

# Die Sprachheilarbeit

6/98

**Auf ein Wort***Frank Kuphal***Hauptbeiträge**

- Friedrich Michael Dannenbauer, München*  
Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das  
Verständnis kindlicher Aussprachestörungen 299
- Gudrun Bartolome, München*  
Methoden der funktionellen Dysphagietherapie (FDT)  
und deren Effektivität 311

**Magazin**

- Im Gespräch*
- Barbara Bimüller, Nürnberg*  
Sprachtherapie in der beruflichen Bildung bei hör- und  
sprachbehinderten Jugendlichen 321
- Volker Maihack, Moers*  
„Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik  
oder: Vom Unsinn des Theorie – Praxis – Gegensatzes  
für die Therapie“ 326
- Weitwinkel*
- W. Angerstein et al., Düsseldorf*  
Zur Häufigkeit von Lautbildungsfehlern bei  
sehgeschädigten Schülern 332

Aus-, Fort- und Weiterbildung • Personalia • Rezensionen •  
Materialien und Medien • Vorschau

43. Jahrgang/Dezember 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)  
**dgs-Homepage:** [www.sprachtherapie.de/dgs](http://www.sprachtherapie.de/dgs)  
**Email-Adresse:** [dgs@sprachtherapie.de](mailto:dgs@sprachtherapie.de)

### 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, Meindorfer Mühlenweg 32,  
22393 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, Pöikenstraße 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: Löer Druck GmbH, Dortmund

### Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

### Impressum

*Herausgeber:* Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

### Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, 50931 Köln, Telefon (02 21) 4 70 55 10, Telefax (02 21) 4 70 21 28

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

### Mitteilungen der Redaktion:

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind. Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in zweifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

### Erscheinungsweise:

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

### Bezugsbedingungen:

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

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahreschluß 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 aufgefördert 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.



Frank Kuphal

# Auf ein Wort

## Biap – ein Stück europäische Integration

Europäische Integration, in vielen Bereichen der Politik, Wirtschaft und Kultur vornehmliches Ziel, Nahziel oder schon erreicht, ist im Rahmen der gemeinsamen Arbeiten des biap (Internationales Büro für Audiophonologie) schon lange Realität. Bereits seit 1967 treffen sich jährlich zu einer großen und einer Mini-Konvention Kollegen, die professionell mit dem Hören und dem Sprechen beschäftigt sind. Dies sind vorrangig HNO-Ärzte, Phoniater, Logopäden, Pädagogen, Psychologen und Hörgeräteakustiker. Wissenschaftliche Unterstützung liefern Experten aus den verschiedenen Wissenschaftsbereichen.

Historisch bedingt hat das biap seinen Sitz in Brüssel. Von dort wird die internationale Kommunikation und Koordination der einzelnen Länder geordnet. Durch die in diesem Jahre stattgefundene Dezentralisierung und die dadurch entstandene Neuverteilung der Aufgabenbereiche, haben die nationalen Komitees größere Wirksamkeit erlangt. Für das deutsche Komitee, welches z. Zt. unter der Präsidentschaft von Herrn Dr. Seidler (Neunkirchen-Saar) und dem nationalen Sekretär, Herrn Ahsen Enderle-Ammour (Emmendingen), geführt wird, hat sich diese Dezentralisierung bereits spürbar positiv ausgewirkt. Durch ständige Korrespondenz und häufige Konferenzen ist die Arbeit innerhalb Deutschlands zu Gunsten der betroffenen Verbände effektiver geworden. Diese Arbeit beinhaltet vor allem eine schnellere Diskussion und Konsensfindung der von den biap-Kommissionen erarbeiteten Empfehlungen und eine zügigere und weit verbreitete Verteilung dieser Empfehlungen. Eine wesentliche Erleichterung bedeutet die schrittweise Eingabe aller Empfehlungen in das Internet. Dies ist zum größten Teil bereits erfolgt. Die Empfehlungen können in deutscher, englischer und französischer Sprache bei <http://www.biap.org> abgerufen werden.

Der Wert dieser Empfehlungen, welche in den zahlreichen Kommissionen des biap erarbeitet werden, liegt in der Fachspezifität, gleichzeitig aber auch in der Interdisziplinarität, denn es ist verständlich, daß der Inhalt der Empfehlungen fachübergreifend interessant wird, da er durch Beiträge von Vertretern verschiedener Disziplinen und dies in internationaler Zusammensetzung entstanden ist. Das Erreichen eines gemeinsamen gedanklichen Inhaltes und eines multidisziplinären Konsens ist die schwierigste Aufgabe bei der Erstellung der Empfehlungen, ein Grund für die häufig lange Zeitspanne bis zur Fertigstellung, aber im Ergebnis ein Erfolg europäischer Zusammenarbeit.

Ständige Aktualisierung bestehender Empfehlungen ist eine weitere Aufgabe der Kommissionen. Die dgs hat in einer verbesserten Auflage das Faltblatt „Hin zur Sprache“, Teil der Arbeit der Kommission 24 (Früherkennung von Sprachstörungen), in einer Stückzahl von 5000 Exemplaren während der Arbeitstagung in Dresden verteilt.

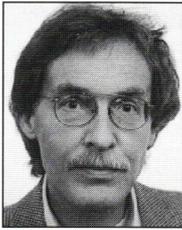
Meines Erachtens ist die dgs beim biap gut vertreten. Sie kann Einfluß auf inhaltliche Arbeit und Struktur nehmen, denn sie besetzt die Position des 2. Generalsekretärs, ist dadurch Mitglied im Verwaltungsrat und im Exekutivkomitee und wird in 4 Kommissio-

nen vertreten (in Kommission 24 in der Funktion als Vizepräsident).  
Anregungen und Empfehlungsvorschläge von Seiten der dgs-Mitglieder werden gerne gehört und zum biap weitergeleitet.



*(Frank Kuphal, dgs-Landesvorsitzender Saarland, Vertretung der dgs beim biap)*

## HAUPTBEITRÄGE



Friedrich Michael Dannenbauer, München

### Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen\*

#### Zusammenfassung

Sprechen ist ein äußerst komplexer Vorgang, der sich keineswegs als einfache Realisierung gespeicherter Sprechbewegungsmuster, die bestimmten Klangbildern zugeordnet sind, erklären läßt. Vielmehr ist Sprechen ein kontextsensitiver Prozeß, der einer Moment-zu-Moment Kontrolle und Adaption unterliegt, die auf höherer Ebene von abstraktem sprachlichen Wissen mitbestimmt wird. Es gehört zum Gegenstand der Phonologie als linguistischer Spezialdisziplin, dieses Wissen systematisch zu erfassen, das die Ziele vorgibt, die durch fortlaufende Neuberechnungen der Sprechabläufe einzuhalten sind. Ein Überblick über die Anwendung verschiedener phonologischer Konzeptionen auf kindliche Aussprachestörungen macht deutlich, daß dadurch das Problembewußtsein für die Komplexität und Systematik entwicklungsbedingter Sprechprobleme gefördert wird und sich verfeinerte Möglichkeiten ihrer Deskription und entwicklungsorientierten Interpretation ergeben, die Auswirkungen auf die individualisierte Planung und Durchführung von Sprachtherapie haben. Dennoch bleiben noch wesentliche Fragen offen, z.B. wie sich abweichende Sprechproduktionssysteme letztlich erklären lassen und was der Begriff der phonologischen Störung eigentlich bedeuten soll. Die linguistischen Perspektiven kindlicher Aussprachestörungen können zu einer Bereicherung und Differenzierung unseres Verständnisses führen. Sie sollten aber nicht als Gegensatz zu sprechphysiologisch orientierten Konzeptionen betrachtet werden.

#### Vorbemerkung

Unter normalen Umständen ist Sprechen eine derart selbstverständliche und mühelose Leistung, daß wir uns der Tatsache kaum bewußt werden, daß es sich in Wirklichkeit um einen ungemein vielschichtigen und komplizierten Prozeß handelt. Schon ab einem sehr frühen Lebensalter können die meisten Menschen sprechen, weitgehend unabhängig von Lebensumständen wie Sozialschicht oder

Bildungsniveau; und selten denken sie darüber nach, wie sie diese erstaunliche Fähigkeit, zu der sie niemand ausdrücklich angeleitet hat, erworben haben und in verschiedenen Kommunikationssituationen ohne große Aufmerksamkeit anwenden können. Selbst unter extremen Bedingungen, bei vollem Mund, unter betäubendem Lärm, mit anästhesierter Zunge oder in Einzelfällen sogar nach Zungenamputationen (*van Riper/Irwin 1976, 44*) können wir uns meist verständlich mitteilen.

Daher fällt es manchen Bezugspersonen von Kindern mit Störungen der Aussprache schwer, zu verstehen, warum ein betroffenes Kind nicht ebenso rasch und problemlos sprechen lernen konnte wie seine Altersgenossen. Vor allem, wenn seine psychischen und physischen Voraussetzungen keinen Grund für schwerwiegende Sprechschwierigkeiten erkennen lassen, begegnet es oft dem Mißverständnis, es würde sich nicht genügend Mühe geben. Dabei ist „Mühe geben“ die Strategie, die beim Sprechen am wenigsten funktioniert. Auch in sprachtherapeutischen Fachkreisen war man sich früher nicht immer im Klaren, welche Dimensionen beim erfolgreichen Vollzug des Sprechens zu berücksichtigen sind und welche davon im System einer Aussprachestörung ausschlaggebend sein können. In den letzten Jahrzehnten hat die linguistische Forschung wesentlich dazu

\* Vortrag beim wissenschaftlichen Symposium im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlung der AGFAS/dgs: „Sprachheilpädagogen in der Forschung: Daten für die Therapie?“ am 23. Januar 1998 in München.

beigetragen, unsere Verständnisbasis für kindliche Aussprachestörungen zu verbreitern und zu vertiefen. Bevor ich den Ertrag dieser Bemühungen skizziere, sollten wir uns jedoch den Prozeß des Sprechens – eingeschränkt auf den Vorgang der Realisierung von Lautstrukturen – im groben Umriß vergegenwärtigen.

#### *Der komplexe Prozeß des Sprechens*

Wörter sind die Bausteine unserer Sprache. Wir haben sie in unserem Langzeitgedächtnis gespeichert und sind in der Lage, in Sekundenbruchteilen aus einer Vielzahl gleichzeitig aktivierter Kandidaten den richtigen auszuwählen. Haben wir das unserer Intention entsprechende Bedeutungskonzept einschließlich syntaktischer Eigenschaften („Lemma“) gefunden, müssen wir die dazugehörige Lautgestalt („Lexem“) abrufen, um sie zum Klingen zu bringen. Möglicherweise erfolgen diese Suchprozesse sogar simultan und sich wechselseitig beeinflussend (interaktiv). Doch wie ist diese Lautgestalt beschaffen? Konkrete Klangbilder können es nicht sein, wie *Wernicke* im vorigen Jahrhundert geglaubt hatte. Dafür gibt es nachvollziehbare Gründe. Zunächst ist das Sprachsignal enorm variabel. Es gibt sicher keine zwei Sprecher, deren Ansatzrohre (Stimmtrakte) in Größe und Beschaffenheit annähernd identisch wären. Von diesen hängt aber die akustische Struktur des abgestrahlten Sprachschalls ab.

Weiterhin variiert der Fluß der Sprechbewegungen, durch die Sprachlaute erzeugt werden, selbst beim gleichen Sprecher in hohem Ausmaß. Es gibt keine klar abgrenzbaren Segmente im Sprachsignal; sie überlappen sich mit angrenzenden Lauten und werden vom phonetischen Kontext entscheidend beeinflusst. Das führt zu dem Phänomen der „fehlenden Invarianz im Sprachsignal“. Trotzdem sind wir in der Lage, eine Wortform anhand der konkreten Lautstruktur eines individuellen Falles sofort zu erkennen, selbst wenn der Sprecher ein schwer erkälteter Ausländer mit Akzent und Zigarette im Mundwinkel sein sollte. Das könnten wir aber nicht, wenn wir seine Produktion mit einem konkreten Klangbild vergleichen müßten. Von wem sollte übrigens

dieses Klangbild stammen? Von uns selbst, von einer Person, durch die wir das Wort zuerst erlernt oder am häufigsten gehört haben? Welche stimmlichen Eigenschaften hat es (Mann, Frau...)? Diese naiven Fragen bringen schon zum Ausdruck, daß wir von den materiellen Eigenschaften eines konkreten Klangbilds abstrahieren und von einer Wissensstruktur ausgehen müssen, die aus rein linguistischen Kategorien besteht. Wortformen sind also abstrakte phonologische Repräsentationen (X, Y...), auf die wir die wahrgenommenen individuellen Realisierungen (Klangbilder oder Perzepte) beziehen müssen, um sie z.B. als „einen Fall von X“ identifizieren zu können.

Abstrakte phonologische Repräsentationen, die wahrscheinlich jeweils nur das Minimum an Merkmalen enthalten, das erforderlich ist, um sie gegeneinander abgrenzen zu können, bilden auch den Ausgangspunkt der Sprechproduktion. Sie geben das Ziel vor, das der Hörer letztlich in seinem Lexikon auffinden soll. Nach ihrem Abruf werden sie zu einem detaillierten und mehrschichtigen phonetischen Plan umgewandelt, der den Input in den Artikulationsprozeß spezifiziert. Die Steuerung der motorischen Abläufe ist in sehr hohem Ausmaß zielorientiert. Es sind *nicht vorprogrammierte motorische Pakete*, die beim Sprechen realisiert werden, sondern fortlaufende interne Modellierungen und Neuberechnungen des Zusammenwirkens von Muskelsystemen, die die flexible und sofortige Adaption der artikulatorischen Exekutive an neue Kontextbedingungen ermöglichen. Das von der phonologischen Repräsentation gesetzte Ziel, nicht ein einmal eingeschlagenes „Sprechbewegungsmuster“ muß eingehalten werden, damit die Kommunikation gelingt.

Es gibt intra- und interindividuell eine nahezu unbeschränkte Vielzahl von Möglichkeiten, wie bestimmte Lautproduktionen artikulatorisch verwirklicht werden können, so daß sie der Hörer als äquivalent empfindet. Die Nachzeichnungen von Röntgenfilmen der Vokalproduktionen verschiedener Sprecher zeigen beeindruckende Unterschiede in der Aktion von Lippen, Kiefer und Zunge, die jedoch alle zu akzeptablen Ergebnissen führen (*Liebermann/Blumstein* 1988, 166 ff.). In fließender Sprache sind diese Unterschie-

de koordinierter Muskeltätigkeit, die dennoch zu konstanter Lautproduktion führen, meist noch größer als bei isolierten Einzelaussprachen. Noch beeindruckender ist die Tatsache, daß wir, wie bereits angedeutet, in der Lage sind, unsere linguistischen Ziele einzuhalten, selbst wenn sich die Bedingungen für den Vollzug der motorischen Kommandos und das taktilkinästhetische Feedback entscheidend ändern. Ohne Zweifel können schon Vorschulkinder mit vollem Mund sprechen. Eine Pfeife zwischen den Zähnen muß eine Unterhaltung nicht beeinträchtigen, und eine neue Zahnprothese behindert eher das Essen als das Sprechen. Die Möglichkeiten der Kompensation oder der „kontextsensitiven“ motorischen Planung sind offensichtlich äußerst komplex.

Experimente mit fixiertem Kiefer (Beißblock) zeigen z.B., daß Sprecher diese Blockierung auf der Stelle kompensieren können, ohne das hierfür erforderliche „Sprechbewegungsmuster“ je gelernt zu haben. Selbst wenn während eines ablaufenden Sprechvorgangs eine experimentelle Störung (z.B. durch eine plötzliche Belastung der Unterlippe) eingeführt wird, kann ein Sprecher das Zusammenwirken motorischer Komponenten fast ohne Latenzzeit (online) neu organisieren. Dies läßt sich selbst dann beobachten, wenn er instruiert wurde, es zu unterlassen (Abbs, 1988, 162). Diese fortlaufende sensomotorische *Moment-zu-Moment-Überwachung und Adaption* ist nur möglich, wenn nicht motorisch-taktilkinästhetische Routinen die Grundlage des Sprechvorgangs bilden, sondern abstrakte Repräsentationen über verschiedene Ebenen (z.B. phonologische Kategorien, phonetic tasks). Nach diesen Vorgaben wird in einem inneren (neuropsychologischen) Modell der Konfiguration des Ansatzrohres online berechnet, welche Koalition von Muskeltätigkeiten als nächstes erforderlich ist, um das Ziel einzuhalten und in das reale artikulatorische System eingegeben (Efferenz). Dieses meldet dem inneren Modell über propriozeptives Feedback fortlaufend seine jeweilige Beschaffenheit (Levelt 1989, 450 f.). Es sind somit nicht absolute, sondern relative Positionen und Geschwindigkeiten der Artikulatoren und die dadurch gegebenen Freiheitsgrade, die dem Sprechproduktions-

system die *fortlaufende Kontrolle und Einhaltung motorischer Äquivalenz* im Hinblick auf das linguistische Ziel ermöglichen (Rosenbaum 1991, 313).

Dieser knappe und selektive Abriss zum Sprechen macht bereits deutlich, daß bei Vorgängen des Sprechens mehr involviert ist als Motorik und Sensorik. Zwar handelt es sich um wichtige Dimensionen der artikulatorischen Exekutive, aber das Bild bleibt unvollständig und dadurch falsch, wenn die abstrakten höheren Ebenen der Codierungsprozesse nicht berücksichtigt werden. Gerade hier kommt die Linguistik ins Spiel, vor allem ihre Spezialdisziplin, die Phonologie, die sich mit lautlichen Kategorien und ihren linguistischen Funktionen befaßt. Ihr Gegenstand ist aber nicht mehr nur die Lautstruktur natürlicher Sprachen als überindividueller Sachverhalt, sondern auch die Art und Weise, wie phonologisches Wissen im Menschen repräsentiert ist und im Sprechakt zur Anwendung kommt. Damit ist sie natürlich prädestiniert, auch zur genaueren Erforschung kindlicher Aussprachestörungen beizutragen, und das hat sie auch seit etwa dreißig Jahren getan. Inwieweit konnte sie dadurch die Perspektiven der Sprachheilpädagogik sowie ihre diagnostisch-therapeutische Handlungsfähigkeit erweitern?

#### *Traditionelle Perspektiven kindlicher Aussprachestörungen*

Daß eine solche Erweiterung notwendig war, ist unbezweifelbar, nachdem in der einschlägigen Fachliteratur oft nur verkürzte und simplifizierende Aussagen zum Problem entwicklungsbedingter kindlicher Aussprachestörungen zu finden waren. Sie überdauerten sogar bis in eine Publikation aus neuerer Zeit, auch wenn dort am Rande schon von „zentralen phonologischen und phonetischen Musterstörungen“ die Rede ist (Friedrich/Biegenzahn 1995, 263). Doch trotz dieses verirrten wirkenden, modisch-eleganten Alibietiketts, das nicht näher erläutert wird, steht dieses Lehrbuch noch ganz in einer stimm- und sprachheilkundlichen Tradition, die von einem linguistischen Verständnis entwicklungsbedingter kindlicher Aussprachestörungen noch weit entfernt war. Als Grundbedingungen wurden von ihr neben

Umwelteinflüssen vor allem defizitäre auditive Wahrnehmungsprozesse (z.B. Diskriminationsschwäche) und Probleme der motorischen Koordination („motorische Ungeschicklichkeit der Zunge“, *Fröschels* 1931) angesehen. Allerdings kam bei *van Riper/Irwin* bereits 1958 mit dem Begriff des „Standardmusters“ eine Dimension ins Spiel, die in einem linguistischen Sinn interpretierbar wäre.

Zur genaueren Erfassung schwer verständlicher kindlicher Aussprache wurden in der Regel Fehlerlisten erstellt, in denen die Lautproduktionen nach Auslassungen, Ersetzungen und Fehlbildungen von Einzellauten in An-, In- und Auslautpositionen ausgewertet wurden. Diese Fehlerlisten wurden zumeist in der Artikulationstherapie nach bestimmten Kriterien (z.B. Erfolgsaussicht, Verbesserung der Verständlichkeit, Reihenfolge der Artikulationszonen usw.) nacheinander „abgearbeitet“ durch außersprachliche Anbildung und Fixierung von Einzellauten, Einschleifen von Lautverbindungen in Silbenübungen und allmählichen Transfer in die kindliche Sprache. Zugleich wurden die Kinder für ihre Sprechschwierigkeiten sensibilisiert und Fertigkeiten eigenaktiver Steuerung und Hörkontrolle aufgebaut.

Diese Herangehensweise an kindliche Aussprachestörungen soll hier keineswegs als obsolet dargestellt werden. Sie hat sich tausendfach bewährt und ist nach wie vor bei bestimmten Problemen der kindlichen Aussprache konstruktiv anzuwenden (z.B. wenn ein Kind bestimmte Laute grundsätzlich nicht [normgerecht] realisieren kann). Aber es bleiben bei vielen schwer verständlich sprechenden Kindern offene Fragen: Warum können sie häufig Laute sicher diskriminieren, auch solche, die sie selbst nicht korrekt verwenden (*Bernthal/Bankson* 1993)? Warum können sie Laute oft isoliert oder als Lautsubstitutionen in bestimmten Wörtern benutzen, die sie ansonsten nicht in ihrem Repertoire zu haben scheinen (*Leonard* 1995)? Warum fügen sich Konsistenzen und Inkonsistenzen ihrer Lautproduktion zumeist zu umfassenderen Mustern, die womöglich einer abweichenden Regelhaftigkeit gehorchen (*Scholz* 1990), welche in einfachen Substitutionsanalysen nicht klar erkennbar wird?

### *Der Übergang zur linguistischen Betrachtung*

Ein Beispiel aus der hochinteressanten Studie von *Lorentz* (1976, 38) zeigt, daß kindliche Fehlproduktionen oft gar nicht perzeptuomotorisch, sondern nur phonologisch zu erklären sind. Das untersuchte Kind realisierte z.B. das Konsonantencluster [sk] konsequent durch [ks] auch wenn es dabei zu schwierigen Zungenbrechern kam: „Scott's school“ wurde zu [ks]ott's [ks]ool. Dieser Prozeß trat aber nicht auf, wenn zwischen den Komponenten des Clusters eine Wort-, Morphem- oder Silbengrenze lag: „Es-kimo“ wurde realisiert als E[sk]imo aber „Boy+scout“ als Boy[ks]out. Besonders beeindruckend: „I scream“ /äy#skriym/ wurde als [äyksriym] produziert, „Ice cream“ /äys+kriym/ dagegen als [äyskriym]. Derartige Beispiele zeigen, daß anscheinend inkonsistente oder inkonstante Produktionsmuster in Wirklichkeit eine spezifische Systematik aufweisen können, die von phonologischen Bedingungen abhängt.

Wir können also von vornherein eine Dimension festhalten, auf die uns die linguistische Beschäftigung mit kindlichen Aussprachestörungen aufmerksam gemacht hat, nämlich die des abstrakten linguistischen Wissens relevanter lautlicher Strukturen. Dieses steuert ganz maßgeblich die Prozesse der Rezeption und Produktion. Wie uns die Sprachpathologie beweist, kann dieses Wissen verloren gehen, ohne daß eine primäre Beeinträchtigung des Wahrnehmungsvermögens oder der motorischen Koordination und Kontrolle vorliegen muß. Zudem kann dieses Wissen mehr oder weniger differenziert, exakt oder vollständig sein. Zwar sind Menschen genetisch mit eminent starken Mechanismen zur Identifizierung subtiler phonetischer Unterschiede ausgestattet; aber welche davon in einer gegebenen Einzelsprache eine linguistische Funktion haben (und dadurch phonologisch sind), muß erst herausgefunden und intern repräsentiert werden (vgl. *Jusczyk* 1992). Dieser sehr spezielle Erwerbsprozeß sprachlichen Wissens auf phonologischer Ebene kann – wie prinzipiell jeder Lernprozeß – primär beeinträchtigt sein.

Damit wird eine Erweiterung der Betrachtungsweise kindlicher Aussprachestörungen

deutlich, die zu einem vertieften Verständnis beitragen kann: Kindliche Aussprachestörungen sind keine Zustände, sondern komplexe und dynamische Prozesse, die vor allem aus einer Entwicklungsperspektive heraus zu interpretieren sind. Insbesondere die quantitativ vorherrschenden „Artikulationsstörungen unbekannter Ätiologie“ (McReynolds 1988, 419) müssen vor dem Hintergrund der Erkenntnisse über die phonologische Entwicklung von Kindern analysiert, beschrieben und in ihrer jeweils besonderen Eigenart gekennzeichnet werden. Dadurch lassen sich individuelle Muster kindlicher Lautproduktion als Retardierungen oder idiosynkratische Abweichungen, als Systeme mit spezifischen Übergangsphänomenen und Entwicklungstrends erkennen. Interessanterweise hat sich die linguistische Forschung etwa zur gleichen Zeit (seit den 60er Jahren) verstärkt der Erforschung der normalen phonologischen Entwicklung als auch der kindlichen Aussprachestörungen zugewandt. Dazu mag beigetragen haben, daß Jakobsons einflußreiche Arbeiten im deutschen und englischen Sprachraum zugänglich wurden. Von ihm stammte der erste Versuch, die phonologische Entwicklung von Kindern mit linguistischen Mitteln darzustellen und in einer Theorie zu erklären. Viele der frühen Studien zu kindlichen Aussprachestörungen waren von ihm maßgeblich beeinflusst. Die von ihm beschriebene Hierarchie des Erwerbs phonologischer Kontraste wurde z.B. benützt, um Aussagen über die relative Normalität, über Retardierungen und Abweichungen kindlicher Lautsysteme zu begründen. Seine Auffassung der Repräsentation von Lautkategorien (Phonemen) als Bündel distinktiver Merkmale mit Plus- und Minuswerten (z.B. + [stimmhaft], [kontinuierlich], [strident] usw.) führte zu Analysen kindlicher Aussprachestörungen unterhalb der sogenannten Segmentebene. Dadurch konnten Schwierigkeiten mit verschiedenen Lautklassen auf einige wenige kritische Merkmale zurückgeführt und mit Daten der normalen phonologischen Entwicklung in Beziehung gesetzt werden (Menuyk 1968). Wir wissen zwar heute, daß Jakobsons Theorie in verschiedenen Grundannahmen und etlichen Details unzutreffend ist (vgl. Vihman 1996), aber ihre Anwendung auch

auf kindliche Aussprachestörungen leitete eine Entwicklung ein, die zunehmend an Dynamik gewann.

#### *Der Beitrag der generativen Phonologie*

Diese frühen phonologischen Untersuchungen kindlicher Aussprachestörungen brachten eine erhebliche Verfeinerung in der Beschreibung und Erkenntnis einer weitreichenden Systematik der Lautproduktion; aber sie drangen noch nicht allzu weit hinter die Ebene der phonetischen Oberflächenphänomene vor. Dies änderte sich zunehmend, als man die einflußreiche Konzeption der generativen Phonologie von Chomsky/Halle anzuwenden begann. Nach dieser Konzeption werden phonologische Repräsentationen und phonologische Regeln unterschieden; erstere sind Bestandteil des Lexikons, letztere sind Bestandteil der Grammatik. In den abstrakten phonologischen Repräsentationen werden Segmente durch distinktive Merkmale spezifiziert, allerdings nur durch solche, die nicht redundant sind (Laute mit dem Merkmal [+ sonorant] brauchen z.B. nicht mehr als [+ stimmhaft] gekennzeichnet zu werden) und die nur idiosynkratische – d.h. nicht vorhersagbare – Eigenschaften festlegen. Daß beispielsweise der Initialplosiv der Wortrepräsentation /kɪnd/ das Merkmal [- stimmhaft] und nicht [+ stimmhaft] hat, ist eine idiosynkratische Eigenschaft und nicht vorhersagbar. Schließlich wäre auch /gɪnd/ mit der Phonotaktik des Deutschen vereinbar und somit nur zufällig kein Wort.

Daß aber die Repräsentation des Wortes /kɪnd/ phonetisch als [k<sup>h</sup>ɪnt] realisiert wird, ist systematisch, d.h. durch allgemeingültige Regeln des (deutschen) Sprachsystems bestimmt und damit generell vorhersagbar. Im Deutschen gelten nämlich unabhängig vom einzelnen Wort phonologische Regeln, nach denen z.B. stimmlose Plosive im Anlaut aspiriert werden oder Obstruenten (z.B. Plosive und Frikative) am Wortende grundsätzlich [- stimmhaft] sind. Sprachsysteme unterscheiden sich in ihren phonologischen Regeln. So gilt z.B. die Aspirationsregel nicht im Französischen, die sog. „Auslautverhärtung“ nicht im Englischen. Dadurch, daß wir die phonologischen Regeln unserer Muttersprache auf

Fremdsprachen anwenden, sind wir an unserem spezifischen „Akzent“ als Deutsche erkennbar.

Phonologische Regeln werden nach dem allgemeinen Format

$X \rightarrow Y/A\_B$

(zu lesen: X wird zu Y unter der Bedingung, daß A vorausgeht und B nachfolgt)

geschrieben. Die unterstrichene Stelle markiert also die Position des fraglichen Segments im definierten Lautkontext. Die Regel für die Auslautverhärtung würde z.B. folgendermaßen geschrieben:

$\left[ \begin{array}{l} + \text{ kons} \\ - \text{ son} \end{array} \right] \rightarrow [- \text{ stimmh}] / \_ \#$

(Ein nichtsonoranter Konsonant bzw. Obstruent wird stimmlos, wenn ihm irgendein Segment vorausgeht und die Wortgrenze nachfolgt.)

Phonologische Regeln sind also kontextsensitiv und definieren die Umgebungsbedingungen, die die registrierten Lautvariationen bestimmen. Außerdem operieren die Regeln in einer festzulegenden Reihenfolge, in der sie Merkmale einfügen, tilgen, angleichen usw. Wir können also festhalten: Phonologische Repräsentationen sind abstrakter und anders als das, was tatsächlich produziert wird. Durch phonologische Regeln wird dann eine phonetische Repräsentation abgeleitet, die den Input in den Artikulationsprozeß darstellt. Nach diesem Modell ist es naheliegend, anzunehmen, daß Kinder mit entwicklungsbedingten Aussprachestörungen zwar über umweltentsprechende Repräsentationen verfügen (schließlich verstehen sie die Wörter aus ihrer Umwelt weit besser als ihre eigenen Wortproduktionen), daß sie aber aus nicht näher bestimmten Gründen abweichende phonologische Regelsysteme ausgebildet haben, die sie nur mühsam reorganisieren können. In der Tat waren Studien, die versuchten, die Auffälligkeiten kindlicher Lautproduktion in Abhängigkeit von spezifizierten Umgebungsbedingungen in Form von Regeln nach dem generativen Modell zu formalisieren, außerordentlich erfolgreich (z.B. *Compton* 1976).

Sie bewiesen, daß die kindlichen Lautsysteme oft mit einer relativ geringen Zahl solcher

Regeln erschöpfend zu analysieren waren (*Lorentz* 1976). Damit wurde eine tieferliegende Analyseebene erreicht, als durch eine eher oberflächliche Beschreibung phonetischer Merkmale. Die Perspektiven für die Therapie liegen dabei auf der Hand: Entscheidend ist weniger die Einzellautkorrektur, sondern die Reorganisation des kindlichen Regelsystems. Ansatzpunkte sind dabei vor allem die Regeln selbst, die mehr oder weniger umfangreiche Lautklassen sowie bestimmte lautliche Umgebungsbedingungen betreffen.

#### *Natürliche Phonologie und Prozeßanalyse*

Etwas klarer wird der letzte Gesichtspunkt, wenn wir die Annahmen der sogenannten natürlichen Phonologie betrachten, die aus der generativen Phonologie hervorgegangen und für sprachtherapeutische Berufsgruppen erheblich attraktiver geworden sind, als die sehr abstrakten Formalismen der letzteren. Die Grundhypothese ist folgende: Kinder haben erwachsenartige Repräsentationen der Wörter gespeichert, aber sie vereinfachen sie zum Zwecke der Produktion durch sogenannte natürliche phonologische Prozesse. Diese Prozesse sind mentale Operationen, die deshalb natürlich sind, weil sie „phonetisch motiviert“ sind. Damit ist gemeint, daß das Kind intuitiv die Beschränkungen seiner artikulatorischen und akustischen Kapazitäten antizipiert und seine Wortrepräsentationen durch entsprechende Prozesse diesen Beschränkungen angleicht (vgl. *Dannenbauer/Kotten-Sederqvist* 1987).

Abweichende Produktionen sind demnach nicht als perzeptuomotorische Entgleisungen zu erklären, sondern als systematische Vereinfachungen auf einer höheren Ebene, die sowohl im normalen und beeinträchtigten Erwerb von Lautstrukturen, als auch im Lautwandel menschlicher Sprachen als universelle Tendenzen beobachtbar sind. Beispiele dieser allgemein bekannten Prozesse wären z.B. „stopping“ (Plosivierung von Frikativen), „fronting“ (Vorverlagern der Artikulationsstelle), „Clusterreduktion“ (Reduktion von Konsonantengruppen), Tilgung unbetonter Silben, Assimilationen (rück- und vorauswirkende Lautangleichungen) usw. Im Spracherwerb geht es für das Kind darum, den Ope-

rationsbereich dieser Prozesse einzugrenzen, sie allmählich optionaler anzuwenden und schließlich ganz zu unterdrücken. Dies äußert sich beispielsweise darin, daß der Prozeß der Plosivierung von Frikativen, der anfangs möglicherweise die meisten Frikative betroffen hat, später auf die koronalen Frikative begrenzt wird, schließlich nur noch gelegentlich auftritt und dann ganz verschwindet. Die Analyse phonologischer Prozesse hat gezeigt, daß bei Kindern mit Aussprachestörungen durchaus die gleichen Prozesse zu finden sind, wie sie jüngere Kinder mit normaler phonologischer Entwicklung aufweisen. Allerdings ist ihre Lautproduktion insgesamt gesehen nicht nur als verzögerte Kopie normaler Erwerbsphänomene zu verstehen. Typischerweise zeigen sich in ihren Entwicklungsmustern Besonderheiten: Prozesse persistieren, die normalerweise früh überwunden werden (z.B. Reduplikationen), seltenere Prozesse treten gehäuft auf (z.B. „backing“ = Rückverlagerung der Artikulationsstelle), während geläufige Prozesse womöglich fehlen, unübliche Prozesse und stereotype Lautpräferenzen schieben sich in den Vordergrund, und einzelne Prozesse verbinden sich zu multiplen Prozessen, die in dieser Kombination im normalen Lauterwerb nicht typisch sind (z.B. *Leonard* 1995). Derartige Aussagen über individuelle kindliche Aussprachestörungen sind aber nur als „datenorientierte“ Beschreibungen und nicht als „sprecherorientierte“ Erklärungen zu verstehen. Jedoch liefern sie detaillierte Einsichten in die Sachverhalte, die letztlich zu erklären sind (Wir kommen auf diese Frage zurück.).

Sinnvollerweise erfolgt die linguistische Analyse transkribierter Corpora kindlicher Aussprachestörungen in zwei Hauptschritten, die *Stoel-Gammon/Dunn* (1985, 111) „unabhängige“ und „abhängige“ Analyse nennen. Bei der unabhängigen Analyse wird die kindliche Sprache als selbständiger Idiolekt, gewissermaßen als eine autonome Sprache behandelt, deren Strukturmerkmale ohne Bezug auf die Umgebungssprache analysiert werden. Dabei wird Fragen nachgegangen wie etwa den folgenden: Welche Laute befinden sich überhaupt im kindlichen Inventar (z.B. Konsonanten und Konsonantencluster)? Nach welchen Merkmalen der Artikulation (z.B. Artikulationsstellen und Modi) lassen sich die-

se klassifizieren? Welchen Distributionen oder Positionsbeschränkungen unterliegen diese Laute (z.B. silbeninitial, wortfinal usw.)? Welche dieser Laute werden kontrastiv, d.h. bedeutungsunterscheidend, verwendet, welche nicht? Welche phonotaktischen Möglichkeiten zeigen sich in der Komplexität von Silbenstrukturen?

Bei der abhängigen Analyse wird dann die kindliche Sprachproduktion in Relation zur Umgebungssprache untersucht. Dabei wird mit Hilfe der phonologischen Prozesse die Systematik der kindlichen Abweichungen von den angenommenen erwachsenenartigen Wortrepräsentationen beschrieben. Die Ergebnisse werden quantifiziert und vor dem Hintergrund eines Rasters von Daten zur normalen Entwicklung hinsichtlich ihrer spezifischen Charakteristika zusammenfassend interpretiert (vgl. *Grunwell* 1988). Über die genaue Art und Zahl der phonologischen Prozesse gibt es übrigens nur einen sehr begrenzten Konsens. Die Handbücher zur Prozeßanalyse variieren hier beträchtlich: Von 8 bis über 40 reicht die Bandbreite. Für den deutschen Sprachraum haben bisher Detlef *Hacker* und Thomas *Babbe* strukturierte Verfahren zur Prozeßanalyse vorgelegt. Ein Handbuch von Detlef *Hacker* und Herbert *Wilgermein* befindet sich derzeit in Vorbereitung. Es soll allgemeine Grundlagen, Handreichungen und Anleitungen mit Beispielen und Übungen, vor allem auch bei besonderen Problemfällen, enthalten. Wir dürfen uns auf diese aus Theorie und Praxis erwachsene Publikation freuen. Sie ist ein Beweis, daß der Einfluß linguistischer Forschung auch bei uns zu greifbaren Ergebnissen führen kann.

#### *Neuere Entwicklungen*

Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, daß wir uns bei der Nutzung der Linguistik für sprachpathologische Problemstellungen einer sehr unbequemen Partnerin zu bedienen versuchen. Sie stellt eine sehr vielgestaltige Wissenschaft dar, die sich in ständiger Bewegung befindet, und viele ihrer Konstrukte werden kontrovers diskutiert und bald schon von erklärungsstärkeren überholt. Dies gilt auch für die Phonologie. Eine wichtige Weiterentwicklung betrifft hier vor allem die Vorstellungen über den Aufbau der zugrundelie-

genden Wortrepräsentationen. Es hat sich zum Beispiel die Einsicht durchgesetzt, daß die Vorstellung von Wortrepräsentationen als sequentielle Ketten von Segmenten (wie Perlen auf einer Schnur), die ihrerseits durch simultane Bündel ungeordneter phonetischer Merkmale repräsentiert werden, zu weit von der phonetischen Realität entfernt und dadurch zu abstrakt und willkürlich ist.

Mit dieser Konzeption der klassischen linearen Phonologie ließen sich viele segmentübergreifende Phänomene, tonale und metrisch-prosodische Eigenschaften, Regelmäßigkeiten und Beschränkungen, die sich z.B. auf die interne Struktur von Silben beziehen usw., nicht sachgerecht erfassen. Daher wird angenommen, daß z.B. metrische und tonale Eigenschaften auf eigenständigen Ebenen (Lagen oder „tiers“) als sogenannte Autosegmente repräsentiert sind, die zwar autonom, aber mit anderen Ebenen nach bestimmten Prinzipien assoziiert sind. Insgesamt gesehen stellt sich so eine Wortrepräsentation als eine hierarchische Struktur dar, die von metrischen „Füßen“ über die Ebene der Silbengewichte (Moren), die silbische Binnenstruktur von Ansatz und Reim, das CV-Skelett bis zu den phonetischen Merkmalen reicht, die individuelle Segmente repräsentieren.

Die Beobachtung, daß die Merkmale selbst in den menschlichen Sprachen in ganz bestimmten Abhängigkeitsbeziehungen zueinander stehen, führte dazu, daß „Merkmalsgeometrien“ über verschiedene Ebenen konstruiert wurden (dargestellt in Merkmalsbäumen), die an die Stelle der ehemaligen Merkmalslisten traten (Fowler 1995). Viele Lautvariationen, die früher als phonologische Regeln formalisiert wurden, lassen sich nun als Ergebnis der Interaktion der verschiedenen Ebenen der Repräsentation darstellen. Dadurch reduziert sich die Anzahl dieser Regeln beträchtlich. Ein großer Vorteil der Konzeption von phonologischen Repräsentationen im Sinne der sogenannten „nicht-linearen Phonologie“ ist der, daß diese mit den phonetischen Tatsachen besser übereinstimmen und daher weniger abstrakt und willkürlich wirken. Viele Einzelheiten der neueren Entwicklungen in der Phonologie sind in Fachkreisen noch umstritten (vgl. Kenstowicz 1994). Doch werden seit Beginn der neunziger Jahre diese theoretischen Errun-

genenschaften auch zur Analyse normaler kindlicher Lautproduktion sowie von Aussprachestörungen angewendet (vgl. Chin/Dinnsen 1991; Bernhardt/Stoel-Gammon 1994). Diese Bestrebungen lassen vielversprechende Neuerungen einer angewandten klinischen Phonologie erwarten. Wir können uns also schon auf eine nächste Etappe linguistisch beeinflusster Sichtweisen kindlicher Aussprachestörungen gefaßt machen. Sie wird sicher noch Interessantes bringen. Aber wird es mehr sein als eine elegante, ökonomische und realitätsnähere Möglichkeit der Deskription kindlicher Lautproduktion? Werden wir einer wirklichen Erklärung entwicklungsbedingter kindlicher Aussprachestörungen näherkommen, deren Mangel wir viele Jahre lang mit dem Tarnungsbegriff „funktionelle Dyslalie“ überdeckt haben?

#### *Was ist eine phonologische Störung?*

Die linguistische Beschäftigung mit kindlichen Aussprachestörungen brachte gewissermaßen durch die Hintertüre den Begriff der *phonologischen Störung* mit sich, der seitdem recht unterschiedlich und schillernd, zum Teil auch völlig unreflektiert gebraucht wird. Bezeichnet er einen neuen Sachverhalt, eine Entdeckung und keine Erfindung? Ich glaube nicht. Was unseren ursächlichen Erklärungsbedarf anbelangt, sind wir wahrscheinlich auf unseren alten Problemen sitzen geblieben, auch wenn sich unsere Ausgangslage bei der Suche nach Erklärungen dadurch verbessert, daß wir durch eine viel präzisere Beschreibung des zu erklärenden Sachverhalts genauer kennzeichnen können, was eigentlich zu erklären ist. Ich will hier nicht auf die verschiedenen Arten der Verwendung des Begriffs der phonologischen Störung in der Literatur eingehen, sondern nur meinen Standpunkt dazu darlegen (vgl. Dannenbauer 1996).

Wenn wir den sprachwissenschaftlichen Terminus Phonologie nicht verwässern wollen, dann können wir ihn – bezogen auf kindliche Aussprachestörungen – eigentlich nur in zweierlei Hinsicht sinnvoll verwenden. Entweder beziehen wir ihn auf die kindliche Sprache selbst, also auf die uns vorliegenden Sprechprodukte und sagen: Die Sprache eines Kindes ist phonologisch gestört, d.h. sy-

stematisch von den Erwartungsnormen abweichend. Oder wir unterstellen dem Kind eine phonologische Störung als eine in ihm liegende Bedingung und sagen: Das *Kind* ist phonologisch gestört, d.h. es hat sich aus den phonetischen Merkmalen des Sprachsignals ein unvollständiges oder falsches linguistisches Wissen um relevante Lautkategorien und Ordnungsbeziehungen rekonstruiert.

Im ersten Fall hätte der Begriff keinen Erklärungsanspruch. Der kindlichen Lautproduktion würde lediglich – wie man das bei autonomen Sprachen oder Dialekten tut – eine besondere Phonologie zugeschrieben, unabhängig von irgendwelchen zugrundeliegenden Bedingungsfaktoren. In diesem Sinne könnte man sogar von phonologischen Störungen der Sprache von Kindern mit Gaumenspalte sprechen oder von phonologischen Merkmalen dysarthrischer Sprache. Diese Begriffsverwendung erscheint akzeptabel, aber wenig aussagekräftig. Wenn er aber auf das Kind selbst bezogen wird, so ist damit folgerichtig ein Erklärungsanspruch verbunden in dem Sinne, daß das Kind aufgrund eines genuin linguistischen Defizits nicht oder nicht ausreichend in der Lage war, die lautlichen Eigenschaften der Umgebungssprache in abstrakte Sprachkategorien zu analysieren.

Aber dann sind wir mit dem Problem konfrontiert, daß, wie angedeutet, die meisten Kinder mit entwicklungsbedingten Aussprachestörungen in der Sprachrezeption durchaus angemessenes oder erheblich fortgeschrittenes phonologisches Wissen als in der Lautproduktion demonstrieren und ihre Umgebungssprache meist sicher und differenziert verstehen. Wie könnten sie das, wenn ihre zugrundeliegenden Repräsentationen abweichend wären? Haben sie etwa „interpretative Regeln“, mit denen sie Wortproduktionen der Umwelt auf ihre idiosynkratischen Repräsentationen beziehen? Oder haben sie zwei unabhängige Wissenssysteme, die getrennt voneinander jeweils nur in den Prozessen der Rezeption bzw. Produktion funktionieren? Beide Hypothesen dürfen wohl schwer haltbar sein. Somit stehen wir vor der Frage, warum das Produktionssystem nicht nach dem vorhandenen phonologischen Wissen reorganisiert wird. Ich glaube, an dieser Stelle ist eine Grenze des Einflusses linguistischer

Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen erreicht, und wir müssen für weitergehende Erklärungen eher wieder auf physiologische und psychologische Bedingungen kindlicher Lautentwicklung zurückgreifen (vgl. *Grunwell* 1988).

Andererseits scheint es tatsächlich eine kleine Minderheit von Kindern zu geben, die eine phonologische Störung im hier umrissenen Sinn aufweisen, die trotz offensichtlich intakter physiologischer Voraussetzungen den lautsprachlichen Code ihrer Muttersprache nicht richtig knacken können. Diese Kinder zeichnen sich notwendigerweise durch eine umfassende Sprachentwicklungsstörung rezeptiver Natur mit ausgeprägten Sprachverständnisstörungen aus. In extremen Fällen können sie sogar sprachlos sein, da sie über kein inneres Bezugssystem verfügen, dem sie die eingehende Lautinformation zuordnen können (evtl. Fallstudie von *Kegel/Tramitz* 1991). Andererseits könnten aber sowohl das Gehör als auch die systembildenden linguokognitiven Mechanismen potentiell intakt sein, aber die Detektoren für die genauen lautlichen Eigenschaften des Sprachsignals arbeiten zu langsam, um eine ausreichende Auflösung des ungemein flüchtigen Lautkontinuums zu erreichen. Dadurch stünde der linguistischen Weiterverarbeitung nur unzureichendes Datenmaterial zur Verfügung.

Obwohl diese beiden Möglichkeiten diagnostisch nur äußerst schwer zu differenzieren sind, würde ich nur im ersten Fall von einer (personbezogenen) phonologischen Störung sprechen, da nur in diesem Fall der eigentlich linguistische Prozeß der Rekonstruktion phonologischen Wissens aus den phonetischen Merkmalen des Sprachsignals das zentrale Problem darstellt. Ich glaube aber, daß die Diskussion um den Begriff der phonologischen Störung als ein spezifisch linguistisches Störungsbild noch keineswegs abgeschlossen, ja noch nicht einmal wirklich vertieft worden ist. Wir werden sehen, ob sie uns zu wesentlich neuen Perspektiven führen wird.

#### *Ausblick auf die Sprachtherapie*

Zum Schluß möchte ich noch in ein paar allgemeinen Stichpunkten auf einige der Impulse eingehen, die von der linguistischen Forschung auf die Gestaltung der Therapie von

kindlichen Aussprachestörungen ausgingen bzw. ausgehen könnten. Mittlerweile liegen ja auch im deutschen Raum vereinzelt Studien vor, die solche Möglichkeiten demonstrieren (vgl. z.B. *Hacker*, 1990; *von Knebel* 1996, *Romonath* 1991). Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß bei vielen der Kinder die perzeptuomotorischen Funktionen der Lautproduktion nicht immer als Zielbereiche im Vordergrund zu stehen brauchen, da ihre Schwierigkeiten nicht vorrangig physiologischer Natur sein müssen. Häufig sind Motorik und Wahrnehmung durchaus zureichend, um eine weitgehend korrekte Lautbildung zu gewährleisten. Das Problem liegt eher darin, daß die Kinder ihre potentiellen Lautbildungsfähigkeiten nicht entsprechend dem umgebungssprachlichen System differenziert anwenden. Daher geht es darum, den Kindern die Funktion der Sprachlaute als linguistische Kategorien zu Bewußtsein zu bringen. Hierzu kann wesentlich sprachbezogener gearbeitet werden, als dies in traditionellen Artikulationstherapien im Allgemeinen geschieht.

Die phonologischste aller Methoden ist dabei das Minimalpaarprinzip. Durch die Präsentation gleichlautender Wörter, die sich allein durch ein einziges Segment unterscheiden, wird auf das Kind ein pragmatischer Druck ausgeübt: „Mach' einen Unterschied, sonst kommt es zu Mißverständnissen!“. Natürlich müssen die Minimalpaare so ausgewählt werden, daß sie kindliche Lautsubstitutionen betreffen, durch die die vorgegebenen Distinktionen neutralisiert werden, z.B. „Nadel“ versus „Nagel“ bei Substitution von /d/ für /g/. Wie *Hartmanns* (1996) Analyse einschlägiger Studien zeigt, ist diese Methode durchaus effektiv, allerdings nicht uneingeschränkt und nicht in allen Fällen. Manche Kinder sprechen gut auf sie an, andere werden durch sie leicht frustriert. Außerdem hat die Methode natürliche Grenzen durch die Schwierigkeit, genügend geeignete Minimalpaare zu finden. Dies betrifft besonders den recht häufigen Fall der Reduktion von Mehrfachkonsonanz (z.B. „Stumpf“ – „Strumpf“). Dennoch wird mit der Minimalpaarmethode ein urphonologisches Prinzip genutzt, Kinder zur Verwendung von Lauten in ihrer sprachlichen Funktion zu veranlassen. Selbstverständlich kann und sollte sie auch vielfach mit

artikulatorischen Modellen, Erinnerungshilfen, sprechmotorischen Übungen usw. verbunden werden. Sie sollte, wenn möglich, auch in themenbezogene sprachliche Interaktionskontexte eingebettet werden, in denen ein variables dialogisches „Durcharbeiten“ der lexikalischen Zielformen (durch Modellpräsentationen, Wiederholungen, Rückfragen, Gegenvorschläge usw.) möglich ist. Auf diese Weise zielt die Sprachtherapie von Anfang an auf einen spontanen und funktionalen Sprachgebrauch des Kindes und sichert dabei einen ausgewählten und fortlaufend zu erweiternden Grundbestand von Wörtern, bis eine „kritische Masse“ erreicht ist, auf deren Grundlage sich die eigenaktive Reorganisation des Lexikons (Generalisierung) entsprechend der neuen Lautmuster beschleunigt (lexikalische Diffusion). Diese Grundstruktur der Sprachtherapie kann für viele der betroffenen Kinder relevantere Formen der sprachlichen Kooperation ermöglichen, als traditionelle Übungstherapien im allgemeinen zulassen und somit letztere bereichern und ergänzen. Natürlich erfordert eine solche Vorgehensweise bestimmte Voraussetzungen, ohne die sie ein Risiko des Scheiterns enthielte. Zunächst einmal muß ein Kind zur unerläßlichen Kooperation bereit und in der Lage sein. Dies erfordert pädagogisches Einfühlungsvermögen und Geschick auf Seiten des Therapeuten sowie ein Mindestmaß an metalinguistischer Reife auf Seiten des Kindes, um immer wieder von der Ebene des funktionalen Spontansprachgebrauchs auf die Ebene der metasprachlichen Reflexion wechseln zu können, auf der Sprache zum Gegenstand von Entdeckung, Spiel und Experiment wird. Außerdem muß sichergestellt sein, daß das Kind das angestrebte Lautmuster grundsätzlich produzieren kann. Dies erfordert vorausgehend eine eingehende Stimulierbarkeitsprüfung (vgl. *Bernthal/Bankson* 1993). Durch diese wird erkundet, ob und unter welchen Bedingungen das Kind die Ziellaute tatsächlich realisiert: z.B. als nichtsprachlichen Einzellaute (Geräuschnachahmung), in Imitationen präzise vorgesprochener Einzelwörter, in Zauberformeln oder Wörtern einer Phantasiesprache, in Silben mit planvoll variierten Kontextbedingungen (z.B. im Ansatz oder Reim, mit verschiedenen Vokalen usw.). Eine der wichtigsten Aufgaben der Sprachtherapie ist

es nämlich, komplexe Therapieziele so in Zwischenschritte zu untergliedern und die Anforderungen derart zu dosieren, daß eine maximale Erfolgswahrscheinlichkeit gewährleistet ist.

Die von der linguistischen Perspektive nahegelegte Möglichkeit zu einem intensiv sprachsystembezogenen Arbeiten kann sich auch ganz konkret auf die Therapiezielentscheidungen auswirken. So ist es in vielen Fällen sinnvoll, von einer einzellautbezogenen Vorgehensweise abzurücken und systematische Aspekte der kindlichen Lautproduktion direkt in Angriff zu nehmen. Die linguistische Analyse und Deskription zielt prinzipiell darauf ab, allgemeine lautübergreifende Regelmäßigkeiten zu verdeutlichen, die möglichst allgemein formuliert werden, z.B. in Form von phonologischen Prozessen oder Regeln (linear) oder als besondere Abhängigkeitsbeziehungen zwischen verschiedenen Ebenen hierarchischer phonologischer Repräsentationen (nichtlinear). Dadurch wird es möglich, simultan an bestimmten Lautklassen zu arbeiten, die von systematischen Variationen in Abhängigkeit von ihren Lautumgebungen betroffen sind oder bei denen ein kritisches Merkmal nicht verfügbar ist.

Als einfachste Beispiele wären hier etwa phonologische Prozesse zu nennen, die den Modus oder die Stelle der Artikulation (z.B. stopping oder fronting) betreffen, die beispielsweise die Klasse der Frikative oder Velare (oder jeweils eine Subkategorie von ihnen) in bestimmten Kontexten verändern. Hier bietet sich die Alternative, entweder mit allen betroffenen Lauten zu arbeiten oder mit ausgewählten Vertretern, die die gemeinsamen phonetischen Merkmale (z.B. [+kontinuant, +koronal]) besonders typisch repräsentieren. Welcher Weg der bessere ist, ist mit empirischer Evidenz derzeit nicht zu belegen. Entscheidend ist jedoch, daß der Therapeut das Lautsystem des Kindes im Auge behält und durch eine multiple Therapie versucht, „systemische Effekte“ zu bewirken, durch die die kindliche Lautproduktion auf breiterer Basis restrukturiert wird. Die Interpretation der analysierten Systemeigenschaften vor dem Hintergrund des Wissens über die normale phonologische Entwicklung von Kindern ist dabei besonders hilfreich, Kriterien für die Gewichtung entwicklungslogischer

Prioritäten zu liefern. Grundsätzlich ist die Sprechproduktion des einzelnen Kindes als ein System im Werden zu betrachten; und alle Interventionen und Eingriffe in dieses Werden sind aus den spezifischen Charakteristika dieses Systems zu begründen. Damit erweist sich das analytische Instrumentarium der Phonologie als eine unverzichtbare Möglichkeit, die individuellen Entwicklungsmuster schwer verständlich sprechender Kinder zu formalisieren und einer umfassenden Interpretation zugänglich zu machen.

#### Nachwort

Manchmal werden phonologische Konzeptualisierungen kindlicher Aussprachestörungen in einen Gegensatz zu traditionellen Ansätzen gebracht. Dies erscheint jedoch nicht gerechtfertigt. Das hochentwickelte Wissen und Können, der in Jahrzehnten gewachsene Reichtum an Erfahrung durch sprechphysiologisch und audiopädisch orientierte Arbeit wird durch die linguistische Forschung und ihre Adaption in sprachtherapeutischen Handlungsfeldern nicht einfach entwertet. Wie *Locke* (1983) warnend anmerkt, sind die altbekannten „Artikulationsstörungen“ durchaus noch munter am Leben. Außerdem haben die neu entstandenen Perspektiven unseren Erklärungsbedarf eher vermehrt als verringert. Neue Fragen sind aufgetaucht, bevor alte beantwortet werden konnten. Wir haben zweifellos eine differenziertere Sichtweise der Problematik kindlicher Aussprachestörungen entwickelt als in den Zeiten einseitiger Zungenübungen. Wir haben gelernt, alte Sachverhalte unter einem neuen Blickwinkel zu betrachten; aber wir dürfen nicht voreilig glauben, daß sich dadurch ihre Natur in einer prinzipiellen Weise verändert hat. Die linguistischen Perspektiven stellen eine Ergänzung und Bereicherung dar, die uns einem umfassenderen Verständnis entwicklungsbedingter kindlicher Aussprachestörungen näherbringen, wenn wir sie theoretisch reflektiert mit den Bedingungsfaktoren in Beziehung setzen, die das gesamte Funktionssystem kindlichen Sprechens bestimmen. Daher erscheint es sinnvoll, in kritischer Offenheit neue Ansatzmöglichkeiten in unsere Interventionskonzeptionen zu integrieren und zu erproben. Es wird sich erweisen, welche Bestand haben werden.

## Literatur

- Abbs, J.H.*: Neurophysiologic processes of speech movement control. In: *Lass, N.J., McReynolds, L.V., Northern, J.L., Yoder, D.E.* (Hrsg.): Handbook of speech-language pathology and audiology. Toronto 1988, 154-170.
- Bernhardt, B., Stoel-Gammon, C.*: Nonlinear phonology: Introduction and clinical application. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (1994), 123-143.
- Bernthal, J.E., Bankson, N.W.*: Articulation and phonological disorders. Englewood Cliffs, N.J. 1993.
- Chin, S.B., Dinnsen, D.A.*: Feature geometry in disordered phonologies. *Clinical Linguistics and Phonetics* 5 (1991), 329-337.
- Compton, A.J.*: Generative studies of children's phonological disorders: Clinical ramifications. In: *Morehead, D.M., Morehead, A.E.* (Hrsg.): Normal and deficient child language. Baltimore 1976, 61-96.
- Dannenbauer, F.M.*: Phonologische Störung: Alter Wein in neuen Schläuchen? *Die Sprachheilarbeit* 41 (1996), 275-285.
- Dannenbauer, F.M., Kotten-Sederqvist, A.*: Kasperl oder Dafe? Zum Problem der Repräsentation in der phonologischen Prozeßanalyse. *Die Sprachheilarbeit* 32 (1987), 77-85.
- Friedrich, G., Biegenzahn, W.* (Hrsg.): Phoniatrie. Bern 1995.
- Fröschels, E.*: Lehrbuch der Sprachheilkunde. Leipzig 1931.
- Fowler, C.A.*: Speech production. In: *Miller, J.L., Eimas, P.D.* (Hrsg.): Speech, language, and communication. San Diego 1995, 29-61.
- Grunwell, P.*: Phonological assessment, evaluation and explanation of speech sound disorders in children. *Clinical Linguistics and Phonetics* 2 (1988), 221-252.
- Hacker, D.*: Fallbericht: Phonologische Störungen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Band 2, Störungen der Aussprache. Berlin 1990, 75-90.
- Hartmann, E.*: Was leistet die „Minimalpaar-Therapie“ bei aussprachegestörten Kindern? Eine vorläufige Bilanz. *Die Sprachheilarbeit* 41 (1996), 297-311.
- Juszyk, P.W.*: Developing phonological categories from the speech signal. In: *Ferguson, C.A., Menn, L., Stoel-Gammon, C.* (Hrsg.): Phonological development. Models, research, implications. Timonium 1992, 17-64.
- Kegel, G., Tramitz, C.*: Olaf – Kind ohne Sprache. Opladen 1991.
- Kenstowicz, M.*: Phonology in generative grammar. Oxford 1994.
- Knebel v., U.*: Therapedidaktische Ansatzpunkte: Entscheidungsfelder in der Sprachtherapie mit aussprachegestörten Kindern. *Die Sprachheilarbeit* 41 (1996), 366-375.
- Leonard, L.B.*: Phonological impairment. In: *Fletcher, P., MacWhinney, B.* (Hrsg.): The handbook of child language. Oxford 1995, 573-602.
- Levelt, W.*: Speaking. From intention to articulation. Cambridge, Mass. 1989.
- Lieberman, P., Blumstein, S.*: Speech physiology, speech perception, and acoustic phonetics. Cambridge 1988.
- Locke, J.L.*: Clinical phonology: The explanation and treatment of speech sound disorders. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 48 (1983), 339-341.
- Lorentz, J.P.*: An analysis of some deviant phonological rules of English. In: *Morehead, D.M., Morehead, A.E.* (Hrsg.): Normal and deficient child language. Baltimore 1976, 29-59.
- McReynolds, L.V.*: Articulation disorders of unknown etiology. In: *Lass, N.J., McReynolds, L.V., Northern, J.L., Yoder, D.E.* (Hrsg.): Handbook of speech-language pathology and audiology. Toronto 1988, 419-441.
- Menyuk, P.*: The role of distinctive features in children's acquisition of phonology. *Journal of Speech and Hearing Research* 11 (1968), 138-146.
- Romonath, R.*: Phonologische Prozesse an sprachauffälligen Kindern. Eine vergleichende Untersuchung an sprachauffälligen und nichtsprachauffälligen Vorschulkindern. Berlin 1991.
- Rosenbaum, D.A.*: Human motor control. San Diego 1991.
- Scholz, H.-J.*: Die phonologischen Störungen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Band 2, Störungen der Aussprache. Berlin 1990, 62-74.
- Stoel-Gammon, C., Dunn, C.*: Normal and disordered phonology in children. Baltimore 1985.
- Van Riper, C., Irwin, J.V.*: Artikulationsstörungen. Berlin 1976.
- Vihman, M.M.*: Phonological development. The origins of language in the child. Oxford 1996.

## Anschrift des Verfassers:

Dr. Friedrich Michael Dannenbauer  
 übergangsweise Professor für  
 Sprachbehindertenpädagogik  
 Institut für Sonderpädagogik  
 Ludwig-Maximilians-Universität  
 Geschwister-Scholl-Platz 1  
 80539 München



Gudrun Bartolome, München

## Methoden der funktionellen Dysphagietherapie (FDT) und deren Effektivität

### Zusammenfassung

Die motorischen und sensorischen Organe unseres oberen Verdauungs- bzw. Vokaltraktes werden für drei verschiedene Funktionen benötigt: Für das Schlucken, die Atmung und das Sprechen. In Bruchteilen von Sekunden kann von einem System zum anderen umgeschaltet werden. Schlucken ist ein hochdifferenzierter Vorgang, an dem etwa 50 Muskelpaare beteiligt sind. Eine Störung kann in einer oder in mehreren Phasen des Schluckaktes auftreten, z.B. während des Transportes im Mundraum (orale Phase), im Rachenraum (pharyngeale Phase) oder/und auf dem Weg durch die Speiseröhre (ösophageale Phase). Beim Verschlucken besteht die Gefahr der Aspiration, d.h. Fremdkörper können in die Luftwege eindringen und eine lebensbedrohliche Situation hervorrufen. Deshalb erfordern Schluckprobleme eine sorgfältige Diagnostik und Therapieplanung. Die Beurteilung der Schluckfunktion ist ein interdisziplinäres Aufgabengebiet verschiedener medizinischer Fachbereiche. Planung und Durchführung der funktionellen Behandlung obliegt dem Logopäden/medizinischen Sprachheilpädagogen. Die therapeutischen Strategien lassen sich schwerpunktmäßig in drei Hauptgruppen unterteilen: 1. restituierende Verfahren, 2. kompensatorische Methoden und 3. adaptierende Maßnahmen im Sinne externer Hilfsmittel. Das Outcome nach funktioneller Schlucktherapie zeigt sehr erfreuliche Ergebnisse. Bei 70 % der Patienten gelingt es, Verbesserungen im Ernährungsmodus zu erzielen, d.h. die Mehrzahl der Patienten, die sich über Sonde ernähren müssen, können sich nach der Behandlung entweder partiell oder vollständig oral ernähren.

### 1. Einleitung

Daten aus verschiedenen amerikanischen Kliniken beziffern die Prävalenz an Schluckstörungen in Akutkliniken mit 12-13 %, in Rehabilitationseinrichtungen mit 30-35 % und in Pflegeheimen sogar mit 40-66 % (Groher und Bukatmun 1986, Siebens et al. 1986). Insgesamt ist in den letzten Jahren die Anzahl schluckgestörter Patienten gestiegen, vermutlich als Folge höherer Überlebensraten durch verbesserte intensivmedizinische

Maßnahmen und verfeinerte chirurgische Techniken. Schluckstörungen können bei einer Vielzahl von Erkrankungen auftreten. Die Ätiologie läßt sich in drei Bereiche unterteilen: 1. neurogene Ursachen (z.B. nach Schlaganfall), 2. strukturelle Läsionen (z.B. nach chirurgischer Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren) und 3. psychogene Faktoren. Schluckgestörte Patienten sind auf mehrfache Weise behindert. Müssen Speisen und Flüssigkeiten über Sonde zugeführt werden, fehlen der Genuß am Essen und Trinken, sowie die soziale Interaktion gemeinsamer Mahlzeiten. Können die Patienten selbst den Speichel nicht schlucken, müssen die Luftwege durch eine geblockte Trachealkanüle geschützt werden. Dies verhindert zwar die vitale Bedrohung, gleichzeitig fehlt der für die Stimmbildung notwendige subglottische Luftdruck, da ausschließlich über die Kanülenöffnung ein- und ausgeatmet wird. Eine verbale Kommunikation ist deshalb nicht mehr möglich. Die fachgerechte Behandlung schluckgestörter Patienten ist dringend notwendig. Genaue Kenntnisse der physiologischen und pathophysiologischen Mechanismen bilden die Voraussetzung für die Erstellung eines auf den Individualfall bezogenen Therapiekonzeptes (Bartolome 1993a).

### 2. Der normale und der gestörte Schluckvorgang

Im wachen Zustand schlucken wir etwa einmal pro Minute oder ungefähr tausendmal täglich (Pehlivan et al. 1996, Dodds et al. 1990). Im Tiefschlaf setzen Speichelproduktion und Schlucken fast vollständig aus. Der Schluckakt kann willkürlich eingeleitet werden, die Mehrzahl der Schlucke erfolgt jedoch unbewußt. Während des Schluckens wird die Nahrung vom Mundraum über den Rachen

und die Speiseröhre in den Magen transportiert. Der Schluckakt endet mit dem Eintritt des Bolus in die Kardia (Magenmund). Entsprechend dieser anatomischen Zuordnung werden die folgenden drei Schluckphasen unterschieden (Hannig 1995, Perlmann/Christensen 1997):

- orale Phase
- pharyngeale Phase
- ösophageale Phase.

Die *orale Phase* wird zusätzlich in die *orale Vorbereitungs-* oder *Kauphase* und in die *orale Entleerungsphase* eingeteilt. Wobei erstere selbstverständlich nur auf feste Nahrungskonsistenzen zutrifft. Die orale Vorbereitungsphase umfaßt das Zerkleinern und Einspeichern der Nahrung, die dann entweder auf der Zunge oder am Mundboden zu einem Bolus gesammelt wird. Die Dauer der Kauphase variiert mit den individuellen Eßgewohnheiten. Während der oralen Entleerungsphase wird der Speisebolus im Mundraum nach hinten, Richtung Rachen transportiert. Beim ausgereiften Schluckmuster hebt sich die Vorderzunge gegen das Gaumendach und schiebt durch wellenförmige Hebung des Zungenkörpers die Nahrung nach hinten. Gleichzeitig sind Lippen und Kiefer geschlossen. Die orale Phase dauert etwa 1 Sekunde.

Die *pharyngeale Phase* beginnt mit der Schluckreflexauslösung und endet mit dem Durchtritt des Bolus durch den oberen Speiseröhrenschnürr (oberer Ösophagus sphinkter, OÖS). Tritt der Bolus in den Oropharynx, hebt sich das Velum und schließt den Nasenraum ab, Speisen oder Flüssigkeiten können nicht mehr in die Nase eindringen (nasale Penetration). Fast gleichzeitig heben sich durch Kontraktion der oberen Zungenbeinmuskulatur, Hyoid und Kehlkopf nach vorne oben und schaffen damit Platz für die pharyngeale Boluspassage. Mit einer schnellen kolbenartigen Rückwärtsbewegung drückt die Zunge den Bolus in den Hypopharynx. In Höhe des Kehlkopfeinganges kreuzen sich Speisewege und Luftwege. Dreifache laryngeale Verschlussmechanismen schützen den Respirationstrakt: 1. das Senken des Kehldeckels, 2. der Taschenfaltenschluß und 3. der Stimmbandenschluß. Während sich der vordere Bolusteil dem Speiseröhreneingang nähert, setzt am Bolusende die kontraktische Welle der Rachenmuskeln ein, die nicht wie früher vermu-

tet den Bolus austreibt, sondern als Reinigungswelle zu verstehen ist (Neumann 1993). Als nächste Schwierigkeit muß der obere Speiseröhrenschnürr überwunden werden. Der obere Ösophagus sphinkter ist im Ruhezustand geschlossen und verhindert dadurch den Rückfluß von Mageninhalt in den Rachenraum. Während des Schluckens öffnet sich der Speiseröhreneingang. Dies muß zeitgerecht und mit ausreichender Öffnungsweite erfolgen. Ein Schluck Flüssigkeit von 20 ml erfordert z.B. im Vergleich zu einem Speichelschluck mit 1-2 ml die doppelte Öffnungsweite (Logemann 1995). Biomechanische und physikalische Mechanismen sind maßgeblich an der Öffnung des Speiseröhreneingangs beteiligt. Der hintere Anteil dieses ringförmigen Muskels inseriert an der Rachenhinterwand, der vordere am Ringknorpel des Kehlkopfgerüsts. Durch die Hebung des Kehlkopfs nach vorne oben kommt es zur passiven Aufdehnung des Muskelsegments. Bei Erwachsenen bewegt sich der Larynx beim Schlucken um 1,5 bis 2 cm nach oben. Die Anpassung der Öffnungsweite geschieht über Druckmechanismen. Am Speiseröhreneingang befinden sich spezielle Druckrezeptoren, die die Signale empfangen. Der pharyngeale Bolusdruck entsteht durch folgende Faktoren:

1. die Schubkraft der Zunge
2. das Eigengewicht des Bolus
3. die Kehlkopf anteriorbewegung
4. die pharyngeale Kontraktionswelle.

Die Zunge drückt mit einer kolbenartigen Rückwärtsbewegung die Speise nach hinten und übt dadurch Druck auf den Bolus aus. Im Zuge der Raumerweiterung durch die Kehlkopfbewegung nach vorne oben entsteht im unteren Rachen ein Unterdruck, der die Speise sozusagen nach unten saugt. Die pharyngeale Kontraktionswelle schiebt am Bolusende Richtung Ösophagus. Da dieser Mechanismus mit einer Pumpe vergleichbar ist, wird er häufig als „Saugpumpenstoß des Pharynx“ beschrieben (Jacob et al. 1989, McConnel et al. 1988). Alle Bewegungskomponenten sind zeitlich sehr eng miteinander verbunden. Insgesamt dauert die pharyngeale Phase im Mittel 0,7 Sekunden. Obwohl diese Phase ausschließlich reflektorisch gesteuert wird, können verschiedene Bewegungskomponenten willkürlich trainiert werden.

Die *ösophageale Phase* beginnt mit dem Eintreffen des Bolus in der tubulären Speiseröhre und endet mit dem Durchtritt durch den unteren Speiseröhrenschließmuskel (UÖS), der die Verbindung zum Magen bildet. Die *ösophageale Phase* wird rein reflektorisch über das vegetative Nervensystem gesteuert und ist durch übende Therapieverfahren nicht beeinflussbar. Störungen des Transportes in der Speiseröhre werden ausschließlich medikamentös oder chirurgisch behandelt. Da jedoch häufig kombinierte Störungen auftreten, wird hier die *ösophageale Phase* kurz beschrieben. Peristaltische Wellenbewegungen des Speiseröhrenschauches befördern den Bolus zum Magen. Man unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Peristaltik. Die primäre Peristaltik transportiert als Teil des Reflexgeschehens den Bolus aboralwärts, während die sekundäre Peristaltik als sogenannte Reinigungswelle auf lokale Dehnungsreize reagiert. Die Dauer der *ösophagealen Phase* erhöht sich mit dem Alter und kann im Normalfall 4-20 Sekunden betragen.

Die folgende Darstellung des gestörten Schluckens bezieht sich im Hinblick auf die funktionelle Dysphagietherapie auf die orale und die pharyngeale Phase. Zur Abgrenzung gegenüber Störungen des *ösophagealen Transportes* wird in der Literatur die Bezeichnung *oropharyngeale Dysphagie* verwendet. Die Störungen finden sich in unterschiedlicher

Ausprägung, sie können eine einzelne Komponente (z.B. Störung des oralen Rücktransportes wegen Beeinträchtigung der Zungenhebung) aber auch gleichzeitig mehrere Funktionen und Schluckphasen betreffen. Bei einer schweren Schluckstörung kommt es zur *Aspiration*. *Aspiration* wird definiert als Eindringen von Fremdsubstanzen in die Luftwege unterhalb der Stimmlippen. Befindet sich die Substanz lediglich im supraglottischen Bereich, also im Kehlkopfeingang oberhalb der Stimmlippen, wird dies als *Penetration* bezeichnet. Man unterscheidet zwischen drei verschiedenen Aspirationsarten:

- prädeglutitive Aspiration
- intradeglutitive Aspiration
- postdeglutitive Aspiration.

Die *prädeglutitive Aspiration* ereignet sich vor der Schluckreflexauslösung. Fällt Nahrung unkontrolliert in den Rachenraum und erfolgt die Reflexauslösung nicht zeitgerecht, kann es zur *Aspiration* vor der eigentlichen Reflexauslösung kommen. Fällt z.B. aufgrund eines eingeschränkten Verschlusses der Luftwege während der pharyngealen Reflexphase Nahrung oder Flüssigkeit in die Luftröhre, wird dies als *intradeglutitive Aspiration* bezeichnet. Verbleiben Bolusreste im Rachenraum und fallen diese nach dem Schluckvorgang in die Luftwege, entspricht dies einer *postdeglutitiven Aspiration*. Mögliche Aspirationsursachen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Aspirationsart	Mögliche Ursache
Prädeglutitive Aspiration	Gestörte Kaufunktion Gestörte orale Boluskontrolle Gestörter oraler Bolustransport Eingeschränkte orale Sensibilität Verzögerte/fehlende Reflexauslösung
Intradeglutitive Aspiration	Eingeschränkter laryngealer Verschluss Eingeschränkte Kehlkopfhebung
Postdeglutitive Aspiration	Eingeschränkte Zungenbasisretraktion Eingeschränkter Verschluss des Kehlkopfeingangs Eingeschränkte pharyngeale Kontraktion unilateral oder bilateral Unvollständige Öffnung des OÖS/eingeschränkte Kehlkopfanteriorbewegung Ösophageale Störungen (Reflux, Achalasie, ösophageale Stenosen, tracheoösophageale Fistel)

Tabelle 1: Klassifikation und mögliche Ursachen der Aspiration

### 3. Interdisziplinäre Diagnostik

Die Standarddiagnostik gliedert sich in die klinische Basisuntersuchung als Screeningverfahren sowie instrumentelle Methoden, wie Videoendoskopie und Videographie zur differentialdiagnostischen Abklärung der Schluckfunktion.

Die *klinische Basisdiagnostik* führt der Logopäde/medizinische Sprachheilpädagoge durch. Neben einer Befragung des Patienten werden am Schluckvorgang beteiligte Organe in Ruhestellung, bei reflektorischen und willkürlich intendierten Bewegungen inspiert, sowie der Schluckvorgang direkt beobachtet. Die Untersuchung ermöglicht eine Bewertung der oralen Phase, jedoch nur eine unspezifische Beurteilung der pharyngealen Komponenten, da diese mit Ausnahme der Kehlkopfhebung von außen nicht visuell zu erfassen sind (Bartolome 1993b, Schröter-Morasch 1996).

Die *Videoendoskopie* obliegt dem HNO-Arzt/Phoniater. Hier wird entweder ein starres Lupenlaryngoskop in den Mund oder ein flexibles Endoskop durch die Nase eingeführt. Die Technik erlaubt eine visuelle Beurteilung des Larynx und Pharynx mit gleichzeitiger Videodokumentation. Allerdings kann auch beim flexiblen Endoskop der Schluckvorgang nicht lückenlos beobachtet werden, da die Sicht während der Velumhebung verdeckt wird. Die Technik dient vor allem der Entscheidungsfindung für Sofortmaßnahmen, wie z.B. die Anlage einer Ernährungssonde oder die Notwendigkeit einer Trachealkanüle. Wegen ihres nicht invasiven Charakters ist sie beliebig häufig anwendbar und deshalb hervorragend zur Therapiekontrolle geeignet (Schröter-Morasch 1993, Langmore et al. 1991).

Die *Videographie* beinhaltet die röntgenologische Darstellung des Schluckaktes mit Hilfe der Videofluoroskopie oder Röntgenkineematographie. Sie gilt als wichtigstes differentialdiagnostisches Verfahren, da sowohl der exakte Zeitpunkt als auch das Ausmaß der Aspiration beurteilt werden können (Hannig/Wuttge-Hannig 1993, Logemann 1998). Bei der Videofluoroskopie wird eine normale Röntgendurchleuchtung mit einer Bildfrequenz von 25-30 Aufnahmen pro Sekunde

über Video aufgezeichnet. Die Röntgenkineematographie ermöglicht eine höhere Bildauflösung mit 50-200 Aufnahmen pro Sekunde, wird aber wegen der hohen Anschaffungskosten nur in wenigen Einrichtungen durchgeführt. In der Regel genügt die Videoaufzeichnung. Vorteil dieser Methode ist die genaue Analyse des Schluckaktes. Wegen der Strahlenbelastung ist die radiologische Untersuchung jedoch nicht beliebig wiederholbar.

Im Individualfall sind ergänzende Untersuchungsverfahren notwendig, unter anderem die Bronchoskopie zur Untersuchung der Luftwege, die Manometrie zur Bestimmung der Druckverhältnisse in Pharynx und Ösophagus oder die pH-Metrie zur Messung des Säurewertes in der Speiseröhre. Leiden Patienten mit oropharyngealer Dysphagie gleichzeitig an ösophagealen Störungen, muß dies sorgfältig abgeklärt werden. Liegt z.B. zusätzlich ein gastro-ösophagealer Reflux vor, besteht die Gefahr einer Aspiration von saurem Mageninhalt. Dies kann zu ernsthaften pulmonalen Komplikationen führen mit einer Letalität von 30-70 % (Barlett/Gorbach 1975, Bynum/Pierce 1976).

### 4. Funktionelle Behandlungsmethoden

Die funktionellen Behandlungsmethoden lassen sich in folgende Schwerpunkte untergliedern:

- restituierende Verfahren
- kompensatorische Methoden
- adaptierende Maßnahmen

(Bartolome 1993a, 1995)

Das Therapiekonzept bezieht sich in erster Linie auf neurogene Dysphagien und Schluckstörungen aufgrund struktureller Läsionen der Kopf-Halsmuskulatur. Bei psychogenen Ätiologien wird die funktionelle Schlucktherapie in manchen Fällen als begleitende Behandlung zur Verbesserung der Symptomatik eingesetzt.

#### 4.1 Restituierende Verfahren

Die *restituierenden Verfahren* könnte man mit anderen Worten als Krankengymnastik des Oropharynx bezeichnen. Es werden am Schluckvorgang beteiligte motorische und sensorische Funktionen trainiert, um normales physiologisches Schlucken anzubahnen.

Ziel ist die vollständige, bzw. partielle Funktionswiederherstellung. In Abhängigkeit von der individuellen Störungssymptomatik werden Übungen zur Verbesserung der Gesichts-, Zungen-, Kiefer- und Kehlkopfmuskeln, zur indirekten Aktivierung der Rachenmuskeln und zur Stimulation der Schluckreflexauslösung angewendet. Bei schweren Bewegungsstörungen setzt der Therapeut vor der Bewegungsübung kutane Reize wie z.B. manuelle Streichungen, Pinseln, Eisanwendungen, Muskeldehnungen, Tapping (manuelles Beklopfen) oder Vibrationen. Ziel ist, die Entladungsbereitschaft der motorischen Nervenzellen zu beeinflussen, sei es zur Inhibition oder Fazilitation einer motorischen Reaktion, so daß die nachfolgende Zielbewegung leichter ausgeführt werden kann. Die Wahl der geeigneten Stimuli richtet sich nach der individuellen Pathophysiologie. Sanftes, rhythmisches Ausstreichen eines Muskels reduziert z.B. einen erhöhten Tonus, während Tapping die Kontraktionsbereitschaft eines schlaffen, kraftlosen Muskels fördert. Unmittelbar nach der Reizapplikation erfolgt die Aufforderung zur Willkürbewegung, um das erreichte muskuläre Potential auszunutzen. In vielen Fällen setzt der Therapeut als zusätzlichen Mobilisationsreiz Widerstand entgegen der Bewegungsrichtung, dies erleichtert die Bewegungsinitiierung und fördert Kraft, Ausdauer und Koordination (z.B. Zungenspitze gegen Spatel drücken, usw.). Mit fortschreitender Mobilisierung werden einleitende Reizanwendungen abgebaut und der Patient führt selbständig, ohne Unterstützung des Therapeuten, die erforderlichen Zielbewegungen durch.

Kommt es während des Kauens aufgrund eingeschränkter Zungen- und Kieferbewegungen zur prädeglutitiven Aspiration, übt man vor allem Lateralbewegungen der Zunge und des Unterkiefers. Fällt während der oralen Entleerungsphase Nahrung oder Flüssigkeit vorzeitig in den Rachen, müssen häufig die Zungenschüsselbildung, die Zungenhebung oder/und die Rückwärtsbewegung der Zunge geübt werden. In den meisten Fällen ist gleichzeitig ein Training der Kiefermuskulatur notwendig, da eine ausreichende Kieferstabilität und Mobilität die Voraussetzung für differenzierte Zungenbewegungen bildet.

Liegt die Ursache der prädeglutitiven Aspiration in einer verspäteten Reflexauslösung, versucht man durch Erhöhung des sensorischen Inputs die Triggerung zu beschleunigen (Fujiu et al. 1994, Logemann et al. 1995). Dies kann als oberflächliche Reizung durch thermale Stimuli, wie z.B. Eislutschen oder Berührung reflexauslösender Zonen mit einem gekühlten Metallstab, erfolgen. Eine andere Möglichkeit bildet die Stimulation der Propriozeptoren, also der Tiefensensibilität. Ein kurzer Druck des Löffels auf die Zungenspitze oder eine Erhöhung der Viskosität der Speisen können im Individualfall eine deutliche Beschleunigung der Schluckreflextriggerung bewirken. So gibt es z.B. Patienten, die bei Flüssigkeiten keine Reflexauslösung zeigen, während breiige Konsistenzen ohne Schwierigkeiten geschluckt werden können. Desweiteren spielen visuelle, olfaktorische und gustatorische Reize eine nicht unerhebliche Rolle zur Förderung der Schluckmotivation und Aktivierung des Schluckreflexes. Störungen des laryngealen Verschlusses können zu intradeglutitiver Aspiration führen. Im Normalfall kommt es während des Schluckens durch reflektorisches Atem anhalten zum Glottisschluß. Ziel der laryngealen Adduktionsübungen ist deshalb der Glottisschluß beim Atem anhalten. Hier bieten sich zahlreiche Übungen aus der Stimmtherapie an. Bei gleichzeitig eingeschränkter Kehlkopfhebung nach anterior erhöht sich die Aspirationsgefahr, da der Larynx ein Passagehindernis bildet. Das Larynxlevationstraining umfaßt Übungen zur Zungenrückhebung, Phonationsübungen mit palatalen Konsonanten vor allem in Verbindung mit dem Vokal „e“, der die Anteriorbewegung begünstigt sowie Tonhöhenübungen. Desweiteren kann durch Kräftigung der suprahyoidealen Muskulatur, z.B. Kopf heben und senken gegen Widerstand, die Kehlkopfhebung verbessert werden.

Verbleiben nach dem Schlucken Bolusreste im Rachen, kann dies zur postdeglutitiven Aspiration führen. Häufig liegen Öffnungsstörungen des oberen Speiseröhrensphinkters zugrunde, verursacht durch Beeinträchtigungen der Kehlkopfhebung oder/und reduzierter Zungenschubkraft. Als restituierende Maßnahmen werden ein Larynxelevations-

training und Kräftigungsübungen der Zunge durchgeführt. Desweiteren können Störungen der Pharynxkontraktion bei unzureichender Rachenreinigung postdeglutitive Aspirationen verursachen. Die Rachenmuskeln unterliegen nicht der willkürlichen Kontrolle. Sie lassen sich jedoch über Bewegungskombinationen mit pharyngealer Beteiligung indirekt aktivieren. Als Relikt unseres frühkindlichen Saugmusters besteht über die Buccinatorschleife (Wangenmuskel) eine muskuläre Verbindung zwischen Mund- und Rachenmuskulatur. Widerstandsübungen der Lippen- und Wangenmuskeln bewirken z.B. Kontraktionen der oberen Rachenmuskulatur. Desweiteren kommt es beim Saugen, Blasen und bei Singübungen in Falsettstimme zur Pharynxkontraktion. *Perlman et al.* (1989) haben beim Sprechen des Wortes „HAWK“ (engl.) mit forciertem „k“ und beim modifizierten Valsalva-Manöver (ein kräftiges „k“ wird mehrere Sekunden lang gehalten) gleichfalls deutliche Aktivitäten des oberen Konstriktormuskels festgestellt.

#### 4.2 Kompensatorische Methoden

*Kompensationen* beinhalten neu zu erlernende Strategien, die auch dann aspirationsfreies oder effizienteres Schlucken ermöglichen, wenn die primäre Störung nicht oder nur unzureichend behoben werden kann. Sie werden direkt während des Schluckens angewendet. Die Verfahren wurden vor allem mit Hilfe der Videographie entwickelt. *J.A. Logemann* und Mitarbeiter haben einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, diese Techniken wissenschaftlich zu untermauern. Zu den Kompensationen zählen Handlungsänderungen und spezielle Schlucktechniken.

*Haltungsänderungen* sind relativ einfach durchzuführen und können deshalb von vielen Patienten angewendet werden. Nach vorne Beugen des Kopfes (Anteflexion) kann durch die Wirkung der Schwerkraft ein vorzeitiges Abgleiten der Nahrung über den Zungenrücken und damit eine prädeglutitive Aspiration verhindern. Bei Problemen mit dem oralen Bolusrücktransport wird der Kopf kurzzeitig gestreckt (Kopfextension) und dann sofort geschluckt. Liegt eine einseitige Parese der Rachenmuskeln, mit Gefahr einer postdeglutitiven Aspiration vor, dreht der Pa-

tient den Kopf zur kranken Seite (Kopfrotation) und leitet damit den Bolus über die gesunde Seite. Besteht eine kombinierte einseitige Parese der Zunge und des Rachens, wird der Kopf zur gesunden Seite geneigt (Lateralflexion), so daß die Nahrung über diese Seite abfließen kann (*Logemann et al.* 1989, *Shanan et al.* 1993, *Rasley et al.* 1993). Bei bilateraler pharyngealer Parese wird in manchen Fällen die Liegeposition empfohlen, da hierdurch der Einfluß der Schwerkraft eliminiert wird. Allerdings müssen die Patienten in der Lage sein, durch nachfolgende Leerschlucke den Rachen zu reinigen (*Drake et al.* 1997).

Höhere Anforderungen an das motorische Lernen stellen spezielle Schlucktechniken. Beim *supraglottischen Schlucken* verschließt der Patient durch willkürliches Atem anhalten während des Schluckens die Stimmlippen. Unmittelbar nach dem Schlucken wird ohne vorhergehende Zwischenatmung abgehustet und damit eventuell in den Kehlkopfeingang penetrierte Nahrungspartikel entfernt (*Larsen* 1974). Beim *supersupraglottischen Schlucken* hält man den Atem kräftig an. Dies führt zu einem verstärkten Kippen der Aryknorpel und damit zu einem verbesserten Verschluss des Kehlkopfeingangs (*Martin et al.* 1993). Die Techniken werden als Schutzmaßnahme bei prä- und intradeglutitiver Aspiration angewendet.

Die sogenannte *Mendelsohn-Technik* eignet sich zur willkürlichen Steuerung der Öffnung des oberen Speiseröhrensphinkters. Der Patient wird angehalten, während des Schluckens die Kehlkopfhebung zeitlich zu verlängern, indem er die Zunge etwa 2 Sekunden gegen den Gaumen preßt. Dies bewirkt einen kräftigeren Zungenschub, gleichzeitig wird durch die prolongierte Kehlkophebung die Dauer der Sphinkteröffnung verlängert (*McConnel et al.* 1988, *Kahrilas et al.* 1991). Die Methode ist vor allem bei postdeglutitiver Aspiration indiziert (*Bartolome/Neumann* 1993).

Manchmal genügen bei pharyngealen Retentionen wiederholte Leerschlucke, um Nahrungsreste zu beseitigen. Desweiteren kann *kräftiges Schlucken* die Zungenbasisretraktion und damit den pharyngealen Bolustransport verbessern (*Pouderoux/Kahrilas* 1995).

Der Patient wird instruiert, mit der ganzen Kraft der Mund- und Halsmuskulatur möglichst hart zu schlucken. In Abhängigkeit vom individuellen Pathomechanismus müssen Kompensationsstrategien kombiniert werden, z.B. die Mendelsohn-Technik mit Änderungen der Kopfhaltung usw.

#### 4.3 Adaptierende Maßnahmen

Zu den *adaptierenden Maßnahmen* gehören vor allem externe Hilfen, im Sinne einer Anpassung von außen an die Behinderung. Hilfen können auch bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und Problemen des motorischen Lernens eingesetzt werden. Adaptierende Maßnahmen beinhalten beim schluckgestörten Patienten diätetische Veränderungen bezüglich der Nahrungskonsistenz, sowie spezielle Eß- und Trinkhilfen.

Mit Hilfe *diätetischer Maßnahmen* versucht man den Bolustransport zu verbessern und gegebenenfalls Aspirationen zu verhindern. Entscheidungskriterium ist die Fließ- und Formbarkeit der Nahrung, also die rheologischen und kohäsiven Eigenschaften. In vielen Fällen sind dünnflüssige Konsistenzen oder trockene krümelige Nahrung schwieriger zu kontrollieren und zu transportieren als kohäsive, gleitfähige Konsistenzen. Ausnahmen bilden im Individualfall Störungen der pharyngealen Kontraktion; hier versucht man mit Hilfe der Flüssigkeiten den Rachen durchzuspülen. Auch bei Sphinkteröffnungsproblemen sind manchmal dünne Flüssigkeiten vorzuziehen, da diese auch kleine Öffnungen passieren können. Bezüglich der diätetischen Maßnahmen lassen sich keine festen Regeln aufstellen. Die geeignete Diät muß im Einzelfall erprobt werden (*Bartolome* in Druck). Auch bei identischer pathophysiologischer Symptomatik ergeben sich manchmal erhebliche Unterschiede in der Zusammenstellung der Nahrung. Notwendig ist hier eine intensive Zusammenarbeit mit der Diätassistentin.

*Trink- und Eßhilfen* werden zur Erleichterung der Nahrungsaufnahme oder zur Verbesserung des oralen Transportes eingesetzt. Die Trinkgefäße sollten einen ausreichenden Durchmesser besitzen, damit der Glas- oder Tassenrand beim Kippen nicht an die Nase stößt und damit Kopfextension provoziert. Bei

gravierenden Störungen des oralen Bolustransportes können z.B. Strohhalmtrinken oder spezielle Saugflaschen die Aufnahme der Flüssigkeiten erleichtern. Für die Nahrung wird im Bedarfsfall ein Schiebelöffel verwendet, der diese auf der Hinterzunge positioniert. Geeignete Bestecke, die vor allem bei zusätzlichen Störungen der Arm-, Handfunktionen das selbständige Essen ermöglichen, wählt man in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie aus.

#### 5. Outcome nach funktioneller Schlucktherapie

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden in den letzten Jahren zunehmend Qualitätsstandards gefordert. Die folgenden Daten beziehen sich auf Zwischenergebnisse einer Langzeit-Follow-up Studie (*Bartolome/Prosiegel/Yassourides* 1997). Ziel dieser prospektiven Kohortenstudie war es, (1) das Therapieergebnis zu dokumentieren und (2) Prediktoren für ein erfolgreiches Outcome herauszufinden.

Die Studienpopulation umfaßte 63 schluckgestörte Patienten (18 Frauen und 45 Männer) mit neurologischer Grunderkrankung. Progrediente Erkrankungen, schwere kognitive Beeinträchtigungen oder/und zusätzliche strukturelle Anomalien des Oropharynx wurden nicht in die Studienpopulation aufgenommen. Der Nachweis der neurologischen Erkrankung erfolgte bei allen Patienten durch die klinische Untersuchung sowie durch Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MR). Die ätiologischen Hauptgruppen umfaßten Hirninfarkte, Blutungen und Tumore. Mit 47 % stellten die Hirnstammläsionen die größte Untergruppe dar. Alle Patienten erhielten 4-5x wöchentlich, jeweils 45 Minuten, Schlucktherapie. Das Intervall zwischen schädigendem Ereignis und Therapiebeginn lag zwischen 1 und 104 Monaten. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 10 Wochen, mit einer Spannweite von 1-62 Wochen. Bei allen Patienten wurden zur Beurteilung der Schluckfunktion zu Therapiebeginn und zum Therapieende die klinische Basisdiagnostik, die Videoendoskopie und Videographie durchgeführt. Die Verteilung des Schweregrades der Schluckstörung zu Behandlungsbeginn ist in Tabelle 2 darge-

stellt. Tabelle 3 zeigt die Untergliederung der Störungsmodalitäten bezüglich der Schluckphasen. Deutlich wird hier der hohe Anteil mehrphasischer Störungen. Insgesamt finden sich bei 94 % der Patienten im Störungsbild eine pharyngeale Beteiligung und bei 22 % zusätzliche ösophageale Beeinträchtigungen. Diese Daten unterstützen die Forderung nach sorgfältiger interdisziplinärer Diagnostik, da mit der klinischen Basisuntersuchung nur die orale Phase einigermaßen sicher beurteilt werden kann.

Der Therapieerfolg wurde an der Ernährungsmodalität gemessen: 1. ausschließlich Sondenernährung, 2. partiell Sonde und orale Ernährung, 3. orale Ernährung mit Kompensation und 4. ausschließlich orale Ernährung.

Verbesserungen sind durch eine Verschiebung innerhalb dieser Ordinalskala nach oben gekennzeichnet, also z.B. von 1 nach 2 usw. Eine Verschlechterung entsprach einer Verschiebung nach unten, während ein Beibehalten des Ernährungsstatus als nicht erfolgreich eingestuft wurde.

Zum Therapieende zeigten 70 % der Patienten eine Verbesserung der Ernährungsmodalität, 30 % blieben unverändert. In keinem Fall war eine Verschlechterung zu beobachten. Tabelle 4 zeigt zum Zeitpunkt des Therapieendes eine deutliche Abnahme der Sondenernährung und einen signifikanten Anstieg oraler Nahrungsaufnahme unter Anwendung von Kompensationsstrategien.

Grad Aspirationsmenge	%
0 Keine Aspiration	16 %
I Penetration in den Kehlkopfeingang bei erhaltenem Hustenreflex	17 %
II Konstante Aspiration von < 10% des Bolusvolumens bei erhaltenem Hustenreflex	10 %
III Konstante Aspiration von > 10% des Bolusvolumens bei erhaltenem Hustenreflex oder von einem beliebigen Volumen bei gestörtem Hustenreflex	57 %

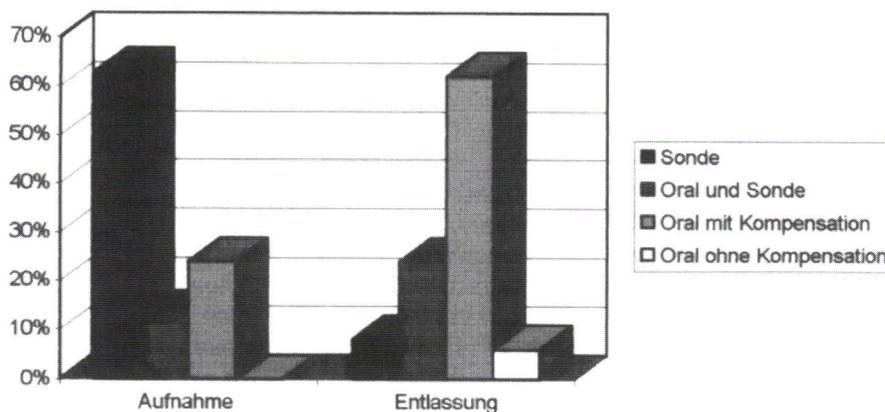
G. Bartolome et al./NeuroRehabilitation 9 (1997), 195-204

Tabelle 2: Schweregrad der Schluckstörung bei Therapiebeginn (Schema nach Hannig 1995)

Phase	%
Oral	6 %
Pharyngeal	32 %
Oral + pharyngeal	37 %
Pharyngeal + ösophageal	14 %
Oral + pharyngeal + ösophageal	8 %

G. Bartolome et al./NeuroRehabilitation 9, (1997), 195-204

Tabelle 3: Phasenspezifische Störungen (> 5 % prevalence)



G. Bartolome et al./NeuroRehabilitation 9, (1997), 195-204

Tabelle 4: Ernährungsmodalität vor und nach funktioneller Schlucktherapie

Die Variablen Alter, Geschlecht, Schweregrad der Schluckstörung, Therapiedauer sowie die Dauer des Intervalls zwischen schädigendem Ereignis- und Therapiebeginn beeinflussten das Outcome nicht. Um den Einfluß der Spontanremission zu untersuchen, wurden zwei Untergruppen bezüglich des Therapiebeginns gebildet. (Gruppe A: Therapiebeginn < 25 Wochen nach Erkrankungsbeginn und Gruppe B: > 25 Wochen nach Erkrankungsbeginn). Es zeigte sich eine deutlich längere Therapiedauer für Gruppe B, jedoch keine Unterschiede im Therapieergebnis. Unterstellt man nach 25 Wochen eine weitgehend abgelaufene Spontanremission, belegen die Daten äußerst erfolgreiche Therapieergebnisse. Die längere Therapiedauer der spät aufgenommenen Patienten im Vergleich zu den frühzeitig Behandelten spricht für einen möglichst baldigen Therapiebeginn. Da weder hohes Alter, noch besonders schwere Schluckstörungen das Therapieergebnis negativ beeinflussten, sollten diese Faktoren keinen Hinderungsgrund für einen Rehabilitationsversuch darstellen. Um jedoch die Effektivität der Therapie tatsächlich nachweisen zu können, müssen Untersuchungen mit einer größeren Studienpopulation und homogenen Gruppen bezüglich der Grunderkrankung und der Art der Schluckstörung folgen.

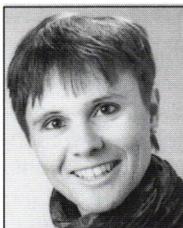
#### Literatur

- Barlett, J.G., Gorbach, S.L.: The tripple treat of aspiration pneumonia. *Chest* 68 (1975), 560-566.
- Bartolome, G., Neumann, S.: Swallowing therapy in patients with neurological disorders causing cricopharyngeal dysfunction. *Dysphagia* 8 (1993), 146-49.
- Bartolome, G., Prosiegel, M., Yassouridis, A.: Long-term functional outcome in patients with neurogenic dysphagia. *NeuroRehabilitation* 9 (1997), 195-204.
- Bartolome, G.: Die funktionelle Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen. In: *Bartolome et al.: Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen*. Stuttgart 1993.
- Bartolome, G.: Pathophysiologische Auffälligkeiten während der klinischen Schluckbeobachtung. In: *Bartolome et al.: Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen*. Stuttgart 1993.
- Bartolome, G.: Schluckstörungen. In: *Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): Neurorehabilitation*. In Druck.
- Bartolome, G.: Schluckstörungen. *LOGOS* 3 (1995), 164-176.
- Bynum, L.J., Pierce, A.K.: Pulmonary aspiration of gastric contents. *Am Rev Respir Dis* 114 (1976), 1129-1136.
- Dodds, W., Logemann, J.A., Stewart, E.: Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *American Journal of Radiology* 154 (1990), 953-963.

- Drake, W., O'Donoghue, S., Bartram, C. et al. Case study: Eating in side lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia. *Brain Injury* 11 (1997), 137-142.
- Fujiu, M., Toleikis, J.R., Logemann, J.A., Larson, C.R.: Glossopharyngeal evoked potentials in normal subjects following mechanical stimulation of the anterior faucial pillar. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 92 (1995), 183-195.
- Groher, M.E., Bukatmun, R.: The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals. *Dysphagia* 1 (1986), 3-6.
- Hannig, C., Wuttge-Hannig, A.: Radiologische Diagnostik und Therapiekontrolle neurologischer Schluckstörungen. In: *Bartolome et al.: Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen*. Stuttgart 1993.
- Hannig, C.: Radiologische Funktionsdiagnostik des Pharynx und Ösophagus. Berlin 1995.
- Jacob, P., Kahrilas, P., Lin, S., Logemann, J., Shah, V.: Upper esophageal sphincter opening and modulation during swallowing. *Gastroenterology* 97 (1989), 1469-1478.
- Kahrilas, J.P., Logemann, J.A., Krugler, C., FLanagan, E.: Volitional augmentation of upper esophageal sphincter opening during swallowing. *Am J Physiol* 260 (1991), G450-456.
- Larsen, G.: Rehabilitation for dysphagia paralytica. *J Speech Hear Dis* 37 (1974), 187-93.
- Logemann, J.A., Kahrilas, J.P., Kobara, M., Vakil, N.: The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil* 70 (1989), 767-771.
- Logemann, J.A., Pauloski, B.R., Colangelo, L. et al.: Effects of a sour bolus on oropharyngeal swallowing measures in patients with neurogenic dysphagia. *J Speech Hear Res* 38 (1995), 556-563.
- Logemann, J.A.: Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin, Texas 21998.
- Logemann, J.A.: Dysphagia: evaluation and treatment. *Folia Phoniatri Logop* 47 (1995), 140-164.
- Martin, B.J.W., Logemann, J.A., Shaker, R., Dodds, W.J.: Normal laryngeal valving patterns during three breath holding maneuvers: A pilot investigation. *Dysphagia* 8 (1993), 11-20.
- McCannel, F., Cerenko, D., Mendelsohn, M.: Manofluorographic analysis of swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America* 4 (1988), 625-635.
- Neumann, S.: Physiologie des Schluckvorganges. In: *Bartolome et al.: Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen*. Stuttgart 1993.
- Pehlivan, M., Yüceyar, N., Erkin, C., Celebi, G., Ertaş, M., Kalacı, T., Aydogdu, I.: An electronic device measuring the frequency of spontaneous swallowing: digital phagometer. *Dysphagia* 11 (1996), 259-264.
- Perlman, A., Christensen, J.: Topography and functional anatomy of the swallowing structures. In: *Perlman, A., Schulze-Delrieu, K.* (Hrsg.): *Deglutition and its disorders*. San Diego, CA 1997.
- Perlman, A., Luschei, E., DuMond, C.: Electrical activity from the superior pharyngeal constrictor during reflexive and nonreflexive tasks. *J Speech Hear Res* 32 (1989), 749-754.
- Ponderoux, P., Kahrilas, P.J.: Deglutitive tongue force modulation by volition, volume and viscosity in humans. *Gastroenterology* 108 (1995), 1418-26.
- Schröter-Morasch, H.: Klinische Untersuchung der am Schluckvorgang beteiligten Organe. In: *Bartolome et al.: Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen*. Stuttgart 1993.
- Schröter-Morasch, H.: Schlucken. In: *Wendler, G., Seidner, W., Kittel, G., Eysholdt, U.* (Hrsg.): *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie*. Stuttgart 1996.
- Shanahan, T.K., Logemann, J.A., Rademaker, A.W. et al.: Chin down posture effects on aspiration in dysphagic patients. *Arch Phys Med Rehabil* 74 (1993), 736-739.
- Siebens, H., Trupe, E., Siebens, A., Cook, F., Ansen, S., Hanauer R., Oster, G.: Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 34 (1986), 192-198.

Anschrift der Verfasserin:

Gudrun Bartolome  
 Abt. Neuropsychologie, Abt. Phys Med Rehab  
 Städtisches Krankenhaus Bogenhausen  
 Akademisches Lehrkrankenhaus  
 Engelschalkinger Str. 77  
 81925 München



Barbara Bimüller, Nürnberg

## Im Gespräch

### Sprachtherapie in der beruflichen Bildung bei hör- und sprachbehinderten Jugendlichen

#### Zusammenfassung

Der Titel des wissenschaftlichen Symposiums der Arbeitsgemeinschaft der Freiberuflichen und Angestellten Sprachheilpädagogen (AGFAS) im Januar 1998 in München „Sprachheilpädagogen in der Forschung: Daten für die Therapie“ ließe sich auch umkehren in „Sprachheilpädagogen in der Therapie: Daten für die Forschung“. Im täglichen Berufsalltag ist es oft schwierig, die akademisch-wissenschaftlichen Anteile immer konsequent weiter zu verfolgen. Die Arbeit mit hör- und sprachbehinderten Jugendlichen stellt zudem ein Randgebiet der Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen dar. Dementsprechend gibt es wenig geeignetes Test- und Therapiematerial. Sprachstand und Kommunikationsfähigkeit der Jugendlichen sind sehr heterogen und von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Die spezielle Klientengruppe erfordert daher ein absolut individualisierendes Vorgehen. Dennoch können Methoden der Therapieplanung, Verlaufsdagnostik und Ergebnissicherung eingesetzt werden, die vergleichbare Aussagen über Effekte pädagogisch-therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Welche Rolle methodisch-wissenschaftliche Grundausbildung und zunehmende Berufserfahrung bei der erfolgreichen Therapiegestaltung spielen, wird diskutiert.

#### 1. Einleitung

Prälingual Gehörlose und viele der hochgradig Schwerhörigen erwerben die Lautsprache nicht spontan über das Ohr (vgl. *Jussen* 1991, 206), sondern bedürfen gezielter, fachlicher Hilfestellung. Ohne im Rahmen dieses Beitrags genauer auf die verschiedenen Ansätze des Sprachlernens bei gehörlosen und schwerhörigen Kindern einzugehen, sollen dennoch einige wesentliche Punkte festgehalten werden. So ist in der einschlägigen Literatur nie die Rede von Sprachtherapie, sondern von Sprachvermittlungsverfahren beim gehörlosen Kind (*Jann* 1994), Sprach-

erziehung bei Gehörlosen (vgl. u.a. *Jussen* 1991, 208), von systematischem Sprachaufbau, Sprachausbau ... (*Salz* 1993). Die Ansätze reichen dabei von muttersprachlich-natürlichem Vorgehen bis hin zu selektiv-systematischen, aufbauenden Verfahren (*Breiner* 1995, 213). Man spricht von der besonderen sprachlichen Förderung, die in der Früherziehung ihren Anfang nimmt und im Sprachunterricht der Schule als gezielter, bewußt methodisch-didaktisch geplanter Prozeß fortgesetzt wird (*Salz* 1993, *Braun, Klingl, Mooser, Tigges* 1979). Sprachlernen ist im Rahmen der Hörgeschädigtenpädagogik häufig auf Schule und Unterricht bezogen. Während der beruflichen Ausbildung geht es um Spracherweiterung bezogen auf den Erwerb einer Fachsprache sowie fachsprachlicher Strukturen (*Köttig* 1987, *Schulte* 1987, *Schulte/Schlenker-Schulte/Günther* 1988). Der Grundwortschatz einer Sprache umfaßt ca. 2000 Wörter (*Rouß* 1991). Je nach Berufsbereich müssen in 3 bis 3 1/2 Ausbildungsjahren eintausend oder mehr Fachbegriffe neu gelernt werden (vgl. *Köttig* 1987, 96). Einen breiten Raum nimmt die Diskussion Lautsprache vs. Gebärdensprache ein, worauf im Rahmen dieses Beitrags nicht weiter eingegangen werden kann. Von Sprachtherapie mit Jugendlichen wird ebenfalls selten gesprochen. Für das Jugendalter werden vielmehr umfangreiche Entwicklungsaufgaben beschrieben (*Oerter/Dreher* 1995), wobei Sprache nur ein Aspekt neben vielen anderen ist. Die mehrjährige Arbeit am Berufsbildungswerk Nürnberg zeigt jedoch, wie wichtig sprachtherapeutische Maßnahmen für hör- und sprachbehinderte Jugendliche im Hin-

blick auf eine erfolgreiche berufliche Erstausbildung sind.

## 2. Sprachtherapie am Berufsbildungswerk Nürnberg

Berufsbildungswerke zielen von ihrer Grundkonzeption darauf ab, jugendlichen Behinderter in einer auf ihre Behinderungsart und deren Auswirkung eingestellten Ausbildungsorganisation einen Abschluß nach dem Berufsbildungsgesetz zu ermöglichen und dadurch die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. In einem Berufsbildungswerk können die gleichen Berufsabschlüsse abgelegt werden, wie in der betrieblichen Ausbildung. Dies bedeutet, daß hör- und sprachbehinderte Jugendliche unter erschwerten Ausgangsbedingungen die gleiche Gesellenprüfung in Theorie und Praxis machen müssen wie Hörende, Nichtbehinderte. Die praktische Ausbildung in den Werkstätten sowie die theoretische Ausbildung in der Berufsschule wird von ausbildungsbegleitenden Fachdiensten (Sozialdienst, Psychologischer Dienst, Audiologie und Sprachtherapie) unterstützt. Zu den Aufgaben der Fachstelle für Audiologie und Sprachtherapie gehört es, durch individuelle Diagnostik und Beratung sowie durch technische, sinnesaktivierende und sprachfördernde Maßnahmen die Voraussetzungen für die berufliche Rehabilitation zu verbessern. Primäres Ziel der Sprachtherapie ist es, das erfolgreiche Absolvieren der beruflichen Ausbildung, das Erlernen eines anerkannten Ausbildungsberufes, zu unterstützen. Dabei sind Sprachkompetenz und Kommunikationsfähigkeit möglichst weit auszubauen, um den steigenden sprachlichen Anforderungen der Berufs- und Arbeitswelt von heute entsprechen zu können.

Dies geschieht durch:

- Hör- und Absehrtraining
- Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (Verbesserung der Sprechverständlichkeit)
- Erarbeiten von Kommunikationsstrategien mit Hörenden
- Individuelle Unterstützung beim Erwerb der Fachsprache
- Erfassung und Behandlung von Teilleistungsstörungen

- Fachliche Beratung unter Berücksichtigung der individuellen Hör- oder Sprachbehinderung

## 3. Die besondere Klientel

Derzeit werden am BBW Nürnberg 252 Jugendliche aus dem gesamten Bundesgebiet in neun verschiedenen Berufsfeldern ausgebildet. 5,6 % dieser Gruppe gelten als sprachbehindert (ohne Hörschädigung), ein Drittel als schwerhörig, knapp zwei Drittel als gehörlos (resthörig und gehörlos). Die Klientel der Sprachtherapie setzt sich derzeit zu 25,8 % aus sprachbehinderten, zu 3,2 % aus schwerhörigen und zu 71 % aus gehörlosen Jugendlichen zusammen (siehe Abb. 1). Dies zeigt, daß auch die sprachbehinderten Jugendlichen in hohem Maße einer intensiven und kontinuierlichen Sprachtherapie bedürfen.

Schädigung	Verteilung am BBW Nürnberg (n=252)	Verteilung in der Sprachtherapie (n=31)
sprachbehindert	5,6 %	25,8 %
schwerhörig	33,3 %	3,2 %
gehörlos	61,1 %	71,1 %

Abb. 1: Arten der Behinderung am BBW Nürnberg und in der Sprachtherapie

Was auf dem Papier als klare Einteilung erscheinen mag, sieht in der Realität völlig anders aus:

- Es gibt nicht den Gehörlosen oder den typischen Sprachbehinderten.
- Sprachstand und Kommunikationsfähigkeit sind sehr unterschiedlich. Der eigentliche Hörverlust sagt darüber oft nicht viel aus.
- Unterschiedliche Berufsfelder erfordern unterschiedliche sprachliche Fähigkeiten.

Die Besonderheit der Klientel (unterschiedliche Ausmaße und Auswirkungen der Hörschädigung, unterschiedliche Störungsbilder, unterschiedliche kognitive Voraussetzungen, unterschiedliche soziokulturelle Hintergründe, unterschiedliche bisherige Fördermaßnahmen, unterschiedliche Sprachkompetenz) sowie die verschiedenen beruflichen Lerninhalte erfordern ein absolut individualisieren-

des Vorgehen. Dabei gibt es wenig geeignetes Test- und Therapiematerial. Wortschatz, Therapiematerial und Sprachformen sind vielmehr aus den jeweiligen Berufsfächern zu entwickeln.

Um dieser heterogenen Gruppe gerecht zu werden, um ökonomisch, zielgerichtet und damit erfolgreich zu arbeiten, und um vergleichbare Aussagen über Therapiebedarf sowie realistische Prognosen über den Therapieverlauf zu erhalten, habe ich für meinen Arbeitsbereich das folgende Grundraster entwickelt.

#### 4. Diagnostik

Angesichts einer großen Zahl von Neu-aufnahmen bin ich gezwungen, mir schnell einen repräsentativen Eindruck bezüglich des Therapiebedarfs zu verschaffen. Dies geschieht mit Hilfe eines Screeningverfahrens.

##### 4.1 Screeningverfahren für alle Neu-aufnahmen (ca. 80 Jugendliche)

Es werden verschiedene sprachliche Modalitäten einschließlich Absehen überprüft. Es handelt sich um kein standardisiertes Verfahren. Zielstellung ist das Ermitteln des Therapiebedarfs. Die Auswertung erfolgt dabei quantitativ, das Ergebnis ist in Zusammenhang mit dem Ausmaß der Hörschädigung zu sehen. Es lassen sich grob wesentliche Therapiebereiche bestimmen: Absehen, Sprache (=Wortschatz/Grammatik), Artikulation und Stimme.

##### 4.2 Individuelle Diagnostik

Die individuelle Diagnostik umfaßt, da objektive Verfahren nur unzureichend zur Verfügung stehen, informelle Verfahren und Subtests aus standardisierten Testverfahren. Um den Sprachstand hörgeschädigter Kinder zu erfassen, werden immer wieder Sprachtests eingesetzt, die an normalhörenden Populationen entwickelt wurden. Es lassen sich daher keine Aussagen machen über unterschiedliche Verläufe der Sprachentwicklung innerhalb der Gruppe der Hörgeschädigten, sondern es wird der Entwicklungsrückstand von hörgeschädigten Kindern zu den normalhörenden Kindern beschrieben (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.),

24). Dieser Aspekt darf bei der Beurteilung der Ergebnisse nicht außer Acht gelassen werden.

Informelle Verfahren werden eingesetzt zur Überprüfung von

Artikulation	➔ Lautprüfbogen für Stammer (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik)
Mundmotorik	➔ Prüfbogen (selbst erstellt)
Sprach-/Lesesinnverständnis	➔ Text: „Absage“ in Leseschule 5/6 (Roeder)
Spontansprache	➔ Bildergeschichte (Frank/Grziwotz)
Teilleistungsstörungen	➔ Beobachtungsbogen (selbst erstellt)

Mir ist klar, daß es sich hierbei um sehr offene Verfahren handelt. Lautprüfbogen, Lesetext und Bildergeschichte sind frei gewählt und erheben nicht den Anspruch, die einzig möglichen Materialien zur Überprüfung der oben genannten Bereiche zu sein. Aus den Beobachtungen, wie Jugendliche mit dem einfachen Text (Lesestufe 5./6. Klasse) umgehen bzw. wie die Bildergeschichte versprachlicht wird, hat sich jedoch ein Erfahrungswissen gebildet, das Vergleiche erlaubt und mir Hinweise für die Therapiegestaltung liefert.

Subtests aus standardisierten Testverfahren werden darüber hinaus zur Absicherung eines bestimmten Verdachts eingesetzt, wenn beispielsweise ein sehr schlechtes Sprachverständnis sich nicht allein aus der Hörschädigung erklären läßt. Hierbei handelt es sich um Subtests aus den folgenden Testverfahren:

- Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET)
- Aachener Aphasietest (AAT)
- Tübinger-Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe (TÜLUC)

Da keines der genannten Testverfahren für die spezielle Bezugsgruppe normiert ist, ist die Beurteilung der Ergebnisse nicht objektiv, sondern subjektiv-intuitiv. An dieser Stelle bin ich als Therapeutin gefordert, mit meinem „subjektiven“ Eindruck, gestützt auf theoretisches Grundwissen und zunehmend umfangreichere Erfahrungswerte, das Richtige

anzufangen.

Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem psychologischen Fachdienst erhalte ich Informationen zu Kognition, Gedächtnis, Konzentration, Motivation und Persönlichkeit.

### 5. Therapie

Die Therapie wird einzeln oder in Kleingruppen 1-2 mal wöchentlich in Einheiten zu je 45 Minuten durchgeführt. Für die Therapie wird ein individueller Therapieplan erstellt, wobei sich das Grobziel der Therapie aus den diagnostischen Erkenntnissen und aus den Anforderungen des jeweiligen Berufsfeldes ergibt.

Theoretisches Fundament ist ferner eine genaue Kenntnis der kindlichen Sprachentwicklung sowie das Wissen um Sprachstrukturen Gehörloser (keine Einfachsprache!). Sprachlernen vollzieht sich in Kommunikationssituationen, inszenierten Sprachhandlungssituationen, die Modellcharakter haben sollen, was bedeutet, daß bestimmte Sprachstrukturen verstärkt eingesetzt werden und Situationen geschaffen werden, in denen Sprachgebrauch von entscheidender Bedeutung ist (vgl. u.a. *Ruoß 1991, Ding 1991*). Als Beispiele seien genannt:

- Zulassen elliptischer Äußerungen als Antwort
- gezielte Verwendung von W-Fragen
- Erweitern / Modellieren von unvollständigen bzw. fehlerhaften Äußerungen
- Einführen von Satzstrukturen und Variation der Satzmuster mit anderen Inhaltsträgern

Entscheidend für ein erfolgreiches Gelingen der Kommunikation am Arbeitsplatz ist die Fähigkeit der Hör- und Sprachbehinderten, ihre Kollegen bzw. Vorgesetzten zu „verstehen“ (Bedeutung des Absehens / der Sprachkompetenz) sowie von diesen verstanden zu werden (Bedeutung der Sprechverständlichkeit) (vgl. *Jussen 1995, 36ff*). Dabei spielt neben der Lautkorrektur die Arbeit an Prosodie und Sprechrhythmus eine entscheidende Rolle. In der eigentlichen Artikulationstherapie lasse ich mich von phonetisch-phonologischen Gesichtspunkten leiten, indem ich versuche, Laute nach Lautbildungsprinzipien (z.B. Plosive/Nasale/Frikative) gruppenweise

aufzubauen, in Erinnerung zu rufen, bewußt zu machen (vgl. *Jussen/Kloster-Jensen/Wisotzki 1994*).

Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, wie ich mich bei der Therapieplanung auf meine wissenschaftliche Grundausbildung stütze, Zusammenhänge über Sprechen/Sprache und Sprechenlernen im Hinterkopf habe.

Die Altersstufe *Jugendalter* erfordert ein bewußtes, strukturiertes und begründbares Vorgehen. Viele Jugendliche lehnen zu spielerische Elemente als kindisch ab, Material aus der Erwachsenentherapie ist jedoch häufig zu abstrakt und entspricht nicht der sprachlichen Welt Hörbehinderter.

Der Aufbau der Therapiestunden ist von einer Didaktik des Unterrichts mit geprägt. Von entscheidender Bedeutung für das Gelingen einer Therapiestunde bzw. einer Therapie ist die Motivation, die Einsicht in die Notwendigkeit bestimmter Übungen seitens der Jugendlichen (einige Jugendliche wollen sehr genau wissen, wofür eine bestimmte Übung gut ist). Nicht nur für Gehörlose ist es wichtig, ein klares Ziel vorzugeben bzw. gemeinsam zu entwickeln und Regeln und Gesetzmäßigkeiten festzuhalten, bevor dann die eigentliche Übungsphase beginnt. Abschluß einer Therapiestunde ist im Idealfall die Sicherung in Form einer Art Lernzielkontrolle, indem eine Übung ohne bzw. mit wenig Hilfestellung wiederholt oder leicht variiert wird. Konkret sieht das so aus, daß beispielsweise Thema ist, wie ein Stuhl gepolstert wird. Anhand einer Fotoserie werden Werkzeuge, Arbeitsmaterialien und Arbeitstechniken erarbeitet, Arbeitsschritte versprachlicht, Handlungspläne erstellt. Im Unterschied zu Unterricht oder Unterweisung geht es nicht um reine Wissensvermittlung, sondern es werden gezielte Hilfen zu Atmung, Sprechtechnik, Verbesserung der Sprechverständlichkeit sowie dem Behalten sprachlicher Strukturen gegeben.

### 6. Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung

Wie läßt sich die Wirksamkeit der therapeutischen Verfahren überprüfen?

Angesichts eines enormen Versorgungsauftrags ist es mir derzeit nicht möglich, Jugendliche nach der Therapie gezielt weiter zu ver-

folgen. Erfolgskontrolle bzw. Qualitätssicherung ist zudem schwierig, weil

- die Bezugsgruppe sehr heterogen ist;
- Entwicklungsschritte im Jugendalter langsamer vollzogen werden;
- Spracherwerb und Kommunikation sehr komplex und von sehr vielen verschiedenen Faktoren abhängig sind, so daß trotz sorgfältiger Planung nicht immer explizit festgestellt werden kann, welche therapeutische Maßnahme welchen Effekt hat;
- Sprachtherapie nur ein Aspekt neben vielen anderen Themen des Jugendalters (z.B. Führerschein, Probleme innerhalb der Gruppe, Probleme mit dem Freund/der Freundin, die Zwischenprüfung ist bestanden, die Abschlußprüfung noch weit weg ...) ist;
- mit Sprache nicht nur in einer Stunde Sprachtherapie umgegangen wird;
- Jugendliche ihre Abschlußprüfung machen und danach für mich nicht mehr erreichbar sind.

All diesen Widrigkeiten zum Trotz versuche ich dennoch folgendes:

- Im Sinne einer Art Verlaufsdagnostik wiederhole ich einzelne Übungen oder Subtests in größeren zeitlichen Abständen. Dabei zeigen sich in vielen Fällen positive Veränderungen.
- Therapieberichte am Ende eines Ausbildungsjahres dienen der Dokumentation des Therapieverlaufs und des bisher Erreichten. Sie stellen für mich selbst ein wichtiges Reflexionsinstrument dar.
- Sicherungsphasen am Ende einer Therapiestunde (wie bereits angesprochen) in Anlehnung an eine Didaktik des Unterrichts geben mir eine schnelle Rückmeldung darüber, wie in den nächsten Stunden weiter zu verfahren ist.

### 7. Fazit

Wo sind die wissenschaftlich-akademischen Anteile meiner Arbeit?

In Zeiten „leerer Kassen“ (zwei Stellen im Bereich Sprachtherapie sind bereits seit längerem nicht besetzt) und eines immensen Versorgungsauftrags ist es mir nicht möglich, isolierten Fragestellungen von wissenschaft-

lichem Interesse nachzugehen. Ich will meine Vorgehensweise daher auch nicht als Patientrezept verstanden wissen, sondern sehe sie als einen Versuch, durch systematisiertes Vorgehen den Wald vor lauter Bäumen trotzdem zu sehen und professionell zu arbeiten. Prognosen und Aussagen bezüglich des Therapieerfolgs sind, da objektive Verfahren nur unzureichend zur Verfügung stehen, subjektiv und vor dem Hintergrund zunehmender Berufserfahrung objektivierbar. Im täglichen Berufsalltag ist es nicht möglich, systematisch Einzelfall- bzw. Langzeitstudien durchzuführen, so daß ich darauf angewiesen bin, daß dies an anderer Stelle geschieht. Ein intensiver Austausch zwischen Forschern und Anwendern wäre wünschenswert.

Praxis und Theorie – für mich ist dies kein „entweder – oder“, sondern ein „mehr“ oder „weniger“, sich aber in jedem Fall gegenseitig Ergänzendes, abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen und Zielen der jeweiligen Institution.

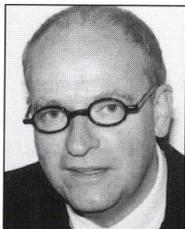
### Literatur

- Angermaier, M.*: Psycholinguistischer Entwicklungstest. Weinheim 1977.
- Braun, A., Klingl, A., Mooser, B., Tigges, J.*: Sprachunterricht an Schulen für Gehörlose. Villingen-Schwenningen 1979.
- Breiner, H.L.*: Sprachstörungen bei Gehörlosigkeit. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie Bd. 8. Sprachstörungen im sonderpädagogischen Bezugssystem. Berlin 1995, 187-227.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.): Forschungsbericht Erfassung und Beschreibung neurogener Lernstörungen beim Spracherwerb hörgeschädigter Schulkinder. Bonn o.J.
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): Lautprüfbogen für Stammler. Hamburg 1968.
- Ding, H.*: Spracherwerb bei Schwerhörigen. *Hörgeschädigtenpädagogik* 5 (1991), 284-291.
- Frank, G., Grziwotz, P.*: Spiele zur Stammlerbehandlung. Ravensburg o.J.
- Hamster, W., Langner, W., Mayer, K.*: Tübinger-Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe (TÜLUC). Weinheim 1980.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K.*: Aachener Aphasietest (AAT). Göttingen 1983.

- Jann, P.A.: Methoden der Sprachvermittlung beim gehörlosen Kind: zur Grundlegung einer systematischen Spracherwerbsforschung. Heidelberg 1994.
- Jussen, H., Kloster-Jensen, M., Wisotzki, K.H.: Lautbildung bei Hörgeschädigten. Berlin <sup>3</sup>1994.
- Jussen, H.: Spracherwerb bei Gehörlosen. In: Jussen, H., Claußen, W.H. (Hrsg.): Chancen für Hörgeschädigte: Hilfen aus internationaler Perspektive. München 1991, 205-215.
- Jussen, H.: Weiterbildung bei Hörgeschädigten – Grundlagen, Bedingungen, Konsequenzen für Lehren und Lernen. In: Schulte, K.: Standortbestimmungen für Forschung, Lehre und Praxis der Gehörlosenpädagogik und der Schwerhörigenpädagogik: Dokumentation zum FST-Symposium 1995. Villingen-Schwenningen 1995, 33-52.
- Köttig, A.: Fachsprachliche Aspekte in der Sicht der Berufsschule. In: Kröhnert, O. (Hrsg.): Begabtenförderung jugendlicher und erwachsener Gehörloser im Spannungsfeld von Lautsprache und Gebärdensprache. Triesen 1987, 96-100.
- Oerter, R., Dreher, E.: Jugendalter. In: Oerter, R., Montada, L. u.a.: Entwicklungspsychologie. Weinheim <sup>3</sup>1995, 310-361.
- Roeder, E.: Leseschule C. Lichtenau o.J.
- Rouß, M.: Zur Psychologie des Spracherwerbs – Konsequenzen für die Gehörlosenpädagogik. Hörgeschädigtenpädagogik 3 (1991), 133-143.
- Salz, W.: Sprachaufbau. In: Plath, P. (Hrsg.): Lexikon der Hörschäden. Heidelberg 1993.
- Schulte, K.: Sprachliche Aspekte in beruflicher Perspektive. In: Kröhnert, O. (Hrsg.): Begabtenförderung jugendlicher und erwachsener Gehörloser im Spannungsfeld von Lautsprache und Gebärdensprache. Triesen 1987, 74-91.
- Schulte, K., Schlenker-Schulte, Ch., Günther, K.B.: Fortentwicklung berufssprachlicher Fähigkeiten Hörgeschädigter. Heidelberg 1988.

Anschrift der Verfasserin:

Barbara Bimüller  
 Sprachheillehrerin und Sprachheilpädagogin M.A.  
 Berufsbildungswerk Nürnberg  
 Pommernstr. 25  
 90451 Nürnberg  
 Barbara Bimüller arbeitet seit 1992 als Sprachtherapeutin in der Fachstelle Audiologie und Sprachtherapie des Berufsbildungswerkes Nürnberg.



Volker Maihack, Moers

**„Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik oder: Vom Unsinn des Theorie – Praxis – Gegensatzes für die Therapie“\***

Die „Praxisferne des universitären Theorieangebotes“ auf der einen und die „Theoriefeindlichkeit der in der Praxis tätigen Sprachheilpädagogen“ auf der anderen Seite sind Dogmen von beeindruckender Halbwertszeit. Die Sprachheilpädagogik als Integrationswissenschaft muß Polarisierungen vermeiden und diese zugunsten eines vorurteilsfreien Austausches zwischen beiden Positionen überwinden. Insbesondere unter Aspekten der Qualitätssicherung sind verstärkt empirische Forschungsansätze und damit der alltagstaugliche Theorie – Praxis Dialog erforderlich.

Die unter dieser Prämisse vorgenommene Kommentierung und Zusammenfassung der

Beiträge des AGFAS-Symposiums werden ergänzt um Überlegungen zur Entwicklung des Arbeitsfeldes Sprachtherapie in der Folge neuester politischer Prozesse.

Seit Sigmund Freud ist bekannt: Es gibt keine Zufälle. Der Titel dieses Aufsatzes ist daher auch keiner und beim langjährigen oder spezifisch interessierten Leser der Sprachheilarbeit werden möglicherweise die entsprechenden Assoziationen geweckt worden sein.

Bereits 1990 veröffentlichte Detlef Hacker in dieser Zeitschrift einen vielbeachteten Artikel unter dem Titel: „Eine Entdeckungsreise nach L 1 oder: Wie M. sich der Phonologie

\* Mit diesem Beitrag wird der Abdruck der Vorträge, die auf dem AGFAS-Symposium in München gehalten wurden, abgeschlossen.

des Deutschen nähert“ (1990, 64), in welchem er praktisch umsetzbare Vorschläge zur Therapie einer phonologischen Störung bei einem seiner kleinen Patienten machte. Und ebenfalls in diesem Fachorgan verunsicherte Friedrich *Dannenbauer* nur ein Jahr später „Symptom-orientiert“ arbeitende Sprachtherapeuten mit der Vorstellung seiner Forschungsergebnisse unter der Überschrift: „Vom Unsinn der Satzmusterübungen in der Dysgrammatismustherapie“ (1991, 202).

Beide Arbeiten haben nicht nur therapeutisches Handeln geprägt, sondern sind auch Belege für die Effizienz eines theoriegeleiteten Praxisbezuges. Diese programmatische Aussage sei an den Anfang gestellt.

Eine weitere Vorbemerkung sei der Wissenschaft vorbehalten, hier dem Kommunikationstheoretiker Prof. Dr. N. *Bolz*:

„Wissenschaft ist im allgemeinen eine Enttäuschung, eine Art Zumutung an normale Menschen mit ihrem Sinnbedürfnis. Immer dann, wenn man glaubt, irgendetwas über die Welt verstanden zu haben und trifft auf einen Wissenschaftler, muß man sich sagen lassen: So einfach ist das nicht“ (*Bolz* 1997, 11).

Das AGFAS-Symposium im Januar 1998 in München vereinte sieben Beiträge unter zwei Fragen: Stellt die sprachheilpädagogische Forschung – anwendbare – Daten/Hilfen für die Therapie bereit? Und: Hilft die Therapieerfahrung bei der Theoriebildung?

Die gemeinsame Antwort der Referenten war ein entschiedenes: Im Prinzip ja, aber!

Die Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik, wie sie sich in München präsentiert hat, zeigte eine, auch vom universitären Lokalkolorit geprägte, facettenreiche Landschaft.

In dieser und der letzten „Sprachheilarbeit“ wurden die Beiträge der Tagung dokumentiert. Es folgt hier nun der Versuch einer aphoristischen, fragmentarischen Zusammenfassung und Pointierung, der dem Text des Münchener Originalvortrages weitgehend folgt.

Den fulminanten Beginn setzte Stephan *Baumgartner* mit seinen Anmerkungen über „Das Verhältnis der Sprachheilpädagogik zur Sicherung der Qualität sprachtherapeutischer

*Leistung*“. Ein Satz aus dem Skript, der leider nicht zu hören war und dennoch wie ein roter Faden diesen Vortrag durchzog, lautete: Der alleskönnende Generalist hat ausgedient. Unter diesem Aspekt legt er den Finger in zahlreiche Wunden der Sprachtherapie und der sprachheilpädagogischen Diskussion im Besonderen.

Die „Professionalisierungsdebatte“, die er konstatiert, verstärke den Anerkennungsdruck von außen und innen und das berufliche Selbstverständnis führe zu mehr Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

Wunschdenken oder Wirklichkeit scheint hier die notwendige Frage zu sein, angesichts einer Dauerkonfrontation der sprachtherapeutischen Berufsgruppen untereinander, die deswegen nicht gänzlich verwundert, weil der gleichzeitig von ihm bemerkte „beinharte Gesundheitsmarkt“ natürlich bittere Realität ist. „Sprachtherapien am Fließband“ unter dem Druck ökonomischer Zwänge, stehen, so *Baumgartner*, zu Recht im Widerspruch zum hochgehaltenen Bildungsideal eines sprachheilpädagogisch-universitären Anspruchs.

„*Humboldt* ist eine schöne Ideologie, aber nicht praktikierbar“, so sein Fazit. Wenn er auch noch ein „Systemdilemma zwischen einer objekt- und subjektbezogenen Forschung und Therapie“ behauptet, so mag dies manchen Sprachheilpädagogen, besonders im universitären System, schmerzen, aber seine Folgethese, die „Praxis geht der Wissenschaft voran“, ist dann nur konsequent.

*Baumgartner* hat in der Tat ein Systemdilemma aufgezeigt, denn einerseits steht der Wunsch des Therapeuten nach objektiven, step-by-step operationalisierten Handlungsanweisungen, andererseits erwartet diesen jedoch das Subjekt Patient mit seiner individuellen Bedürfnisstruktur und daraus folgender Therapieerwartung. Die „Geographie des Bewußtseins von Naturwissenschaftlern und Sprachheilpädagogen paßt nicht zusammen“ lautet *Baumgartners* Schlußfolgerung. Aber dies ist nicht resignativ. Im Gegenteil, denn der Verweis auf das Psychotherapeutengesetz, das gerade in Kraft gesetzt wurde, weist den Weg aus der Sackgasse. Dort werden nämlich Effizienzkriterien formuliert und diese, so der Hochschullehrer, gehören ins

Pflichtenheft sprachheilpädagogischen Handelns.

Die Frage nach den drei W's: Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, muß auch in unserem Fachbereich gestattet sein. Mehr noch, sie ist von herausragender Bedeutung, denn unter den Aspekten einer qualitätsgesicherten Sprachtherapie verringern oder erhöhen Evaluationsstudien, d.h. Belege über die Effekte der durchgeführten Sprachtherapie, den Legitimationsdruck in unserem Arbeitsfeld. Wie sichern wir Qualität und erreichen die Kompetenz zu Evaluation? Ein dialogbereites Spezialistenteam sei die Voraussetzung und lebenslange, er meint wohl ein Therapeutenleben lange, Weiterbildung müsse Vorschrift werden. Aus Sicht des Berufsverbandes ein durchaus erstrebenswertes Ziel.

Stephan *Baumgartner* hat in München eine praxisnahe Betrachtungsperspektive gewählt. Den Berufsverband AGFAS fordert er auf, „Qualitätsbeschreibung zur gezielten Werbung für unsere Tätigkeit zu nutzen“. Daß AGFAS diesen Weg bereits konsequent verfolgt und ein Qualitätssicherungskonzept wenige Tage vor diesem Symposium bei der Bundesärztekammer vorgestellt hat, bestätigt den Referenten und den Verband.

Ein spezifischer Erwartungsdruck lastet auf Friedrich Michael *Dannenbauer* häufig, wenn er sich öffentlich zu Wort meldet. Erhoffen oder befürchten doch die Insider der Sprachheilpädagogik, mal wieder den Spiegel vorgehalten zu bekommen.

Als einer der Väter des Titels dieses Diskussionsvortrages hätte er enttäuscht, wenn er der Linguistik nicht einen zentralen Stellenwert in seinen Ausführungen zugewiesen hätte. Es hätte die erfahreneren Zuhörer allerdings ebenso enttäuscht, hätte er die Sprachwissenschaft ungeschoren davon kommen lassen. Zumindest der Autor dieser Zeilen teilt nämlich seine Auffassung, daß: „... Linguistik nicht ursächlich erklärt, warum es zu den bekannten Abweichungen kindlicher Sprache kommt.“

Sein Beitrag, der die Überschrift trägt: „*Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen*“ gründet auf dem Postulat, daß Sprachheil-

pädagogen nur dann ihre Zuständigkeit für „Sprachliches“ behaupten können, wenn Linguistik als Handwerkszeug beherrscht wird.

Diese, seine einleitenden Sätze, die eine klare Positionierung bedeuten, sind sicher zustimmungsfähig. Der Verzicht darauf, die fachliche Bedeutung von Pädagogik, Medizin, Psychologie oder Sozialwissenschaften mindestens zu erwähnen, wird nicht jeden zufriedenstellen. Ist Sprache nur Sprechen? Er führt im folgenden einen noch nicht vertrauten Terminus ein, wenn er von den „sprachpathologischen Berufsgruppen“ spricht und sein Augenmerk auf die Betrachtung phonologischer Störungen richtet.

Die herausragende Bedeutung, die das kompetente Wissen um Sprachsystematik für das Verständnis kindlicher Sprachstörungen hat, wird beeindruckend deutlich gemacht. Ist doch der Systemaspekt kindlicher Sprachtherapiekonzeptleitend wenn, ja *wenn* der Therapeut sein o.a. Handwerkszeug beherrscht. Tut er (oder natürlich sie) es, so lassen sich: „... durch Interventionen im kindlichen Lautsystem systematische Effekte erzielen, die zu weitreichenden Generalisierungen führen“. *Dannenbauer* wird nicht müde – und dafür sei ihm gedankt – den unspezifischen, Generalisierungseffekte lediglich per Vermutung unterstellenden Konzepten, wie den „perzeptuomotorischen“, Empirie entgegenzuhalten.

Allerdings ergibt sich hier ein Problem, welches wohl auch manche der praktischen Theoretiker ständig vor Augen haben. Wenn die tragfähigen, weil abgesicherten linguistischen Kategorien verlassen werden, wird es erheblich schwieriger, spezifische Therapieeffekte z.B. auf der Ebene der Interaktion zu systematisieren, zu kategorisieren oder zu operationalisieren. Deutlich wird dies, wenn in *Dannenbauers* Ausführungen die konkreten Beispiele einer effizient zu gestaltenden Therapie (nach distinktiven Merkmalen zusammengefaßte Lautklassen seien bspw. einer mühsamen Einzellauttherapie vorzuziehen), eher unspezifischen Betrachtungen mit dem recht allgemeinen Hinweis auf die Notwendigkeit kindgerechter Intervention und Interaktion im therapeutischen Setting weichen.

Der Münchener Sprachheilpädagoge weist zu Recht und seit vielen Jahren auf die Notwendigkeit der Spezifität sprachtherapeutischen Handelns hin, nicht zuletzt, um den ewigen Skeptikern im Umfeld der Sprachheilpädagogik „Fakten, Fakten, Fakten“ entgegenhalten zu können. *Dannenbauer* fordert – zumindest in seinem Skript, denn im vorgetragenen Referat war in der zur Verfügung stehenden Zeit leider nur ein rundes Drittel seiner Ausführungen zu hören – nachvollziehbare Fallstudien mit Effizienznachweisen. Aber den Spagat zwischen den harten Daten linguistischer Forschung und den nur schwer meßbaren pädagogisch/therapeutischen Effekten der Interaktion schafft auch er in seinem Beitrag nicht. Ist dieses überhaupt leistbar? Liegt in dem so schwierigen Bemühen, subjektives Handeln u.a. deshalb objektivieren zu wollen, weil es einen äußeren und inneren Legitimationsdruck gibt, nicht eines der zentralen Problemfelder unseres Berufes (s. *Baumgartner*)?

Auf diesen Theoriebeitrag aus der Forschung folgte im Symposium ein erheblich mehr auf die therapeutische Praxis bezogener Beitrag von Hildegard *Kaiser-Mantel* aus München.

Der von ihren Vorrednern ausgerollte rote Faden wurde von der Münchener Sprachheilpädagogin in ihrem Vortrag über „*Sprachheilpädagogische Diagnostik bei 3-4-jährigen Kindern*“ bereitwillig aufgenommen. Beeindruckend deutlich wurde am Beispiel eines der zentralen Handlungsfelder sprachtherapeutischer Tätigkeit, der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen, wie sehr objektive, systematische Beurteilungen oder/und subjektive, intuitive Momentaufnahmen zueinander in Beziehung stehen. Frau *Kaiser-Mantel* wies auf der Grundlage ihrer langjährigen Praxiserfahrung in einer sprachtherapeutischen (Früh-)Fördereinrichtung auf das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach objektiven, standardisierten Testverfahren auf der einen Seite und der Notwendigkeit der intuitiven, auf Therapieerfahrungen aufbauenden Hypothesenbildung auf der anderen Seite hin.

Auch ihr, von zahlreichen Praxisbeispielen unterlegtes, Fazit war ein entschiedenes Plädoyer für das Sowohl-als-auch in der Sprach-

therapie, wenn abschließend formuliert wurde:

„Intuition und systematische Vorgehensweise sind (bei der SEV-Diagnostik, V.M.) mit gleichen Anteilen enthalten und ergeben eine zufriedenstellende Diagnostik.“

Fast konnte der Eindruck gewonnen werden, die Referenten des Symposiums hätten im Vorfeld untereinander Einvernehmen über die an das Publikum zu vermittelnde „Botschaft“ hergestellt.

Form und Inhalt sprachheilpädagogischen Wirkens an einem Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachbehinderte ist vermutlich den meisten Kolleginnen und Kollegen nicht sehr vertraut. Umso interessanter war daher der Einblick in dieses Arbeitsfeld, den Barbara *Bimüller* aus Nürnberg den Symposiumsteilnehmern mit ihrem Bericht über die „*Sprachtherapie in der beruflichen Bildung bei hör- und sprachbehinderten Jugendlichen*“ gab.

Wie hart der theoretische Anspruch nach Individualität und Spezifität der Förderung der betroffenen Jugendlichen gelegentlich auf den Boden des therapeutischen Alltags aufschlägt, vermittelte Frau *Bimüller* nachhaltig. „Mir ist es angesichts eines immensen Versorgungsauftrages nicht möglich, Teilbereiche gestörter Leistungen herauszugreifen und diese gezielt und systematisch zu untersuchen. Prognosen und Aussagen bezüglich des Therapieerfolges sind, da objektive Verfahren nur unzureichend zur Verfügung stehen, eher subjektiv.“, stellte sie fest. Verzweifelt hier der Praktiker? Vermutlich nicht, vielmehr wird eine Problembeschreibung vorgelegt, die sicherlich nicht nur auf die beschriebene Zielgruppe zutrifft.

Denn: Der erlebte Widerspruch zwischen dem Zwang zur therapeutischen Versorgung und dem Anspruch an die Therapie, die Problematik einer subjektiven Prognoseformulierung und die Abhängigkeit der eingesetzten Testverfahren von der jeweiligen Therapeutenerfahrung sowie die damit einhergehende Gefahr des Verzichts auf objektive und standardisierte Testverfahren ist sicherlich übertragbar auf andere Therapie- und Fördersituationen. In dem vorgestellten kritischen Erfahrungsbericht fanden manche Zuhörerinnen und mancher Zuhörer einige Schattenseiten des Sprachtherapeutenlebens zutreffend beschrieben.

„Qualitätssicherung des Behandlungskonzeptes“, „Effektivitätsstudie des durchgeführten Therapiekonzeptes“, „Dringender Handlungsbedarf nach Qualitätssicherung“ waren einige Stichworte aus dem Vortrag von Gudrun Bartolome, ebenfalls aus München, zum Thema „*Methoden der funktionellen Dysphagie-therapie und deren Effektivität*“.

Unter der Verwendung eines dominant fachtherapeutisch verstandenen Qualitätsbegriffes, stellt sie ihr Therapiekonzept zur Behandlung von Dysphagien vor. Ihre bereits durch zahlreiche Veröffentlichungen zu diesem relativ jungen Teilgebiet der Rehabilitationsmedizin belegte Kompetenz hat sie auch in München deutlich unter Beweis gestellt. Neben den fachlichen, klar strukturierten Diagnostik- und Therapieüberlegungen rückte sie die Bedeutung einer hochqualifizierten Differentialdiagnostik- und Behandlungskompetenz des Fachtherapeuten in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen.

Das Tagungsthema hat Gudrun Bartolome sehr unmittelbar in ihre Therapien integriert. Wissenschaftliches Arbeiten und praktischer Alltag widersprechen sich in keiner Weise, so ihr Credo. Gerade die Dokumentation der erzielten Therapieeffekte mittels Outcome- und Langzeit-Follow-Up-Studien werden nicht als zusätzliche Belastung des Kliniklers angesehen, sondern diese theoriegeleitete Praxis versteht Forschung als das, die Ressourcen sichernde Instrumentarium schlechthin. Denn was anders, als eine auf gesicherter fachlicher Qualität basierende Diagnostik und eine ebensolche Therapie kann die klinische Effizienz sichern und durch die nachprüfbar dokumentierte Erfolge deren Legitimation – auch gegenüber den jeweiligen Kostenträgern, vor allem jedoch gegenüber den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen – unter Beweis stellen?

Sprachheilpädagogen in der Therapie: Daten für die Forschung, so könnte in einer Umkehrung des Symposiumstitels auch der nächste Beitrag überschrieben werden.

Ulrike de Langen-Müller und Bernd Genal haben ebenfalls spezifische Aspekte therapeutischen Handelns evaluiert und dokumentiert. In der von beiden vorgestellten Studie über „*Systematische Angehörigenarbeit in der neurologischen Rehabilitation*“ fassen sie

das Ergebnis in ihrem Untertitel des Vortrages bereits zusammen: „*Eine interdisziplinäre Aufgabe*“. In der Spezifität der neurologischen Rehabilitation bei Schlaganfall- und Schädel-Hirn-Trauma Patienten liegt sicherlich eine Gemeinsamkeit zu dem vorhergegangenen Beitrag. Bei der Komplexität der zu untersuchenden Parameter zur Beurteilung von Effekten bei der Angehörigenberatung sind die Unterschiede jedoch deutlich spürbar.

Nicht immer nimmt ein Tagungsteilnehmer Erkenntnisse mit nach Hause, die seinen eigenen Therapiebereich mehr oder minder deutlich verändern. Eine Illusion ist den Kolleginnen und Kollegen, die diesen Vortrag aufmerksam verfolgt haben, aber wohl abhanden gekommen, und zwar diejenige, daß hohe Erwartungen an die Umsetzung, Verarbeitung und Integration in den Alltag die realitätsnahe Betrachtung der Effekte von Angehörigengesprächen darstellt. Nachhaltig in Erinnerung bleibt ein Untersuchungsergebnis: Nicht einmal die Hälfte der Angehörigen, die ein ganzes Seminar lang über die Folgen von Insult oder SHT für ihren Partner aufgeklärt wurden, hatten die zentralen Inhalte und die daraus resultierenden Konsequenzen, auch für ihr zukünftiges Leben, „verstanden“. Welchen Schluß zogen de Langen-Müller und Genal daraus? Auf ihre Fragestellung bezogen, einen sehr eindeutigen: Qualitative Aspekte von Angehörigengesprächen sind nicht steuerbar. Aber die Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung, die in diesem Heft ebenfalls nachzulesen sind, weist deutlich über das behandelte Thema hinaus.

Die Komplexität von qualitativen Begriffen wie Befindlichkeit, Lebensqualität, funktionaler Kommunikation usw. ist nicht gängigen Qualitätssicherungskonzepten zuzuordnen. Die Erfassung von Einzelaspekten therapeutischer Effekte sagt gerade nichts über den Gesamtzustand des Patienten aus. Ihr Schluß lautet daher in humanistischer Tradition: Das Ganze ist eben mehr als die Summe seiner Teile.

Die gestellte Abschlußfrage dieses Vortrages bildet die Klammer zu dem gesamten Symposium, wenn reflektiert wird, wie Parameter, die da heißen können Berufserfahrung,

Verantwortungshierarchien, subjektives Erleben, Krankheits-/Störungsbewältigung, quantifizierbar und damit meßbar gestaltet werden können.

Pointierter formuliert könnte daher ein Fazit des Münchener Tages lauten: Zentrale Aspekte des sprachtherapeutischen Geschehens entziehen sich in manchen Bereichen den verfügbaren und derzeit angewendeten Methoden der Qualitätssicherung und -kontrolle oder moderner, dem Qualitätsmanagement.

Gibt es also etwas Neues zu entdecken in der Sprachheilpädagogik ?

*Erstens:* Fachliche Qualität und Kompetenz ist die Hauptvoraussetzung für verantwortliche Arbeit mit unseren Patienten. Diese wird symptom- (*Bartolome*) und individuumzentriert (*Bimüller*) geleistet und im Rahmen der vorhandenen Dokumentations- und Diagnostiksysteme erfaßt und validiert.

*Zweitens:* Die Komplexität des vorhandenen Wissens über die jeweilige Spezifität sprachlicher Prozesse läßt für die Zukunft die häufig behauptete Bündelung sprachtherapeutischer Kompetenz in einer Person für alle Störungsbereiche in einem kritischen Licht erscheinen (Verzicht auf sprachtherapeutische Omnipotenzansprüche).

*Drittens:* Die bspw. aus der Medizin und seitens der Krankenversicherungen gelegentlich erhobenen Forderungen nach einer septisch reinen Trennung von pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen ist für das Arbeitsfeld der Sprachförderung und -rehabilitation deswegen in der „gewünschten“ Form nicht realisierbar, weil durch nicht-invasive Interventionen bei und mit dem Subjekt Mensch, zum Glück, eine „eins zu eins“-Relation zwischen ergriffenen Maßnahmen und eingetretenen Effekten nicht erwartbar und daher so auch nicht meßbar ist.

*Viertens:* Der „beinharte Gesundheitsmarkt“ fordert, nicht zuletzt in der Folge gesetzgeberischer Maßnahmen, die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsnachweise festzuschreiben (§ 92 Sozialgesetzbuch Band V), die dokumentierte und nachprüfbare Effizienz unserer Tätigkeit. Hierzu sind Konzepte zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsma-

nagement erforderlich. Diese Konzepte müssen Aussagen machen zur

- *Strukturqualität* sprachtherapeutischer Prozesse. Dies meint, die Qualifikation der Therapeuten, die Infrastruktur der Therapieinstitutionen (Praxis, Klinik, ...) müssen erfaßt werden.
- *Prozeßqualität* sprachtherapeutischen Handelns. Formale und inhaltliche Aspekte der Diagnostik, der Therapie und der Weiterbildung müssen beschrieben/standardisiert werden.
- *Ergebnisqualität* sprachtherapeutischer Interventionen. Kriterien und Standards zur Beurteilung/Bewertung von Rehabilitationsprozessen, Symptomreduzierungen, Heilung, Initiierung von Entwicklungsprozessen usw. müssen entwickelt oder, soweit vorhanden, auf ihre Verwertbarkeit hin überprüft werden.

In der Folge dieser notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität sprachtherapeutischer Tätigkeit bekommt insbesondere die empirische sprachheilpädagogische Forschung einen zentralen Stellenwert. Eine weitere Schlüsselposition wird in der nahen und weiteren Zukunft den Berufsverbänden zufallen, da sie vom Gesetzgeber ausdrücklich zur Mitwirkung und Beratung bei den erwähnten Qualitätssicherungen vorgesehen sind (Anhörungsrecht und Vertragsgestaltung nach § 124/125 SGB V). In dem Zusammenwirken von Hochschule, Praxis und Berufsverband liegt eine große Chance für die kommenden Entwicklungen.

Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Artikels hat z.B. Nordrhein-Westfalen als das Bundesland, an dessen Universitäten bundesweit die meisten Sprachheilpädagogen ausgebildet werden, eine Initiative in Absprache mit der neuen Bundesregierung gestartet und dies mit den beteiligten Berufsgruppen (Logopäden und Sprachheilpädagogen) im Vorfeld abgestimmt, die dazu führen soll, die Ausbildung von Sprachtherapeuten dem europäischen Standard anzupassen. Dies heißt, in der Zukunft sollen Sprachtherapeuten ausschließlich akademisch an Universitäten für ihre Tätigkeit qualifiziert werden. Ein eindeutiges Signal!

## Literatur

Bolz, N.: Am Ende der Vernunft? Essener Unikate 9 (1997), 11-21.

Dannenbauer, F.M.: Vom Unsinn der Satzmusterübungen in der Dysgrammatische Therapie. Die Sprachheilarbeit 36 (1991), 203-209.

Hacker, D.: Eine Entdeckungsreise nach L1 oder: Wie M. sich der Phonologie des Deutschen nähert. Die Sprachheilarbeit 35 (1990), 64-72

## Anschrift des Verfassers:

Volker Maihack  
Praxis für Sprachtherapie,  
Goethestr. 16  
47441 Moers

## Weitwinkel

W. Angerstein, H. Hambücker, K. Hefner, S. Klajman, Ch. Neuschaefer-Rube; Düsseldorf

## Zur Häufigkeit von Lautbildungsfehlern bei sehgeschädigten Schülern

### Zusammenfassung

Zur Untersuchung der Häufigkeit von Lautbildungsfehlern sehgeschädigter Schüler wurden vergleichende Sprachtestungen an 46 Schülern einer Sonderschule für Sehbehinderte sowie an 182 normalsichtigen Schülern (Kontrollgruppe) durchgeführt. Die Einschätzung der Artikulation erfolgte mittels des Lautprüfbogens nach Frank/Grziwotz. Bei 10 von 46 (21,7 %) der sehgeschädigten sowie bei 14 von 182 (7,7 %) der normalsichtigen Schüler wurden Lautbildungsfehler festgestellt. Dieser Häufigkeitsunterschied war statistisch signifikant. Es ergaben sich Hinweise darauf, daß Häufigkeit und Schweregrad der Lautbildungsfehler sowohl mit dem Schweregrad der Sehschädigung als auch mit dem Fehlen bzw. Vorhandensein weiterer Behinderungen zusammenhängen könnten.

### Einleitung

Bereits im Jahre 1749 hat Diderot über negative Auswirkungen von Sehschädigungen auf die Lautbildung berichtet (zit. n. Becker 1993). Seither haben zahlreiche Autoren artikulatorische Auffälligkeiten bei sehgeschädigten Kindern beschrieben, wobei die Häufigkeitsangaben erheblich schwanken: Zwischen 8,2 % und 54 % der sehgestörten Schüler sollen demzufolge Lautbildungsfehler aufweisen (vgl. Zusammenstellung entsprechender Arbeiten bei Becker 1993). Unter Berücksichtigung dieser Untersuchungsergebnisse wurde die vorliegende Studie mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt: Durch vergleichende Sprachtestungen bei sehgeschädigten Schülern einer entsprechenden Sonderschule und bei normalsichtigen Schülern, die eine Regelschule besuchen, wurde untersucht, ob Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit vorhandener Lautbildungsfehler in beiden Gruppen bestehen. Darüber hinaus sollten Lautbildungsfehler in der Gruppe der sehgeschädigten Schüler in bezug auf das Vorhandensein weiterer Erkran-

kungen beurteilt werden, um eventuelle multifaktorielle Zusammenhänge bei der Entstehung von Lautbildungsfehlern zu erkennen.

### Untersuchte Personen und Methodik

Insgesamt wurden 46 Schüler einer Sonderschule für Sehbehinderte sowie 182 normalsichtige Schüler (Kontrollgruppe) untersucht. Die sehbehinderten Schüler waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 6 und 18 Jahre alt, 25 (54,3 %) waren männlich und 21 (45,7 %) weiblich. Die normalsichtigen Schüler der Kontrollgruppe waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 6 und 17 Jahre alt, 101 (55,5 %) waren männlich und 81 (44,5 %) weiblich. Gemäß der Einteilung von Rath waren von den 46 sehgestörten Schülern 18 (39,1 %) „mäßig sehgeschädigt“ (Visus zwischen 0,7 und 0,3) und 28 (60,9 %) „wesentlich sehbehindert“ (Visus zwischen 0,3 und 0,02). Keiner der Schüler wurde als „blind“ (Visus schlechter als 0,02) eingestuft (Rath 1987). Der Grad der Sehstörung wurde vorliegenden Aktenunterlagen entnommen.

Die Untersuchung der sehgeschädigten Schüler umfaßte eine Einschätzung der Artikulation mittels des Lautprüfbogens nach Frank/Grziwotz (vgl. Rothe 1985) sowie eine phoniatisch-pädaudiologische Diagnostik einschließlich einer Ultrasonographie der Zunge (vgl. Angerstein 1994). Die entsprechenden Befunde wurden Eltern und Lehrern schriftlich mitgeteilt. Falls erforderlich, erfolgte eine Therapieempfehlung. Die Artikulation der normalsichtigen und normalhörenden Schüler der Kontrollgruppe wurde ebenfalls mit dem Prüfbogen nach Frank/Grziwotz beurteilt.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Fisher's exaktem Test anhand von Vierfeldertafeln, wobei ein Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  als „signifikant“ und ein Signifikanzniveau von  $p < 0,01$  als „hoch signifikant“ bewertet wurde.

### Ergebnisse

#### Gesamtergebnisse:

Von den insgesamt untersuchten 228 Schülern traten bei 24 Personen (10,5 %) Lautbildungsfehler auf, nämlich bei 10 von 46 sehgeschädigten Schülern (21,7 %) und bei 14 von 182 normalsichtigen Schülern

lern der Kontrollgruppe (7,7 %). Somit traten Lautbildungsfehler in der Gruppe der sehgeschädigten Schüler 2,8mal häufiger auf als in der normalsichtigen Kontrollgruppe. Diese Häufigkeitsdifferenz war statistisch signifikant ( $p=0,012$ ; siehe auch Tab. 1).

**Altersabhängigkeit der Lautbildungsfehler**

Im Gesamtkollektiv aller 228 untersuchten Schüler waren Lautbildungsfehler in der jüngeren Altersgruppe (6 bis 9 Jahre) bei 16 von 102 Personen (15,7 %) vorhanden, während sie in der älteren Altersgruppe (10 bis 18 Jahre) bei 8 von 126 Personen (6,3 %) vorkamen. Lautbildungsfehler traten bei jüngeren Schülern demnach 2,5mal häufiger auf als bei älteren Schülern. Auch diese Häufigkeitsdifferenz war statistisch signifikant ( $p=0,029$ ; siehe auch Tab. 2). Die Analyse der Altersabhängigkeit der Lautbildungsfehler in den Einzelkollektiven der sehgeschädigten und der normalsichtigen Schüler ergab folgende Beobachtungen:

In der jüngeren Altersgruppe wiesen 7 von 14 (50 %) der sehgeschädigten und 9 von 88 (10,2 %) der normalsichtigen Schüler Lautbildungsfehler auf (siehe auch Tab. 3 und 4). Dagegen fanden sich in der älteren Altersgruppe bei 3 von 32 (9,4 %) der sehgeschädigten und bei 5 von 94 (5,3 %) der normalsichtigen Schüler Lautbildungsfehler. In der Gruppe der sehgeschädigten Schüler war die Häufigkeitsdifferenz der Lautbildungsfehler zwischen der jüngeren und der älteren Altersgruppe hoch signifikant ( $p=0,00456$ ), während bei den normalsichtigen Schülern der Kontrollgruppe kein signifikanter Unterschied nachweisbar war ( $p=0,270$ ).

**Einflüsse zusätzlicher Behinderungen**

Separiert man die sehgeschädigten Schüler mit zusätzlichen Behinderungen von denen ohne weitere Störungen, so ergibt sich, daß 7 der 10 sehgeschädigten Schüler mit Lautbildungsfehlern die folgenden

untersuchte Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
normalsichtig	14	168	182
sehgeschädigt	10	36	46
gesamt	24	204	228

Tab. 1: Häufigkeit von Lautbildungsfehlern sehgeschädigter und normalsichtiger Schüler

untersuchte Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
6-9 Jahre alt	16	86	102
10-18 Jahre alt	8	118	126
gesamt	24	204	228

Tab. 2: Altersverteilung aller Schüler mit Lautbildungsfehlern

untersuchte sehgeschädigte Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
6-9 Jahre alt	7	7	14
10-18 Jahre alt	3	29	32
gesamt	10	36	46

Tab. 3: Häufigkeit von Lautbildungsfehlern sehgeschädigter Schüler in Abhängigkeit von ihrem Alter

untersuchte normalsichtige Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
6-9 Jahre alt	9	79	88
10-18 Jahre alt	5	89	94
gesamt	14	168	182

Tab. 4: Häufigkeit von Lautbildungsfehlern normalsichtiger Schüler (Kontrollgruppe) in Abhängigkeit von ihrem Alter

zusätzlichen Behinderungen aufwiesen (Mehrfachnennungen vorhanden): operierte Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (3 Schüler), mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (2 Schüler), hyperkinetisches Syndrom (2 Schüler), Lernbehinderung (1 Schülerin), Autismus (1 Schüler) sowie nicht näher definierte „Entwicklungsstörungen“ (3 Schüler). Auffälligkeiten bei der zungensonographischen Untersuchung ergaben sich nur in einem Fall mit bestehender zungenmotorischer Störung. Bei 3 der untersuchten 46 sehbehinderten Schüler (6,5 %) waren Lautbildungsfehler vorhanden, ohne daß weitere Behinderungen vorlagen, während 7 von 46 sehbehinderten Schülern (15,2 %) mit Lautbildungsfehlern mindestens eine weitere Behinderung zeigten. Bei sehgeschädigten Schülern mit zusätzlichen Behinderungen kamen Lautbildungsfehler fast 6mal häufiger vor als bei sehgeschädigten Schülern ohne zusätzliche Behinderungen (7 von 13 bzw. 53,8 % gegenüber 3 von 33 bzw. 9,1 %). Der Unterschied war statistisch hoch signifikant ( $p=0,00247$ ; siehe auch Tab. 5). Lautbildungsfehler bei sehgeschädigten Schülern mit zusätzlichen Behinderungen kamen etwa doppelt so häufig vor wie in der Kontrollgruppe normalsichtiger Schüler (7 von 46 bzw. 15,2 % gegenüber 14 von 182 bzw. 7,7 %). Allerdings war dieser Unterschied mit  $p=0,150$  statistisch nicht signifikant. Bei sehgeschädigten Schülern ohne zusätzliche Behinderungen traten Lautbildungsfehler etwa gleich häufig auf wie in der Kontrollgruppe normalsichtiger Schüler (6,5 % zu 7,7 %).

#### Einflüsse des Schweregrades der Sehbehinderung

Betrachtet man die Ergebnisse der Artikulationsdiagnostik in Beziehung zum Schweregrad der vorhandenen Sehbehinderung, so hat die Untersuchung folgendes ergeben: Bei Schülern mit wesentlicher Sehbehinderung (Einteilung: s.o.) kamen Lautbildungsfehler in 8 von 28 Fällen (28,6 %) vor, bei Schülern mit mäßiger Sehbehinderung hingegen nur in 2 von 18 Fällen (11,1 %). Somit traten Lautbildungsfehler bei höhergradigen Sehstörungen 2,6mal häufiger auf als

bei weniger stark ausgeprägten Sehbeeinträchtigungen (28,6 % zu 11,1 %). Diese Häufigkeitsdifferenz war statistisch nicht signifikant ( $p=0,274$ ; siehe auch Tab. 6).

#### Analyse des Schweregrades der Lautbildungsfehler

Bezüglich des Schweregrades der diagnostizierten Lautbildungsfehler zeigte sich, daß von den 24 Schülern mit Lautbildungsfehlern 17 (70,8 %) eine partielle und 7 (29,2 %) eine multiple Dyslalie aufwiesen. Partielle Dyslalien (Artikulationsstörungen mit 1 bis 2 fehlgebildeten Lauten) traten insgesamt bei 17 Schülern mit Lautbildungsfehlern auf, davon 14mal (82,4 %) bei normalsichtigen und 3mal (17,6 %) bei sehgeschädigten Schülern. Multiple Dyslalien (Artikulationsstörungen mit 3 bis 5 fehlgebildeten Lauten und eingeschränkter Sprachverständlichkeit) waren ausschließlich in der Gruppe der sehgeschädigten Schüler vorhanden. Normalsichtige Schüler mit Lautbildungsfehlern wiesen ausschließlich partielle Dyslalien auf. Partielle Dyslalien traten hoch signifikant häufiger bei normalsichtigen Schülern mit Lautbildungsfehlern auf, während multiple Dyslalien hoch signifikant häufiger bei sehgeschädigten Schülern mit Lautbildungsfehlern anzutreffen waren ( $p=0,000347$ ). In der Gruppe der 10 sehgeschädigten Schüler mit Lautbildungsfehlern hatte von den 3 Schülern mit partieller Dyslalie nur einer weitere Behinderungen. Dagegen waren bei 6 von 7 sehgeschädigten Schülern mit multipler Dyslalie zusätzliche Behinderungen vorhanden. Die ausgeprägtere Artikulationsstörung war demnach bei sehgeschädigten Schülern häufiger nachweisbar, wenn zusätzliche Behinderungen bestanden.

#### Diskussion

Sprache und Gehör sowie ihre gegenseitige Beeinflussung bedingen die verbale Kommunikationsfähigkeit der Menschen. In diesem Zusammenhang ist immer wieder darauf hingewiesen worden, daß die eingeschränkten Möglichkeiten sehbehinderter Kinder, die Lautbildung zu beobachten und Sprechbewegun-

untersuchte sehgeschädigte Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
ohne weitere Behinderungen	3	30	33
mit weiteren Behinderungen	7	6	13
gesamt	10	36	46

Tab. 5: Häufigkeit von Lautbildungsfehlern sehgeschädigter Schüler ohne bzw. mit weiteren Behinderungen

untersuchte Schüler	Lautbildungsfehler	kein Lautbildungsfehler	gesamt
mäßig sehgeschädigt	2	16	18
wesentlich sehbehindert	8	20	28
gesamt	10	36	46

Tab. 6: Häufigkeit von Lautbildungsfehlern mäßig sehgeschädigter und wesentlich sehbehinderter Schüler

gen abzusehen, negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Artikulation haben (Becker 1993, Elstner 1966, 1971, Fromm 1984, 1988, Hudelmayer 1980, 1986). Die Aneignung korrekter Artikulationsmuster wird den Autoren zufolge durch die gestörte visuelle Wahrnehmung und Kontrolle des Mundbildes behindert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen derartige Einschätzungen, denn Lautbildungsfehler traten bei sehgeschädigten Schülern statistisch signifikant 2,8mal häufiger auf als in der Kontrollgruppe normalsichtiger Schüler. Auch Berichte, denen zufolge Lautbildungsfehler häufiger bei jüngeren Sehbehinderten als bei älteren Sehgestörten auftreten (Hudelmayer 1980), wurden anhand der vorliegenden Studie bestätigt. Die sehgeschädigten Schüler der jüngeren Altersgruppe (Alter: 6 bis 9 Jahre) wiesen statistisch hoch signifikant öfter Lautbildungsfehler auf als die sehgeschädigten Schüler der älteren Altersgruppe (Alter: 10 bis 18 Jahre).

Wenn man die Gruppe der sehgestörten Schüler mit Lautbildungsfehlern hinsichtlich des Fehlens oder Vorhandenseins zusätzlicher Behinderungen weiter analysiert, dann ergibt sich bezüglich der Häufigkeit von Lautbildungsfehlern ein differenzierteres Bild. So kamen bei sehgeschädigten Schülern ohne zusätzliche Behinderungen Lautbildungsfehler etwa gleich häufig vor wie in der Kontrollgruppe normalsichtiger Schüler, während sie bei sehgeschädigten Schülern mit zusätzlichen Behinderungen etwa doppelt so häufig auftraten wie in der Kontrollgruppe. Ein statistischer Gruppenvergleich normalsichtiger und sehgestörter Personen war aufgrund der begrenzten Schülerzahlen (besonders bei den sehgestörten Schülern) nur im Ansatz möglich. Es wäre die Aufgabe weiterer Erhebungen an größeren Schülergruppen, diese Zusammenhänge näher zu untersuchen. Betrachtet man die beiden Gruppen sehgestörter Schüler mit und ohne zusätzliche Behinderungen, so hat bereits die vorliegende Erhebung statistisch hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Lautbildungsfehlern in diesen beiden Gruppen erbracht. Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß die Sehbehinderung allein nicht zwangsläufig zu Lautbildungsfehlern führt. Offensichtlich treten Artikulationsstörungen erst bei Mehrfachbehinderungen wie Sehstörung und Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, Hörstörung, Zungenfehlfunktion, Lernbehinderung etc. als Folge multifaktorieller Einflüsse signifikant häufiger auf.

Auch scheint der Schweregrad einer Dyslalie (partiell oder multipel) vom Sehvermögen abhängig zu sein, denn in der vorliegenden Studie kamen partielle Dyslalien hoch signifikant häufiger bei normalsichtigen und multiple Dyslalien hoch signifikant häufiger bei sehgeschädigten Schülern vor. Jedoch ließ sich angesichts der kleinen Gruppe von nur 10 sehgestörten Schülern mit Lautbildungsfehlern der Schweregrad der Dyslalie nicht statistisch aussagefähig mit dem Schweregrad der Sehschädigung korrelieren. Auch hier dürfte das Fehlen bzw. Vorhandensein zusätzlicher Behinderungen eine Rolle spielen, denn ohne weitere Behinderungen traten partielle Dyslalien bei den seh-

geschädigten Schülern häufiger auf als multiple Dyslalien, während bei zusätzlichen Behinderungen der sehgestörten Schüler multiple Dyslalien erheblich häufiger zu beobachten waren als partielle. Mehrfachbehinderungen scheinen somit das Auftreten höhergradiger Dyslalien zu begünstigen, während isolierte Sehbehinderungen nur geringgradige Artikulationsstörungen nach sich ziehen dürften.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, daß die Problematik von Lautbildungsfehlern sehbehinderter Schüler differenziert zu betrachten ist. Es wäre wünschenswert, mehrfach behinderte Kinder frühzeitig einer Artikulationsdiagnostik zuzuführen und bei Nachweis vorhandener Störungen so rasch wie möglich eine entsprechende Therapie zu veranlassen.

#### Literatur

- Angerstein, W.: Ultraschallgestützter Untersuchungsgang zur Beurteilung der Zungenbeweglichkeit. Sprache-Stimme-Gehör 18 (1994), 80-84.
- Becker, K.-P., R. Becker (Hrsg.): Rehabilitative Spracherziehung. Ein Lehrbuch. Berlin<sup>2</sup>1993, 332-353.
- Elstner, W.: Blindheit und Sprachstörungen. Heilpädagogische Forschung 3 (Heft 2/1971), 225-252.
- Elstner, W.: Sprachstörungen bei blinden Kindern. Der Blindenfreund 86 (1966), 33-41.
- Fromm, B.: Sprachliche Auffälligkeiten sehgeschädigter Kinder. Sonderschule 33 (Heft 6/1988), 346-352.
- Fromm, W., R. Degenhardt: Rehabilitationspädagogik für Sehgeschädigte. Berlin 1984.
- Hudelmayer, D.: Ausgewählte Probleme der Entwicklung sehgeschädigter Kleinkinder. Frühförderung interdisziplinär 5 (1986), 61-68.
- Hudelmayer, D.: Sprachstörungen bei Blinden und Sehbehinderten und ihre Behandlung. In: Knura, G., B. Neumann (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 7. Berlin 1980, 384-392.
- Rath, W.: Sehbehindertenpädagogik. Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1987, 18.
- Rothe, M. (Hrsg.): Lautprüfbogen nach German Frank und Peter Grziwotz. Sprachheilzentrum Ravensburg, 6. Aufl. 1985.

#### Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. W. Angerstein  
Abt. für Phoniatrie u. Pädaudiologie  
der HNO-Klinik  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Postfach 101007  
40001 Düsseldorf

## Aus-, Fort- und Weiterbildung

### Bericht von der Delegiertenversammlung und der XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung 1998 in Dresden.

Am 23. September trafen sich in Dresden 133 Delegierte. Sie nahmen die Tätigkeitsberichte des Hauptvorstandes sowie den Bericht des Rechnungsführers entgegen. Sie bedankten sich beim Vorstand für die in den letzten zwei Jahren geleistete umfangreiche verbandspolitische Arbeit. Besonders herzlicher Dank wurde dem Rechnungsführer Wolfgang *Scheuermann* für seine zeitintensive Arbeit ausgesprochen. Nach dem Bericht der Kassenprüfer wurden der Rechnungsführer und der geschäftsführende Vorstand sowie die Redaktion der Sprachheilarbeit einstimmig entlastet. Danach standen Wahlen auf der Tagesordnung. Einstimmig wiedergewählt wurde als 1. Bundesvorsitzender Kurt *Bielfeld* und als 2. Bundesvorsitzender Theo *Borbonus*. Dieses den beiden Vorsitzenden entgegengebrachte große Vertrauen spricht für ihre Führungsqualitäten. Auf eigenen Wunsch schied als Geschäftsführer Volker *Maihack* aus der Vorstandstätigkeit aus. Kurt *Bielfeld* bedankte sich bei ihm unter starkem Applaus der Delegierten für seine jahrelange produktive Vorstandsarbeit. Auf Vorschlag des 1. Bundesvorsitzenden wurde dann Gerhard *Zupp* als neuer Geschäftsführer gewählt. Als besonderen Schwerpunkt für seine zukünftige Arbeit betrachtet er die Öffentlichkeitsarbeit im schulischen Bereich.

Wiedergewählt wurden mit einer sehr hohen Stimmenzahl Wolfgang *Scheuermann* als Rechnungsführer, Veronika *Skupio* als Schriftführerin, Dr. Uwe *Förster* und Prof. Dr. Manfred *Grohnfeldt* als Redakteure der Sprachheilarbeit sowie als Mitglieder des Wahlausschusses August *Bergmann*, Heribert *Gathen* und Gabriele *Steffen*. Als Kassenprüfer wurden Robert *Klein* und Dirk *Krist* gewählt.

Nach diesen in erfreulicher Harmonie durchgeführten Wahlen, die souverän von Heribert *Gathen* geleitet wurden, wandten sich die Delegierten den vorliegenden Anträgen und somit der inhaltlichen Arbeit für die kommenden zwei Jahre zu.

Zunächst galt es, ein zukunftsweisendes Problem des Verbandes anzugehen. Es muß geklärt werden, ob die AGFAS die dgs verlassen und einen völlig eigenständigen Verband bilden oder ob die AGFAS bei eigener finanzieller Selbständigkeit Teil der dgs bleiben sollte. Dieses Problem wurde intensiv und teilweise mit Leidenschaft diskutiert. Es stellte sich bald heraus, daß kaum ein Teilnehmer für eine völlige Trennung eintrat. Allen war bewußt, daß eine Trennung zu einer Schwächung beider Verbände und somit auch zu einer Schwächung ihrer politischen Durchsetzungsfähigkeit führen würde. Mit dieser Einstellung bewiesen die Delegierten ein hohes Maß an Vertrauen und politischer Weitsicht. Schließlich wurde mit überwälti-

gender Mehrheit beschlossen:

- Die AGFAS ist eine selbständige Untergliederung der dgs.
- Ihre Mitglieder zahlen einen eigenen Mitgliedsbeitrag.
- Der Vorstand der AGFAS und der Bundesvorsitzende der dgs nehmen an den beiderseitigen Vorstandssitzungen teil.

Mit diesen Beschlüssen soll die enge Verzahnung und der kontinuierliche Informationsaustausch gewährleistet werden. Anmerkung: Die Änderungen werden erst gültig, wenn die AGFAS entsprechende Anträge auf ihrer Mitgliederversammlung im Januar 1999 beschließt. Nach dieser grundlegenden Klärung der Beziehung von dgs und AGFAS wurden weitere Anträge besprochen. Die mehrheitliche Meinung der Delegierten zu bestimmten Problembereichen sei im Folgenden wiedergegeben.

#### Empfehlungen der KMK zum Förderschwerpunkt Sprache

Mit Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 26.06.1998 wurden Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Sprache in Kraft gesetzt. Sie stellen einen Minimalskonsens dar, der je nach Auslegung in den Ministerien der Länder zu einer Verbesserung oder zu einer Verschlechterung des bisherigen Standards bei der Versorgung Sprachbehinderter führen kann. Aufgabe der dgs ist es, hier eine Verbesserung zu erreichen.

In diesem Zusammenhang kann mit Freude festgestellt werden, daß in den gültigen Empfehlungen *Sprachtherapie als eigenständige Aufgabe* bei der schulischen Förderung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher genannt wird. Das ist für die Sprachheilschulen von fundamentaler Bedeutung. Daß es dazu gekommen ist, ist auch als Erfolg der dgs zu bewerten. Sie hatte sich nämlich in einer Stellungnahme für die Aufnahme von Sprachtherapie in den Aufgabenkatalog der Sprachheilschulen eingesetzt.

#### Schule für Sprachbehinderte

Die Sprachheilschule hat einen eigenständigen sonderpädagogischen, unterrichtlichen und therapeutischen Auftrag zu erfüllen. Durch eine fünfjährige Grundschulzeit – wie sie in NRW praktiziert wird – soll eine flexible Gestaltung des Eingangsbereiches ermöglicht werden. An Sprachheilschulen sollen ausschließlich LeiterInnen und LehrerInnen mit der vollen Befähigung *Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten* tätig sein können. Sonderpädagogische Förderung, therapie- und sonderpädagogisch orientierter Unterricht und besondere therapeutische und sonderpädagogische Maßnahmen sind integriert zu sehende unverzichtbare Bestandteile der Schule für Sprachbehinderte.

#### Qualitätssicherung

Die Standards sprachheilpädagogischer Maßnahmen sollen auch im Gemeinsamen Unterricht garantiert

werden. An allen schulischen Förderorten für Schülerinnen mit dem Förderschwerpunkt *Sprache* sind die vorhandenen Planstellen mit SonderschullehrerInnen zu besetzen, die die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik studiert haben.

#### Sprachtherapeutischer Unterricht

Eine Arbeitsgruppe soll zusammenstellen, welche Formen sprachtherapeutischen Unterrichts an verschiedenen Förderorten mit sprachbehinderten SchülerInnen verwirklicht sind.

#### Frühförderung

In allen Bundesländern soll die Prävention und Rehabilitation im Elementarbereich sichergestellt werden. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von ErzieherInnen soll in ausreichendem Maße Inhalte der allgemeinen Sprachförderung enthalten. Die ErzieherInnen sollen qualifiziert werden, Abweichungen in der altersgemäßen Sprachentwicklung zu erkennen, um den Erziehungsberechtigten geeignete Fördermaßnahmen vorzuschlagen zu können.

#### Berufsprofil

Eine Arbeitsgruppe soll beauftragt werden, ein Berufsprofil schulisch tätiger Sprachheilpädagogen im Sinne sprachbehindertenpädagogischer Grundqualifikationen zu erstellen.

#### Lehrerbildung

Für die Ausbildung von Sprachheilpädagogen soll weiterhin ein eigenständiges fachspezifisches Hochschulstudium angeboten werden.

#### Die Sprachheilarbeit

In Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof. Dr. Manfred *Grohnfeldt* wünschen die Delegierten, daß der Fachzeitschrift ein ansprechenderes und zeitgemäßer Layout gegeben wird.

Damit liegt für die Gremien der dgs eine Fülle von Aufgaben vor, die nach Möglichkeit in den nächsten beiden Jahren umgesetzt werden müssen.

#### Der Kongreß

Über 1100 TeilnehmerInnen trafen sich vom 1. bis 3. Oktober zur *XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung* in Dresden. Zum ersten Mal fand somit ein Kongreß in den neuen Bundesländern statt. Organisiert wurde er mit viel Engagement von Antje *Leisner* mit ihrem Team aus der Landesgruppe Sachsen. Die Organisation wurde leider erschwert, da auf Grund kurzfristiger Absagen zugesagte Tagungsräume nicht genutzt werden konnten. So mußte die Veranstaltung in zwei verschiedenen Gebäuden durchgeführt werden, die zudem noch voneinander recht weit entfernt waren. Schade! – Unverständlicherweise hielten sich einige Referenten nicht an Absprachen. Das wurde von Teilnehmern mit Unmut aufgenommen.

Der Kongreß wurde feierlich eröffnet von Kindern und Jugendlichen der Sprachheilschule „Ernst Busch“ aus Chemnitz. Die Darbietung imponierte durch beeindruckende Professionalität.

Die Eröffnungsreferate hielten Prof. Dr. Manfred *Grohnfeldt* mit dem Thema „Sprachheilpädagogik über

alle Grenzen – Sprachentwicklung in Bewegung“ sowie Prof. Dr. Franz-Josef *Stachowiak* mit dem Thema „Kaspar *Hauser* im Lichte widerstreitender Theorien des Spracherwerbs – sprachheilpädagogische Überlegungen“.

Anschließend hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich für Veranstaltungen aus der Fülle der angebotenen Referate, Seminare und Workshops zu entscheiden.

In diesem Bericht möchte ich auf zwei Veranstaltungen hinweisen. Theo *Borbonus* hielt ein Referat mit dem Thema „Sprachtherapeutischer Unterricht – ein Phantom?“ Er griff damit ein Thema auf, das allen an Sprachheilschulen tätigen Lehrkräften unter den Nägeln brennt und bei der gegenwärtigen bildungspolitischen Situation von hoher Aktualität ist. Bedauerlicherweise muß festgestellt werden, daß erst heute, wo Schule für Sprachbehinderte als Institution immer stärker in Frage gestellt wird, ernsthaft an diesem zentralen Problem der Sprachheilschule gearbeitet wird.

Prof. Dr. Hans-Joachim *Motsch* hielt einen Vortrag mit dem Thema „ESGRAF – Evozierte Spontansprachdiagnose grammatikalischer Fähigkeiten“. Er machte auf das bald erscheinende Diagnosematerial ESGRAF aufmerksam, durch das der Sprachstand dysgrammatischer Kinder in fünf Spielsequenzen erfaßt werden kann. Dieses Material läßt hoffen, daß es auch in der praktischen Arbeit von Schulen für Sprachbehinderte eingesetzt werden kann. Von den Beiträgen von *Borbonus* und *Motsch* lassen sich Querverbindungen zu der Antragslage der Delegiertenkonferenz ziehen. Deutlich wird, daß Schulen für Sprachbehinderte aufgefördert sind, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu betreiben.

Zum Abschluß des Kongresses dankten die Teilnehmer Antje *Leisner* und ihrem Helferteam sehr herzlich für die geleistete umfangreiche Arbeit. Der Kongreß endete, wie er begonnen hatte: Stimmungsvoll – er streichelte mit Klängen, Bildern und Worten die Seele.

Auf Wiedersehen bis zur XXIV. Arbeits- und Fortbildungstagung, die vom 28. bis 30. September 2000 in Berlin durchgeführt wird und das Thema hat „Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis“.

Manfred Gerling

## Stottern und Familie – Hilfen, Lösungswege, Chancen

### 5. ivs-Stotterkonferenz 27.-28. Februar 1999 in Darmstadt

Eine Stottertherapie sollte – nicht nur im Kindesalter – immer auch die Bezugspersonen miteinbeziehen. Familien, aber auch ErzieherInnen und LehrerInnen, sind häufig überfordert im Umgang mit dem Problem „Stottern“.

Welche Hilfestellungen können ihnen hierbei gegeben werden? Welche Lösungsmöglichkeiten werden von Beratungsstellen, Schulen und Therapeutischen In-

stitutionen angeboten? Und: Welche Chancen bieten sich dabei für die Beteiligten?

Dies sind die zentralen Fragen, die auf der 5. Stotterkonferenz der Interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie e.V. vom 27. bis 28. Februar 1999 in Darmstadt gestellt werden. Wir haben ReferentInnen aus Forschung und Praxis dazu eingeladen, Antworten darauf zu geben.

Das ausführliche Programm sowie die Anmeldeunterlagen sind ab sofort in der ivs-Geschäftsstelle unter folgender Anschrift erhältlich:

Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapie e.V.  
– Dr. J.A. Renner –  
Heinheimer Str. 6  
D-64289 Darmstadt  
fon + fax: +49 (0) 6151-735970  
e-mail: ivs-darmstadt@t-online.de

## 71. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V.

12. und 13. März 1999, Berlin

*Hauptthema:*

Sprache und Musik (Entwicklung der Musikalität, Korrelation von Sprachentwicklung zur Musikalität, Musiktherapie bei Sprachstörungen, Wechselbeziehung zwischen Sprech- und Singstimme, Artikulation beim Sprechen und Singen, Musikgehör).

*Zielgruppen:*

HNO-Ärzte, Phoniater, Pädaudiologen, Akustiker, Kinderärzte, Neurologen, Sprachheilpädagogen, Logopäden, Sonderpädagogen für Schwerhörige und Gehörlose, Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte für psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiater, Sprechwissenschaftler, Linguisten, Musiktherapeuten, Musikphysiologen, Musikmediziner, Schulmusiker u.a.

*Tagungsort:* Großer Hörsaal und Foyer des Institutes für Pflanzenphysiologie und Mikrobiologie, Königin-Luise-Str. 12-16, 14195 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. J. Pahn, Rostock.

*Kongressorganisation:* Prof. Dr. A. Lamprecht-Dinnesen, Oberarzt Dr. E. Seifert, Münster, Prof. Dr. M. Gross, K. Bielfeld, Berlin.

*Tagungssekretariat:* Herr Großel/Frau Poppe, Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48129 Münster, Tel.: 0251/8356859, Fax: 0251/8356889.

## 31. 'Inzigkofener Gespräche'

Die 31. 'Inzigkofener Gespräche' finden vom 19. März 1999, 16.00 Uhr, bis 21. März 12.00 Uhr, in der ÖTV-Bildungsstätte Mosbach (Odenwald) statt.

Das Rahmenthema lautet: Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung – Störungen, Therapien, Manipulationen, Chancen.

Interessenten wenden sich bitte zwecks Zusendung des 'Vorprogramms' an:

Dr. Geert Lotzmann, Bothestr. 120, 69126 Heidelberg; Tel.: 06221-381789

## Vorankündigung

3. World Congress on Fluency Disorders. 7.-11.8.2000 in Nyborg, Denmark. Congress Secretariat: The Stuttering Information Center of Denmark, Emdrupvej 101, DK-2400 Copenhagen NV.

## Veranstaltungshinweise

CJD Schule-Schlaffhorst-Andersen@  
Bornstr. 20, 31542 Bad Nenndorf, Tel.: 05723/9418-0

07.-15.04.1999 *Schlaffhorst-Andersen* für Jedermann

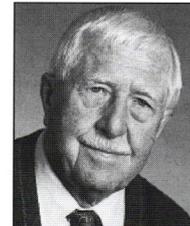
28.-30.05.1999 *Schlaffhorst-Andersen* für Stimm- und Sprachtherapeuten

21.-29.07.1999 *Schlaffhorst-Andersen* für Jedermann

10.-12.09.1999 *Schlaffhorst-Andersen* für Jedermann

17.-19.09.1999 *Schlaffhorst-Andersen* für Stimm- und Sprachtherapeuten

## Personalia



## Sprachheilpädagogik als gelebte Geschichte\*

Zum 85. Geburtstag von Prof. Dr. Werner Orthmann

*M.G.:*

Lieber Herr Orthmann, ein 85. Geburtstag ist nicht nur ein Anlaß zur persönlichen Ehrung des Jubilars, sondern auch eine Möglichkeit, sich manche Fragestellungen der heutigen Sprachheilpädagogik einmal aus

\* Ein Gespräch von Prof. Dr. Werner Orthmann (W.O.) und Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt (M.G.)

Ihrer Sicht mit einem gewissen zeitlichen Abstand vor Augen zu führen und dadurch zu Einsichten zu kommen, die uns die epochalen Rahmenbedingungen der Entstehung und Weiterentwicklung einer Fachdisziplin lebendig werden lassen. Sie haben in den 60er und frühen 70er Jahren durch Ihre Gedankengänge zur pädagogischen Grundlegung und Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik diese Fachdisziplin entscheidend mitbeeinflusst. Mancher Leser wird sich fragen, welcher Mensch hinter diesen Auffassungen steht. Dies führt mich zu meiner ersten Frage: Wie sind Sie eigentlich dazu gekommen, sich mit Fragen der Sprachheilpädagogik zu beschäftigen?

*W.O.:*

Ich begann nach dem Kriege an der Martin-Luther-Universität Halle mit dem Studium der Sprechkunde/Sprecherziehung (heute Sprechwissenschaft), Phonetik und Germanistik. Schon stets habe ich mich für das Sprechen von Dichtung interessiert. Am halleischen Institut für Sprechkunde und Phonetik unter Leitung von Prof. Dr. *Wittsack* wurde auch die Pathologie der Sprache in Vorlesungen und Übungen berücksichtigt. Sehr rasch erregte auch diese Seite der Sprachlichkeit des Menschen mein Interesse. *Francis Bacon* ließ seinerzeit schon grüßen. Ich setzte mir hierin einen Schwerpunkt und habe auch meine Dissertation aus diesem Umkreis geschrieben.

Als ich dann 1956 die damalige DDR verlassen mußte, ergriff ich die Chance der in der Nachkriegszeit aufblühenden Rehabilitationspädagogik und wandte mich der Pädagogik der Hör- und Sprachgeschädigten zu. Ein kurzes Ergänzungsstudium und Dienst an den entsprechenden Schulen in Hamburg mußten zunächst absolviert werden.

Eine darauf folgende Dozentur an der Pädagogischen Hochschule Kiel (auch an den dortigen Heilpädagogischen Lehrgängen) und eine anschließende Berufung an das Heilpädagogische Institut der Universität zu Köln gipfelten in der Berufung auf einen Lehrstuhl für Phonetik und Sprachheilpädagogik an das Heilpädagogische Institut der Universität Tübingen und die Pädagogische Hochschule Reutlingen. Den Auf- und Ausbau des Sprachheilwesens in Baden-Württemberg durfte ich maßgebend mitgestalten.

Die Kombination von Sprechwissenschaft und Pädagogik der Sprach- und Hörgeschädigten war für mich ein erheblicher Gewinn, wenn ich hier noch mal an *Francis Bacon* erinnern darf.

*M.G.:*

Ich hatte das Glück, bei meinem ersten Ruf 1976 nach Reutlingen zu kommen und dort persönlich mit Ihnen zusammen zu arbeiten. So konnte ich miterleben, wie Sie Ihre Gedankengänge zur erziehungswissenschaftlichen Grundlegung der Sprachbehindertenpädagogik mit dem Konzept der „pädothérapeutischen Aspekte“ entwickelten. Gleichzeitig war es eine Zeit des expandierenden Ausbaus an Sprachheilschulen. Als Sie 1969 nach Baden-Württemberg kamen, gab es dort 2 Sprachheilschulen, 15 Jahre später über 30! Für die

Leserinnen und Leser der „Sprachheilarbeit“ ist es sicher interessant, etwas darüber zu erfahren, wie Sie aus Ihrer Sicht das Zeitgefühl der damaligen Phase des Aufbruchs erlebten.

*W.O.:*

Wenn Sie mich nach dem „Zeitgefühl“ jener Aufbruchphase der Sprachheilpädagogik fragen, werde ich daran erinnert, daß ich als 13er Jahrgang oft als „Zeitzeuge“ nach meinen Eindrücken und Erlebnissen aus der NS-Epoche gefragt werde. Hier wie da also Berichte über Eindrücke und Erlebensqualitäten aus einer zeitlichen Epoche.

Dazu kann ich nur sagen, daß es schwierig ist, jungen Menschen in ihrer Zeit tief innerlich klar zu machen, wie das allgemeine Lebensgefühl einer zurückliegenden Zeit war. Es ist wohl so, daß der Mensch in seiner Zeit eine einmalige und unwiederholbare Erlebniswelt durchläuft, die eben nur zeitbezogen ist.

### Keine Entwicklung ist je abgeschlossen

So auch die immer wieder genannte „Aufbruchphase“ unserer Heilpädagogik. Getragen aus wachsender humanitärer Bewußtheit nach einer Epoche menschlicher Erniedrigung ging der berühmte „Ruck“ durch unser Tun. Natürlich standen zunächst rein pragmatische Probleme im Vordergrund. Räume, Gebäude, Schulen, erste statistische Erhebungen, Sensibilisierung von Behörden und Öffentlichkeit, Lehrgänge, Studiengänge, Studienpläne usw. Das übernommene Fundament der Sprachheilpädagogik mußte die wissenschaftliche Grundlage der neuen Zeit erhalten – eine Aufgabe, die neben der pragmatischen Arbeit ebenfalls engagiert angegangen wurde.

Daß die Sprachheilpädagogik ihre „Eigenständigkeit“ vorantrieb, ist dann aus der damaligen Gesamtsituation zu verstehen. Im Zuge dieser Entwicklung ist dann Bedeutendes geleistet worden. Die Literatur jener Jahre ist beachtlich.

Keine Entwicklung ist je abgeschlossen, das stetige Fortschreiten ist ihr Gesetz. Der Blick in unsere Fachzeitschrift, die ich aufmerksam verfolge, zeigt, daß das „Quo vadis“ damals wie heute auch unser Lebensgesetz bleibt.

*M.G.:*

Bei der letzten Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik – deren wesentlicher Initiator Sie vor über 20 Jahren waren – kamen wir auf unserer Sitzung in Potsdam in einem Rückblick zu der Erkenntnis, daß die Beschäftigung mit Fragen des Selbstverständnisses in der Sprachbehindertenpädagogik nie zu dauerhaften Ergebnissen geführt hat, sondern sich je nach den aktuellen Anforderungen der Zeit in neuem Gewande zeigte und im besten Fall in einer spiralförmigen Aufwärtsentwicklung ihren Ausdruck fand.

„Keine Entwicklung ist je abgeschlossen“, sagen Sie uns. Der Wandel ist der stete Begleiter des Menschen. Gibt es etwas, was bleibt, sich möglicherweise in ver-

änderter Gestalt immer wieder zeigt – auch in der Sprachheilpädagogik?

W.O.:

Eine eher philosophisch-ethische Frage, in der Tat. Sie selbst haben 1997 mögliche Weichenstellungen der Entwicklung der Sprachheilpädagogik im Kontext von Freiheit und Entscheidungsspielräumen in der sich rasant wandelnden Umwelt angeschnitten (Heft 1/97 der „Sprachheilarbeit“). Ich kann Ihren Ausführungen nur beipflichten.

Wir Sprachheilpädagogen stehen in der Pflicht, das „Menschlichste des Menschen“ (*Fontane*) in rehabilitative Obhut zu nehmen.

Im Rahmen also dieser bildungspolitischen, sonderpädagogischen, soziokulturellen, gesellschaftlichen sich stetig wandelnden Entwicklung scheint die Frage berechtigt, ob es denn für die Sprachheilpädagogik etwas gibt, „was bleibt“, einen zentralen Punkt, einen ruhenden Pol. Ich vermag hier nur eine Antwort im humanitär-ethischen Bereich zu wagen. Die Frage stellt sich im Grund der gesamten Heilpädagogik, kann aber in den einzelnen Bereichen unserer Disziplinen akzentuiert werden. Wir Sprachheilpädagogen stehen in der Pflicht, das „Menschlichste des Menschen“ (*Fontane*) in rehabilitative Obhut zu nehmen. Über alle therapeutische Arbeit an einer Sprachstörung hinweg bleibt das zentrale Anliegen die Zuwendung zur Sprache des Menschen selbst. Das beinhaltet z. B. auch, daß in dem immer härter werdenden Berufsfindungskampf unserer Schulabgänger eine Zurüstung für diese Aufgabe so weit wie möglich erfolgt. Etwa im Sinne einer kommunikativen, rhetorischen Akzentuierung. Die gnadenlose Abweisung von Berufssuchenden auch infolge mangelnder sprachlicher Kompetenz trifft natürlich den Sprachbehinderten besonders hart.

Diesen Aspekt würde ich einem vermutlich bleibenden Fundamentum, der Pflicht, das Menschlichste des Menschen in rehabilitative Obhut zu nehmen, zufügen wollen.

M.G.:

Wer Sie kennt, weiß, wie Ihre Arbeit von dem pädagogischen Ethos der Bildung und Erziehung des Menschen bei einer Störung des „Menschlichsten des Menschen“ durchdrungen war. Ist dieser Anspruch gerade heute im 100. Todesjahr *Fontanes* in besonderem Maße bedroht? Ist die Spezialisierung und Interdisziplinarität in der Gefahr, ihren „Kern“, nämlich die pädagogische Grundlage, immer mehr zu verlieren?

W.O.:

Ihre vierte Frage hat mich zunächst etwas in Unruhe versetzt. Die Flut technologischer Hilfsmaßnahmen in unserer Therapie, von programmatischen Phasenabläufen und input-output-Sequenzen, von verordneten (Be-)Handlungsabläufen und dergleichen war in der Tat vorhanden, durchaus in brauchbarer und guter Absicht. Dieses Geschehen ist – wie man weltweit erkennen kann – Folge der vielfältigen und z.T. her-

vorragenden technologischen Entwicklung, der Postmoderne, des Einzugs des digitalen Zeitalters.

Sie hat uns alle mehr oder weniger stark ergriffen, wer wollte sich hier ausklammern? Die Bewegung ist noch im Gange, sie überflutet uns in Wort und Bild, wenn auch ihr erster Ansturm allmählich in ruhigere Gewässer einmündet.

Der vormals gekennzeichnete „Dualismus“ dieser Verpflichtung ist einer komplexen Aufgabe gewichen.

Die aufmerksame Beobachtung unserer sprachheilpädagogischen Entwicklung zeigt deutlich, daß die ruhigere Reflexion, das Bemühen um Standortbestimmung, ja um unseren pädagogischen Auftrag ansteigt. Viele Einzelveröffentlichungen, besonders auch die unter „Auf ein Wort“ ... erschienenen (ich kann sie nicht alle zitieren), die Empfehlungen für die Neuordnung des Studiengangs (Heft 4/98 der „Sprachheilarbeit“) signalisieren deutlich, daß die Aufgabe des Sprachheillehrers, neben bestimmten Erweiterungen, Bildung und Erziehung für sprachbehinderte Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf verbindet. Der vormals gekennzeichnete „Dualismus“ dieser Verpflichtung ist einer komplexen Aufgabe gewichen.

Ich kann zusammenfassend antworten, daß die allseitig vertretene pädagogische Grundlage des Sprachheillehrers nicht bestritten wird. Dies im Rückblick auf meine eigene Berufstätigkeit feststellen zu können, erfüllt mich mit Befriedigung.

M.G.:

Aus Ihrer Antwort spricht Befriedigung über das Vergangene, aber auch die Hoffnung auf das Zukünftige. Erfahrungen sind letztlich an den Einzelnen gebunden, andererseits können sie auch Ausdruck übergreifenden menschlichen Wissens sein. Was würden Sie der heutigen Generation von Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen mit auf den Weg geben wollen?

W.O.:

Nach meinen persönlichen und übergreifenden Erfahrungen werde ich gefragt. Fast ein halbes Jahrhundert habe ich der Sprechwissenschaft und Sprachheilpädagogik in Schule und Hochschule gedient. Welche Entwicklung, welche Rasanz prägte diese Zeit.

Auch ich frage mich oft nach dem Sinn des Ganzen. Und immer wieder muß ich bekennen: Alle fachliche Zurüstung, wie sie uns die Wissenschaft überreichlich liefert, wurde und wird immer und immer wieder nach dem Wesensgehalt, dem Sinn, dem inneren Kern des Problems „hinterfragt“. „Hinterfragen“, das war und ist eine Lieblingsvokabel von mir. Meine Studenten von damals werden sich vielleicht erinnern. Ein wenig Philosophie hinter dem verwirrenden Tableau der fachwissenschaftlichen Nomenklatur ist angebracht. *Einstein* und andere große Wissenschaftler haben es gewußt. Wenn Sie diese kurze Feststellung denn als Empfehlung an die heutige Generation aufnehmen wollen – ich habe nichts dagegen. Gottseidank finde

ich dafür immer wieder schöne Beispiele in unserer Zeitschrift.

M.G.:

Dies scheint mir ein gutes Schlußwort zu sein. Auch für mich sind die philosophischen Grundlagen unseres Faches von entscheidender Wichtigkeit – und ich muß bekennen, daß vieles von meinen heutigen Gedankengängen in Gesprächen mit Ihnen in meiner Anfangszeit als Professor in Reutlingen vorbereitet wurde.

Es bleibt mir zu wünschen, daß Sie noch manche Jahre in Ihrer Wahlheimat in Wyk auf Föhr zusammen mit Ihrer Frau bei geistiger und körperlicher Gesundheit verbringen können. Die fachliche und persönliche Achtung der Menschen, die mit Ihnen zusammengearbeitet haben, ist Ausdruck des damit einhergehenden Dankes und Respekts.

### OSR Hannes *Aschenbrenner* ist tot

OSR Hannes *Aschenbrenner*, Ehrenvorsitzender der ÖGS, ist am 26. Juli im 78. Lebensjahr verstorben. Das hat uns alle überrascht und erschüttert. Erst im Vorjahr war er anlässlich der feierlichen Eröffnung des Zentrums für Sprachheilpädagogik im dritten Wiener Gemeindebezirk interessierter Gast und hatte sich alle neuen Errungenschaften zeigen lassen.

Wenn wir uns seine sprachheilpädagogische Laufbahn ansehen, dann stellen wir fest, daß er zu den aktivsten Schülern Otto *Lettmayers* und zu den Weggefährten Franz *Maschkas* gehörte.

Im Jahre 1952 wurde er Mitglied des LehrerInnenkollegiums der Wiener Sprachheilschule, dem er bis zu seiner Pensionierung angehörte.

Als Otto *Lettmayer* im Jahre 1958 die „Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilpädagogen in Österreich“ ins Leben rief, war Hannes *Aschenbrenner* selbstverständlich eines der Gründungsmitglieder.

Das schriftliche Informations- und Kommunikationsmittel aller SprachheilpädagogInnen Österreichs war damals eine dünne Broschüre, die unter dem Namen „Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilpädagogen Österreichs“ herausgegeben wurde und für deren Inhalt Hannes *Aschenbrenner* verantwortlich zeichnete.

Die logische Weiterführung und Erweiterung der AG war dann die Gründung der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, deren erster Schriftführer Hannes *Aschenbrenner* wurde.

Gleichzeitig erlebten die „Mitteilungen“ eine Metamorphose von einer Informationsbroschüre zu einer fachlich anerkannten Zeitschrift, die den Namen „Der Sprachheilpädagoge“ erhielt. Hannes *Aschenbrenner* war ihr erster Redakteur. Es war seinem unermüdlchen Einsatz zu verdanken, daß fachlich einwandfreie

Qualität und internationale Anerkennung erreicht wurden.

Von 1972 bis 1983 hatte Hannes *Aschenbrenner* den Vorsitz in der ÖGS inne.

Als Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik forcierte er vor allem die Fortbildung der österreichischen SprachheillehrerInnen. Es ist sein Verdienst, daß auch in Österreich im Zweijahresrhythmus internationale Kongresse durchgeführt und alljährlich bundesweite Seminare angeboten werden.

Es war ihm immer ein besonderes Anliegen, internationale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Wir haben das von ihm gelernt und übernommen.

Durch die Ernennung zum Ehrenvorsitzenden auf Lebenszeit würdigte die ÖGS die Verdienste Hannes *Aschenbrenners*.

Im Jahre 1973 übernahm er die Leitung der Wiener Sprachheilschule. Hier sorgte er für den Ausbau des Kurssystems besonders durch die Betreuung der verschiedenen Sonderschulsparten: Er setzte die Einrichtung von Vorschulklassen durch und wirkte den Umbau am Standort Kindermanngasse.

Durch den Titel *Oberschulrat* würdigte die Schulbehörde die Verdienste Hannes *Aschenbrenners*.

In seine Dienstzeit als Schulleiter fällt auch die Einrichtung der Schulbuchaktion. Hier nutzte er die Gunst der Stunde und knüpfte gemeinsam mit Frau Professor *Meixner* die Kontakte zu den Schulbuchverlagen. Die Herausgabe sprachheilpädagogischer Arbeitsmittel beim Verlag für Jugend und Volk ist mit ein Verdienst von Hannes *Aschenbrenner*.

Auch hier arbeiten wir in seinem Sinne weiter mit den Schulbuchverlagen zusammen. Das LehrerInnenkollegium der Wiener Sprachheilschule gibt auch weiterhin neue Arbeitsmittel heraus.

So, wie ihm internationale Kontakte fachlicher Natur ganz besonders wichtig waren, so war das Reisen dem Privatmann Hannes *Aschenbrenner* ein geliebtes Hobby. Ausflüge und Reisen konnte er phantastisch organisieren und machte das auch noch in den letzten Jahren.

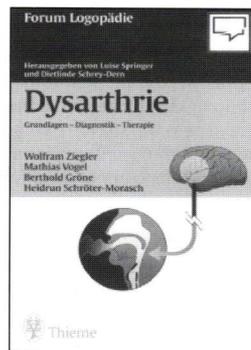
Abschied nehmen tut immer weh. Darum fühlen wir auch mit den Angehörigen mit.

Wir können OSR Hannes *Aschenbrenner* nur versichern, daß wir wohl in der Wiener Sprachheilschule als auch in der ÖGS mit so viel Energie weiterarbeiten, wie auch er es getan hat. So lebt er in der Wiener Sprachheilschule und in der ÖGS weiter.

Wir danken ihm für seinen großen persönlichen Einsatz!

Inge Frühwirth

## Rezensionen



**Wolfram Ziegler/Mathias Vogel/Berthold Gröne/Heidrun Schröter-Morasch: Dysarthrie. Grundlagen – Diagnostik – Therapie.** Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 1998. 137 Seiten. 49,- DM

Endlich ist im deutschsprachigen Raum der Versuch unternommen worden, ein *Standardwerk* über Dysarthrie zu schreiben – und damit eine seit Jahren bestehende Lücke zu schließen.

Das in der Reihe Forum Logopädie veröffentlichte Buch ist laut dem Vorwort der Herausgeberinnen Luise Springer und Dietlinde Schrey-Dern als Lehrbuch und Basisliteratur für den Themenbereich Dysarthrie bei Erwachsenen konzipiert.

Mit dem Münchner Autorenteam, das sich aus vier klinisch und forschend tätigen Fachleuten zusammensetzt, wurden gute Voraussetzungen gewählt.

Das Buch besteht aus fünf Kapiteln, innerhalb derer der Schwerpunkt mit den drei mittleren Kapiteln deutlich auf der Diagnostik liegt. Ein Grundlagenkapitel am Anfang und ein Therapiekapitel am Ende des Buches bilden den Rahmen.

Die von jeweils ein bis zwei Autoren verfaßten Artikel bemühen sich, einem eher medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundverständnis folgend, lineare Ursache-Wirkungs-Gefüge bei Dysarthrien aufzuzeigen.

Die Zielsetzung, möglichst objektive Verfahren zur Beschreibung, Diagnostik und Therapie von Dysarthrien aufzuzeigen, und die Forderung nach Quantifizierbarkeit ist in dem gesamten Werk unüberlesbar. Die starke Orientierung an anglo-amerikanischen Konzepten ist sehr deutlich.

Die in Deutschland durchaus übliche Differenzierung in Dysarthrien und Dysarthrophonien wird nicht thematisiert, deutschsprachige Veröffentlichungen außerhalb der Münchner Autoren-Gruppe zur Dysarthrie werden nicht berücksichtigt (z.B. Breitbach-Snowdon 1996, Förster 1995).

Wolfram Ziegler, der Leiter der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie, hat das *erste Kapitel* „Grundlagen der Dysarthrie“ verfaßt. Darin geht er auf unterschiedliche Betrachtungsweisen von Dysarthrien

ein. Unter Zuhilfenahme des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konzipierten ICDH-Modells (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) stellt Ziegler grundlegende Betrachtungsaspekte von Dysarthrien vor und übernimmt dort auch die Differenzierung in unterschiedliche „Ebenen“. Auf der Ebene der Krankheit (disorder) werden verschiedene Ursachen erörtert. Innerhalb der Ebene der Schädigung (impairment) werden die verschiedenen dysarthrischen Symptome anhand pathophysiologischer Merkmale beschrieben und als unterschiedliche Bewegungsstörungen (schlafte, spastische, rigid-hypokinetische, ataktische Dysarthrie) klassifiziert.

Dysarthrie als Kommunikationsstörung mit den Hauptmerkmalen der Verständlichkeitsminderung, Verlangsamung und unnatürlicher Sprechweise werden von Ziegler nach der ICDH-Klassifikation der Ebene der Fähigkeitsstörung (disability) zugeordnet. Auf der Ebene der Beeinträchtigung (handicap) zeigt Ziegler Dysarthrien als Ursache sozialer Beeinträchtigungen auf. Der Schwerpunkt der Ausführung liegt deutlich auf den beiden erst genannten Ebenen (disorder, impairment). Der Versuch, Dysarthrie als Kommunikationsstörung und als Ursache sozialer Beeinträchtigung darzustellen, gelingt – möglicherweise aufgrund der medizinischen Betrachtungsweise – nur in Ansätzen. Denn Dysarthrie ist sicherlich mehr als die Summe von Einzelstörungen: Dysarthrie ist in den meisten Fällen ein kritisches Lebensereignis. Ob das ICDH-Modell eine ausreichende Klassifikationsgrundlage für Dysarthrien bietet, bleibt zu diskutieren, erfreulich ist jedoch, daß die (psycho-)sozialen Folgen dieser Sprechstörung berücksichtigt werden.

Die Dysarthrie-Diagnostik wurde konzeptionell in drei aufeinanderfolgende Kapitel aufgeteilt, mit Fokussierung auf jeweils eine bestimmte Herangehensweise/Untersuchungsmethodik, nämlich auditive (Kapitel II), inspektive (Kapitel III) und instrumentelle (Kapitel IV) Befunderhebung.

So legen Ziegler und Vogel im zweiten Kapitel „Diagnostik dysarthrischer Störungen“ den Schwerpunkt ihrer Darstellung auf die *subjektive Störungseinschätzung und die auditive Befunderhebung*. Es wird ein Fragenkatalog für die Anamnese vorgestellt, in dem die individuelle Beurteilung der Dysarthrophonie und die möglichen Folgen erfragt werden. Ziegler weist auf die Notwendigkeit standardisierter Selbstbeurteilungsbögen für Evaluationszwecke hin.

Innerhalb der auditiven Diagnostik werden Informationen aus visuellen und palpatorischen Untersuchungsschritten jeweils für die Funktionssysteme Atmung, Stimme, Artikulation und für Prosodie und Verständlichkeit gewonnen. Der Leser findet für jeden (Funktions-)Bereich eine kurze Beschreibung des physiologischen Vorgangs, danach werden Möglichkeiten zur Bewertung der Spontansprache aufgezeigt, wobei Ursache-Wirkungs-Hypothesen in tabellarischer Form angeboten werden. Spezifische Untersuchungs-

aufgaben, die exemplarisch ebenfalls in Tabellenform dargestellt werden, schließen dann die Untersuchung ab.

Neben dieser qualitativen Beschreibung werden zwölf vierstufige Skalen zur quantitativen Einschätzung dysarthrischer Störungsmerkmale, die teilweise empirisch abgesichert sind, vorgestellt.

Einen Sonderbereich nimmt die Verständlichkeitsprüfung ein, innerhalb derer die Methoden Schätzskalen, Transkriptionsverfahren und Wortidentifikation vorgestellt und diskutiert werden. Das bereits 1992/1993 veröffentlichte computergestützte Münchner Verständlichkeitsprofil (MVP) wird hier nochmals als objektives Überprüfungsverfahren vorgestellt. Trotz der Verwendung von vierzehn Tabellen hinterläßt dieses Kapitel aufgrund der formalen Darstellung der großen Flut der Informationen den Eindruck der Unübersichtlichkeit. In dieser Form ist ein Einsatz in der Praxis nur schwer denkbar. Ein zusätzlicher, klar strukturierter Untersuchungsbogen wäre wünschenswert.

„Beurteilung der Sprechorgane und ihrer sensomotorischen Funktionen“ ist der Titel des *dritten* und gleichzeitig mittleren Kapitels über Diagnostik, das von Heiderun Schröter-Morasch verfaßt wurde. Wie bereits erwähnt, wird hier die inspektive Sicht der Befunderhebung bei Dysarthrien thematisiert. Klinisch-inspektiv meint hier die Beobachtung in Ruhe, bei Bewegung und die Überprüfung der Sensibilität. So werden in dem Kapitel verschiedene Untersuchungsmöglichkeiten vorgestellt, wie die visuelle, die palpatorische und die phoniatische Überprüfung orofazialer, pharyngealer, oropharyngealer und laryngealer Strukturen.

Einerseits werden Kehlkopfspiegelung, Lupenlaryngoskopie, -stroboskopie und Untersuchungen mittels flexiblen Fibereendoskopen vorgestellt, andererseits werden Beurteilungskriterien für die klinisch-inspektive Untersuchung aufgezeigt.

Ein Schwerpunkt liegt in diesem Kapitel auf der „Beschreibung charakteristischer Bewegungsstörungen bei den einzelnen Dysarthriesyndromen“ (63).

Mit einem eigens für HNO-Ärzte entwickelten Beurteilungsbogen für die phoniatische Untersuchung von Velopharynx und Larynx beendet Schröter-Morasch ihre Ausführungen. Er soll den Sprachtherapeuten und Sprachtherapeutinnen den Zugang zu den oft fehlenden Basisinformationen erleichtern.

Berthold Gröne stellt im *vierten Kapitel* physiologische, aerodynamische und akustische Untersuchungsverfahren der Artikulation (u.a. Dehnungsmeßverfahren, Elektropalatographie, Elektromagnetische Artikulographie, Magnetresonanztomographie), der Phonation (Ultraschall, Elektrolottographie, Laryngographie), der Atmung und Aerodynamik dar. Er beschreibt und erklärt Verfahren zur Untersuchung und Darstellbarkeit akustischer (z.B. Schalldruckkurve, Intensitätskontur, Spektrale Energieverteilung) und elektrophysiologischer (EMG) Parameter. Gröne weist zu Recht darauf hin, daß diese instrumentellen Verfahren als Ergänzung zur auditivperzeptiven Dysarthrie-Diagnostik bei spezifischen Fragestellungen verstanden wer-

den soll. Er sieht diese Verfahren als zukünftigen Beitrag zur Qualitätssicherung, da sie die Möglichkeit zur „objektivierbaren“ Diagnostik und Therapiedokumentation bieten.

Es ist zu überlegen, ob die drei Diagnostik-Kapitel nicht deutlicher in Bezug zueinander gesetzt werden sollten, und ob auf ihrer Grundlage ein strukturiertes Diagnoseverfahren entwickelt werden könnte.

Die „Behandlung der Dysarthrie“ wird in dem *fünften Kapitel* von Mathias Vogel dargestellt. Quantitativ betrachtet wird der Therapie im Vergleich zur Diagnostik ein relativ geringer Stellenwert zugeordnet, das Verhältnis von einem Kapitel Therapie mit einunddreißig Seiten zu drei Kapiteln Befunderhebung mit insgesamt siebenzig Seiten Umfang sprechen für sich. So scheint auch der Hinweis der Verfasser im Vorwort mißverständlich, daß dem Therapie-Kapitel „wegen seiner Bedeutung der größte Umfang eingeräumt“ (S. VIII) wurde.

Vogel beginnt das Kapitel mit drei einleitenden Abschnitten zu Zielsetzung, Planung und Aufbau von Therapie und mit grundsätzlichen Aussagen zu Behandlungsansätzen, die größtenteils auf der Basis eigener Therapieerfahrung entstanden sind. In diesen Teilen liegt eine Schwachstelle des Kapitels. Es wurde der Versuch unternommen, in ein bis dahin nahezu stringent naturwissenschaftlich orientiertes Werk psychosoziale und kommunikative Aspekte zu integrieren. Es werden allgemeine Einflußfaktoren für die Therapieplanung und Leitlinien der Dysarthriehandlung aufgezählt bzw. aneinandergereiht, ohne diese jedoch in ein- außerhalb einer neurologischen Betrachtungsweise stehendes – theoretisches Grundkonzept zu integrieren. In diesem Kapitel wird das Dilemma innerhalb der traditionell naturwissenschaftlichen Dysarthrophonie-Forschung sichtbar. Einerseits wünscht sich der naturwissenschaftlich orientierte Therapeut auch hier objektivierbare Kriterien (im Sinne der Quantifizierbarkeit), andererseits wird hier unübersehbar, daß Dysarthrophonie nicht auf eine neurophonetisch definierbare Störung reduziert werden kann. Der Mensch, der von einer Dysarthrophonie betroffen ist (und nicht der Therapeut), wird in einem erheblichen Maße den Verlauf der Therapie bestimmen. Wie ist dies nun meßbar, beschreibbar, auswertbar? Offensichtlich fehlen qualitativ-quantitative Forschungsarbeiten!

So muß auch der Abschnitt „Spezifische Behandlungsmaßnahmen“ kritisch betrachtet werden, da hier wichtige – in der Dysarthrie-Behandlung etablierte – Therapieansätze wie z.B. die Therapie des facio-oralen Traktes nach Coombes, die Orofaziale Regulations-therapie nach Castillo-Morales oder die Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation nach Kabat/Knott/Voss fehlen. Diesen Therapieansätzen ist bei unterschiedlicher Konzeption gemeinsam, daß sie zuerst immer an dem Gesamtkörper mit Haltungs- und Tonuskontrolle arbeiten, um Veränderungen im orofazialen Komplex erreichen zu können. Sie bieten fast alle wichtige Techniken für die Bereiche Gesamtkör-

perhaltung, Tonus, Kopfkontrolle, Atmung, eingeschränkt Stimme und immer im besonderen für den orofazialen Komplex. Ihre Berücksichtigung wäre notwendig gewesen, wobei dann die hinter diesen Ansätzen stehenden Denktraditionen bzw. Philosophien beachtet werden müßten.

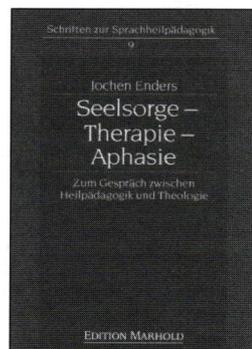
Die Stärken des Kapitels liegen darin, daß erstmalig im deutschsprachigen Raum eine nahezu vollständige Auflistung möglicher instrumenteller Verfahren, prothetischer Maßnahmen und medizinischer Interventionen für die Haltung, die Funktionssysteme Atmung, Stimme, Artikulation, die velopharyngeale Funktion und die Prosodie aufgezeigt werden.

Trotz der geäußerten Kritikpunkte ist das Buch eine Bereicherung für den Markt!

Die Leser finden ein positivistisches Werk, in dem aufgrund ausführlicher Recherchen ein kompetenter Überblick über Ätiologie, Symptomatologie und Klassifikation mit allen in der Dysarthriediagnostik anwendbaren Verfahren gegeben wird. Das Therapiekapitel ist dabei durch einen durchaus nützlichen Eklektizismus geprägt.

Der Verzicht auf eine komplexere Betrachtungsweise von Dysarthrien, in der z.B. die entstehenden Ungleichgewichte im Person-Umwelt-Gefüge, die Bewältigungsnotwendigkeit und die prozessualen Veränderungen im Bewältigungsverhalten berücksichtigt werden, entspricht der vorgelegten Systematik dieser Arbeit. Eine umfassendere Betrachtung des Lebensereignisses Dysarthrie ist aus meiner Sicht jedoch notwendig.

Barbara Giel



**Jochen Enders, Seelsorge – Therapie – Aphasie.** Zum Gespräch zwischen Heilpädagogik und Theologie (Schriften zur Sprachheilpädagogik Band 9, hrsg. von Prof. Dr. Manfred Grohfeldt). Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin 1998. 327 Seiten; 49,80 DM

Diese Arbeit betritt Neuland, wie Autor und Herausgeber übereinstimmend betonen. Sie betritt aber auch Grenzland, das Grenzland zwischen Sprachheilpädagogik und Theologie. Wer sich im Grenzland bewegt, darf sich des Mißtrauens der Grenzwächter von beiden Seiten sicher sein. Sollten ihm gar Kugeln um die

Ohren fliegen, so stammen sie nicht selten aus dem eigenen Lager. Wer eine Brücke zwischen Fachgebieten schlägt, hat zweierlei zu beachten: Er muß auf beiden Seiten Konzeptionen auswählen, die miteinander kompatibel sind. Und er muß seine intendierten Leser und Leserinnen im Auge behalten. Sie kommen in diesem Fall in erster Linie aus der Sprachheilpädagogik. Folglich können sie die vom Autor favorisierte Konzeption *Grohfeldts* in die Fachdiskussion einordnen. Hingegen muß ihnen die theologische Diskussion ausführlicher und elementar dargeboten werden. Enders stellt eingangs klar, daß Seelsorge sich nicht christlich platonisierend auf eine unsterbliche, in den geschädigten Körper gebannte Seele bezieht, sondern von der Bibel her auf den ganzen Menschen zielt. So stellt er Aphasikerschicksale aus seiner eigenen Praxis und aus der Literatur vor und fragt – beides kritisch konfrontierend – nach *ihrer Wahrnehmung durch Medizin und Pädagogik*. *Grohfeldts* Kompetenzansatz gibt *Enders* die Möglichkeit, den christlichen Freiheitsbegriff ins Spiel zu bringen und so – zunächst formal – einen Horizont für das Gespräch zwischen Sprachheilpädagogik und Seelsorge aufzuweisen. Das anschließende theologisch-anthropologische Kapitel nimmt die Lehre von der Gotesebenbildlichkeit des Menschen auf und zeigt ungeschminkt die Schwierigkeiten, denen sich ein Sprachheilpädagoge im Gespräch mit der Theologie auch dann gegenüber sieht, wenn der theologische Gewährsmann – hier Gerhard *Ebeling* (= G.E.) – sich ausführlich mit der Bedeutung von Sprache beschäftigt. Man sollte nicht erwarten, daß sich eine Dogmatik auch noch mit der Stellung behinderter Menschen in der Christenheit befaßt. Das gehört eher in eine Ethik. Die aber hat G.E. nicht geschrieben (G.E., Ein Leben für die Theologie – eine Theologie für das Leben, ZThK 95, 1998, 158-166: 159). Doch wurde bereits der junge Pfarrer der Bekennenden Kirche durch die Tötung „lebensunwerten Lebens“ mit dem Thema konfrontiert (G.E., Predigten eines Illegalen, 1995, III.92.95-102; vgl. G.E., Die Wahrheit des Evangeliums, 1981, 291. Zum Weiterdenken lädt ein G.E., Einführung in theologische Sprachlehre, 1971, 14.22-24). Ergebnis dieses Kapitels: Auch der behinderte Mensch ist „Bild Gottes“; denn die Würde des Menschen besteht in einem von Gott gesetzten Verhältnis (Seite 93, Zeile 8 v.u. lies: Jes. 35, 5-6a). Indem der Autor seine bisherigen heilpädagogischen und theologischen Überlegungen unter dem Titel „Seelsorge und Lernen bei Aphasikern“ zusammenführt, bestimmt er die Seelsorge als einen notwendigen, zumindest hilfreichen Aspekt für Lernprozesse und Krisenbewältigung.

Danach weitet der Autor seine Fragestellung aus durch Kapitel über den Belastungs-Bewältigungsprozeß und Grundzüge einer sprachheilpädagogischen Aphasikertherapie. Dem folgen theologisch-anthropologische Entsprechungen zu grundlegenden Auffassungen heutiger Sprachheiltherapie. Bildlich gesprochen schüttet *Enders* hier ein Säckchen theologischer Rohdiamanten aus, die dringend der Bearbeitung bedürfen, um am Goldreif der Sprachheilpädagogik ih-

ren spezifischen Glanz zu entfalten. Die Voraussetzungen dafür hat er erarbeitet. Auf den Seiten 174 bis 177 charakterisiert er *Grohnfeldts* philosophische Argumentation als eine vorwiegend existentialphilosophische, die in realistischer Resignation das Fragmentarische der menschlichen Existenz und ihrer Deutungen akzeptiert, ohne das Prinzip Hoffnung gänzlich fahren zu lassen. In das Gespräch mit einer so geprägten Anthropologie hätte sich der von der Existentialtheologie beeinflusste Gerhard *Ebeling* ebenso einbringen lassen, wie der später zitierte Theologe Jürgen *Moltmann* als Rezipient des Blochschen Prinzips Hoffnung. Es gälte also, den Dialog mit den verdeckten oder offenen philosophischen Anthropologien in der Sprachheilpädagogik aufzunehmen. Das Material dafür stellt *Enders* bereit.

Sodann greift das theologische Kapitel voraus auf das Schlußkapitel zur Seelsorge bei Aphasikern. Dort führt der Weg von der Seelsorge sehr schnell zum Seelsorger, der nur dann seine Arbeit tun kann, wenn er – wie der Autor – auch sprachheilpädagogisch geschult ist. Wie wäre das zu verwirklichen? Vermutlich wird an diesem Punkt die Entscheidung darüber fallen, ob die Vorschläge des Autors ans Ziel geführt haben. Doch zunächst einmal ist ihm dafür zu danken, daß er einen Weg durch Sumpf und Unterholz eines Grenzlandes gebahnt hat. Der Weg macht neugierig. Mögen ihn viele beschreiten.

Dietfried Gewalt

---

## Materialien und Medien

---

### Informationshefte über Sprachstörungen

Die dgs hat eine Informationsreihe zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen gestartet. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit, als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien.

Die ersten vier Hefte sind bereits erschienen:

- Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern
- Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Heft 3: Störungen des Spracherwerbs
- Heft 4: Förderung des Spracherwerbs

Ein Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von 2,- DM zuzüglich Portokosten unter der unten angegebenen Adresse zu beziehen. Bei größeren Bestellungen wird ein Rabatt gewährt. Fragen Sie bitte bei Interesse nach, wir informieren Sie gerne.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)  
Goldammerstraße 34  
12351 Berlin  
Telefon: 030/6616004  
Telefax: 030/6616024

### Computerspiel heilt Sprachprobleme?

Unter dieser Überschrift berichtete fast die gesamte deutsche Tagespresse im Januar 1996 über eine CD-ROM, die in den USA von Frau Professor *Tallal* nach zwanzigjähriger Forschung geschaffen worden sei und die nach vierwöchigem Training die Verständnissfähigkeit sprachauffälliger Kinder deutlich verbessert habe. Zehntausende amerikanischer und tausende deutscher Familien haben sich seither bemüht, in den Besitz dieser CD-ROM zu gelangen, um ihren sprachauffälligen und leserechtschreibschwachen Kindern zu helfen. Mit Ausnahme einiger US-Therapeuten waren sie bis heute alle erfolglos.

Inzwischen ist es auch sehr still geworden um diese CD-ROM. Dabei war die Grundidee gar nicht so falsch: Die Ursache von Sprachauffälligkeiten ist sehr häufig, daß diese Kinder keine klare innere Abbildung kritischer Laute wie beispielsweise b – d – f – g – k – p – t – w haben, so daß sie diese Laute nicht klar verstehen und häufig auch nicht klar artikulieren können. Auf der erwähnten CD-ROM wurden einige dieser Konsonanten gedehnt, um sie für die Kids verständlicher zu machen. Das hat offenbar auch bei den trainierten Konsonanten im trainierten Kontext funktioniert. Das Problem dürfte im Transfer von dieser Laborsituation in die Alltagssprache bestanden haben. Im neuen Lateraltrainer LT 2.0.W der MediTech Electronic GmbH ist deshalb neben dem bekannten Hin- und Herwandern der Modellstimme eine Weiterentwicklung der Tallal-Idee in doppelter Hinsicht integriert worden:

- Das Gerät enthält einen Konsonanten-Trainer, der die obigen acht kritischen Konsonanten dem trainierenden Kind einzeln in einer Zufallsreihenfolge vorspielt. Dabei läßt sich der Schwierigkeitsgrad durch Hinzufügen eines dosierbaren Störgeräusches beliebig verändern. Das Kind entscheidet nach jedem Konsonanten, was es gehört zu haben glaubt und gibt es dem Gerät ein. Das Gerät zählt die richtigen Entscheidungen, so daß das Kind und die Therapeutin den Lernerfolg sehen und den Schwierigkeitsgrad entsprechend anpassen können.
- Um die bei diesem Training punktuell erreichten Fortschritte auch in die Alltagssprache zu überführen, enthält der LT 2.0 zusätzlich eine zuschaltbare sogenannte Konsonanten-Veredelung, die in technisch ausgefeilter Weise die energiewachen Konsonanten aus den energiestarken Vokalen buchstäblich heraushebt und so für das Kind klarer konturiert und verständlicher macht.

Die bisherigen Erfahrungen mit mehr als 200 von Therapeuten und teilweise sogar von betroffenen Familien eingesetzten LT 2.0 lassen erkennen, daß das Konzept zu einer noch effizienteren Abhilfe bei Auffälligkeiten im lautsprachlichen und schriftsprachlichen Bereich verhilft, als es das Lateral-Training allein zu bewirken vermag. Der Lateral-Trainer LT 2.0 ist jetzt lieferbar durch die MediTech Electronic GmbH, Auf dem großen Kampe 35, 30900 Wedemark, Ruf 0 51 30 – 7 97 70, Fax 0 51 30 – 7 97 63.

---

**Vorschau**

---

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

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

*K. Weikert:* Beratung und Therapie bei Sprechangst – ein ressourcenorientierter Entwurf.

*B. Giel:* Qualitätsmanagement und Sprachtherapie.

*F.M. Dannenbauer:* Auf der Suche nach der verbalen Entwicklungsdyspraxie.

*C. Frisch:* Künstlerisches Tanzen als ganzheitliche Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder.

*A.R. Skiba:* Sprach- und Sprechförderung im Alter.

## 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

**MediTECH**   
Electronic GmbH

» Richtig sprechen  
heißt vor allem  
richtig hören und  
richtig verstehen «

Zentrales Hören wirksam trainieren!

Bitte schicken Sie mir

- das Buch zur Zentralen Wahrnehmung  
„Was Hänschen nicht hört“, F. Wamke  
 Seminartermine mit Fred Wamke  
 Ihre aktuelle Erzeugnisübersicht

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

MediTECH Electronic GmbH  
Auf dem großen Kamp 35 Telefon: (0 51 30) 7 97 70  
30900 Wedemark Telefax: (0 51 30) 7 97 63

## 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



### Intensiv-Fortbildung Stottern mit hohem Praxisanteil

Therapie bei  
(Vor-)Schulkindern (B. Hansen, Kiel)  
Jugendlichen/Erwachsenen (H. Prüß, Bonn)

**23.04.-25.04.99 in Bonn**

Informationen bitte anfordern bei:  
Holger Prüß, Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin  
Tel./Fax: 02241/342938  
(vom 30.01.-21.02.99 tel. nur schwer erreichbar)

### Die Akzentmethode - Grundkurs

Die *Akzentmethode* ist eine Ganzheitsmethode und wird bei allen Stimmstörungen sowie bei Stottern angewandt. Alle respiratorischen sowie die phoniatrischen Muskeln werden bei dieser dynamischen Stimm-, Sprach- und Bewegungstherapie miteinbezogen, d.h. Atmung, Phonation, Körperbewegung, Artikulation u. Sprache werden so miteinander koordiniert.

Das Ergebnis der *Akzentmethode* ist eine Stimmfunktion mit dynamischem Gleichgewicht zwischen dem subglottalen Luftdruck u. der Glottisaktivität. Das führt zu einer veränderten akustischen Struktur der Phonation mit veränderten Teiltönen, was eine verbesserte Sprechverständlichkeit mit sich bringt.

Die *Akzentmethode* wurde von Prof. Dr. Svend Smith aufgrund vierzigjähriger Erfahrung mit experimentellen stimmphysiologischen und phonetischen Versuchen und praktischem Unterricht entwickelt.

Die beiden Referenten Dozentin Kirsten Thyme-Fränkjör und Prof. Børge Fränkjör-Jensen haben zwanzig Jahre lang mit Svend Smith zusammen gearbeitet und die Methode weiterentwickelt.

- Termin: 23.04.99 - 26.04.99
- Kosten: 790,- DM incl. Tagungsgetränken
- Ort: Blaustein bei Ulm
- Fortsetzungskurs im Oktober '99
- Anmeldung und Information:  
Logopädische Praxis Dieter Kuhnle, Westerlinger Str. 27,  
89077 Ulm, Tel.: 0731/93503-0, Fax: 93503-20

### Fort- und Weiterbildung „Myofunktionelle Therapie“

29./30.01.99 Kurs I: **Theorie-Grundlagen  
und Konzepte**  
12./13.03.99 Kurs II: **Praktische Übungen  
der MFT**  
Juni 99 Kurs III: **Praktikum und  
Kolloquium**

Anmeldung: Dr. Vevi Hahn,  
Sprachheilpädagogin, MF-Therapeutin  
Dr. Hermann Hahn, Zahnarzt  
Steinkirchnerstr. 28, D-81475 München

### Kurse „Myofunktionelle Therapie“

29./30.01.99 MFT-Kurs, Teil 1 in Tübingen  
19./20.03.99 MFT-Kurs, Teil 1 in Paderborn  
28./29.05.99 MFT-Kurs, Teil 1 in Bremen  
04./05.06.99 MFT-Kurs, Teil 2 in Kiel  
(nur für Teilnehmer von Teil I)

Leitung u. Anmeldung: Anita M. Kittel,  
Logopädin, Karlstr. 16, 72764 Reutlingen

Literatur: A.M. Kittel „Myofunktionelle Therapie“  
ISBN 3-8248-0400-X

**Praxis-Räume zu vermieten** in Burscheid RhL.  
(keine weitere logopädische Praxis am Ort),  
bisher Verwaltungsgebäude, Erdgeschoß 104  
qm o. Teilfläche, auch wohnen im Gebäude  
möglich. Ab 12,- DM/qm, provisionsfrei.  
Tel. 0 21 74 / 6 27 03

### ISST

Wir suchen zum nächstmöglichen  
Termin

### Sprachtherapeutinnen

Freie Mitarbeit oder Angestelltenver-  
hältnis möglich.

*Bewerbung an:*

### ISST

Institut für Stimm-  
und Sprachtherapie  
Wasserstr. 25  
59423 Unna

Tel. 02303/86888 od. 89991

**Praxis für Sprachtherapie** sucht zum  
1.3.99 oder früher, **engagierte Mit-  
arbeiterin** mit PKW für ca. 30 Stun-  
den im Bereich Aphasie, SEV, MFT.

Wir bieten gute Konditionen, gute Team-  
arbeit und Supervision.

*Schriftliche Bewerbung bitte an:*

**Praxis Passon & Kolb**  
**Bergische Landstr. 42**  
**51375 Leverkusen**

## Kinder Therapie Zentrum Solingen

VEREIN FÜR SPASTISCH GELÄHMTE UND ANDERE KÖRPERBEHINDERTE E.V.

### Sonderkindergarten Integrative Tagesstätte Neurophysiologisches Institut



Junges aufgeschlossenes Team (Krankengymnastinnen, Motopädinnen und Erzieherinnen) sucht zur Erweiterung des therapeutischen Angebotes in der integrativen Tagesstätte, im Sonderkindergarten und im Institut sofort oder baldmöglichst

### Logopäden/in oder Sprachtherapeuten/in

mit Erfahrung in der Arbeit mit Kindern.

Vergütung und Urlaubsregelung in Anlehnung an BAT. Bewerbungen erbeten an:

**Kinder Therapie Zentrum, Weyerstr. 221, 42719 Solingen**

Tel.: 0212-23 22 8-0, FAX: 0212-23 22 820

Der Caritasverband für die Stadt Oberhausen e.V. sucht zum nächstmöglichen Termin für die Frühförderstelle und für die Heilpädagogische Kindertagesstätte eine/n

### Sprachheilpädagogin/en oder Logopädin/en

(Arbeitsumfang: 100 %; verschiedene Modelle von Teilzeitarbeit möglich)

Die Tätigkeit umfaßt die sprachtherapeutische Förderung von entwicklungsauffälligen, behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern im Vorschulalter sowie die Beratung und Anleitung der Eltern.

Wir arbeiten in beiden Einrichtungen in einem interdisziplinären Team.

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Caritasverbandes (AVR).

Bitte schicken Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:



Caritas Frühtherapie  
für entwicklungsverzögerte  
und behinderte Kinder  
Kettelerstr. 6  
46117 Oberhausen  
Telefon (0208) 8999091

Suche zum nächstmöglichen Termin

### Logopäden/in - Sprachheilpädagogen/in

im Gesundheits Zentrum Walsum  
(HNO-, Chirurgie-, Physiotherapie-,  
Hebamme- und Heilpraxis im Haus)

Bewerbung bitte an:

Robert Isphording

Praxis für Physiotherapie

Prinzenstr. 5

47179 Duisburg

E-mail: ISPHOR@AOL.COM

### Sprachtherapeut/in / Logopäde/in

ganztags zur Förderung unserer behinderten Kinder gesucht. Wir bieten offene Teamarbeit, interdisziplinären Austausch, Supervision. Bezahlung in Anlehnung an BAT. Bewerbung an: Tagesstätte für körperbehinderte und nichtbehinderte Kinder, Flughafenstr. 22, 53842 Troisdorf, Tel. 02246-5753



## Unser Team braucht Verstärkung!

Wir suchen zum 1.4.99 eine/n Logopädin/en oder Sprachtherapeutin/en in Vollzeitstellung.

Wir bieten:

- selbständiges und verantwortungsvolles Arbeiten mit 12 Kindern der „Drachengruppe“
- Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen und der Logopädin „Tigergruppe“
- Intensive Elternarbeit
- Diagnostik und Beratung für Neuaufnahmen
- Fortbildungsmöglichkeiten
- Bezahlung nach AVR

Wir wünschen uns eine/n kooperative/n Mitarbeiter/in mit Eigeninitiative und Teamgeist

Nähere Informationen  
erhalten Sie durch die Leiterin Fr. Hoffmann  
Tel.: 02821 - 29642

Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis  
Ende Jan. 1999 an:  
Kath. Pfarramt Christus-König  
Lindenallee 99 • 47533 Kleve



# Diakonie



**Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen**

**– Spezialkrankenhaus für chronische Krankheiten und Altersleiden –**

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## **Logopädinnen Sprachheilpädagoginnen**

in Vollzeit. Ihr Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik und Behandlung von Aphasien, Dysarthrophonien und Dysphagien.

### **Wir bieten:**

- fachliche Einarbeitung
- Mitarbeit in einem interdisziplinären Therapeutenteam
- interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten
- Vergütung nach AVR
- angenehmes Betriebsklima

Das Ev. Krankenhaus in Hofgeismar ist die älteste deutsche Spezialklinik (120 Betten und 20 Plätze in der Tagesklinik) mit dem Schwerpunkt geriatrische Rehabilitation.

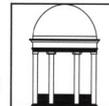
Nähere Auskünfte zur Stellenbeschreibung erhalten Sie unter Tel. 0 56 71/8 82 - 4 56. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

**Chefarzt Prof. Dr. med. W. Vogel**

**Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Am Krähenberg 1, 34369 Hofgeismar**

http://www.diakonie-stellenangebote.de

1198



Zur Erweiterung unserer sprachtherapeutischen Abteilung suchen wir

## **Sprachtherapeut/in Logopäde/-in**

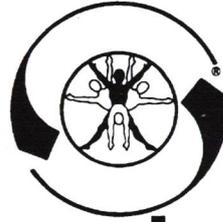
für die Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Unsere Einrichtung ist ein überregionales Rehabilitationskrankenhaus für Patienten mit neurologisch/neurochirurgischen Erkrankungen nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Die Nachsorge wird von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und erfahrenen Pflegekräften durchgeführt.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT mit zusätzlichen Sozialleistungen. Hessisch Oldendorf liegt im Wesertal nahe der Kreisstadt Hameln.

**Neurologische Klinik  
Greitstr. 18-28  
31840 Hessisch Oldendorf**

# Der Mensch im Mittelpunkt



Die MEDIAN Klinik II Flechtingen wurde im September 1995 eröffnet. Sie ist eine modern ausgestattete Rehabilitationsklinik für Neurologie und Psychosomatik mit 225 Betten und entsprechend ihrer Zielsetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation mit den fortschrittlichsten medizinisch-technischen Geräten und therapeutischen Einrichtungen ausgestattet. Sie schließt die Möglichkeit kompletter neurophysiologischer (PL-EEG, EMG, EP, MEP) und dopplersonographischer Untersuchungsmethoden ein.

Für die sprachtherapeutische Abteilung suchen wir zum baldmöglichen Eintritt zwei

## Logopädinnen / Logopäden

Ihr Aufgabengebiet sind die Diagnostik und Therapie von Aphasien und Dysarthrophonien.

Wir bieten Ihnen eine interessante und selbständige Tätigkeit, die auch für engagierte Berufsanfänger geeignet ist.

Ihre Vergütung liegt im Rahmen eines mit der Deutschen Angestellten Gewerkschaft vereinbarten Haustarifvertrages.

Wenn Sie Interesse an einer zukunftsorientierten Entwicklung der Rehabilitation haben und in unserer Klinik mitarbeiten möchten, senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugniskopien.

Übrigens: Flechtingen hat 2.500 Einwohner und liegt inmitten des Landschaftsschutzgebietes Flechtinger Höhenzug, ca. 30 km südöstlich von Wolfsburg, in der Nähe der BAB 2.

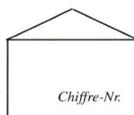
### MEDIAN KLINIK II FLECHTINGEN

Rehabilitationsklinik für Neurologie und Psychosomatik

Personalabteilung • Frau Volkmann • Tel. 03 90 54 / 81 710 • Parkstraße • 39345 Flechtingen

Diese Klinik gehört zur Unternehmensgruppe Dr. Marx, Berlin, die seit über 25 Jahren Rehabilitationskliniken errichtet und erfolgreich betreibt.

#### Hinweis zur Beantwortung von Chiffre-Anzeigen:



Versehen Sie den Umschlag mit Ihrem Schreiben mit der angegebenen Chiffre-Nr.



Legen Sie diesen Chiffre-Umschlag in einen größeren Umschlag und adressieren diesen an den Verlag.

Nur so wird Ihr Schreiben unversehrt und ungeöffnet an den Inserenten weitergeleitet.

## Odeborn-Klinik

Hinterm Schloßpark  
57319 Bad Berleburg



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

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

Die Odeborn-Klinik verfügt über 294 Betten, sie gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner Kliniken Allianz GmbH, Bad Berleburg, einem der renommiertesten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Bei uns leistet ein engagiertes und verantwortungsbewußtes Team aktiven Dienst an Menschen, die nach unterschiedlichen neurologischen Erkrankungen eine erstklassige Reha-Medizin benötigen.

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

### Logopäden/-innen

und

### Sprachtherapeuten/-innen

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

Wir wünschen uns MitarbeiterInnen, die Interesse an selbständigem Arbeiten, die dazu notwendige Eigenverantwortung und Initiative sowie genügend Offenheit mitbringen, um im sprachtherapeutischen Team Erfahrungen zu sammeln und zu lernen.

Unsere Klinik bietet unter anderem eine übertarifliche Vergütung (in Anlehnung an den BAT), umfassende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersversorgung, unternehmenseigene Kindertagesstätten) sowie vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

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

Eine Klinik der  
**Wittgensteiner**  
Kliniken Allianz

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

### Frühförderstelle im Landkreis Ebersberg

(Träger: Kath. Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e.V.)

Das interdisziplinäre Team der Frühförderstelle Ebersberg sucht für den Bereich der Diagnostik und Behandlung von Kindern mit Sprachauffälligkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter

ab sofort

eine(n) **Sprachtherapeutin/en**

oder **Logopädin/en**

für 30 Wochenstunden - zunächst befristet

Anstellung, Vergütung und soziale Leistungen erfolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Deutschen Caritasverbandes.

Ihre neue Arbeitsstelle liegt ca. 30 km östlich von München und ist mit der S-Bahn erreichbar.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an:



Frühförderstelle Ebersberg  
Ulrichstr. 16, 85560 Ebersberg  
Tel. 08092/20331 · Fax 08092/25804

Praxis für Sprachtherapie M. Lonczewski  
in Düsseldorf sucht baldmöglichst

### Sprachheilpädagogen/innen

in Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung.

*Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:*

Praxis für Sprachtherapie M. Lonczewski  
Benrather Schloßallee 53,  
40597 Düsseldorf  
Tel.: 0211-717320, Fax: 02407-918020



AWO-Erziehungsbera-  
tungsstelle Dssd. sucht  
baldmöglichst

### Sprachtherapeutin

mit mindestens 1jähriger Berufserfahrung  
ein- bis zweimal wöchentlich nachmittags  
auf Honorarbasis

Infos unter: Tel. 0211/6357-123  
Fax 0211/6357-122

## Das aktuelle Fachbuch

Manfred Grohnfeldt (Hrsg.)

### Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik

Grundlagen und Beispiele  
einzelfallorientierten Vorgehens

(praxis sprachtherapie)

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt ist Direktor des "Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation" (FSR) an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.

Dieses Buch ist aus der langjährigen praktischen Arbeit mit sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entstanden. Es macht erlebbar, welche Lebensbedeutsamkeit eine Sprachstörung für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen haben kann. Vor dem Hintergrund vielfältiger Beispiele mit unterschiedlichen Störungsbildern in allen Alterstufen wird erläutert, wie durch ein Nachvollziehen wesentlicher Stationen des Lebensweges das Verhalten der Betroffenen verstehbar wird. Auf dieser Grundlage werden gezielte pädagogisch-therapeutische Maßnahmen durch die Individualisierung von Lernprozessen und Aufgabenstellungen erörtert. Die dargestellten Interaktionsabläufe sind in ihrer subjektiven Bewertung letztlich Ausdruck persönlicher Einzigartigkeit. Sie erlauben aber auch Hinweise für übergreifend ablaufende Vorgänge, die in eine Modellbildung eingeordnet werden. Damit sind Auswirkungen auf das Verständnis diagnostischer und therapeutischer Fragestellungen im Sinne einer einzelfallorientierten Sprachheilpädagogik verbunden. Das Buch gibt beispielhafte Einblicke, wie konkrete sprachheilpädagogische Arbeit im Hinblick auf ihre biographische Bedeutsamkeit reflektiert und weiterentwickelt werden kann.

1996, 256 S., 16x23cm, br, ISBN 3-8080-0366-9  
Bestell-Nr. 1906, DM / sFr 39,80 / ÖS 299,-

**Sofort portofrei lieferbar durch:**



**verlag modernes lernen - Dortmund**

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



## Neuerscheinungen 1998/99

David Campbell

### **Systemische Konsultation – lehren, lernen, praktizieren**

1998, 168 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-8080-0401-0 Bestell-Nr. 4315, DM 38,00

Peter De Jong / Insoo Kim Berg

### **Lösungen (er-)finden**

*Das Werkstattbuch  
der lösungsorientierten Kurztherapie*  
Okt. 1998, 368 S., Format DIN A5, gebunden  
ISBN 3-8080-0398-7 Bestell-Nr. 4317, DM 49,80

Wolfgang Eberling / Manfred Vogt-Hillmann (Hrsg.)

### **Kurzgefaßt**

*Zum Stand d. lösungsorientierten Praxis in Europa*  
1998, 360 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-144-1 Bestell-Nr. 8387, DM 48,00

Steven Friedman

### **Effektive Psychotherapie**

*Wirksam handeln bei begrenzten Ressourcen*  
Mai 1999, ca. 300 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-8080-0431-2 Bestell-Nr. 4318, DM 44,00

Ben Furman

### **Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben**

Juni 1999, ca. 120 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-173-5 Bestell-Nr. 8398, DM 29,80

Jürgen Hargens / Arist von Schlippe (Hrsg.)

### **Das Spiel der Ideen**

*Reflektierendes Team und systemische Praxis*  
1998, 240 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-157-3 Bestell-Nr. 8393, DM 38,00

Dieter Krowatschek

### **Entspannung für Jugendliche**

1998, 184 S., Buch und MC im Schuber  
ISBN 3-86145-136-0 Bestell-Nr. 8385, DM 49,80

Ruth Lindner / Ingeborg Steinmann-Berns

### **Systemische Ansätze in der Schuldnerberatung**

*Ein Arbeitshandbuch*  
1998, 168 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-153-0 Bestell-Nr. 8390, DM 29,80

Wolfgang Loth

### **Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen**

*Das Entwickeln Klinischer Kontrakte*  
1998, 224 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-8080-0397-9 Bestell-Nr. 4316, DM 39,80

Bill O'Hanlon / Sandy Beadle

### **Das wär' was!**

*Ein Wegweiser ins Möglichkeiten-Land  
51 Methoden für eine kurze und respektvolle  
Therapie*  
1998, 96 S., Format DIN A5, Ringbindung  
ISBN 3-86145-151-4 Bestell-Nr. 8389, DM 29,80

Ulrich Rohmann / Ulrich Elbing

### **Selbstverletzendes Verhalten**

*Überlegungen, Fragen und Antworten*  
1998, 320 S., Format 16x23cm, br  
ISBN 3-8080-0404-5 Bestell-Nr. 1465, DM 39,80

Dieter Schwartz

### **Vernunft und Emotion**

*Die Ellis-Methode – Vernunft einsetzen, sich gut  
fühlen und mehr im Leben erreichen*  
1998, 200 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-165-4 Bestell-Nr. 8395, DM 29,80

Walter Spiess (Hrsg.)

### **Die Logik des Gelingens**

*Lösungs- und entwicklungsorientierte Beratung  
im Kontext von Pädagogik*  
1998, 248 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-137-9 Bestell-Nr. 8386, DM 39,80

Manfred Vogt-Hillmann / Wolfgang Burr (Hrsg.)

### **Kinderleichte Lösungen**

*Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*  
Jan. 1999, ca. 240 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-167-0 Bestell-Nr. 8396, DM 39,80  
*Lieferung durch jede Buchhandlung oder direkt  
durch die Versandbuchabteilung des Verlages.*

1.10.98



verlag modernes lernen *borgmann publishing*

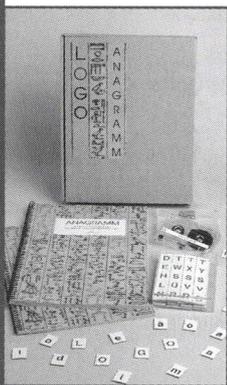
Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0180) 534 01 30 • FAX (0180) 534 01 20

## 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 Phoneme und Grapheme
- ▶ Stimulierung von ganzheitlich abgespeichertem Wortwissen
- ▶ wichtige phonotaktische und orthographische Regeln
- ▶ Übungen zur Wortform
- ▶ 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

### Vorhandene Logopädenpraxis zu übergeben.

Tel. 02441/6952 • Fax: 02441/4892

Praxis für Sprachtherapie  
V. Lang-Ruhrländer  
Colsmanstr. 5, 45257 Essen

Zur Erweiterung meiner Praxis suche ich  
ab sofort **eine/n Sprachtherapeut/in**

Wir suchen eine/n  
**Sprachtherapeutin/en**  
Praxis für Sprachtherapie

Monika Kruljac • Bethlehemer Straße 2  
50126 Bergheim • Tel.: 02271/496112

**Dipl. Sprachheilpädagogin** (26 Jahre)  
mit Berufserfahrung in der Therapie von  
SES, Aphasie und Dysarthrie, sucht  
neue, interessante Stellung im Raum  
Köln. Chiffre: **SP 98604**

**Dipl. Sprachheilpädagogin** (Berufsanfängerin)  
sucht dringend SupervisorIn. Bin als einzige  
Sprachtherapeutin in einer GB-Schule tätig  
und brauche jemanden mit Erfahrung in diesem  
Bereich.

Tel.: 0 21 91 / 66 26 59 (AB)

**Engagierte Sprachheilpädagogin** mit lang-  
jähriger Berufserfahrung (alle Störungsgebiete)  
sucht ab Jahresbeginn '99 eine Vollzeitbeschäftigung  
in einem netten Praxisteam: Raum  
OL-OS.

Zuschriften unter Chiffre **SP 98603**

Erfahrene **Dipl.-Sprach- und Stimmheilpädagogin**  
(mit Zusatzqualifikation in Stimmbildung) -  
bisherige Schwerpunkte: Therapie und Lehre -  
sucht neues Aufgabengebiet im Raum  
Chemnitz.

Chiffre **SP 98602**

**Heilpädagogin**, mit guten Kenntnissen in der  
Kinder- und Jugend-Stottertherapie und mehrjähriger  
Berufserfahrung in der sprachtherapeutischen  
Arbeit mit sprachentwicklungsverzögerten und  
behinderten Kindern in Einzel- und Kleingruppentherapie  
sucht Stelle im Raum München. Chiffre **SP 98601**

**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

**CESAR LESEN 1.0**

12 Lernspiele auf einer Multimedia CD-ROM  
zur Unterstützung der Legasthenie-Therapie  
bei Kindern im Grundschulalter

**CESAR** fördert die Kompetenzen für:

- Raum-Lage
- Identifizierung von Buchstaben
- Lautanalyse- und Syntheseprozesse
- Lese-Sinnverständnis
- Phonologische Prozesse
- Silbenstrukturprozesse



CES VERLAG

Kleinschmidtstr. 35  
69115 Heidelberg  
Tel 06221- 2 79 89  
Fax 06221-18 20 30

DM 198,-  
ISBN 3-933651-01-8

**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)

# LogoTRIO

**NEU!**

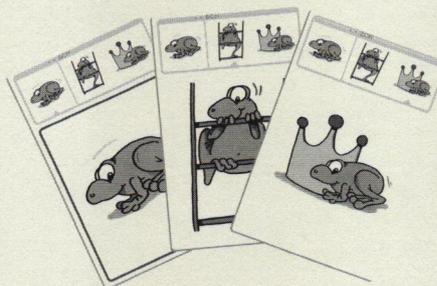
**5** vielseitige Spiele für Kinder ab 4

LogoTRIO wurde speziell für die Dyslalietherapie entwickelt und steckt voller Ideen: Mit fünf verschiedenen Spielen und zahlreichen Variationsmöglichkeiten können Sie den jeweiligen Laut auf Wort- und Satzebene festigen. Und natürlich sind Ihren eigenen Ideen keine Grenzen gesetzt.

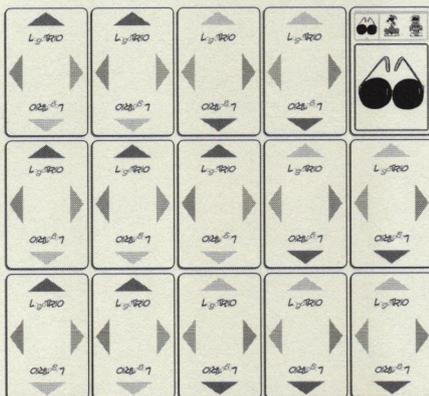
Bei der Auswahl der Begriffe und Umschreibungen haben wir uns bemüht, die häufigsten Ersatzlaute zu vermeiden. Die Lautposition wurde auf jeder Karte markiert um Ihnen eine bequeme Sortierung nach An-, Aus- und Inlaut zu ermöglichen.

Die farbigen Bildkarten sind witzig, ansprechend und dennoch klar erkennbar. Dadurch wirkt LogoTRIO sprachregend und motivierend auf Kinder ab etwa 4 Jahren.

Der besondere Clou von LogoTRIO sind die Rückseiten der 46 Spielkarten: mit ihnen verwandelt sich LogoTRIO in ein interessantes und vielseitiges Farbwürfelspiel.



- DUO ("Quartett" mit 2 Karten)
- TRIO ("Quartett" mit 3 Karten)
- MEMO (2er, 3er und Stapelmemo)
- Schwarzer TROLLI
- FarbTRIO (Würfelspiele)



LogoTRIO ist derzeit für die Laute sch, s, r, k, f, tr/dr und ch1 lieferbar.

Ein einzelnes LogoTRIO kostet DM 14,80. Alle sieben Spiele erhalten Sie im günstigen Paket für DM 84,00. Die Preise beinhalten MwSt. & Versandkosten.

Wir sind davon überzeugt, dass Ihnen unser LogoTRIO gefallen wird - sollte dies jedoch nicht so sein, können Sie wie immer von Ihrem 14-tägigen Rückgaberecht Gebrauch machen...

® TRIALOGO