

Die Sprachheilarbeit

5/98

Auf ein Wort

Elisabeth Wildegger-Lack

Hauptbeiträge

- Stephan Baumgartner, Würzburg*
Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die
Qualitätssicherung professionellen sprachtherapeu-
tischen Handelns 243
- Ulrike de Langen-Müller, Bernd Genal, Bad Griesbach*
Systematische Angehörigenarbeit in der neurologischen
Rehabilitation – eine interdisziplinäre Aufgabe – 260

Magazin

Im Gespräch

- Hildegard Kaiser-Mantel, München*
Sprachheilpädagogische Diagnostik bei 3-4jährigen
Kindern: Eine objektiv-systematische Beurteilung
oder eine subjektiv-intuitive Momentaufnahme? 272
- Friedrich Michael Dannenbauer, München*
Inszenierter Spracherwerb bei Dysgrammatismus:
Zur Klarstellung eines Begriffs 278

dgs-Nachrichten • Aus-, Fort- und Weiterbildung • Einblicke •
Rezensionen • Aufruf • Vorschau

43. Jahrgang/Oktober 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, Tielter 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, Pölkenstraße 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 Preisliste Nr. 3/1997. Anzeigenleiter: Oliver Gossmann.
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/12 80 09
Druck: Lörer 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 Post AG, 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.



E. Wildegger-Lack

Auf ein Wort

„Sprachheilpädagogen in der Forschung – Daten für die Therapie“.

Erstes wissenschaftliches Symposium der AGFAS in München

Viele Jahre war München als Tagungsort für eine AGFAS-Mitgliederversammlung im Gespräch, schien jedoch – uns Bayern unbegreiflich – durch seine dezentrale Lage hierfür ungeeignet. Als es im Januar dieses Jahres nun doch soweit war, stellten wir erstens eine viel regere Teilnahme als in der Planungsphase gehofft, zweitens bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine gewisse Begeisterung fest und drittens, daß sich der für einige recht weite Weg am Ende sogar gelohnt hatte. Für mich und meine Mithelferinnen im AGFAS-Landesvorstand war das natürlich eine Freude, denn die Vorbereitungen zum Gelingen dieser Tagung bedeuteten eine bis dahin für uns ungeahnte Arbeit und Mühe.

Das im Vorfeld neu entworfene Konzept, neben dem Austausch aktueller berufspolitischer Entwicklungen im Rahmen der AGFAS-Mitgliederversammlung auch Raum für den fachlichen Austausch in Form eines wissenschaftlichen Symposiums zu ermöglichen, hat Anerkennung gefunden. Die Fachvorträge unter dem oben angesprochenen Thema, organisiert von Dr. Ulrike *de Langen-Müller*, werden in dieser und der nächsten Ausgabe der *Sprachheilarbeit* veröffentlicht. Die Chronologie der Beiträge folgt gewissermaßen der Logik unseres Faches. Die Vorträge verliefen von theoretischen Überlegungen hin zu anwendungsbezogenen Beiträgen und hier vom Kindes- über das Jugend- zum Erwachsenenalter. Die Klammer, die durch den fragenden und zuweilen provozierenden Beitrag von Dr. Stephan *Baumgartner* am Anfang und den teils optimistisch, teils nüchtern resümierenden Abschluß von Volker *Maihack* um alle Vorträge geschlossen wird, sollte für den Leser deutlich werden. So können Sie sich selbst überzeugen, wie unsere Fachdisziplin trotz sprachheilpädagogentypischer Selbstkritik und Bescheidenheit am Ende durch Kompetenz und Selbstreflexion besticht.

Die Vorträge demonstrierten, daß die Sprachheilpädagogik es versteht, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse der Nachbardisziplinen in didaktisch verwertbare sprach-, sprech-, stimm- und schlucktherapeutische Konzepte für unsere praktische medizinisch-pädagogische Arbeit mit dem Patienten zu modifizieren. Forschung, Theorie und Praxis bilden in der Sprachheilpädagogik ein ineinander verwobenes Geflecht, das auf hohem Niveau effektive Forschungsergebnisse für die Praxis und umsetzbare didaktische Konzepte aus der Praxis liefert und somit in seiner Gesamtheit ein wirkungsvolles System darstellt. Das Studium an der Universität gibt Sprachheilpädagogen die Voraussetzungen für die kompetente Arbeit in Praxen, Rehabilitations- und Fördereinrichtungen im klinischen Bereich und Hochschulen. Die Qualität unserer Arbeit ist in der Fachwelt insbesondere durch die zahlreichen Veröffentlichungen in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt.

Berufspolitisch eröffnen sich auch deshalb neue Dimensionen, und so ist es spätestens seit der AGFAS-Mitgliederversammlung 1998 kein Geheimnis mehr: die AGFAS muß lernen, auf eigenen Füßen zu stehen. Die Verknüpfung von dgs und AGFAS soll durch neue Strukturen neue Formen annehmen. Die Verbindung von schulisch und außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen, die für Außenstehende immer wieder verwirrend wirkt und sogar für Insider mitunter zu Mißverständnissen führt, muß noch klarer herausgearbeitet werden. Grabenkämpfe untereinander sind hier fehl am Platz! Die Vernetzung unserer Berufsgruppe in Schule und Therapie ist beispielhaft für unsere lange Tradition.

Die Verbindung von knisternder Berufspolitik und hochkarätigen Fachinhalten 1998 in München war ein Erfolg – möge sie sich bewähren. Der seit Jahrzehnten beschrittene Weg der dgs, alle zwei Jahre den Kongreß von einem anderen Landesverband ausrichten zu lassen, sollte auch von der AGFAS eingeschlagen werden. Die fachliche und organisatorische Planung und Gestaltung der AGFAS-Mitgliederversammlung in München durch seine Mitglieder vor Ort empfehle ich auch für andere AGFAS-Landesgruppen als nachahmenswertes Konzept. Es sollte zu schaffen sein, alle zwei Jahre in einem anderen Bundesland mit einem kompetenten wissenschaftlichen Symposium örtlicher Referenten aufzuwarten. Sicher hat es der gesamten Mitgliederversammlung einmal gut getan, aus dem Hexenkessel der politischen Aufgeregtheiten im Umfeld des Regierungs-

sitzes in das etwas gelassenerere München zu wandern.

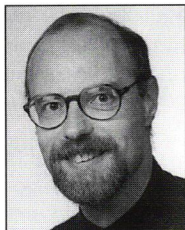
Den Referenten vom Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik der Ludwig-Maximilians Universität München, der Heckscher Klinik München, des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen, des Klinikums Passauer Wolf Bad Griesbach, des Berufsbildungswerks für Hör- und Sprachgeschädigte Nürnberg und aus sprachheilpädagogischen Praxen sowie den interessierten Teilnehmern aus Praxis, Klinik und Hochschule, den Moderatoren und Mithelferinnen sei an dieser Stelle vielmals gedankt. Die Verpflichtung und Bereitschaft zum wissenschaftlichen Austausch macht auch vor Arbeitsfeldern mit großem sprachtherapeutischen Versorgungsauftrag nicht halt. München hat es gezeigt, auch das verpflichtet!

Für die Zukunft wünsche ich uns Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen weiterhin viel Kraft und Durchhaltevermögen. Mit Kant gesprochen: „Alle Stärke wird nur durch Hindernisse erkannt, die sie überwältigen kann.“



(Dr. Elisabeth Wildegger-Lack ist Vorsitzende der AGFAS-Landesgruppe Bayern. Sie leitet eine sprachtherapeutische Praxis in Fürstenfeldbruck bei München.)

HAUPTBEITRÄGE



Stephan Baumgartner, Würzburg

Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die Qualitätssicherung professionellen sprachtherapeutischen Handelns

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund eines vielfältigen Anerkennungsdrucks hat in der Sprachheilpädagogik eine bemerkenswerte Professionalisierungsdebatte begonnen. Die Auseinandersetzung um die Qualität sprachheilpädagogischer Tätigkeit in Beratung, Unterricht und Therapie berührt diese zentral. Fachliche Qualität ist vorhanden, die Frage ist nur welche und bei wem. Qualitätssicherung hängt ganz wesentlich von der sprachheilpädagogischen Konzeptbildung ab, die in ihrem interdisziplinären Zustandekommen zu allen Zeiten widersprüchlich war. Das Dilemma, in der Perspektive der Objektwissenschaft eine humane sprachkommunikative Beziehung zu gestalten, ist offensichtlich. Dem großen Vorrat an individuellem und subjektivem Behandlungswissen steht ein kleiner an wissenschaftlich systematisiertem zur Seite. Qualitätsindikatoren für die sprachheilpädagogische Praxis und für die Realisierung qualitativ hochwertigen Handelns werden benannt. Qualitätssicherung wird als Chance für einen selbstbewußt geführten, alltagstauglichen Theorie-Praxis-Dialog bewertet, in dem SprachheilpädagogInnen den flexiblen Umgang mit Behandlungsstandards lernen können und wollen.

1. Einführung

Im Zusammenhang mit der Thematik drängen sich zunächst einige Beobachtungen auf, die die aktuelle Sprachheilpädagogik betreffen. Dazu gehört der Beginn einer Professionalisierungsdebatte, deren Kern die Beschreibung der Spezifität eines personenbezogenen sprachlich-kommunikativen Handelns ausmacht (Borbonus 1996; Dannenbauer 1998; Iven 1995; Maihack 1996; Welling 1996). Die Debatte verläuft vor dem Hintergrund eines Anerkennungsdrucks, der auf der sprachheilpädagogischen Vermittlungspraxis lastet. Anerkennungsdruck von innen, weil die behandlerische Methodenvielfalt zunimmt und Kriterien für die Beurteilung der jeweils

„erfolgreichsten“ Methode fehlen. Kritik an der wahllosen Kombination als gleichwertig nebeneinander gestellte oder bewertete Methoden wird laut (Baumgartner 1995; Motsch 1996; Welling 1996). Sie ist mit einer ernsthaften Frage verbunden, wieviel Innovation die wissenschaftliche Sprachheilpädagogik angesichts einer anschwellenden Methoden- und Paradigmenvielfalt grundsätzlich verträgt. Anerkennungsdruck von außen, weil auf einem beinhalten Gesundheits- und Behandlungsmarkt die Konkurrenz um gute Noten, Beurteilungen und sichere Arbeitsplätze wächst. Die Sprachheilpädagogik muß ihre Versorgungszuständigkeit, die Eigenständigkeit ihrer Theorien und Konzepte sowie die Effizienz ihres spezifischen sprachdiagnostisch-therapeutischen Handelns offensiv belegen (Springer 1996, 976). Das kann und darf nicht allein auf der Basis subjektiv-privater Meinungsbildung Einzelner, die für den wissenschaftlichen Diskurs nicht zugänglich und nachprüfbar ist, geschehen. Über Insiderwissen können sich Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen nur unzureichend und schon gar nicht öffentlichkeitswirksam verständigen.

Veränderungen in der Versorgung sprachbeeinträchtigter Menschen werden von politischer Seite gerne mit dem Ziel der Kostenreduktion initiiert. Die These ist scheinbar simpel: der profitablere Leistungserbringer gewinnt! Dort, wo nach Leistungssatz und Zeitfaktor abgerechnet wird, darf man an Sprachtherapie am Fließband denken. Effizienz heißt hier, immer mehr Leistung in immer weniger Zeit oder standardisierte Sprachdiagnostik in 45 Minuten. Werden wir uns bald

wie die Habichte nur noch auf das sprachliche Oberflächensymptom, das sich besonders gut messen läßt, stürzen, ansonsten den Weg der manualisierten und standardisierten Übungstherapien beschreiten müssen? Offen bleibt, wie dabei bedürfnis- und personenorientiert vorgegangen werden kann. Die Sprachheilpädagogik gerät – in ihrer Geschichte nicht zum ersten Mal – in Bedrängnis und Bewegung.

2. Sprachheilpädagogik in Bewegung.

Ein erheblicher Drang in außerschulische Handlungsfelder bewirkt die Zunahme der in freien Praxen niedergelassenen, in Krankenhäusern, Rehabilitations-/Frühfördereinrichtungen und kommunalen Beratungsdiensten tätigen Sprachheilpädagog(inn)en. Dadurch führen sie immer mehr von z.B. Krankenkassen oder Beihilfen finanzierte Aufgaben im Sinne der Krankenversorgung durch. Das sprachheilpädagogische Klientel ist insgesamt selbstbewußter geworden, begreift sich als (zahlendes und wissendes) Subjekt des sprachtherapeutischen Prozesses. Sprachheilpädagog(inn)en betonen ja selbst ihr Wohlwollen gegenüber dem eigenaktiven Klienten, der mit seinem Wissen und Können die Methodenauswahl stützt (Baumgartner und Füssenich 1997; Iven 1995).

Das berufliche Selbstverständnis ist in der Konkurrenz und Kooperation mit anderen Fachleuten besonders dort gefragt, wo es um die heilpädagogische Legitimation sprachheilpädagogischer Tätigkeit sowie deren ausgewiesene Faktizität und empirisch-analytische Grundlegung geht. Die Zahl der wissenschaftlich anspruchsvoll ausgebildeten und die Reflexion ihrer theoriegeleiteten Tätigkeit ernst nehmenden Kolleginnen und Kollegen wächst. Der Ruf nach exaktem Wissen erinnert an erste Auseinandersetzungen zwischen Medizinerinnen und Pädagogen in den Kinderjahren der Sprachheilpädagogik (Hasenkamp 1930; Rothe 1923).

Die Auflösung der bislang versorgerisch dominierenden Sprachheilschulen in Integrations- bzw. Förderzentren schreitet voran (Günther 1996, 115). In der Konsequenz arbeiten auch dort Sprachheilschulpädagog(inn)en häufiger spezifisch sprachdiagnostisch und -therapeutisch. Für die Versorgung

mehrfachbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher benötigen sie erweiterte Interaktions- und Kommunikationskompetenzen sowie anders geformte Spezialisierungen. Die Legitimationskrise der Sprachheilschule ist offensichtlich. Man fragt penibel und dezidiert nach der Eigenständigkeit und Wirksamkeit ihrer didaktischen Bemühungen (Dannenbauer 1998; Troßbach-Neuner 1998).

Einerseits hat die Bedeutung des Konstrukts der Ganzheitlichkeit und der multidimensionalen Problemsicht zugenommen (Kleinert-Molitor 1996), andererseits fordern nicht nur Wissenschaftler die Abkehr von einem ganzheitlich verbrämten „sprachheilpädagogischen Heilpraktikertum“ (Dannenbauer 1998), die Rückbesinnung auf „Sprachtherapie als identitätsstiftendes Anliegen“ (ebd.) und die starke Konzentration auf ausgewiesene sprachpathologische, linguistische und heilpädagogische Zuständigkeiten (Baumgartner 1998; Hansen 1996; Tracy 1994). In den Hochschulen trifft man vermehrt auf im Handwerk der wissenschaftlichen Methodik versiert forschende Wissenschaftler/innen, die nicht nur von Interdisziplinarität schwärmen, sondern sich selbst die Fremdkompetenz einer anderen Fachdisziplin (z.B. Linguistik) angeeignet haben. Praxiserfahrene Dozent(inn)en zeigen, über das wissenschaftliche Interesse an idealtypischen Konstruktionen von Therapiekonzepten hinaus, auch alltagspraktische Therapiekompetenz.

Lediglich eine Minderheit der Studierenden benutzt gegenüber ihrer Vätergeneration das Studium noch zur Bewußtseinserweiterung oder um sich ein Bild von der akademischen Welt zu erschließen. Die Studierenden wollen und müssen möglichst effektiv, schnell und reibungslos studieren. So gut wie alle wollen eine handfeste Berufsausbildung und nichts anderes. *Humboldt* ist eine schöne Ideologie, aber nicht realisierbar. Magister- und Diplom-Studierende drängen auf die Vermittlung möglichst sachgerechter sprachdiagnostisch-therapeutischer Verfahren mit Grundstandard, der einer Praxis zugute kommt, die von ihnen bei Berufseintritt sofort ein selbständig verantwortetes Routinehandeln verlangt (Dupuis et al. 1997). Alle Studierenden wünschen bereits in der Ausbildung von sprachtherapeutischen Konzepten zur Behandlung mehrfach beeinträchtigter

Menschen und generell von praktisch-reflexiver Interdisziplinarität zu erfahren. Sie wollen frühzeitig die Interaktion zwischen praktischen und theoretischen Aktivitäten erleben.

3. Sprachtherapeutisches Handeln im Kontext wissenschaftlicher Sprachheilpädagogik

Die Ausübung einer gesetzlich und berufsständisch-ethisch geregelten sprachtherapeutischen Versorgung sollte mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren und Maßnahmen zur Feststellung und positiven Veränderung von Sprachbeeinträchtigungen erzielt werden (vgl. Berufsordnung der Mitglieder der „Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen“, AGFAS). Sprachtherapie ist in diesem Sinne

- ein bewußt geplanter, personenbezogener und interaktioneller Spracherwerbsprozeß
- zur positiven Veränderung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Kau- und Schluckstörungen
- mit wissenschaftlich-methodisch geprüften sprachheilpädagogischen Maßnahmen
- in Richtung auf gemeinsam definierte sprachlich-kommunikative Lernziele
- kritisch auf der Basis von Theorien der Sprache, des Spracherwerbs und der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung reflektiert.

Definitionen sind Setzungen relativ willkürlicher Art. Sie versachlichen und verallgemeinern. Sie geben lediglich einen Ausschnitt der sprachtherapeutischen Wirklichkeit frei. Die Bestimmung ihrer Gültigkeit im Hinblick auf das, was qualitativ volles sprachtherapeutisches Handeln ist und was unser Bedürfnis danach motiviert, setzt differenziertes Nachdenken über einige ihrer inhaltlichen Komponenten voraus (vgl. Breckow 1996, 273).

3.1 Kritische Rationalität

Die Definition betont den „Primat der Sprachlernprozesse“ (Homburg 1978, 401) in einer gekonnten, systematischen und individuell abgestimmten Vorgehensweise. Im Zentrum steht die sprachlich-kommunikative Beziehungsgestaltung, die den sprachtherapeutischen

Prozeß nachweislich vorantreibt. Sprachtherapie ist hier eine unter theoretischem und empirischem Aspekt zu reflektierende Tätigkeit. Als Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen setzen wir uns kritisch-rational z.B. mit den Zielen, dem Prozeß, der Beziehungsqualität und dem Resultat der Therapie auseinander. Wir beziehen die Erkenntnisse korrespondierender Wissenschaften in die Reflexion ein. Wir bejahen selbstbewußt die Nähe zu dem von Haeblerlin (1996, 202) ironisch überzeichneten „guten“ Heilpädagogen, der sich „im Rahmen einer exklusiv kritisch-rationalen Sichtweise dadurch auszeichnet, daß er stets auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über differenzierte Lehr-, Therapie- und Interventionsmethoden bleibt und stets bemüht ist, für seine pädagogische Arbeit nur bestes verfügbares technologisches Wissen anzuwenden“.

Wie jede wissenschaftliche Pädagogik, verhilft auch die Sprachheilpädagogik „der Erziehungswirklichkeit zu besserem, erklärendem, prognostischem und kontrolliertem Wissen zu verhelfen“ (Bleidick 1985, 50). Als Objektwissenschaft geht es ihr um die Annäherung an ein naturwissenschaftliches Forschungsparadigma, in dem sie auf der Folie der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und der generalisierbaren Erkenntnisse möglichst exakt, wert- und widerspruchsfrei sprachheilpädagogisches Handeln erklärt und beschreibt. Methodologisch arbeitet sie dazu mit Beobachtungs-, Befragungs-, Test- und experimentellen Verfahren.

Jede Wissenschaft ist eine von Menschen hervorgebrachte Wissenschaft (Jetter). Allein deswegen hat das Paradigma der empirisch-analytischen Wissenschaft keinen Alleinvertretungsanspruch. Für die Sprachheilpädagogik perpetuiert es ein altes Dilemma, das diese schon aus der frühen Auseinandersetzung mit der Stimm- und Sprachheilkunde kennt (Hasenkamp 1930): Sie nähert sich im sprachtherapeutischen Prozeß einem Objekt, das unter anderem die Merkmale: Individualität, Subjektivität, Einzigartigkeit und zielorientiertes Handeln aufweist. Und sie nähert sich mit Rationalität und Objektivität einer Praxis, die man nur schwer nach wissenschaftlich geforderten, expliziten Regeln normieren kann. Die Regelmäßigkeit beschränken:

- personenbezogene und dynamische Therapiekonzepte mit langfristigen *und ad hoc* entstehenden Therapiezielen, die der momentane Therapiefortschritt modifiziert
- unterschiedlich komplexe Anforderungssituationen mit sprachlicher *Interaktionalität* als wesentlichem Erfahrungsfeld
- ein komplexes, explizites *und* intuitives Handlungswissen, das die Zusammenhänge zwischen Außen- und Innenwelt systemisch klärt
- eine Therapieplanung auf der Basis eher informeller und zweckgebundener Diagnosedaten
- die Wahrnehmung der *selbstaktiven* und -korrigierenden Fähigkeit der spracherwerbenden Person
- Zeit- und Ergebnisdruck, der die Präzision der Planung und Kontrolle verringert
- die optimale Nutzung *aller* sprachlich-kommunikativer Ressourcen.

Die mit dem Anspruch des Wissenschaftlichen verbundene Rationalität, die unbedingte Sorgfältigkeit bei der Analyse des bis in die Feinstrukturen zu erfassenden sprachlichen Systems, die Objektivität und Zielgenauigkeit, die für das planvolle Vorgehen gefordert wird, müssen die Diskussion um unseren Standort in der Heilpädagogik als Humanwissenschaft provozieren. Sprachheilpädagogische Praxis geht der Wissenschaft in vielem ständig voraus. Sie wird hinsichtlich der eindeutigen Zielorientierung und der systematischen sowie kontrollierten Veränderung sprachlichen Lernens Einschränkungen vornehmen müssen. Als Bezugspunkt ist die o.g. Definition von Sprachtherapie sicherlich nützlich. Zielt sie dennoch nicht zu sehr auf die Anwendung stärker therapeutenzentrierter Verfahrensweisen, die vorab angeben, welche sprachlichen Lernziele erwünscht und welche nicht erwünscht sind? Beschränkt sie sich nicht eher auf Rationalität und auf Sprach- und Sprechtrainingsverfahren, deren Natur in der *Reduktion* komplexer Sprachlernbeziehungen liegt? Kommt sie nicht denen entgegen, die ihre einmal gelernte Methode wie ein Schild vor sich hertragen, die sich als sprach- und kommunikationserlebende Person bedeckt halten und sich ihr Lehrkonzept nicht aus der Hand nehmen lassen? Stärkt sie nicht jene, die wenig Flexibilität zeigen, das *breitgefächerte* Fähigkeitsspek-

trum der sprachbeeinträchtigten Person wahrzunehmen und jene, die ihre Beziehung eher zum gestörten Sprachverhalten herstellen und zu spät bemerken, daß sich der motivationale Schlüssel zur positiven sprachlichen Veränderung im größeren System des kognitiven, emotionalen, motorischen oder sensorischen Zusammenwirkens verbirgt? Neben der Erhebung sprachlicher Daten (Sprachanalyse) und der darauf aufbauenden Auswahl der zu lernenden sprachlichen Regeln und Strukturen, ist die *sprachliche* Beziehungsgestaltung Kern unseres Handelns. Im Zweifelsfall hat das Interesse der sprachbeeinträchtigten Person Vorrang gegenüber dem vorstrukturierten Inhalt. Ohne den Rückgriff auf wirklich subjektiv bedeutsame Sprachlerninhalte, die man gemeinsam zu errahnen, erfragen und explizit zu bearbeiten hat, kann kein Lernprozeß zustande kommen. Ohne dialogische Assistenz und Lebensweltbezug, ohne die Beachtung des persönlichen Sprachlerntempos und der individuellen Leistungsfähigkeit, aktivieren wir in der Person des sprachbeeinträchtigten Menschen das Programm der „inneren Kündigung“ (Schweer 1997, 9).

Das Empirieverständnis des Wissenschaftlers deckt sich mit dem, der im Alltag praktisch handelnden Sprachheilpädagog/innen wohl nur mäßig. Für diese wird das Definitionsangebot von Sprachtherapie eher eine konstruierte behandlerische Scheinwelt repräsentieren, die mit der von ihnen erlebten und reflektierten Wirklichkeit selten übereinstimmt. Der Wissenschaftler genießt gegenüber dem Praktiker in der Formulierung seiner Theorien, Konzepte und Definitionen die Freiheit des Wählen-Könnens. Was die Stimmigkeit stört, wird eliminiert. So flieht er dem Unvorhersagbaren, Zufälligen und Chaotischen der Alltagspraxis. Für Alltagspraktiker ist die normative Auseinandersetzung mit dem Primat des kritischen Rationalismus im sprachtherapeutischen Handeln existentiell von Bedeutung.

3.2 Subjektivität, Ganzheitlichkeit und Verstehen

Ich vertrete hier die Meinung, daß die Geographie des Bewußtseins von Pädagogen mit der von Naturwissenschaftlern einfach nicht

konform ist. Gerade praktisch tätige Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen tragen dort, wo das sprachlich-kommunikative Gesamtsystem zugunsten des empirisch Beobachtbaren aufgelöst wird, ihre Bedenken vor. Sie plädieren für einen komplex-verstehenden Denk- und Erklärungsansatz, der Intuition einschließt in Ergänzung (Breckow 1997; Rodenwaldt 1996). „Offensichtlich geht es um die Vereinbarkeit (...) von Geistigem und Materiellem, von menschlich verstehendem und naturwissenschaftlich kausalem Ansatz (...). Beide Ansätze sind real und beide erreichen die Realität, die Wahrheit nur annäherungsweise“ (Speck 1996, 539). Intuitive und vorbereitete sprachtherapeutische Prozesse sind rational-analytischen nicht prinzipiell unterlegen. Sie komplettieren sich sinnvoll. Ich habe an dieser Stelle sogar fast den Verdacht, daß mit dem *Zuwachs* an empirisch-analytischem Wissen ich noch *mehr* persönliche Erfahrung und intuitives Wissen benötige. Einige Untersuchungen belegen z.B. zweifelsfrei: Bei verlangsamer Sprechgeschwindigkeit wird weniger gestottert. Andere belegen genauso zweifelsfrei: Der Unterschied der Stotterhäufigkeit ist bei normaler und schneller Sprechgeschwindigkeit nicht bedeutend (z.B. Peters u. Hulstijn 1987). Müßten nach einigen Studien die Eltern stotternder Kinder ihr Sprechtempo modellierend vermindern, legen andere die Wirkungslosigkeit dieser Technik offen (z.B. Yaruss u. Conture 1995). Die Wissenschaft klärt nach, was der Praktiker schon längst weiß: Die Beziehung zwischen Sprechtempo und Stotterfrequenz ist komplexer Natur. Ich *muß* mich gegenüber dem einzelnen Klienten auf *mein* persönliches Wissen und auf *meine* klinische Sensibilität verlassen.

Sprachheilpädagogik hat, wie jede wissenschaftliche Heilpädagogik, mit einer Problemverdoppelung zu tun: Anerkennung der auf „Objektivierung angelegten wissenschaftlichen Distanz“ und der „biographisch-subjektiven Intentionen und Situationsdeutung der Akteure“. Das bedeutet für sie gesteigerte Forschungskomplexität (Opp 1996, 368f.). Sprachheilpädagogen wollen bei allem objekt-wissenschaftlich legitimierten Erkenntnisinteresse einen Personengrundriß ethisch bejahen, der von autonomen Sprachlernsubjekten, situativen und subjektiv bestimmten sprachlich-kommunikativen Bewältigungsstrategien so-

wie dem Konzept des sprachlich-kommunikativen Andersfähigseins ausgeht (Baumgartner 1997).

Die hermeneutisch-phänomenologische Sichtweise hat unseren pädagogischen Kulturkreis in der Gestalt der qualitativ hochwertigen „Hinwendung zum Subjektsein“ (Rodenwaldt 1996, 52) immer schon berührt. So forderte Rothe (1929, 9) nicht allein die „zielbewußte und planmäßige Umerziehung“ des Menschen. Er forderte eine die „ganze Persönlichkeit von allen Seiten erfassende Umprägung“ und weiter: „Aufgabe der Erziehung bei Sprachleiden ist nicht nur das Eingewöhnen in die neugelernte Sprechart, sondern ist vor allem die Erziehung des ganzen Menschen“ (16). Man kann das für die Entfaltung einer wissenschaftlichen Sprachheilpädagogik als schwerwiegende Hypothek, aber auch als einmalige Chance begreifen. Die Chance liegt in der traditionell heilpädagogischen Haltung, dem Gesamtzusammenhang, der Mehrdeutigkeit und Ambivalenz des sprachtherapeutischen Beziehungsangebots Aufmerksamkeit zu schenken. Sie liegt ferner im Focus auf forschende Therapiesubjekte, die sich bewußt selbst zum Instrument der Forschung machen, eigenes Erleben und eigene Wünsche in der Wechselwirkung des Sprachlich-Kommunikativen wahrnehmen und artikulieren (Grohnfeldt 1996; Weikert 1996).

Im Gegensatz zur empirisch-quantitativen, zielt die qualitative Forschung auf am Kontext der Situation gebundene Regelmäßigkeiten (Mayring 1996). Dadurch leistet sie für einen sprachheilpädagogischen Alltag, auf den das Merkmal „Wertfreiheit“ selten zutrifft, sinnvolle Aufklärungsarbeit. Hier gibt es z.B. keinen „wertfreien“ Sigmatismus, sondern Personen, die auch mit einem sprachpathologisch-phonetisch als Oberflächensymptom definierten „Sigmatismus“ sprachlich-kommunikativ ziel- und sinnhaft handeln (Homburg 1978). Sprachheilpädagog/innen kognizieren die phonetische Realität eines Sigmatismus in einer vielschichtigen Spracherwerbssituation, die sie nicht wertfrei von außen vollständig erklären können und wollen. Auch die subjektive Befindlichkeit der Betroffenen beansprucht reale Gültigkeit.

Die Kausalität zwischen einer therapeutischen Zielsetzung und den folgenden Handlungen und Wirkungen geht in der strukturell komple-

nen sprachlichen Vermittlungssituation weit über eine enge 1:1-Relation hinaus. In einer der sehr seltenen Metaanalysen mehrerer Therapiestudien haben *Byng* und *Black* (1995) auf die Multifaktorialität selbst einfacher sprachübungstherapeutischer Prozeduren in der Aphasiebehandlung verwiesen: Sie analysierten und interpretierten u.a. das spezifische Design der Aufgabe, die Einführung und Erklärung der Aufgabe, die spezifische psycholinguistische Natur der ausgesuchten Art der Verben, die Art und Weise der Hilfestellungen und Erklärungen, die der Therapeut gibt, sein Feedback sowie die Dauer und Intensität der Therapie.

Die systemisch beschriebene und erklärte Interaktion der biologischen Ausstattung des Menschen mit seiner soziokulturellen Sprachlernsituation und den individuellen sprachkognitiven, -emotionalen und -motivationalen Prozessen, verweist auf ein komplexes, sinnhaftes Erwerbgeschehen, das über die einfache Entfaltung vorprogrammierter einzelner sprachlicher Fähigkeiten weit hinaus reicht (*Pinker* 1996). Sprachheilpädagog/innen, die glauben, bestimmen zu können, was und wie andere lernen, die glauben, alleinige Planungs- und Strukturierungsinstanz im Behandlungsprozeß zu sein, laufen Gefahr, zu scheitern. Weder viel Wissenschaft, noch viele und außergewöhnliche Vermittlungsmethoden, werden sie davor schützen. Erst die ausgehandelte Minimierung der Diskrepanz zwischen dem eigenen Lehrinteresse einschließlich dem konzeptionell vorweg ausgearbeiteten Sprachlerngegenstand und dem Lerninteresse der sprachbeeinträchtigten Person garantiert Lernfortschritte.

Die Verarbeitungs- und Konstruktionsvorgänge der sprachlichen Selbstorganisation finden nun einmal *in* der sprachbeeinträchtigten Person statt. Wir haben das als psycho-physische Tatsache genauso zur Kenntnis zu nehmen, wie die Begrenzung unserer Vorstellung von der Allmacht des von außen steuernden, noch so feinmodellierten sprachlichen Inputs. Das pädagogische Postulat, das *Kind* ist Agent seiner Entwicklung, beansprucht umfassende Gültigkeit. Seine Realisierung gilt insbesondere für das Konzept der entwicklungsproximalen Sprachtherapie (*Dannenbauer* 1997). Wenn wir anhand eines Transkripts die Zunahme der spontan realisierten Zielstruktur „Verb-

zweitstellung“ attestieren, können wir nicht in einem kausal-analytischen Kurzschluß den Input zum Auslöser definieren. Systemisch gesehen, ist es das Kind, das sich in der Dynamik eines mehrschichtigen intra- und interpersonellen Geschehens aus *vielfältigen* Gründen für die zu erlernende Struktur selbst aufschließt. Was wir im Transkript transparent und meßbar machen, ist nur ein Teil dessen, auf das sich unser therapeutisches Handeln bezogen hat. Die Vernetztheit der sprachtherapie relevanten Wirkvariablen hat zur Folge, daß sprachliches Modellieren Nebenfolgen in ganz anderen als dem anvisierten Bereich haben kann (*Hartmann* 1995, 32).

Wir erleben doch ständig in unserer Therapiewirklichkeit den Konflikt zwischen den eigenen Handlungsansprüchen und -wünschen und denen der sprachbeeinträchtigten Person, so daß letztendlich nicht von *dem* objektiv eindeutigen Sprachlernziel und *der* objektiv eindeutigen Sprachlernmethode berichtet werden kann, vielmehr von einer *Serie* von Zielen, denen wir situationsadäquat mit einer *Serie* von Methoden begegnen. Das, was wir als Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen verantwortlich tun, haben wir zu bewerten. Folglich reflektieren wir unsere Praxis entlang eines humanwissenschaftlichen Theorieverständnisses, nach dem der sprachbeeinträchtigte Mensch kein Standardmensch, sondern eine einzigartige Person mit einmaligen Erfahrungen ist. Selbstsicher könnten wir nebenbei auch von unserer *theorie/losen* Praxis berichten, weil uns die wissenschaftliche Sprachheilpädagogik zu häufig Theorien, die die Alltagspraxis aussagekräftig beschreiben und erklären, vorenthält. Unser spezifisches praktisches und theoretisches Wissen fördert die kritische Haltung gegenüber einer Wissenschaft, die mit ihrem überzogenen Exaktheits- und Objektivitätsanspruch unfähig ist, die strukturell hoch differenzierte und immer nur als komplexes prozessurales Geschehen anzutreffende sprachtherapeutische Praxis zu erforschen.

4. Zum Verständnis von Qualitätssicherung

Die Berufsordnung der Mitglieder der „Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen“ von 1995

verpflichtet dazu, „sich die als Standards aus der anerkannten wissenschaftlichen Forschung der Sprachheilpädagogik entwickelten Ergebnisse anzueignen und zum Wohle der Patienten einzusetzen“. Verbindet man mit Qualität den Wunsch nach Standards, wird man feststellen, daß allgemein verbindliche Standards für unsere sprachliche Vermittlungspraxis in Unterricht, Therapie und Beratung erst allmählich Konturen gewinnen. Die These soll aufgestellt werden, daß die Sicherung eines ausreichend hohen Qualitätsstandards und die Verhinderung unzureichender Qualität für ein subjekt- und objektwissenschaftlich zugleich begründetes sprachtherapeutisches Handeln schwierig ist.

4.1 Qualität und Standard

Qualitätssicherung heißt Standards durchsetzen, z.B. auf welche Art und Weise wir die Transkription einer Aussprachestörung vornehmen oder welche diagnostischen Verfahren wir zur Überprüfung eines Dysgrammatismus unbedingt anwenden müssen.

Während man Standard nachvollziehen kann, ist Qualität „ein Prädikat, das auf subjektiven Wertmaßstäben beruht. Deshalb gibt es keine allgemeingültige Definitionen von Qualität“ (Innerhofer und Innerhofer 1996, 371). Besondere Schwierigkeit bereitet, angesichts einer komplexen und mehrdimensionalen Vorgehensweise, die Feststellung der Ergebnisqualität als Kongruenz zwischen Ist- und Sollzustand. Die personenbezogene sprachlich-kommunikative Vermittlungspraxis enthält zu viele Einzelmaßnahmen, Zielveränderungen und -angleichungen an aktuelle Entwicklungen und Bedürfnisse, zu viele Störfaktoren, als daß man von der Erfolgsmessung auf die Qualität der Arbeit schließen könnte. Es gibt keine durchgehend eindeutige Kausalität zwischen Verfahrensanwendung und deren Wirkung.

Der Nachweis der Qualität meßbarer Einzelhandlungen widerspricht in vielem der Forderung nach einer personenbezogenen Vermittlungspraxis, die Raum für Individualität, Autonomie, Kreativität und Eigenaktivität bietet. Sprachliche Vermittlungspraxis ist mit der Vorgabe eines normierten Qualitätsstandards für alle Personen und für alle Organisationsformen schwer zu vereinbaren. Der „standar-

disierte Leistungskittel“ (Speck 1996, 385) ist ein Gewand, in dem wir uns nicht durchgängig wohlfühlen können, und für das unser Fachwissen in seiner entwicklungsökologisch-systemischen Dimension keine Genehmigung garantiert. Besonders die Sprachheilschulpädagogen haben mit der Evaluierung von Curricula, der pseudoexakten Lehr-Lernzielvorgabe, Lernzielkontrolle und Operationalisierung methodischer Teilschritte selten gute Erfahrungen gemacht. Praktiker/innen wollen und können nicht nur nach wissenschaftlich fundierten Handlungsstandards und -maximen tätig werden. Würde man die Mehrzahl unserer Diagnose- und Therapieverfahren ähnlichen Zulassungskriterien wie Medikamente unterwerfen, wäre ein Verbot ihrer Anwendung hoch wahrscheinlich. Zu Risiken und Nebenwirkungen befragen Sie ihren Sprachheilpädagogen. Die Bedarfslage macht jedoch unsere Praxis bereits heute notwendig, auch wenn die wissenschaftliche Begründung den Praktiker selbst nicht generell befriedigt. Dessen persönliche Erfahrungen sind solange maßgeblich und vertrauenswürdig als gültige, objektive und zuverlässige Aussagen über die Effektivität der Methoden ausstehen. Er hat den pfleglichen Umgang mit seinem impliziten, privaten Therapiewissen verdient.

4.2 Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit

Nicht von ungefähr stammt der Begriff der Qualitätssicherung aus der technischen Produktion. Betriebswirtschaftler und Organisationspsychologen betreiben mittels Kontrollsystemen, in einer wiederentdeckten Liebe zum Detail, das gezielte Aussteuern des Arbeitsprozesses auf den Erfolg des Produktes. Wen wundert es, wenn Pädagogen das Thema „Qualitätssicherung“ in seiner ökonomischen Gestalt vernehmen und die Bißwunden eines sich zunehmend entlarvenden neoliberalen Wirtschaftskreislaufes in ihrer Alltagsarbeit zu spüren bekommen. Ökonomisierung oder „Politik der ausgepreßten Zitrone“ heißt das neue Glaubensbekenntnis. Das Behindertenwesen kommerzialisiert, „rechnet“ sich. Aus dem Diktat der leeren Kassen ist ein Diktat der Ökonomen geworden, und man reibt sich etwas verwundert die Augen, wie lange es dauern konnte, bis wenigstens unsere Stu-

dierenden ihre Abneigung gegen die neuen Zwingherren bekundeten. Die verbeamteten Pädagogenkreise ihrerseits scheinen davon auszugehen, daß sich der Neoliberalismus schon von selbst wieder zähmt.

Wir werden in Zeiten der leeren Kassen und der Pfründesicherung um eindeutigeren Kosten-Nutzenrelationen nicht gänzlich herumkommen und wollen. Warum auch kein Wettstreit um die effizientesten Methoden? Das gewichtigste Argument dagegen dürfte die Erfahrung sein, daß am Ende die Monopolisierung weniger Methoden, die die Beziehungsgestaltung auf leicht steuerbare sprach- und sprechübende Verfahren einschränken und deren Effizienz sich besonders gut messen läßt, stehen könnte. Die aktuelle Diskussion um das Psychotherapeutengesetz zeugt massiv vom Sieg behavioralen Effizienzdenkens (Grawe 1994, Näther 1997). Die 3 Ws der Effizienz stehen für Wirtschaftlichkeit, Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit. Sie sind das Aushängeschild für schnell und erfolgreich lernbare und bezahlbare Vorgehensweisen. Anhand dieser Kriterien hat die Verhaltenstherapie ihre Überlegenheit gegenüber der Psychoanalyse und der humanistischen Psychotherapie (z.B. Gestalt- und Gesprächspsychotherapie) auf dem Markt, zumindestens nach außen, bewiesen.

In der Perspektive der 3 Ws mutieren z.B. Stottertherapien nach *Wendlandt, Pape* oder *van Riper* zu Marktartikeln, die wir wie Rasenmäher oder Rasierwasser in Testzeitschriften mit Gütepunkten bewerten. Als Methode wäre z.B. das entwicklungsproximale Vorgehen ein Standardprodukt, das der Benutzer an eindeutigen Leistungsmerkmalen, wie die Applikation einer Teilkörpermassage oder das Einsetzen einer Goldkrone, identifiziert. Planung und Kontrolle garantieren für die Wiederholbarkeit der Therapie. Man weiß, auf was man sich einläßt. Die Ware „Sprachtherapie“ wurde objektiv getestet, der Benutzer genießt Konsumentenschutz. Einfache Theorien des Stotterns oder des Dysgrammatismus, die entsprechenden Therapiemanualen zu Grunde liegen, hätten Zukunft (z.B. *Starkweather* 1995).

Praktiker, die eine qualitativ gute Arbeit leisten, die sich für ihre personenbezogene Verbesserung stetig fortbilden, müssen bei dem Versuch, die Qualität ihres fachlichen

Handelns gerade unter dem Aspekt der Kostenminimierung durch Messung sichern zu wollen, mißtrauisch werden. Solche Außenriffe der Ökonomie, die sich in der Anwendung einer eiskalten Kalkulation und eines rastlosen Konkurrenzprinzips wie ein unaufhaltsamer Gletscher über ihre Tätigkeit schieben, wollen sie kritisch prüfen. Wo das Prinzip der Wirtschaftlichkeit allumfassend wird, stehen Pädagoginnen und Pädagogen in der Pflicht, lautstark auf die sozialen und moralischen Folgekosten aufmerksam zu machen.

4.3 Qualitätssicherung als Chance

Standards sind an sich noch nicht wertvoll. Sie werden es erst, wenn wir das dynamische Umgehen mit ihnen lernen. Qualitätssicherung von außen und – mit dem Focus auf Selbstkontrolle – vornehmlich von innen, wird in Zukunft mithelfen, die noch ziemlich frei zwischen einer undefinierten Höchstqualität, einem Mittelmaß und einer Mindestqualität flottierende sprachheilpädagogische Vermittlungspraxis über den Nebel der Beliebigkeit, Zufälligkeit und Unzulänglichkeit hinauszuhoben. Qualitätssicherung sorgt für eine größere Transparenz sprachtherapeutischer Prozesse. Davor können prinzipiell nur diejenigen mit Angst reagieren, die sich in den gemütlichen Nischen der garantierten Rundumversorgung, z.B. im „sprachtherapeutischen Schonraum“ der Sprachheilschule, oder bei völligem Rückzug aus sprachpathologischen und linguistischen Zuständigkeiten in der Idylle „sprachfreier Ganzheitlichkeit“, gemütlich eingerichtet haben.

Qualitätssicherung bedeutet Chance, uns noch mehr rationale Klarheit über unser Tun zu verschaffen. Sie trägt zur genaueren und theoriebezogeneren Reflexion bei. Sie erhöht, bei positivem Feedback, die Handlungssicherheit und den Wunsch nach der Erstellung von Handlungs- und Bedarfsanalysen in Kooperation mit den Fachkollegen. Standards können entlastend wirken, beruhigen, Handlungssicherheit verleihen. Man weiß, was man tun muß und tun darf. Qualitätssicherung provoziert konstruktiv den Streit um *scheinbar* bewährte Aspekte verschiedener Methoden. Mit ihrer Hilfe formulieren wir unser Unbehagen an erfolgsmindernden Diagnose- und Therapietechniken schärfer und begrün-

deter. Über sie entfachen wir die Diskussion um ethische Prinzipien in der Behandlung sprachbeeinträchtigter Menschen. In einem modernen Dienstleistungswesen, zu dem in mancher Hinsicht auch die Sprachheilpädagogik zählt, müssen wir den Diskurs um die Art und Weise eines qualitativ vollen Handelns mit allen Betroffenen und Interessierten führen. Wir werden das noch kompetenter leisten, indem wir unser Bedürfnis nach Fakten und Daten zur Sprachtherapie systematisch artikulieren. Die Sprachheilpädagogik ist unter der Annahme, ihr Klientel hat einen Anspruch auf eine optimale Therapie, entsprechend dem Stand der Wissenschaft, zur Therapieforschung aufgerufen!

5. *Therapieforschung: Die Armut der Sprachheilpädagogik*

Mit Sicherheit begegnen wir ständig dem Phänomen, daß die routinemäßige Anwendung einmal erlernter Verfahren ausreicht, die konkrete Sprachlehr-/lernsituation erfolgreich bewältigen zu können. Was aber ist, wenn wir unsere Behandlungsbreite vergrößern, andere Sprachbeeinträchtigungen gezielt behandeln müssen? Wie helfen wir uns, wenn der Therapieerfolg ausbleibt, die Sprachbeziehungskonflikte zunehmen, wir unser Handeln auf Nachfrage von außen fachlich zu begründen haben? Dann wächst doch der Wunsch nach gesicherten Erkenntnissen, nach Daten und Fakten, nach erwiesenermaßen erfolgreichen Therapiemethoden, nach objektiven Feststellungsverfahren, nach „Tatsachen“.

Erinnern wir uns im Kontext der frühen Geschichte der Heilpädagogik an den einst starken Wunsch *aller* Heilpädagogen nach der Akademisierung ihrer Ausbildung und nach dem Zugang zu Forschungsaufgaben. „Die Universität muß die Heilpädagogik in ihren Aufgabenkreis einbeziehen, denn sie gehört als Wissenschaft in erster Linie dorthin (...). Wir müssen loskommen von dem formlosen Arbeiten. Wir müssen in jeder Minute unserer Tätigkeit wissen, um was es sich gerade handelt...“ (Egenberger 1922, 202 u. 209, zit. Hillenbrand 1997, 161). Heilpädagogik sollte den „Status einer Wissenschaft mit Forschung und Lehre erhalten“ (ebd.). Hanselmann, schließlich erster Professor für Heil-

pädagogik im deutschsprachigen Raum (Zürich 1932), unterstrich die Aufgabe der Heilpädagogik als Wissenschaft: „Wissenschaft heißt Erfahrung planmäßig machen, sammeln und unter bestimmten Gesichtspunkten ordnen zu dem Zwecke, daraus Richtlinien für ein Handeln zu erlangen“ (1932, 36, zit. Haeblerlin 1996, 220). Frühe Ironie heilpädagogischen Schicksals: die Einrichtung der allerersten Professur für Heilpädagogik im Jahre 1922 in München scheiterte an der Frage, ob sie an der philosophischen (geisteswissenschaftlichen) oder medizinischen (naturwissenschaftlichen) Fakultät einzurichten sei (Speck 1997a).

5.1 Evaluationsstudien

Schon 1989 bedauert Grohnfeldt, daß es im deutschsprachigen Raum keine „exakten Evaluationsstudien“ gibt (342). Der Autor räsoniert, ob es an der vorherrschenden ganzheitlichen Sichtweise von Kind und Therapie liege, die eine „Effektivitätskontrolle nicht unbedingt nahelegen“. Ist uns der qualitative Aspekt sprachtherapeutischen Handelns gegenüber dem quantitativen Erfolg wichtiger? In einer Veröffentlichung von 1994 kritisiert Hansen die Theorie- und Empirieschwäche der Therapiekonzepte einiger Sprachheilpädagogen deutlich und legt dann selbst eine der seltenen kontrollierten Einzelfallstudien vor (vgl. auch Hansen 1996). In einem weiteren Beitrag (1996a, 160) verschärft Hansen seinen Vorwurf und beklagt die Anwendung sprachtherapeutischer Verfahren, die „hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihres Wirkungsgrades nur ausnahmsweise empirischen Überprüfungen unterzogen werden“. Es scheint demnach nicht nur so, daß sprachtherapeutisches Praxiswissen zum gutgehüteten Geheimnis der Sprachheilpädagogik gehört. Tatsächlich sind (kontrollierte) Einzelfallstudien oder Gruppenvergleiche zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapiemethode in der Sprachheilpädagogik die Ausnahme (Haffner 1995; Häring et al. 1997; Hartmann 1995, 1996). Dannenbauer (1997) sieht sich nach penibler Umschau in der deutschsprachigen Literatur zur Wortfindungstherapie einer empirischen Leerstelle gegenüber. Der Mutismustherapieforschung geht es nach Bahr (1996) nicht besser. Ren-

ner (1995, 23f.) listet die wenigen empirischen Studien zur Wirksamkeit verschiedener Stottertherapiekonzepte auf, wobei Stottern, für die Sprachheilpädagogik traditionell, noch die meisten Forschungsaktivitäten auf sich vereinigen dürfte. Renner resümiert nachdenklich: „Bisher sind es eher subjektive Einschätzungen von erfolgreichen Therapiemethoden, die den gegenwärtigen Stand der Diskussion kennzeichnen“. Die Sprachheilpädagogik hat die empirische Grundlagen- und Therapiefor- schung Wissenschaftlern anderer Fachdiszi- plinen überlassen (z.B. Stottern: *Jehle*/Frank- furt, *Bosshard*/Bochum, *Johannsen* und Mit- arbeiter/Ulm; Dysgrammatismus: *Schöler*/ Heidelberg, *Weinert* und *Grimm*/Bielefeld). Von Sprachheilpädagog/innen herausgege- bene Handbücher zur Sprachtherapie (*Baum- gartner/Füssenich* 1997; *Grohnfeldt* 1989- 1995) stellen Therapiemethoden, die vielver- sprechend den Eindruck der Wirksamkeit hinter- lassen, in großer Zahl dar. Kaum etwas davon ist in der personenbezogenen Anwen- dung außerhalb der üppig ausgestatteten wis- senschaftlichen Einrichtungen unter den Be- dingungen der *Alltagspraxis* hinreichend und repräsentativ gesichert worden. Das Interes- se an modernen Sprachanalyseverfahren etwa der Profilanalyse oder der phonologi- sche Analyse scheint begrenzt (vgl. *Häring*, *Schakib-Ekabetan* und *Schöler* 1997). Selbst gut ausgestattete und seit vielen Jah- ren tätige Forschungseinrichtungen wie das sprachtherapeutische Ambulatorium der Uni- versität Dortmund oder das Forschungsinsti- tut für Sprachtherapie und Rehabilitation an der Universität zu Köln geizen mit der Veröf- fentlichung sprachdatengestützter kontrollier- ter Einzelfallstudien in den einschlägigen Fachzeitschriften. Wäre denkbar, daß der größte Teil der sprachheilpädagogischen Forschungsaktivitäten zum Thema „Sprach- therapie“ unveröffentlicht in studentischen Zulassungs-, Diplom- und Magisterarbeiten sowie Dissertationen und Habilitationen ver- staubt?

5.2 Defizite wissenschaftlicher Begrün- dung sprachtherapeutischer Prozesse

Man darf also mit *Hansen* (1996, 167) beklagen, daß die Sprachheilpädagogik dem Prak- tiker keine „wissenschaftlich fundierte(n) und

erprobte(n) Verfahren und Methoden zur Ver- fügung“ stellen kann. Unsere bescheidene Sprachtherapieforschung liefert so gut wie keine detaillierten Erkenntnisse z.B. über die Wirksamkeit modellierender Techniken. Wir wissen weder,

- wie die Lernvoraussetzungen bei dem Klientel, für dessen individuellen Sprach- erwerbsprozeß Modellieren wirksam ist, auszusehen haben,
- „welche der verschiedenen Modellie- rungsformen bei welcher sprachlichen Zielstruktur am optimalsten wirksam sind“ (*Hartmann* 1995,32),
- ab welcher Frequenz und Intensität mo- dellierte sprechflüssigkeitsfördernde Techniken vom stotternden Kind spontan übernommen werden (*Baumgartner* 1997),
- in welchem Ausmaß Modellieren durch gezielte Sprechübungen zu ergänzen ist und
- „auf welches Klientel man entwicklungs- proximale Maßnahmen und konstruktivi- stische Lernumgebungen anwenden kann“ (*Baumgartner* 1997).

Gerade hat uns *Breitenbachs* (1997) fundierte Datenanalyse die Unzulänglichkeit bewegungsorientierter Verfahren für den spezifi- schen Spracherwerbsprozeß vor Augen ge- führt. Wo die wissenschaftliche Forschung außenansteht, sitzt die Gilde der bewegungs- freudigen Sprachheilpädagogen einem „er- staunlich lang haltenden Mythos“ auf (ebd. 177; dazu auch *Dannenbauer* 1998; *Baum- gartner* 1998).

Die systematische und empirische Grundla- gen- und Therapiefor- schung mit der Darstel- lung und Evaluation wissenschaftlich erprob- ter Verfahren, deren Wirksamkeit in der Her- stellung einer intersubjektiven Übereinstim- mung methodisch nachvollziehbar ist, fehlt weitgehend. Der wissenschaftliche Vergleich und die Bewertung konkurrierender Konzep- te befriedigt selten. Eine publizierende Min- derheit ist um die Explikation der theoretischen linguistischen, sprachpathologischen und heilpädagogischen Bezugssysteme der Diagnostik, Therapie und Beratung bemüht (*Dannenbauer* 1997; *Grohnfeldt* 1992; *Han- sen* 1996; *Hartmann* 1996). Die Ineffizienz

einer „Übungstherapie“, die Effizienz einer „entwicklungsproximalen Therapie“ werden weniger mittels der Empirie als eines angenommen Konsens zu „wahren“ und „gültigen“ Aussagen. Bemerkenswert ist schon unsere Studierenden befremdet, daß dort, wo sie auf Fakten und Daten zurückgreifen wollen, ihnen nicht die eigenen fachwissenschaftlichen Publikationen weiterhelfen, sondern fast ausschließlich die anglo-amerikanische und/oder „nachbardisziplinäre“ Fachliteratur?

Fehlt also der Sprachheilpädagogik einerseits die Empirie als Kontrollinstanz sowie die Offenlegung der Praxis eines wissenschaftlich begründeten, methodisch kontrollierten Handelns in erschreckendem Maße, gibt andererseits ein starker Trend zum Subjekt (wissenschaftlichen) Anlaß zur Sorge. Die Durchsicht unserer Fachzeitschriften, der von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik herausgegebenen Tagungsberichte und der einschlägigen Lehrbücher verweist mehrheitlich auf:

- Meinungen, Analysen, Erklärungen und Darstellungen von und zu Konzepten, Projekten und Modellen,
- allgemein gehaltene Erarbeitungen von Diagnose- und Therapiegrundlagen,
- Berichte über Entwicklungen von Materialien und Therapien,
- Beschreibungen und Erörterungen von Therapie- und Unterrichtsplanungen.

Private Meinungen und persönliche Weltanschauungen z.B. über das vorherrschende Menschenbild, die Lebensbedeutsamkeit einer Sprachbeeinträchtigung, das Ganzheitliche der Sprachtherapie haben hohen Stellenwert. Die komplexen Begriffe sind dabei wenig mit konkreten Inhalten gefüllt, und ihre einzelnen Komponenten sowie deren wechselseitige Beeinflussung können ohne empirische Daten keine Grundlage fachspezifischen Handelns sein. Wen wundert es, wenn mancher unseres Berufsstandes seine eigene Rolle diffus als die eines „Begleiters“ definiert, die sprachbeeinträchtigte Person dadurch selbst zum wissenden Experten wird, und der Therapeut erstaunt auf sein agierendes Gegenüber schaut, das nach einem autopoietischen Entfaltungsprozeß – im günstigen Fall – quasi aus sich selbst heraus, störungsfrei spricht.

Wahrscheinlich beschränken wir an dem Punkt, an dem wir die Komplexität, das Anomische und Intuitive unserer sprachlichen Beziehungsarbeit erfahren, manchmal doch etwas zu voreilig unser empirisch-analytisches Bemühen und überdecken mit „Personenorientierung“, „dynamischem Therapiekonzept“ und „Ganzheitlichkeit“ den Verlust an Wissenschaftlichkeit. Was *Speck* für die Heilpädagogik allgemein konstatiert, nämlich eine „Grauzone gemischter Erkenntnis“ und eine „wissenschaftstheoretische Orientierungslosigkeit“, gilt gleichermaßen für die Sprachheilpädagogik (v. *Knebel* et al. 1996). Beschaulich hat sie die Weiterentwicklung ihrer eigenen empirischen Forschung, zudem die Rezeption der „empirischen Ergebnisse und Erkenntnisse, die andere Disziplinen bereitstellen“ (*Hansen* 1996, 165; dazu auch *Bahr* 1996, 12f.), wenig ernst genommen. Sie hat sich eher auf ihre innerdisziplinären Binnenbezüge – vielfach schulbezogen – gestützt und somit isoliert. Sprachheilpädagogik verliert auf diese Weise im interdisziplinären Diskurs an Überzeugungskraft.

Zu lange dümpelte die Sprachheilpädagogik im Sog ihrer schulpädagogischen Variante theorie- und forschungsabstinent dahin. Die sprachheilpädagogischen Lehrstühle wurden allzu sehr als „sonderschulartbezogene Dozenturen“ verstanden (*Speck* 1997a). Dabei hätte die wissenschaftliche Sprachheilpädagogik durchaus einen hohen Bedarf an lehramtsfreien Professoren und Dozenten gehabt. Eine langjährige Lehramtsausbildung und Schulpraxis behindern die wissenschaftliche Nachwuchsbildung und die Konkurrenzfähigkeit im nationalen und internationalen Wettbewerb der Stottern, Dysphasie, Aussprachestörung oder Aphasie hochspezialisiert therapierenden und erforschenden Kolleg/innen anderer Fachdisziplinen.

Qualitätssichernde Therapie-, Unterrichts- und Beratungsforschung ist konstituierend für das Fundament, auf dem unsere Berufsidentität ruht. Mit der pädagogischen Feldforschung, vor allem der kontrollierten Einzelfallstudie, dürfte dafür das wirksamste Forschungsinstrumentarium zur Verfügung stehen (*Benkmann* 1995; *Kanter* 1986; *Kleiber* 1989; *Mc Reynolds* und *Thomson* 1986; *Weismer* und *Murray-Branch* 1989). Ihre Theoriebildung schließt die Kriterien der

Nichtreduktivität und Ganzheitlichkeit in besonderem Maße ein. Mittels der Feldforschung nimmt die Sprachheilpädagogik in ihrem Verlangen nach Objektivität sinnvolle Abstriche vor und nutzt ihr Wissenschaftsverständnis zwischen den Polen Objekt- und Subjektwissenschaft dynamisch.

6. Einige Qualitätsindikatoren für die sprachtherapeutische Praxis

Bevor man uns von außen mit einem Zertifizierungsraster der unangenehmen Art konfrontieren sollte, wären wir gut beraten, die Auseinandersetzung mit der Qualität sprachheilpädagogischen Handelns „im Sinne eines schöpferischen Prozesses“ (Schoch 1997, 15) offen und nachvollziehbar selbst in die Hand zu nehmen. Wir haben Ansprüche auf ein möglichst „dichtes und hochwertiges Individualfeedback“ (Strittmatter 1997) im Hinblick auf das eigene Vorgehen, sei es in Form der Selbsteinschätzung oder der Fremdeinschätzung durch Fachkolleginnen und -kollegen, bzw. durch externe Fachleute.

Was Handlungsstandard sein soll und wie man damit umgehen will, hängt von den Aufgaben, den Schwerpunkten, Interessen, auch den personellen und sachlichen Gegebenheiten, der Tradition und aktuellen Situation der sprachtherapeutischen Einrichtung und ihrer Mitarbeiter/innen ab. „Es wäre viel gewonnen, wenn der stärkste Beitrag zur Qualitätssicherung über eigene Initiativen der Organisationen selber, also über autonome Entwicklungsanstöße der Menschen in den Einrichtungen, erfolgte“ (Speck 1996, 386).

Die Qualität unserer Vorgehensweisen zeigt sich an erster Stelle in der selbstkritischen und flexiblen Anwendung einer modernen Sprachtherapie. Moderne Sprachtherapie ist ein offenes Therapiekonzept, das wir mit dem Fortschritt der Grundlagenwissenschaft weiterentwickeln. Dazu gehört in hohem Maße – eine von außen nur bedingt prüfbare – Sensibilität für die Beziehungs- und Störungsdynamik. Bewertungen von außen müssen scheitern, wo es um Zwischenmenschliches wie Vertrauenswürdigkeit und Sympathie, die jeder Klient anders empfindet, geht. Die Qualität der Sprachtherapie steigt mit dem Grad der Präzision, mit der wir unsere speziell organisierte sprachlich-kommunikative Vermitt-

lungspraxis beschreiben, unsere Beobachtungen kontinuierlich protokollieren und den Therapieabschluß dokumentieren. Reflektiert unsere Berichtspraxis dann noch den Stand der aktuellen Therapieforschung, betreiben wir gekonnt ein international anerkanntes fachliches „reasoning“.

Am Therapiebeginn steht der – von außen nur bedingt prüfbare – Sprachbeziehungsaufbau, die systematische Eingangsdiagnostik und das sorgfältig überlegte, hypothetische Bedingungsmodell für den individuellen Spracherwerb. Das ist der Ausgangspunkt für die Therapiezielbestimmung und -planung. Abweichungen von den sprachlichen Zielen müssen wir darstellen und begründen. Wir werden uns an Orthmanns (1969, 49) Mahnung: „vornehmste Verbündete der Sprachgeschädigtenpädagogik sind die Wissenschaften von der Sprache selbst“ noch häufiger erinnern und uns um eine angemessene patho- und (entwicklungs-)psycholinguistische Fachsprache bemühen. Größeres Gewicht liegt auch auf der Realisierung der Therapiekonvergenz auf das sprachlich-kommunikative Lernziel in Abstimmung mit dem eindeutigen Aufforderungscharakter der Aufgabenstruktur. Unsere besondere Aufmerksamkeit gilt dem immer wieder situationsadäquaten, strukturierten Vorgehen auf der Basis relativ klar definierter und sorgfältig dokumentierter sprachtherapeutischer Teilziele, wie der gewissenhafteren Überprüfung der Therapieeffizienz nach einer bestimmten Zeit (vgl. Ohrt 1996).

Die Transparenz sprachtherapeutischer Vorgehensweisen gewährleistet unsere Verpflichtung zur weitgehenden Aufklärung der Betroffenen über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Sprachtherapie und über alternative Behandlungsangebote. Wir steigern Handlungsqualität mit Hilfe der expliziten Rückmeldung der von uns behandelten Personen über ihre Zufriedenheit mit der Therapie. Audio-/Video-Aufnahmen unterstützen unsere Erfahrungsreflexion und unser Feedback in der Supervision.

Was die bestmögliche Standardisierung z.B. der Dokumentation der Behandlungsverläufe, der Anfangs- und Begleitdiagnostik, des Therapieabschlusses, der Katamnese oder der regelmäßigen Teilnahme an Supervision angeht, müssen wir uns in der allernächsten

Zukunft um einen Konsens bemühen. Für die umfassende und fortlaufende Datenerhebung und -aufarbeitung (vgl. *Häring et al.* 1997) wären z.B. „nach und nach die informellen logopädischen Verfahren einer Revision zu unterziehen (...) wobei die jüngeren linguistischen, phonetischen und entwicklungspsychologischen Forschungsergebnisse berücksichtigt werden“ (*Dupuis et al.* 1997, 127). Am Ende stände uns eine Liste sprachheilpädagogisch anerkannter, für die Praxis zweckdienlicher Erhebungsinstrumente zur Verfügung. Erfolgreiche Praxis hat immer schon gezeigt, daß die Gütekriterien standardisierter Verfahren (Validität, Reliabilität, Objektivität) keineswegs von ausschlaggebender Bedeutung sein müssen. Es ist für die Beurteilung standardisierter oder informeller Erhebungsinstrumente vielmehr zu klären, was sie im Hinblick auf die jeweils spezifische sprachheilpädagogische Zielsetzung und die humane Gestaltung einer personenbezogen sprachlichen Förderung für einen Wert haben.

7. Zur Realisierung qualitätvollen Handelns

Der konkrete Therapiealltag zwingt zu mehr oder weniger deutlichen Abstrichen bei der Einhaltung von Standards. „Von oben“ und „von außen“ verordnete Qualitätsstandards können kaum zum Nutzen der Betroffenen sein. *Flexibilität* ist die Grundlage einer sprachheilpädagogischen Bedürfnissen entsprechenden Qualitätssicherung. Flexibilität bedeutet hier Orientierung an allgemeinen Behandlungsstandards *und* die Inanspruchnahme der Möglichkeit einer begründungspflichtigen und für Außenstehende transparenten Abweichung. Letztere berücksichtigt die besonderen Bedingungen und Aufgaben, mit denen wir einzelmenschbezogenes Handeln vollziehen. Die immer auch erwünschte Abweichung ist Indikator für individuelle kreative Ressourcen, persönliche Arbeitsstile und Problemlösungsstrategien.

Wenn wir „die Entwicklung einer Kultur der Qualitätssorge, welche von allen Beteiligten mitgestaltet wird“ (*Strittmatter* 1997, 20) wünschen, müssen wir im Dialog vorweg klären, an welchen selbst gestellten Aufgaben und Zielen wir überhaupt interessiert sind, wieviel

Normierung wir uns zumuten können und müssen, und wieviel Sicherheit und Veränderung wir diesbezüglich benötigen. Das scheint der geeignete Ausgangspunkt für die Forderung nach „Haltungen des redlichen Hinschauens auf tatsächliche Alltagsqualitäten und des redlichen Bemühens um Rechenschaft, um den Erhalt von Stärken und das Beheben von Schwächen“ (ebd., 20) zu sein.

Die Erfüllung der Forderung setzt eine „dialogbereite, nicht nach hierarchischen Kategorien führende, autonomiestützende und Kreativität anerkennende Leitung der Einrichtung“ voraus (*Speck* 1996, 386). *Peterander* und *Speck* (1993, zit. *Peterander* 1996, 317 f.) heben als Ergebnis einer empirischen Studie die positive Führung im Team, eine angstmindernde Arbeitsatmosphäre, die Möglichkeit der Einflußnahme auf konzeptionelle und personelle Entscheidungen, die freie Wahl bei Fortbildungen wie auch die Zufriedenheit mit der Qualität der Teamsitzungen als besonders förderliche Arbeitsbedingungen hervor. Trotzdem dürfte ein Führungsstil in der Gestalt eines „hierarchische Syndrom“ nach wie vor in Deutschland sehr ausgeprägt sein. Und vielerorts haben sich die, die „unten“ sind, daran gewöhnt. Das ist das eigentlich Schlimme. Führung muß eine gemeinsame Zielvereinbarung vermitteln und Hilfe anbieten, diese Ziele zu erreichen. Mitarbeiter/innen brauchen Freiraum und sie brauchen ihre Führung als Tankstelle, die sie für Hilfe anlaufen können. Wahrscheinlich sind es deswegen gerade Führungskräfte, die aus Angst vor Gemeinsamkeit keine ausreichende Kommunikation zu den Mitarbeiter/innen herstellen. Sie mißachten den Wunsch nach Kooperation, eines unserer 10 Gebote. Ein gleichwertig anderes beinhaltet die *Anerkennung* der qualitativ wertvollen Arbeit eines jeden Mitarbeiters.

Qualitätsbeschreibung kann sich auch auf eine Einrichtung als Ganzes beziehen. Sie benennt differenziert ihr Versorgungsangebot und die speziellen Kompetenzen des Teams. Sie garantiert die regelmäßige Berichterstattung von den einzelnen Behandlungen und die Besonderheiten der behandelten Personen. Unter Rücksichtnahme auf den „forschungsethisch motivierten Schutz der Personen vor ihrer ‘Beforschung’“ (*Döpp* 1997,

24) können sprachheilpädagogische Versorgungseinrichtungen mit dieser Beschreibung gezielt Werbung machen und ein positives Image nach außen aufbauen, das letztendlich auch der Vertrauensbildung gegenüber denjenigen dient, die Ressourcen und Kapital zur Verfügung stellen.

Wahrscheinlich unterschätzt man generell die tiefgreifenden psychologischen und sozialen Auswirkungen, die mit dem Anspruch auf die Kontrolle unserer diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit verbunden sind. Vor allem die externe Qualitätskontrolle mit dem Ziel einer Bewertung oder Beurteilung der individuellen Tätigkeit löst Angst und Unsicherheit aus. Zu sehr berührt sie zum einen die von persönlicher Verantwortung, persönlichen Bedürfnissen und fachlicher Kompetenz getragene gestalterische therapeutische Freiheit, zum anderen die Intimität der personenorientierten sprachtherapeutischen Beziehungsstruktur. Sprachheilschulpädagogen haben damit schon seit langem leidvolle Erfahrungen in Form reglementierender Hospitationen durch die Schuladministration gemacht.

Qualitätskontrolle, deren Schwerpunkt auf der Fehlersuche liegt, destabilisiert. Sie ist mit dem „kritisch angelegten Prozeß der Selbstreflexion“ im Rahmen der kollegialen fachlichen Beratung und der gemeinschaftlichen Fortbildung unvereinbar (AGFAS Rundbrief 1997, 2, 13). Diese zielt auf die Konfrontation mit den eigenen positiven Fähigkeiten, den persönlichen fachlichen und sozial-interaktiven Stärken. Sie hält die Option offen, das Behandlungsteam in der gemeinsamen Reflexion zu einigen und ihm neue schöpferische Impulse zu vermitteln. Solchermaßen stabilisierende Qualitätssicherung baut Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe in Fällen konflikthafter Therapieprozesse aus. Sie intensiviert den Austausch von fachlichem Know-how, von Therapie- und Diagnosematerialien. Sie garantiert Anlässe für fachliche Fragestellungen zu schwierigen und wenig bekannten Symptombildern, zu wenig bekannten und erprobten Diagnose- und Therapieverfahren. So reflektiert man das eigene fachliche Handeln professioneller, partizipiert an den Problemen der Fachkolleginnen und -kollegen und bekommt weitere Anregungen für die eigene „professionelle Perspektive“ (Dupuis et al. 1997, 122).

Qualitätsvolles sprachheilpädagogisches Handeln setzt eine solide fachliche Ausbildung, in der die Theoriegebundenheit therapeutischer Methodik deutlicher als bisher herausgestellt wird, voraus. Es verpflichtet zur beruflichen Weiterbildung, die man die gesamte Zeit der Berufstätigkeit hindurch nachweislich leistet. Aufgabengerechtes Können und Wissen hängt zunehmend von der Spezialisierung auf *wenige* Sprachbeeinträchtigungen ab. Der sprachheilpädagogische Generalist hat keine Chance mehr. Der Erwerb von Zusatzqualifikationen ist eine gemeinsame Leistung, der sich der Einzelne und die Institution, in der er therapiert, zu stellen hat.

8. Schluß

Im Gegensatz zu anderen Behandlergruppen haben wir Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen eine lange Tradition der sprachlich-kommunikativen Vermittlungspraxis und dürfen gerade deswegen eine gewisse Skepsis gegenüber der Theoriebildung und Forschung der wissenschaftlichen Sprachheilpädagogik sowie der Kontrolle ihrer Praxistätigkeit an den Tag legen. Es zeugt von unserer Kompetenz, die Wirklichkeit, der wir im Alltag begegnen, so komplex wahrzunehmen, wie sie ist. Weil wir uns um eine Wirklichkeitsrekonstruktion bemühen, die z.B. in der Sprachanalyse von einem Mehr an Objektivität und in der therapeutischen Beziehungsgestaltung von einem Mehr an Subjektivität lebt, wissen wir mehr, erkennen wir mehr. Wir können uns in der Praxis keinen unreflektierten Reduktionismus leisten. Wir wollen dem sprachlichen Detail in seinen Zusammenhängen begegnen. Das ist Erkenntnisweitblick und eine Herausforderung, mit der wir allen Varianten dumpf-behavioristischer Technologie kreativ und zukunftsorientiert in die Schranken weisen. Wir ergänzen den technologischen Zweckoptimismus durch unsere vielfältige, kritische, europäisch geprägte Denk-, Sprach- und Vermittlungskultur. Es ist unsere sprachheilpädagogische Tradition, die uns gelehrt hat, daß das Klassifizierbare vielfältig ist, und daß Vorgänge der Sprache und des Sprechens auch in den Zwischenräumen der rationalen Erkenntnistätigkeit geschehen.

Wissenschaftliche Reflexion ist und darf in einer Humanwissenschaft nicht wertfrei sein. Wir kommen um die Entscheidung für Wertmaßstäbe nicht herum. Schon gar nicht, wenn uns diese von relativ kaltschneuzigen, auf perfekte Kontrolle ausgerichtete, technologie- oder bürokratiefreundliche Instanzen diktiert werden sollten. Unsere Antwort darauf wäre eine alternative Therapiepolitik, die das Ziel verfolgt, in dieser global schon viel zu sehr vereinheitlichten Welt eine durchaus empirisch-rational begründbare, attraktive und menschenwürdige Handlungs- und Beziehungsvielfalt in Therapiealltag zu erhalten. Qualitätssicherung ist für uns eine selbstbewußte Durchdringung, dank der auch unsere inneren und individuellen Ansätze Freiraum erhalten und sich die Chance der Realisierung erhöht. Damit gewinnt die Reflexion eines wissenschaftlich begründeten, sprachtherapeutischen Handelns eine neue Qualität, in der man tiefer und breiter über sein Therapeuten-Selbst, seine Beziehungen zu anderen Menschen und zu seinem fachlichen Wissen nachdenkt.

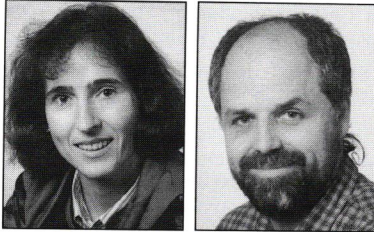
Literatur

- Bahr, R.:* Schweigende Kinder verstehen. Heidelberg 1996.
- Baumgartner, S.:* Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik – ein Versuch. Die Sprachheilarbeit 39 (1994), 140-152.
- Baumgartner, S.:* Sprachheilende Interaktionen in der pädagogischen Moderne. Die Sprachheilarbeit 40 (1995), 126-136.
- Baumgartner, S.:* Sprechflüssigkeit. In: *Baumgartner, S., Füssenich, I.* (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München ³1997, 204-290.
- Baumgartner, S.:* Die Chancen der Sprachheilpädagogik. Behindertenpädagogik in Bayern. 1998. (im Druck).
- Baumgartner, S., Füssenich, I.:* Sprachtherapie mit Kindern. München ³1997a.
- Baumgartner, S.:* Perspektiven einer veränderten Wissensvermittlung in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 260-277.
- Benkmann, R.:* Qualitative Verfahren für Lehrende im gemeinsamen Unterricht. Heilpädagogische Forschung, (1995), 1,2-13.
- Bleidick, U.:* Wissenschaftssystematik der Behindertenpädagogik. In: *Bleidick, U.* (Hrsg.): Hdb. der Sonderpädagogik, Bd. 1, Theorien der Behindertenpädagogik. Berlin 1985,48-83.
- Borbonus, T.:* Auf ein Wort: Was sind Sprachheilpädagogen? Die Sprachheilarbeit 41 (1996) 2, 73f.
- Breckow, J.:* Auf ein Wort: Anspruch und Wirklichkeit. Die Sprachheilarbeit 41 (1996), 273f.
- Breckow, J.:* Ideographische Betrachtungsweise auch in der Aphasitherapie? Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 108-116.
- Breitenbach, E.:* Diagnose- und Förderklassen – Eine pädagogische Idee und die ernüchternden Erfahrungen bei der Umsetzung in die Praxis. Behindertenpädagogik in Bayern (1997), 2, 165-180.
- Byng, S., Black, M.:* What makes a therapy? Some parameters of therapeutic intervention in aphasia. European Journal of disorders of communication, (1995), 30, 303-316.
- Dannenbauer, F.M.:* Phonologische Störung: Alter Wein in neuen Schläuchen? Die Sprachheilarbeit 41 (1996), 275-286.
- Dannenbauer, F.-M.:* Grammatik. In: *Baumgartner, S., Füssenich, I.* (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München ³1997a, 123-204.
- Dannenbauer, F.-M.:* Mentales Lexikon und Wortfindungsprobleme. Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 4-22.
- Dannenbauer, F.-M.:* Vom Leidensdruck des Unge-nügens oder: Wer leistet die sprachtherapeutische Arbeit? Behindertenpädagogik in Bayern. 1998. (im Druck).
- Döpp, W.:* Lehrer erforschen ihre Praxis. Pädagogik (1997), 5, 21-24.
- Dupuis, G., Katz-Bernstein, N., Subellok, K.:* Das sprachtherapeutische Ambulatorium der Universität Dortmund. Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 116-127.
- Grawe, K.:* Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (1994), 3, 21-36.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.:* Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen 1994.
- Grohnfeldt, M.:* Offene Fragen der Sprachtherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1. Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 339-345.
- Grohnfeldt, M.:* Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie? Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 5,227-240.
- Grohnfeldt, M.:* Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik. Grundlagen und Beispiele einzelfallorientierten Vorgehens. Dortmund 1996.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.):* Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1-8, Berlin 1989-1995.

- Günther, H.: Sprachheilpädagogik – Entwicklungen, Tendenzen, Perspektiven. Sprache-Stimme-Gehör (1996), 109-115.
- Haeblerlin, U.: Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Bern 1996.
- Häring, M., Schakib-Ekbatan, K., Schöler, H.: Zur Diagnostik und Differentialdiagnostik von Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Die Sprachheilarbeit 42 (1997) 5, 221 -230.
- Haffner, U.: „Gut reden kann ich“. Das entwicklungsproximale Konzept in der Praxis. Eine Falldarstellung. Dortmund 1995.
- Hansen, D.: Zur Wirksamkeit und Effizienz einer psycholinguistisch begründeten Methode der Sprachtherapie bei kindlichem Dysgrammatismus. Sprache-Stimme-Gehör (1994), 29-37.
- Hansen, D.: Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbarwissenschaften, (1996a), 160-173.
- Hansen, D.: Spracherwerb und Dysgrammatismus. München 1996.
- Hartmann, E.: Verknüpfung sprachheilpädagogischer Praxis und Forschung am Beispiel einer Einzelfallstudie zur entwicklungsproximalen Sprachtherapie. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbarwissenschaften, (1995), 3-35.
- Hartmann, E.: Was leistet die „Minimalpaar-Therapie“ bei aussprachegestörten Kindern? Die Sprachheilarbeit 41 (1996), 297-312.
- Hasenkamp, E. (Hrsg.): Das sprachkranke Kind. Halle 1930.
- Hillenbrand, C.: Wertvolle Theorie: 75 Jahre universitäre Ausbildung der Sonderpädagogen. Sonderpädagogik (1997), 3, 158-166.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten. Heidelberg 1978.
- Innerhofer, P., Innerhofer, Ch.: Qualitätssicherung nach ISO 9000 in sozialen Einrichtungen. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. München 1996, 370-380.
- Iven, C.: Individualisierte Förderpläne – ein Konzept zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 8, Sprachstörungen im sonderpädagogischen Bezugssystem. Berlin 1995, 243-257.
- Johannsen, H., Schulze, H. (Hrsg.): Praxis der Beratung und Therapie bei kindlichem Stottern. Ulm 1993.
- Kanter, G.: Empirisch-analytisches Vorgehen in der Pädagogik. In: Thalhammer, M. (Hrsg.): Gefährdung des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis. München 1986, 65-81.
- Kleiber, D.: Forschungsstrategien für die psychosoziale Praxis. Strategien einer praxisdienlichen Forschung. In: Beerlage, I., Fehre, E. (Hrsg.): Praxisforschung zwischen Intuition und Institution. Tübingen 1989, 193-203.
- Maihack, V.: Sprachtherapie zwischen Spezifität und Interdisziplinarität. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Münster 1996, 1003-1005.
- Maihack, V.: Tut Gutes und redet darüber, auch miteinander. Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 145f.
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim 1996.
- McReynolds, L., Thompson, C.: Flexibility of Single-Subject Experimental Designs, Part I. Journal of Speech and Hearing Disorders (1986), 51, 194-203.
- Motsch, H.-J.: Interdisziplinarität bei Sprechablaufstörungen – der Traum von grenzenloser Kompetenz. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Münster 1996, 573-589.
- Näther, F.: Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis. München 1997.
- Ohr, B.: Therapieziele und -ansätze in der medizinischen Frühförderung und die Reflexion von Kriterien zur ihrer Effizienzbeurteilung. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. München 1996, 224-234.
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.
- Opp, G.: Die ungebrochene Modernität des Modellversuchs „Differenzierte Grundschule“. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik 1996, 359-370.
- Peters, H., Hulstijn, W. (Hrsg.): Speech motor dynamics and stuttering. Wien 1987.
- Peterander, F.: Neue Fragen zu einem alten Thema: Qualitätssicherung und -entwicklung in der Frühförderung. In: Opp, G. (Hrsg.): Heilpädagogik in der Wendezeit. Luzern 1996, 90-103.
- Peterander, F.: Frühförderung im gesellschaftlichen Umbruch: Entwicklungspotentiale. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. München 1996, 311-325.
- Pinker, S.: Der Sprachinstinkt. München 1996.
- Renner, J.: Erfolg in der Stottertherapie. Berlin 1995.
- Rodenwaldt, H.: Grundlegende Gedanken zu einem phänomenologischen Ansatz in der Sonderpädagogik. Behinderte (1996), 5, 51-63.
- Rothe, K.C.: Die Sprachheilkunde. Wien 1923.
- Rothe, K.C.: Die Umerziehung. Halle 1929.

- Schoch, T.:* Qualität in der Heilpädagogik als Frage der Wesenserfassung. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik (1997), 7/8, 14-18.
- Schweer, M.:* Eine differentielle Theorie interpersonellen Vertrauens – Überlegungen zur Vertrauensbeziehung zwischen Lehrenden und Lernenden. Psychologie in Erziehung und Unterricht, (1997), 44, 2-12.
- Speck, O.:* System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München 1996.
- Speck, O.:* 75 Jahre Sonderschullehrerbildung. Universitäre Heilpädagogik am Scheideweg? Behindertenpädagogik in Bayern (1997a), 244-258.
- Speck, O.:* Integrative Heilpädagogik-Bedingungen für die wissenschaftliche Weiterentwicklung. Heilpädagogische Forschung (1997), 1, 11-17.
- Springer, L.:* Ausbildungsstandards und Qualitätssicherung in der Ausbildung von Sprachtherapeuten. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Münster (1996), 971-977.
- Starkweather, C.:* A simple theory of stuttering. Journal of fluency disorders. (1995), 20, 91-116.
- Strittmatter, A.:* „Eine knüppelharte Sache“. Schulen erproben Selbstevaluation. Pädagogik (1997), 16- 20.
- Tracy, R.:* Linguistische Grundlagen der Sprachtherapie. In: *Grimm, H., Weinert, S.* (Hrsg.): Interventionen bei sprachgestörten Kindern. Stuttgart 1994, 181-192.
- Troßbach-Neuner, E.:* Entwicklungsorientierte Sprachförderung im Unterricht. Pädagogische Verpflichtung und Chance. Die Sprachheilarbeit 42 (1997), 277-289.
- v. Knebel, U., Kracht, A., Nagel, R., Welling, A.:* „Leitlinien der Sprachbehindertenpädagogik?“ Die Sprachheilarbeit 41 (1996), 42-56.
- Weikert, K.:* Stottern – Belastung und Bewältigung im Lebenslauf. Köln 1996.
- Weinert, S.:* Sprachtherapeutische Intervention: Explizite Entscheidungen sind besser als implizite Überzeugungen. In: *Grimm, H., Weinert, S.* (Hrsg.). Interventionen bei sprachgestörten Kindern. Stuttgart 1994, 155-163.
- Weismer, S., Murray-Branch, J.:* Modeling versus modeling plus evoked production training: a comparison of two language intervention methods. Journal of Speech and Hearing Disorders (1989), 54, 269-281.
- Welling, A.:* Pädagogische Sprachheilarbeit und interdisziplinäres Denken – Ein allgemeiner Impuls. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Münster 1996, 75-87.
- Yaruss, J., Conture, E.:* Mother and children speaking rates and utterance length in adjacent fluent utterances: preliminary observations. Journal of fluency disorders (1995), 20, 257-278.

Dr. Stephan Baumgartner
übergangsweise Professor für Sprachbehindertenpädagogik
Universität Würzburg
Wittelsbacherplatz 1
97074 Würzburg



Ulrike de Langen-Müller, Bernd Genal, Bad Griesbach

Systematische Angehörigenarbeit in der neurologischen Rehabilitation – eine interdisziplinäre Aufgabe –

Zusammenfassung

Die Ergänzung von 'ad hoc-Gesprächen' in der Angehörigenarbeit durch methodisch kontrollierte pädagogisch-psychologische Konzepte der Beratung und aktiven Einbeziehung von Angehörigen erscheint sinnvoll. Vorgestellt werden ein 2-stündiges Beratungssminar für Angehörige hirngeschädigter Patienten sowie ein 2 1/2-tägiges Kommunikationsseminar für schwerst betroffene chronische Aphasiker und ihre Partner. Beide Seminare wurden hinsichtlich ihrer Effekte überprüft. Erste Ergebnisse zeigen neben dem Nutzen solcher Seminare auch die Schwierigkeit einer 1:1-Zuordnung von Intervention x zu Effekt y im Rahmen von Beratungs- und Gruppentherapieprozessen. Es ergeben sich Hinweise auf erforderliche methodische Veränderungen. Die Teilnehmer werden hierbei nicht Forschungsinteressen untergeordnet, sondern profitieren von der Systematisierung durch inhaltliche und methodische Verbesserungen. Angehörigenarbeit enthält Aspekte der Informationsvermittlung, Beratung und Therapie, die unterschiedliche Ansprüche an Methoden der Qualitätskontrolle stellen – ein Aufwand an wissenschaftlicher Begleitforschung, der im Rahmen der klinisch-therapeutischen Arbeit zu leisten ist?

1. Angehörigenarbeit im Rahmen der neurologischen Rehabilitation

1.1 Ihre Bedeutung und Realität

Die Angehörigenarbeit hat in allen sprachheilpädagogischen Arbeitsfeldern einen spezifischen Stellenwert. In der neurologischen Rehabilitation ergibt sich ihre besondere Bedeutung aus der enormen Belastung, die alle Familienmitglieder, die Familienstruktur und die sozialen Bezüge eines hirngeschädigten Patienten durch die erworbene Behinderung erfahren (z.B. Wenz, Herrmann 1990). Die innerfamiliären Anpassungsprozesse an die neue Situation vollziehen sich dabei entgegen den üblichen Erwartungen nicht von selbst, sondern verlaufen häufig für beide

Seiten unbefriedigend und konfliktreich (Christensen 1989).

Andererseits wird einem guten familiären und sozialen Rückhalt ein positiver Einfluß auf das Reha-Potential eines hirngeschädigten Patienten zugeschrieben (v. Cramon 1988), und die Belastbarkeit und Zuverlässigkeit der Angehörigen gelten als entscheidend für die Rehabilitation eines Patienten, weshalb den Angehörigen auch eine vermehrte Aufmerksamkeit zukommen sollte (Thun 1988). Die unrealistische Einschätzung der erworbenen Behinderung, die häufig bei Angehörigen zu beobachten ist – so werden z.B. Sprachverständnisstörungen bei Aphasikern unterschätzt (Helmick et al. 1976) – gilt als Folge eines Informationsdefizits, dem durch entsprechende Aufklärung und Beratung sinnvoll begegnet werden kann. Zudem können Informationen die erlebte Belastung bereits positiv beeinflussen (Johannsen-Horbach, persönl. Mitteilung).

Somit hat das Stichwort 'Angehörigenarbeit' wohl im Konzept jeder sprachtherapeutischen Einrichtung oder Abteilung seinen Platz. Inhaltlich denkt man da als erstes an die 'ad hoc-Gespräche' mit Angehörigen – wer führt sie nicht. Ökonomisch gesehen sind sie aber zeit- und kostenintensiv, finden vielleicht sogar oft im Rahmen des nicht vergüteten Therapeuten-Engagements statt – 'zwischen-Tür-und-Angel' eben. Aus qualitativer Sicht kommt ihnen als individuelle störungs- und fallbezogene Beratung eine große Bedeutung zu, jedoch sind ihre Effekte kaum steuerbar oder methodisch kontrollierbar. Dies kommt auch in den häufigen Beschwerden von Angehörigen – „das hat mir noch niemand gesagt!“ – zum Ausdruck. In einigen Kliniken und Praxen werden sie deshalb durch mehr oder

weniger standardisierte 'hausinterne Konzepte' für Informations- und Beratungsveranstaltungen ergänzt. Zusätzlich bieten Selbsthilfegruppen Programme zur Information, Beratung und gemeinsamen Freizeitgestaltung an, die jedoch meist erst im späteren Verlauf der Auseinandersetzung mit der erworbenen Behinderung in Anspruch genommen werden.

1.2 Angehörigenarbeit am Klinikum Passauer Wolf in Bad Griesbach

1993 begannen wir am Klinikum Passauer Wolf in Bad Griesbach, die Angehörigenarbeit in der neurologischen Rehabilitation zu systematisieren, zu ökonomisieren und methodisch zu kontrollieren. Unser Projekt besteht aus zwei pädagogisch-psychologischen Seminar-Angeboten zur Beratung und aktiven Einbeziehung von Angehörigen:

- Seit 1994: zwei-stündige Informationsseminare für Angehörige von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen.
- Seit 1995: Kommunikationstraining für chronische schwerst betroffene Aphasiker und ihre Partner als Wochenendseminar.

Im folgenden sollen Konzeption, Verlauf und erste Ergebnisse der Evaluation dargestellt werden.

2. Informationsseminar für Angehörige von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen

2.1 Aufbau des Seminars und Methode der Evaluation

Es handelt sich um ein Seminar, zu dem routinemäßig die Angehörigen aller neuangereisten Patienten mit erworbener Hirnschädigung schriftlich eingeladen werden. Es besteht aus drei halbstandardisierten Vorträgen aus den Bereichen Medizin, Sprachtherapie und Psychologie sowie einer Stunde für drei kleinere Gesprächsrunden bei Kaffee und Kuchen. Das Seminar dient der Informationsvermittlung und Beratung, dem Kontaktaufbau zwischen Angehörigen und Rehabilitationspersonal und dem Bewußtmachen der eigenen Mitverantwortung. Es findet seit 1994 alle 4 Wochen Samstag-

nachmittags statt und ist zur Standard-Einrichtung geworden.

Das Seminar wurde von Mai 1995 bis April 1997 evaluativ durch eine Vorher-/Nachher-Befragung begleitet. Ein speziell entwickelter und in einer Pilotphase 1994/95 erprobter Fragebogen erfragte die 'subjektive Krankheitstheorie', also Wissensstand und persönliche Einschätzung der Teilnehmer bzgl. der Erkrankung ihrer Angehörigen, sowie Erwartungen bezüglich Prognose und Reha-Maßnahmen. Auch einige Fragen zum Inhalt des Seminars wurden gestellt. Bislang haben ca. 1000 Angehörige an unseren Seminaren teilgenommen, und es kamen nach einer Pilotphase ca. 500 Fragebögen zur Auswertung, davon enthielten jedoch nur 202 Bögen ausreichende Angaben in der Vorher- und Nachher-Befragung, um bei der endgültigen Auswertung berücksichtigt zu werden. Die Auswertung erfolgte mit McNemar χ^2 -Test für abhängige Stichproben. Da sich die Datenanalyse zum Zeitpunkt dieses Vortrages noch in Arbeit befindet, sind nur vorläufige Ergebnisse darstellbar.

2.2 Ergebnisse der Fragebogen-Erhebung

Es zeigt sich, daß Informationen und Gespräche in der angebotenen, halb-standardisierten Form von den Teilnehmern als positiv und hilfreich erlebt werden:

- Die meisten Teilnehmer bewerten den Inhalt des Seminars als gut verständlich und die Dauer der Veranstaltung als angemessen.
- Die Frage, ob die Angehörigen ein solches Seminar für sinnvoll halten, beantworten die meisten Teilnehmer mit 'JA'. Ca. 30% der Teilnehmer kommentieren ihre Antworten zusätzlich noch positiv. So loben sie den Informationsgewinn und die verständlichen Erklärungen. Die Möglichkeiten zum Gespräch mit anderen Betroffenen werden positiv bewertet, ebenso wie das dabei entstehende hilfreiche Gefühl, das Schicksal mit Anderen zu teilen. Die Teilnehmer finden, daß in der Veranstaltung das Verständnis für die Betroffenen gefördert wird. Auch habe das Seminar eine vertrauensbildende Wirkung, von der eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten erhofft wird.

Trotz positiver Bewertung der Veranstaltung führen die Informationen und Gespräche in der angebotenen Form aber nur z. T. zu Veränderungen in der Einschätzung von Prognose und Rehabilitationsmaßnahmen:

- Die qualitative Auswertung offener Fragen (z.B.: Mit welchen Einschränkungen rechnen Sie nach der Reha-Maßnahme?) zeigt, daß völlige Heilung und Genesung vor dem Seminar von 25 Teilnehmern erwartet wird, nachher hingegen nur oder immer noch von 11 Angehörigen. Erwartete Reststörungen werden nach der Veranstaltung differenzierter von den Angehörigen benannt.
- Die an einigen Fragen bisher exemplarisch durchgeführte quantitative Datenanalyse zeigt folgende Ergebnisse: Die Beantwortung der multiple-choice-Frage 'Wovon hängt Ihrer Meinung nach eine Besserung ihres Angehörigen besonders ab?' (Abb. 1) verändert sich nur in zwei Bereichen signifikant. Der Einfluß der Reha-Dauer wird nach der Veranstaltung von mehr Teilnehmern, die Bedeutung der Therapiequalität hingegen von weniger Teilnehmern er-

kannt. Andere Bereiche, wie z.B. die Therapiefrequenz, die Kooperation oder das Alter des Patienten sowie die Schwere der Erkrankung, verändern sich in der Bewertung hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Reha-Verlauf nicht signifikant, obwohl in den Vorträgen explizit zu den Prognosefaktoren Stellung genommen wird.

Fragt man die Teilnehmer, welche Behandlung sie derzeit für ihren Angehörigen als am wichtigsten erachten (Abb. 2), zeigt sich zwar als direkter Effekt der Informationsvermittlung, daß die Mitverantwortung der Angehörigen nach dem Seminar signifikant besser erkannt und die Bedeutung der Ergotherapie stärker bewertet wird, die Einschätzung eher unspezifischer physikalischer Maßnahmen z.B. geht aber nicht zurück. Spezifische Therapien wie Krankengymnastik und Sprachtherapie werden bereits in der Vorher-Befragung als wesentlich erkannt. Die Methode dieser Gruppenstatistik läßt hierbei allerdings keine Beurteilung dahingehend zu, ob diese Einschätzungen dem Störungsbild der Patienten auch angemessen sind.

Wovon hängt eine Besserung ab?

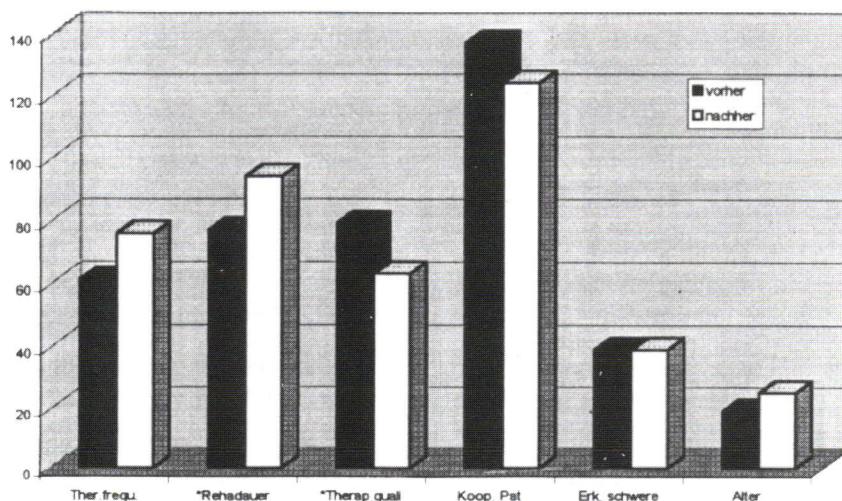


Abb. 1 zeigt, welche Einflüsse die Angehörigen vor und nach dem Seminar für eine Verbesserung der Patienten verantwortlich machen. Die mit * gekennzeichneten Bereiche sind signifikant; McNemar $p < 0.05$.

Einschätzung Behandlungsschwerpunkt

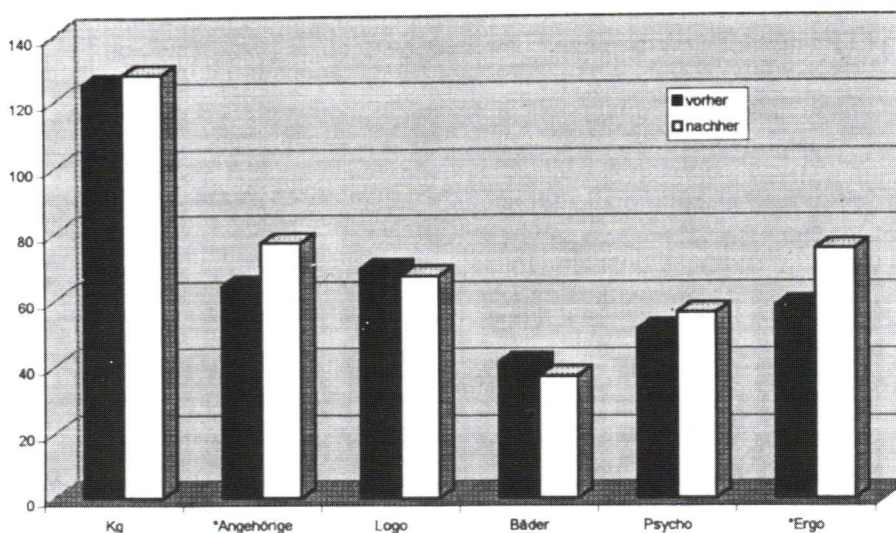


Abb. 2 zeigt, welche Therapieschwerpunkte Angehörige vor und nach dem Seminar für wichtig erachten. Die mit * gekennzeichnete Bereiche sind signifikant; McNemar $p < 0.05$.

2.3 Diskussion der Ergebnisse

Die zuvor in der Pilotstudie beobachteten positiven Tendenzen eines spezifischen Informationsgewinnes nach unserer Veranstaltung konnten in einer größeren Stichprobe bisher nicht durchgängig bestätigt werden. Informationen, die in den Vorträgen oder in den anschließenden Gesprächen explizit vermittelt werden, werden nicht so schnell in die subjektive 'Krankheits- und Reha-Theorie' der Angehörigen eingebaut, als daß sich in der Nachher-Befragung (max. 160 Min. nach der Vorher-Befragung) bereits eine veränderte und eventuell realistischere Einschätzung quantifizieren ließe.

Der derzeitige Stand der Auswertung zwingt zur weiteren kritischen Auseinandersetzung...

- ...erstens, mit der statistischen Auswertung der Daten: in Zusammenarbeit mit einem Statistiker werden die Datenanalysen hinsichtlich der Eignung der verwendeten Methoden noch einmal überprüft.
- ...zweitens, mit der Methode der Informationsvermittlung: möglicherweise vermitteln

Vorträge Informationen nicht individuell genug, sind mit Fakten 'überladen', aus denen die Zuhörer nicht schnell genug die für sie relevanten herausfiltern können. Der positive Effekt, den wir dennoch beobachten, könnte vielmehr auf die individueller gestalteten Gesprächsrunden zurückzuführen sein. Wenn es bei dem oben dargestellten Ergebnis, daß kein deutlicher spezifischer Effekt der Informationsvermittlung nachweisbar ist, bleibt, muß die Form der Seminare entsprechend geändert werden.

- ...und drittens, mit der Methode der Evaluation: der von uns verwendete Fragebogen ist durch den Anspruch auf umfassende Befragung lang und komplex geworden. Einige Mehrfachwahl-Fragen z.B. erfordern die Lektüre sehr vieler Antwortmöglichkeiten. Mit zwei DIN A4 Seiten geht der Fragebogen wahrscheinlich weit über das Maß an Lesepensum hinaus, das viele im Alltag gewohnt sind. Die Tatsache der zahlreichen 'missing data' spricht hierfür. Eine Kürzung des Fragebogens unter Fokussierung der wichtigsten Fragen erscheint er-

forderlich und auf der Basis der bisherigen Erfahrungen auch möglich.

Einige methodische Veränderungen sind also vorzunehmen, wenn wir die in der Literatur beschriebenen positiven Effekte von Informationen auf die erlebte Belastung auch bei unseren Angehörigen besser erreichen wollen. Somit bedient die Kontrolle von Inhalten und Effekten der Angehörigenarbeit offensichtlich nicht praxisferne Forschungsinteressen, sondern ermöglicht es, Bedürfnisorientierung, Effizienz, Zuverlässigkeit und Didaktisierung einer Informations- und Beratungsveranstaltung zu optimieren.

3. *Kommunikationsseminar für chronische Global-Aphasiker und ihre Partner*

3.1 Konzeption und Methode

Die Bedeutung der Angehörigenarbeit wie sie oben für die neurologische Rehabilitation im Allgemeinen beschrieben wurde, trifft im Besonderen auch auf die Rehabilitation von Aphasikern zu. Aphasie wird als Familienkrankheit (Buck 1968) gesehen und der kommunikations- und familienorientierte Umgang mit Aphasie wird gefordert (z.B. Herrmann 1989, Sarno 1991, Bongartz 1996). Das bedeutet, daß sich die Rolle der Angehörigen in der Sprachtherapie nicht auf die Zuschauenden oder die zu Beratenden beschränken läßt, sondern sie aktiv einbezogen werden müssen. Dies gilt insbesondere, wenn bei schwerst betroffenen chronischen Aphasikern Formen 'ganzheitlicher Kommunikation' etabliert werden sollen. Ratschläge für die Kommunikation, Informationsveranstaltungen, Vermittlung von Selbsthilfegruppen und Angebote zur gemeinsamen Freizeitgestaltung erscheinen hierfür unzureichend. Deshalb wurde ein spezifisches kommunikationsorientiertes Therapieangebot für schwerst betroffene chronische Aphasiker und deren Partner entwickelt.

Es handelt sich hierbei um ein Paarübungsprogramm in einer Gruppe von 3-5 Paaren. In PACE-ähnlichen Übungssituationen (Davis/Wilcox 1985) soll die Verständigung mit verbalen und nonverbalen Mitteln gemeinsam mit dem Partner verbessert werden. Einzelne noch zur Verfügung stehende Wörter,

Gesten, Schrifttafeln, Bildsymbole oder Zeichnungen erfolgreich in der Kommunikation einzusetzen und zu verstehen, ist auch für den Nicht-Aphasiker eine Lernaufgabe. Dies wird in kleinen Übungssequenzen innerhalb der Dyaden geübt und anhand von Videoanalysen das Kommunikationsverhalten diskutiert und modifiziert. Wesentliches Ziel der Videoanalysen ist die Beeinflussung festgefahrener und konflikträchtiger Kommunikationsstrategien insbesondere auf der Seite der sprachgesunden Partner. Hierzu zählen die einseitige Übernahme der kommunikativen Initiative, zu frühe Hilfestellungen, zu rasche Sprecher-Hörer-Wechsel, unangemessene Beachtung der Sprachverständnisstörung, zu viele 'entweder-oder-Fragen' und die Mißachtung nonverbaler Signale. Als Alternativen werden Gesprächstechniken wie Ja-/Nein-Sicherung, Zeit lassen, Signale beachten, Aufmerksamkeit sichern und Entweder-Oder-Fragen meiden erprobt.

Durch das Modellverhalten anderer Dyaden und durch natürliche Verstärkungsmechanismen innerhalb der Gruppe wird eine Erhöhung der Lerneffekte erwartet. Wir gehen auch davon aus, daß durch das Üben in der Gruppe eine bessere Akzeptanz gegenüber alternativen Kommunikationsmethoden entwickelt werden kann.

Das Seminar ist als intensive Wochenendveranstaltung konzipiert. Seine *Elemente* sind:

- Fragebögen und Einzelgespräche zur Anamnese und Diagnostik vor und zu Beginn des Seminars: ein speziell entwickelter Fragebogen zur Anamnese und therapeutischen Vorgeschichte, der CETI-Fragebogen zur kommunikativen Effektivität (Communicative effectiveness index, Lomas et al. 1989) in leicht modifizierter Form, ein Angehörigen-Fragebogen zur Akzeptanz gegenüber einer AKM (Müller 1992).
- Kurze theoretische Einführung in die alternativen Kommunikationsmethoden (Zeigen, Zeichnen, Gesten) und Gesprächstechniken (Ja-/Nein-Sicherung, Zeit lassen, Signale beachten, Aufmerksamkeit sichern, Entweder-Oder-Fragen meiden).
- Demonstration von alternativen Kommunikationsmethoden bzw. Gesprächstechniken durch die Therapeuten i.S. eines 'Mo-

dellings' und zum Abbau von Hemmschwellen.

- Spielerisches Einüben alternativer Kommunikationsmethoden in der Gruppe in Form von angepaßten Gesellschaftsspielen (z.B. Lotto: eine gleiche oder inhaltlich passende Karte muß unter Einsatz von Zeigen, Zeichnen oder Gesten gefunden werden).
- Dyadentraining mit Videoaufnahme.
- Videoanalysen und Gesprächsrunden in der Gruppe zur Rückmeldung und Verstärkung.
- Entspannungsübungen und Pausen.
- Wiederholte Befragung mit dem CETI zur Evaluation und Katamnese am Ende des Seminars und nach 4 Wochen.

Die *Auswahlkriterien* für die Seminarteilnehmer mußten aus klinisch-pragmatischen Gründen sehr breit gefaßt werden:

- Es besteht seit mindestens einem Jahr eine Aphasie vaskulärer Genese.
- Es liegen schwere expressive Störungen vor: Globale Aphasie, Broca-Aphasie mit schwerer Sprechapraxie.
- Es bestehen gravierende Verständigungsprobleme im Alltag.
- Die Dyaden bilden eine feste Partnerschaft oder sind ständige Bezugspersonen.
- Es besteht die Bereitschaft zum Erwerb alternativer Formen der Verständigung.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Bislang verfügen wir über Erfahrungen aus einer 6-stündigen Pilotveranstaltung und einem 16-stündigen Intensivseminar mit jeweils drei Ehepaaren. Tab. 1 (S. 266) zeigt im Überblick einige Daten jeweils die aphasischen Partner der Paare betreffend. Das Alter der Teilnehmer variierte von 38 bis 74 Jahre. Die Aphasie bestand im kürzesten Fall 1;10 Jahre und im längsten Fall 8;4 Jahre. AAT-Ergebnisse (Aachener Aphasie Test, Huber et al. 1983) lagen uns nur bei den Teilnehmern des ersten Seminars vor, da sich alle drei Paare zur gleichen Zeit im Klinikum Passauer Wolf zur Rehabilitation befanden. Alle Aphasiker hatten laut hausinterner Diagno-

stik oder laut zur Verfügung gestellter Unterlagen eine Globale Aphasie bzw. eine Broca-Aphasie mit schwerer Sprechapraxie. 4 Paare gaben Unsicherheiten bei der Ja-/Nein-Kommunikation an. Erfahrungen mit alternativen Kommunikationsmethoden hatte bislang keiner der Teilnehmer, im übrigen waren die sprachtherapeutischen Vorgeschichten und z.B. das jeweilige Ausmaß an Resignation oder die Fixierung auf die lautsprachliche Rehabilitation sehr unterschiedlich.

3.3 Auswertung und Ergebnisse

Zur Evaluation kamen der speziell entwickelte Fragebogen, ein semi-standardisiertes Interview, die Erhebung zur funktionalen Kommunikation (CETI) und qualitative Interaktionsanalysen zum Einsatz (s.o.).

Zur Darstellung der erfolgten Veränderungen von Kommunikationsstrukturen und -strategien innerhalb der Dyaden werden im folgenden die Ergebnisse des CETI sowie der Verhaltensbeobachtung vorgestellt.

3.3.1 Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit gemessen durch den modifizierten CETI

Der CETI (Communicative effectiveness index, Lomas et al. 1989) ist ein aus dem Englischen übertragener Fragebogen zur Erhebung der funktionalen Kommunikation von Aphasikern aus der Sicht ihrer Angehörigen (Schlenck/Schlenck 1994). Für 15 Items (siehe Tab. 2, S. 267) soll auf einer 10 cm langen Analogskala zwischen den Polen 'kann er so gut wie vor der Erkrankung' und 'kann er überhaupt nicht' angekreuzt werden, wie gut der Aphasiker über eine bestimmte kommunikative Fähigkeit verfügt. Der CETI-Index ist der Mittelwert über alle Items gemessen in mm.

In Tab. 2 sind die Rohdaten der CETI-Befragung vor (prä) und 4 Wochen nach (post) dem Wochenendseminar für die drei teilnehmenden Paare aufgelistet. Eine deutliche Veränderung des CETI-Index zeigt sich nur bei dem Paar VÖ (23/48), hingegen sind auf Einzelitem-Ebene bei allen Paaren Veränderungen zu sehen. Markiert wurden diejenigen Items, die nach dem Training um mindestens 40 mm besser (dicht gepunktet), z.B. 'Fragen mit 'Ja'

	WR	RE	WL	VÖ	OP	NE	
Tabelle 1							
Alter	74	70	54	65	59	38	
Beruf	Fliesenleger	Hausfrau	Metzger	Rente; Lagerist	Rente; Sekretärin	Rente; Krankenpflege	
Art der Hirnschädigung	li.-hem. Ischämie	li.-hem. Ischämie ACM	li.-hem. Ischämie ACM	li.-hem. Ischämie ACM	Fronto-temporale Atrophie rasch progredient	Hämorrhagischer Mediainfarkt li. bei Sept. Aneurysma	
Post onset	7;3 Jahre	8;4 Jahre	1;10 Jahre	3;9 Jahre	4;5 Jahre	6;11 Jahre	
Familienstand	verh., 3 Kinder	verh., 2 Kinder	verh., 1 Kind	verh., 3 Kinder	verh.	verh., 2 Kinder	
Teilnehmender Partner	Ehefrau	Ehemann	Ehefrau	Ehefrau und Schwager	Ehemann	Ehemann	
Sprachtherapeutische Vorgeschichte	ca. 3 Jahre 2x/Woche jetzt 3. Reha mit tägl. Sprachtherapie	Nie ambulante Therapie jetzt 2. Reha mit tägl. Sprachtherapie	1x/Woche ambulant jetzt 2. Reha mit tägl. Sprachtherapie	Seit kurzem 14täglig Sprachtherapie; 3 x Reha mit 1-2 x wöch. Sprachtherapie	1x Reha ohne Sprachth. jetzt 1x wö. PC-Übung 3 x Reha 1x wö. Musiktherapie mit tägl. Sprachtherapie	1x/Woche ambulant 3 x Reha mit tägl. Sprachtherapie	
Selbsthilfegruppe	Gelegentlich	Nein	Nein	Seit kurzem	Ja	Ja	
AAT Ergebnisse	Schweregrad 2/1/5/0/2/1 10 FP leicht 79 P mittelschwer 42 P mittelschwer 62 P mittelschwer 40 P mittelschwer 40 P mittelschwer	Schweregrad 0/0/1/0/0/0 44 FP schwer 80 P mittelschwer 00 P schwer 00 P schwer 26 P schwer 19 P schwer	Schweregrad 0/0/0/0/0/0 39 FP mittelschwer 30 P schwer 00 P schwer 00 P schwer 26 P schwer 08 P schwer	AAT-Ergebnisse liegen nicht vor, die klinische Einschätzung zeigt: V. a. Globale Aphasie mit rel. gut erhaltenem situativen Sprachverständnis	AAT-Ergebnisse liegen nicht vor, die klinische Einschätzung zeigt: Aphasische Störung unklar, da starke sprachmotorische Überlagerungen durch sehr geringe Kieferöffnung	AAT-Ergebnisse liegen nicht vor, die klinische Einschätzung: V. a. Syndromverschiebung Richtung Broca-Aphasie	Aktuelle AAT-Ergebnisse liegen nicht vor. V. a. Syndromverschiebung Richtung Broca-Aphasie
ALLOCC Diagnose	Broca-Aphasie, leicht	Globale Aphasie, schwer	Globale Aphasie, mittelschwer			1995: Globale Aphasie mittelschwer	
Kommunikationsrelevante Beobachtungen, fremdanamnestisch erhobene subjektive Problembereiche	* V. a. schwere Sprechpraxie * starke Sprechangst * komm. Initiative ↓ * Ja/Nein unsicher	* Angst vor kommunikativen Mißerfolgen * Ja/Nein unsicher	* V. a. Sprechpraxie * grobe Hoffnung auf sprachliche Verbesserungen * Leidsendruck ↑ * Einsatz von Alternativen wird als Stagnation gewertet * Ja/Nein unsicher	* Keine sprachlichen Äußerungen * V. a. Sprechpraxie komm. * Initiative ↓ * Leidsendruck ↑ * Ja/Nein unsicher	* Spricht Nomen und Verben spontan aus, bei geringerer Verständlichkeit * Depression * Resignation in komm. Situationen * komm. Initiative ↓ * Ja/Nein unsicher	* Meist Ein- und Zweiwortsätze * Ja/Nein sicher	

Tabelle 1 zeigt die Beschreibung der Stichprobe, die Paare WR, RE und WL sind Teilnehmer der Pilotstudie, VÖ, OP und NE Teilnehmer des Wochenendworkshops.

Tabelle 2 CETI-Ergebnisse (12.12.97 / 12.01.98)

CETI-Items (0 = kann er absolut nicht 100 = kann er so gut wie vor der Erkrankung)	VÖ prä	VÖ post	OP prä	OP post	NE prä	NE post
Die Aufmerksamkeit anderer auf sich lenken, wenn er möchte	16	62	52	99	30	32
An Unterhaltungen teilnehmen, in denen es um ihn geht	17	32	53	40	12	15
Fragen mit ‚Ja‘ / ‚Nein‘ beantworten	20	81	99*	73*	65	52
Seine Gefühle ausdrücken	20	82	99	99	06	49
Deutlich machen, daß er versteht, was man ihm sagt	24	82	99*	70*	72*	36*
Mit Bekannten Kaffee trinken und dabei kommunizieren	22	12	57	68	25	12
Den Namen von jemandem aussprechen, der vor ihm steht	24	12	75*	43*	26	12
Mitteilen, wenn er gesundheitliche Probleme hat	24	44	99	83	39	53
Eine Mitteilung von sich aus beginnen	24	42	20	45	06	05
Irgend etwas (z.B. ‚ja‘ ‚nein‘) ohne Worte ausdrücken	24	80	97*	60*	05	24
Eine Mitteilung mit fremden Leuten beginnen	25	37	10	21	05	06
Geschriebenes (Wörter, Sätze, Texte) lesen und verstehen	25	34	18	15	25	47
An einem Gespräch mit Fremden teilnehmen	25	36	08	12	04	08
Gesten einsetzen	24	53	17	35	05	14
Wörter aufschreiben, wenn sprachlicher Ausdruck mißlingt	25	24	03	08	04	07
mod. CETI-Index (gerundet)	23	48	54	51	22	26

Tab. 2 zeigt die Ergebnisse des modifizierten CETI - Fragebogens der drei Paare des Wochenendworkshops in vorher/nachher Darstellung. Die Zahlen drücken die Entfernung von den Polen „kann er/sie absolut nicht“ und „kann er/sie so gut wie vor der Erkrankung“ in mm aus. Verbesserungen ≥ 40 mm sind dunkel unterlegt, Verschlechterungen ≥ 20 mm sind heller unterlegt und mit *gekennzeichnet.

/ ‚Nein‘ beantworten‘ oder ‚Gesten einsetzen‘ bei Paar VÖ, bzw. um mindestens 20 mm schlechter (heller gepunktet) beurteilt wurden, z.B. ‚Deutlich machen, daß er versteht, was man ihm sagt‘ bei Paar OP.

Auffallend ist, daß die kommunikativen Veränderungen, die die Nicht-Aphasiker bei ihren aphasischen Partnern zu beobachten meinen, von den Therapeuten nicht im selben Maße bestätigt werden können. Es ergibt sich die Frage, ob durch die CETI-Befragung nicht eher die veränderte Wahrnehmung der Nicht-Aphasiker bzgl. der Kommunikationsfähigkeit ihrer aphasischen Partner

abgebildet wird. Auch die Bewertung in Richtung einer Verschlechterung der kommunikativen Fähigkeiten deutet darauf hin, daß Defizite im Verlauf des Seminars deutlicher erkannt werden. Insgesamt erscheint die Interpretation des CETI als Instrument zur Therapieevaluation aber hochgradig spekulativ.

3.3.2 Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung dargestellt an Aussagen und am Verhalten der Teilnehmer

Die Videoaufzeichnungen von den Rückmeldungsrounds in der Gruppe wurden inhaltlich analysiert und Äußerungen der Teilnehmer

transliteriert. Aus den Äußerungen ergaben sich Hinweise für Veränderungen in folgenden Bereichen:

• **Hinweise für Veränderungen von Kommunikationsstrukturen und -strategien**

Die Angehörigen versuchen Alternativen einzusetzen und fordern ihre aphasischen Partner dazu auf:



dann zeig' eben drauf/ ist es hier im Raum?/ zeichne es!/ mach mal 'ne Handbewegung/ kannst Du's mir zeigen?

Die Angehörigen bewerten die Alternativen positiv:



die kann das ja ganz gut zeigen/ das versteht man ja, wenn er drauf zeigt/ daß der so gut zeichnen kann, hätte ich nicht gedacht/ das bringt am meisten, wenn man die Gestik selber verwendet, da muß man sich in den, der nicht sprechen kann, reindenken.

Die Angehörigen erproben und bewerten den Einfluß der neuen Gesprächstechniken:

mehr Zeit und Geduld:



klar geht das jetzt besser, aber ich brauche auch viel länger Zeit, im Alltag nervt das/ ich muß mich richtig anstrengen, uns Zeit zu lassen/ als ich weniger gedrängt habe, ist mein Partner aktiver geworden/ es ist mir klar geworden, wirklich warten – das ist das A und O/ man ist drauf fixiert zu helfen, daß es schneller rauskommt, und das ist das Verkehrte/ das ist das, was mir fehlt, dieses Zeit lassen, es ist einfach so fest drin/ Mein Rettungsanker!, wenn ich nach Hause komme, kaufe ich mir gleich so einen Ball (Igelball als externer Stimulus wird zur Reaktionskontrolle eingesetzt und spontan übernommen).

Gleichzeitig zeigt sich, daß die Aktivität der Nicht-Aphasiker abnimmt. Es entstehen län-

gere Pausen zwischen den Sprecher-Hörer-Wechseln, so daß der Aphasiker öfter dazu kommt, eine Mitteilung zu Ende zu führen.

Signale beachten, Aufmerksamkeits- und Verständnissicherung:



ich muß viel mehr drauf achten, was mein Mann tut/ horch' mal! (vor einer Rückfrage)/ sitzt od..., nein, (steht auf) steht er? (entweder-oder-Frage wird gestoppt und die Frage durch Körpersprache unterstützt).

Angehörige übernehmen das Modellverhalten der Therapeuten und betonen die Wichtigkeit der Strategie.

• **Hinweise auf eine angemessene Einbeziehung der Aphasiker**

Die Aphasiker zeigen auch in Spiel- oder Gesprächsrunden mit 'Längen' aktive Mitarbeit:



beim Lotto-Spiel Hochheben einer gesuchten Spielkarte ohne besondere Aufmerksamkeitslenkung/ Einwortäußerungen oder gestisch-emotionale Äußerungen in Gesprächsrunden oder frontaler Unterrichtssituation.

Anzeichen von Belastung und Streß nehmen ab:



bei einem Patienten ist die häufige verzweifelte Handbewegung zum Mund während der Übungssequenzen nicht mehr zu beobachten/ Veränderungen im Gesichtsausdruck: Lächeln nach bewältigter Aufgabe.

Die Angehörigen bemerken neue Fähigkeiten bei ihren aphasischen Partnern:



das hätte ich nicht gedacht, daß er das kann/ daß der so gut zeich-

nen kann, hätte ich nicht gedacht.

• **Hinweise auf Verstärkung durch die Gruppe und Modellernen**

Die Angehörigen beschreiben und bewerten das Verhalten der anderen Paare:



das finde ich gut, wie Sie sich Zeit gelassen haben/ Sie haben einfach zuviel gearbeitet, ohne daß Ihr Mann aktiv werden mußte!/ Ja, doch, genauso ist es richtig!/ An Herrn X habe ich gesehen, wie hektisch man sein kann/ Sie hätten ihm einfach auch sagen können: 'zeig mir's doch mal'/ Sie spielen immer den Dolmetscher, wenn jemand anderes mit Ihrem Mann spricht, das habe ich am Anfang auch gemacht, das muß man sich wirklich abgewöhnen/ Sie sind viel ruhiger geworden und haben viel mehr Pausen gemacht.

Die Angehörigen setzen das Verhalten der Anderen in Beziehung zu sich selbst:



ich sehe, daß Andere noch mehr Schwierigkeiten haben/ das konnte sie so gut umsetzen, das muß ich doch auch schaffen/ Wenn ich so gelassen rangehen könnte, wie sie, wäre ich schon froh/ jetzt hat man mal gesehen, wie schwer das ist, gleich zu reagieren, wenn man dauernd unterbrochen wird – und wir sind gesund (nach einem Negativ-Beispiel durch zwei Nicht-Aphasiker).

3.4 Diskussion

3.4.1 Der Nutzen des Kommunikationstrainings für Paare in der Gruppe

Auf der Grundlage der Verhaltensbeobachtung läßt sich der Nutzen des Kommunikationstrainings wie folgt formulieren:

- Die Teilnehmer akzeptieren und nutzen die Videoanalysen erfolgreich zur Bewußtmachung und Änderung der eigenen kommunikativen Strategien. Diese Beobachtung erscheint uns bei überwiegend älteren, weniger mediengeübten Teilnehmern nicht als banal.

- Verhaltensmodifikation ist möglich, aber mühsam und erfordert intensive, systematische Methoden. Eine einfache Beratung erscheint nahezu wirkungslos, wenn z.B. Strategien der Verständnissicherung und langsamere Sprecher-Hörer-Wechsel umgesetzt werden sollen.
- Die Übungssituation beschränkt sich nicht auf die künstliche Kommunikation mit professionellen Helfern, sondern geschieht überwiegend mit untrainierten Kommunikationspartnern. Dadurch scheinen effizientere Verstärkungsmechanismen zur Wirkung zu kommen (Fawcus 1983).
- Andere Paare eignen sich als Lernmodelle zur Wahrnehmung und Diskussion kommunikativer Strategien. Dabei erwies sich auch die relative Inhomogenität der Gruppe in Bezug auf die Schwere der Kommunikationsstörung und der jeweiligen paarspezifischen Kompensation als Vorteil, da das Erkennen von Unterschieden einerseits Lernen provozieren kann, andererseits aber auch die Abgrenzung zu sich selbst möglich macht, wenn Selbstbild und Selbstwertgefühl dieses erforderlich machen.
- Ein Großteil der Trainingszeit und der Veränderungen lag auf der Seite der Nicht-Aphasiker. Somit kann im Rahmen eines solchen Seminars zum einen der Einfluß der sozialen Unterstützung auf den Verlauf chronischer Erkrankungen berücksichtigt werden: die direkte Einbeziehung des Lebenspartners in die Therapie wird als aktive, problemorientierte Form der Krankheitsbewältigung genutzt. Zum anderen tut sich hiermit ein Weg auf, auch bei schwerer chronischer Aphasie – bei der häufig auch Erwerb und Gebrauch alternativer Kommunikationsmethoden rasch an Grenzen stoßen – nicht in therapeutischen Nihilismus zu verfallen, sondern Veränderungen *im Umgang mit* statt in der Struktur des gestörten Sprachsystems und der beeinträchtigten Symbolfähigkeit der Aphasiker anzustreben. Somit eignet sich das Training aufgrund seiner ganzheitlichen und alltagsrelevanten Orientierung als sinnvolle Ergänzung zur Einzeltherapie.

3.4.2 Probleme der objektiven Bewertung des Seminars und seiner Effekte

Die Konzipierung, Vorbereitung und Durchführung des Seminars erwies sich als außerordentlich aufwendig und insbesondere hinsichtlich der flankierenden methodischen Kontrollinstrumente als sehr diskussionsintensiv. Die objektive Messung des Therapieerfolges ist noch die besondere Schwachstelle des Programmes. Es wurde deutlich, daß die therapeutischen Prozesse in der Gruppe, aufgrund der zwangsläufigen Inhomogenität, einer Dynamik und Komplexität unterliegen, die keine 1:1-Zuordnung von Intervention x zu Effekt y erlauben. Die Anwendung testtheoretisch anerkannter Fragen- und Leistungsinventare zur Befindlichkeit, Lebensqualität, Sprachsystematik oder funktionalen Kommunikation ist zwar denkbar, muß jedoch unbefriedigend bleiben, weil hierbei jeweils nur Einzelaspekte erfaßt werden oder sie für die vorliegende Fragestellung ungeeignet bzw. unzulässig sind:

- Die Verwendung des CETI zur Verlaufskontrolle erscheint fragwürdig, da die Interpretation der Ergebnisse sehr spekulativ erfolgen muß.
- Der AAT ist für die Fragestellung ungeeignet, da sprachsystematische Effekte nicht erwartet werden.
- Der ANELT (Amsterdam-Nijmegen-Every-Day-Language-Test, *Blomert et al. 1987*) ist aufgrund der Schwere der vorliegenden Sprachstörungen nicht durchführbar.
- Der Einsatz von Inventaren zur Beurteilung der Lebensqualität oder Befindlichkeit wäre denkbar, jedoch unspezifisch, da er der Messung eines evtl. Generalisierungs-, nicht des Trainingseffektes dienen würde und zudem aus methodischen Gründen nur die Sichtweise des nicht-aphasischen Partners berücksichtigen könnte.

Das bedeutet, daß andere Meß- und Beurteilungsmethoden in Betracht gezogen bzw. (weiter-)entwickelt werden müssen. So erschien die qualitative Verhaltensbeobachtung am ergiebigsten hinsichtlich einer Evaluation. Angepaßte Formen der Gesprächs- und Verhaltensanalyse mit dem Ziel der Quantifizierung von Gesprächspausen, Sprecher-

Hörer-Wechseln, der Vielfalt verwendeter kommunikativer Mittel und Strategien der Verständnissicherung sowie der Zunahme erfolgreicher Kommunikationssequenzen sollten zum Einsatz kommen.

Wünschenswert wären auch mehrere Zeitpunkte der 'Nachher'-Befragung sowie eine Validierung der Ergebnisse durch Vergleich eines Intensivseminars mit den Effekten einer 4-wöchigen Einzeltherapie mit Angehörigenberatung. Aufgrund der ersten Erfahrungen stellt sich auch die Frage, ob es 'typische' Patienten und Paarkonstellationen gibt, die in der erwarteten Weise von dem Training profitieren und, ob diese durch entsprechende Vorgespräche und Screenings erkannt werden können.

3.4.3 Das Dilemma – oder die Grenzen der Vermischung von Therapie und Forschung

Wir waren ausgezogen, eine methodisch sauber kontrollierte Studie zur Gruppentherapie durchzuführen. Die geplante Kontrolle mittels standardisierter Testverfahren erwies sich jedoch z.T. für den vorliegenden Ansatz als ungeeignet. Die folgerichtige (Weiter-) Entwicklung und Verwendung spezifischer, methodisch einwandfreier Evaluationsverfahren ist notwendig, aber ungleich aufwendiger und teurer. Zudem steht Wissenschaftlichkeit, die vordergründig der sauberen Messung dient, der Flexibilität im Wege, die ein 'in vivo-Therapieprogramm' mit realen Individuen erforderlich macht.

Der Anspruch einer sauberen Effektkontrolle ist nur im Rahmen wissenschaftlicher Begleitforschung zu leisten und zu finanzieren. Aus klinisch-therapeutischer Sicht muß ausreichen,...

- daß die inhaltlichen Analysen durch die Seminarleitung zwar subjektiv, aber professionell erfolgen;
- daß ebenso die inhaltlichen Analysen durch die Teilnehmer zwar subjektiv, aber in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse kompetent erfolgen;
- daß Patientenaquirierung, Anamnese sowie Seminar- und Lerneffektbeurteilung zunächst 'nur' durch die Weiterentwicklung hausinterner Fragebögen methodisch begleitet werden.

Die wissenschaftliche Fundierung dieser Veranstaltung scheint also in der bewußten theoretisch-systematischen Vorbereitung, Leitung und Evaluation des Seminars zu bestehen. Auch erreicht das Vorgehen durch bewußt gemachte und angewandte Berufserfahrungen sowie die Verteilung der Verantwortung auf zwei für Lern- und Verhaltensmodifikationsprozesse zuständige Berufsgruppen seine Professionalität. Einen Austausch mit weiterbehandelnden Therapeuten finden wir als weitere Effektkontrolle erstrebenswert. Ebenso sehen wir die Arbeit an der kontinuierlichen methodischen Verbesserung des Programmes als Gewährleistung seiner Professionalität.

Literatur

- Blomert, L., Koster, Ch., van Mier, H., Kean, M.-L.:* Verbal communication abilities of aphasic patients: the everyday language test. *Aphasiology*, 1, 6 (1987), 463-474.
- Bongartz, R.:* Kommunikationstraining mit Aphasikern und Angehörigen. *Neurolinguistik*, 10, 1 (1996), 1-28.
- Buck, M.:* Dysphasia. Professional guidance for family and patient. Prentice Hall. Englewood Cliffs New York 1968.
- von Cramon, D.Y.:* Prognostische Faktoren. In: *von Cramon D.Y., Zihl J.* (Hrsg.): *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin 1988.
- Christensen, A.L.:* The neuropsychological investigation as a therapeutic and rehabilitative technique. In: *Ellis, D.W., Christensen A.L.* (Hrsg.): *Neuropsychological treatment after brain injury*, Boston 1989, 127-156.
- Davis G.A., Wilcox M.J.:* Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics. San Diego 1985.
- Fawcus, M.:* Group therapy: a learning situation. In: *Code, Ch. & Müller, D.J.* (Hrsg.): *Aphasia therapy*, London 1983, 113-202.
- Helmick J.W., Watamori T.S., Palmer J.M.:* Spouses' understanding of the communication disabilities of aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 41 (1976), 238-243.
- Herrmann, M.:* On the possible value of family therapy in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 3 (1989), 491-492.
- Huber W., Poeck K., Weniger, D. & Willmes, K.:* Aachener Aphasie Test. Göttingen 1983.
- Lomas J, Pickard L., Bester S., Elbard H., Finlayson A., Zoghaib C.:* The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *JSHD* 54 (1989), 113-124.
- Müller U.:* Graphische Symbolsysteme in der Aphasiotherapie. Bad Salzhausener Beiträge zur Aphasieforschung, Bd. 3. Frankfurt 1992.
- Sarno J.E.:* The psychological and social sequelae of aphasia. In: *M.T. Sarno* (ed.): *Acquired Aphasia*, 2nd edn. New York 1991.
- Schlenck C, Schlenck K.J.:* Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasischer Patienten. *L.O.G.O.S interdisziplinär*, 2, 2 (1994), 90-97.
- Thun T.:* Psychotherapie und Sozialtherapie. In: *von Cramon D.Y., Zihl J.* (Hrsg.): *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin 1988.
- Wenz C., Herrmann M.:* Emotionales Erleben und subjektive Krankheitswahrnehmung bei chronischer Aphasie – ein Vergleich zwischen Patienten und deren Familienangehörigen. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40 (1990), 488-495.

Anschriften der Verfasser

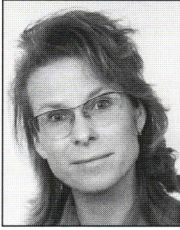
Dr. Ulrike de Langen-Müller
Klinikum Passauer Wolf
Bgm.-Hartl-Platz 1
94086 Bad Griesbach

Dr. phil. Ulrike de Langen-Müller arbeitete von 1989 bis 1991 am Institut für Medizinische Psychologie in München. Seit 1991 ist sie als Sprachheilpädagogin in der neurologischen Rehabilitation tätig. Sie ist Lehrbeauftragte an der Ludwig-Maximilians-Universität, München.

Bernd Genal
Klinikum Passauer Wolf
Bgm.-Hartl-Platz 1
94086 Bad Griesbach

Dipl. Psych. Bernd Genal arbeitet seit 1991 als Neuropsychologe in der Neurologischen Rehabilitation. Abgeschlossene Weiterbildung in Neuropsychologie (GNP), Verhaltenstherapie (AVM) und Supervision (BDP).

MAGAZIN



Hildegard Kaiser-Mantel, München

Sprachheilpädagogische Diagnostik bei 3-4jährigen Kindern:

Eine objektiv-systematische Beurteilung oder eine subjektiv-intuitive Momentaufnahme?

Im Gespräch

Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Veröffentlichung wird die in der Praxis wie auch Forschung so oft als unbefriedigend empfundene Situation der sprachheilpädagogischen Diagnostik bei 3-4jährigen Kindern beschrieben. Es werden zwei unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen kritisch betrachtet: die objektiv-systematische Beurteilung und die subjektiv-intuitive Momentaufnahme. Da die vorhandenen standardisierten Testverfahren große Mängel bezüglich der Durchführungsmethode für die Altersgruppe der 3-4jährigen aufweisen, stellt sich die Frage, inwieweit eine systematische, objektive und wissenschaftliche Vorgehensweise bei so jungen Kindern überhaupt möglich und sinnvoll ist. Im Gegensatz dazu bedient sich der Diagnostiker oft einem Arbeitsansatz, welcher auf Hypothesen und Berufserfahrungswerten basiert. Doch auch diese Methode muß kritisch betrachtet werden, denn auf diese Weise erfolgt häufig eine diagnostische Urteilsbildung ohne gesicherte wissenschaftliche Konzepte oder Verfahren. Um eine eindeutige und therapierelevante Diagnose zu erstellen, wird die Synthese beider Vorgehensweisen angestrebt.

Einleitung

Die Früherkennung von Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern hat in den letzten Jahren sowohl im klinischen wie auch im pädagogischen Alltag immer mehr an Stellenwert gewonnen. So ist es nunmehr durchaus üblich, 3jährige Kinder (und oft auch jüngere) mit dem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsauffälligkeit in der Sprachheilambulanz vorzustellen und den momentanen Ist-Zustand der Sprachentwicklung einzuschätzen. Prognosen sollen erstellt und Behandlungsschwerpunkte formuliert werden mit dem Ziel, den Soll-Zustand – gemessen an der Norm – zu erreichen.

2. Zwei unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen:

Die objektiv-systematische Beurteilung und die subjektiv-intuitive Momentaufnahme

2.1 Die objektiv-systematische Vorgehensweise

Die diagnostische Arbeit mit derart jungen Kindern zeigt häufig große Mängel und Probleme bezüglich einer systematischen, objektiven und wissenschaftlichen Vorgehensweise auf. Dem Diagnostiker stehen nur wenig diagnostische Überprüfungsverfahren, welche die Kriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität berücksichtigen, zur Verfügung. Einige sollen genannt werden:

- Aktiver Wortschatztest (AWST: 3-6 Jahre) von *Kiese* und *Kozielski*
- Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET: 3-10 Jahre) von *Angermaier*
- Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET: 3-9 Jahre) von *Grimm* und *Schöler*
- Logopädischer Sprachverständnistest (LSVT: 4-8 Jahre) von *Wettstein*
- Psycholinguistischer Sprachverständnis- und Sprachentwicklungstest (PSST: 4-8 Jahre) von *Wettstein*

Die Alltagspraxis zeigt, daß die Durchführung von diesen Testverfahren und das dazugehörige Material sehr individuell für die Altersgruppe der 3-4 jährigen Kinder gestaltet werden müssen. Somit wird der Anspruch der Objektivität in Frage gestellt.

Dem Diagnostiker stehen noch eine Reihe von informellen Verfahren und die Durchführung von Spontansprachanalysen bzw. der Vergleich mit Entwicklungsprofilen zur Verfügung:

- Reynell Sprachentwicklungsskalen von *Reynell* (dt. Bearbeitung: *Sarimski*)
- Kindersprachtest für das Vorschulalter von *Häuser* (die KISTE):
insbesondere der Teddytest von *Friedrich*
- Dysgrammatiker Prüfmateriale von *Frank* und *Grziwotz*
- Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei Kindern im Alter von 3;6 bis 4 Jahren bei der U 8 von *Heinemann* und *Höpfner*
- Ravensburger Lautprüfbogen von *Frank* und *Grziwotz*
- Lautbildungshilfen von *Schroedel*
- Spontansprachanalysen von *Clahsen* oder *Heidtmann*
- Phonologische Prozeßanalyse von *Hacker*
- Entwicklungsprofil zur Sprachentwicklung von *Zollinger*.

Hierbei ist zu betonen, daß die informellen Methoden, Spontansprachanalysen und Entwicklungsprofile den Kriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität von vorne herein nicht entsprechen.

Die zeitliche Begrenzung der sprachheilpädagogischen Diagnostik (meist 60 Minuten) kommt als weitere erschwerende Bedingung hinzu: zu kurz für eine ausführliche Diagnostik, zu lang für die Kinder. Bei Vorschulkindern ist die Konzentrationsfähigkeit meist nur circa 30 Minuten aufrecht zu erhalten. Was darüber hinausgeht, kann oft als nicht mehr reliabel angesehen werden.

Es stellt sich die Frage, inwieweit eine systematische und objektive Vorgehensweise bei der sprachheilpädagogischen Diagnostik von 3-4-jährigen Kindern überhaupt möglich ist und ob dieser Ansatz sinnvoll ist.

2.1.1 Betrachtung eines konkreten Einzelfalles

Der 3;2-jährige A. soll auf Empfehlung des Kinderarztes bezüglich seiner Sprachentwick-

lung diagnostisch überprüft werden. Die Intelligenzentwicklung gemessen mit der Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC) scheint altersentsprechend. Eine audiolinguistische Untersuchung ist ebenfalls ohne Befund.

Der kleine A. zeigt sich hinsichtlich der Mitarbeit nur bedingt kooperativ und kann sich schwer von seiner Mutter trennen. Beide der genannten Verhaltensbeobachtungen können noch als „normal“ betrachtet werden. Denn welches 3-jährige Kind, das weder Kindergruppe noch Kindergarten besucht und die Mutter als primäre Bezugsperson hat, geht schon ohne Probleme mit einer unbekannt Person in ein fremdes Zimmer und beugt sich in eine ungewisse Situation, vielleicht sogar mit der Aufforderung der Mutter „sei brav!“, „benimm dich!“, „nur, wenn du fleißig mitmachst, bekommst du ein Eis!“?

2.1.2 Praktische Überlegungen

In der Regel lade ich die begleitende Bezugsperson ein, mit ins Untersuchungszimmer zu kommen. Das Kind soll nicht isoliert als Einzelperson, sondern in der natürlichen Interaktion, d.h. mit seiner Bezugsperson, untersucht werden. Nicht selten steht die Bezugsperson unter Streß: „Hoffentlich funktioniert mein Kind!“ Demnach reagiert das Kind oft sehr unsicher und distanziert, vielleicht sogar mit Weinen und Abwehr. Oder aber es wirkt unruhig, distanzlos und zeigt „hyperaktive“ Verhaltensweisen. Die Reaktionen der Kinder sind auch mit Hilfe von Vorinformationen nur bedingt vorhersehbar und somit weiß der Diagnostiker in der Regel nicht, mit welchem Persönlichkeitsbild er konfrontiert wird. So muß für den 1. Fall das Zimmer möglichst viel Aufforderungscharakter aufweisen, aber für den 2. Fall dürfen so wenig Reize wie möglich vorliegen.

Meist fordere ich die Bezugsperson auf, sich das Kind auf den Schoß zu setzen. So entspannt sich die Situation und das Kind erlebt Sicherheit durch Körperkontakt. Ich habe als Gegenübersitzender die Möglichkeit, direkt in Kontakt mit dem Kind zu treten und Blickkontakt aufzunehmen.

Die Erfahrung zeigt, daß sich sowohl bei zurückhaltenden als auch bei sehr aktiven Kindern das Anbieten von Bildkarten als unge-

eignet erweist. Das Angebot ist zu abstrakt, hat geringen Aufforderungscharakter und ist für kleine Kinder oft uninteressant, da sie in ihrem Alltag meist noch wenig Erfahrung mit dem Anschauen von Bildern haben. So scheiden „abstrakte“ Testverfahren, wie der Psycholinguistische Entwicklungstest (PET), der Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) und der Aktive Wortschatztest (AWST) von vorne herein aus.

2.2 Die subjektiv-intuitive Vorgehensweise

Was bleibt dem Diagnostiker nun zur Auswahl? Er bedient sich einem intuitiven, subjektiven Arbeitsansatz, welcher auf Hypothesen und Berufserfahrungswerten basiert. Oft gelangt er aber ohne gesicherte wissenschaftliche Konzepte zu einer diagnostischen Urteilsbildung mit Hilfe einer eigens entwickelten Vorgehensweise. Aber ist dies der richtige Weg?

2.2.1 Betrachtung eines konkreten Einzelfalles

Der noch etwas verunsicherte A. sitzt auf dem Schoß seiner Mutter und zeigt zunächst keinerlei Interesse an meiner Person. Das Anbieten von abstrakten Bildern wäre nicht nur sinnlos, sondern vor allem sehr gewagt, da die Gefahr bestünde, daß der Junge völlig abblocken würde.

2.2.2 Praktische Überlegungen

Als Einstieg in die Untersuchung ist somit ein Material mit hohem Aufforderungscharakter gefragt, welches dem Kind die Möglichkeit bietet, nach einiger Zeit mit den Personen im Raum Kontakt aufzunehmen. Ein Beispiel wäre das Anbieten eines Bilderbuches mit Klapp- und Ziehbildern und eindeutigen Abbildungen, verpackt in eine nette Geschichte (z.B. „Ja, wo is' er denn? —> Eine Hundemama sucht ihr Hundekind; sie sucht es hinter der Tür, im Schrank, unter dem Bett ... und findet es schließlich im Korb.). Dem Kind wird die Möglichkeit selbst überlassen, den Zeitpunkt, wann es aktiv werden möchte, zu bestimmen. Das Buch und der dazugehörige kleine Stoffhund, welcher gut als intermediäres Objekt zur Kontaktaufnahme eingesetzt werden kann,

haben einen hohen Aufforderungscharakter für eher zurückhaltende, ängstliche Kinder, sind aber auch sehr gut geeignet, um bei unruhigen Kindern die Aufmerksamkeit zu lenken und die Impulse zu steuern.

Was die Beobachtungen im Bereich der Sprachentwicklung betreffen, bekommt der Diagnostiker durch einen derartigen Einstieg oft schon verblüffend viele Eindrücke über

- den aktiven Sprachgebrauch (Spontansprache)
- die Artikulation (Tierlaute)
- das Imitationsverhalten
- den Wortschatz (aktiv und passiv: Tiernamen, Möbelstücke, Präpositionen, Verben, Adjektive ...)
- das Sprachverständnis (z.B. Verstehen von Entscheidungsfragen, Verstehen von W-Fragen ...)
- das Neugierverhalten die (visuelle) Merkspanne.

Die Erfahrung zeigt, daß durch einen derartigen Einstieg die Aufmerksamkeit des Kindes für kurze Zeit gesichert ist. Es ist neugierig, was jetzt wohl kommen mag. An dieser Stelle hat der Diagnostiker nun die Möglichkeit, konkretere, im Sinne von objektiveren diagnostischen Daten zu sammeln. Ein Artikulationstest mit einem entsprechenden Auswertungsschema als Richtlinie für Entwicklungsnormen stellt eine gute Möglichkeit dar, den aktiven wie auch passiven Wortschatz einzuschätzen und das phonologische Entwicklungsniveau zu beschreiben. Ich verwende hierfür den Ravensburger Lautprüfbogen von *Frank* und *Grziwotz*, da die Begriffe primär aus der Lebenswelt der Kinder stammen. Anhand der beobachtbaren Artikulationsmuster beschreibe ich die phonologischen Prozesse in Anlehnung an die phonologische Prozeßanalyse von *Hacker*. Wie bereits erwähnt, sind Bildkarten für die Altersgruppe nicht geeignet. Die abzufragenden Begriffe können als konkrete Spielgegenstände in einem Krabbelsack versteckt liegen. Spielmaterialien mit hohem Aufforderungscharakter regen zu spontanen Handlungen und Äußerungen an:

Beispiele:

- „Frosch“ → Aufziehfrosch
 „Stuhl“ → Stuhl nur mit drei Beinen
 „Haus“ → Zum selber Zusammenbauen
 „Flasche“
 „Maus“ → Maus ist in einer Flasche mit Drehverschluß versteckt
 „Kasperl“ → Guck-guck-Kasperl
 „Schlange“ → Schlange mit heraus-schnalender Zunge
 „Apfel“ → echter Apfel

Jeder Gegenstand an sich bietet viele Möglichkeiten zur Überprüfung von Teilentwicklungsbereichen:

- Artikulation
- Wortschatz
- Sprachverständnis
- Imitationsverhalten
- myofunktionelle Fähigkeiten
- Feinmotorik
- Kommunikationsverhalten
- Fähigkeit zu situationsbezogenem Handeln
- spontanes Spielverhalten ...

Weiterhin bediene ich mich sogenannter Elitzitationstechniken, da die spontanen sprachlichen Äußerungen innerhalb der Untersuchungssituation oft nicht repräsentativ sind für den wirklichen Sprachgebrauch. Die Verwendung von Präpositionen und Flexionen, Zeitstrukturen und Verbkonjugationen wird in der Spontansprache häufig nicht in aussagekräftiger Weise beobachtet. Diese Phrasen müssen gesondert abgefragt werden. So werden je nach Aufmerksamkeit des Kindes mit dem vorhandenen Material bestimmte Aufgabenstellungen angeboten:

Beispiele:

- Präpositionen (rezeptiv und expressiv): „Wo ist die Maus?“ → in der Flasche oder auf der Flasche?
- Verstehen von absurden Äußerungen bzw. Erkennen von semantisch inkonsistenten Äußerungen:

„Der Frosch macht ‘miau‘? → stimmt das?

„Der Drache fliegt auf dem Boden.“ → stimmt das?

- Verstehen von Zeitstrukturen, Verwendung von Verbkonjugationen:
 „Was hat der Frosch gemacht?“ → der Frosch hat die Maus gefressen

Einen weiteren Schritt stellt die Überprüfung der auditiven Wahrnehmung dar.

Ich bediene mich hierbei einer einfachen Spieluhr, welche ich im Zimmer versteckte. Spätestens zu diesem Zeitpunkt kann sich das Kind vom Schoß der Mutter lösen und bewegt sich frei im Raum. Eine weitere sehr einfache Differenzierungsübung stellt die Zuordnung von Tierlauten dar. Ein Spiel (Tierstimmenpuzzle: Tomy), welches auf Knopfdruck bestimmte Tierlaute von sich gibt, hat wiederum hohen Aufforderungscharakter und dient zur Aufmerksamkeitslenkung. Mit dieser Spieleinheit werden in sprachlicher Hinsicht zum einen die Unterscheidung der verschiedenen Tierlaute abgefragt und zum anderen die Benennung der entsprechenden Tiernamen (Hund, Kuh, Pferd, Schwein, Schaf, Ente) gefordert. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, die auditive Merkspanne zu überprüfen: „Gib mir die Kuh und das Pferd!“ oder aber etwas komplexer: „Gib mir Schaf, Hund, Pferd“.

Mit konkreten Gegenständen wird die auditive Diskriminationsfähigkeit mittels Minimalpaaren (vgl. *Breuer, Weuffen*) abgefragt und zwar im Rahmen eines Einkaufsspiels:

Beispiel: „Gib mir ...“

Kanne – Tanne Fisch – Schiff
 Nadel – Nagel Tuch – Buch

Durch Rollentausch kann beobachtet werden, ob das Kind die Begriffe expressiv wie auch rezeptiv unterscheiden kann.

In den meisten Fällen ist nach den eben beschriebenen Angeboten die Konzentrationsfähigkeit der Kinder erschöpft. Ich lasse die Kinder an dieser Stelle frei mit dem Material spielen und nutze die Zeit, einige Fragen an die Bezugsperson zu stellen:

Beispiele:

- Informationen über das kindliche Kommunikationsverhalten:

- „Haben Sie das Gefühl, das Kind versteht, was Sie sagen?“
 „Verstehen Sie ihr Kind?“
 „Wie macht sich das Kind verständlich?“
- Informationen über die Entwicklung der myofunktionellen Fähigkeiten:
 „Wie ist das Eßverhalten?“
 „Werden noch Schnuller und/oder Nuckelflasche benutzt?“
 - Informationen über das kindliche Spielverhalten:
 „Wie, was und mit wem spielt das Kind?“
 - Informationen über Faktoren, welche die Wortschatzentwicklung stark beeinflussen:
 „Wie ist das Interesse des Kindes?“
 „Wie sind die konkreten Erfahrungsmöglichkeiten in der Umwelt?“

3. Die Synthese beider beschriebenen Ansätze

Das gesamte Verhalten und die sprachlichen Äußerungen müssen bei der Auswertung nun mit Normtabellen verglichen werden, um den konkreten Entwicklungsstand bestimmen zu können. Da jeder Mensch aber ein Individuum darstellt, kann auch für die menschliche Entwicklung kein allgemeingültiges Raster erstellt werden. Die kindliche Sprachentwicklung wird von vielen Faktoren positiv, wie auch negativ beeinflusst, so daß jeder Versuch, die normale kindliche Sprachentwicklung zu beschreiben, nur sehr global erfolgen kann und bestenfalls der Orientierungshilfe dient.

Clahsen bietet gute Möglichkeiten für die Einschätzung der grammatikalischen Entwicklung. Die Richtlinien von *Hacker* (1997) helfen bei der Beschreibung der phonologischen Fähigkeiten. *Zollinger* (1997) gibt Hinweise für die Entwicklung des Sprachverständnisses, wobei die Entwicklung des Sprachverständnisses einen noch relativ unerforschten Bereich darstellt. Was die Wortschatzentwicklung betrifft, können die Arbeiten von *Füsse-nich* (1997) als Orientierungshilfe dienen. Es soll hier nur ein Ausschnitt der für den deutschsprachigen Raum wertvollen wissenschaftlichen Arbeiten aufgezählt werden. Die Handhabung und Auswertung dieser Entwicklungsprofile sind aber oft sehr aufwendig und

sie werden demnach in ihrer Komplexität in der Alltagspraxis selten verwendet. An dieser Stelle treten nun Intuition und der berufliche Erfahrungswert, gestützt auf fachliches Wissen.

Ich selbst vergleiche die Äußerungen des Kindes mit den grammatikalischen Entwicklungsstufen von *Clahsen*, beschreibe die phonologischen Prozesse nach *Hacker* und orientiere mich bezüglich des Sprachverständnisses an den Aussagen von *Zollinger*, wobei ich weder eine vollständige Spontansprachanalyse mit bis zu 100 kindlichen Äußerungen noch eine ausführliche phonologische Prozeßanalyse durchführe, sondern nur einzelne Äußerungen des Kindes beschreibe, mit den Entwicklungsprofilen vergleiche und subjektive Erfahrungswerte hinzuziehe. Hierdurch ergeben sich wichtige Anhaltspunkte, ob es sich um eine altersentsprechende oder aber um eine verzögerte bzw. abweichende Sprachentwicklung handelt.

Durch Nachfragen und Beobachten wird ein Eindruck vom Kind und seiner anwesenden Bezugsperson gewonnen. Viele Informationen, die bei einem eher intuitiven Ansatz verwendet werden, können zu dem Zeitpunkt, wo sie wahrgenommen werden, nicht objektiv auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Es handelt sich um einen globalen Überblick (Informationssammlung), welcher erst durch Informationsinterpretation und vergleichbare Erfahrungswerte, durch sequentielle Analyse und Bewertung von Einzelelementen und letztendlich durch das Vergleichen von Ist- und Sollzustand zu einer zufriedenstellenden Befunderhebung führt. Dabei ist eine intuitiv-subjektive und objektiv-systematische Vorgehensweise zu gleichen Teilen enthalten (vgl. Abb. 1, S. 277).

Auf diesem Wege können vorhandene sprachliche Fähigkeiten und individuelle Lernvoraussetzungen ermittelt werden, auf der eine fundierte Sprachtherapie aufbauen kann.

4. Ausblick

Abschließend soll gesagt werden, daß der Diagnostiker, d.h. der Anwender, auf die wissenschaftliche Arbeit der Forscher angewiesen ist, um eine brauchbare Diagnostik erstellen zu können, welche sowohl objektive (im Sinne von Testergebnissen) als auch subjektive Momente (im Sinne von Interpretation

Sprachheilpädagogisches Gutachten für..., geb. ...

Sprachheilpädagogisches Gutachten

für:, geb.

Sprachbefund:

.....

Allgemeines

Durchgeführte Tests und Spielangebote:

Sprachverständnis:

Wortschatz:

Phonologie:

auditive Diskriminationsfähigkeit:

Zungen- und Mundmotorik:

Grammatik:

Spontansprache und Kommunikationsverhalten:

Zusammenfassende Überlegungen

Empfehlungen für eine sprachheilpädagogische Förderung:

.....

.....

und Beobachtung) beinhaltet. Es geht also um Wissenschaftlichkeit und Fachlichkeit gestützt auf Intuition und Berufserfahrung bzw. umgekehrt.

Der Diagnostiker ist darauf angewiesen, daß neue Ergebnisse aus der Spracherwerbsforschung auch den Anwender erreichen, um dem Anspruch der Früherkennung von Sprachentwicklungsauffälligkeiten gerecht zu werden. Desweiteren erachte ich es für notwendig, daß die Forscher bei der Entwicklung von neuen Testverfahren, das dazugehörige Material bzw. die Durchführungsmethode hinsichtlich der Anwendbarkeit für die Altersklasse der 3- 4jährigen Kinder genau überprüfen und zwar bezüglich der Lebenswelt, in denen sich die Kinder unserer heutigen Zeit befinden. In diesem Punkt ist der Forscher wohl auf den Anwender angewiesen.

Abb. 1: Formblatt eines Gutachtens

Literatur

- Angermaier, M.: Psycholinguistischer Entwicklungstest. Weinheim 1977.
- Breuer, H., Weuffen, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen und Schreiben. Berlin 1975.
- Clahsen, H.: Die Profilanalyse. Berlin 1986.
- Clahsen, H.: Normale und gestörte Kindersprache. Amsterdam 1988.
- Frank, G., Grziwotz, P.: Dysgrammatiker Prüfmateriale. Ravensburg 1978.
- Frank, G., Grziwotz, P.: Ravensburger Lautprüfbogen. Ravensburg 1985.
- Füssenich, I.: Zur Diagnose und Therapie semantischer Fähigkeiten sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): *Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen*. Hamburg 1987a, 113-124.
- Füssenich, I.: Gestörte Kindersprache aus interaktionistischer Sicht. Heidelberg 1987b.
- Füssenich, I.: „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten!“ Analyse kindlicher Äußerungen in der Interaktion. *Die Sprachheilarbeit* 35 (1990), 56-63.
- Füssenich, I.: Semantik. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern*. München, Basel 1997, 80-122.
- Grimm, H., Schöler, H.: Heidelbergischer Sprachentwicklungstest. Heidelberg 1977.
- Hacker, D.: Fallbericht: Phonologische Störungen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*, Bd. 2. Störungen der Aussprache. Berlin 1990, 75-90.
- Hacker, D.: Phonologie. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern*. München, Basel 1997, 15-79.

- Häuser, D., Kasielke, E., Scheidereiter, U.: *Kindersprachtest für das Vorschulalter*. Weinheim 1994.
- Heidtmann, H.: *Neue Wege der Sprachdiagnostik*. Berlin 1987.
- Heinemann, M., Höpfner, Ch.: *Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei Kindern im Alter von 3;6 bis 4 Jahren bei der U 8*. Weinheim 1993.
- Hill, E.: *Ja, wo is' er denn?* Esslingen ⁵1980.
- Kiese, C., Kozielski, P.M.: *Aktiver Wortschatztest für 3-6jährige*. Weinheim 1979.
- Sarimski, K.: *Reynell Sprachentwicklungsskalen*. München 1985.
- Schroedel, H.: *Lautbildungshilfen*. Hannover 1978.
- Szagan, G.: *Sprachentwicklung beim Kind*. München 1986.
- Wettstein, P.: *Logopädischer Sprachverständnistest*. Zürich 1983.
- Wettstein, P.: *Psycholinguistischer Sprachverständnis- und Sprachentwicklungstest*. Uster ²1997.
- Zollinger, B.: *Spracherwerbsstörungen*. Bern 1987.
- Zollinger, B.: *Die Entdeckung der Sprache*. Bern 1997.

Anschrift der Verfasserin:
 Hildegard Kaiser-Mantel
 Sprachheilpädagogin (M.A.)
 Fuetererstr. 11
 80637 München

Hildegard Kaiser-Mantel arbeitet freiberuflich mit sprachauffälligen (Vor-)Schulkindern und ist u.a. in der Sprachambulanz der Heckscher Klinik in München-Solln tätig.

Friedrich Michael Dannenbauer, München

Inszenierter Spracherwerb bei Dysgrammatismus: Zur Klarstellung eines Begriffs

Das Mißverständnis

In seinem Vortrag beim 27. Kongreß des Deutschen Bundesverbands für Logopädie in Augsburg (Mai 1998) benützte Hermann Schöler elektronisch gesteuerte Diaprojektionen von Textzitierten verschiedener Autoren, unter anderem um aus seiner Sicht abwegige Auffassungen vorzuführen. Darunter befand sich folgende Passage aus Dannenbauer (1992, 166):

„Es wird also nicht von der Annahme ausgegangen, daß die Kinder einen anderen Zugang zur Sprache brauchen, weil der natürliche nicht genügt habe, sondern daß sie Spracherfahrungen benötigen, die ein erhebliches Mehr an dem enthalten, was im normalen Spracherwerb eher beiläufig geboten wird.“

Diese auf die Therapie von Kindern mit dysgrammatischer Sprache bezogene Äußerung wurde in dem Sinne kommentiert, daß es nicht genügen könne, den „alleinigen Nachvollzug des 'normalen' Erwerbsprozesses“ anzustreben (Schöler et al. 1997, 2), denn – so wird tatsächlich richtig angemerkt – wie der Dysgrammatismus beweise, habe der natürliche Spracherwerb bei diesen Kindern gerade nicht funktioniert. Es seien eher kompensatorische Lernprozesse nötig mit expliziter Instruktion unter Einbeziehung metasprachlicher Fähigkeiten sowie Schriftsprache und ausgeprägter Übungskomponenten.

Entwicklungsproximale Sprachtherapie, die ohne Umweg über eine künstliche Übungs- oder Therapie-sprache unmittelbar auf die spontane und funktionale Sprachverwendung einwirkt, als Konzeption zu interpretieren, die der Natur gewissermaßen ihren Lauf zu

lassen und den „normalen“ Spracherwerb zu rekapitulieren versuche, ist jedoch ein fundamentales Mißverständnis, das sich schon wenige Zeilen nach der zitierten Passage hätte klären müssen, wo von einem „inszenierten Spracherwerb“ die Rede ist. Auch wenn man das Zitat selbst nicht nur oberflächlich in Augenschein nimmt, sollte deutlich werden, daß nicht „die Anregung bzw. der Nachvollzug des 'normalen' Entwicklungsprozesses in der Therapie“ propagiert wird (Schöler, Spohn 1997, 4), sondern daß mit der Formulierung, die Kinder benötigen Spracherfahrungen, die ein erhebliches Mehr an dem enthalten, was im normalen Spracherwerb eher beiläufig geboten wird, zum Ausdruck gebracht wird, daß ein kompensatorischer Erwerbsvorgang in Szene gesetzt werden muß, bei dem das Kind in ganz gezielt gestalteten Lernumwelten sprachliche Fertigkeiten erreichen kann, die ihm wegen seiner beeinträchtigten Verarbeitungsprozesse unter „normalen“ Bedingungen nicht zugänglich waren.

Inszenierter Spracherwerb ist kein Nachvollzug des normalen Spracherwerbs

Da das aus Erfahrungsmangel resultierende Mißverständnis schon verschiedentlich vorgebracht wurde (z.B. Schöler et al. 1997; Schöler, Spohn 1997) und seine weitere Kolportage nicht auszuschließen ist, soll hier klargestellt werden, daß ein „inszenierter Spracherwerb“ nicht darin besteht, den „normalen“ Spracherwerb „nachvollziehen“ zu wollen. Wenn oben davon

die Rede war, daß die Kinder keinen anderen Zugang zur Sprache brauchen, so ist damit lediglich gemeint, daß die mehrstufigen Lehr-Lernprozesse, die schließlich zu grammatischen Generalisierungen des Kindes führen, ihren Ausgangspunkt in kooperativem Handeln und bedeutungsvoller Kommunikation mit anderen Menschen nehmen sollten; aber innerhalb dieses Rahmens gibt es wenig, was „normal“ genannt werden könnte.

Während entwicklungsproximaler Sprachtherapie werden Interaktionen inszeniert, die zielorientiert sind im Hinblick auf bestimmte grammatische Formen und Prinzipien. In einem „normalen“ Spracherwerb kommt es wohl niemals vor, daß Handlungs- und Kommunikationsstrukturen zu dem Zweck arrangiert werden, daß das Kind z.B. Subjekt-Verb-Kongruenz, Artikelformen, Präpositionalphrasen oder die Differenzierung von Akkusativ und Dativ erwerben kann. Weiterhin werden diese Ziele aus einer sorgfältigen Analyse der kindlichen Spontansprache, ergänzt durch gezielte Elizitationsverfahren, abgeleitet. Sie stellen Hypothesen darüber dar, in welchen kritischen Teilbereichen das individuelle kindliche System vorangebracht werden könnte, welche Strukturen in der „Zone der nächsten Entwicklung“ liegen und in welchen sachlogisch aufeinander aufbauenden Schritten vorgegangen werden kann. Daß dabei linguistische Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Spracherwerbsforschung berücksichtigt werden, liegt daran, daß derartige Entscheidungsprozesse kriterienorientiert und begründbar sein sollten. Keinesfalls sollen nur irgendwelche Entwicklungsskalen abgearbeitet werden. Ausschlaggebend für Zielentscheidungen ist in erster Linie die jeweils besondere Beschaffenheit des kindlichen Systems selbst. Hansen (1996) hat mit differenzierten Argumenten demonstriert, wie solche „entwicklungsangemessenen“ Ziele spezifiziert werden können. An diesen muß dann sehr intensiv über längere Zeiträume gearbeitet werden.

Ein Beispiel des Besonderen

Am besten läßt sich an einem Beispiel veranschaulichen, welche besonderen Bedingungen durch entwicklungsproximale Sprachtherapie geschaffen werden, wobei auf die Fallstudie von Haffner (1995) Bezug genommen wird. Als ein besonders kritisch zu bewertendes Problem des Kindes wurde der Erwerb der Subjekt-Verb-Kongruenz festgestellt. In einem ersten Schritt wurde durch die Einführung von Modalverben versucht, das Kind zu veranlassen, die Zweitposition im Satz mit finiten (kongruent flektierten) Verben zu belegen. Nach ersten Anfangserfolgen wurde das Ziel erweitert auf die Perfektkonstruktion, bei der das finite Verbelement (Auxiliar) die Zweitstelle belegt, das infinite (Partizip) die Finalposition.

Auxiliare sind für dysgrammatisch sprechende Kinder bekanntlich besonders problematische Formen. Dadurch wurde es notwendig, Interaktionen zu strukturieren, die möglichst eindeutige und zwingende „Perfektkontexte“ darstellen, sowie eine dialogische „Ich-Du-Rhythmik“ zu gestalten, die ein variables und in-

tensives Wechselspiel mit der Zielform begünstigt. Derartige nach dem „Konvergenzprinzip“ vorstrukturierte Situationen, in denen Thema, Handlungsrahmen, Interaktionsformen und sprachlicher Austausch so aufeinander abgestimmt sind, daß sie die funktionalen und formalen Merkmale einer ausgewählten Zielform gehäuft und prägnant hervorheben, ihre rezeptive Verarbeitung vertiefen und ihre expressive Verwendung immer wieder sachlogisch herausfordern, wurden bisher in einem „normalen“ Spracherwerb noch nicht beobachtet. Von einem „einfachen Nachvollzug“ kann daher keine Rede sein.

Im konkreten Fall eigneten sich vor allem Auseinandersetzungen über abgeschlossene Ereignisse (z.B. vor Gericht) als Kontexte zur Evozierung der Perfektverwendung. Ute Haffner (1995, 166 ff.) ging beispielsweise folgendermaßen vor: Über einen gemeinsam mit dem Kind verbrachten Nachmittag mit allerlei Unternehmungen sprach sie einen Bericht auf Tonkassette, der eine Reihe von Unrichtigkeiten enthielt. Beim Abhören der Kassette durch das Kind entwickelten sich lebhaft Diskussionen über das, was sich an diesem Nachmittag in Wirklichkeit ereignet hatte. Durch die Tonkassette und den kontrollierten Sprachinput gelang es in insgesamt 69 Fällen, die Zielstruktur in geschickt situierten, hervorgehobenen Modell- und Feedbackäußerungen suggestiv zu präsentieren und das kindliche Sprachverhalten unter Modellwirkung zu bringen.

In den insgesamt 60 „turns“ (Sprecherbeiträgen) des Kindes ergaben sich 20 obligatorische Kontexte zur Perfektverwendung, die auch alle wahrgenommen wurden. In vier Fällen war die Perfektkonstruktion unvollständig oder mit falscher Wortstellung. In immerhin 16 Äußerungen waren die Konstituenten der Perfektform (Auxiliar + Partizip) korrekt plaziert und flektiert. Somit erreichte das Kind in der ca. 15 Minuten dauernden Interaktion eine bemerkenswerte Dichte und Erfolgsquote (75 Prozent) spontanen und funktionalen Gebrauchs der Zielstruktur während einer „dialogischen Einübung“. Ein kleiner Auszug (Haffner 1995, 168 f.) kann dies illustrieren:

- Recorder (R): Nach dem Essen haben Daniel und Gerry Schach gespielt.
- Daniel (D): Nein! Kein Schach! Karten!
- Therapeutin (UH): Ach, ihr habt Karten gespielt.
- D: Mau-Mau.
- UH: Was? Jetzt komm' ich gar nimmer mit.
- Daniel: Mau-Mau haben wir gespielt.
- UH: Aha!
- D: Mau-Mau-karten.
- UH: Ihr habt Pfannkuchen gegessen und habt Mau-Mau gespielt. Alles klar. Ich komm noch mit.
- R: Dann haben wir es uns gemütlich gemacht.
- D: M-hm! (mit Nachdruck) Jaa!
- R: Daniel hat Kaffee getrunken. Gerry und ich ...

D: Nein!! Gerry und Ute haben Kaffee getrunken und ich hab Kräutertee getrunken.

Derartige Beispiele finden sich auch in weiteren veröffentlichten Therapieberichten, welche zeigen, daß durch einen „inszenierten“ Spracherwerb im Sinne der entwicklungsproximalen Therapie die grammatischen Systeme dysgrammatisch sprechender Kinder entscheidend verändert werden können, selbst wenn diese zuvor z.T. jahrelang durch andere Maßnahmen nicht zu beeinflussen waren (vgl. z.B. *Dannenbauer, Kotten-Sederqvist* 1990; *Haffner* 1995; *Hansen* 1996; *Hartmann* 1995). Es erscheint daher nicht angebracht, zu „glauben“, daß diese Konzeption bei Dysgrammatismus nicht wirksam wäre. Außerdem kann sie sich auf eine Fülle von kontrollierten empirischen Studien stützen, in denen die Effizienz des Zusammenwirkens ihrer zentralen Komponenten (z.B. individuelle Zielbestimmung, konvergent vorstrukturierter Sach- und Interaktionskontext, Techniken des Modellierens, dialogisches Einüben) eindrucksvoll belegt wurden (beispielhaft *Camarata* et al. 1994; *Nelson* et al., 1996).

Von Intuitionen zu Strategien und Techniken

Betrachtet man einige der Merkmale eines derart inszenierten Spracherwerbs zusammenfassend, so wird deutlich, daß sie in dieser Art in einem „normalen“ Spracherwerb nicht vorzufinden sind:

- Die individualisierte Auswahl und schrittweise Anordnung von Therapiezielen nach psycho- und patholinguistischen Kriterien;
- Die Organisation zielorientierter Interaktionssituationen nach dem Konvergenzprinzip;
- Die kontrollierte Spezifizierung des Sprachinputs durch erhöhte Prägnanz und Frequenz der Zielpräsentation;
- Die kontingente Reaktion auf kindliche Äußerungen durch Umformungen („recasting“) mit der Zielform;
- Die Steuerung des dialogischen Geschehens von Möglichkeiten intensiverer rezeptiver Aufnahme und Verarbeitung über spontane Imitationen zu zunehmend konstruktiven Produktionen der Zielformen durch das Kind.

Inszenierter Spracherwerb ist geplantes, strukturiertes und begründbares Handeln, das durch den Einsatz empirisch erprobter Methoden besondere Bedingungen herstellt, unter denen sich die beschränkten Lernpotentiale des Kindes entfalten und ihm eigenaktiv Zugang zur Struktur der Sprache verschaffen können. Dabei werden die beeinflussbaren Variablen des Lehr-Lerngeschehens in gezielter und intensiver Weise optimiert. Die „natürliche Didaktik“, die sich im intuitiven Verhalten von Bezugspersonen normalentwickelter Kinder im Spracherwerb beobachten läßt, wird umgearbeitet zu den Strategien und Techniken einer professionellen Interventionskonzeption. Die Fortschritte, die dysgrammatisch sprechende Kinder unter den Bedingungen eines inszenierten Spracher-

werbs erzielen, sind Eigenleistungen ihres kognitiven Systems, auf deren Zustandekommen wir nur mittelbaren Einfluß ausüben können. Doch auch hier müssen wir davon ausgehen, daß sich ihre grammatischen Erkenntnisprozesse von dem unterscheiden, was in einem „normalen“ Spracherwerb geschieht. Der Forschung stellt sich die Aufgabe, das Wissen hierüber noch beträchtlich zu erweitern (vgl. *Leonard* 1998).

Allerdings muß auch betont werden, daß entwicklungsproximale Sprachtherapie als inszenierter Spracherwerb nicht in jedem Fall eine problemadäquate Vorgehensweise darstellen kann. Sind beispielsweise Verständnisprobleme von Kindern so gravierend, daß sie sich keinen Reim darauf machen können, wie sich Sprache auf die Umstände bezieht, unter denen sie geäußert wird, so müssen evtl. Verfahren eines Sprachaufbaus in Erwägung gezogen werden, durch die ein elementares Basisrepertoire eintrainiert wird (z.B. nach der Assoziationsmethode von *McGinnis*, vgl. *Dannenbauer* 1994). Bei den meisten Kindern mit Dysgrammatismus ist dies jedoch nicht der Fall. Sie profitieren – wie sich gezeigt hat – am meisten von Interventionen, deren sprachlicher Austausch für sie unmittelbar relevant ist.

Ergänzungen sind keine Alternativen

Daß in einem inszenierten Spracherwerb auch bewußtere Lerntypen und Automatisierungsphasen ins Spiel gebracht werden können, ist allerdings keinesfalls ausgeschlossen. Bei Fachkräften von Nachbardisziplinen ist vielleicht nicht bekannt, daß die sprachtherapeutischen Berufe gerade hierbei eine bemerkenswert lange Tradition entwickelt haben. Methoden der expliziten Instruktion, der Darstellung von grammatischen Eigenschaften mit Farb- und Formsymbolen, des Ordnen von Satzkonstituenten, des Einschleifens von Satzmustern, der gestischen Merkhilfen, des Aufbaus von Sprechroutinen, des Sprachbetrachtungs- und Schriftsprachunterrichts usw. wurden früher oft als Königsweg der Sprachtherapie benutzt, wobei jedoch die Zielorientierung meist fragwürdig war (vgl. *Dannenbauer* 1983). Man ist damit nicht glücklich geworden, wie die zahllosen Klagen über mangelnde Übernahme in die Spontansprache beweisen. In Extremfällen entwickelten die Kinder sogar einen absonderlichen „Bilingualismus“ mit einer nur bewußt kontrollierbaren Übungssprache neben spontanem Dysgrammatismus.

Es ist durchaus denkbar, daß bei sachgerechterem Einsatz (z.B. nach individualisierter Zielbestimmung) derartige Verfahren bei kognitiv entsprechend entwickelten Kindern in „Anstoßfunktion“ (*Homburg* 1981) einen inszenierten Spracherwerb unterstützen können. Jedoch muß die spontane und funktionale Sprachverwendung in bedeutsamen Sprach-, Sach- und Interaktionskontexten primäres Ziel und Medium der Bemühungen bleiben, wenn sprachliche Formen in ein produktives System integriert werden sollen. Es besteht sonst die Gefahr, daß sie „tote Formen“ bleiben. (Viele haben diese Erfahrung im Fremdsprachenunterricht gemacht.) Bei Kindern im Vorschulalter, bei

denen die Sprachtherapie mit besonderem Nachdruck einzusetzen hat, haben sich die erwähnten Verfahren in der Regel als bedenklich und unfruchtbar erwiesen. Es kommt also sehr darauf an, wie solche Formen des bewußten Lernens und Übens der psychischen Besonderheit und Lebenswirklichkeit eines Kindes angepaßt werden können.

Nachwort

Wer sich mit entwicklungsproximaler Sprachtherapie des Dysgrammatismus in Theorie und Praxis auseinandergesetzt hat, weiß welche differenzierten und komplexen Aufgaben sich mit dieser Interventionskonzeption ergeben. Die Formel vom „einfachen Nachvollzug des 'normalen' Spracherwerbs“ erscheint viel zu simpel, um ihre Natur auch nur annähernd zu kennzeichnen. Sie verfälscht sie sogar. Das Anliegen, einen Spracherwerb trotz beeinträchtigender Bedingungen zu inszenieren, verlangt einen professionellen Sachverstand, der sich der Besonderheiten von Ausgangsbedingungen, Zielsetzungen und Einwirkungsmöglichkeiten bewußt ist und in kreativen Gestaltungsprozessen für das Kind optimierte Lernumwelten herstellt, die seinem Bedürfnis nach bedeutungsvollem Handeln nahekommen. In diesem Rahmen erfolgen intensive Lehr-Lernprozesse, auf deren Grundlage sich das grammatische System des Kindes auf produktive Weise verändert. Als Ute *Haffner* bei jenem 27. Kongreß des Logopädenverbands Hermann *Schöler* widersprach und zum Ausdruck brachte, daß für sie ein bloßes Zurück zu alten Methoden keinen Fortschritt darstelle, erhielt sie von nicht wenigen der Zuhörer Beifall.

Literatur

- Camarata, S., Nelson, K.E., Camarata, M.*: Comparison of conversational-recasting and imitative procedures for training grammatical structures in children with specific language impairment. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (1994), 1414-1423.
- Dannenbauer, F.M.*: Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Historische, sprachheilkundliche und sprachpsychologische Perspektiven. Birkach 1983.
- Dannenbauer, F.M.*: Grammatik. In: *Baumgartner, S., Füssenich, I.* (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren.* München 1992, 123-203.
- Dannenbauer, F.M.*: Grundlinien entwicklungsproximaler Intervention. *Der Sprachheilpädagoge* 26 (1994) 3, 1-23.
- Dannenbauer, F.M., Kotten-Sederqvist, A.*: Sebastian lernt Subj+Mod+XY+V (inf). Bericht von einer entwicklungsproximalen Sprachtherapie mit einem dysgrammatisch sprechenden Kind. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 59 (1990), 27-45.
- Haffner, U.*: Gut reden kann ich. Das entwicklungsproximale Konzept in der Praxis. Dortmund 1995.
- Hansen, D.*: *Spracherwerb und Dysgrammatismus.* München 1996.
- Hartmann, E.*: Verknüpfung sprachheilpädagogischer Praxis und Forschung am Beispiel einer Einzelfallstudie zur entwicklungsproximalen Sprachtherapie. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 64 (1995), 3-35.
- Homburg, G.*: Methodische Überlegungen zur therapeutischen Arbeit mit dysgrammatisch sprechenden Kindern. *Die Sprachheilarbeit* 26 (1981), 267-281.
- Leonard, L.B.*: *Children with specific language impairment.* Cambridge, Mass.: The MIT Press 1998.
- Nelson, K.E., Welsh, J., Camarata, S., Butkovsky, L., Camarata, M.*: Effects of imitative and conversational recasting treatment on the acquisition of grammar in children with specific language impairment and younger language-normal children. *Journal of Speech and Hearing Research* 39 (1996), 850-859.
- Schöler, H., Fromm, W., Schakib-Ekbatan, K., Spohn, B.*: Nachsprechen. Sein Stellenwert bei der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differentialdiagnostik“ 2, Pädagogische Hochschule Heidelberg 1997.
- Schöler, H., Spohn, B.*: Entwicklung des Inventars diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten IDIS. Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differentialdiagnostik“ 5, Pädagogische Hochschule Heidelberg 1997.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Friedrich Michael Dannenbauer
 übergangsweise Professor für Sprachbehinder-
 tenpädagogik
 Institut für Sonderpädagogik
 Ludwig-Maximilians-Universität
 Geschwister-Scholl-Platz I
 80539 München

dgs-Nachrichten

Sprachheilpädagogischer Tag der Landesgruppe Thüringen

Die Landesgruppe Thüringen rief am 20.06.98 ihre Mitglieder zu einer Premiere an die Förderschule für Sprachbehinderte nach Meiningen. Der als Höhepunkt der Landesgruppenarbeit gestaltete *Sprachheilpädagogische Tag* schloß neben der Mitgliederversammlung und der Wahl des Landesvorstandes mehrere Fortbildungen ein.

Den Weg nach Meiningen fanden neben den Sprachheilpädagogen auch viele Kollegen anderer Einrichtungen, so daß sich die Organisatoren über die unerwartet große Resonanz freuen konnten.

In der Mitgliederversammlung wurden die Ergebnisse der vergangenen Wahlperiode ausgewertet. Die anwesenden Mitglieder würdigten die Arbeit des Landesvorstandes und versprachen sich durch die Wiederwahl eine Fortsetzung der bisherigen Initiativen. Für Frau *Biel* wechselte Frau *Schöbler* in das Vorstandsgremium und wird die Region Weimar und die Anliegen der Sonderpädagogischen Fachkräfte vertreten. Als größte Sorge markierte die Landesgruppe das sich stetig vergrößern Ausbildungsloch, welches durch die noch ausstehende Lehrstuhletablierung jährlich erweitert wird.

Anhand eines Fallbeispiels stellte Frau U. *Haffner* die praktische Umsetzung des entwicklungsproximalen Konzeptes der Dysgrammatismustherapie dar. Viele der Zuhörer sahen ihre Erfahrungen hinsichtlich einer zielgerichteten und spezifisch angelegten Einzelförderung bestätigt, wodurch vielleicht einige Kollegen inspiriert wurden, dieses Konzept zu erproben und nach Möglichkeiten der organisatorischen Realisierung zu suchen.

Herr R. *Püschel* gab seiner Veranstaltung einen musikalischen und stark bewegungsorientierten Tenor, indem er zeigte, wie durch Tanz und Gesang gezielt sprachlich gefördert werden kann. Durch die Präsentation der eigenen Lieder und der dazugehörigen Choreographie gewannen die Darstellungen an zusätzlichem Wert.

Einen Streifzug durch die Montessori-Pädagogik konnten die Teilnehmer an der dritten Veranstaltung erleben. Herr B. *Schröter* demonstrierte allgemeine und sprachfördernde Ansätze dieser reformpädagogischen Sichtweise. Durch eine tangierende Präsentation der Montessori-Werkstätten GmbH konnten diese Einblicke sehr anschaulich ergänzt werden.

Die drei angebotenen Fortbildungsveranstaltungen fanden bei allen Teilnehmern große Zustimmung, so daß an eine Fortsetzung der Einzelveranstaltungen und des Sprachheilpädagogischen Tages gedacht wird.

J. Baumgärtel

Landesgruppe Saarland

4. Saarbrücker Hör-Sprach-Symposium

Am Samstag, dem 6. Juni 1998, fand das 4. Saarbrücker Hör-Sprach-Symposium in Zusammenarbeit mit der dgs-Saarland und der Sektion Phoniatrie-Pädiatrie der Caritasklinik statt. Dieses mittlerweile schon ein wenig zur Tradition gewordene Symposium stellt einmal eine sehr gute Informationsveranstaltung dar, bei welcher reger Gedanken- und Meinungsaustausch stattfindet, es ist aber auch ein Ort, wo die Möglichkeit der Zusammenarbeit der dgs mit der Logopädie demonstriert werden kann.

Die Veranstaltung stand unter dem Motto „Aspekte der Lese-Rechtschreibschwäche“ und die dazu gelieferten Referate leisteten nicht nur neueste Informationen über den Stand der Forschung und über Therapiemöglichkeiten, sondern regten auch an zu Einzelbeiträgen über die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in der Praxis.

Neueste Forschungsergebnisse aus den USA mit der Umsetzung in Diagnostik und Therapie brachten Dr. *Brill* und Dr. *Weiler* mit in ihrem Referat über „Quantitative Hirnfunktionsanalysen bei Legasthenie mit verlängerter Ordnungsschwelle“.

In ihrem Vortrag „Die phonologische Entwicklungsdyslexie, ein logopädisches Störungsbild“ zeigte Frau C. *Ringling* die Notwendigkeit und die Möglichkeit der Erarbeitung der phonematischen Bewußtheit bei Kindern zur Verbesserung des Leselern- und Schreiblernprozesses.

Sehr anspruchsvolle Ziele zeigte Frau U. *Schneider-Winkler* bei ihrer Arbeit mit Kindern mit Wahrnehmungsstörungen im taktil-kinästhetischen Bereich mittels ihres Therapiekonzeptes „PLAGS“.

In seiner unnachahmlichen Art vermittelte Herr Dr. *Metzger* „Ein einfaches und praktisches Modell zur Lösung des Legasthenieproblems“, indem er ganz einfach wieder auf die Notwendigkeit des Lesens und des Leseübens hinwies.

Zusammenfassend kann gesagt werden, es war mal wieder eine anspruchsvolle, gut besuchte und für die Umsetzung in die Praxis animierende Veranstaltung, die zur Wiederholung im nächsten Jahr reizt.

Frank Kuphal

Fortbildungsveranstaltungen

1. dgs-Landesgruppe Brandenburg:
Kieler Leseaufbau – ein roter Faden für das Lernen des Lesens;
Kieler Rechtschreibaufbau – ein roter Faden für den Aufbau der Rechtschreibung
 Referenten: Renate und Detlef *Hackethal*
 Sa.: 31.10.1998 9.30 – 17.00 Uhr
 Weitere Informationen und Anmeldung bei: *Liane Biering*, Clara-Zetkin-Ring 8, 15232 Frankfurt/Oder

2. dgs-Landesgruppe Rheinland:
Zur Plastizität des Nervensystems: Chance der Rehabilitation – Höhere Nervenfunktionen und ihre Störungen, z.B. Aphasie und Gedächtnisstörungen
 Referent: Dr. Nelson Annunziato
 Sa./So.: 6./7.2.1999 jeweils 8.00 – 17.30 Uhr
 Weitere Informationen und Anmeldung bei Birgit Appelbaum, Obere Birk 32a, 47443 Moers, Tel/Fax: 02841/50 29 88
3. dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg:
Kooperative Beratung (dreiteiliger Kurs)
 Referent: Prof. Dr. W. Mutzek
 • 4.-6.3.1999
 • 15.-17.4.1999
 • 23.-25.9.1999
 Weitere Informationen und Anmeldung bei Birgit Traub, Schillerstr. 3-7, 74072 Heilbronn, Fax: 07131/56 24 75

Birgit Appelbaum

2. Flechtinger Symposium

Die Median Klinik II Flechtingen
 Rehabilitationsklinik für Neurologie und Psychosomatik, lädt am 14. November 1998 zur Fortbildung zum Thema *Neurogene Dysphagie* ein.

Veranstaltungsort:

Median Klinik II Flechtingen, Parkstraße, 39345 Flechtingen, Tagungsraum.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Dr. Rakicky, Fr. Dr. Weise.

Teilnahmegebühr:

Ärztliches Personal DM 60,-
 Nichtärztliches Personal DM 30,-
 Die Teilnahmegebühr kann auch vor Ort bezahlt werden.

Anmeldung:

Telefon: 039054/8 27 78
 Telefax: 039054/8 29 98

Erworbene Sprach- und Sprechbehinderungen: Unterstützte Kommunikation als Möglichkeit der Kompensation

Im Mittelpunkt stehen Menschen mit Sprechstörungen nach erworbenen Hirnschäden, Menschen mit ALS und Menschen mit globaler Aphasie

Sa. 07.11.98 10.00 – 16.00 Uhr

Veranstaltungsort: Universität Dortmund

Veranstalter: ISAAC – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation

Information/Anmeldung: Bärbel Weid-Goldschmidt, Worringstraße 72, 45289 Essen
 Tel.: 0201/57 00 20

Einblicke

Schulversuch Förderschule

Weiterentwicklung sonderpädagogischer Förderung oder Rückschritt?

– Zwischenbilanz nach zwei Versuchsjahren –

Folgende Zwischenbilanz zum Schulversuch Förderschule wurde mit dem Ziel erstellt, eine breite öffentliche Diskussion zu diesem Thema anzuregen, bevor eine endgültige Entscheidung über den Erfolg des Schulversuchs durch das Ministerium für Schule und Weiterbildung (MSW) und den Landtag getroffen wird. Das MSW wird im Frühjahr 1999 einen Zwischenbericht vorlegen. Außerdem sollen die aufgetretenen Probleme und Ergebnisse des Schulversuchs im Rahmen eines Symposions umfassend diskutiert werden.

Rahmenvorgaben für den Schulversuch

Das Kultusministerium genehmigte zu Beginn des Schuljahres 1994/95 für zunächst vier Schuljahre den Schulversuch „Förderschule“. Inzwischen wurde die Laufzeit um zwei Jahre (bis 31.7.2000) verlängert, um einen Durchgang durch die gesamte Sekundarstufe I zu ermöglichen.

Während der Versuchsauftrag ursprünglich klären sollte, ob lernbehinderte, erziehungsschwierige und sprachbehinderte Schüler in *einer* Sonderschule gemeinsam gefördert werden können, verengte sich dieser Auftrag im Genehmigungserlaß des Kultusministeriums (KM) vom 27.01.94 auf die Frage, wie dies möglich ist.

Falls der Schulversuch erfolgreich abgeschlossen wird, sollen die Sonderschultypen EZ, LB und SB durch den neuen Sonderschultyp Förderschule ersetzt werden.

Das Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (LSW) in Soest wurde beauftragt, den Schulversuch wissenschaftlich zu begleiten und zu dokumentieren. Außerdem wurde zur Weiterentwicklung des pädagogischen und organisatorischen Konzepts ein Beirat berufen, dem je ein Vertreter des KM bzw. MSW, der Bezirksregierungen, der Universität und der Schulträger angehören.

Die Versuchsschulen sollen jährlich auf der Grundlage eines Fragebogens berichten. Die Bezirksregierungen waren beauftragt, die Berichte der Versuchsschulen – ergänzt durch eine Stellungnahme der Schulaufsicht – jeweils bis zum 1. November dem KM vorzulegen.

Außerdem soll festgestellt werden, welche Auswirkungen sich durch das Konzept der Förderschule für die jeweiligen Schulträger ergeben.

Bisher liegen zwei Berichte des LSW mit Auswertungen der Erfahrungen aus den beiden ersten Versuchsjahren – Schuljahre 1994/95 und 1995/96 – vor (veröffentlicht als Nr. 38 und 44 der Reihe „Arbeitsberich-

te zur Curriculumentwicklung, Schul- und Unterrichtsforschung“).

Insgesamt nehmen 30 Schulen an dem Schulversuch teil: 29 LB-Schulen und eine SB-Schule.

Auf die Regierungsbezirke entfallen: Arnsberg: 4, Detmold: 3, Duisburg: 6, Köln: 14, Münster: 3.

Im zweiten Versuchsjahr lagen die Schüleranteile für LB bei 73%, für SB bei 11%, für EZ bei 16%.

Die Schüleranteile an den Sonderschulen insgesamt lagen im gleichen Schuljahr für LB bei 76 %, für SB bei 15 %, für EZ bei 9%.

Zwischenbilanz nach zwei Versuchsjahren

In den beiden veröffentlichten Berichten des LSW wurden anonym mit einem Fragebogen die Einschätzungen des Schulversuchs durch die beteiligten KollegInnen erfaßt. Insgesamt haben sich 321 der 457 LehrerInnen an der Befragung beteiligt, was einer Rücklaufquote von 70 % entspricht. Damit ist eine gute Basis für folgende tragfähige Aussagen gegeben: (Werte in Klammern gelten für das I. Versuchsjahr)

- 45% (31%) der KollegInnen bezeichnen ihre bisherigen Erfahrungen mit der Förderschule als deutlich negativ, nur 38% (46%) als deutlich positiv.
- Die Förderung der lernbehinderten und sprachbehinderten Schüler kommt offensichtlich zu kurz, weil die erziehungsschwierigen Schüler sehr viel Aufmerksamkeit und Arbeit auf sich ziehen.
- Aufgrund der unzureichenden personellen Rahmenbedingungen können die notwendigen pädagogischen Arbeiten nur unzulänglich durchgeführt werden.
- „Eher schwierig“ empfinden die KollegInnen die Förderung der erziehungsschwierigen Schüler 67% (57%), der lernbehinderten Schüler 42% (nicht erfaßt), der sprachbehinderten Schüler 49% (44%).
- Das Sozialverhalten der Schüler hat sich für 46% (35%) der KollegInnen verschlechtert.
- 41% der KollegInnen halten die Förderschule trotz hohen Engagements nicht für eine sinnvolle Förderort – Alternative. 18% sind sich sehr unsicher in dieser Frage.
- Die Arbeitsbelastung ist für 93% (91%) der KollegInnen deutlich größer geworden.
- Die Arbeitszufriedenheit hat für 52% (42%) der KollegInnen abgenommen.

Schlußfolgerungen und Konsequenzen für die weitere Begleitung des Schulversuchs

Angesichts dieser – aus der Sicht der beteiligten Lehrerinnen und Lehrer – negativen Ergebnisse nach den ersten beiden Versuchsjahren erscheint es besonders bedenklich, daß die im Genehmigungserlaß geforderte wissenschaftliche Begleitung und Dokumentation des Schulversuchs nicht realisiert wurde.

Es scheint notwendig, Kriterien zu erarbeiten, die es ermöglichen, zu prüfen, welche didaktisch-methodischen und organisatorischen Konzepte die notwendige spezifische sonderpädagogische Förderung gewährleisten.

Diese Kriterien wären dann nicht nur Grundlage eines Bewertungssystems für den Schulversuch Förderschule, sondern auch für die Arbeit an anderen sonderpädagogischen Förderorten.

Für die Bewertung des Schulversuchs wäre dabei auch der Vergleich der Übergangsquoten zur allgemeinen Schule getrennt nach Förderschwerpunkten ein bedeutsames Kriterium.

Die Einschätzung des Versuchs durch die Eltern der im Schulversuch unterrichteten Kinder sollte zukünftig bei diesen selbst nachgefragt werden. In den bisherigen Auswertungen wurde versucht, sie durch Befragung der Lehrkräfte zu erschließen.

Sollte weiterhin die Akzeptanz des Schulversuches bei den Eltern abnehmen und sollten sich die negativen Erfahrungen der im Schulversuch tätigen Lehrerinnen und Lehrer verfestigen, müssen die Bedingungen für die Fortführung des Versuches überdacht werden.

Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die Auswertung des Schulversuchs vorzunehmen. Dabei ist zu prüfen, ob dieser neue Sonderschultyp tatsächlich eine qualitative Weiterentwicklung der sonderpädagogischen Förderung begünstigt. Es muß auf jeden Fall im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen verhindert werden, daß angesichts fehlender Ressourcen erreichte Standards sonderpädagogischer Förderung gefährdet werden.

Elisabeth Bories, Ursula Hagmann-Teiner, Annemarie Möller, Jons Tück

Kontaktadresse: Ursula Hagmann-Teiner, Am Müggelbach 4, 42855 Remscheid

Neues Landesgesundheitsgesetz (ÖGDG) vom 17. Dezember 1997 – Hinweise für die Sprachtherapeutischen Dienste in den Kommunen –

Nach den Ländern Bayern, Bremen und Schleswig-Holstein hat das Land Nordrhein-Westfalen ein neues Landesgesundheitsgesetz verabschiedet. Damit wurden das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst aus dem Jahre 1934 und seine Durchführungsbestimmungen abgelöst. Das neue Gesetz ist Teil, nämlich Artikel 3 „des Gesetzes zur Stärkung der Kreise, Städte und Gemeinden in NRW“ und nennt sich Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Nähere Anleitungen, Begründungen oder Ausführungsbestimmungen gibt es bislang nicht. In der Endphase der Verabschiedung des Gesetzes gab es neben stilistischen Aspekten massive Kritik zu folgenden Punkten:

- Das Gesetz schaffe neue Pflichtaufgaben, die nicht kostenneutral seien und so zu einer stärkeren Belastung der Städte und Gemeinden führe;
- die neu geschaffene Gesundheitskonferenz als gesetzliche Regelung werde als Nachteil gegenüber eines Runden Tisches auf freiwilliger Grundlage gesehen;
- es wird in Frage gestellt, ob das Gesetz nicht zu schleichenden Systemveränderungen für die Ärzteschaft und für die Kassenärztliche Vereinigung führe.

Bei der letzten Anhörung vor der Verabschiedung hoben die Vertreter der Parteien, des Landkreistages oder Vertreter der Krankenhausgesellschaft NRW u.a. hervor, daß das ÖGDG einen wichtigen Beitrag zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit in NRW leiste und eine Anpassung an die moderne Medizin sowie an die veränderte Verwaltungsstruktur gewähre.

Für die kommunale Sprachtherapie sind gemäß dem ÖGDG verschiedene Bereiche indirekt angesprochen. Hiermit möchte ich diese im Einzelnen aus meiner Sicht kurz darstellen:

1. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind:
 - die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
 - der Schutz und die Förderung ... insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen,
 - Aufklärung und Beratung der Bevölkerung und der Behörden (§ 2).
2. Die Zusammenarbeit mit den therapeutischen Einrichtungen, den Kostenträgern und den Selbsthilfegruppen ist vorgesehen (§ 3).
3. Gemäß der allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung kann die untere Gesundheitsbehörde eigene Dienste erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen und seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen ... entsprechen wird (§ 4).
4. Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde ist die ... Gutachtertätigkeit sowie die Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung (§ 6).
5. Die Prävention wird besonders angesprochen sowie die Regeluntersuchungen in Tageseinrichtungen für Kinder und in Schulen. Ferner wird auf die Beratung der verschiedenen Träger hingewiesen, so für die Erzieher und Lehrer (§ 12).
6. Das ÖGDG sieht einen Kommunalen Gesundheitsbericht vor; dies gilt auch für den Bereich der sprachtherapeutischen Dienste. Dies sollte frühzeitig erkannt werden (§ 21).

7. Neu ist die Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Mitglieder hierin sollen Vertreter der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung Beteiligten sein, ferner u.a. die Selbsthilfegruppen. Für den Sprachheilkreis muß meines Erachtens eine Person benannt werden, die für diesen Bereich verantwortlich ist. Dies kann der/die Sprachheilbeauftragte sein (§ 24).

Für die Landesgesundheitskonferenz müßte meines Erachtens der jeweilige Landesarzt der Landschaftsverbände Rheinland sowie Westfalen-Lippe Mitglieder dieser Konferenz sein (§ 26).

Abschließend möchte ich auf zwei Punkte hinweisen:

- Die im Gesundheitsamt tätigen Ärztinnen und Ärzte sind gemäß ÖGDG Amtsärztinnen und Amtsärzte (§ 22).
- Das ÖGDG stellt frei, ob die Bezeichnung Gesundheitsamt beibehalten werden will. Dies weist auf Verwaltungsveränderungen hin. So kann es zur Umbenennung kommen wie *Sprachtherapeutischer Dienst* (§ 31).

Nach fünf Jahren soll der Landesregierung ein Erfahrungsbericht über das neue Gesetz vorgelegt werden.

Aus meiner Sicht ist dieses Gesetz eine positive Grundlage für die kommunalen sprachtherapeutischen Dienste.

Heribert Gathen

Der Gesetzestext kann gegen Zusendung der Porto-kosten von DM 1,10 angefordert werden bei Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 41068 Mönchengladbach, Fax 02161-53819

Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Die „Forschungsstelle für Angewandte Sprachwissenschaft zur Rehabilitation Behinderter (FST)“ an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg (1965-1997) wird nach Ausscheiden ihres Gründers und Leiters, Prof. Dr. Klaus *Schulte*, aus der Lehre ab 1998 fortgeführt unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Christa *Schlenker-Schulte* als Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung (FST) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 1998 33 Jahre 'jungen' FST freuen sich, daß die Arbeit der „Forschungsstelle ...“ als wissenschaftliche Einrichtung weitergeführt wird. Gleichzeitig wird sie inhaltlich und strukturell erweitert entsprechend der Zustimmung der Mitgliederversammlung des die FST tragenden gleichnamigen Fördervereins, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und des Kultusministers des Landes Sachsen-Anhalt.

Gewohnt und unverwechselbar bleibt das FST-Logo. Die stärkere Gewichtung der Rehabilitation im Namen und die Präzisierung der Zielgruppe *Menschen mit kommunikativer Behinderung* läßt neben empirischer Grundlagenforschung verstärkt individuelle Bezugnahmen zu. Das soll dazu führen, systematisch und in größerem Umfang, z.B. als Längsschnittuntersuchung, Lehramts-, Diplom-, Magister-, Promotions-Studierenden wissenschaftliches Arbeiten mit notwendigem Praxisbezug nahezubringen und Theorie und Praxis stärker miteinander zu verzahnen.

Christa Schlenker-Schulte

Rezension



Claudia Osburg: Gesprochene und geschriebene Sprache. Aussprachestörungen und Schriftspracherwerb. Schneider Verlag, Hohengehren 1997. 205 Seiten. 29,80 DM.

Es ist wohlthuend, mit dieser Publikation ein Buch in die Hand zu nehmen, bei dem der Begriff Sprache nicht nur als Titel fungiert. Die wichtigste Botschaft der Autorin vorweg: Nutzt Schrift für die Förderung aussprachegestörter Kinder! Wartet mit der Vermittlung der Schriftsprache nicht bis zum Abschluß des Erwerbs der Lautsprache. Diese Aussagen wären zu allgemein und plakativ, würde die Verfasserin nicht auch differenzierte Aussagen darüber treffen, in welcher Weise Schriftsprache beim einzelnen aussprachegestörten Kind in die Förderung einfließen kann. Und dies tut sie, indem sie behindernde und fördernde Bedingungen für diese Kinder bei der Einbeziehung von Schrift benennt.

Zum Inhalt: Vorangestellt werden allgemeine Ausführungen zum Verhältnis gesprochener und geschriebener Sprache sowie zu ungestörter und gestörter Aussprache. Als Ironie der Wissenschaftsgeschichte mag man betrachten, daß die in der Arbeit zugrundegelegte und H.-J. Scholz folgende Unterscheidung phonetischer und phonologischer Störungen, wie sie in der Sprachheilpädagogik nach jahrzehntelanger

Kontroverse endlich Akzeptanz gefunden hat, in jüngeren Arbeiten bereits erheblich weiter diskutiert wird. Der Darstellung des Schriftspracherwerbs, wie er nach Auffassung der Autorin als Sprachlernen zu verstehen ist, widmet sie ein eigenes Kapitel. Referiert werden das Stufenmodell von K.B. Günther und die Beschreibung des Schriftspracherwerbs als sprachanalytische Tätigkeit nach M. Dehn. Nach kritischer Betrachtung der traditionellen Didaktik zum Schriftspracherwerb kommt die Autorin zu ihrem zentralen Anliegen, behindernde Bedingungen für aussprachegestörte Kinder bei der Aneignung von Schrift herauszufinden, zugleich aber auch fördernde Elemente der Schriftsprache zu ermitteln, die Kindern mit spezifischen Aussprachestörungen bei deren Überwindung wesentliche Hilfen leisten können. Nach einer experimentellen Voruntersuchung an vier Kindern werden in der referierten Hauptuntersuchung dreizehn Kinder mit phonologischen Störungen unter den genannten Fragestellungen beobachtet. Der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse folgt abschließend ein perspektivischer Ausblick auf eine Didaktik unter Berücksichtigung des Zusammenhangs von Störungen der Aussprache und dem Schriftspracherwerb.

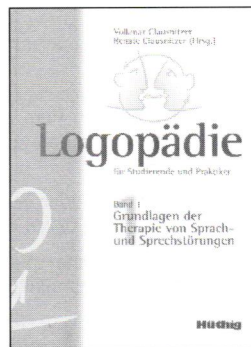
Auf der Grundlage der nicht unumstrittenen Unterscheidung phonetischer und phonologischer Störungen trifft die Autorin die Feststellung, daß Kinder mit phonologischen gegenüber solchen mit phonetischen Störungen deshalb eher spezifische Probleme beim Schriftspracherwerb zu erwarten hätten, da sie sich an einem von der Erwachsenensprache strukturell abweichenden individuellen Phonemsystem orientierten. Diese eingängige Hypothese wird zwar nicht überprüft, sehr wohl zeigt sich in den Ergebnissen aber die starke Abhängigkeit schriftlicher Leistungen von den individuellen Ausgangslagen der phonologisch gestörten Kinder. Hiernach lassen sich zugleich klare Aussagen darüber ableiten, in welcher Weise Schriftsprache bei der Förderung von Kindern mit phonologischen Störungen differenziert eingesetzt werden kann.

Wurden in den vergangenen Jahren viele einzelfallbezogene Lernprozeßbeobachtungen vollzogen, um Zugriffsweisen auf die Schrift zu erfassen, wendet die Autorin diesen Blickwinkel explizit der Gruppe von Kindern mit phonologischen Störungen zu. Ihre Ergebnisse begründen eindrucksvoll die Bedeutsamkeit individuell ausgerichteter Förderangebote bei der Einbeziehung von Schriftsprache. Nur auf der Grundlage der genauen Kenntnis über die Art und die Ausprägung der Aussprachestörung des einzelnen Kindes läßt sich ein adäquates Förderangebot formulieren. Hieran werden die Kolleginnen und Kollegen in ihrer Arbeit zukünftig zu messen sein.

Die vorliegende Arbeit ist eine geringfügig überarbeitete Fassung einer an der Universität Hamburg angenommenen Dissertation. Hierin liegt auch die Schwäche des Buches, nämlich den Spagat zu realisieren, den Nachweis wissenschaftlicher Befähigung

zu erbringen und zugleich eine auch dem Praktiker nützliche Hilfestellung zu geben. So sind manche Zitate ebenso störend wie die Vielfalt an Literaturangaben überflüssig. Wenn das vorliegende Buch dennoch wärmstens empfohlen wird, so nicht allein deshalb, weil auch die Arbeiten des Rezensenten angemessen gewürdigt worden sind, sondern viel eher darin begründet, daß mit dieser Publikation ein neues und weites Feld geöffnet wird, in dem noch viele Fragen zu stellen sein werden. Die ersten hier präsentierten Antworten sind ermutigend und deuten neue Möglichkeiten der Förderung aussprachegestörter Kinder an. Die Fülle an Beispielen aus und für die Praxis sollten den Leser für diese Überlegungen allemal sensibilisieren.

Detlef Hacker



Volkmar Clausnitzer, Renate Clausnitzer (Hrsg.): Logopädie für Studierende und Praktiker. Band I: Grundlagen der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen. Hüthig-Verlag, Heidelberg 1997. 390 Seiten. DM 98.

Gibt es denn noch irgendwas, über das nicht bereits geschrieben worden ist?

Gewiß ist diese Frage kaum eindeutig mit „Ja“ zu beantworten.

Aber vielleicht geht es mehr darum, *wer* mit *wem* zu welchem *Zeitpunkt* und in welcher *Form* etwas publiziert.

Und genau darin liegt m.E. das Besondere, Einzigartige dieses Buches: das Autorenteam besteht aus einem Logopäden (der zusätzlich Diplom-Sprechwissenschaftler ist), einer Kieferorthopädin, einem Fachpsychologen der Medizin, einem HNO-Arzt und einem Sprecherzieher.

Nach dem Erscheinen des „Handbuches der Sprachtherapie“ von M. Grohnfeldt gehört schon für Verfasser und Verlag eine Menge Mut dazu, ein dreibändiges Werk herauszugeben, das in etwa die gleichen Adressaten und vergleichbare Inhalte ausweist. (Auch) Hier wird der Versuch unternommen, „eben-

falls Praktiker und Wissenschaftler der an der Kommunikationstherapie beteiligten Disziplinen zusammenzuführen, um sowohl eine theoretische Fundierung als auch in Band 2 und 3 eine für die therapeutische Praxis nützliche Zusammenstellung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren bieten zu können“ (Vorwort).

Gerade die Zusammenführung von „Theorie und Praxis“ scheint heute wichtiger denn je, der Ruf nach theoriegeleiteten sprach-, sprech- und stimm-diagnostischen und -therapeutischen Ansätzen wird immer lauter. Somit wäre diesem Buch zu wünschen, daß es seinen hohen Anspruch einlösen kann, indem es eine verbindende Funktion hat -auch eine berufsgruppenüberschreitende!

Insbesondere das erste Kapitel (Paradigmenwechsel in der Kommunikationstherapie) bietet eine Grundlage dazu, der Vollständigkeit halber sei aber auch noch auf die anderen Kapitel hingewiesen: 2. Phylogense und Ontogenese des Kommunikationsverhaltens; 3. Audiologische Grundlagen der Sprach- und Sprechtherapie; 4. Kieferorthopädische Grundlagen der Sprach- und Sprechtherapie; 5. Psychologische Grundlagen der Sprach- und Sprechtherapie; 6. Sprechwissenschaftliche und sprecherzieherische Grundlagen der Sprach- und Sprechtherapie.

Es ist kein „billiges“ Buch (98.00 DM) – dann wäre es wohl auch nicht empfehlenswert – aber ein preiswertes (es ist seinen Preis wert!): Nicht zuletzt besticht es durch eine übersichtliche Gliederung und durch einen ansprechenden, gut lesbaren Druck. Positiv auch die Gestaltung der Randspalte, in der das zentrale Stichwort des jeweiligen Abschnittes herausgehoben ist. Ein 29seitiges Literatur- und ein 12seitiges Sachwortverzeichnis runden den guten Gesamteindruck ab. Trotzdem ein recht hoher Preis, der das Finanzbudget vieler Studierender überfordern dürfte. Dennoch: Es gibt viel „Lesenswertes“, das man sonst aus anderen Büchern – oft mühselig – zusammentragen müßte; so gesehen macht es die Anschaffung manch anderer Publikation z.T. überflüssig.

So wird das vorliegende (Nachschlage-)Werk voraussichtlich in Bibliotheken anzutreffen sein, aber auch in Bücherschränken von Therapeutinnen und Therapeuten, die zumeist über wenig (Lese-)Zeit verfügen und „mal eben“ unter einem Stichwort etwas nachlesen möchten.

Abschließend ist dem Buch ein hoher Verbreitungsgrad zu wünschen, um die in der Einleitung geäußerte Hoffnung, daß es „den Angehörigen aller kommunikationstherapeutischen Berufe gelingen (möge), bestehende Differenzen und notwendige Unterschiede in eine moderne gemeinsame Tätigkeit ... umzusetzen“ Realität werden zu lassen

Uwe Förster

Aufruf

PEVOS – Das Programm zur Evaluation von Stottertherapien

Das Demosthenes-Institut der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe plant ein Evaluationsprogramm für Stottertherapien im deutschsprachigen Raum: PEVOS. Hierzu hat sich ein Arbeitskreis gebildet, in dem alle Behandlergruppen (Sprachheilpädagogen, Ärzte, Logopäden und Psychologen) vertreten sind. Das Ziel von PEVOS besteht darin, mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden Daten über die Art und Effektivität der in Deutschland angebotenen Stottertherapien zu gewinnen. Zu diesem Zweck sollen Prä-, Post- und Follow Up-Erhebungen von Einstellungen und Selbsteinschätzungen mit Hilfe von Fragebögen sowie der Sprechflüssigkeit erfolgen. Da die Erhebung und Auswertung vom Demosthenes-Institut vorgenommen wird, fällt bei den teilnehmenden Therapeuten kein zusätzlicher Arbeitsaufwand an. Die Daten werden geschützt. Nur die teilnehmenden Therapeuten erhalten die Auswertung für ihre Patienten. Die Einzelergebnisse gehen in das Gesamtergebnis der Evaluationsstudie ein, aus dem nicht mehr auf einzelne Therapeuten geschlossen werden kann. Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe erhofft sich aufgrund dieses Programms zum einen eine fundierte Grundlage für die Beratung von Stotternden, die eine Therapie suchen. Zum anderen soll durch Veröffentlichung der Gesamtergebnisse der allgemeine Kenntnisstand hinsichtlich der Behandlung des Stotterns erhöht werden. Die teilnehmenden Therapeuten erhalten Rückmeldung über die Effektivität der von ihnen angebotenen Stottertherapien und können diese gegenüber dem Bundesdurchschnitt einordnen. Außerdem können sie die in Zukunft verstärkt geforderte Ergebnisqualität ihrer Arbeit nachweisen.

Das Programm wird vom Demosthenes-Institut der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe in Zusammenarbeit mit der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum, Prof. H.-G. Bosshardt (amtierender Präsident der International Fluency Association), durchgeführt sowie von der Interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie (IVS) unterstützt. Für die Teilnahme an PEVOS werden Therapeuten gesucht, die regelmäßig Stotternde therapieren und diese Therapien evaluieren lassen wollen. Interessierte Therapeuten wenden sich bitte an:

Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Stichwort: PEVOS
Gereonswall 112
50670 Köln
Tel.: 0221 – 139 11 06
e-mail: bvss@hsp.de

Ulrich Natke

Vorschau

F.M. Dannenbauer: Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen.

G. Bartolome: Methoden der funktionellen Dysphagie-therapie (FDT) und deren Effektivität.

B. Bimüller: Sprachtherapie in der beruflichen Bildung bei hör- und sprachbehinderten Kindern.

W. Angerstein et al.: Zur Häufigkeit von Lautbildungsfehlern bei sehgeschädigten Schülern.

B. Spengler: Nicht aus der Luft gegriffen. Möglichkeiten einer Förderung dysphasischer Kinder während des Unterrichts.

M. Grohnfeldt: Beratung bei Sprachstörungen – mehr als ein Schlagwort?

Reinhard Dümmler

leichter lesen lernen

Ein stressfreier Leselehrgang

In diesem Buch beschreibt der Autor, wie er selbst seinen Schülern (die noch dazu wegen jeweils individueller Probleme eine sonderpädagogische Diagnose- und Förderklasse besuchen) das Lesen beibringt: Durch die Methoden der Kinesiologie werden die Lernvoraussetzungen verbessert. Der stressfreie Leselehrgang "Lesen durch Schreiben" erlaubt es den Schülern selbstgesteuert, mit individueller Lerngeschwindigkeit das Lesen zu erlernen. Dem Training von Wahrnehmung und Motorik kommt eine besondere Gewichtung zu. Die Schreiberziehung wird an den individuellen Bedürfnissen der Klasse ausgerichtet. Zur Unterstützung des Lernens werden Computer eingesetzt. 1996, 140 S., Format 16x23cm, br, ISBN 3-8080-0376-6 Bestell-Nr. 1908, DM 36,00

Portofreie Lieferung auf Rechnung durch:

 verlag modernes lernen

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



Individualpsychologische BeraterIn

Die ideale Kombination
für Ihren Beruf

*Eine
zweijährige
berufsbegleitende*

Ausbildung

Beginn: 30. Januar 1999

Information:
Julitta und Theo Schoenaker
Akademie für Individualpsychologie
36391 Sinntal
Tel.: 09741-3130

Richtig sprechen heißt vor allem richtig hören und richtig verstehen

Zentrales Hören wirksam trainieren!

MediTECH 
Electronic GmbH

Auf dem großen Kampe 35 ☒ 30900 Wedemark
Telefon: 05130 - 79770 ☎ Fax: 05130 - 79763

Bitte schicken Sie mir

- Das Buch zur Zentralen Wahrnehmung:
"Was Hänschen nicht hört" F. Warnke (39,80 DM)
 Seminartermine mit **FRED WARNKE**
 Ihre aktuelle Erzeugnisübersicht

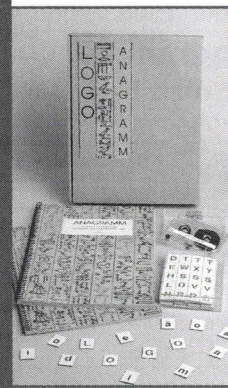
Name: _____
Straße: _____
PLZ+Ort: _____
Telefon: _____

Neu bei ProLog: ANAGRAMM

von Helga Spitzer

Ein Programm zur Behandlung aphasisch bedingter Lese- und Schreibstörungen.

Ziel dieses Übungsprogramms ist die systematische Erarbeitung der Beziehungen zwischen Graphemen und Phonemen der deutschen Sprache sowie die Verbesserung der einzel- und ganzheitlichen Strategien beim Lesen und Schreiben. ANAGRAMM besteht aus 12 Übungssequenzen steigenden Schwierigkeitsgrades mit vielfältigen Übungsangeboten, denen das Logogen-Modell zugrundeliegt. Die Sequenzen weisen die folgende Struktur auf:



- ▶ einzelheitliche Erarbeitung der Phone-
me und Grapheme
- ▶ Stimulierung von
ganzheitlich
abgespeichertem
Wortwissen
- ▶ wichtige phono-
taktische und ortho-
graphische Regeln
- ▶ Übungen zur Wort-
form
- ▶ Rätselaufgaben
- ▶ Material zum lauten
Lesen
- ▶ Diktatvorlagen

Preis: **149,- DM***

Fordern Sie auch unseren
kostenlosen Katalog an:

02 28/31 87 25

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

Gesellschaft für sprach-
therapeutische Hilfsmittel

Weißenburgstraße 42
53175 Bonn
Telefax 02 28/31 87 26

E-Mail: prolog@t-online.de

* Die Preise verstehen sich
inkl. ges. Mehrwertsteuer, zzgl. Versand

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 Elektroblicker- 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. Schreibrift. **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

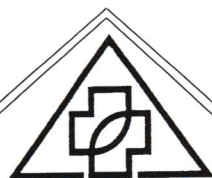
- **Hauptwörter-Fonts (TrueType-Fonts)** Preis: 39,10 DM
350 Bilder zu den Bereichen: Körperteile, Kleidung, Nahrung, Tiere und Sachen.



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



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



**St. Josef
Krankenhaus GmbH
Moers**

St. Josef-Krankenhaus GmbH Moers

47441 Moers / Niederrhein

**sucht zum 1. Oktober 1998 oder später für
das Akutkrankenhaus in Moers**

**eine/n LOGOPÄDIN/-EN oder SPRACH-
HEILPÄDAGOGEN/-IN**

für die Neurologische Abteilung

mit befristetem Vertrag bis Ende 2000. Ver-
längerung evtl. möglich.

In der Abteilung werden sämtliche neurologi-
schen Erkrankungen behandelt.

Der Schwerpunkt der sprachtherapeutischen
Arbeit liegt in der Behandlung von:

- Aphasien
- Dysarthrophonien
- Dysphagien

sowie der Beratung und Anleitung von Ange-
hörigen.

Wir bieten:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärz-
ten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Phy-
siotherapeuten und Sozialarbeitern
- gute Arbeitsbedingungen und Fortbil-
dungsmöglichkeiten
- Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtli-
nien des Deutschen Caritasverbandes.

Das St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers -
379 Betten - ist ein modern und gut einge-
richtetes Krankenhaus mit insgesamt drei Be-
triebsstellen mit 605 Akutbetten und 116 Al-
tenheimbetten.

Die Stadt Moers mit ca. 100.000 Einwohnern
liegt am linken Niederrhein, etwa 15 km
nördlich von Krefeld und ca. 30 km von Düs-
seldorf entfernt. Alle Schulen befinden sich
am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen
werden erbeten an:

**St. Josef-Krankenhaus GmbH
Personalabteilung
Asberger Str. 4 • 47441 Moers
Tel. 02541/107-2205**

Odeborn-Klinik

Hintern Schloßpark
57 319 Bad Berleburg

Telefon: (0 27 51) 8 20
Telefax: (0 27 51) 82 19 99



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

Die Odeborn-Klinik verfügt über 294 Betten, sie
gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner
Kliniken Allianz GmbH, Bad Berleburg, einem der
renommiertesten Anbieter von Gesundheitsdienst-
leistungen. Bei uns leistet ein engagiertes und ver-
antwortungsbewußtes Team aktiven Dienst an Men-
schen, die nach unterschiedlichen neurologischen
Erkrankungen eine erstklassige Reha-Medizin be-
nötigen.

**Für die Tätigkeit in der stationären Neurologie
(Aphasien, Dysarthrien, Stimmstörungen) suchen
wir zum nächstmöglichen Eintrittstermin**

LogopädInnen und SprachtherapeutInnen

für die Mitarbeit in einem engagierten Team. Es er-
wartet Sie eine vielseitige, interessante und selbstän-
dige Tätigkeit in einem interdisziplinären Team
von Sprachtherapeuten, Ärzten, Physiotherapeu-
ten, Ergotherapeuten, Psychologen und Pflegeper-
sonal.

Wir wünschen uns MitarbeiterInnen mit Interesse
an selbständigem Arbeiten, das viel Verantwortung
und Eigeninitiative verlangt, die auch genügend Of-
fenheit mitbringen, im sprachtherapeutischen Team
Erfahrungen zu sammeln und zu lernen. Berufser-
fahrung ist wünschenswert. Für die bilinguale The-
rapie türkischer Patienten suchen wir TherapeutIn-
nen, die die türkische Sprache beherrschen.

Unsere Klinik bietet unter anderem eine übertarifli-
che Vergütung (in Anlehnung an den BAT), umfas-
sende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersver-
sorgung, unternehmenseigene Kindertagesstätten)
sowie vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglich-
keiten. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne be-
hilflich.

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

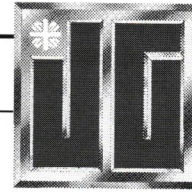
Eine Klinik der
Wittgensteiner

Kliniken Allianz

Bad Berleburg · Bad Ems · Bad Grönenbach · Bad Krozingen ·
Brandenburg · Diez · Hagen · Hattingen · Horumersiel
Leezen · Seebad Prerow · Pulsnitz

Katholischer Träger von Einrichtungen zur Rehabilitation Körperbehinderter

Das Berufsbildungswerk Heinrich-Haus Neuwied ist eine Einrichtung zur beruflichen Erstausbildung von rund 400 jungen Behinderten (Körper- und Lernbehinderte sowie Gehörlose, Gehörgeschädigte).
Für den ärztlichen Dienst suchen wir zum **01.11.1998** eine/n



Josefs-Gesellschaft e. V.

staatlich anerkannte/n

Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten

(Zeitvertrag)

Wir erwarten die Identifizierung mit christlichen Zielsetzungen und Engagement für unsere Behinderten. Die Vergütung erfolgt entsprechend der Qualifikation und dem Tätigkeitsfeld nach AVR mit zusätzlicher Altersversorgung und Sozialleistungen. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Bitte Zuschriften mit den üblichen Bewerbungsunterlagen und Referenzen an:

HEINRICH-HAUS

Engers

- Personalabteilung -
Postfach 21 03 20
56540 Neuwied

Wir suchen ab 1/99 eine/n engagierte/n
Dipl. Sprachheilpädagog/In

zur freien Mitarbeit in den Bereichen SEV und/oder logopädische Rehabilitation hirnerkrankter Patienten.

Wenn Sie gerne an der Nordseeküste wohnen und arbeiten möchten, rufen Sie uns an!

Wir würden Sie gerne in einem persönlichen Gespräch kennenlernen.

Sprachheilpraxis Susanna Wagener
Spichernstraße 1
27570 Bremerhaven
Telefon:
0471-34033 oder 0471-290779



An der staatlich anerkannten Schule für Logopädie in Trier suchen wir eine/n

Sprachtherapeutin/en, Sprachheilpädagogin/en oder Logopädin/en

mit mindestens zweijähriger Berufspraxis, die/der unser Team im Bereich der fachpraktischen Ausbildung unterstützt.

Wir bieten Ihnen flexible Arbeitszeiten bei Voll- oder Teilzeitarbeit sowie eine interessante Vergütung.

Nähere Informationen erteilt Ihnen gerne die leitende Lehrkraft Frau Annett Uhlemann unter der Rufnummer (06 51) 97 54 94.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte z. Hd. Frau Annett Uhlemann an:
Euro-Medizinal-Kolleg Trier - Staatl. anerkannte Schule für Logopädie
Jüdemerstr. 28 · 54290 Trier
Fax (06 51) 97 54 95 · Telefon (06 51) 97 54 90

Qualitätsgemeinschaft Euro-Schulen-Organisation



Euro-Schulen-Organisation
Euro-Medizinal-Kolleg Trier

Euro-Schulen
Qualität DIN EN ISO 9001
Zertifiziert

Der Förderverein der städtischen, integrativen Kindertagesstätte Köln-Dellbrück sucht zum nächstmöglichen Termin eine

Sprachtherapeutin

für eine volle Stelle.

Das Aufgabengebiet umfaßt die Betreuung und sprachliche Förderung der behinderten Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren, mit unterschiedlichen Störungsbildern.

Die Bezahlung erfolgt in Anlehnung an BAT.

Es erwartet Sie ein nettes Team und eine angenehme Arbeitsatmosphäre. Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Integrative Tagesstätte Köln-Dellbrück
Leiterin Frau Kurschat
Dellbrücker Mauspfad 125-127
51069 Köln • Tel.: 0221-686108

Wollen Sie sich verändern? Hier ist Ihre Chance:

Für unseren integrativen Kindergarten in Walsrode mit 111 Plätzen in 5 Gruppen suchen wir ab sofort für 4 integrative Gruppen eine/n

Logopäden/in oder

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in

für die integrative Therapie.

Wir wünschen uns: Bereitschaft in das Konzept der ganzheitlichen integrativen Erziehung/Therapie einzusteigen und daran mit dem engagierten Team weiterzuarbeiten. Kooperationsbereitschaft mit Eltern, Behörden und Gremien.

Wir bieten: Partnerschaftliche Zusammenarbeit, Fortbildungsmöglichkeiten, Vergütung angelehnt an BAT.

Bewerbungen bitte baldmöglichst an die:

Paritätische Kindergärten und soziale Dienste

Fallingbostel e.V.
Gemeinnützige Einrichtungen im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband

Michelsenstraße 6 • 29683 Fallingbostel • Telefon (0 51 62) 30 81



Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Wir gehören mit über 800 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und 396 Planbetten, verteilt auf 7 Fachabteilungen und eine Belegabteilung, zu den leistungsfähigen Krankenhäusern am linken Niederrhein.

Die pädiatrische Fachabteilung unseres Krankenhauses verfügt über 53 Planbetten moderner Ausstattung. Zur tatkräftigen Unterstützung im Bereich der ambulanten Sprachtherapie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Logopädin/Logopäden

oder

Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten

in Vollzeit

Das Aufgabengebiet umfaßt neben der Diagnostik und Therapie von kindlichen Sprach- und Sprechstörungen vor allem die Elternberatung und die enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Frühförderung sowie den niedergelassenen Ärzten. In diesem Umfeld arbeiten Sie weitgehend selbständig, wobei Ihnen freundliche, gut eingerichtete Räumlichkeiten und entsprechende Materialien zur Verfügung stehen.

Berufserfahrungen im Bereich der Behandlung von Vorschulkindern wären von Vorteil. Darüber hinaus sollte der/die ideale Bewerber(in) über Einsatzbereitschaft und Teamgeist verfügen.

Die Einstellung erfolgt nach den Prinzipien des Öffentlichen Dienstes einschließlich der üblichen Sozialleistungen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an:



Allgemeines Krankenhaus
Viersen GmbH
– Personalabteilung –
Hoserkirchweg 63,
41747 Viersen

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

Für unseren „integrativen Sprachheilkindergarten“ in Altena Westf. suchen wir zum 01.10.98 eine/n

Sprachheilpädagogin/en Logopädin/en

Wir bieten eine 38,5 Std. Stelle und ein innovatives Team.

Integrativer Sprachheilkindergarten
Arbeiterwohlfahrt

z.H. Frau Wein

In der Heimecke 20 • 58762 Altena

Tel. 02352/71051 • Fax. 02352/75206



Große Krankengymnastik-Praxis
(Bobath, Vojta, neurol. Rehabilitation)

sucht zur Erweiterung des therapeutischen Angebots eine **Logopädin** zur freien Niederlassung.

Wer hat Lust?

Krankengymnastik-Praxis

H. Kirchner • Grashoffstr. 32

27570 Bremerhaven • Tel. 0471-26988


**ENZKREIS - KLINIKEN
MÜHLACKER**

Träger: Landkreis Enzkreis

Im Rahmen des Geriatriekonzeptes der Landesregierung Baden-Württemberg wurde für die Region Pforzheim/Enzkreis in Mühlacker eine

**Geriatrische
Rehabilitationsklinik**

mit 65 Betten errichtet. Die Einrichtung wurde nach modernsten gestalterischen und architektonischen Gesichtspunkten erstellt.

Die Reha-Einrichtung ist örtlich an das bestehende Kreiskrankenhaus Mühlacker gebunden und wird in fachlich eigenständiger Leitung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes geführt. Dabei besteht eine enge organisatorische Kooperation mit dem Akuthaus.

Die Klinik wurde zum 15. September 1998 in Betrieb genommen. Wir suchen zum 01.10.1998 und zum 01.01.1999

Logopäden/innen

welche die Bereitschaft und Freude zur kooperativen Zusammenarbeit in einem therapeutischen Team, in dem sich alle am gleichen Ziel orientieren, mitbringen. In Form der rehabilitativen Pflege und Therapie soll dieses Team für uns mit unseren Patienten wirken.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Möchten Sie gerne Näheres erfahren? Dann rufen Sie uns doch einfach an. Unsere Personalabteilung wird Ihnen gerne weitere Auskünfte erteilen. Fachfragen werden gerne an die betreffenden Mitarbeiter weitergeleitet. Telefonisch sind wir unter 07041/152223 erreichbar. Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an das **Kreiskrankenhaus Mühlacker, -Personalabteilung-, Hermann-Hesse-Str. 34, 75417 Mühlacker.**

Mühlacker liegt zwischen Stuttgart und Karlsruhe und bietet mit einer Vielzahl von Naherholungsgebieten einen hohen Freizeitwert. Sämtliche weiterführenden Schulen befinden sich am Ort. Wir bieten Ihnen Wohnmöglichkeiten in freundlichen Apartments in direkter Nachbarschaft des Krankenhauses, sind Ihnen aber auch bei der Wohnungssuche gerne behilflich.

**Neuro-orthopädisches
Reha-Zentrum Plau am See**

Wir suchen ab sofort weitere
**Linguisten, Logopäden und
Sprachheilpädagogen**

Die neurologische Abteilung führt AHB und stationäre HV durch. Die Abteilung Sprachtherapie versorgt Patienten mit aphasischen und dysarthrischen Störungen jeglicher Genese bis hin zu Stimmstörungen und Beeinträchtigung des Schluckaktes. Erwünscht sind Vorkenntnisse in der Versorgung von Patienten mit neurologisch bedingten Sprachstörungen sowie in der facio-oralen Therapie.

Das benachbarte Akutkrankenhaus mit den Abteilungen Neurochirurgie, Innere Medizin, Traumatologie, Allgemeinchirurgie und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation gehört ebenfalls zur Hurrle Klinikgruppe.

Plau am See ist eine reizvolle Kleinstadt in der Mecklenburgischen Seenplatte, verfügt über günstige Verkehrsanbindungen an den Raum Berlin und Hamburg und hat einen hohen Freizeit- und Erholungswert. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

**Chefarzt Neurologie Dr. med. G. Freier
19395 Plau am See, Quetziner Str. 90,
Tel. 03 87 35/86-2 20**

Sprachtherapeutische Praxis

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachtherapeuten/in

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Sprachtherapeutische Praxis

Denise Michel-Becker

Im Buchseifen 12 • 56281 Emmelshausen
(an der A61 zwischen Koblenz und Mainz)

Tel.: 06747/8676

Fax: 06747/94680

Neu bei ProLog: **LOGICON**

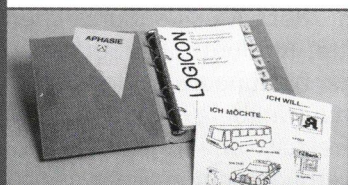
von Helga Spitzer / Dr. Reiner Sprengelmeyer

Ein Kommunikationsbuch zur Verständigung mit Bildern.

Für schwere Wortfindungsstörungen und Kommunikationsbeeinträchtigungen bei Aphasie.

- ▶ LOGICON stellt mit seinen Bildern häufig verwendete Wörter dar und deckt die wichtigsten Bereiche des alltäglichen Lebens ab: Essen, Trinken, Körperpflege, Therapie, Kleidung, Aktivitäten im Haus und außerhalb des Hauses, Religion und Recht.
- ▶ Alle Bilder sind mit Blockschrift untertitelt. So kann der Aphasiker seine Gedanken durch Zeigen zum Ausdruck bringen.
- ▶ LOGICON ist in eine robuste, schöne Ledermappe eingebunden. Das Finden der Bilder wird durch ein gut handhabbares Register erleichtert.
- ▶ Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist in der Regel gewährleistet (per Einzelfallentscheidung).

Preis: 120,- DM*



**Fordern Sie auch unseren
kostenlosen Katalog an:**

02 28/31 87 25

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

**Gesellschaft für sprach-
therapeutische Hilfsmittel**

**Weißenburgstraße 42
53175 Bonn**

Telefax 02 28/31 87 26

E-Mail: prolog@t-online.de

* Die Preise verstehen sich
inkl. ges. Mehrwertsteuer, zzgl. Versand

Software

NEU

AudioLog 2.0

À la carte

IBM SprechSpiegel III

COGPACK 5.2

LingWare 4.1a

Das Ge-Hör-Spiel

Sprachlabor

Video Ausprachetrainer

BLOB Interact 4.0

Der interaktive Gedächtnistrainer

Pädagogische Zeichensätze

BERATUNG ♦ SCHULUNG

flexoft

Agnes-Tütel-Weg 5 • D-58239 Schwerte
Telefon: 02304/12972 • Fax: 02304/243005

NEG

Novel elektronik GmbH

Sprachverzö- gerungsgeräte

Stotterer-Verhaltenstherapie

Sprachtrainer

Übungsgerät Sprach-
therapie

S-Meter

Dyslalie-Therapie

**NEG - Hansastr. 118
44866 Bochum**

Tel.: 02327/60040

Fax.: 02327/600411

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

Brain-Fit (Easy, Komfort, Luxus)
ab 149,- DM (inkl. Kopfhörer)

• 50-950 ms Startwert einstellbar
• aud., vis., aud.+vis. u. intermodal

NEU: Test-CD f. d. auditiven Funktionen
inkl. Testbögen und Anleitung, 169,-DM

NEU: Therapiematerial CD –Bücher:
wortgleich und langsam gesprochen

Literatur:

„Neuropsych. Behandlung der Legas-
thenie“, Dr. H. Rosenkötter, DM 58,-
„Auditive Wahrnehmung u. Hörtraining“
120 Seiten, A4, DM 32,-

AUDIVA

S. Minning, Dipl. Logop.
Gartenstr. 15, D 79541 Lörrach
Tel: 07621-949 172
Fax: 07621-949 173
<http://www.audiva.de>

Seminare:

09./10.10. Bochum
16./17.10. Fellbach
06./07.11. Mülheim
13./14.11. Fürth
21./22.11. Göttingen
27./28.11. Lörrach,
11./12.12. Brühl
Rehab-Frankfurt: 21.-24.10.98

Anzeigenschluß**für Heft 6/98****ist der 3. Nov. 1998**

Dipl.-Sprachheilpädagogin, berufserfahren in
der Kinder- und Erwachsenentherapie, sucht
vielfältiges Aufgabengebiet. Gerne in Hanno-
ver und Umland. Tel.: 0171/233 73 63

Chiffre: SP 98502

Sprachheilpädagogin (M.A. seit 2/98) mit
Erfahrung und Kenntnissen im Bereich
Aphasie, LRS, Stottern und Mutismus
sucht zum Jahresbeginn 1999 interessan-
tes Arbeitsfeld. *Chiffre SP 98501*

Flexible **Sprachheilpädagogin** mit Praxis-
erfahrung, auch im Team, sucht ab 12/98
Festanstellung im Raum München, Köln/
Bonn oder Ruhrgebiet.
Telefon: 089/131385

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 01 67 63 (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)

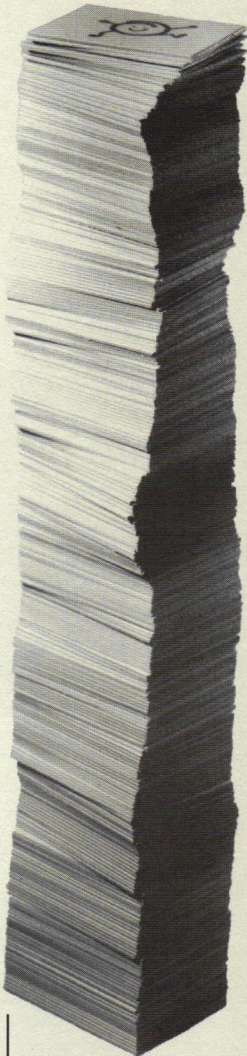
Petra Simon, Tel.: 02 21/1 70 34 21

(7.30-8.00 Uhr u. 19.30-20.30 Uhr)

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund

#000 000628
KUNDEN-NR: 002 083 110712
KURT BIELFELD
DGS

GOLDAMMERSTR. 34
12351 BERLIN



119,- DM
Inkl. Mehrwertsteuer & Versand.

Passt Fast® Minimalpaare

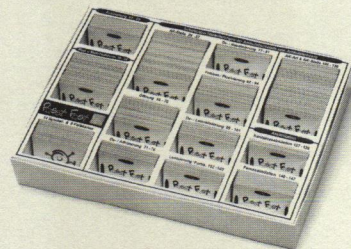
Passt Fast ist eine Sammlung von 314 farbigen Bildkarten mit Minimalpaaren, die nach phonologischen Prozessen geordnet sind. Mit diesem umfangreichen Material stehen Ihnen abwechslungsreiche Spiele und Übungen für die Therapie phonologischer Störungen zur Verfügung.

Die Bildkarten sind in einer **Spezialverpackung** so angeordnet, daß Sie einen raschen Zugriff auf die wichtigsten Prozesskategorien haben. Aber auch jeden gewünschten Einzelprozess finden Sie sofort durch eine detaillierte Auflistung aller Minimalpaare im Begleitbuch.

Ein Farbwürfel und 20 Sonderkarten ergänzen **Passt Fast** zu einem vielseitigen Set, mit dem sowohl spontanes Spielen als auch gezieltes Üben Spaß macht.

Sollte Ihnen unser **Passt Fast** nicht gefallen (was wir nicht hoffen...), können Sie von Ihrem 14-tägigen Rückgaberecht Gebrauch machen - Sie zahlen lediglich das Rückporto.

- 314 farbige Bildkarten (7,4 x 5,4 cm)
- Klare & kindgerechte Darstellung
- Begleitbuch mit Spielvorschlägen
- Übersichtliche Spezialverpackung
- Detaillierte Auflistung der Paare
- Qualifizierte Fachinformation
- 20 Sonderkarten & 1 Farbwürfel



TRIALOGO