sucht zum nächstmöglichen Termin eine(n)

Logopädin / Logopäden

mit Berufserfahrung.

Zu den ausgezeichneten Arbeitsbedingungen der Logopädie werden unter anderem eine Vergütung in Anlehnung an den BAT, umfassende Sozialleistungen (z.B. betriebliche Altersversorgung), vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gehören.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Interessengemeinschaft zur heilpädagogischen Sprachförderung e.V.
Harderstraße 35 • 85049 Ingolstadt

Wir suchen für den Sprachheilkindergarten sowie extern in integrativen Kindertagesstätten zum nächstmöglichen Zeitpunkt:



**1 Sprachtherapeutin
oder Logopädin
oder Atem-, Stimm- und Sprechtherapeutin
(38,5 Std./Wo.)**

1 Motopädin oder Ergotherapeutin

Wir bieten: Vergütung nach BAT, Zusatzversorgung, vielseitiges, verantwortungsvolles Aufgabengebiet mit viel Gestaltungsfreiraum in einem interdisziplinären Team.

Walsrode ist ein attraktiver Anziehungspunkt am Rande der Lüneburger Heide mit vielen Freizeitmöglichkeiten. Sämtliche Schulzweige sind am Ort vorhanden.

Bitte richten Sie Ihre aussagefähige Bewerbung an folgende Adresse:

**Lebenshilfe für Behinderte,
Kreisvereinigung Fallingbostal e.V.
von-Stoltzenberg-Str. 11
29664 Walsrode**

Lateraltraining • Hochtontraining

Mikrofon
Handliches Trainings-
gerät als Lateral- oder
Hochtontrainer
Anschluß für Kopfhörer,
Mikrofon und CD-Player

**Auditives Feed-
back System mit
Sprache/Musik**

Lateral-Trainer, Best.Nr.: AT 16 C
Hochton-Trainer, Best.Nr.: HT 10 CM
je 245,- DM (ohne Kopfhörer, mit Mikrofon)

Ordnungsschwellentraining

visuelle Reize Anzeigefeld (1-999 ms)



auditive Reize (Kopfhörer)

**Auditiv/Visuell-motorisches
Feedback**

Brain-Fit Easy, Best. Nr.: OT 70
149,- DM mit Kopfhörer und
Batterien

AUDIVA

Institut für Hören und Bewegen

S. Minning, Dipl.
Logopädin, Gartenstr. 15
D 79541 Lörrach
Tel: 07621 - 949 173
Fax: 07621 - 949 173
<http://www.audiva.de>

NEU: Heft zur 2. Arbeitstagung 97
NEU: Lesetraining: Nordqvist: „Ein
Feuerwerk für den Fuchs“

**Anzeigenschluß
für Heft 3/98
ist der
3. Mai 1998**

Praxisgemeinschaft für Sprachtherapie
sucht ab sofort

Sprachtherapeut/in

in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

M. Bintakies-Eckert/S. Strupat-Haendeler
Gerh.-Hauptmann-Str. 31
51379 Leverkusen Tel. 02171/43789

Landesgruppenvorsitzende der AGFAS

Bundesvorsitzender: Volker Maihack, Moers
Anschrift der Geschäftsstelle:
AGFAS, Goethestraße 16, 47441 Moers

Adresse für die Mitgliederverwaltung der AGFAS:
Karin Grambow, Mauritiusstr. 3, 10365 Berlin;
Tel.: 0 30 - 5 54 16 42
Fax.: 0 30 - 5 54 16 43

Landesgruppen:

Baden-Württemberg: Eva-Maria von Netzer,
Tel.: 0 77 51/43 03 und 55 45
(zu den Geschäftszeiten)

Bayern: Dr. Elisabeth Wildegger-Lack
Tel.: 0 81 41/3 37 18, Fax: 0 81 41/3 37 56
(Mo u. Do 8.00-9.00 Uhr)

Berlin: Manfred Düwert
Tel.: 0 33 03/50 11 63

Brandenburg: Dr. Eva Seemann
Tel.: 03 37 48/70 00 00

Bremen: Sabine Beckmann (kommissarisch)
Tel.: 05 11/46 34 31 (Do 20.00-21.00 Uhr)

Hamburg: Ulrike Bunzel-Hinrichsen
Tel.: 0 40/7 23 33 90

Hessen: Barbara Jung
Tel.: 0 56 31/91 36 36 Fax: 0 56 31/6 19 05
(Di u. Do 18.00-18.30 Uhr)

Mecklenburg-Vorpommern: Renske-Maria Hubert
Tel.: 0 38 21/81 44 51 (Di. 9-10 u. 14-15 Uhr)

Niedersachsen: Sabine Beckmann
Tel.: 05 11/46 34 31 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Rheinland: Michael Bühlhoff
Tel.: 02 08/2 62 32, Fax: 02 08/2 76 27
(Mo, Di, Do, Fr 7.00-8.00 Uhr)

Rheinland-Pfalz: Bettina Oberlack-Werth
Tel.: 0 26 54/16 00 (Mi 18.00-21.00 Uhr)

Saarland: Marianne Jochum
Tel.: 0 68 25/21 03 (Mi 13.00-14.00)

Sachsen: Brigitte Schmidt
Tel.: 03 51/4 71 43 21 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Sachsen-Anhalt: Regina Schleiff
Tel.: 0 39 46/70 63 35 (Fr. 11-12 Uhr)

Schleswig-Holstein: Ilona Bauer
Tel.: 0 43 47/38 93 (Mi 10.00-11.00 Uhr)

Thüringen: Karin Grambow
Tel. u. Fax: 0 30/9 33 30 89 (Mo 15.00-18.00 Uhr)

Westfalen-Lippe: Dagmar Ludwig
Tel.: 0 52 22/5 85 90 (Mi u. Do 8.00-8.30 Uhr)

Ansprechpartner für die Belange der Angestellten sind:

Birgit Appelbaum, Tel.: 0 28 41/50 29 88
(7.00-7.30 u. abends nach 21.00 Uhr)

Petra Simon, Tel.: 02 21/1 70 34 21
(7.30-8.00 Uhr u. 19.30-20.30 Uhr)

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund



Detektiv Langohr

99,- DM
Inkl. Mehrwertsteuer & Versand.



Geräusche

Übungsset zur Förderung der auditiven Wahrnehmung

Mit diesem Übungsset (Version 1.3) stehen Ihnen unzählige Spiele zur Förderung der auditiven Wahrnehmung auf Geräuschebene zur Verfügung.

Die mitgelieferte CD beinhaltet sowohl Übungen für den Einsatz in einem normalen CD-Player als auch Spiele für den PC. Ob Sie nur eine Möglichkeit oder beide Medien nutzen wollen, bleibt Ihnen überlassen.

Das Übungsset besteht aus einer CD, 24 Bildkarten, einer Sammelbildkarte mit 12 weiteren Abbildungen und einem umfangreichen Begleitbuch mit praxisnahen Spielvorschlägen.

In verschiedenen Schwierigkeitsstufen können die Unterscheidung von Minimalpaaren, die Merkspanne (Reihenfolge-Hören), die Zuordnung von Geräuschen zu Bildern sowie das Richtungshören gefördert werden.

Alle Geräusche bestechen durch beste Tonqualität und zeichnen sich durch eine gute Assoziierbarkeit aus.



Normale CD (Audio-Teil)

- 36 Geräusche in bester Klangqualität
- Bildmaterial zu jedem Geräusch
- 88 Übungen (direkt anwählbar)
- Eigene Übungen zusammenstellbar

CD-ROM (Multimedia-Teil)

- 72 Geräusche + ca. 100 Variationen
- Große Auswahl an Spielen
- Spielvariationen mit und ohne Bilder
- Zahlreiche Schwierigkeitsabstufungen
- Individuelle Einstellungsmöglichkeiten



Für
Computer
&
CD-Player

PC-Anforderungen: Pentium-PC, multisessionfähiges CD-ROM, 16-Bit-Soundk.

Wir sind uns sicher, daß DETEKTIV LANGOHR Ihnen und vor allem den Kindern viel Freude bereiten wird - deshalb stehen wir zu unserem 14-tägigen Rückgaberecht (Sie zahlen lediglich das Rückporto).

TRIALOGO

Trialogo Verlag • Pf. 102117 • D-78421 Konstanz • Tel 07531/91230 • Fax 07531/91232