

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik



*Dorothea Ziller, Bärbel Wohleben, Berlin*  
**Lautinventar und phonologische Prozesse bei 4-jährigen Kindern**

*Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstfeldbruck*  
**Aussprachestörungen im Wandel der Zeit**  
**Historischer Rückblick auf 50 Jahre Aussprachestörungen**  
**in Deutschland**

2

2006

51. Jahrgang/April 2006

ISSN 0584-9470

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs, Herausgeber)  
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)



**dgs • Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin**  
**dbS • Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack, Moers**

#### Landesgruppen:

##### **Baden-Württemberg:**

dgs • Peter Arnoldy, Schillerstr. 3-7, 74072 Heilbronn,  
Fax: 0 71 31 / 56 24 75  
dbS • Heide Mackert, Gartenweg 30, 74821 Mosbach,  
Tel.: 0 62 61 / 91 73 71, Fax: 0 62 61 / 91 78 64

##### **Bayern:**

dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürn-  
berg, Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55  
dbS • Daniela Kiening, Freibadstr. 3, 85540 Haar

##### **Berlin:**

dgs • Gunhild Siebenhaar, Skalitzer Str. 95a, 10997 Ber-  
lin, Tel.: 0 30 / 6 12 33 89  
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,  
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

##### **Brandenburg:**

dgs • Michaela Dallmaier, Ringweg 3, 03099 Kolkwitz-  
Limberg, Tel.: 03 56 04 / 4 17 77  
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,  
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

##### **Bremen:**

dgs • Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,  
27721 Platjenwerbe, Tel.: 04 21 / 63 18 59  
dbS • Christian Boeck, Riesstr. 60A, 27721 Ritterhude,  
Tel.: 0 42 92 / 45 50

##### **Hamburg:**

dgs • *kommissarisch*: Prof. Dr. Alfons Welling, Universi-  
tät Hamburg, Sedanstr. 19, 20146 Hamburg, Tel.: 0 41  
31 / 97 04 91  
dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,  
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

##### **Hessen:**

dgs • Käthe Lemp, Arheilger Straße 57, 64287 Darm-  
stadt, Tel.: 0 61 51 / 66 49 04  
dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,  
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

##### **Mecklenburg-Vorpommern:**

dgs • Kirsten Diehl, Peter Kalfstr. 4, 18059 Rostock, Tel.:  
03 81 / 45 33 77  
dbS • Barbara Stoll, Augustenstr. 31A, 18055 Rostock  
Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

##### **Niedersachsen:**

dgs • Andreas Pohl, Molkereistr. 6e, 30880 Laatzen, Tel.:  
0 51 02 / 91 38 79

dbS • Natanja Umbach, Hebbelstr. 1, 30952 Ronneburg,  
Tel.: 0 51 09 / 56 25 54

##### **Rheinland:**

dgs • Dr. Reiner Bahr, Schule An der Tesche, Tescher  
Str. 10, 42327 Wuppertal, Tel.: 02 02 / 5 63 73 27  
dbS • Meike Lonczewski, Benrather Schloßallee 10,  
40597 Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 71 73 20

##### **Rheinland-Pfalz:**

dgs • Birgitt Braun, Frühmess 5, 76831 Ilbesheim, Tel.:  
0 72 72 / 64 13  
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:  
06 51 / 7 68 22

##### **Saarland:**

dgs • Frank Kuphal, Albertstr. 18, 66265 Heusweiler,  
Tel.: 0 68 06 / 1 34 76  
dbS • Dorothea Valerius, Helenenstr. 3, 54295 Trier, Tel.:  
06 51 / 7 68 22

##### **Sachsen:**

dgs • Antje Leisner, Rethelstraße 7c, 01139 Dresden,  
Tel./Fax: 03 51 / 8 48 29 86  
dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,  
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

##### **Sachsen-Anhalt:**

dgs • Antje Thielebein, Am Mühlenfeld 22, 06188 Plöb-  
nitz, Tel.: 03 46 04 / 2 29 30  
dbS • Beate Stoye, Bernburger Str. 21, 06108 Halle, Tel.:  
03 45 / 5 32 39 11

##### **Schleswig-Holstein:**

dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,  
24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28  
dbS • Florian Schütte, Beethovenstr. 55, 24534 Neumün-  
ster, Tel.: 0 43 21 / 48 88 85

##### **Thüringen:**

dgs • Kerstin Lüder, Sundremdaer Str. 37, 07407 Remda,  
Tel.: 03 61 / 7 92 12 93  
dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,  
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

##### **Westfalen-Lippe:**

dgs • Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden,  
Tel.: 0 25 64 / 25 60  
dbS • Dr. Iris Knittel, Elberfelderstr. 68, 58095 Hagen,  
Tel.: 0 23 31 / 2 11 15

#### Geschäftsstellen:

**dgs**  
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin  
Telefon: 0 30 / 6 61 60 04 oder 60 25 92 83  
Telefax: 0 30 / 6 61 60 24  
dgs-Homepage: [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de)  
Email-Adresse: [info@dgs-ev.de](mailto:info@dgs-ev.de)

**dbS**  
Goethestr. 16, 47441 Moers  
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14  
**Adresse für dbS-Mitgliederverwaltung:**  
dbS-Homepage: [www.dbS-ev.de](http://www.dbS-ev.de)  
Email-Adresse: [info@dbS-ev.de](mailto:info@dbS-ev.de)

## Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

## Verlag

BORGSMANN  
MEDIA

Edition: verlag modernes lernen Borgmann KG

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund

Telefon: 02 31/12 80 08, Telefax: 02 31/12 56 40

## Anzeigen

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 6/2004. Anzeigenleiter: Gudrun Nucaro

Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/9 12 85 68

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

## Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

## Redaktion

Prof. Dr. Otto Braun, Zandergasse 10, 78464 Konstanz,  
Dr. Uwe Förster, Schieferberg 8, 31840 Hess. Oldendorf,  
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau

## Mitteilungen der Redaktion

In der *Sprachheilarbeit* werden Beiträge veröffentlicht, die die Auseinandersetzung mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen voranbringen. Schwerpunkte sind grundlegende und anwendungsbezogene Fragen zu Diagnostik, Förderung, Unterricht, Therapie und Rehabilitation von sprachgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die Veröffentlichung von Manuskripten erfolgt als Haupt- oder Magazinbeitrag, je nach Berücksichtigung der in den Autorenrichtlinien festgelegten Qualitätsstandards. Die Begutachtung wird jeweils von zwei Beiratsmitgliedern vorgenommen.

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der *Sprachheilarbeit* abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen nicht mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ev. (dgs), der Redaktion oder des Beirates überein zu stimmen.

## Beirat

Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. Gerhard Blanken, Erfurt

Theo Borbonus, Essen

Dr. paed. Barbara Giel, Köln

Giselher Gollwitz, Bad Abbach

Prof. Dr. phil. Christina Kauschke, Potsdam

Priv.-Doz. Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach/Potsdam

Priv.-Doz. Dr. paed. Ulrike Lüdtker, Berlin

Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Köln

Jenny Postler, Potsdam

Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover

Dr. phil. Susanne Voigt-Zimmermann, Heidelberg

Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

## Erscheinungsweise

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.

(Anzeigenschluss: jeweils am 3. des Vormonats)

(Einsendeschluss für die Rubriken des Magazinteils:

Heft 1-6 jeweils 15.11./15.1./15.3./15.5./15.7./15.9.)

## Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluss schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen. Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, dass bei Adressenänderungen die Deutsche Post AG die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

## Copyright

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

## Inhalt

2

2006

### Auf ein Wort

Alfons Welling, Hamburg

„Therapiekonzept als zentraler Angelpunkt der Therapiepraxis“ 58

### Hauptbeiträge

Dorothea Ziller, Bärbel Wohlleben, Berlin

Lautinventar und phonologische Prozesse bei 4-jährigen Kindern 61

Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstfeldbruck

Aussprachestörungen im Wandel der Zeit  
Historischer Rückblick auf 50 Jahre  
Aussprachestörungen in Deutschland 68

### Magazin

Andrea Bartkowiak-Brühl, Sandra Stachowski,

Silke Menkhaus, Castrop-Rauxel

Gruppentherapie bei stotternden Schulkindern –  
oder: Wie die Bewohner von Hüttenstadt  
aufregende Abenteuer erleben 75

Horst Hußnätter, Nürnberg

Institution Sprachheilschule in Bayern 84

Hubert Eichler, Würzburg

Maria-Stern-Schule Würzburg

Schule zur Sprachförderung 85

Aktuelles: dgs – Aktuelles 88

dbs – Beruf und Politik im Verband 92

Termine 99

Echo 100

Ausschreibungen 101

51. Jahrgang/April 2006

**dgs/dbs**

ISSN 0584-9470



Alfons Welling, Hamburg

# „Therapiekonzept als zentraler Angelpunkt der Therapiepraxis“

Der zentrale Angelpunkt sprachtherapeutischer Arbeit ist das sprachtherapeutische *Konzept*. Es beruht auf eigenen *Prinzipien*, die mit sprachtherapeutischen Handlungsorientierungen verbunden sind, den *Methoden*. In diesem System sind folglich die Methoden konzeptuell begründet und somit auch die *Techniken* der Sprachtherapie, beispielsweise Modellierungstechniken, als sehr spezielles, handwerkliches Können konzeptuell rückführbar. Hieraus ergibt sich ein Begriffssystem sprachtherapeutischer Arbeit, das im Folgenden erläutert wird.

Sprachtherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erfordert besondere persönliche und fachliche Reflexionskompetenzen. Hierzu ist ein weites Blickfeld zu gewinnen, das die Bedingungen und Notwendigkeiten der eigenen therapeutischen Praxis im Detail wie im gesamten Kontext berücksichtigt. Das theoretisch fundierte Verständnis von Möglichkeiten, die die Mitarbeit der von einer Störung betroffenen Menschen mit sich bringt, provoziert in der Praxis immer wieder Fragen. Lehrinhalte etwa der Symptomatologie oder Ätiologie reichen allein nicht aus, um diese Fragen zu beantworten. Der Wunsch nach Gewissheit, dass das, was man therapeutisch tut, auf „richtiger“ Erkenntnis beruht, ist allgegenwärtig. So sucht man beispielsweise nach spracherwerbstheoretisch oder medizinisch gesicherten Grundlagen als einer Basis, die über genügend „Beweiskraft“ verfügt, indem sie auf empirischen Forschungsergebnissen beruht. Im Idealfall ergibt sich eine theoretisch fundierte Praxis, die dann

als *evidence based* bezeichnet werden kann. Sie gibt Sicherheiten, fordert Sprachtherapeuten jedoch auch dazu heraus, die eigene tägliche Arbeit daran zu messen, selbst zu reflektieren, zu analysieren und zu evaluieren.

Auch die sprachtherapeutische Praxis steht im Zeichen allgemeingültiger therapeutischer Konzepte. Jedes therapeutische Konzept indiziert therapeutische „Maßnahmen“, es bewertet und gewichtet das therapeutische Vorgehen im Detail und beurteilt Therapieergebnisse. Alle Maßnahmen und Vorgehensweisen sind zielorientiert, jede therapeutische Intervention bildet wiederum die Grundlage für den nächsten therapeutischen Schritt, so dass die Therapiequalität insgesamt gesichert wird. Theoretische Konzepte bilden somit den Erkenntnisrahmen für die Praxis, beides befindet sich in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess.

Eine derartige funktionale Therapiepraxis ist nur dann zu verwirklichen, wenn Ansprüche, Leitgedanken und Grenzen in einem eindeutigen Erkenntnisrahmen formuliert werden. Erst in einem solchen Rahmen kann ein sprachtherapeutischer Zusammenhang differenziert, eingegrenzt und begründet werden. Mittel und Ziel sind konkrete Fragestellungen und Aufgaben, in denen das erkenntnisleitende Interesse des Sprachtherapeuten fassbar wird. Der Anspruch wissenschaftlicher Reflexion und Evaluation gilt damit sowohl für Lehre und Forschung als auch für die alltägliche Auseinandersetzung in der praktischen sprachtherapeutischen Arbeit und bildet seit Jahren eine feste Größe.

Das hier vorgestellte Begriffssystem kann dazu beitragen, die gewünschte Evaluationspraxis und den geforderten Erkenntnisrahmen methodologisch zu fassen.

Das *Therapiekonzept* erhält hier die höchste Bedeutung und bildet seinen *zentralen Angelpunkt*. Erst wenn Klarheit in seinen Grundlinien besteht, werden Leitideen sichtbar, nach denen ein sprachtherapeutischer Ansatz „im Prinzip“ verfährt und dann auch „prinzipiell“ keine Beliebigkeit zulässt. Und wenn gültige *Therapieprinzipien* als Leitsätze eines konzeptuellen Gesamtentwurfs ausgewiesen sind, wird transparent, anhand welcher Entscheidungsgrundlagen bestimmte *Therapiemethoden* ausgewählt werden, die sich bis in die Handhabung von einzelnen *Therapietechniken* auswirken. Die Wechselbeziehungen von Konzept, Prinzip, Methode und Technik in der Sprachtherapie ist in Fachdiskussionen etwa bei der Darlegung von verschiedenartigen Zugangsweisen und Ansätzen zu beschreiben. Anhand dieser Kategorien lassen sich spezielle Ansätze von Therapien besser vergleichen, indem sie mögliche Ordnungsgesichtspunkte zur systematischen Aufgliederung anbieten. Insofern es in sprachtherapeutischen Beiträgen in der Regel hauptsächlich um spezifische inhaltliche Bestimmungen geht, erhält jedes sprachtherapeutische Konzept unter Umständen auch eine unverwechselbare Identität.

Im Schachtelungsverhältnis der vier Hauptkategorien beruht die Position des *Konzepts* zunächst auf seinem Anspruch der Universalität, Überzeitlichkeit und

Überörtlichkeit. Andererseits bezieht es sich auf eine Vielfalt therapeutischer Programme, in denen Sprachtherapeuten wiederum einer Vielfalt legitimierender Prinzipien begegnen. Diese „Prinzipien der Sprachtherapie“ geraten tatsächlich allzu leicht zu Worthüllen und verlieren den Kontakt zur sich wandelnden Wirklichkeit. Ein mahnendes Beispiel ist die schillernde Bedeutung des Begriffs „Ganzheitlichkeit“. Prinzipien eines sprachtherapeutischen Ansatzes sind jedoch grundsätzlich so zu formulieren und zu präsentieren, dass auch ihr Status (evidenzbasiert oder nicht) und ihr Begründungszusammenhang (im Kontext des jeweiligen *Konzepts*) deutlich wird. Nur unter diesen Voraussetzungen können sie angemessen reflektiert und umgesetzt werden; hier ist bereits entschieden, ob und inwieweit sie sich weiter entwickeln: auf Seiten der Therapeuten und der Betroffenen und der Professionellen in Forschung und Lehre, hier unter anderem auf der Ebene von neuen Modellvorstellungen.

Gewiss sind Prinzipien und Konzepte durch Wechselwirkungen im System gekennzeichnet: Das Konzept beruht auf Prinzipien, die es wiederum neu generiert. *Systematisch* erscheint jedoch das Konzept übergeordnet, indem hier das begriffliche Gefüge eines sprachtherapeutischen Ansatzes hinsichtlich seiner inhaltlichen Linien transparent gemacht ist, ebenso *erkenntniskritisch*, weil es die Frage nach dem „Interesse“ eines Ansatzes, seiner spezifischen Zielsetzungen und Praxisformen begründet. Schließlich ist ein bestimmter sprachtherapeutischer Ansatz hinsichtlich der mit ihm verbundenen oder favorisierten Methoden und Techniken *konzeptuell identifizierbar*. Wohl dürfte das Prüfkriterium der Widerspruchsfreiheit und Vergleichbarkeit im leitenden System der Prinzipien selten zu finden sein, anders allerdings im Konzeptgedanken. Nur in einem Konzept der strukturierten Begriffe sind schließlich die Methoden und Techniken der Praxis im Sinne des Wortes „aufgehoben“. Die Zielstellung dieses Kurzbeitrages „Auf ein Wort“ ist realisiert, wenn die Relativität der typischen Einschachtelungen dieser Begriffe deutlich wird.

Jede professionalisierte sprachtherapeutische Tätigkeit und gelingende Evaluationspraxis bewegt sich in diesem Rahmen: Das *therapeutische Konzept* bedingt und generiert eine *Reihe typischer therapeutischer Prinzipien* und entwickelt parallel und in einem engeren Sinne sprachtherapeutische Handlungsorientierungen. Es bietet einen Begründungszusammenhang für die *Methoden* sowie die *Techniken der Sprachtherapie*, die somit konzeptuell rückgeführt, prinzipiell abgeleitet und methodisch gehandhabt werden können.

Prinzipien (*lat.* Anfang, Ursprung, Grundstoff) sind *Leitbilder* der Praxis. In der Sprachtherapie stellen sie als Bilder – prinzipiell, nicht konkret im Detail – *Ideen* der Gestaltung therapeutischer Praxis dar, in deren Sinnzusammenhang diese Praxis zu realisieren ist. In dieser Leitfunktion sind die zu entfaltenden Prinzipien gewissermaßen *normativ*. Beispielsweise sollen die sprachtherapeutischen Maßnahmen des Konzeptes XYZ schmerzfrei durchgeführt werden. Ein weiteres Leitbild ist zum Beispiel, dass die Betroffenen Experten ihrer eigenen Gesundheit sind. Deshalb ist Sprachtherapie auf diese oder jene Weise nicht mehr nur *gedurft* und *gewollt*, sie ist auch auf diese bestimmte Weise *gesollt*. Damit sind mit der Handhabung von Prinzipien immer auch *Wertorientierungen* verbunden, weil alle Entscheidungen in der jeweiligen Praxis auf diesen miteinander verbundenen Prinzipien insofern „basieren“, als sie ihrer Intention entsprechend „prinzipiell“ nicht zuwiderlaufen. Prinzipien sind konzeptionelle Leitbilder bzw. Ideale zur Orientierung in der Praxis.

Prinzipien haben als Leitbilder eine erkenntnisleitende Funktion, an denen sich Sprachtherapeuten in ihrem Handeln ausrichten. Nach Maßgabe dieses Merkmals ist Prinzipien derselbe Status zugesprochen wie Menschen- oder Weltbildern. Auch diese existieren nicht real, sondern lediglich als Leitbilder. Sie stellen aber wertvolle Güter dar, nach denen sich Menschen in einer bestimmten Epoche für ihre Lebens- oder Berufspraxis leiten lassen. Als Prinzipien

bedürfen alle Leitbilder der grundlegenden *Verankerung in konzeptuellen Überzeugungen*, damit sie ihre letztgültige Aufgabe, Schlusssteine der Begründung zu setzen, erfüllen können.

Methoden (*gr.-lat.* Wege, Verfahren), die Sprachtherapeuten in die Tat umsetzen, sind als spezielle Verfahrensweisen definiert, die den therapeutischen Abläufen die notwendigen Strukturen verleihen. Impliziert der Begriff „Prinzip“ das Merkmal der *Idee*, verfolgt der Begriff „Methode“ den Charakter des *Mittels* und erfüllt damit einen handlungsorientierten Zweck zur Erfüllung eines Prinzips. Methoden sind somit besondere *Verfahrensweisen*, durch die eine „prinzipiell“ gefasste Leitidee realisiert wird.

Techniken schließlich (*griech.* Kunst, Handwerk) verweisen auf ein besonderes *know how* derjenigen, die eine Aufgabe oder ein Problem direkt meistern wollen. Wenn Techniken von Sprachtherapeuten eingesetzt werden, gehören diese zum spezifischen Handwerkszeug, das einem ausgewiesenermaßen therapeutischen Zweck dienen soll. Die Begründung des Einsatzes bestimmter Techniken der Sprachtherapie, beispielsweise Modellierungstechniken im Rahmen eines methodisch strukturierten Konzepts, trägt dazu bei, dass Techniken kein unsinniges „Eigenleben“ entwickeln und ihre Bedeutung sich nicht auf eine therapeutisch sinnferne Übungssammlung reduziert.

Die begriffliche Nähe von sprachtherapeutischen Techniken zu Methoden scheint sinnfällig. Zwar ist der Einsatz der ersteren handlungsorientiert in dem beschriebenen Sinne, dass Techniken der Therapie in Funktion zu sprachtherapeutisch begründeten methodisch abgesicherten Verfahrensweisen in Beziehung stehen. Aber diese relationale Beziehung zu den verfügbaren und anwendbaren Methoden scheint man sich mit einem schier unbeschränkten Fundus von technischen Möglichkeiten zu „erkaufen“. Dadurch ist die Menge möglicher, in einem Praxiszusammenhang gegebenenfalls einzusetzender Mittel äußerst heterogen. In ihrer *Heterogenität* scheint deren wich-

tigste Funktion zu liegen. Techniken der Sprachtherapie sind flexibel einsetzbar und für jeden methodisch begründeten Zweck individuell handhabbar. Hier zeigt sich die Notwendigkeit, stets nach konzeptuellen, prinzipiellen und methodischen Verankerungen eines sprachtherapeutischen Ansatzes zu suchen, in dem auch die Techniken der Sprachtherapie angemessen fundiert werden. Zusammengefasst: Das beschriebene Schachtelungsverhältnis der vier Haupt-

kategorien zeigt das Konzept selbst als zentralen Angelpunkt im Begriffssystem. Die im Konzept bedingten und durch das Konzept generierten Prinzipien der Therapie erhalten so eine systematische Bedeutung. Mit ihnen verbunden und ebenso konzeptuell begründet sind die Methoden als sprachtherapeutische Handlungsorientierungen. Letztlich können so auch die praktischen Techniken der Sprachtherapie als handwerkliches Können konzeptuell

rückgeführt, prinzipiell abgeleitet, methodisch gehandhabt werden.

*Prof. Dr. Alfons Welling ist Leiter des Studienschwerpunktes „Sprachliche Beeinträchtigungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung der Sprachbehindertenpädagogik“, Universität Hamburg*

### Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ist in den zurückliegenden Jahren sehr erfolgreich gelaufen.

Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte werden angeboten:

Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern

Heft 6: Myofunktionelle Störungen

Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 7: Dysarthrie / Dysarthrophonie

Heft 3: Störungen des Spracherwerbs

Heft 8: Stottern bei Kindern

Heft 4: Förderung des Spracherwerbs

Heft 9: Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen

Heft 5: Aphasie

Heft 10: Gestörter Schriftspracherwerb

Heft 11: Dysphagien

Bestellungen werden nur schriftlich oder per Fax entgegengenommen. Ein Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von € 1,- 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 / 6616 004

Telefax: 030 / 6616 024



Dorothea Ziller, Bärbel Wohleben, Berlin

# Lautinventar und phonologische Prozesse bei 4-jährigen Kindern

## Zusammenfassung

An 300 Kindern aus 26 Berliner Kindertagesstätten im Alter zwischen 4;0 und 4;11 Jahren wurde der Lautbestand überprüft. Ausgehend von der Annahme, dass innerhalb dieser Altersspanne die Lautentwicklung im Wesentlichen abgeschlossen ist, war das Ziel der Studie, den Lautbestand zu erfassen und die noch auftretenden phonologischen Prozesse zu beschreiben. Dazu wurde ein Bilderbenennungsverfahren angewandt. Es zeigte sich, dass 7% der vierjährigen Kinder keinen oder einen einzigen Fehler in der Testsituation zeigten. Ihre Lautentwicklung kann daher als abgeschlossen gelten. Die übrigen 93% wiesen im Durchschnitt 9 Fehlbildungen auf. Bei etwa einem Drittel der Kinder wurden nur phonologische Prozesse, bei den verbleibenden 64% phonologische Prozesse und Fehlbildungen an den Lauten /s/, /z/ in Form phonetischer Fehlbildungen wie interdentaler oder addentaler Bildung festgestellt. Die Häufigkeit der phonologischen Prozesse nahm bis zum Alter von 4,4 Jahren deutlich ab. Als Silbenstrukturprozesse waren am häufigsten Lautreduktionen zu beobachten. Konsonantenverbindungen waren häufiger betroffen als Einzelaute (Phoneme). Häufigste Arten der Substitution waren der Wechsel des Artikulationsortes (Vorverlagerung von z. B. /g/ und /k/) sowie Änderung eines stimmhaften Lautes in einen stimmlosen. Weitere phonologische Prozesse, die in der Untersuchung berücksichtigt wurden (Affrizierung, Deaffrizierung, Plosivierung, Frikativierung, Nasalisierung und Denasalisierung), traten nur in sehr geringer Anzahl auf. Kinder mit Sprachtherapie zeigten deutlich mehr Prozesse als die übrigen, während die mehrsprachigen Kinder seltener als die Gesamtkohorte Prozesse aufwiesen.

**Schlüsselwörter:** Artikulation, Sprachentwicklung, phonologische Entwicklung

## Phoneme Inventory and Phonological Processes in 4-year old Children

### Summary

The phoneme inventory of 300 children aged 4;0 – 4;11 years from 26 Berlin day care centers was examined. The assumption was that phonemic development is largely completed in this age range. Aim of the study was a differential description of the phonological processes by presenting a small number of pictures as a screening procedure. The results showed that only 7% were able to pronounce all phonemes correctly. 64% of the tested 4 year olds showed phonological processes and incorrect pronunciation of the S phoneme (/s/, /z/) and 32% only phonological processes at other phonemes and clusters. Beyond this age there was a clear decrease in deviant phonological processes. At the age of 4.4 years the children had adapted their articulation to German with only sporadic phonological processes. Whole segmentation processes still occurred, the most common was phoneme deletion. The most frequent types of substitution were due to a change in the area of articulation and devoicing processes. Other phonological processes like affrication, deaffrication, stopping, spirantization, nasalization and denasalization occurred very rarely. Children with speech therapy showed more processes than the others, while bilingual children had less than the whole group.

**Keywords:** articulation, speech-development, phonological development

## 1. Einleitung

Durch den Einfluss linguistischer Theorien auf die Sprachtherapieforschung gewannen in den vergangenen Jahren besonders die phonologischen Aspekte des kindlichen Spracherwerbs an Bedeutung. Die Phonologie be-

schäftigt sich mit der Funktion lautsprachlicher Zeichen und damit in erster Linie mit den Eigenschaften, Relationen und Kombinationsregeln von Phonemen. Im Gegensatz dazu betrachtet die Phonetik die artikulatorischen, akustischen und auditiven Aspekte der Sprachlaute (Jahn 1998).

Mit Hilfe der phonologischen Prozesse wird versucht, die systematischen Veränderungen der Kindersprache als „lautliche Abweichungen der kindlichen Wortproduktionen von der Erwachsenensprache linguistisch genau und lautübergreifend zu erfassen“.

Verschiedene Studien lieferten Daten zum Auftreten phonologischer Prozesse in der kindlichen Sprache (Romonath 1991) und ihrer Überwindung und damit dem erfolgreichen Erwerb des phonologischen Systems (Fox / Dodd 1999). Grundlage für die phonetisch-phonologische Betrachtungsweise der Lautentwicklung bilden die Erkenntnisse von Jakobson (1969). Dieser geht davon aus, dass die Reihenfolge des Lauterwerbs stabil ist, Zeitpunkt und Geschwindigkeit des Auftretens der Laute aber individuell variieren. Ausgehend von diesen Hypothesen konnte Grohnfeldt (1980) nachweisen, dass es unterschiedliche Schwierigkeitsgrade beim Erwerb der Lautgruppen gibt und der Zeitpunkt der Beherrschung der Lautgruppen mit steigendem Schwierigkeitsgrad einhergeht. Die Ergebnisse zeigten, dass vordere vor hinteren Lauten, Plosive und Nasale vor Frikativen und Einzellaute schneller als Konsonantenverbindungen erworben werden. Vor dem Hintergrund der anglo-amerikanischen Sprachforschung und in Abgrenzung zu der bis dahin im deutschsprachigen Raum üblichen artikulatorisch-phonetischen Betrachtung der Aussprache führte Hacker (1986) die phonologische Betrachtungsweise ein. Die von ihm als phonologische Prozesse bezeichneten und anhand distinktiver Merkmale beschriebenen Abweichungen der kindlichen Sprache von der Normsprache umfassen Silbenstruktur-, Substitutions- und Harmonisierungsprozesse. Hacker (1997) geht davon aus, dass der Erwerb des phonologischen Systems mit etwa 18 Monaten einsetzt und zwischen dem vierten und achten Lebensjahr vervollkommen wird.

Keine der vorliegenden Untersuchungen konnte dazu Daten in normativem Umfang an einer großen Probandengruppe der Altersgruppe der 4-jährigen Kinder, in der die phonologische Entwicklung als abgeschlossen gilt, vorlegen. Daten zum Auftreten phonologischer Prozesse im Deutschen bei Kindern mit einem Durchschnittsalter von 6;0 Jahren liefert die Untersuchung von Romonath (1991), in der die phonologischen Prozesse 35 sprachauffälliger

und 34 nichtsprachuffälliger Kinder sehr differenziert beschrieben werden. Einige Prozesse (v.a. Silbenstrukturprozesse wie Prothesis, Metathesis, Reduplikation und Formen der Assimilation wie Vokalassimilation) treten danach bei nichtsprachuffälligen Kindern dieser Altersgruppe nicht mehr auf, während Prozesse, die den Artikulationsort betreffen, weiterhin vorkommen. Aus den Ergebnissen der Studie von Fox / Dodd (1999) an 177 Kindern im Alter von 1;6 bis 5;11 Jahren geht hervor, dass das phonologische System in den ersten fünf Lebensjahren einem hierarchischen Prozess unterliegt, der im wesentlichen dem Modell des universellen Lauterwerbs von Jakobson entspricht und im Alter von 4;0 – 4;5 Jahren weitestgehend abgeschlossen ist. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Lautbestand und die auftretenden phonologischen Prozesse einer großen Gruppe von Versuchspersonen innerhalb des altersmäßigen Teilabschnittes 4;0 – 4;11 Jahre zu erfassen. Mit der Wahl dieser Altersgruppe sollte der von Fox / Dodd (1999) beschriebene Abschluss der phonologischen Entwicklung bei Kindern mit ca. 4;5 Jahren überprüft werden. Dieser Altersgruppe gehören die meisten Kinder an, die zur Abklärung einer verzögerten Sprach- und Sprechentwicklung vorgestellt werden.

Aus diesen Vorüberlegungen ergaben sich die folgenden Fragestellungen:

Welche Laute können im 5. Lebensjahr als erworben gelten? Treten noch phonologische Prozesse auf und wenn ja, welcher Art sind diese Prozesse? Ist ein Unterschied im Lautinventar und im Auftreten phonologischer Prozesse erkennbar bei unauffälligen Kindern, Kindern mit Sprachtherapie oder Mehrsprachigkeit?

## 2. Material und Methoden:

### 2.1 Probanden

Es wurden 300 Kinder mit Normakusis im Alter von 4;0- 4;11 Jahren in 26 Kindertagesstätten in 12 Berliner Stadtteilen untersucht. Die Studie erfolgte

mit Genehmigung durch die zuständigen Bezirksämter, der Zustimmung der Ethikkommission des Universitätsklinikums Benjamin Franklin und mit Einverständnis der Eltern. Die Stichprobe konnte nicht als absolute Zufallsstichprobe realisiert werden, da wir bei der Teilnahme an der Untersuchung auf freiwillige Mitarbeit der Kindertagesstätten, Eltern und Kinder angewiesen waren. Bei der Auswahl der Untersuchungsorte wurde aber versucht, eine ausgewogene sozio-ökonomische Verteilung zu erreichen, indem Kindertagesstätten in unterschiedlichen Wohnfeldern in die Studie einbezogen wurden. Es wurden zusätzlich anamnestiche Daten wie Mehrsprachigkeit und Sprachtherapie auf freiwilliger Basis erhoben, um mögliche Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung untersuchen zu können.

In Tabelle 1 ist die Verteilung der Kinder dargestellt. Aufgrund der Freiwilligkeit der Erhebung der anamnestiche Daten konnten nicht alle Informationen von allen Kindern erfasst werden. Die Auswertung nach Teilgruppen erfolgte nur für die Kinder mit vollständiger Anamnese (v.A.). Als Kontrollgruppe kann Kohorte 6 verstanden werden, in der alle Kinder zusammengefasst wurden, die in der Anamnese unauffällig waren. Nach Alterskohorten wurden nur die Kinder mit unauffälliger und vollständiger Anamnese (Kohorte 7 und 8) ausgewertet. Der Anteil der Kinder mit bekannter abgeschlossener oder weiterhin bestehender Sprachtherapie (Kohorte 4) am gesamten Kollektiv betrug 10%. Etwa 17% der Kinder waren mehrsprachig erzogen (Kohorte 5).

### 2.2 Material

Das Untersuchungsmaterial bestand aus einem nichtstandardisierten Bilderbenennungsverfahren. Das Material berücksichtigte in kindgerechter Darstellung den Wortschatz von Kindern ab dem 4. Lebensjahr. In jedem Wort wurde ein Laut gezielt überprüft, alle anderweitig auftretenden Veränderungen aber protokolliert und ebenfalls ausgewertet.

Kohorte	Beschreibung	Anzahl			
1	Gesamtpopulation, Altersgruppe (Agr.) 4;0-4;11	300			
	Population mit:				
2	unvollständiger Anamnese, Agr. 4;0-4;11		66		
3	vollständiger Anamnese (v.A.), Agr. 4;0-4;11		234		
4	v. A., Sprachtherapie, Agr. 4;0-4;11			22	
5	v. A., Mehrsprachigkeit, Agr. 4;0-4;11			40	
6	v. A., anamnestisch unauffällig, Agr. 4;0-4;11			172	
7	v. A., anamnestisch unauffällig, Agr. 4;0 – 4;05				78
8	v. A., anamnestisch unauffällig, Agr. 4;06 – 4;11				94

*Tabelle 1: Versuchspersonen*

## 2.3 Methode

Jedem Kind wurden einzeln nacheinander die Bildkarten vorgelegt mit der Aufforderung, diese zu benennen. Bei Bedarf wurden Hilfen gegeben (z.B. semantischer Kontext, Satzergänzung). Nur wenn keine spontane oder semi-spontane Äußerung des Kindes erreicht werden konnte, erfolgte die Bewertung der Äußerung über eine Nachspreisleistung. Jedes Kind wurde einzeln von je zwei Prüferinnen untersucht, wobei eine die Bildkarten vorlegte und beide die Ergebnisse mit Hilfe des Internationalen Phonetischen Alphabets (IPA) transkribiert dokumentierten. Stichprobenartig wurden Tonbandaufzeichnungen der Untersuchungen angefertigt, die ausgewertet und mit den Protokollen verglichen wurden, um die Reliabilität der Einschätzung zu prüfen.

Da aus der Literatur hervorgeht, dass vokalische Prozesse in der erfassten Altersgruppe nicht mehr auftreten (Fox / Dodd 1999, Hacker 1986), konzentrierte sich diese Studie auf die Beschreibung der phonologischen Prozesse bei Konsonanten. Jeder Laut und jede Konsonantenverbindung wurde in jeder relevanten Position einmal gewertet. Alle in einem Wort auftretenden Abweichungen wurden klassifiziert. Einzelne Abweichungen konnten auch mehreren phonologischen Prozessen unterworfen sein. Diese wurden gleichwertig beschrieben und ausgewertet.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Abschluss der phonetisch-phonologischen Entwicklung

Mit der Maximum Likelihood-Methode wurde der Schwellenwert geschätzt, der angibt, bei welchem Alter der Entwicklungsprozess ein gleichbleibendes Niveau erreicht. Dieser Wert befindet sich bei einem Threshold Value von 4.333 bei 4;4 Jahren mit einem Konfidenzintervall von 4,19 bis 4,63. Dieses Ergebnis belegt, dass die Entwicklung der phonologischen Fähigkeiten zwischen dem vierten und dem fünften Lebensjahr nur noch geringen Veränderungen unterliegen.

12 Kinder (4%) der Gesamtkohorte sprachen die Prüfwörter korrekt, d.h. es trat kein Fehler auf. Weitere neun Kinder (3%) wiesen einen einzelnen Fehler auf. Ein Fehler auf 64 Äußerungen wurde, Leuninger (1998) folgend, als physiologischer Versprecher gewertet, so dass bei 7% der Kinder der Gesamtkohorte von einer vollständig korrekten Produktion gesprochen werden kann.

### 3.2 Lautinventar – Prozentwert der korrekten Lautproduktion

Um als korrekt gewertet zu werden, musste ein Laut in allen Produktionen (100%) korrekt gebildet worden sein. Eine Abweichung auch bei mehreren

Produktionsmöglichkeiten wurde als inkorrekt gewertet und als phonologischer Prozess (Abweichung innerhalb eines oder mehrerer distinktiver Merkmale des zu bildenden Lautes mit Entstehung eines anderen Phonems) oder phonetische Fehlbildung klassifiziert. In Anlehnung an Fox (2003) wurden interdentale oder addentale Bildungen der Phoneme /s/ und /z/ und dieser Laute innerhalb von Konsonantenverbindungen als phonemisch korrekt, aber phonetisch fehlgebildet gewertet.

In Tabelle 3a ist der Anteil der korrekten Produktion jedes Lautes an den jeweiligen Produktionsmöglichkeiten, berechnet für die Gesamtkohorte, dargestellt. Es wird deutlich, dass alle vorderen (bilabial, labio-dental, alveolar gebildeten) Laute und hinteren (velar gebildeten) Laute wie /k/ und /g/ von über 90% der Kinder korrekt gebildet wurden und somit – wie auch bei Fox / Dodd (1999) gezeigt – als erworben gelten können. In der Kohorte der anamnestisch unauffälligen Kinder (Tabelle 3b) zeigte sich sehr deutlich der vollzogene Erwerb dieser Laute, da bis auf die Sibilanten alle Laute bei mehr als 90% der Kinder korrekt waren. Die Sibilanten (/s/, /z/, /ç/ und /ʃ/) wiesen mit 50,9% bis 78,7% die kleinsten Werte korrekter Realisation auf. Innerhalb der Altersgruppen (Kohorten 7 und 8; ohne Abbildung) zeigte sich eine Steigerung der korrekten Produktion

Apfel	[-pf-, -l]	Blitz	[bl-, -ts]
Elefant	[-l-, -f-, -nt]	Brille	[bɛ-, -l-]
Igel	[-g-, -l]	Pferd	[pf-, -ɛt]
Obst	[-pst]	Pflaster	[pfl-, -st-]
Uhr		Prinzessin	[pɛ-, -nts-, -s-, -n]
Eis	[-s]	Flasche	[fl-, -ʃ-]
Baum	[b-, -m]	Frosch	[fɛ-, -ʃ]
Feuer	[f-]	Drachen	[dɛ-, -x-, -n]
Löwe	[l-, -v-]	Trommel	[tɛ-, -m-, -l]
Tür	[t-]	Zelt	[ts-, -lt]
Milch	[m-, -lç]	Zwerg	[tʃv-, -ɛk]
Baby	[b-, -b-]	Schmetterling	[ʃm-, -t-, -l-, -ŋ]
Wurst	[v-, -ɛst]	Spinne	[ʃp-, -n-]
Nest	[n-, -st]	Spritze	[ʃpɛ-, -ts]
Dach	[d-, -x]	Schwanz	[ʃv-, -nts]
Schokolade	[ʃ-, -k-, -l-, -d-]	Schneemann	[ʃn-, -n]
Teppich	[t-, -p-, -ç]	Stuhl	[ʃt-, -l]
Sonne	[z-, -n-]	Strohalm	[ʃtɛ-, -h-, -lm]
Messer	[m-, -s-]	Schloss	[ʃl-, -s]
Schiff	[ʃ-, -f]	Schrank	[ʃɛ-, -ŋk]
Junge	[j-, -ŋ-]	Glocke	[gl-, -k-]
Becher	[b-, -ç-]	Gras	[gɛ-, -s]
Gans	[g-, -ns]	Quak	[kv-, -k]
Kuh	[k-]	Knopf	[kn-, -pf]
Rutsche	[ɛ-, -tʃ-]	Kleid	[kl-, -t]
Schere	[ʃ-, -ɛ-]	Krokodil	[kɛ-, -k-, -d-, -l]
Hase	[h-, -z-]		

Tabelle 2: Itemliste

mit höherem Alter bei den Lauten /z/ und /ç/. Für die übrigen Laute unterschieden sich die Werte nur unwesentlich von denen der Gesamtkohorte. Für die mehrsprachigen Kinder (Kohorte 5; ohne Abb.) wurden Werte festgestellt, die meist über dem Durchschnitt der Gesamtkohorte lagen. So wurden der Laut /s/ von 54%, /z/ von 73% und /ʃ/ von 87% der Kinder korrekt gebildet. Die Kinder mit Sprachtherapie (Kohorte 4; ohne Abb.) zeigten deutlich we-

niger korrekte Produktionen. Mit Werten zwischen 33% und 56% wurden die Sibilanten am seltensten gebildet. Auch andere, von der Gesamtkohorte korrekt gebildete Laute wie /j/, wurden von 10% der in Sprachtherapie befindlichen Kinder abweichend gebildet.

### 3.3 Produktion der Konsonantenverbindungen

Innerhalb der Gesamtkohorte wurden bei Konsonantenverbindungen (im fol-

genden: KV) mit Plosiv oder /f/ in Kombination mit /l/ oder /R/ (z.B. /bR/, /fl/, /kR/) die Letzteren von 98% der Kinder korrekt realisiert, die labialen Plosive von ca. 85%, während die alveolaren und velaren Plosive etwas häufiger verändert waren, jedoch mit ca. 80% noch bei der Mehrheit der Kinder als erworben gelten konnten. Von durchschnittlich 70% der Kinder wurden die KV mit Sibilanten korrekt gebildet. Von den übrigen Kindern wur-

Laut	%	Laut	%	Laut	%
/m/	99,1	/v/	97,7	/k/	93,3
/b/	99,0	/t/	97,6	/g/	88,8
/n/	98,8	/ʁ/	97,5	/j/	77,1
/χ/	98,7	/l/	96,8	/ç/	69,5
/f/	98,6	/d/	96,7	/z/	56,2
/p/	98,1	/h/	95,3	/s/	49,0
/j/	98,0	/ŋ/	94,2		

**Tabelle 3a: Lautinventar – Anteil der korrekten Lautproduktion aller Kinder (Kohorte 1)**

Laut	%	Laut	%	Laut	%
/j/	100	/b/	98,5	/k/	94,8
/χ/	99,7	/ŋ/	98,5	/g/	93,3
/m/	99,6	/ʁ/	98,3	/j/	78,7
/t/	99,2	/h/	98,3	/ç/	72,1
/p/	99	/l/	98,1	/z/	56,7
/f/	99	/d/	97,7	/s/	50,9
/v/	98,8	/n/	94,8		

**Tab. 3b: Lautinventar - Anteil der korrekten Lautproduktion der anamnestic un auffälligen Kinder der gesamten Altersgruppe (Kohorte 6)**

Fehler % Kohorte	Fehler gesamt	Phonolog. Prozesse	Phonet. Fehlbildung
<b>1 Gesamtpopulation</b>	15,8	9,1	8,3
<b>4 v.A., Sprachtherapie</b>	26,4	17,4	11,9
<b>5 v.A., mehrsprachig</b>	13,3	8,9	5,9
<b>6 v.A., 4;0-4;11</b>	14,2	7,6	6,6
<b>7 v.A., 4;0-4;05</b>	18,2	9,7	10,3
<b>8 v.A., 4;06-4;11</b>	14,2	8,7	7,0

**Tabelle 4: Prozentuale Phonemfehlbildungshäufigkeit, nach Kohorten ausgewertet, berechnet anteilig auf alle Produktionen.**

den v.a. die Sibilanten zum Teil auslassen, ersetzt, meist jedoch phonetisch fehlgebildet.

Die Konsonantenverbindungen wurden ebenso wie die Phoneme von den mehrsprachigen Kindern häufiger korrekt

gebildet als von der Gesamtkohorte. Allerdings wurden die Konsonantenverbindungen von Kindern mit Sprachtherapie zwischen 5% und 30% seltener korrekt gebildet als von der Gesamtkohorte. Ebenfalls häufiger abweichend waren bei ihnen die dreigliedrigen Verbindungen mit Sibilanten (z.B. /jtR/, /nst/).

### 3.4 Fehlerhäufigkeit

In Tabelle 4 wird die Häufigkeit der fehlerhaften Produktion der Laute (ausgewertet nach den Kohorten 1, 4, 5, 6, 7 und 8) dargestellt. Fehlbildungen traten noch in allen Kohorten auf. Am wenigsten betroffen ist die Gruppe der älteren Kinder (Kohorte 8), sowohl was die Gesamtzahl der Fehler als auch den Anteil der phonologischen Prozesse und der phonetischen Fehlbildungen bei den Sibilanten /s/ und /z/ angeht. Interessanterweise zeigte die Gruppe der mehrsprachigen Kinder (Kohorte 5) sogar weniger Fehler als der Durchschnitt. Dies spricht dafür, Mehrsprachigkeit nicht als Risikofaktor für das vermehrte Auftreten phonologischer Prozesse im Deutschen anzusehen. Erwartungsgemäß wiesen die in Sprachtherapie befindlichen Kinder (Kohorte 4) deutlich mehr Fehler auf, nahezu doppelt so viele phonologische Prozesse als im Durchschnitt und auch bei den jüngeren Kindern (Kohorte 7) dokumentiert wurde. Die jüngeren Kinder wiesen dagegen noch einen großen Anteil phonetischer Fehlbildungen auf.

Diese Rangfolge ist auch bei den Abweichungen an Einzellauten und Konsonantenverbindungen erkennbar. Die Unterschiede in den Gruppen sind hochsignifikant ( $p \leq 0,00$ ).

### 3.5 Phonologische Prozesse

In Tabelle 5 ist das Auftreten der phonologischen Prozesse innerhalb der verschiedenen Kohorten dargestellt.

Als *Silbenstrukturprozesse* wurden Veränderungen der Struktur einer Silbe (z.B. Konsonant-Konsonant-Vokal (KKV) wird zu Konsonant-Vokal (KV) gewertet. Als häufigster Prozess (bei 83% der Gesamtkohorte) innerhalb der Silbenstrukturprozesse zeigte sich die

Kohorte \ Prozess	1	4	5	6	7	8
<b>Silbenstrukturprozesse</b>						
Lautreduktion	83	95	83	79	81	78
Lautaddition	23	48	18	19	21	18
Lautumstellung	4	10	5	1,7	3	1
Silbenaddition	1	0	3	1	0	1
Silbenreduktion	14	52	8	10	14	7
Silbenumstellung	0	0	0	0	0	0
Silbenreduplikation	0	0	0	0	0	0
<b>Substitutionsprozesse</b>						
Substitution gesamt	89	100	90	87	91	84
Plosivierung	9	24	8	4	5	3
Frikativierung	8	29	3	6	10	2
Öffnung	22	29	20	25	24	26
Affrizierung	20	38	20	15	21	10
Liquidisierung	5	10	5	2	3	2
Nasalisierung	4	14	5	2	1	2
Deaffrizierung	61	81	63	59	62	57
Denasalisierung	6	19	5	2	4	1
Vorverlagerung	65	86	70	60	59	61
Rückverlagerung	35	62	33	31	35	29
Stimmhaftigkeit	30	62	23	27	19	33
Stimmlosigkeit	36	43	23	37	45	31
<b>Harmonisierungsprozesse</b>						
regr.Assimilation	12	14	10	10	9	11
progr.Assimilation	7	14	0	5	6	4

Kohorte 1: Gesamtpopulation

Kohorte 4: vollständige Anamnese, Sprachtherapie

Kohorte 5: vollständige Anamnese, Mehrsprachigkeit

Kohorte 6: vollständige Anamnese, anamnestisch unauffällig, 4;0 – 4;11

Kohorte 7: vollständige Anamnese, anamnestisch unauffällig, 4;0 – 4;05

Kohorte 8: vollständige Anamnese, anamnestisch unauffällig, 4;06 – 4;11

**Tabelle 5: Auftreten phonologischer Prozesse innerhalb der verschiedenen Kohorten (Angaben in Prozent)**

Lautreduktion. Lautadditionen traten bei 23% der Kohorte 1, Silbenreduktionen ebenfalls weiterhin bei 14% der Kinder der Gesamtpopulation auf, v.a. bei der unbetonten Silbe /gə-/ in Gespenst. Diese Gewichtungen fanden sich etwas häufiger bei den jüngeren Kindern (Kohorte 7) und signifikant häufiger innerhalb der Gruppe der Kinder mit Sprachtherapie (Kohorte 4). Die mehrsprachigen Kinder (Kohorte 5) zeigten meist ebenso häufig oder so-

gar seltener die angegebenen Prozesse als die Gesamtkohorte.

Als *Substitutionsprozesse* wurden Veränderungen der distinktiven Merkmale eines Lautes gewertet, die zum Entstehen eines anderen Lautes und daraus folgender Bedeutungsveränderung führten. Sie traten bei 89% der Kinder der Gesamtkohorte und bei allen Kindern mit Sprachtherapie (Kohorte 4) auf. Die Vorverlagerung war der am häufigsten auftretende Substitutionspro-

zess. Als Deaffrizierung wurde bei 61% der Gesamtkohorte das Auslassen des ersten Teils eines Affrikates (/pf/ wird zu /f/ oder /ts/ wird zu /s/) gewertet, müsste aber wohl als dialektale Abweichung gesehen werden. Bei mehr als einem Drittel aller Kinder zeigten sich weiterhin Rückverlagerungen und die Veränderungen der Stimmhaftigkeit eines Lautes (Stimmhaftigkeit, -losigkeit).

Als *Harmonisierungsprozesse* wurden Veränderungen eines Lautes gewertet, die durch die innerhalb eines Wortes bestehende zeitliche Nähe zu einem anderen Laut entstanden sind (unterschieden in regressive und progressive Assimilationen, abhängig von der Position des beeinflussenden Lautes in Beziehung zum veränderten Laut). Assimilationen traten noch bei 12% der Gesamtzahl der Kinder auf. Hier zeigten die jüngeren Kinder (Kohorte 7) weniger Prozesse.

#### 4. Diskussion

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie traten auch bei vierjährigen Kindern noch phonologische Prozesse auf.

Als physiologische Prozesse erschienen in dieser Altersgruppe – wie auch schon von Fox / Dodd (1999) beschrieben – die Substitution von /j/ und /ç/ und die phonetischen Varianten von /s/ und /z/. Ersetzungen von „hinteren“ Plosiven wie /g/ und /k/ durch „vordere“ traten vor allem in unbetonten Silben auf wie im Prüfwort „Gespenst“. Die Veränderung des Artikulationsortes (Vor-, Rückverlagerung) trat häufiger auf als andere Substitutionsprozesse. Dies entspricht der Beobachtung von Hacker (1986), dass „Substitutionen eher durch Verletzungen der Stellungsmerkmale als der Modimerkmale verursacht werden“. Möglicherweise dialektal bedingt war die häufig aufgetretene Deaffrizierung der Affrikate /ts/ und /pf/, deren Wertung als Phonem oder Konsonantenverbindung immer wieder diskutiert wird (Fox / Dodd 1999).

Die von Fox / Dodd (1999) beobachtete Beendigung des Entwicklungspro-

zesses der phonologischen Fähigkeiten konnte dahingehend bestätigt werden, dass in der von uns untersuchten Population mit 4;4 Jahren ein Entwicklungsniveau erreicht ist, von dem aus die phonologischen Fähigkeiten selbst mit einer strengen Bewertung von korrekter Lautproduktion (100%) nur noch in Bezug auf /s/ und /ç/ erworben werden müssen. Weiterhin auftretende Abweichungen zeigen, dass der phonologische Spracherwerbsprozess jedoch noch nicht vollständig und dauerhaft abgeschlossen ist. Die Laute /s/ und /z/ sind noch am häufigsten betroffen. Sie wurden hier analog zu Fox / Dodd (1999) als phonetische Fehlbildungen bezeichnet. In weiterführenden Untersuchungen sollte geklärt werden, ob nicht auch bei diesen Lauten eine phonemische, die Lautwahrnehmung betreffende Komponente eine große Rolle in der Erwerbsentwicklung spielt.

Die Daten der Kohorte 4 (Kinder mit Sprachtherapie) zeigten, dass die Kinder, die in der Praxis auffällig erschienen waren, in ihrem Lautbildungsverhalten deutlich abwichen von der Gruppe der unauffälligen Kinder, während Mehrsprachigkeit (Kohorte 5) innerhalb der geprüften Kohorte keinen Risikofaktor für das vermehrte Auftreten von phonologischen Prozessen darstellte.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieser Studie sowohl die Daten von Fox / Dodd (1999) als auch die Erfahrungen aus der Praxis der Sprachtherapie, dass innerhalb der untersuchten Altersgruppe alle Einzellaute bis auf die Sibilanten, Velarlaute in unbetonten Silben und mehrgliedrige Konsonantenverbindungen erworben sein sollten. Jedoch können auch weiterhin einzelne Prozesse wie Vorverlagerung, Veränderung der Stimmhaftigkeit und Silbenreduktion auftreten.

## Literatur

- Fox, A.V., Dodd, B.J. (1999): Der Erwerb des phonologischen Systems in der deutschen Sprache. *Sprache – Stimme – Gehör* 23, 183-191.
- Fox, A.V. (2003): Kindliche Aussprachestörungen. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Grohnfeldt, M. (1980): Erhebung zum altersspezifischen Lautbestand bei 3-6jährigen Kindern. *Die Sprachheilarbeit* 25, 169-177.
- Hacker, D. (3 1997): Erste phonologische Entwicklung. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern (15- 4)*. München: Ernst Reinhardt.

Hacker, D., Weiss, K.-H. (1986): Zur phonemischen Struktur funktioneller Dyslalien. Oldenburg: Verlag Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems

Jahn, T. (1998): Metaphon – Ein Programm zur Behandlung phonologischer Störungen bei Kindern. *Forum Logopädie*, 5-8.

Jakobson, R. (1969): *Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze*. Frankfurt: Suhrkamp.

Leuninger, H. (1998): *Reden ist Schweigen, Silber ist Gold – Gesammelte Vorträge*. München: dtv.

Romonath, R. (1991): *Phonologische Prozesse an sprachauffälligen Kindern*. Berlin: Edition Marhold.

## Danksagung

Herzlichen Dank an die Ausbildungsteilnehmerinnen des Kurses 37 der Lehranstalt für Logopäden, Berlin-Dahlem, 2000: M. Amendt, G. Bialluch, A. Hodge, J. Güttel, S. Hammer, A. Hansen, A. Kotulla, A. Letzner, K. Mäkel, K. Wagner, N. Weissinger, A. Wunderwald für die Durchführung der Studie.

Unser besonderer Dank gilt allen Kindern, die an der Untersuchung teilgenommen haben, ihren Eltern, den Bezirksverwaltungen, den Erzieherinnen und insbesondere den Leiterinnen der einzelnen Einrichtungen für die bereitwillige Mitarbeit und die Unterstützung in koordinatorischen Belangen, Frau Sonntag und Frau Koch für ihre fachliche Hilfe und praktische Unterstützung, Prof. Dr. Gross für die Schaffung der Rahmenbedingungen, Frau Biller und Herrn Johannsen für ihre umfangreiche Unterstützung bei der Erstellung der Datenbank, Frau Bugarin für ihre tatkräftige organisatorische Unterstützung sowie Herrn Dr. Dietz vom Institut für Soziale Gesundheit der Charité – Universitätsmedizin Berlin für die Unterstützung bei der Berechnung der statistischen Daten.

## Anschrift der Verfasserinnen:

Dorothea Ziller, Logopädin  
Dr. Bärbel Wohlleben, Dipl.-Psych.  
Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin  
Klinik für Audiologie und Phoniatrie  
Fabeckstr. 62  
14195 Berlin  
Tel. 030 / 8445 6815  
e-mail: baerbel.wohlleben@charite.de



Elisabeth Wildegger-Lack, Fürstenfeldbruck

# Aussprachestörungen im Wandel der Zeit

## Historischer Rückblick auf 50 Jahre Aussprachestörungen in Deutschland

### Zusammenfassung

Die Sichtweise zum Störungsbild Aussprachestörungen hat sich in Theorie und Praxis im Laufe der letzten 50 Jahre verändert: partielles oder multiples Stammeln, partielle oder multiple Dyslalie, phonetische und/oder phonologische Störungen. Von der motorisch-orientierten Vorgehensweise mit dem Fokus auf dem jeweiligen Einzellaute vollzog sich der Wandel hin zur Diagnose und Therapie des phonologischen Regelsystems eines Kindes. Mundmotorische Übungen werden heute vorrangig zur Behandlung des orofazialen Systems, z. B. im Rahmen einer myofunktionellen Therapie, verwendet. Die fünfzigjährige Entwicklung der Diagnose- und Therapieverfahren in Deutschland wird in diesem Beitrag im Überblick dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Stammeln, Dyslalie, phonetische Störungen, phonologische Störungen, Lautprüfverfahren, phonologische Analyse, LKGS-Fehlbildungen, myofunktionelle Therapie

### Evolving views of articulation disorders Historical review of 50 years of articulation disorders in Germany

#### Abstract

Theory and practice regarding articulation disorders have changed in the course of the last 50 years: articulation disorders and patterns of speech sound production, phonemic and/or phonological disabilities. Consideration of auditory and oral sensory-motor mechanisms with the focus on specific sounds has given way to diagnosis and therapy of phonological systems. Today oral motor exercises are mainly used for therapy of the orofacial system, for example myofunctional therapy. The evolution of diagnosis and therapy throughout the last fifty years in Germany is discussed in this article.

**Key-Words:** articulation disorders, phonological disabilities, articulation assessment, phonological analysis, orofacial cleft, myofunctional therapy

## 1. Einleitung

Die Behandlung von Aussprachestörungen gehört seit Jahrzehnten zum „Tagesgeschäft“ von Sprachtherapeuten in Praxis und Schule. Bei 'Aussprachestörungen' geht es um jede Form der Unfähigkeit, Laute und Lautverbindungen altersadäquat zu erwerben und/oder zu verwenden.

Der erste Artikel zum Thema Aussprachestörungen in der Sprachheilarbeit im Jahre 1958 heißt „Erfahrungen in der Lispelbehandlung“: „Die Behandlung des Lispelns kann aus Gründen der

Zeitersparnis und aus erzieherisch-pädagogischen Grundsätzen wie Wetteifer, gegenseitiges Abhören, Absehen und Kontrollieren durchaus *gruppenweise* mit Erfolg durchgeführt werden. Die *Mitarbeit des Elternhauses* und die *Überwachung im Klassenverband* wird die Heilung beschleunigen und sie vor Rückfällen sichern. Jedoch empfehlen die individuellen Besonderheiten, sowohl die organisch-funktionellen, wie auch die charakteriologisch-psychischen und die milieugegebenen, immer wieder die *therapeutische Einzelarbeit*. Die Lispeler sind bekanntlich die dank-

barsten Fälle für die ambulante und kursusmäßige Behandlung“ (Wulff 1958, 102).

Grundsätzlich werden früher und heute organische und funktionelle Aussprachestörungen unterschieden. Organische Aussprachestörungen haben eine eindeutig organische Ursache, wie z.B. Spaltbildungen oder Hörstörungen. Alle anderen Aussprachestörungen sind funktionelle Störungen, bei denen keine organische Ursache erkennbar ist. Durch die jeweiligen Unterschiede in der Symptomatik, im Schweregrad, in der Ätiologie und last – but not least –

in der Persönlichkeit des Kindes gibt es aus heutiger Fachsicht folgende Störungsbilder im Bereich der Artikulation: phonetische und/oder phonologische Störungen, Rhinophonien und/oder Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segel-Fehlbildungen, myofunktionelle Störungen und verbale Entwicklungsdyspraxien.

Manche dieser Störungsbilder wurden erst im Laufe der letzten fünfzig Jahre entdeckt (z.B. die Entwicklungsdyspraxie) und entsprechende Therapieverfahren entwickelt, andere Störungsbilder werden heute aufgrund neuer Erkenntnisse effektiver und zeitökonomischer behandelt (z.B. die Frühbehandlung von Spaltkindern).

Auch die Begrifflichkeit zur Beschreibung von kindlichen Aussprachestörungen unterlagen und unterliegen dem jeweiligen Zeitgeist mit seinen dazu gewonnenen Erkenntnissen. Sprach man vor 50 Jahren vom Kappazismus oder Rhotazismus als Formen partiellen Stammelns (vgl. *Aschenbrenner* 1959), so wird das gleiche Störungsphänomen heute als konsequente phonologische Störung (vgl. *Fox* 2005) definiert.

## 2. Terminologie im Laufe der letzten 50 Jahre

Die terminologische Vielfalt von Aussprachestörungen reicht im sprachtherapeutischen Alltag heute von multipler Dyslalie bis phonetisch-phonologische Störungen. Der Begriff des „Stammelns“ wird heute glücklicherweise nur noch sehr selten verwendet. In den Heilmittel-Richtlinien vom 16.3.2004 werden in Teil II „Störungen der Artikulation“ als „Dyslalie“ beschrieben, sodass diese Formulierung im klinisch-therapeutischen Handlungsfeld der Heilmittelverordnungen als Maßnahme der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie derzeit noch fest verankert ist.

Aus sprachwissenschaftlicher Sicht und für eine fundierte sprachtherapeutische Arbeit nach heutigen Standards ist dieser Terminus zu unpräzise, da dem Begriff „Dyslalie“ jeder linguistische Erklärungsansatz oder die entsprechende Ursachenformulierung fehlt. *Scholz*

schrrieb bereits 1969 in der Sprachheilarbeit: „Möglicherweise kann uns die Anwendung linguistischer Theorien auf derartige Sprachstörungen zu einer neuen, der Sache angemessenen Einschätzung des kindlichen ‘Versagens’ auf der lautlichen Ebene des Sprechaktes führen“ (*Scholz* 1969, 5). Einige Jahre später bereits unterschied er als Erster in Deutschland zwischen phonetischen und phonologischen Störungen. „Die chronologische Entwicklung der Sprachlaute läßt sich (...) nicht mit einem Fortschritt in der motorischen Geschicklichkeit der Sprechorgane erklären, nicht mit einem sukzessiven Erlernen der Laute, von den ‘leichten’ zu den ‘schwierigen’ fortschreitend, bis die Fülle der Erwachsenenlautung erreicht ist, sondern: die chronologische Entwicklung der Sprachlaute findet ihre Erklärung in einem schichtenförmigen Aufbau (Erwerb) der Sprache mit allen ihren Regeln und Regelsystemen auf dem Weg über Strukturwahrnehmung und Strukturanalyse.(...) Die sprachlichen (phonetischen) Äußerungen des Kindes sind zu jedem Zeitpunkt seiner sprachlichen Entwicklung eine Reflexion seines phonologischen Entwicklungsstandes, dessen Analyse jedoch durch eine gelegentlich hohe Anzahl von Lautvarianten erschwert ist. Eine solche Feststellung ist auch für die Sprachbehindertenpädagogik von nicht zu unterschätzender Bedeutung“ (*Scholz* 1974, 147ff.).

## 3. Diagnose phonetischer und phonologischer Störungen

Seit den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts werden Lautprüfverfahren veröffentlicht (u.a. *Helwig* 1927, *Lücking* 1929). *Teumer* erstellte 1987 in der Sprachheilarbeit eine chronologisch geordnete Liste der 24 bis zu dieser Zeit veröffentlichten Lautprüfverfahren. Es sollen hier nur einige dieser Verfahren, die teilweise bis heute im sprachtherapeutischen Alltag Verwendung finden, genannt werden:

- Lauttreppe nach *Möhring* (1938)
- Lautprüfungstabelle für Stammler nach *Führung* / *Lettmayer* (1951)

- Stammler-Prüfbogen nach *Metzker* (1967)
- Lautprüfbogen nach *Frank* / *Grziwotz* (1974)
- Lautprüfscheibe nach *Aschenbrenner* (1976)
- Lautbildungshilfen nach *Brunner* / *Dupuis* / *Heese* / *Nufer* (1978)

*Teumer* (1987) stellt jedoch fest, dass alle diese Verfahren die Kinderaussprache an den „Standards der Erwachsenensprache“ messen und dadurch die „normale Lauterwerbschronologie“ des Kindes keine Beachtung findet. In den siebziger und achtziger Jahren weisen u.a. *Scholz* (1970, 1974, 1980), *Ilhssen* (1978), *Rösel* (1984) und *Hacker* / *Weiß* (1986) immer wieder darauf hin, dass die kindliche Aussprache und deren Störungen aus linguistischer Sicht analysiert und diagnostiziert, und dementsprechend in einem weiteren Schritt auch neue Therapiemethoden entwickelt werden müssen. Im Jahre 1992 beschreibt *Hacker* die phonologische Entwicklung des Kindes im Deutschen und zeigt typische Störungen im Erwerb des Deutschen, sowie die Erfassung und Beschreibung phonologischer Störungen.

Zwei neue Prüfverfahren zur Untersuchung phonologischer Prozesse werden endlich 1994 veröffentlicht:

- Pyrmonter Analyse Phonologischer Prozesse (PAPP) von *Babbe* (1994)
- LOGO: Ausspracheprüfung zur differenzierten Analyse von Dyslalien von *Wagner* (1994)

In den folgenden Jahren entstehen weitere Verfahren zur Ausspracheprüfung:

- Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern (AVAK) von *Hacker* / *Wilgermeir* erscheint 1999 mit entsprechendem Bildmaterial von 1998. Die zweite Auflage des AVAK-Test von 2002 beinhaltet zusätzlich eine Software zur schnellen Auswertung der Untersuchungsergebnisse.
- *Kauschke* / *Siegmüller* publizieren 2003 im Rahmen ihrer Patholinguistischen Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen einen Diagnostikband „Phonologie“

- eine Weiterentwicklung und komplette Überarbeitung seines bisherigen PAPP-Verfahrens veröffentlicht *Babbe* 2003 in der neuen „Pyromonter Aussprache Prüfung“ (PAP). Wahlweise kann die Benennung der Prüfwörter im Rahmen eines Domino-Puzzle oder eines Schwarzen Kater-Spiels durchgeführt werden, sodass in der Prüfsituation die Voraussetzungen für ein natürliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten zwischen Kind und Lehrer/Sprachtherapeut gegeben sind.

Mit Hilfe dieser Verfahren werden sowohl das Phoneminventar als auch das phonologische Regelsystem des Kindes überprüft, indem jeweils zirka 100 Prüfwörter abgefragt werden.

Heute ist es unumstritten, dass jeder qualifizierten und fundierten Therapie eine qualifizierte und fundierte Diagnostik mit Hilfe eines dieser Prüfverfahren der „Neuen Generation“ vorangestellt sein muss.

## 4. Therapie der phonetischen und phonologischen Störungen

Der Wandel in der Sichtweise von Aussprachestörungen spiegelt sich nicht nur in den Diagnoseverfahren wider, sondern zeigt sich auch in einer Veränderung der sprachtherapeutischen Vorgehensweise. Wurde früher Laut für Laut mit Hilfe entsprechender motorischer Zungen- und Lippenübungen additiv eine multiple Dyslalie behandelt, so wird heute die Aussprachestörung eines Kindes in seiner Gesamtheit betrachtet und entsprechend das phonologische Regelsystem des Kindes individuell therapiert.

Die „klassische Artikulationstherapie“ nach *van Riper* besteht aus Übungen zur Mundmotorik als Vorübung für die Lautbildung, auditiven Wahrnehmungsübungen und artikulatorischen Übungen zu einem speziellen Laut. „In einer angemessenen Therapie muß der Artikulationsgestörte lernen, den Rückfluß der Informationen von Ohr und Mund abzutasten und sie mit den Standardmustern zu vergleichen. Der Pati-

ent muß ferner lernen, die Artikulationsbewegungen zu variieren und die richtigen Stellungen zu suchen und festzuhalten. Schließlich muß der neue Laut stabilisiert werden“ (*van Riper / Irwin* 1984/1958, 136).

*Wulff* beschreibt in seinem Artikel in der Sprachheilarbeit 1958 die F-S-Ableitungsmethode zur Anbahnung der korrekten s-Lautbildung folgendermaßen: „Ich lasse den Lispeler stehen, sich ausschütteln und lockern, um von vorneherein jede Spannung zu vermeiden. Dann lasse ich hauchen und erinnere dabei vielleicht an das Hecheln des Hundes und reibe nun den Hauch zwischen oberer Zahnreihe und Unterlippe zum F. Darauf lasse ich die Zahnreihen aufeinanderstellen, d.h. praktisch muß der Unterkiefer ein wenig vorrücken. Noch besser ist es, die Zahnreihen haben etwa 1 mm Abstand, wie es beim Ertönen des S üblich ist. (...) Erst wenn dieser Versuch misslingt, wende ich die vielfach beschriebenen und bekannten Ableitungen von anderen Lauten an und greife erst zu allerletzt zum Spiegel, zu Spateln und Sonden“ (*Wulff* 1958, 103).

Der Artikel „Aus der Praxis der Rhotazismusbehandlung“ erscheint ein Jahr später in der Sprachheilarbeit. *Aschenbrenner* (1959) beschreibt dabei genau die Lage der Zunge bei der Zungenspitzen- oder Gaumen-R-Bildung und die entsprechende Anbahnung.

1966 erläutert *Lettmayer* die Vorzüge der Ableitungsmethode bei der Behandlung des Sigmatismus. „In den Jahren 1934 – 1937, als die Ergebnisse der instrumentefreien Behandlungsmethoden im Schrifttum zusammengefaßt wurden, traten die aktiven Methoden und von diesen wieder die sogenannten Ableitungsmethoden in den Vordergrund. Es ist nicht gesagt, dass damit die Sonden in Vergessenheit gerieten, aber sie wurden durch die neuen und wirksameren Methoden auf den zweiten Platz verwiesen. Die Ableitungsmethoden fanden in den folgenden Jahren eine rasche Verbreitung. Sie werden heute in den meisten Sprachheilschulen, Sprachheilklassen und Sprachheilkursen bevorzugt verwendet und

stellen bei der Behandlung des sprachgestörten Schulkindes das kürzeste und damit leichteste Verfahren dar“ (*Lettmayer* 1966, 216).

1974 stellt *Metzker* den erfolgreichen „Therapieverlauf bei einem Fall von schwerem multiplen Stammeln“ in der Sprachheilarbeit dar. Über die von ihm damals gewählte Abfolge der sprachtherapeutischen Maßnahmen schrieb er folgendes: „Daß die Reihenfolge, in der man die verschiedenen Einzelstörungen angeht, wichtig ist, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden; vielleicht aber, daß es durchaus eine von der Persönlichkeit des Sprachgestörten her bestimmte Reihenfolge geben kann, die nicht mit ‘relevanten’ Statistiken übereinstimmen muß. Mit anderen Worten: die Therapie sollte *individuell* angepaßt werden. Meist erhält man während der Therapie, indem man neue Laute oder Lautverbindungen probiert, die Anregungen für den günstigsten nächsten Schritt. Die Therapie kann man als ‘Verlaufstherapie’ bezeichnen – d.h. der Behandlungsplan entwickelt sich allmählich – er steht nicht von Anfang an fest, jedenfalls nicht in allen Einzelheiten“ (*Metzker* 1974, 4, 119).

*Schlenker-Schulte / Schulte* verweisen 1980 auf das für die Stammler-Therapie wichtige Wissen im Bereich der Phonetik. Sie formulieren entsprechende Prinzipien für die Therapie. Dazu gehören u. a. die „Prinzipien der Koartikulation, der phonetisch begründeten Laut-Ableitung und der direkten artikulatorischen Hilfe“ in Form von entsprechenden Handzeichen (vgl. *Schlenker-Schulte / Schulte* 1990).

In den nächsten fast zwanzig Jahren findet man in der Sprachheilarbeit kaum Artikel, in denen explizit die Therapie von Aussprachestörungen thematisiert wird. Vielmehr geht es in Veröffentlichungen der Sprachheilarbeit in den 80er Jahren im Bereich der kindlichen Störungen um Sprachentwicklungsverzögerungen in ihrer Gesamtheit und/oder vermehrt um die speziellen Teilbereiche der Syntax, Morphologie und Semantik (vgl. *Grimm* 1981, *Schöler / Moerschel* 1984, *Dannenbauer* 1989).

Daneben tauchen in dieser Zeit unter anderem Artikel zur Erhebung des kindlichen Lautbestands (Grohnfeldt 1980) und zur Theorie phonologischer Störungen auf (vgl. Dannenbauer / Kotten-Sederqvist 1987). Vor dem Hintergrund eines durch phonologische Prozessanalyse erhobenen Befunds „skizziert“ Hacker (1990) die „Förderung“ des Kindes Marco. Er beschreibt dessen „Entwicklungsschritte im Erwerb des phonologischen Systems“.

Im Jahr 1996 spiegelt eine Ausgabe der Sprachheilarbeit die Neuorientierung der Behandlung von Aussprachestörungen mit fünf entsprechenden Beiträgen in Richtung linguistisch orientierter Therapieansätze wieder (vgl. Dannenbauer 1996, von Knebel 1996, Hartmann 1996, Jäcklein 1996, Kauschke 1996). „Da das Erscheinungsbild einer komplexen Aussprachestörung jedoch häufig durch eine Kombination phonetischer und phonologischer Auffälligkeiten gekennzeichnet ist, müssen in der Therapieplanung beide Aspekte berücksichtigt und mit den jeweils geeigneten Methoden gezielt angegangen werden“ (Kauschke 1996, 321).

In den folgenden Jahren werden im deutschsprachigen Raum verschiedene methodische Vorgehensweisen aus dem anglo-amerikanischen Raum übertragen: die Minimalpaartherapie (Weiner 1981, Hacker 1992) und das Therapieprogramm Metaphon (Howell / Dean 1994, Jahn 2000). Fox (2005) entwickelte das Konzept der „Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie“ (P.O.P.T.), das sich in seinen verschiedenen Phasen auf ein psycholinguistisches Sprachverarbeitungsmodell bezieht und speziell für die deutsche Sprache entwickelt wurde. „Aufgrund des Mangels an einem effektiven phonologischen Therapiekonzept für die deutsche Sprache wurde basierend auf dem Sprechverarbeitungsmodell nach Stackhouse / Wells (1997) und unter Einbeziehung aller Therapieprogramme wie Metaphon und Minimalpaartherapie, ein Therapieprogramm entwickelt, das auf die verschiedenen Prozessstypen abzielt und sich am Sprachsystem der deutschen Sprache orientiert“

(Fox 2005, 243). Die Wirksamkeit und Effektivität der bisher existierenden Therapieansätze im Bereich der phonologischen Therapie stellen Fox / Teutsch 2005 in der Sprachheilarbeit vor. „Als wirklich wirksam kann die individuelle Sprachtherapie im deutschsprachigen Raum nur dann angesehen werden, wenn sich Therapeuten mit dem aktuellen Wissen im Bereich der Aussprachestörungen auseinandersetzen und sich mit den existierenden differenzialdiagnostischen und therapeutischen Methoden vertraut machen, um auf dieser Basis den für das individuelle Kind mit seiner individuellen Störung jeweils passenden Therapieansatz auszuwählen“ (Fox / Teutsch 2005, 278).

### 5. Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segel-Fehlbildungen

In den ersten Jahrzehnten der Sprachheilarbeit wird immer wieder auf organische Anomalien hingewiesen, die die sprachtherapeutische Arbeit zur damaligen Zeit erschwerten. „Entschließt man sich, ein Gaumen-R zu erzeugen, ist es vorteilhaft, nachzusehen, ob der Gaumen funktionell in der Lage ist, die gewünschten Bewegungen überhaupt auszuführen. Es ist bekannt, daß nach Tonsillektomien Narben zurückbleiben, die von Fall zu Fall verschieden stark ausgedehnt sind. Es gibt Fälle, wo die Uvula bei der Operation versehentlich entfernt wurde, und die Gaumenbögen in einen narbigen Strang umgewandelt wurden. Daß es in einem solchen Fall unrentabel, ja aussichtslos ist, ein Gaumen- oder Zäpfchen-R erzeugen zu wollen, liegt auf der Hand. Daß auch auf Paresen und Lähmungen zu achten ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung“ (Aschenbrenner 1959, 109).

Heute sind die Operationsmethoden der Mediziner so optimiert, dass wir diese Probleme von vor 50 Jahren glücklicherweise nicht mehr haben. Die Verbesserung der operativen Möglichkeiten spiegelt sich auch in den Artikeln über LKG-Spaltkinder in der Sprachheilarbeit wieder. Organisch bedingte

Aussprachestörungen bei Spaltkindern mussten bis in die 80er Jahre meist bis ins Grundschulalter sprachtherapeutisch behandelt werden. Durch die zeitliche Vorverlagerung der operativen Maßnahmen erfolgt der endgültige Gaumenverschluss heute meist bereits bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr, sodass in der Regel die Sprachentwicklung durch die LKG-Spalte nur noch geringfügig beeinträchtigt wird (vgl. Hochmuth 2001, Neumann 2003). So befindet sich 1993 der bisher letzte Artikel über Spaltkinder in der Sprachheilarbeit. Hartmuth / Städler beschreiben darin die „logopädische Frühbehandlung von Spaltkindern im Alter von 0 bis 3 Jahren an der Berliner Charité“. Durch spezielle Elternberatung bei neugeborenen Spaltkindern und die Einarbeitung der betroffenen Eltern in den „Früherziehungsplan für 1;6 bis 3jährige Spaltkinder“ kommt es in den überwiegenden Fällen zu einer normalen Sprachentwicklung. Der Früherziehungsplan beinhaltet Übungen zur Lenkung des Luftstroms, sowie zur Schulung des Gehörs und der visuellen Kontrolle. Lippen- und Zungenübungen zur Förderung der Mundmotorik und Hauch- und Vokalübungen werden zur Verbesserung des Stimmklangs empfohlen. Die Ergebnisse ihrer langjährigen Erfahrungen zeigen, „daß nur dort beste Ergebnisse erreicht werden, wo alle medizinischen und sprachheilpädagogischen Maßnahmen frühzeitig und koordiniert durchgeführt werden“ (Hochmuth / Städler 1993, 307). Die mundmotorischen Übungen zur Prävention von Aussprachestörungen haben sich somit bei Spaltkindern heute in den frühkindlichen Bereich verschoben.

### 6. Myofunktionelle Störungen

In den 80er Jahren tauchen in der Sprachheilarbeit Artikel über myofunktionelle Störungen auf, die das Entstehen und den Erhalt von Aussprachestörungen beeinflussen können. Middeldorf veröffentlichte im Jahre 1985 zum „Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) – ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie“ den

ersten Artikel zu diesem Thema in der Sprachheilarbeit. Ursachen für Störungen des orofazialen Muskelgleichgewichts sind u. a. offene Mundhaltung aufgrund behinderter Nasenatmung (Allergien, vergrößerte Tonsillen etc.), Wachstumsanomalien des Gesichtsskeletts, unphysiologische Flaschenernährung oder infantile Bewegungsmuster durch Aufrechterhaltung von oralen Habits (vgl. Kittel 1990, Hahn 2001). Lippen-, Zungen-, Ansaug- und Schluckübungen zur Behandlung der orofazialen Dysfunktion sind seit zwei Jahrzehnten fester Bestandteil der sprachtherapeutischen Arbeit. *Clausnitzer / Clausnitzer* veröffentlichten die Ergebnisse ihrer vergleichenden Studie 1991 in der Sprachheilarbeit. „Die Kombination von Sigmatismen mit falschem Schlucken kann bei 26,3 Prozent der Kinder mit Zahn- und Kieferstellungsanomalien und bei 11 Prozent der Kinder mit normalen Gebissen diagnostiziert werden. Diese beiden oralen Dysfunktionen treten also gekoppelt bei Kindern mit Dysgnathien mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,01 hochsignifikant häufiger auf als bei Kindern mit eugnathen Gebissen“ (*Clausnitzer / Clausnitzer* 1991, 16).

Es gilt aktuell, dass mundmotorische Übungen heute zur Behandlung phonetisch-phonologischer Störungen nicht mehr obligat notwendig sind, gleichzeitig jedoch myofunktionelle Störungen bei Kindern aufgrund oben genannter Verursachungsfaktoren kontinuierlich zunehmen und in diesem Bereich mundmotorische Übungen im sprachtherapeutischen Alltag sinnvoll, notwendig und immer noch zeitgemäß sind.

## 7. Verbale Entwicklungsdyspraxie

Seit den 90er Jahren taucht in der deutschsprachigen Fachterminologie immer wieder die „verbale Entwicklungsdyspraxie“ als spezielle Form der Aussprachestörung auf. *Schulte-Mäter* (1996) befasst sich mit dieser Störung der Sprechbewegungsplanung und -programmierung in Deutschland als Erste.

*Dannenbauer* begibt sich 1999 in der Sprachheilarbeit auf die „Suche nach der verbalen Entwicklungsdyspraxie“ und findet sie nur teilweise. Er fordert daher „in die Tiefe gehende psycholinguistische und längsschnittliche Untersuchungen einzelner Fälle“ (*Dannenbauer* 1999, 149).

## 8. Therapie von Aussprachestörungen bei Mehrsprachigkeit – ein Thema der Gegenwart und Zukunft

Mehrsprachigkeit ist ein Thema, das für unsere tägliche sprachtherapeutische Arbeit immer wichtiger wird. Der Anteil mehrsprachiger Kinder und Erwachsener in Deutschland steigt kontinuierlich. „Das Phänomen der individuellen Zweisprachigkeit bzw. der gesellschaftlichen Mehrsprachigkeit treffen wir heute fast in jedem europäischen Land, in jeder Stadt und in jeder Schule an. Es ist vorauszusehen, dass angesichts der fortschreitenden Internationalisierungs- und Globalisierungsprozesse die Pluralisierung der Sprachen und Kulturen in jedem Bereich unserer Gesellschaft zur Regel werden wird“ (*Triarchi-Herrmann* 2002, 35). Für viele Sprachtherapeuten gehört heutzutage die Behandlung mehrsprachiger Kinder zum beruflichen Alltag. Bis theoretische und praktische Konzepte und Verfahren entwickelt sind, hat sich in meiner Praxis im Bereich der Aussprachestörungen folgende Übergangslösung bewährt: Seit Jahren sammle ich in den verschiedensten Sprachen je nach Bedarf Begriffe zu unterschiedlichen Lauten und Lautverbindungen: Mehrfachkonsonanz mit [r] im Spanischen haben z.B. die Begriffe Arm (= brazo), Kreuz (= cruz) oder Erdbeeren (= fresa). Im Kroatischen gibt es z.B. Mehrfachkonsonanzen mit [r], die in der deutschen Sprache nicht möglich sind und damit im Rahmen der Sprachtherapie natürlich nur mit kroatischen Begriffen behandelt werden können, z.B. Reh (= srna) oder Karotte (= mrkva). Die Kindern und/oder deren Eltern sammeln im Alltag die ent-

sprechenden Begriffe. Anhand dieser Wortvorgaben entstehen individuelle Therapiesequenzen und adäquate häusliche Übungsvorschläge für die Eltern bzw. Bezugspersonen. Die Mitarbeit der mehrsprachigen Kinder ist dabei besonders gut und zielführend. Sie freuen sich, dass sich die Sprachtherapeutin für ihre zweite Sprache interessiert und sie etwas können, was diese nicht kann. *Kroffke / Rothweiler* weisen 2004 in ihrem Artikel in der Sprachheilarbeit darauf hin, dass „Sprachmischungen als wesentlicher Bestandteil zweisprachiger Kommunikation anzusehen sind. Sie sind nicht grundsätzlich Ausdruck sprachlichen Unvermögens zweisprachiger Kinder, sondern können als Ausdruck sprachlicher und kommunikativer Kreativität gewertet werden“ (*Kroffke / Rothweiler* 2004, 23). Die Autorinnen weisen weiter darauf hin, dass sich zweisprachige Kinder erst durch die Akzeptanz von Sprachmischungen von ihrem Kommunikationspartner angenommen fühlen.

## 9. Ausblick in die Zukunft

Funktionelle Aussprachestörungen werden heute und in Zukunft unter einem völlig neuen Licht betrachtet. Nun sprechen wir nicht mehr von Kappazismus, Rhotazismus oder Schetismus, sondern von konsequenten phonologischen Störungen (vg. *Fox* 2003). Dieses neue linguistische Verständnis der Aussprachestörungen verändert das sprachtherapeutische Handeln grundlegend. Die mundmotorischen Übungen, die früher der Anfang jeder Artikulationstherapie waren, sind im neuen Jahrtausend fast ausschließlich in der Behandlung myofunktioneller Störungen zu finden. Auch weil immer mehr Belege dafür auftauchen, dass die Entwicklung von Artikulationsfähigkeiten auf anderen mundmotorischen Bewegungsmustern basiert und somit mundmotorische Übungen die Lautbildung nicht zwingend positiv beeinflussen (vgl. *Forrest* 2002).

Theoretiker sollten Praktikern von heute jedoch keinen Vorwurf machen, dass sie, als die „Praktiker vor Ort“, oft noch motorisch orientierte Therapie von

Aussprachestörungen durchführen und erst allmählich zu phonologisch orientierter übergehen. Theoretisch ist die eindeutige Trennung gut möglich. Die praktische Umsetzung im alltäglichen sprachtherapeutischen Handeln ist leider nicht immer so klar! In über fünfzehn Jahren sprachtherapeutischer Arbeit mit aussprachegestörten Kindern habe ich viele Therapiekinder in der Praxis kennengelernt, die nicht eindeutig in die phonetische oder phonologische „Schublade“ passen.

So erlebe ich immer wieder Kinder im Schulalter, deren schulische Leistungen im sprachlichen Bereich kein Problem darstellen, die jedoch in meiner Praxis vorstellig werden, weil sie Laute, wie [r/R], [k] oder [ʃ] weder spontan noch isoliert korrekt realisieren können. Es manifestiert sich hier im Schulalter, dass diese Kinder kein Problem in ihrem phonologischen Regelsystem und im phonologischen Bewusstsein, sondern eine vor allem sprechmotorische Störung haben, die wahrscheinlich bereits im Kindergartenalter erkennbar und behandlungswürdig gewesen wäre. Hier fehlt das „zungen-technische“ Know how, wohin die Zunge beim entsprechenden Laut platziert werden muss, sodass nicht auditive Differenzierungsübungen, sondern die konkrete Anbahnung des entsprechenden Sprachlauts in der Therapie thematisiert werden.

Andererseits gibt es eine Vielzahl von Kindern mit einer isolierten Aussprachestörung, bei denen z.B. der „Schemismus“ als konsequente phonologische Störung definiert werden muss, da diese Kinder deutliche Auffälligkeiten in ihrem phonologischen System erkennen lassen, die in der Weiterführung bei diesen Kindern auch an Defiziten im phonologischen Bewusstsein erkennbar sind.

Zusammenfassend wird deutlich, dass der Praktiker neben allen anderen Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen ständig mit allen diesen Varianten von Aussprachestörungen zu tun hat. Nicht zuletzt deshalb war, ist und bleibt die Behandlung von Aussprachestörungen für Sprachtherapeuten früher, heute und in Zukunft ein spannender,

abwechslungsreicher und interessanter Aufgabenbereich.

## Literatur

- Aschenbrenner, H.* (1959): Aus der Praxis der Rhotazismusbehandlung. Die Sprachheilarbeit, 4, 107-111.
- Aschenbrenner, H.* (1976): Lautprüfscheibe. Wien: Jugend und Volk.
- Babbe, T.* (1994): Pyrmonter Analyse Phonologischer Prozesse (PAPP). Zur Diagnostik von phonetischen und phonologischen Störungen bei Kindern. Leverkusen: Steiner Verlag.
- Babbe, T.* (2003): Pyrmonter Ausspracheprüfung (PAP). Diagnostik von Aussprachestörungen bei Kindern. Köln: prolog Verlag.
- Brunner, M., Dupuis, G., Heese, G., Nufer, H.* (1978): Lautbildungshilfen. Dortmund: Crüwell und Hannover: Schroedel.
- Clausnitzer, V., Clausnitzer, R.* (1991): Zusammenhänge zwischen Sigmatismus, fehlerhaftem Schluckmodus und Zahn- und Kieferstellungsanomalien. Die Sprachheilarbeit, 1, 14-17.
- Dannenbauer, F.M.* (1989): Ist der kindliche Dysgrammatismus grammatisch? – Zu den Sprachproblemen entwicklungs-dysphasischer Kinder – Die Sprachheilarbeit, 4, 151-168.
- Dannenbauer, F.M.* (1996): Phonologische Störung: Alter Wein in neuen Schläuchen? Die Sprachheilarbeit, 5, 275-285.
- Dannenbauer, F.M.* (1999): Auf der Suche nach der verbalen Entwicklungsdyspraxie. Die Sprachheilarbeit, 3, 136-150.
- Dannenbauer, F.M., Kotten-Sederqvist, A.* (1987): 'Kasperl' oder 'Dafe'? Zum Problem der Repräsentation in der phonologischen Prozeßanalyse. Die Sprachheilarbeit, 2, 77-85.
- Forrest, K.* (2002): Sind mundmotorische Übungen für die Therapie von Artikulationsstörungen bzw. phonologischen Störungen sinnvoll? Stimme, Sprache, Gehör, 4, 150-156.
- Fox, A. V.* (2005): Kindliche Aussprachestörungen – Phonologische Entwicklung, Differentialdiagnostik und Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Fox, A.V., Teutsch, A.* (2005): Therapie bei Kindern mit Aussprachestörungen im deutschsprachigen Raum: was wirkt wann, wie und wann nicht? Die Sprachheilarbeit, 6, 273-279.
- Frank, G., Grziwotz, P.* (1974): Lautprüfbogen. Ravensburg: Sprachheilzentrum.
- Führung, M., Lettmayer, O.* (1951): Lautprüfungstabelle für Stammer. In: Führung, M., Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- Grimm, H.* (1981): Beitrag sprachpsychologischer Forschung zur Prozessorientierten Diagnose abweichender Sprachentwicklung. Die Sprachheilarbeit, 1, 22-32.
- Grohnfeldt, M.* (1980): Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei dreibis sechsjährigern Kindern. Die Sprachheilarbeit, 5, 169-177.
- Hacker, D.* (1992): Phonologie. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren. München: Reinhardt Verlag.
- Hacker, D.* (1990): Eine Entdeckungsreise nach L1 oder: Wie M. sich der Phonologie des Deutschen nähert. Die Sprachheilarbeit, 2, 64-72.
- Hacker, D., Weiß, K.H.* (1986): Zur phonemischen Struktur funktioneller Dyslalien. Oldenburg: Verlag Arbeiterwohlfahrt.
- Hacker, D., Wilgermein, H.* (1999): Aussprachestörungen bei Kindern. Ein Arbeitsbuch für Logopäden und Sprachtherapeuten. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hacker, D., Wilgermein, H.* (2002): AVAK-Test, Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Hahn, V.* (2001): Myofunktionelle Störungen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2 (317-329). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartmann, E.* (1996): Was leistet die „Minimalpaar-Therapie“ bei aussprachegestörten Kindern? Eine vorläufige Bilanz. Die Sprachheilarbeit, 5, 297-311.
- Helwig, K.* (1927): Lautprüftafel. In: Die Heilpädagogische Woche in Berlin. Tagungsbericht. Berlin: Wiegandt und Grieben, 423-424 (Tafel IX bis XI).
- Hochmuth, M.* (2001): Praxisbeispiel. In: Neumann, S.: Näseln (Rhinophonie). In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2 (313-316). Stuttgart: Kohlhammer.

- Hochmuth, M., Städtler, A. (1993): Logopädische Frühbehandlung von Spaltkindern im Alter von 0-3 Jahren an der Berliner Charité. Die Sprachheilarbeit, 6, 304-307.
- Howell, J., Dean, E. (1995): Treating phonological disorders in children, Metaphon-theory to practice. London: Whurr Publishers.
- Issen, W. B. (1978): Linguistik, Kindersprachforschung und Pathologie der Kindersprache. Die Sprachheilarbeit, 5, 149-156.
- Jäcklein, M. (1996): Screeningverfahren zur Erfassung phonologischer und phonetischer Aussprachestörungen. Die Sprachheilarbeit, 5, 312-321.
- Jahn, T. (2000): Phonologische Störungen bei Kindern, Diagnose und Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Kauschke, C. (1996): Phonetische und phonologische Aspekte in der Diagnostik und Therapie von Aussprachestörungen. Die Sprachheilarbeit, 5, 321-331.
- Kauschke, C., Siegmüller, J. (2002): Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Urban & Fischer Verlag.
- Kittel, A.M. (1990): Myofunktionelle Therapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Aussprache (106-120). Berlin: edition marhold.
- Kroffke, S. & Rothweiler, M. (2004): Sprachmodi im kindlichen Zweitspracherwerb. Die Sprachheilarbeit, 1, 18-24.
- Lettmayer, O. (1966): Die medizinischen Grundlagen für eine Methodik der Sigmatismusbehandlung. Die Sprachheilarbeit, 3, 215-217.
- Lüking, P. (1929): Lautstreifen und Merkblatt zum Lautstreifen mit Prüfworttafel. Berlin (Selbstverlag), später: Hamburg: Wartenberg 1960.
- Metzker, H. (1967): Der Stammler-Prüfbogen. Marburg: Selbstverlag.
- Metzker, H. (1974): Therapieverlauf bei einem Fall von schwerem multiplen Stammeln. Die Sprachheilarbeit, 4, 115-120.
- Middeldorf, V. (1985): Das Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) – ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie. Die Sprachheilarbeit, 6, 165-172.
- Möhring, H. (1938): Lauttreppe. In: Möhring, H.: Lautbildungsschwierigkeiten im Deutschen. Zeitschrift f. Kinderforschung 47, 4, 185-235.
- Neumann, S. (2003): Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Rösel, P. (1984): Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung von Verfahren der Lautbildungsprüfung. Die Sprachheilarbeit, 2, 51-60.
- Schlenker-Schulte, C., Schulte, K. (1990): Stammlertherapie auf phonetischer Grundlage. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Aussprache (21-61). Berlin: edition marhold.
- Schöler, H., Moerschel, D. (1984): Anmerkungen zu einer Theorie der Sprachbehinderung im Zusammenhang mit der Entwicklung morphologischer Strukturen bei Dysgrammatikern. Die Sprachheilarbeit, 3, 95-109.
- Scholz, H.-J. (1969): Zur Phonologie gestammelter Sprache. Die Sprachheilarbeit, 1, 4-11.
- Scholz, H.-J. (1970): Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung. Die Sprachheilarbeit, 4, 97-103.
- Scholz, H.-J. (1974): Zum phonologischen Aspekt des Spracherwerbs und dessen Bedeutung für die Dyslalie. Die Sprachheilarbeit, 5, 145-152.
- Scholz, H.-J. (1980): Die phonologischen Störungen. Konzept, Analyse und Therapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Aussprache (62-74). Berlin: edition marhold.
- Schulte-Mäter, A. (1996): Verbale Entwicklungsdyspraxie. Eine Analyse des derzeitigen Erkenntnisstandes. Frankfurt: Peter Lang.
- Stackhouse, J., Wells, B. (1997): Children's Speech and Literacy Difficulties. London: Whurr Publishers.
- Teumer, J. (1987): Die Lautprüfverfahren – beliebt und dennoch unnütz? Die Sprachheilarbeit, 3, 110-117.
- Triarchi-Herrmann, V. (2002): Die Mehrsprachigkeit als Aufgabenfeld der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit, 1, 35-40.
- Van Riper, C., Irwin, J.V. (1984/New Jersey, USA 1958): Artikulationsstörungen, Diagnose und Behandlung. Berlin: Carl Marhold Verlag.
- Von Knebel, U. (1996): Zur Therapierelevanz phonologischer Analysen: Exemplarische Darstellung einer analysesegeleiteten Auswahl sprachlicher Lerngegenstände. Die Sprachheilarbeit, 5, 286-296.
- Wagner, I. (1994): LOGO: Ausspracheprüfung zur differenzierten Analyse von Dyslalien. Wildeshausen: Logo Verlag für Sprachtherapie.
- Weiner, F. (1981): Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrasts: two case studies. Journal of Speech and Hearing Disorders, 46, 87-103.
- Wulff, J. (1958): Erfahrungen in der Lispelbehandlung. Die Sprachheilarbeit, 4, 102-105.

## Anschrift der Verfasserin:

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack  
Hochfeldweg 13  
82256 Fürstenfeldbruck

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack ist seit 1988 als akademische Sprachtherapeutin tätig, seit 1995 in eigener Praxis. Seit 1988 führt sie den Selbstverlag Wildegger. Sie ist im dbs-Bundesvorstand Beirat für Landesvertreter.



Andrea Bartkowiak-Brühl,  
Sandra Stachowski,  
Silke Menkhaus, Castrop-Rauxel

## Gruppentherapie bei stotternden Schulkindern

oder: Wie die Bewohner von Hüttenstadt aufregende Abenteuer erleben

### Zusammenfassung

Nur, wer die Dynamik einer stotternden Kindergruppe erfahren hat, weiß, was es heißt zu sagen: *Einzeltherapie hat Grenzen.*

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Beschreibung einer Gruppentherapie mit stotternden Kindern nach *Katz-Bernstein/Subellok* und dem beobachteten gruppenspezifischen Prozess, der in vier Verlaufsphasen beschrieben wird. Diese Verlaufsphasen skizzieren unsere wissenschaftlichen Beobachtungen und Erfahrungen unserer ersten zwei Gruppentherapien über einen Zeitraum von zwei Jahren.

Nach anfänglicher theoretischer Einordnung folgt die Darstellung der praktischen Umsetzung.

Der letzte Teil beinhaltet unsere Reflexion und bietet ein Forum der Diskussion sowie der kritischen Betrachtung.

Insgesamt wollen wir die Begeisterung für unsere Arbeit mit dem Leser teilen und zeigen, dass Gruppentherapie ein lohnenswertes, erfolgversprechendes, spannendes, herausforderndes, prägendes, wenn auch zeitintensives Erlebnis darstellt.

### Einleitung

Die einzeltherapeutische Intervention in der Stottertherapie ist, sofern sich Sprachtherapeuten überhaupt mit dieser Thematik beschäftigen, eine gängige Vorgehensweise.

Die Gruppentherapie hingegen bleibt bis heute ein Stiefkind. **Warum?**

Die uns vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse von *Katz-Bernstein* und *Subellok* in den Alltag einer sprachtherapeutischen Praxis zu integrieren, erfordert ein Höchstmaß an Kreativität, Flexibilität, Engagement und fachlicher Kompetenz.

Dieser Artikel beschreibt die Umsetzung des gruppentherapeutischen Konzeptes von *Katz-Bernstein/Subellok* (2002) und die daraus gewonnenen wissenschaftlichen Beobachtungen am

Beispiel einer Gruppe mit Kindern im Alter von 7-9 Jahren.

Erfahrungen belegen, dass am Ende einer einzeltherapeutischen Intervention die Frage aufkommt, wie sich das stotternde Kind nun eigentlich in der Schule, in der Familie, in der Freizeit, also in einer Gruppe, verhält. Übertragen sich die gemachten Erfolge automatisch auf alle Bereiche des Lebens?

Wir wissen heute, dass die Gruppentherapie bei stotternden Kindern eine Chance darstellt, alltagsnah zu sein, d.h. hier haben die Kinder die Möglichkeit, alltagsgerechte Kommunikationssituationen schonend zu erfahren.

Ausgehend von der These *Katz-Bernsteins* (1994), die die Entstehungsbedingungen des Stotterns im Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit und spezifisch im Versuch, innere Bil-

der, Intentionen und Affekte primär über den sprachlich-verbale Kanal zu organisieren sieht, ist unsere Therapieplattform gestützt auf zwei Eckpfeiler:

- Förderung der Symbolisierungsfähigkeit
- Förderung der emotionalen Kompetenzen

Den Leser erwartet im ersten Teil eine theoretische Einordnung in die Thematik. Wir beginnen mit der Beschreibung unseres Verständnisses von Gruppentherapie.

Darauffolgend stellen wir die zwei Eckpfeiler vor, die wir als Grundlage der gesamten Therapie betrachten und die wegweisend für unser Vorgehen sind. Als drittes theoretisches Element folgt die Ausführung der Methoden und Techniken, die zur Umsetzung der therapeutischen Inhalte unabdingbar sind.

Der aus unserer Sicht sehr wichtige, aber in dieser Arbeit leider zu wenig betrachtete Aspekt der „Therapeutenpersönlichkeit“ wird im Verlauf als letzter theoretischer Punkt behandelt. Der erhebliche Unterschied zwischen einer Einzel- und einer Gruppentherapeutin bedarf eigentlich einer ausführlicheren Betrachtungsweise, welche jedoch den Rahmen dieses Artikels sprengen würde.

Im zweiten Teil beschreiben wir die Umsetzung unseres gruppentherapeutischen Konzeptes.

Unsere wissenschaftlichen Erfahrungen (vgl. Zollinger 1997) belegen, dass der gruppentherapeutische Prozess eine Regelmäßigkeit erkennen lässt, die von uns in vier Verlaufsphasen dokumentiert wird.

Bewusst haben wir uns in diesem Teil für einen Wechsel von theoretischer und situativ-erzählerischer Beschreibung entschieden. Aus unserer Sicht gelingt es dem Leser so besser, sich in unsere Arbeit hinein zu versetzen. Der Erzählstil unterstreicht die therapeutischen Anforderungen und lässt eine bessere Verbindung von Theorie und Praxis herstellen.

Der Artikel endet mit abschließenden Gedanken, die zur kritischen Betrachtung und Diskussion einladen sollen.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend wird der theoretische Hintergrund unseres gruppentherapeutischen Konzeptes dargestellt. Dieser verdeutlicht dem Leser die Grundlage unseres Arbeitsmodells.

### 2.1 Gruppentherapie

Was macht eine Gruppe aus? Welche Vorteile bietet sie gerade für stotternde Kinder? Stottern ist ein komplexes Phänomen, und entsprechend vielfältig sind auch die Therapieformen. Es handelt sich um eine Kommunikationsstörung, die in der Interaktion mit anderen auftritt. Genau dies – der Austausch mit anderen – bildete die Grundlage unserer Überlegungen. Bereits bestehende Konzepte und ihre Erfolge

(Katz-Bernstein/Subellok 2002) haben uns nur darin bestätigt, unser Vorhaben im therapeutischen Alltag umzusetzen.

### Gruppentherapie als Brücke zum Alltag

Die Gruppe als „kontrollierte soziale Wirklichkeit“ (Sandrieser/Schneider 2001) bietet auf der einen Seite einen geschützten Rahmen, und auf der anderen Seite stellt sie die Brücke zum Alltag dar. Alltagsnahe Kommunikationssituationen werden im „Schonraum Gruppe“ erfahren, um sie dann im Alltag besser umsetzen zu können. Gerade hier stößt die Einzeltherapie an ihre Grenzen. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass die Diskrepanz zwischen Einzeltherapie und Alltagsleben der Patienten oft zu groß ist. Wir haben uns daran erinnert, was uns Eltern unserer kleinen und großen Patienten berichten, in welchen Situationen das Sprechen am schwierigsten ist: „im Kindergarten“, „wenn viele Leute da sind“, „in Konfliktsituationen“, oder daran, welche Situationen manche Stotterer vermeiden. Arnoldy und Traub (1999, 73) sagen dazu: „Stottern entsteht in einem sozialen Kontext, und wir wollen deshalb die Therapie in einer Gruppe durchführen.“

Der Rahmen der Einzelsituation stellt daher eine Ausnahmesituation dar, die nicht den alltäglichen Erlebnissen des Kindes in der Familie, im Kindergarten oder in der Schule entspricht. Lutz (1976) bezeichnet sie als „Exklusivsituation“, die weiter von der Realität entfernt ist als eine Gruppensituation.

Die Gruppe als Therapiesituation bietet eine Fülle von kommunikativen Sprechansätzen. Sie ist ein Ort der Persönlichkeitsentwicklung, der es ermöglicht, eigene Verhaltensweisen und deren Reaktionen ausprobieren zu können, sich zu vergleichen und doch immer den Rückhalt der Gruppe zu haben. Arnoldy und Traub (1999) sprechen zudem von einer kindgemäßen Spiel- und Handlungssituation, die auf verschiedenste Weise variiert werden könne. Gleichzeitig erfahren die Kinder, dass sie mit ihrem Problem „Stottern“ nicht allein sind. Sie erfahren, es gibt andere Kinder, die genauso stot-

tern, vielleicht sogar schlimmer. Dies ist eine wichtige Erfahrung im Hinblick auf die Akzeptanz ihrer Redeflussstörung (Sandrieser/Schneider 2001; Arnoldy/Traub 1999).

### Wir verstehen die Gruppe als ...

... eine Summe einzelner Individuen, die erst im Verlauf der Therapie zu einer Gruppe werden. Dies bedeutet, dass jedes Kind etwas anderes in die Gruppe mit einbringt und im jeweiligen Gruppenprozess andere Bedürfnisse hat. Für die Therapeuten heißt es wiederum, entsprechend zu reagieren, das Kind mit seinen Bedürfnissen zu akzeptieren, aber immer im Hinblick auf die Gruppe zu interagieren. Es ermöglicht dem Therapeuten, sich authentisch zu verhalten. Das Kind wird in seinem Selbst akzeptiert und fühlt sich durch das empathische Verhalten der Therapeuten (Rogers 1977) in der Gruppe sicher. Gerade zu Beginn der Therapie sind die Kinder in ihren Interaktionen gehemmt und eher schüchtern, verschlossen, zurückhaltend, unsicher im Handeln und eher introvertiert. Daher ist die Förderung des Einzelnen in seiner Persönlichkeit zunächst Hauptziel, um eine Entwicklung hin zur Gruppenfähigkeit allererst zu ermöglichen. Es gilt somit hervorzuheben, dass unser Vorgehen primär auf die Förderung des Individuums und die Entwicklung der Persönlichkeit abzielt, um anschließend eine Förderung in der Gruppe und die Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit zu fokussieren.

### 2.2 Eckpfeiler einer methodenkombinierten Gruppentherapie

Die Flut der Therapieverfahren im Bereich der Redeflussstörungen ist enorm, die Behandlungsansätze sind dabei sehr unterschiedlich. Unsere Therapie für redeflussgestörte Schulkinder in einer Gruppe basiert auf zwei Eckpfeilern, die als Grundlage der gesamten Therapie zu betrachten und wegweisend für das Vorgehen sind. Diese zwei Eckpfeiler sind zum einen die Förderung der **Symbolisierungsfähigkeit** und zum anderen die **emotionalen Kompetenzen**. Beide Aspekte sind als ein sich beeinflussendes und aufeinander aufbau-

endes System zu betrachten, welches sich ineinander greifend entwickelt.

### 2.2.1 Eckpfeiler I: Symbolisierungsfähigkeit

Die Symbolisierungsfähigkeit ist in der Sprachentwicklung des Kindes ein sehr komplexer Prozess. Sie ermöglicht dem Kind, seine Gedanken, Wünsche und Emotionen durch verbale Symbole auszudrücken. Hierzu muss das Kind zuerst mit allen Sinnen seine Umwelt, also Dinge, Personen und Handlungen, kennen und verstehen lernen. Alle Eindrücke werden dabei gespeichert und entwickeln sich zu einer Vorstellung, einem inneren Bild. Dieses wird dann durch verbale Symbole, also Wörter besetzt. Dabei steht am Anfang die symbolische Handlung (z.B. wird ein Stift als Telefon verwendet), der dann der Einsatz von sprachlichen Symbolen folgt (Zollinger 1997, 1999; Katz-Bernstein 1994, 1998; Piaget/Inhelder 1998). Das Symbolspiel und später das Rollenspiel sind dabei die bevorzugten Orte zur Entwicklung dieser Fähigkeiten (Zollinger 1997, 1999; Bürki 1998). Das sprachliche Handeln ist somit eine nächste Stufe der Symbolhandlung (vgl. Katz-Bernstein 1990). Sprache und Sprechen bedeuten, ein höchst komplexes Symbolsystem zu verwenden. Sie erfordern ein äußerst strukturiertes und geordnetes Handeln, welches nach und nach erworben werden muss (Katz-Bernstein 1990; Piaget/Inhelder 1998). Die Symbolisierungsfähigkeit erlaubt ein Reifen der sprachlichen Kompetenzen und macht ein sprachliches Handeln erst möglich (Katz-Bernstein 1990). Eine schlecht ausgebildete Symbolisierungsfähigkeit kann den Übergang von der konkreten Handlung zur abstrakten verbalen Leistung stören und so ein langsames Reifen, Üben und Organisieren der sprachlichen Kompetenzen verhindern. Eine Störung des Redeflusses kann die Folge sein (s. Katz-Bernstein 1994, 1997).

Folglich nimmt die Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit Einfluss auf die Redeflüssigkeit bei Kindern und erfährt daher in der Gruppentherapie einen besonderen Stellenwert.

### 2.2.2 Eckpfeiler II: Emotionale Kompetenzen

Die Entwicklung der emotionalen Kompetenzen beginnt bereits sehr früh und vollzieht sich in der Interaktion mit anderen, in erster Linie mit der Mutter (Zollinger 1997, 1999; Papousek 1994; Hartig-Gönnheimer 1994). Die emotionale Entwicklung erreicht dabei verschiedene Phasen, in der sich die emotionalen Kompetenzen ausbilden (Petermann/Wiedebusch 2001). Zu den emotionalen Kompetenzen gehören neben der Entwicklung von Emotionen der sprachliche **Emotionsausdruck**, das sich bildende **Emotionswissen** und ein **Emotionsverständnis** sowie die **Regulation** von Emotionen. Dabei stehen am Anfang so genannte Basisemotionen wie Freude, Angst, Traurigkeit usw., die sich zu komplexeren Emotionen wie Stolz, Scham, Neid usw. weiterentwickeln (Petermann/Wiedebusch 2001). Es zeigt sich also auch hier ein sehr differenzierter Entwicklungsverlauf.

Die Bedeutung von Affekten ist in der Stottertherapie seit längerem bekannt. Das Zusammenwirken von Stottern und Emotionen kann und muss dabei aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Emotionen nehmen sowohl Einfluss auf die Entstehung wie auf die Aufrechterhaltung von Stottern (vgl. Krause 1981; Katz-Bernstein 1994). Katz-Bernstein (1994) verweist darauf, dass speziell die nonverbale Ebene dem Ausdruck von Emotionen dient. Dies geschieht über Gestik, Mimik und Körpersprache, die eine Entlastung für die verbale Ebene bedeuten und bei redeflussgestörten Kindern häufig vernachlässigt und nicht in das gesamte Sprachverhalten integriert werden (Katz-Bernstein 1994; vgl. Krause 1981). Es wird hier eine Verknüpfung zwischen Stottern und Emotionen in verschiedenen Ebenen deutlich. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass sich gerade stotternde Kinder aufgrund ihrer häufig sehr negativen Kommunikationserfahrungen in einem emotional verunsicherten Zustand befinden, der wiederum das Stottern verstärkt.

Unter Berücksichtigung des Wissens über die emotionale Entwicklung ge-

hen wir davon aus, dass sich eine Redeflussstörung auf die Interaktion und Kommunikation, z.B. mit der Mutter, störend auswirkt. Diese ist jedoch für einen positiven Entwicklungsverlauf der Bildung von emotionalen Kompetenzen notwendig. Wir folgen daher der Annahme, dass die emotionale Entwicklung durch ein Stottern ebenfalls eine Störung erfährt, so dass die Ausbildung der emotionalen Kompetenzen beeinträchtigt ist. An dieser Stelle verweisen wir auf Goleman (2001), der sagt: „(...) wer nicht eine gewisse Kontrolle über sein Gefühlsleben hat, muss innere Kämpfe ausfechten, die seine Fähigkeit zu konzentrierter Arbeit und zu klarem Denken sabotieren“ (Goleman 2001, 57). Das mangelhaft ausgebildete Verständnis im Umgang mit eigenen Emotionen wirkt sich somit negativ auf das Denken aus und „sabotiert“ dieses. Mit Blick auf den hinlänglich bekannten Zusammenhang von Kognition und Sprache (vgl. Piaget/Inhelder 1998; Zollinger 1997, 1999) wirkt sich dieses gestörte Denken folglich auch auf das Sprechen aus. Wir gehen daher hier von einer kausalen Verbindung von gestörter Interaktion und Stottern und eingeschränkter emotionaler Entwicklung aus. Und nicht zuletzt ist Kommunikation ein soziales Phänomen, welches eine stark affektgesteuerte Komponente in sich trägt (vgl. Ciompi 1999; Zollinger 1997, 1999). Daher sollte bei der Therapie einer Kommunikationsstörung wie dem Stottern der emotionalen Ebene in jedem Falle Beachtung geschenkt werden.

Aufgrund der komplexen Verbindung zwischen Stottern, Emotionen und damit auch emotionalen Kompetenzen, die in diesem Artikel nur in Ansätzen aufgezeigt werden kann, findet dieser Aspekt in unserer Gruppentherapie besondere Berücksichtigung.

### 2.3 Methodik und Technik

Das therapeutische Vorgehen bei der Arbeit in einer Gruppe unterscheidet sich von der Methodik in der Einzelsituation. Es eröffnet sich eine größere Spannweite für die Vorgehensweise, zum einen durch das erweiterte Bezie-

hungsgeflecht, zum anderen durch das Arbeiten im Zwei-Therapeutinnen-Modell (Subellok/Cornelißen-Weghake 2002). Wir unterscheiden die Methodik von den Techniken. Unter Methodik verstehen wir das grundlegende Vorgehen, zu dessen Umsetzung wir die verschiedenen Techniken verwenden.

## Methodik

- **kreatives Symbol- und Rollenspiel** (siehe Bürki 1998), welches eine ständige Förderung und Entwicklung erfährt
- **Wechsel von Haupt- und Nebenrealität** (Lempp 1991)
- Einsatz von **Übergangsobjekten** (Winnicott 1997)
- Entwicklung eines „**Safe Place**“ (Katz-Bernstein 1996, 1998), in engem Zusammenhang mit der Ausbildung der **Symbolisierungsfähigkeit**

Das Vorgehen beinhaltet, im Rahmen der Zielsetzung, insbesondere das Hervorheben und die **Bewusstmachung emotionaler Zustände**. Emotionen sollen wahrgenommen, verstanden und zum Ausdruck gebracht werden.

## Techniken

- **Spiegeln** (Hartig-Gönnheimer 1994)
- **Verbalisieren** (ebd.; Lutz 1976)
- **Konfrontieren** (Dell 1994; Hartig-Gönnheimer 1994)
- **Therapeutisches Rollenspiel** (Subellok/Cornelißen-Weghake 2002)
- **Offenlegen innerer Dialoge der Therapeuten** (Subellok/Cornelißen-Weghake 2002)
- **Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion** (ebd.)

Im Rahmen unserer Arbeit im Zwei-Therapeutinnen-Modell hat sich als besonders effizient erwiesen, dass sich jeweils eine Therapeutin zeitweise eher passiv als Beobachterin einbringen oder sich einem Kind zuwenden kann, während die andere sich aktiv am Gruppenprozess beteiligt.

Erweiternd verwenden wir die folgenden zwei von uns erarbeiteten Techniken:

### • Indirekte lösungsorientierte Handlungsangebote

Hierbei werden spielintegrierte verbale Lösungen durch die Therapeutin erwähnt und dadurch zum Angebot für die Kinder gemacht (Beispiel: Der verzweifelte König [Kind] schafft es nicht, den rebellierenden Diener unter Kontrolle zu bringen. Lösungsorientiertes Handlungsangebot des Ritters [Therapeutin]: „Hoffentlich wirft er dich nicht in den Kerker!“).

### • Indirekte Handlungsinitiierung

Dabei werden Handlungsimpulse sowohl verbal als auch mit anderen symbolischen Mitteln durch die Therapeutin angeregt (Beispiel: Im „Gruppen-Briefkasten“ befindet sich ein Brief, der die „Erbaung eines Supermarktes“ für die Stadt ankündigt).

Die hier beschriebene Methodik und die verwendeten Techniken erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, dass diese einer ständigen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung unterliegen.

## 2.4 Die Therapeutenpersönlichkeit

Das mangelhaft ausgebildete Verständnis für die und der mangelnde Umgang mit den eigenen Emotionen wirkt sich negativ auf das Denken aus und sabotiert dieses (vgl. Goleman 2001).

*Können oder müssen wir aus dieser Erkenntnis nicht auch Voraussetzungen für die Persönlichkeit einer Gruppentherapeutin ableiten?*

Wir finden, auf jeden Fall. Die intensiven Supervisionssitzungen haben gezeigt, wie viele Probleme und Unsicherheiten bei der Konfrontation mit einer Gruppe entstehen können.

Aus unserer Sicht ist emotionale Intelligenz, d.h. der intelligente Umgang mit Emotionen (Goleman 2002), die Basisvoraussetzung für ein erfolgreiches gruppentherapeutisches Arbeiten. Ausgehend von dem EI-Modell nach Goleman (2002), welches die emotional-intelligenten Kompetenzen im Allgemeinen beschreibt, möchten wir im Folgenden dieses Modell vereinfacht

auf die Kompetenzen einer Gruppentherapeutin übertragen.

### Persönliche Kompetenzen

Selbstwahrnehmung  
Selbstmanagement

### Soziale Kompetenzen

Soziales Bewusstsein/Empathie  
Beziehungsmanagement

Eine Gruppentherapeutin sollte sowohl persönliche Kompetenzen in Form von Selbstwahrnehmung und Selbstmanagement als auch soziale Kompetenzen in Form von sozialem Bewusstsein/Empathie und Beziehungsmanagement mitbringen.

*Was bedeutet dies nun?*

Sich selbst wahrnehmen, sich seiner selbst bewusst werden, ermöglicht dem Menschen, seine Stärken und Schwächen, seine positiven wie negativen Seiten zu betrachten und diese mit Humor zu akzeptieren. Es geht hier nicht darum, alles, was falsch ist, zu korrigieren. Es geht vielmehr darum, sich kreativ mit sich selbst zu beschäftigen. Eine gute **Selbstwahrnehmung** hilft, realistisch zu sein – und weder übermäßig selbstkritisch noch naiv hoffnungsvoll. Ebenfalls bedeutet sie, eine gute Fähigkeit zu haben, intuitiv zu handeln (Goleman 2002).

Ist sich die Therapeutin selbst über ihre Gefühle im Klaren, kann sie diese auch managen.

*Kennen wir nicht alle das Gefühl, in einer therapeutischen Situation von negativen Emotionen überwältigt zu werden? – Haben wir nicht alle schon einmal das Gefühl der Ohnmacht erlebt?*

Die Fähigkeit zum **Selbstmanagement** soll uns davor bewahren, von unseren eigenen Emotionen überwältigt zu werden. Eine Therapeutin sollte sich in einem fortwährenden inneren Dialog befinden, um die geistige Klarheit sowie konzentrierte Energie zu erhalten. Die eigenen Gefühle „im Griff“ zu haben, muss die Voraussetzung sein, die

Gefühle anderer zu managen (Goleman 2002).

*Bedeutet das nun, wir Therapeutinnen sollen „über den Dingen“ stehen?*

Wir denken, dass nur die Echtheit und Offenheit gegenüber anderen bezüglich der eigenen Gefühle und Einstellungen eine Therapeutin vertrauensvoll erscheinen lässt.

Management soll eine Fähigkeit beschreiben, uns authentisch und werteorientiert handeln zu lassen. Sind wir uns unserer selbst bewusst, so können wir auch Signale und Stimmungen unseres Gegenübers empfangen.

**Soziales Bewusstsein** – vor allem **Empathie** – ist entscheidend für die elementaren Aufgaben einer Therapeutin (Goleman 2002). Dadurch kann sie sich auf die ihr entgegengebrachten Gefühle einstellen und so handeln, wie es die Situation erfordert. Mutig formuliert könnte man sagen, die Therapeutin entscheidet situativ zwischen Dominanz, Kooperation und Zuhören (Goleman 2002). Emotionale Kanäle zwischen Menschen zu nutzen, eröffnet konkrete therapeutische Wege. **Empathie** soll helfen, Botschaften zwischen den Zeilen zu erkennen.

Eine Therapeutin, die sowohl ihre eigenen als auch die Gefühle ihres Gegenübers managen kann, ist in der Lage, der Situation angemessen zu reagieren. Mit fachlicher Kompetenz, Spaß, Freundlichkeit, Überzeugungsfähigkeit, Flexibilität, Spontaneität und Humor wird sie stets eine entspannte therapeutische Atmosphäre herstellen können.

In den vielen Supervisionsitzungen ist deutlich geworden, wie anders es ist, sich einem gruppenspezifischen Prozess im Gegensatz zu einem einzeldynamischen Prozess auszuliefern. Die Flut an emotionalen Eindrücken ist wesentlich bunter und verlangt von den Therapeutinnen ein Höchstmaß an Flexibilität, Aufmerksamkeit, eigener emotionaler Kompetenz und Empathie.

Letztlich bleibt zu erwähnen, dass alle beschriebenen Fähigkeiten keine angeborenen Begabungen, sondern erlernte Fähigkeiten sind (vgl. Goleman 2002).

### 3. Praktische Umsetzung

Im weiteren Verlauf werden wir die Hauptelemente unseres gruppentherapeutischen Konzeptes zusammenfassend darstellen. Eine Vollständigkeit der Ausführung kann nicht gewährleistet werden, da es den uns zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen würde. Hier verweisen wir auf die Literaturangaben im Anschluss an den Artikel (s. Diplomarbeit Menkhaus 2002). Die theoretische Basis ist zum Verständnis der praktischen Ausführung unseres Konzeptes notwendig. Darauf aufbauend erfolgt eine Verbindung von Theorie und Praxis. Durch die bisherigen praktischen Erfahrungen konnten wir beobachten, dass der gruppenspezifische Prozess in vier aufeinander folgende Phasen einteilbar ist:

#### I. Struktur und Kontrolliertheit

#### II. Chaos und Losgelöstheit

#### III. Ritualisierung

#### IV. Eigenregulation

Hierbei handelt es sich um Beobachtungen, deren Übertragbarkeit es noch zu überprüfen gilt.

#### 3.1 Phase I: Struktur und Kontrolliertheit oder: Eine Stadt entsteht

In der ersten Phase zu Beginn der Therapie sind die Kinder nicht zuletzt durch ihre Kommunikationsstörung sprachlich häufig sehr zurückhaltend. Wir haben als typisch bei redeflussgestörten Kindern ein insgesamt zurückgenommenes und unsicheres Verhalten beobachtet. Ihr Auftreten ist eher kontrolliert, und der emotionale Ausdruck ist eingeschränkt. Diese Anfangsphase ist somit gekennzeichnet durch „Struktur und Kontrolliertheit“ durch die Kinder selbst, so dass ein freies unbefangenes Verhalten, Spielen oder Sprechen zunächst noch schwierig ist. Hinzu kommt eine durch die Therapeutin vorgegebene Struktur und Organisation der Therapiesituation, die insbesondere Rituale umfasst (Anfangs- und Abschlussrunde) und den Kindern Sicherheit und einen festen Rahmen bietet. Daher stehen gerade zu Beginn der Therapie aus unserer Sicht die Entwick-

lung eines „Safe Place“ (Katz-Bernstein 1996) sowie die Förderung der Symbolisierungsfähigkeit (s. 2.2, 2.3) im Mittelpunkt. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme und zur Unterstützung der Interaktion greifen wir auf die Verwendung von Übergangsobjekten (s. Lempp 1991) zurück.

*Daher stellte sich uns die Frage, wie man diese wissenschaftlich-theoretische Zielsetzung praktisch umsetzt? Unsere Idee war:*

#### Wir bauen uns Hütten!

*Schnell stürmten die Kinder zu den Materialien (Decken, Tücher, Kissen, Stühle) und begannen mit großer Begeisterung, mehr oder weniger erfolgreich, ihre eigene Hütte zu bauen. Uns als Therapeuten kam dabei die Rolle der Bauhelfer zu, um größere Einstürze zu verhindern. Die Kinder nutzten ihre Hütten je nach Bedarf, um ihre Ruhe zu haben oder um andere zu besuchen und so Kontakt aufzunehmen. Da Letzteres für manche Kinder schwierig war, durfte sich jedes ein Haus-(Stoff-)Tier aussuchen, das bei ihm einzog. Dadurch hat nicht ein „Kind“ ein anderes besucht, sondern die „Schnecke“ das „Schaf“ begrüßt, und schnell entstand ein lebhaftes Treiben. Natürlich waren die Besucher auch hungrig, und so musste ein Einkaufsladen her, der wiederum die Erbauung einer Bank erforderlich machte (denn, wie uns die Kinder erklärten, bekommt man ohne Geld nichts im Geschäft!).*

*Und so entstand ein kleiner Ort namens „Hüttenstadt“.*

#### 3.2 Phase II: Chaos und Losgelöstheit oder: Wie Verbrecher die Stadt unsicher machen

In diesem Abschnitt der Therapie ist es das Ziel, emotionale Abläufe wahrzunehmen und sie zu beobachten. Es soll möglich werden, Emotionen auszudrücken und Wünsche zu äußern sowie Kreativität und Freude am Spiel und Sprechen zu entdecken. Hierzu gehört auch, dass Grenzen überschritten oder Regeln gebrochen werden – eben ein „Austesten“ des anderen, in diesem Fall

der Therapeuten und der anderen Kinder, aber auch der eigenen Person.

Die Kinder sollen sich mit ihren Stärken und Schwächen und ihren Emotionen erleben und sich so selbst kennen lernen. Dabei ist es wichtig, dass sie sich mit ihren positiven und negativen Seiten aufgefangen und angenommen fühlen (Subellok/Bahrfeck 2003). Speziell das Stottern soll nicht verdrängt, sondern in Anlehnung an den Konfrontationsprozess nach Dell (1994) angesprochen und somit relativiert werden. Gerade die dabei auftretenden Emotionen sind in dieser Phase wichtig und können möglicherweise das erste Mal vom Kind selbst ausgedrückt werden. Die Phase kann als „Chaos“ bezeichnet werden, weil die Kinder noch keine oder kaum Strategien haben, mit den Emotionen adäquat umzugehen.

Besondere Bedeutung hat in dieser Phase der Übergang vom einfachen Symbol- zum komplexeren Rollenspiel (Bürki 1998).

#### Wie sah dieses Chaos nun praktisch aus?

*Das Interesse an den Häusern ist für die Kinder in den Hintergrund gerückt, viel spannender wurde das „Stadtleben“. Wer nun Verkäufer oder Bankangestellte werden durfte, führte zu anregenden Diskussionen und Verhandlungen, in denen wir als Therapeuten ebenfalls um die Rolle als Verkäufer oder Bankangestellte kämpfen mussten. Das vorher beschriebene Chaos zeigte sich nicht nur durch vermehrte „Aufmüpfigkeit“, sondern auch durch Verbrecher, die wie aus dem Nichts auftauchten und unsere Stadt unsicher machten. Das wiederum machte den Einsatz von Polizisten notwendig, wobei die Rolle des Bankräubers sehr viel begehrt war.*

*Für „Chaos und Losgelöstheit“ sorgte ebenfalls unser Gast: Lisa (eine große Handpuppe, die zur Doppelbelastung eines Therapeuten führte). Lisa war äußerst frech und lustig und sie stotterte. Lisas Einzug in die Stadt löste sowohl Belustigung und Neugier als auch Verwunderung aus. „Lisas Art zu sprechen“ wurde beobachtet, heimlich*

*belächelt und sogar nachgeahmt. So ist Lisa zu einem Übergangsobjekt, zum Stottern, geworden, das nun wie selbstverständlich in der Gruppe angesprochen werden konnte.*

#### 3.3 Phase III: Ritualisierung oder: Einmal Ritter oder besser König sein

In dieser Phase stand die Regulierung der Emotionen im Vordergrund, die den Kindern helfen soll, eigene Strategien für sich zu finden oder die bei anderen beobachtbaren Strategien zu übernehmen. Es gilt, einen sicheren Rahmen zu schaffen, der den Kindern im gegenwärtigen emotionalen Chaos Sicherheit bietet und ihnen zeigt, wie sie sich mit ihren Emotionen innerhalb dieses Rahmens bewegen können. Diese Entwicklung soll speziell durch das Rollenspiel gefördert werden. Ebenso bietet das Rollenspiel die Möglichkeit, die kommunikativen Kompetenzen zu erweitern. Hinzu kommt eine weiter fortschreitende Desensibilisierung des Stotterns (van Riper 1986).

#### Wie sah dieser Rahmen aus?

*Zu diesem Zeitpunkt fanden die Kinder das Stadtleben langweilig und es wurden neue Ideen ausgetauscht. Nach einigem Hin und Her entschieden sie sich dazu, dass Ritter „cool“ sind! Da zu Rittern auch eine Burg gehört, gab es auch einen Burgherrn, den König, der wiederum Bedienstete hatte. Dies führte zwangsläufig dazu, dass einige nur Befehlsempfänger waren, andere befehlen durften und so jeder in seiner Rolle gewisse Regeln befolgen musste. Hat einer dagegen verstoßen, so hat der König nicht lang „gefakelt“ und den Übeltäter in den Kerker geworfen (vgl. Subellok/Bahrfeck 2003). Konflikte blieben dabei nicht aus, denn nicht jedem fiel es leicht, auch einmal Diener (oder König) zu sein! Wir als Therapeuten haben im Schwertkampf ebenfalls fast unser Leben verloren, aber tapfer weiter interveniert, um einen Rollentausch zu ermöglichen.*

#### 3.4 Phase IV: Eigenregulation oder: Ich bin Ich und Du bist Du

Die Eigenregulation wird in dieser letzten Phase angestrebt. Die Fähigkeit der Eigenregulierung, also die Organisation der eigenen Gefühle, so unsere Annahme, wirkt sich positiv auf die Redeflüssigkeit aus. Zum einen ist das Stottern nicht mehr mit negativen Gefühlen besetzt, und zum anderen können die Emotionen, die während (oder durch) das Sprechen auftreten, besser reguliert und organisiert werden. Ist das Kind zur Eigenregulation seiner Emotionen fähig, so hat es sich neue Strategien angeeignet und ein Ordnungssystem entwickelt, welches sich aus unserer Sicht positiv auf das Sprechen auswirkt. Die angestrebten Phasen der Therapie sind angepasst an die Stufen der emotionalen Entwicklung und werden immer durch und mit der Sprache gefördert. Wichtiger Bestandteil der letzten Phase ist das In-vivo-Training, welches den Transfer der in der Gruppe erworbenen Kompetenzen unterstützt.

*Wie können wir die Eigenregulation unterstützen? Wir haben Folgendes getan: Als erstes wurde in diesem Abschnitt der Therapie eine Art (Pizza-) Punktesystem eingeführt. Dies war ein Token-System, bei dem jedes Kind für die Gruppe Punkte verdienen konnte. Wofür es Punkte gab, wurde gemeinsam überlegt, jedoch mit der Vorgabe, dass es nur für positive Verhaltensweisen (etwas wegräumen, jemandem helfen, zuhören,...) Punkte gab, negative Verhaltensweisen hatten keine Auswirkungen darauf. Die Punkte gab es in Form von „Pizza-Stücken“ (aus Pappe), die zusammengesetzt eine Pizza darstellten. Bei Erreichung der vereinbarten Punktezahl, war ein gemeinsames Pizza-Essen geplant. Die Stundenplanung wurde in dieser Phase mit den Kindern gemeinsam besprochen (was nicht immer einfach war, denn jeder hat jetzt seine Vorstellung energisch vertreten). Der Kreativität waren keine Grenzen gesetzt, daher reichten die Spiele von Feuer-Wasser-Sturm über Musik und Tanz (An- und Entspannung)*

bis hin zum Bauen von Hütten (inklusive Stofftieren), das die Kinder noch einmal aufgegriffen haben. Zum Abschluss stand das gemeinsame Pizza-Essen auf dem Plan, und zwar in einer „echten“ Pizzeria. Dies wurde natürlich ausführlich trainiert und mit Begeisterung in die Tat umgesetzt. Hier waren sämtliche alten und neuen kommunikativen und sonstigen Kompetenzen gefragt – beim Bestellen, Teig kneten und Belegen der Pizza. Für Kinder und Therapeuten eine echte Herausforderung.

#### 4. Abschließende Gedanken

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden.

- Von sprachlicher Zurückhaltung konnte nicht mehr gesprochen werden.
- Das Verhalten der Kinder war sicher und von Kommunikationsbereitschaft gekennzeichnet.
- Emotionen wurden erkannt und auch zum Ausdruck gebracht.
- Das Stottern war nicht mehr mit negativen Gefühlen besetzt, was zur Folge hatte, dass alle Kinder flüssiger sprachen.

Diese Form der Gruppentherapie ist ein geeigneter Weg, Inhalte der Einzeltherapie zu transferieren, die kommunikativen Kompetenzen der Kinder zu erweitern und damit ihre Redeflüssigkeit zu verbessern.

Für uns als Therapeuten bietet sie eine Plattform für Kreativität, Kompetenzerweiterung und die Möglichkeit, eine neu definierte Identität zu entwickeln.

Es ist wunderbar zu erleben, wie sich stotternde Kinder zunehmend öffnen, mutiger werden, ihr Stottern anzunehmen lernen und stetig emotional sowie kommunikativ wachsen.

Unsere Arbeit umfasst mittlerweile schon 4 Jahre. Beobachtungsbögen, Videoaufzeichnungen, Elternfragebögen sind noch nicht ausgewertet, so dass eine Evaluation bisher noch nicht erfolgen konnte.

Die gleichzeitige vollzeitliche Berufstätigkeit und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit einem gezielten Thema bedarf viel Zeit. Aber die Begeisterung für diese Therapieform lässt uns weiter daran forschen.

#### Literatur

Arnoldy, P., Traub, B. (1999): Elterntraining in einer ganzheitlichen Gruppentherapie bei stotternden Vorschulkindern. In: Renner, J.A. (Hrsg.): Stottern und Familie. Hilfen-Lösungswege-Chancen (68–80). Darmstadt: Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Bürki, D. (1998): Vom Symbol- zum Rollenspiel. In: Zollinger, B. (Hrsg.): Kinder im Vorschulalter. Erkenntnisse, Beobachtungen und Ideen zur Welt der Drei- bis Siebenjährigen (11–48). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Ciampi, L. (1999): Die emotionale Grundlage des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Dell, C. (1994): Therapie für das stotternde Schulkind. Bundesvereinigung der Stotterer-Selbsthilfe e.V.

Goleman, D. (2001): Emotionale Intelligenz. München: dtv Taschenbuch.

Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A. (2002): Emotionale Führung. München: Econ.

Hartig-Gönnheimer, M. (1994): Die Entwicklung und Störung des SELBST bei sprachbehinderten Kindern. Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess.

Katz-Bernstein, N. (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination. „Komplexes katatymes Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.): Die neue Kreativitätstherapie. Handbuch der Kunsttherapie – Band 2 (883–933). Paderborn: Junfermann.

Katz-Bernstein, N. (1994): Die Sprache fängt im Körper an. Ein Konzept zur Behandlung von redeflussgestörten Kindern. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Körpersprache. Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (76–88). München: Reinhardt.

Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“. Ein Beitrag zur Praxeologie integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie zwischen

Theorie und Praxis – Band 2 (111–142). Paderborn: Junfermann.

Katz-Bernstein, N. (1997): Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflussgestörten Kindern. Ein sprachtherapeutisches Übungskonzept. Luzern: Ed. SZH.

Katz-Bernstein, N. (1998): Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die Sozialisationsprozesse im Vorschulalter. In: Zollinger, B. (Hrsg.): Kinder im Vorschulalter. Erkenntnisse, Beobachtungen und Ideen zur Welt der Drei- bis Siebenjährigen (195–226). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Katz-Bernstein, N., Subellok, K. (2002): Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis. München: Reinhardt.

Krause, R. (1981): Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Lempp, R. (1991): Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten. Eine entwicklungspsychologische Erklärung der Schizophrenie und des Autismus. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.

Lutz, C. (1976): Praxis der Gruppentherapie mit Kindern. Stuttgart: Bonz.

Menkhaus, S. (2002): Förderung der Symbolisierungsfähigkeit als Mittel zur Entwicklung emotionaler Kompetenzen in einer Gruppentherapie für redeflussgestörte Schulkinder. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Dortmund.

Motsch, H.-J. (1992): Die idiographische Betrachtungsweise. Metatheorie des Stotterns. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 5: Störung der Redefähigkeit (21–42). Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess.

Papousek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Petermann, F., Wiedebusch, S. (2001): Entwicklung emotionaler Kompetenzen in den ersten sechs Lebensjahren. In: Kindheit und Entwicklung, 10. Jg., Heft 3, 2001, 189–200.

Piaget, J., Inhelder, B. (1998): Die Psychologie des Kindes. München: dtv Taschenbuch.

Rahm, D. (1997): Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Göttingen: Junfermann.

Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychologie. München: Fischer Taschenbuch.

Sandrieser, P., Schneider, P. (2001): Stottern im Kindesalter. Stuttgart, New York: Thieme.

Subellok, K., Cornelißen-Weghake, J. (2002): Stottern und/oder nicht stottern? Zum Phänomen der „Ambivalenz“ in der Gruppentherapie mit stotternden Grundschulkindern – das Dortmunder Konzept. In: Katz-Bernstein, N., Subellok, K. (Hrsg.): Gruppentherapie mit

stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis (55–79). München: Reinhardt.

Subellok, K., Bahrfleck, K. (2003): „Ich wäre mal Prinzessin Pippi, und du wärest mein Diener ...“. Die Sprachheilarbeit 48, 44–52.

Van Riper, C. (1986): Die Behandlung des Stotterns. Bundesvereinigung der Stot-

terer-Selbsthilfe e.V., Solingen.

Winnicott, D.W. (1997): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Zollinger, B. (1997): Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie. Bern, Stuttgart, Wien.

Zollinger, B. (1999): Die Entdeckung der Sprache. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

**Anschriften der Verfasserinnen:**

Dipl. Päd. Andrea Bartkowiak-Brühl  
a-bartkowiak@versanet.de

Dipl. Päd. Sandra Stachowski  
sarami@gmx.de

Dipl. Päd. Silke Menkhaus  
Holtstr. 123, 44388 Dortmund

Praxis für Sprachtherapie  
Friedrichstr. 47  
44581 Castrop-Rauxel

**Andrea Bartkowiak-Brühl**,  
Diplom-Pädagogin, akademische Sprachtherapeutin (dbs), Heilpraktikerin (Sprachtherapie). Selbstständige Tätigkeit in

eigener Praxis seit 1996. Langjährige Gruppenerfahrung in der Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbildung innerhalb von Sportvereinen im Bereich Leistungssport. Arbeitsschwerpunkte: Redeflussstörungen, auditive Wahrnehmungsstörungen und LRS, Aphasie, Beratung und Supervision.

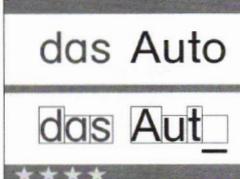
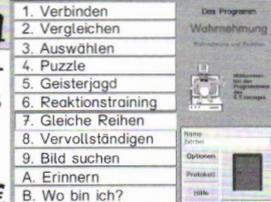
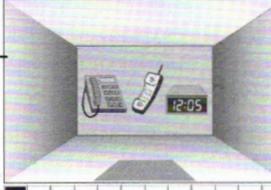
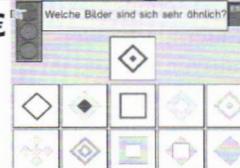
**Sandra Stachowski**, Diplom-Pädagogin, Sprachtherapeutin. Mehrjährige Tätigkeit in sprachtherapeutischen Praxen. Therapieschwerpunkte: Redeflussstörungen im Kindes-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter in Einzel- und Gruppentherapie,

Sprachentwicklungsstörungen, Mutismus, Autismus, Beratung, Entspannungsverfahren für Kinder.

**Silke Menkhaus**, Diplom-Pädagogin, Sprachtherapeutin. Mehrjährige Tätigkeit in sprachtherapeutischen Praxen. Therapieschwerpunkt: Redeflussstörungen im Kindes- und Jugendlichenalter in Einzel- und Gruppentherapie, Spracherwerbsstörungen, Therapie mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher, Beratung, Entspannungsverfahren für Erwachsene und Kinder.

**Anzeige**

**Förderprogramme** Eugen Traeger Verlag Tel/Fax: 05404 -71858  
www.etverlag.de

<p><b>Lesen Sprechen Schreiben</b></p> <p><b>X UniWort</b> Große Hilfe beim Schreiben lernen, mit Blitzwort, Fehlbuchstabe, Abschreiben, Greifspiel, bestens geeignet zur LRS-Therapie. <b>49,90 €</b></p> 	<p><b>X Wahrnehmung</b></p> <p>Visuelle Wahrnehmungsdifferenzierung, visuelles u. auditives Gedächtnis- und Reaktionstraining, Hörtest, Puzzles. <b>59,90 €</b></p> 
<p><b>X Hören-Sehen-Schreiben</b></p> <p>Alle wichtigen Funktionen: Lesen, Schreiben, Hören, auditives Zuordnen, Erinnern, geeignet für die Aphasietherapie. <b>49,90 €</b></p> 	<p><b>X Audio 1</b> fördert die auditive Unterscheidungsfähigkeit auf Geräusch- und Lautebene, inkl. Richtungshören, 8 Unterprogramme. <b>70,- €</b></p> 
<p><b>X Elektroblicker</b></p> <p>Zuordnungsspiele, Leseanlässe für Silben, Wörter, Sätze, fördert Sprachverständnis u. Konzentration. <b>49,90 €</b></p> 	<p><b>Konzentration Merkfähigkeit</b></p> <p><b>X ADS - Trainer 69,90 €</b></p> <p>Eingeübt werden verstärktes Wahrnehmen von Aufgabenstellung und Strategien für planvolles Problemlösen.</p> 
<p><b>X Wortbaustelle</b></p> <p>zur Bearbeitung von Silben, Wortgruppen, kreativer Umgang mit Wörtern. <b>47,00 €</b></p> 	<p><b>X Merkfähigkeit und Kognition 49,90 €</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merkfähigkeit steigern</li> <li>2. Reihenfolgen ordnen</li> <li>3. Kategorien bilden</li> <li>4. Logisches Ergänzen</li> </ol> 

# ZARB

## Ein ideales Hilfsmittel für die Logopädie

ZARB erstellt Übungen zu Textverständnis und -reproduktion, zu Phonologie, zu Syntax / Morphologie oder auch Wortfindung.

### legeipS

Buch  
Buc\_  
Bu\_\_  
B\_\_\_  
-----

Augen	riechen
Ohren	sehen
Nase	hören

W O R  
O T

ESWA REINMAL

In Microsoft Word integriert stellt die Software über 50 Funktionen zur Verfügung: Rätsel, Wortformen- und Zuordnungsübungen, Geheimschriften, Lücken- und Umstellübungen entstehen aus beliebigen Texten ganz einfach per Mausclick.

**hans zybyra**  
software

Waldquellenweg 52 • 33649 Bielefeld  
Fon 0521.9 45 72 90 • Fax 0521.9 45 72 92  
[www.zybyra.com](http://www.zybyra.com)

## Diagnostik:

### von Aufmerksamkeit bis Lautunterscheidung



**Test-CD für die auditiven Funktionen**

#### Merkfähigkeit

(Sätze, Geschichte, Nonsense Silben),

**Zahlen** nachsprechen,

**Dichotisches Hören,**

**Lautunterscheidung**

**Hochtonverstehen**

**Zeitkomprimierter**

Text, **Rhythmus** u.v.m.

Alles auf einer CD!

#### Seminare 2006

Stein (bei Nürnberg) • Kändern • Hamburg • Köln • Torgau • Meißen

#### Neu: AufmerksamkeitsTester

sprechendes Testgerät für die akustische Aufmerksamkeit (Vigilanz) sowie kreuzmodale Aufmerksamkeit. Ökonomischer Testdurchlauf in 3-4 Minuten. Für Kinder ab 5 Jahren.



**AUDIVA** Hören und Bewegen • Behlenstr. 3  
D-79400 Kändern • Tel.: 07626-9779-0 • Fax: -11  
Internet: [www.audiva.de](http://www.audiva.de) • email: [info@audiva.de](mailto:info@audiva.de)

Stellenanzeigen finden Sie auch im Internet:



[www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

Anzeigenschluss für Heft 3/2006 ist der 3. Mai

# Aladin<sup>®</sup>talk



Sich verständlich machen ohne Stimme

Kommunizieren mit oder ohne Schriftsprach-Kenntnissen. **Aladintalk** passt sich allen Anwendern an!

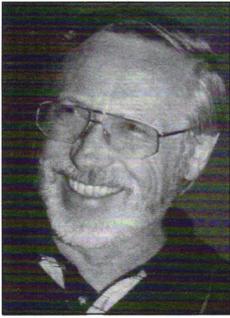
- Für Menschen mit visuellen Wahrnehmungsstörungen und starken motorischen Beeinträchtigungen
- Steuert Fernseher, CD-Spieler, Telefon, Lichtschalter ...
- Eingetragen im Hilfsmittelverzeichnis (nach § 128 SGB V) der gesetzlichen Krankenkassen

Wir bieten Erfahrung und Service

**PuT**  
Pädagogik und Technik GmbH

Hover Weg 6  
D-58300 Wetter  
Tel.: +49 (0 23 35) 96 38 02  
Fax: +49 (0 23 35) 96 38 03  
[info@aladin-talk.de](mailto:info@aladin-talk.de)  
[www.aladin-talk.de](http://www.aladin-talk.de)

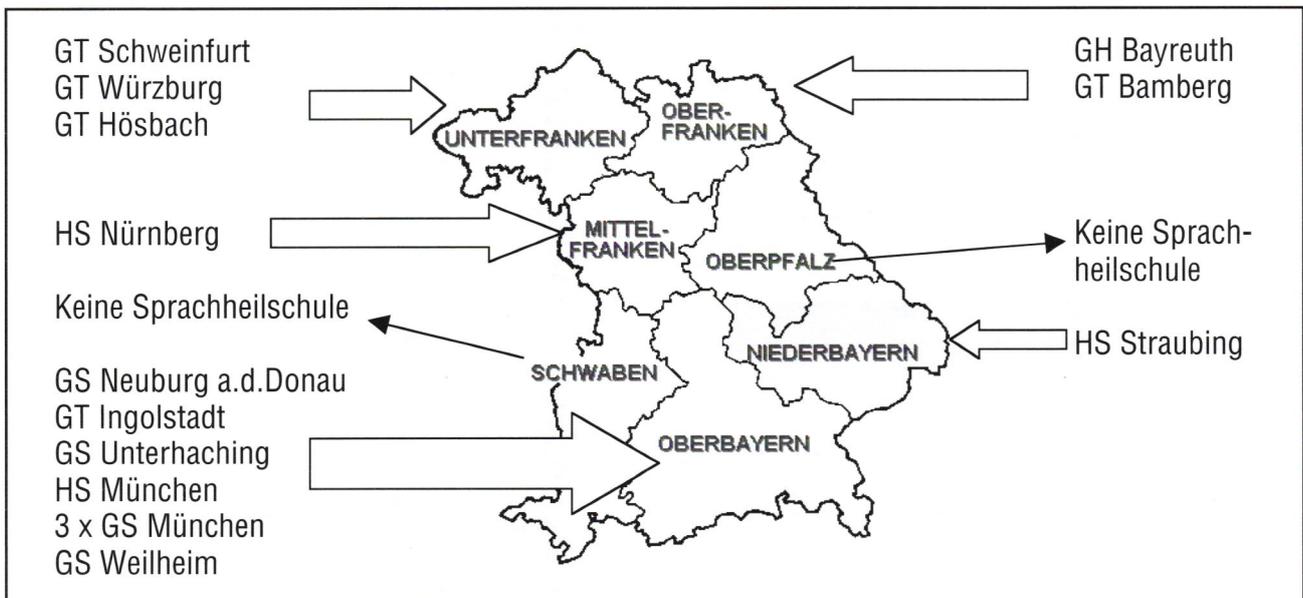




Horst Hußnätter, Nürnberg

## Institution Sprachheilschule in Bayern

**Amtliche Bezeichnung:** Schule zur Sprachförderung



**Standorte:** Insgesamt 15 Einrichtungen, davon

- 11 Grund- (GS) und Teilhauptschulen (GT) mit schulvorbereitenden Einrichtungen (SVE) und Beratungsstellen, 3 Kooperations-Klassen
- eine überregionale Hauptschule mit 5.-9. Klassen
- eine überregionale Hauptschule mit 5.-10. Klassen inklusive mittlerem Reifezug, Internatsunterbringung und pädagogischer Nachmittagsbetreuung
- eine vollausgebaute Schule (GH) mit SVE, Klassen 1 – 9 und Beratungsstelle.

Alle angeführten Schulen verfügen über ein Stundenkontingent für den Mobilen sonderpädagogischen Dienst (MSD) in den Regelschulen und / oder in den Kindergärten.



Hubert Eichler, Würzburg

## Maria-Stern-Schule Würzburg

Schule zur Sprachförderung

### Wo wir sind

Standort Würzburg mit Außenstelle Gelchsheim



Kartenausschnitt Unterfranken

### Wer wir sind

Der Träger der Maria-Stern-Schule (MSS) ist der Marienverein Würzburg e.V. Unsere Schule wurde 1972/73 vom Vorsitzenden des Marienvereins, Prälat Oskar Hörning, und vom Gründungsrektor Dr. Elmar Schaar mit Zustimmung des Bischofs von Würzburg, Dr. Josef Stangl, und mit Förderung des Freistaates Bayern errichtet.

Unsere Pädagogik gründet auf dem christlichen Menschenbild: Nach Bild und Gleichnis Gottes ist jeder Mensch erschaffen. Seine Würde darf nicht verletzt werden. Dies gilt insbesondere für jedes Kind. Ein entsprechendes Selbstwertbewusstsein der Kinder zu fördern und ihnen zu ermöglichen, die Men-

schenwürde auch in allen anderen anzuerkennen, ist primäres Ziel unserer Pädagogik.

Die Maria-Stern-Schule ist eine katholische Schule mit katholischen Erziehungsleitlinien und Respekt vor anderen Bekenntnissen und Weltanschauungen.

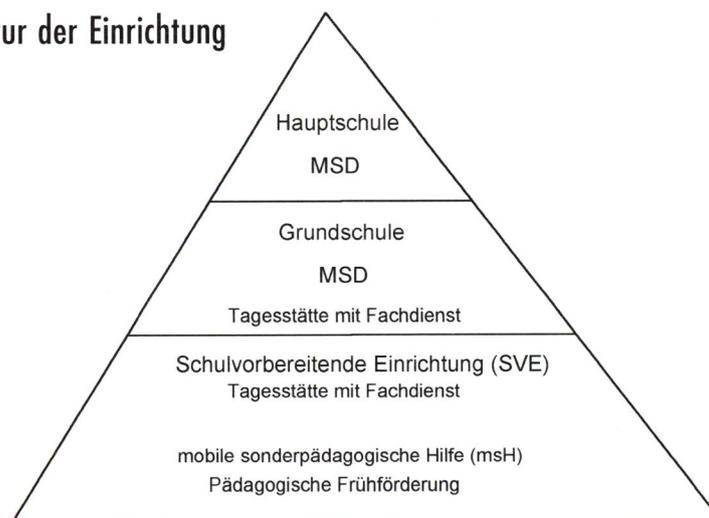
Zu Beginn des Jahres 2001 wurde Herr Domkapitular Rost einstimmig zum Vorstands-Vorsitzenden des Marienvereins gewählt. Dadurch konnte eine Persönlichkeit gewonnen werden, bei der die Geschicke des Marienvereins in besten Händen liegen, wodurch Kon-

tinuität und Weiterentwicklung gewährleistet sind.

Das Haupteinzugsgebiet der Maria-Stern-Schule ist die Stadt und der Landkreis Würzburg, in dessen südlichem Bereich sich eine Außenstelle mit 2 SVE-Gruppen befindet.

Eine wichtige Säule unserer pädagogischen Arbeit sind die Eltern, die in vielfältiger Weise in den schulischen Lebensraum eingebunden sind. Das reicht von den Elternabenden/Elterngesprächen bis zur Mitgestaltung unseres Spielplatzes, auf den wir alle recht stolz sind.

### Struktur der Einrichtung



SVE:	196 Kinder, davon 153 in der Sonderpädagogischen Tagesstätte
msH	40 Kinder
Frühförderung:	40 Kinder:
Grund- und Hauptschule:	234 Schüler, davon 132 in der Sonderpädagogischen Tagesstätte
MSD:	60 Schüler

Basis der gesamten Einrichtung ist die Schulvorbereitende Einrichtung (SVE), an die die mobile sonderpädagogische Hilfe (msH) angebunden ist. In diesem Bereich ist auch die pädagogische Frühförderung angesiedelt. An die SVE schließt die Grundschule an, die von ca. 40% der SVE-Abgänger besucht wird; zusammen mit externen Einschulungskindern werden vier Eingangsklassen gebildet. Voraussetzung für den Schulbesuch ist ein gravierender Förderbedarf in sprachlicher Hinsicht und die Fähigkeit, den Grundschullehrplan zu erfüllen. Spezieller Förderbedarf

wird in SVE und GS durch eine Sonderpädagogische Tagesstätte mit Fachdienst abgedeckt, die von 67% aller Schüler besucht wird. Da die Maria-Stern-Schule eine Durchgangsschule ist, muss das oberste Ziel eine baldige Rückführung sein. Diese erfolgt in der SVE nach ca. 1,8 Jahren und in der Schule nach ca. 3,5 Jahren. Rückführungen werden in Zusammenarbeit mit den Eltern intensiv vorbereitet und durch den MSD begleitet, vor allem dann, wenn der Besuch einer Kooperationsklasse stattfindet.

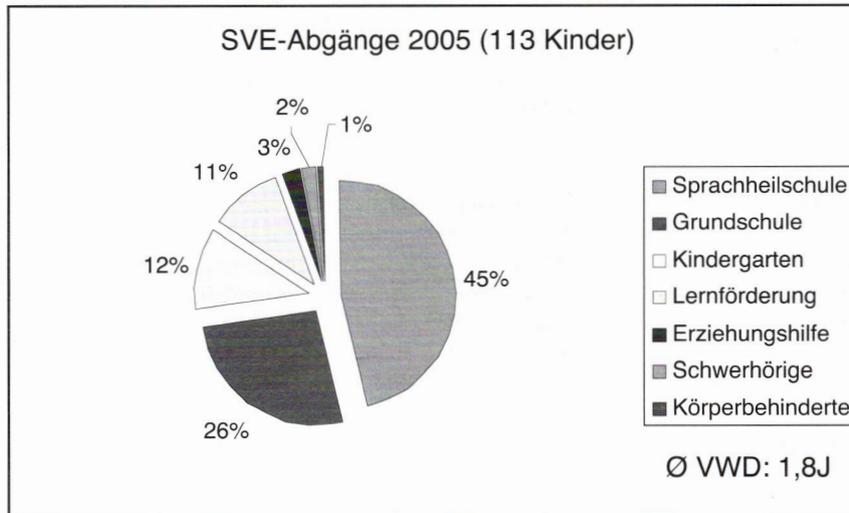
## Mit wem wir zusammenarbeiten

Der heterogene Förderbedarf der von der Maria-Stern-Schule betreuten Kinder erfordert natürlich eine enge Zusammenarbeit mit zahlreichen fachlichen und administrativen Stellen.

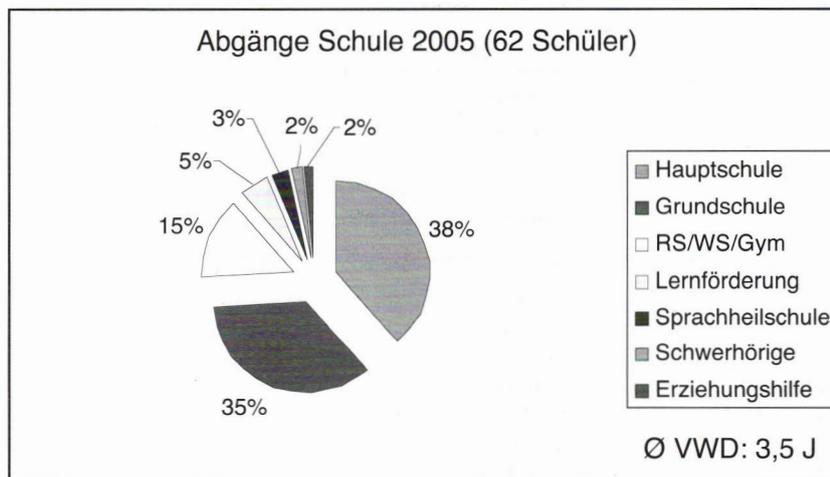
## Wie wir arbeiten

Durch ständige interne und externe Fortbildungen versuchen wir, unseren Qualitätsstandard zu sichern und weiter zu entwickeln.

Um die spezielle Fachlichkeit einer „reinen“ Sprachheilschule zu fundieren, wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Grohnfeldt von der Ludwig-Maximilians-Universität München im Jahr 2004 von allen Mitarbeitern ein Manual erstellt (Homepage der Maria-Stern-Schule), das für die Arbeit aller Abteilungen Grundlage ist. Das Manual, das im Wesentlichen eine Darstellung der Sprachebenen in Bezug auf die verschiedenen Abteilungen darstellt, wird momentan von den Mitarbeitern in konkrete Handlungsfelder für die tägliche Arbeit umgesetzt. Vor allem dadurch können wir Eltern in der Beratungssituation konkret informieren, wie der Förderbedarf ihres Kindes am Förderort Maria-Stern-Schule abgedeckt werden kann.



Durch den verbindlichen Grund- und Hauptschullehrplan ist den Schülern natürlich auch der Besuch weiterführender Schulen möglich:



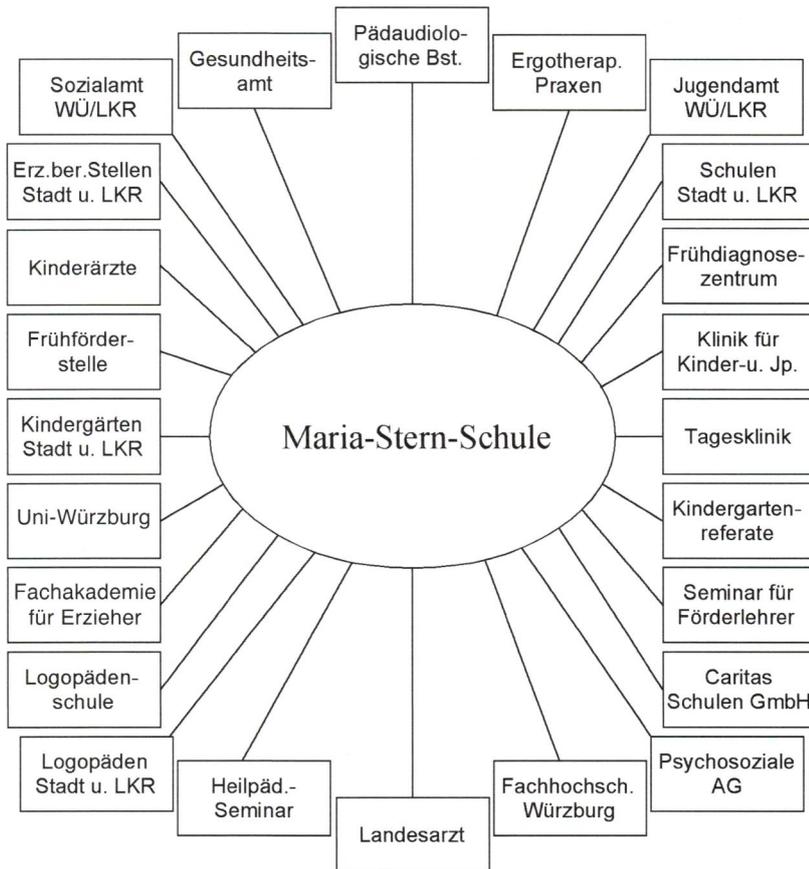
## Qualitätssicherung

Im Jahr 2002 wurde nach jahrelanger Vorarbeit durch alle Mitarbeiter unter der Begleitung der Firma SYNTTEGRAL ein Qualitätsmanagementsystem nach der Maßgabe durch DIN EN ISO 9000 installiert. Das Motto lautet „Besser gemeinsam“. Interne und externe Audits dienen der Weiterentwicklung dieses Systems.

## Katamnestische Untersuchungen

Die Universität Würzburg (PD Dr. Fries) führte bereits in früheren Jahren zusammen mit der Maria-Stern-Schule katamnestische Untersuchungen über die Schulkarriere ehemaliger Schüler durch. Im Jahre 2005 wurde

## Externe Partner und Vernetzung



wieder eine Studie erstellt (Prof. Dr. Hansen/PD Dr. Fries), die den Berufseinstieg und die Zufriedenheit mit der damit zusammenhängenden Arbeit der Maria-Stern-Schule als Fragestellung hatte.

### Die Frage an die Eltern lautete:

Wie würden Sie den Besuch der Maria-Stern-Schule heute für die Entwicklung Ihres Kindes einschätzen?

### Evaluation durch die Qualitätsagentur des ISB

Die Qualitätsagentur des ISB führte im Oktober 2005 mit einem Team von sieben Experten aus verschiedenen Fachrichtungen eine Evaluation über den Zeitraum von drei Tagen durch.

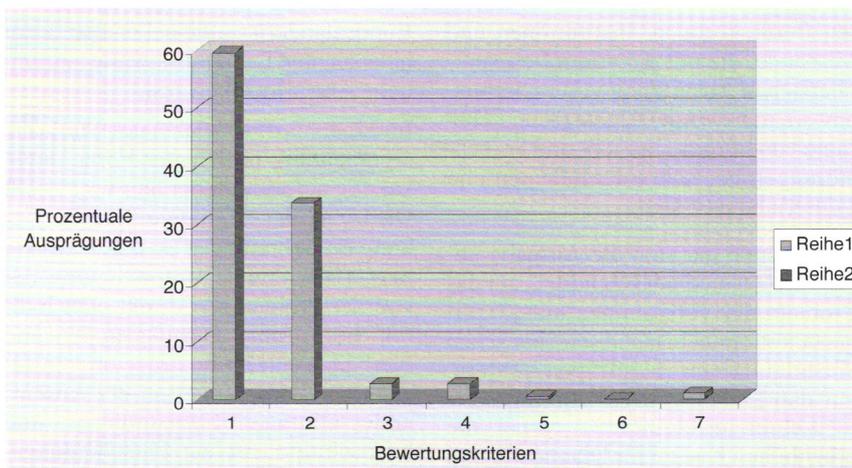
Das Ergebnis war in allen Bereichen größtenteils weit über dem Durchschnitt, worauf die ganze Einrichtung stolz ist.

### Was wir vorhaben

Die weitere Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Regeleinrichtungen ist das erklärte Ziel, da es nun nach der Änderung des BayEUG leichter möglich ist, Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in der Regelschule zu belassen. Die Erfahrungen, die wir in einem unterfränkischen Pilotprojekt seit zwei Jahren gemacht haben, erwiesen sich (nach intensiver sonderpädagogischer Beschulung) als sehr positiv. MSD und Klasselehrkraft eines 3./4. Jahrganges unterrichteten im Team-Teaching Kinder mit deutlichem sonderpädagogischen Förderbedarf so erfolgreich, dass am Ende des 4. Jahrganges sogar einzelne Schüler für einen Realschulbesuch vorgeschlagen werden konnten.

Ebenso positiv sind die bisherigen Erfahrungen unserer Arbeit im MSD und der Ambulanz im Sinne der Einzelintegration, mit der es möglich war, einzelne Schüler im M-Zweig der Hauptschule zu halten oder den qualifizierenden Hauptschulabschluss zu erreichen.

Um noch mehr Schülern mit vor allem gravierenden Sprachstörungen den



#### Legende:

1 = sehr positiv (59,64%), 2 = positiv (33,63%), 3 = eher positiv (2,69%), 4 = neutral (2,69%), 5 = eher negativ (0,45%), 6 = negativ (0,0%), 7 = sehr negativ (0,9%)

Regelschulabschluss zu ermöglichen, werden in drei Hauptschulen und einer Grundschule unseres Einzugsbereichs Kooperationsklassen eingerichtet. Die Zusammenarbeit mit den Lehrkräften dieser Regelschulen ist ausgesprochen kooperativ und positiv. Mehrjährige Arbeit des MSD an diesen (und anderen) Regelschulen hat die konstruktive Zusammenarbeit gefördert.

In zahlreichen Grund- und Hauptschulklassen sind unsere MSD-Lehrkräfte tätig, um sprachheilpädagogische Angebote durchzuführen. Aber sie werden auch schulartübergreifend wie z.B. von Berufsschulen und Gymnasien um fachspezifische Unterstützung gebeten.

Es ist geplant, an den Regelkindergärten die Fortbildungsangebote zum The-

ma Sprache noch zu erweitern, um Kinder im Vorschulalter dort entsprechend versorgt zu wissen.

Außerdem werden wir unser offenes Beratungsangebot für Lehrkräfte aller Schularten, für Erzieherinnen, Eltern, Betroffene und andere Fachdienste stärker intensivieren und publizieren.

Es ist uns ein wichtiges Anliegen, unter Berücksichtigung des Förderbedarfes den Förderort für möglichst viele Kinder wohnortnah zu finden, um nicht nur die schulische Integration zu gewährleisten, sondern auch die Einbindung der Kinder in ihrem sozialen Umfeld abzusichern.

Die Evaluierung unseres Angebotes wird jährlich durchgeführt und die Rückmeldungen und Anregungen der

Mitarbeiter werden in unser QM-System eingearbeitet.

Prinzip unserer Einrichtung ist die stete Optimierung unseres Angebotes unter der kritischen Lupe interner und externer Evaluationsmaßnahmen.

---

### **Anschriften der Verfasser:**

Horst Hußnätter  
Vorsitzender der dgs-Landesgruppe Bayern  
Borkumerstr. 70  
90425 Nürnberg

Hubert Eichler  
Sonderschulkonrektor  
Maria-Stern-Schule  
Felix-Dahn-Str.11  
97072 Würzburg

Siegrun Lemke, Kurt Bielfeld, Susanne Voigt-Zimmermann

## Initiative: Sprecherziehung im Lehramt

### Forderungskatalog zur sprecherischen Ausbildung zukünftiger Lehrerinnen und Lehrer

Der Problemkomplex „sprech- bzw. stimmintensive Tätigkeit“, insbesondere das Thema „Lehrerstimme“, ist seit langem Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen und wiederholter Handlungsvorschläge, die vor allem auf die Verbesserung der Ausbildung von Lehramtsanwärtern abzielen. Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Sprachheilpädagogen, Diplomsprechwissenschaftler und Klinische Sprechwissenschaftler, Sprecherzieher, Logopäden und Vertreter weiterer Fachgebiete widmeten sich wiederholt dieser Frage.

Im Mai 2005 fanden sich im Rahmen eines interdisziplinären Projekttagess an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mehr als 20 Fachleute zu einer intensiven Beratung der Thematik zusammen. Die Teilnehmer vertre-

ten Berufsgruppen, Institutionen und Verbände, die mit der stimmlich-sprecherischen Ausbildung von Lehramtsanwärtern bzw. mit Diagnostik und Therapie von Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen bei Lehramtsstudenten und Lehrern befasst sind.

Die Gruppe hat sich die Aufgabe gestellt, erneut und mit Nachdruck auf das Problem der vollkommen unbefriedigenden stimmlichen und sprecherischen Ausbildung von zukünftigen Lehrern, auf den Leidensprozess stimmgestörter Lehrer im beruflichen Alltag, die erheblichen Kosten für Diagnostik und Therapie und die z. T. beträchtlichen negativen Auswirkungen auf den Lern- und Verstehensprozess von Schülern hinzuweisen. Eine aktuelle Studie mit über 5000 Versuchspersonen aus zehn

Bundesländern stellte bei fast 40 % der untersuchten Lehramtsanwärter stimmliche Auffälligkeiten fest.

Im Ergebnis des Projekttagess wurde ein argumentativ unterlegter Forderungskatalog aufgestellt, der hier vorgestellt wird. Ziel der „Initiative Sprecherziehung im Lehramt“ ist es, durch direkte bzw. flankierende Unterstützung der von der Problematik direkt oder indirekt betroffenen Berufsgruppen und -verbände eine breite Front zur Umsetzung der Forderungen in der Auseinandersetzung mit gesundheits- und hochschulpolitischen Entscheidungs- und Kostenträgern zu schaffen.

Bisher haben viele Verbände und Institutionen, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung e. V. (DGSS) und der

Mitteldeutsche Verband für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung e. V. unterzeichnet. Der Deutsche Bundesverband der Phoniater und Pädaudiologen sicherte seine Unterstützung ebenfalls zu.

Das Problem „gestörte Lehrerstimme“ ist der Berufsgruppe der akademischen Sprachtherapeuten und Sprachheilpädagogen aus der täglichen Praxis im Lehrgeschehen oder aus der Therapie in seiner Brisanz bekannt und daher Gegenstand intensiver wissenschaftlicher und praktischer Bemühungen.

Durch die Veröffentlichung in diesem Organ möchten auch der Deutsche Bundesverband akademischer Sprachtherapeuten sowie die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ihre Initiativbereitschaft und ihren Willen zur Unterstützung bekunden.

Dr. Siegrun *Lemke*  
für die Initiative Sprecherziehung im Lehramt

Kurt *Bielfeld*  
für die dgs

Dr. Susanne *Voigt-Zimmermann*  
für den dbs

Am 12.05.2005 fanden im Rahmen eines Projekttagess an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg intensive Beratungen zu Problemen der Ausbildung der Lehrerstimme an den deutschen Hochschulen, Fachhochschulen und Universitäten statt.

Beteiligt waren an diesen Beratungen mehr als 20 Fachleute. Sie repräsentierten Verbände und Institutionen aus ganz Deutschland, die mittelbar oder unmittelbar mit der sprecherzieherisch-stimpädagogischen Ausbildung von Lehramtskandidaten bzw. mit der Therapie von Stimm- und Sprechstörungen von Lehrerinnen und Lehrern befasst sind.

Unter allen Beteiligten herrschte Übereinstimmung, dass die stimmliche Situation von Lehramtskandidaten als dramatisch anzusehen ist. Dies wird nicht nur durch zahlreiche empirische Erhebungen aus der Ver-

gangenheit und durch Erfahrungstatistiken belegt, sondern auch durch eine aktuelle Studie, in die über 5000 Lehramtsstudierende aus zehn Bundesländern einbezogen waren. Sie belegte bei fast 40% der Studierenden stimmliche Auffälligkeiten. Nach den Erfahrungen der Fachleute ist daher – neben den beträchtlichen subjektiven Belastungen für die Betroffenen – zu erwarten, dass die Ausfallzeiten künftiger Lehrender in den nächsten Jahren immens ansteigen werden, ebenso die beträchtlichen Kosten für die Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen.

Um dies zu verhindern, wurde die drängende Forderung an die politischen und hochschulpolitischen Entscheidungsträger nach schneller, konsequenter und nachhaltiger Intensivierung der stimmlich-sprecherischen Ausbildung der Lehramtsstudierenden formuliert. Die Forderung wird in einem gesonderten Papier begründet. Beide Papiere wurden durch VertreterInnen von Institutionen und Verbänden aus den Bereichen Sprecherziehung, Kommunikationspädagogik, Stimm diagnostik und -therapie unterzeichnet (s. Liste Unterzeichner).

Prof. Dr. Lutz Christian *Anders*

Diskussionsleiter des Projekttagess  
Lehrerstimme im Rahmen der Initiative Sprecherziehung im Lehramt

### Sprecherziehung in der Lehramtsausbildung

#### Forderung

In den Diskussionen und offiziellen Verlautbarungen zum Thema „Umgestaltung der Studiengänge im Rahmen des Bologna-Prozesses“ besteht weitgehend Konsens hinsichtlich der Bedeutung von Schlüsselqualifikationen für berufliche Kompetenz. Dafür sind in den geplanten konsekutiven Studiengängen ausgewiesene Leistungspunkte vorgesehen (Einführung des Systems der ECTS zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen: HRG-Novelle von

2003, §15. HRK 2004, Entschließung des 98. Senats vom 10. Februar 2004).

Neben Kooperations-, Team- und Konfliktfähigkeit gilt kommunikative Kompetenz und damit das Hauptziel sprechwissenschaftlicher und sprecherzieherischer Lehre als vorrangig. Störungsfreies sach- und sozialbezogenes sprechsprachliches Kommunikationsvermögen ist zweifellos eine Grundkompetenz im Lehrerberuf. Zudem müssen Lehrer/innen befähigt werden, die Bildungsstandards der Kultusministerkonferenz umzusetzen. Diese Bildungsstandards fordern u. a. die Ausbildung und Schulung der mündlichen Kompetenz aller Schüler/innen.

Die Anbahnung lebenslanger stimmlicher Berufsfähigkeit, der Fähigkeit zu situationsadäquatem Hörerbezogenem Sprechen, Vorlesen und Vortragen, zu sachbezogener partnerorientierter Gesprächsführung, zu Rede- und Gesprächsfähigkeit künftiger Lehrer i. w. S. sowie der Fähigkeit, diese Grundkompetenzen vermitteln zu können, bedarf der Erweiterung sprecherzieherischer Ausbildung. Als Mindestforderung muss gelten:

1. Alle Lehramtsanwärter/-innen erhalten in Gruppen von 10 bis maximal 15 Studierenden künftig mindestens drei SWS Sprecherziehung (entsprechend zugeordnete Leistungspunkte):
  - Sprechstimmtraining und Sprechbildung mit den Zielen berufsadäquater stimmlicher Leistungsfähigkeit und sprachlicher Vorbildwirkung
  - Gesprächs- und Rederhetorik für die wirksame didaktisch-methodische Gestaltung mündlicher Kommunikationsprozesse.
2. Künftige Deutschlehrer/-innen erhalten zusätzlich 1 SWS Dichtungssprechen (entsprechend zugeordnete Leistungspunkte) als Beitrag zur schöpferischen Dichtungsvermittlung und -aneignung.
3. Studienbewerber werden zu Beginn ihres Studiums hinsichtlich ihrer stimmlich-sprecherischen Eignung

für den Lehrerberuf individuell und fachgerecht beraten, um stimmliche, sprecherische und sprachliche Defizite frühzeitig erkennen und notwendige therapeutische Maßnahmen zielgerichtet einleiten zu können.

### Begründung

Die Grundlagendokumente und Diskussionen zur Umsetzung des Bologna-Prozesses fordern nachdrücklich eine angemessene Ausbildung allgemeiner (ASQ) und fachspezifischer Schlüsselqualifikationen (FSQ) für alle Studierenden konsekutiver Studiengänge. Im Teilbereich „Sprechen und Zuhören“ (Fach Deutsch) formuliert die Kultusministerkonferenz differenzierte Bildungsstandards bezüglich der Ausbildung sprechsprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Schule und benennt damit gleichzeitig klare Forderungen an die Lehramtsausbildung. Für den Lehrerberuf stellt stimmliche und sprecherische Berufsfähigkeit ohne Zweifel sowohl eine allgemeine als auch eine fachspezifische Schlüsselqualifikation dar.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen (s. Literaturliste) belegen hingegen, dass Lehrer/-innen ihre Berufstätigkeit ohne oder mit nur unzureichender stimmlich-sprecherischer Beratung und Ausbildung beginnen, obwohl sie auf Grund der Spezifik ihres Berufes eine besondere Verantwortung tragen und hohen stimmlichen Anforderungen genügen müssen:

1. Lehrer unterliegen lebenslang einer außergewöhnlich hohen stimmlichen Belastung – sowohl hinsichtlich des zeitlichen Umfangs als auch der häufig ungünstigen akustischen Bedingungen (Raumverhältnisse, Lehrsituation, Lärmbelastung usw.). Hinzu kommen die vergleichsweise hohen psychischen Belastungen im Schulalltag.
2. Wirkungsvolle situations- und hörerbezugene sprecherische Äußerungen erleichtern den Verstehens- und Behaltensprozess, können sich

positiv auf die Lernatmosphäre auswirken, Schüler motivieren und aktivieren. Künftige Lehrer sollten die Gelegenheit erhalten, konfliktverhindernde Gesprächsstrategien zu erlernen und zu trainieren, und sie sollten ihre Stimme und Sprechweise so steuern lernen, dass sie auch in angespannten Situationen beabsichtigte Wirkungen erzielen, sich Stimme und Sprechweise nicht zusätzlich konfliktfördernd auswirken.

3. Stimme und Sprechweise von Pädagogen wirken sich auf die stimmliche und sprecherische Entwicklung von Kindern aus. Lehrer/-innen beeinflussen sprachliche und sprecherische Normvorstellungen, Verhaltensmuster und Entwicklungen, denn sie verkörpern kommunikative Vorbilder, an denen sich Schüler in gewissem Maße orientieren. Lehrer/-innen wirken daher immer, bewusst oder unbewusst, als Multiplikatoren.
4. Im günstigsten Fall sind für Lehramtsanwärter 2 SWS bei nicht begrenzter Teilnehmerzahl obligatorisch festgelegt. Häufig steht nur eine SWS zu Verfügung, um künftigen Lehrern Grundkenntnisse über eben jene, auch ihre dauerhafte Berufsfähigkeit bedingende, kommunikative Kompetenzen zu vermitteln und sie zu trainieren, wobei Letzteres in einem derart engen Zeitlimit kaum zu leisten ist. Lehrer gehen teilweise mit erheblichen den Beruf gefährdenden Stimm- und Sprechproblemen in den Schulalltag.
5. Stimmliche und sprecherische Beeinträchtigungen (ungenügende stimmliche Leistungsfähigkeit, sprachliche und sprecherische Auffälligkeiten bzw. Störungen) nehmen zu. Eine eigene aktuelle Studie über stimmliche und sprecherische Auffälligkeiten bei 5357 Lehramtsstudierenden in zehn Bundesländern ergab z. B., dass nahezu 40 % stimmlich auffällig sind. Etwa ein Fünftel aller Stimmen ist ungenügend belastbar. Rund 15 % aller Lehramtsanwärter mussten auf

Grund funktioneller (in Einzelfällen auch organischer) Stimmstörungen phoniatisch untersucht und therapiert werden. Selbst wenn die stimmlichen Auffälligkeiten noch keinen Krankheitswert besitzen, stellen sie im sprechintensiven Beruf eine deutliche Gefahr dar und können ohne Zusatzbetreuung nicht behoben werden. Stimmstörungen bis hin zur Berufsunfähigkeit sind vorprogrammiert. Dass dies erhebliche Belastungen für die Betroffenen bringt, muss nicht besonders betont werden.

6. Permanente stimmliche Beschwerden führen zwangsläufig auch zu Ausfallzeiten. Lehrstoff wird nicht bewältigt, betroffene Schüler erfahren damit gegenüber anderen Benachteiligungen. Neben den Kosten für die Ausfallzeiten fallen außerdem u. U. erhebliche Behandlungskosten an. Spätestens hier sollte klar werden, dass mit den derzeit geltenden Regelungen möglicherweise an falscher Stelle gespart wird.
7. In der Lese-, Rede- und Gesprächsfähigkeit künftiger Lehrer zeigten sich ebenfalls deutliche Defizite: Über ein Viertel der künftigen Lehrer war nicht in der Lage, einen Text so vorzulesen, dass Hörer – künftig also Schüler – zum Zuhören angeregt werden und mühelos folgen können. Fast die Hälfte der untersuchten Studierenden war nicht fähig, eine freie Rede nach Stichwortkonzept zu halten, also folgerichtig gegliedert, inhaltlich, sprachlich und sprecherisch gut verständlich. Allein ein Fünftel aller künftigen Lehrer/-innen sprachen in Übungen zum Lehrervortrag ohne Hörer- und Situationsbezug.

Unter den beschriebenen Bedingungen können Lehramtsanwärter/-innen nicht zukunftsorientiert und bildungspolitisch verantwortlich auf ihren Beruf vorbereitet werden. Welch fatale Folgen die unzulängliche Ausbildung von Grundfertigkeiten auf Dauer zeitigt, veranschaulichen u. a. die Ergebnisse der PISA-Studie bezüglich der Lese- und Redefähigkeit.

## Literatur

- Berger, R. (1989): Phoniatische Tauglichkeitsentscheidungen der Jahre 1979 bis 1985 in Leipzig. HNO-Praxis 14, 217-220.
- Berger, R., Etehad, S. (1998): Stimmtauglichkeitsuntersuchungen – notwendig oder unwichtig? Sprache, Stimme, Gehör 22 39-42.
- Fries, P., Gutenberg, N., Pietzsch, Th. (2002): Pilotstudie zur Karriere von Lehrerstimmen mit stimmpathologischem Befund, bzw. Prognose eines stimmpathologischen Risikos unter Unterrichtsbelastung. Zwischenbericht (unveröffentlicht).
- Greifenhahn, L. (1984): Zur Wirkung von Stimmen bei Unterstufenlehrern. Dissertation Halle a.S. Martin-Luther-Universität.
- Hammann, C. (2000): Stimmbildung an Universitäten – Verschenktes Geld? – oder: Wie kann die Stimm- und Sprecherziehung für Lehramtsstudenten effizienter gestaltet werden? Die Sprachheilarbeit 45 1, 29-33.
- Hammann, C. (2001): Stimmbildung in der ehemaligen DDR. Relikt aus der Vergangenheit oder Wegweiser in die Zukunft? Die Sprachheilarbeit 46, 1, 24-31.
- Hollmach, U. (1996): Soziophonetische Grundlagen zur Neukodifizierung des Aussprachewörterbuches. In: *Krech, E.-M., Stock, E.* (Hrsg.): Beiträge zur deutschen Standardaussprache (60-67). Hannover/Halle: a.S. Werner Dausien.
- Lemke, S. (1996): Die Funktionskreise Respiration, Phonation, Artikulation – Auffälligkeiten bei Lehramtsstudierenden (in Vorbereitung).
- Lemke, S. (2005): Zur stimmlich-sprecherischen Ausbildung Lehramtsstudierender. In: *Anders, L. C., Hirschfeld, U.* (Hrsg.): Probleme und Perspektiven sprechwissenschaftlicher Arbeit. Frankfurt/M.: Peter Lang (im Druck).
- Lemke, S. (2003): Stimmliche und sprecherische Auffälligkeiten Studierender. In: *Anders, L. Ch., Hirschfeld, U.* (Hrsg.): Sprechsprachliche Kommunikation. Probleme, Konflikte, Störungen (193-200). Frankfurt/M.: Peter Lang
- Lemke, S., Thiel, S., Zimmermann, S. (2004): Zur Notwendigkeit der Überprüfung stimmlich-sprecherischer Eignung für den Lehrerberuf. In: *Gutenberg, N.* (Hrsg.): Sprechwissenschaft und Schule. Sprecherziehung – Lehrerbildung – Unterricht (164-171). München/Basel: Reinhardt
- Morton, V., Watson, D. R. (2001): The impact of impaired vocal quality on children's ability to process spoken language. *Logopedics Phoniatrics Vocology* 26, 17-25.
- Orr., R., Jong, F. de, Cranen, B. (2002): Some objective measures indicative of perceived voice robustness in student teachers. *Logopedics Phoniatrics Vocology* 27(3), 106-117.
- Schneider, B., Bigenzahn, W. (2002): Ergebnisse videostroboskopischer Untersuchungen an stimmlich beschwerdefreien Bewerbern für Sprechberufe. *Laryngo-Rhino-Otologie* 81, 894-899.
- Schneider, B., Ceccon, M., Hanke, G., Wehner, S., Bigenzahn, W. (2004): Bedeutung der Stimmkonstitution für die Entstehung von Berufsdysphonien. *HNO* 5, 461-467.
- Simberg, S., Sala, E., Laine, A., Rönne-*maa, A.-M.* (2001): A fast and easy screening method for voice disorders among teacher students. *Logopedics Phoniatrics Vocology* 26, 10-16.
- Timmermans, B., Bodt, M. S. de, Wuyts, F. L., Heyning, P. H. Van de (2004): Training Outcome in Future Professional Voice Users after 18 Month of Voice Training. *Folia Phoniatica et Logopaedica* 56, 120-129.
- Wuttke, M. (1988): Untersuchungen zum Einfluss der Sprechstimmfunktion der Kindergärtnerin auf Stimmgebrauch und Aufmerksamkeit der Kinder. Dissertation Halle a.S. Martin-Luther-Universität.

**dbS – Beruf und Politik im Verband**

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*  
wenn Sie die neue *Sprachheilarbeit* in den Händen halten, ist es schon wieder eine kleine Ewigkeit her – das 7. wissenschaftliche Symposium des *dbS* im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlung. Aber es war mal wieder *das* Ereignis im *dbS*-Jahr. Da lohnt es sich noch mal, inne und Rückschau zu halten. Wir hoffen, dass auch alle diejenigen, die nicht dabei sein konnten, durch unseren Bericht einen Eindruck von der überwältigenden Informationsdichte und Fachlichkeit des Symposiums bekommen und so neugierig werden, dass sie auf alle Fälle gleich für den Tagungsband subscribieren. Sein Erscheinen wird noch in diesem Jahr erwartet.

Auch der Bericht von der Mitgliederversammlung ist unbedingt lesenswert. Denn, auch wer nicht dabei war, soll zwei ganz große Highlights der Verbandsarbeit nicht verpassen: die Vorstellung der gemeinsamen Resolution von *dbS* und *dbl* zur „Schaffung eines Berufsgesetzes zum Heilberuf Sprachtherapeut/Logopäde“, die Sie untenstehend auch im Wortlaut und mit allen Unterzeichnenden zur Kenntnis nehmen können, außerdem die Präsentation der ersten Ergebnisse einer retrospektiven Studie zur Kindersprachtherapie in Deutschland, durchgeführt vom *dbS* in Zusammenarbeit mit der Uni Bielefeld. Viel Gewinn beim Lesen! Das wünscht Ihnen wie immer

Ihre Ulrike de Langen-Müller  
Kontakt: Dr. phil. U. de Langen-Müller,  
Mozartstr. 16, 94032 Passau  
Tel./Fax: 0851-9346361 / 9666974  
e-mail: delangen-mueller@dbS-ev.de

**Delphine auf dem Tennisplatz: Aphasie-therapie zeigt Wirkung**

Akademische Sprachtherapeuten fordern auf dem 7. wissenschaftlichen Symposium des *dbS* die Anerkennung wirksamer Therapien. Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker sagen Unterstützung zu.

von Ulrike de Langen-Müller

*Sprachtherapie ist für ca. zehn Prozent sprachentwicklungsgestörte Kinder in Deutschland und etwa 100.000 Menschen mit erworbenen Sprachstörungen ein gesetzlich verankertes Heilmittel. Die Finanzierung von Sprachtherapien ist jedoch in Zeiten knapper Kassen ständig in Gefahr, weil manche Kostenträger ihre Effektivität in Frage stellen. Sprachtherapeuten und Wissenschaftler präsentieren auf dem Symposium des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbS) am 20. / 21. Januar in Potsdam die Bedingungen wirksamer Sprachtherapien und fordern deren Anerkennung. Uni Potsdam und MdB Wodarg schlagen gemeinsame Forschungsprojekte mit dem dbS vor.*

„Derzeit hält es die Gesundheitspolitik mit den drei Affen: nichts hören, nichts sehen und bloß nicht darüber sprechen. Für verlässliche Zusagen zur kontinuierlichen und hochqualitativen Versorgung der uns anvertrauten sprachbeeinträchtigten Klientel ist in keiner der verantwortlichen Parteien zurzeit jemand zu finden“, so der 1. Vorsitzende des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (*dbS*), Volker *Maihack*. Während *Maihack* den derzeitigen gesundheitspolitischen Entscheidungsstillstand der großen Koalition unter Zuhilfenahme der an sich als geschäftig bekannten Primaten beklagt, wünscht Wolfgang *Wodarg*, MdB, Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung, und Mitglied der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, in seiner Begrüßungsansprache jeder Interessensgruppe ihren Delphin im Haifischbecken des Gesundheitswesens, der den behutsamen Transport ans Ufer gewährleiste. Die rund 400 anwesenden Sprachtherapeuten und Wissenschaftler dürften sich geschmeichelt fühlen durch die Parallele zu dem gutmütigen, intelligenten Säugetier mit dem guten Orientierungssinn. Organisiert in ihrem Berufsverband verstehen akademische Sprachtherapeuten sich nämlich durchaus als Lotsen für Kollegen und Betroffene. Den Wissens-

stand ihres Faches zusammenzutragen und der Öffentlichkeit den Nutzen von Sprachtherapie nahe zu bringen, war auch das Anliegen des wissenschaftlichen Symposiums „Aphasietherapie zeigt Wirkung“, das Ende Januar in Potsdam stattfand, organisiert vom *dbS* zusammen mit dem Institut für Linguistik der Universität Potsdam unter der Federführung der Patholinguistin Jenny *Postler* und ihres Organisationsteams.

Jeder zweite Schlaganfallbetroffene und jeder fünfte Patient mit Schädelhirntrauma leidet bleibend unter einer Aphasie. Mühsam, Wort für Wort, müssen sich Menschen mit Aphasien die Sprache wieder erarbeiten. Dass ihnen professionelle Sprachtherapie dabei helfen kann, wenn sie intensiv und häufig genug durchgeführt wird, wissen Therapeuten aus eigener Erfahrung und aus internationalen Studien. Sprachtherapie ist für Menschen mit Aphasie ein entscheidender Bestandteil ihrer Rehabilitation. Dennoch gefährden Sparmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen die Finanzierung von Sprachtherapien. Zweifel an ihrer Wirksamkeit werden angeführt, wenn die Verordnung von Sprachtherapie der Sorge um Budget und Richtgrößen zum Opfer fällt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, wie zum Beispiel die Effektivität von hochfrequenter Intervalltherapie, passen nicht in das Korsett bestehender Vertragsstrukturen.

„Das Symposium hat gezeigt, unter welchen Bedingungen Sprachtherapien bei Aphasie am wirkungsvollsten sind. Dazu gibt es bereits mehr gesichertes Wissen als Kostenträger und auch manche Ärzte annehmen. Therapien werden theorie- und patientenbezogen vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet“, so Ria *De Bleser*, Professorin am Institut für Linguistik und Referentin des Symposiums. Viele auch mit öffentlichen Geldern geförderte Forschungsprojekte untersuchen, wie das menschliche Gehirn Sprache verarbeitet. Die Ergebnisse werden in der Entwicklung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren bei Aphasie direkt umgesetzt.

Auf Einladung des *dfs* sprachen neun weitere Referenten aus Forschung, Praxis und Politik über den aktuellen Wissensstand.

Der Rektor der Universität Potsdam, Wolfgang *Loschelder*, unterstützte die Forderung der Organisatoren und Teilnehmer nach einer akademisch und wissenschaftlich begründeten Sprachtherapieforschung in Deutschland. Wolfgang *Wodarg*, Schirmherr der Veranstaltung, ließ aufhorchen, als er die Krankenkassenbeiträge als Spenden bezeichnete, die für den Wettbewerb zwischen Solidargemeinschaften missbraucht würden. Sinnvolle und kostengünstige Programme zur Behandlung chronischer Krankheiten fehlten, aus Angst, mit ihnen die „falschen“, nämlich teuren Versicherungskunden anzuwerben. So würden 20 – 30.000 € pro Patient im Jahr für die medikamentöse Rheumatherapie aufgewendet, aber wirkungsvolle kostengünstige Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen in den Bereichen Bewegung und Ernährung nicht propagiert. Auch Sprachtherapie, obwohl nur mit zehn Prozent an den Ausgaben im Heilmittelbereich beteiligt, zu denen auch Ergo- und Physiotherapie gehören, werde zur Verfügungsmasse. Das Land schreibe sich kostspielige Stammzellentherapie auf die Fahnen, anstatt Sprachtherapie als indirekte Hirnzellentherapie zu fördern. Und anstatt öffentliche Gesundheitsvorsorge und Sprachförderung zum Beispiel aus Steuergeldern auf Unterhaltungselektronik zu finanzieren, werde über steigende Kosten lamentiert und Förderung gestrichen. Hier seien Veranstaltungen wie das wissenschaftliche Symposium des *dfs*, auf dem die Ergebnisse der Therapieforschung zusammen- und an die Öffentlichkeit getragen werden, nur zu begrüßen.

Barbara *Giel*, Sprachheilpädagogin vom Institut für Sprachtherapieforschung Moers, gab eine systematische Übersicht über die Inhalte und Anforderungen der Evaluationsforschung. Sie warb um differenzierte Therapieevaluation und öffnete die Augen für den langen Atem, den die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien für die Sprachtherapie dem Berufsverband und

den Fachvertretern abverlangt wird. Zugleich empfahl sie aber auch ausreichenden Respekt vor Normgrößen, die der Kalkulation im Gesundheitswesen dienen sollen.

Nicole *Stadie*, Institut für Linguistik der Universität Potsdam, zeigte den meist klinisch tätigen Therapeuten im Auditorium anschaulich und anhand eines Fallbeispiels, wie und mit welchen Methoden sie Therapieevaluation in den Alltag integrieren können. Auch wenn systematische Evaluierung an Praxistagen mit zahlreichen Therapie-sitzungen nicht für jeden einzelnen Patienten realistisch ist, kann sie aber mit Hilfe der dargestellten Vorgehensweise für einzelne Patienten durchgeführt werden. *Stadie* machte deutlich, dass eine differenzierte Planung und Strukturierung vor Beginn der ersten Therapiesitzung sich im Verlauf der Therapie immer als Erleichterung bezahlt macht.

Eindrucksvolle Beispiele sauber geplanter und durchgeführter Therapiestudien lieferten Astrid *Schröder* vom Institut für Linguistik der Universität Potsdam sowie Sabine *Corsten* und Markus *Mende* von der Klinik für Neurologie der Technischen Hochschule Aachen. Diese Vorträge bewiesen, dass Grundlagenforschung Therapiestoff liefert. Nur, wer sich deren Methoden bedient, wird auch im Alltag die Wirksamkeit von Aphasietherapie nachweisen können. *Schröder* räumte am Beispiel der agrammatischen Satzproduktion bei Aphasie auch noch mit einem therapeutischen Klischee auf: nicht immer muss vom Einfachen zum Schwierigen vorgegangen werden. In ihrer Therapie des Agrammatismus war die Übung mit anspruchsvollen Strukturen der richtige Auslöser für Lernerfolg. *Corsten* und *Mende* zeigten am Sprachverarbeitungsmodell, wo Aussprache störrisch ist und dass bereits durch die systematische Strukturierung des Therapiematerials störungsspezifisch gearbeitet werden kann.

Marcus *Meinzer*, Klinischer Psychologe von der Universität Konstanz, forderte das intensive Üben alltagsrelevanter Verhaltensformen bei Aphasie. Gleichsam dem hochfrequenten Üben

von Bewegungsfolgen eines Tennisschülers, der die Weltrangliste anstrebe, müsse auch der Aphasiker Sprachstrukturen für die Kommunikation mit hoher Intensität üben. Nach einer kommunikativen Sprachtherapie mit 30 Stunden in 10 Tagen konnte für Patienten mit chronischer Aphasie ein Langzeiteffekt nachgewiesen werden, der nach einer Therapie mit derselben Anzahl therapeutischer Sitzungen verteilt über 6 Monate ausblieb. „Mit der in der Ambulanz üblichen Therapiefrequenz ist das Rehapotential bei einem Großteil chronischer Aphasiker nicht ausgeschöpft“, resümiert *Meinzer* die Befunde seiner Arbeitsgruppe.

Mit den neurophysiologischen Aspekten sprachlicher Rehabilitation befasste sich Annette *Baumgärtner*, Klinik für Neurologie der Universität Hamburg. Mithilfe funktioneller bildgebender Verfahren gelang ihrer Arbeitsgruppe der Nachweis unterschiedlicher Hirnaktivitätsniveaus in den verschiedenen Phasen der Rehabilitation. Die Diskussion, ob die zeitweise spontane Hochregulierung nach einem temporären Verlust der Funktion eher als günstiger oder ungünstiger Moment für sprachliche Intervention zu interpretieren ist, blieb freilich spekulativ.

Eine Bewertung von Therapieerfolg ganz anderer Art gab Helmut *Teichmann*. Der Professor für Philosophie ist seit mehr als fünf Jahren selbst von Aphasie betroffen. Manchmal ringt er noch nach Worten und die Sätze finden nicht immer das Ende, welches ihr Anfang ihnen vorgeschrieben hätte. Man merkt ihm die Anstrengung an, aber auch die Freude über die zu großen Teilen zurückeroberte Redegewandtheit vor einem Auditorium. *Teichmann* arbeitet an einer neurologischen Reha-Klinik in Kreischa bei Dresden in der Beratung von Aphasikern und ihren Angehörigen und ist in der Selbsthilfe des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker engagiert. In seinen Ausführungen erhebt er den Aphasiker, seinen Angehörigen und den Therapeuten zur Dreieinigkeits, weist aber auf deren Konkurrenzinteressen hin. Nicht immer entspräche die Logik der Therapie auch der Logik des Alltags von Betroffenen. Die größten Feh-

ler, die in der Sprachtherapie passieren könnten, seien die Vernachlässigung sozialer und kommunikativer Aspekte und die Ignoranz von Patientenbedürfnissen.

Wenn Betroffene ihre Maßstäbe anlegen, ist das wohl die härteste Prüfung, der Sprachtherapie unterzogen werden kann. Dass Sprachtherapeuten sie nicht scheuen, zeigte die abschließende Podiumsdiskussion. Kritisch nahmen die Sprachtherapeuten und Wissenschaftler die Vorträge und ihre eigene Arbeit ins Visier. Fazit: Nicht immer ist die am einfachsten messbare Wirkung von Aphasiotherapie auch die für den Betroffenen nützlichste. Dass sprachstrukturelle Verbesserungen differenziert messbar geworden sind, ist ein großer Erfolg der kognitiven Neurolinguistik und der Aphasieforschung. Weitgehend unbefriedigt bleibt zurzeit aber noch das Evaluationsbedürfnis der kommunikationsorientierten Therapeuten. Und als bislang kaum messbar erweisen sich die Bedürfnisse der Betroffenen. Schade, dass die Terminkalender der geladenen Kassenvertreter deren Teilnahme nicht zuließen. Sie hätten vernehmen müssen, dass ihr Klischee von Therapieevaluation weit hinter dem herhinkt, was Aphasiotherapie zu erbringen im Stande ist und dass ihre Ansprüche an diese nur wenig Deckung mit denen der Betroffenen aufweisen. *De Bleser* formuliert mit ihrem Vorschlag, die Vorher- und Nachheruntersuchung der Spontansprache ernster zu nehmen, erste Inhalte für ein gemeinsames Forschungsprojekt von Uni Potsdam und *dbS*. Auch *MdB Wodarg* hatte den *dbS* schon dazu aufgefordert, gemeinsam mit Politik und Kostenträgerseite die richtigen Forschungsfragen zu bearbeiten. Mit bewegenden Worten dankt *Teichmann* im Namen aller Betroffenen den bisherigen Leistungen der Sprachtherapie.

Angeregt durch zahlreiche kompetente, praxisrelevante und zielgruppenorientierte Informationen gehen die Teilnehmer auseinander. Mit den ihnen anvertrauten Patienten in Gedanken fühlen sie sich vielleicht ein wenig wie Delphine – entschlossen, sie in der nächsten Übungssituation nach den

Maßstäben der jeweiligen persönlichen Weltrangliste fit für's nächste Alltags-Match zu machen.

### **dbS – Mitgliederversammlung am 21. Januar 2006 in Potsdam**

Von Dagmar Ludwig

Die diesjährige Mitgliederversammlung des *dbS* – mit rund 150 Teilnehmern gut besucht – fand im Anschluss an das 7. wissenschaftliche Symposium des *dbS* im Auditorium Maximum in den historischen Räumen des Neuen Palais in Potsdam statt.

Dr. Volker *Maihack*, 1. Bundesvorsitzender des *dbS*, berichtete über die intensive, durch vielfältige Themenbereiche gekennzeichnete Arbeit des Vorstands in den letzten zwölf Monaten.

### **Resolution zum Bundessprachtherapeutengesetz als historischer Meilenstein gewürdigt**

Aus sprachtherapeutischer Sicht gab es einen historischen Meilenstein zu vermelden: Erstmals appellieren *dbI* und *dbS* in einer gemeinsamen Resolution an die Bundesregierung, sich für die „Schaffung eines Berufsgesetzes zum Heilberuf Sprachtherapeut/Logopäde“ einzusetzen. Da dieses gemeinsame Vorgehen von äußerst großer Bedeutung und Tragweite ist, finden Sie die Resolution untenstehend im Originaltext (S. 97). Die Resolution wurde an alle Mitglieder der Ausschüsse für Gesundheit, Bildung und europäische Angelegenheiten gesendet. In einem beigefügten Schreiben wird der Entstehungsprozess innerhalb der eigens zu diesem Zweck ins Leben gerufenen „kleinen Dozentenkonferenzen“ der letzten zwei Jahre beschrieben. Daraus zum besseren Verständnis folgendes Zitat: „Dreißig Jahre später (ergänzende Anmerkung: nach Einbringung des Entwurfes eines Gesetzes über den Beruf des Logopäden) sehen sich Patientinnen und Patienten in Deutschland einer europaweit einzigartig zersplitterten Berufslandschaft gegenüber. Denn im Unterschied zu anderen europäischen Ländern werden Maßnahmen der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie nicht nur von Logopäden, sondern auch von Atem-, Stimm- und Sprechlehrern, klinischen Linguisten, klinischen

Sprechwissenschaftlern, Patholinguisten und Sprachheilpädagogen erbracht. Die Einhaltung von für alle Professionen gleichermaßen geltenden Mindeststandards für die Ausbildung ist dabei nicht bundesgesetzlich geregelt, sondern wird durch verschiedene Bundes- oder Landesgesetze bzw. Regelungen der Selbstverwaltung sichergestellt.“ So sehen alle in der Ausbildung Tätigen dringenden Handlungsbedarf für ein gesetzgeberisches Verfahren. In mehrjähriger Arbeit wurde gemeinsam ein Modulkonzept zu Form und Inhalt der Ausbildung entwickelt, das ein einheitliches Berufs- und Ausbildungsprofil für den „akademischen Logopäden/Sprachtherapeuten“ schafft. Gleichzeitig werden auch die „großen Herausforderungen“ gesehen, „die im Gesundheitswesen zu bewältigen sind“. Die Dozenten hoffen, mit der Schaffung eines Berufsgesetzes „auch einen Beitrag zu einer effizienteren und wirtschaftlichen Versorgung“ leisten zu können. Auch der *dbI* sieht in der massenhaften, z. T. wenig qualifizierten Ausbildung von Logopäden in privaten Fachschulen eine Existenzgefährdung des gesamten sprachtherapeutischen Berufsstandes.

Der Dank der *dbS*-Mitglieder gilt im Besonderen Dr. Volker *Maihack*, der als Initiator und Vorsitzender der Dozentenkonferenzen dieses historische Ergebnis maßgeblich mit auf den Weg gebracht hat.

Nun zeigen sich tatsächlich wieder Lichtblicke am Horizont, da einzelne Bundestagsabgeordnete und auch politische Gremien nach dem Anschreiben Gesprächsbereitschaft signalisiert haben. So sicherte *MdB Dr. Wodarg*, der Schirmherr des diesjährigen Symposiums, dem *dbS* Unterstützung bei den politischen Vorhaben zu. Auf Einladung verschiedener Parteien werden Volker *Gerrlich* und Dagmar *Ludwig* die ersten „Berliner Gespräche“ Mitte Februar führen. Erste Ergebnisse entnehmen Sie bitte der Homepage ([www.dbS-ev.de](http://www.dbS-ev.de)).

In Bezug auf andere Themenbereiche musste Dr. *Maihack* mit Bedauern feststellen, dass sich viele politische Gesprächsabsichten, die über alle Parteien hinweg zuvor noch geäußert worden waren, nach den Bundestagswah-

len 2005 zerschlagen haben. In der Gesundheitspolitik konnten sich die Parteigremien auch zu Beginn 2006 immer noch nicht auf eine gemeinsame Position einigen.

#### Vorstand besorgt um Richtgrößenvorgaben und Verordnungslage

Volker *Gerrlich*, der Geschäftsführer des *dfs*, setzte den Bericht für seine Arbeitsbereiche fort: Dramatisch gestaltet sich zu Beginn des Jahres die Verordnungssituation in einigen Bundesländern, besonders im Rheinland und in Schleswig-Holstein. Unter Verweis auf die Richtgrößenvorgaben werden seit dem 1. Januar vielerorts keine Verordnungen für Sprachtherapie mehr ausgestellt. Viele Praxen sind dadurch in ihrer Existenz bedroht, die ersten Praxen meldeten bereits Kurzarbeit an. Schwer benachteiligt werden aber besonders die Patienten, denn sie erhalten nicht mehr die medizinisch notwendige sprachtherapeutische Versorgung. Auf die Ordnungsverweigerung von seinen Berufskollegen angesprochen, erwiderte ein Mitarbeiter einer Kassenzärztlichen Vereinigung zu Recht: Das sei unterlassene Hilfeleistung.

*Gerrlich* machte noch einmal deutlich, dass die Richtgrößen keine begrenzenden Beträge für die Versorgung einzelner Patienten sind, sondern lediglich der Berechnung des Richtgrößenvolumens für den einzelnen Vertragsarzt dienen. Die Richtgrößen sollen den Vertragsarzt bei seiner Entscheidung über die Verordnung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot leiten, dessen Einhaltung durch die Krankenkassen und die Kassenzärztlichen Vereinigungen überprüft wird. Die Richtgrößen haben daher eine Informations- und Warnfunktion, sollen aber nicht dazu führen, dass medizinisch notwendige Therapie nicht mehr im erforderlichen Maß verordnet wird. Erst ab einer 15-prozentigen Überschreitung der Richtgröße findet eine Beratung des Vertragsarztes statt. Ein Regress kann erst ab einer 25-prozentigen Überschreitung drohen, wenn keine so genannten Praxisbesonderheiten (nachzuweisen z.B. anhand von Therapieberichten) vorliegen, die das höhere Verordnungsvolumen des einzel-

nen Vertragsarztes rechtfertigen. So ist auch führenden Vertretern der Ärztevereinigungen kein Arzt bekannt, der wegen zu vieler sprachtherapeutischer Verordnungen in Regress genommen wurde. Eine Entschärfung des Konfliktes zeichnete sich zunächst durch eine Klarstellung der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer ab. Die aktuelle Entwicklung zur Situation im Rheinland und in Schleswig-Holstein kann der Homepage entnommen werden.

Für Unsicherheit sorgten bei einigen Mitgliedern auch die neuen Bachelor- und Master-Studienabschlüsse. *Gerrlich* erklärte dabei, dass es für die Studierenden unerheblich ist, welches Studium begonnen wird, wichtig ist nur der Inhalt des Studiums, der durch die Bestimmungen für eine Krankenkassenzulassung eng definiert ist. Weiterhin sind auch Zulassungen in Teilbereichen möglich.

Die Kassenverhandlungen verliefen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Bei der festgelegten Grundlohnsumentensteigerung von 0,65 gab es größtenteils erwartungsgemäße Abschlüsse, in Niedersachsen sowie bei den Verhandlungen mit dem VdaK konnten noch keine Vergütungserhöhungen erreicht werden. *Gerrlich* berichtet, dass bei den Verhandlungsterminen zeitweise auch gute Gespräche über inhaltliche Stellenwerte und strukturelle Veränderungen geführt wurden, diese jedoch schon nach kürzester Zeit wieder in Vergessenheit gerieten. Frustrierend, aber wahr: es dreht sich eben doch nur alles um die Kosten.

#### Fortbildungsverpflichtung tritt in Kraft

Inhalte und Bedingungen der zum 1. Oktober 2006 in Kraft tretenden Fortbildungsverpflichtung für Praxisinhaber, erläuterte die 2. Bundesvorsitzende des *dfs*, Dr. Susanne *Voigt-Zimmermann*. Nach schwierigen Verhandlungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsverbände eine vorläufige Einigung zur Umsetzung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung erzielt. Zunächst wird die Fortbildungsverpflichtung nur für den Zugelassenen und den fachlichen Leiter greifen.

Ab dem 1. Oktober 2006 sind Fortbildungen im Umfang von 60 Punkten in vier Jahren zu absolvieren. In einer Übergangsphase werden Fortbildungen ab dem 1. April 2006 auf den vierjährigen Betrachtungszeitraum von Oktober 2006 bis Oktober 2010 angerechnet. Auch für die Angestellten gilt eine Fortbildungspflicht. Angestellte haben sich mindestens alle 2 Jahre extern fortzubilden. Ein Punktesystem wie bei den Zugelassenen ist hierbei aber zunächst noch nicht vorgesehen. Der genaue Wortlaut der Fortbildungsverpflichtung und Erklärungen sind von der *dfs* Homepage abrufbar.

Auch in diesem Jahr bietet der *dfs* wieder ein umfangreiches Fortbildungsprogramm mit sehr interessanten, praxisrelevanten Themenkreisen an, so dass das Punktesammeln sicherlich nicht schwer fallen wird. Die 1. LRS-Fortbildungsreihe, die mit einer gemeinsamen Zertifizierung durch den *dfs* und den Bundesverband Legasthenie (BVL) abschließen wird, fand so großes Interesse, dass sie bereits ausgebucht ist, eine zweite ist in Planung.

*Gerrlich* schloss den Bericht des Vorstandes mit einem herzlichen Dank an die engagierten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, RA Kirsten *Lange*, Sonja *Mari* und Sabrina *Eulert*.

#### Erste quantifizierende Studie zur Kindersprachtherapie in Deutschland vorgestellt

Neben den berufsverbandlichen Aufgaben wurden erste Ergebnisse eines eher fachverbandlich ausgerichteten Projektes von *dfs* und Universität Bielefeld vorgestellt. Im Rahmen einer retrospektiven Datenerhebung zur Diagnostik und Therapie von Kindern im Alter von 0-16 Jahren werteten Dr. Ulrike *de Langen-Müller*, Öffentlichkeitsreferentin des *dfs* und Dr. Martina *Hielscher-Fastabend*, Mitarbeiterin am Institut für Linguistik der Universität Bielefeld, über 31.000 Daten aus, die zunächst in neun teilnehmenden Praxen erhoben wurden. Die Veröffentlichung der Studie in der *Sprachheilarbeit* wird vorbereitet. Außerdem sollen erste Ergebnisse für die Tagespresse aufbereitet werden.

Der besondere Dank gilt den beiden Kolleginnen für ihre außerordentlich

wichtige Arbeit. Beschlossen wird, die Datenanalyse fortzusetzen und eine weitergehende, prospektive Studie anzuschließen.

### Wieder Praxisinhabertreffen geplant

Im nächsten großen Themenblock kamen die Beiratsmitglieder zu Wort. Kathrin Schubert, Beiratsmitglied Praxisinhaber, berichtete über das letzte, sehr gut besuchte Praxisinhabertreffen und kündigte das nächste für den 4. November 2006 in Würzburg an. Diverse Servicepapiere sind für Praxisinhaber über die Homepage abrufbar.

### Aktivitäten des Arbeitnehmerkreises vorgestellt

Als Interessensvertreter für die Arbeitnehmer bat Ralf Rokitta um weitere Unterstützung dieses Kreises und rief auch die Angehörigen der Mitgliedsverbände dazu auf, sich aktiv zu beteiligen. Das Arbeitnehmer-ABC, sicher auch interessant für Arbeitgeber, kann über die Homepage oder in gedruckter Form über die Geschäftsstelle bezogen werden.

Die Arbeit an den Universitäten soll stark intensiviert und verbessert werden, so beispielsweise durch den Entwurf eines einheitlichen Praktikumsheftes, durch eine bundesweite Praktikumsbörse und durch Informationsveranstaltungen.

### Powerpoint-Präsentation für Infoveranstaltungen verfügbar

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack stellte die neuen *dbS*-Landesvertreter vor, deren Einarbeitung durch eine schriftliche Zusammenstellung der wichtigsten Aufgabenbereiche erleichtert wird. Diese kann ebenso wie eine Powerpoint-Präsentation für Infoveranstaltungen an Hochschulen von der Homepage herunter geladen werden.

### Bericht aus den Hochschulen

Der Vertreter der Hochschulen, Herr Prof. Homburg berichtete über die intensive Arbeit innerhalb der Dozentenkonferenz. Die Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und dem *dbS* verläuft sehr harmonisch.

### Informationen aus den Mitgliedsverbänden

Die Vertreter der Mitgliedsverbände betonten die gute Zusammenarbeit innerhalb des *dbS*. Frank Ostermann, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Klinische Linguistik (BKL), lud alle Anwesenden zum BKL-Workshop Ende April nach Bielefeld ein. Ulrike Sievert, 1. Vorsitzende des Deutschen Bundesverbandes Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS), wies auf eine Tagung am 9. und 10. Juni 2006 in Halle hin, die thematisch den gesamten sprechwissenschaftlichen Bereich abdecken wird. Vom Verband für Patholinguistik (vpl) berichtete dessen 1. Vorsitzende, Jenny Postler, über die Zulassungsfähigkeit der Patholinguisten, erste Krankenkassenzulassungen sind bald zu erwarten. Der gesamte medizinische Bereich wurde in das Studienprogramm aufgenommen.

### Haushalt in Ordnung

Abschließend stellte Gerrlich den – wie erwartet – ausgeglichenen Haushaltsplan 2006 vor und betonte, dass das Haushaltsjahr 2005 mit höheren Einnahmen als geplant abschließen konnte. Für seine umfassende Arbeit wurde Herrn Gerrlich sehr herzlich gedankt.

### Neue Aufträge für den Verband

Die Anträge zur Mitgliederversammlung wurden unter reger Teilnahme der Anwesenden diskutiert und führten zu folgenden Beschlüssen:

- Gründung eines „Fördervereins zur Unterstützung von Forschung und Lehre im Bereich der Sprachtherapie“, um beispielsweise durch freiwillige Spenden Forschungsprojekte zu unterstützen.
- Beauftragung einer Arbeitsgemeinschaft zur Entwicklung von Dokumentationsempfehlungen für die akademische Sprachtherapie.
- Angenommen wurde auch ein Antrag, der den *dbS* auffordert, sich dafür einzusetzen, dass die Versorgung von Patienten außerhalb der Praxisräume (Schulräume/Kindertagesstätten) von den Krankenkassen grundsätzlich akzeptiert wird.

### 8. wissenschaftliches Symposium 2007 im Rheinland

Der Abschluss der diesjährigen Mitgliederversammlung bot einen Ausblick auf das Jahr 2007. Das 8. wissenschaftliche Symposium des *dbS* wird sich aus aktuellem Anlass der Frage nach den biologischen Grundlagen von Sprachentwicklung, Sprachentwicklungsstörungen und sprachlichem Lernen widmen. Ziel soll sein, die Trennung von Förderung und Therapie fassbarer zu machen. Der Tagungsort für das Symposium und die Mitgliederversammlung wird dann im Rheinland liegen.

### *dbS*-Fortbildungen im April, Mai und Juni 2006

Ein Auszug aus dem *dbS*-Fortbildungsprogramm 2006:

29.04.06, Dortmund: Globale Aphasien Teil 1: Therapeutische und diagnostische Orientierung. Referent: Frank Ostermann

29.04.06, Frankfurt/M.: Neuropädiatrische Aspekte der Frühförderung. Referent: Dr. med. Jürgen Seeger

12./13.05.06, Köln: Therapie bei organischen Stimmstörungen. Referent: Theo Strauch

12./13.05.06, München: Non-Avoidance-Therapie bei stotternden Erwachsenen und Jugendlichen. Referent: Hartmut Zückner

19./20.05.06, Hannover: Sensorische Integration in der sprachtherapeutischen Praxis. Referentin: Stephanie Kurtenbach

19./20.05.06, Würzburg: Das Gehirn verstehen: Nutzen für Therapieplanung und Beratung. Referent: PD Dr. Ernst G. de Langen

16./17.06.06, Duisburg: Poltern: Diagnostik und Therapie. Referentin: Ulrike Sick

Informationen zu diesen und allen weiteren *dbS*-Seminaren erhalten Sie in der Geschäftsstelle und auf der *dbS*-Homepage: [www.dbS-ev.de](http://www.dbS-ev.de)

Immer erreichbar:  
[www.dbS-ev.de](http://www.dbS-ev.de)



## Resolution

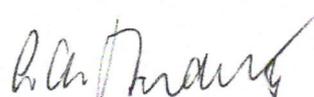
### Schaffung eines Berufsgesetzes zum Heilberuf Sprachtherapeut /Logopäde

Die Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie im System der GKV wird in Deutschland durch verschiedene Berufsgruppen geleistet. Die größte stellen Logopäden mit ca. 12000 Berufangehörigen dar. Ihnen folgen ca. 3000 an Hochschulen ausgebildete Sprachtherapeuten (Sprachheilpädagogen, Klinische Linguisten, Patholinguisten, Klinische Sprechwissenschaftler, Logopäden) und etwa 400 an einer niedersächsischen Fachschule ausgebildete Atem-, Sprech- und Stimmlehrer. Ein Bundesgesetz existiert allerdings nur für die Ausbildung der an Fachschulen qualifizierten Logopädinnen und Logopäden.

Im Vergleich zum europäischen Ausland ist die Berufslandschaft damit einzigartig zersplittert. Die Transparenz des Versorgungsangebotes für die Bevölkerung und eine vergleichbare Ausbildungsqualität ist nur durch die Schaffung eines einheitlichen Berufsgesetzes möglich.

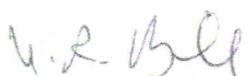
Zur Erreichung dieses Zieles haben, auf Initiative der Berufsverbände, die Lehrenden aller Universitäten, Fachhochschulen und Vertreter der Fachschulen, die Sprachtherapeuten oder Logopäden ausbilden, in einem mehrjährigen Abstimmungsprozess ein gemeinsames Modulkonzept zu Form und Inhalt der Ausbildung erarbeitet. Dieses entspricht den Harmonisierungsbeschlüssen zur europäischen Hochschulausbildung (Bologna 1999). Auf ihrer letzten gemeinsamen Sitzung am 20./21. 10. 2005 in Hannover wurde dieses Konzept einstimmig verabschiedet.

Die Unterzeichnenden fordern die politisch Verantwortlichen in Bund und Land nunmehr auf, die Initiative zu ergreifen, durch die das bestehende Berufsgesetz der Logopäden durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz Sprachtherapie/Logopädie abgelöst wird.

  
Prof. Dr. C. Anders  
Universität Halle

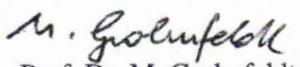
  
Prof. Dr. U. Beushausen  
Fachhochschule Hildesheim

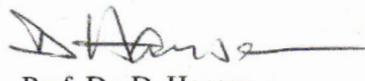
  
Prof. Dr. K. Bilda  
Fachhochschule Oldenburg/  
Ostfriesland - Wilhelmshaven

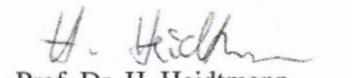
  
Prof. Dr. R. Bindel  
Universität Hannover

  
Prof. Dr. R. deBleser  
Universität Potsdam

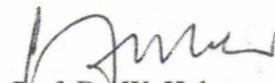
  
Prof. Dr. G. Dupuis  
Universität Dortmund

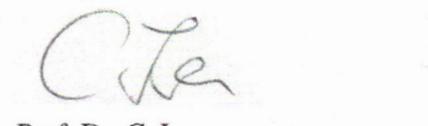
  
Prof. Dr. M. Grohnfeldt  
Universität München

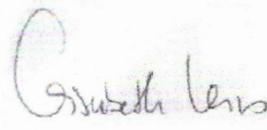
  
Prof. Dr. D. Hansen  
Universität Würzburg

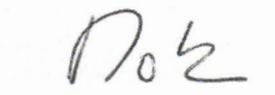
  
Prof. Dr. H. Heidtmann  
Universität Kiel / Flensburg

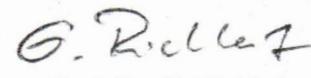
  
Prof. Dr. G. Homburg  
Universität Bremen

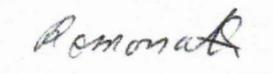
  
Prof. Dr. W. Huber  
RWTH Aachen

  
Prof. Dr. C. Iven  
Europa Fachhochschule Fresenius,  
Idstein

  
Prof. Dr. E. Leiss  
Universität München

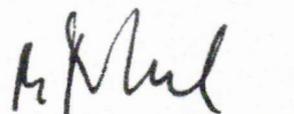
  
Prof. Dr. H.-J. Motsch  
Universität Köln

  
Prof. Dr. G. Rickheit  
Universität Bielefeld

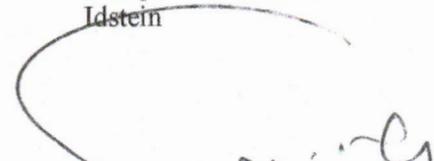
  
Prof. Dr. R. Romonath  
Universität Köln

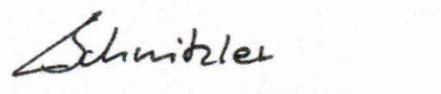
  
Prof. Dr. C. Schlenker-Schulte  
Universität Halle

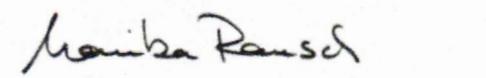
  
Prof. Dr. J. Tesak  
Europa Fachhochschule Fresenius,  
Idstein

  
Dipl.-Psych. M. Bröckel  
Lehrlogopädin dbl

  
Hartmut Zückner  
Lehrlogopäde dbl

  
Dr. Subellok  
Universität Dortmund

  
Carola D. Schnitzler, MSc/GB  
Bundesvorstand dbl - Beisitz Bildung

  
Dr. M. Rausch  
Deutscher Bundesverband für Logopädie

  
Dr. V. Maihack  
Deutscher Bundesverband der  
akademischen Sprachtherapeuten

## Termine

## Fortbildungsangebote der dgs-Landesgruppen

## Berlin

**Mit Lucie und Willi geht alles besser – Puppenspielerseminar**

Mo., 08. Mai 2006 (17:00 – 20:00 Uhr)  
Schilling-Schule; Referent: Herr *Goertler*

**Gut bei Stimme** – Informationsveranstaltung zum Wochenendseminar  
Do., 29. Juni 2006 (19:00 – 20:30 Uhr)  
Bernhard-Rose-Schule; Referent: Dr. *Kwiatkowski*

**„sports of speaking“ – „Ich stottere nicht mehr – na und?!“**

Training des Zwerchfells und der Mentalität in Anlehnung an die Kido-Methode und Festigung der Symptombefreiheit nach dem MCGuire-System  
Mo., 28. August 2006 (17:00 – 20:00 Uhr)  
Helen-Keller-Schule; Referent: Herr *Schöfisch*

**Gut bei Stimme** – Wochenendseminar  
Fr. – So., 27. – 29. Oktober 2006, Wannsee-Forum; Referent: Dr. *Kwiatkowski*

Ausführliche Beschreibungen erfolgen zeitnah; nähere Informationen über dgs-Landesgruppe / Helmut *Beek*

## Rheinland

**Einführung in die Stimmig sein-Methode** ® Funktional-psychointegrale Selbstregulation von Gesang und Sprechstimme

Fr. 05. / Sa. 06. Mai 2006 (Fr. 15:30 – 19:00 Uhr/ Sa. 10:00 – 17:00) in Köln; Referentin: Uta *Feuerstein*; begrenzte Teilnehmerzahl; Tagungsbeitrag € 140, Nichtmitgl. € 175, erm. € 125

**Mit großen Handpuppen spielerisch zum Sprechen verführen**

Sa. 06. / So. 07. Mai 2006 (Sa. und So. 10:00 – 16.30 Uhr) in Köln; Referent: Olaf *Möller*; Tagungsbeitrag € 110, Nichtmitgl. € 145, erm. € 95

**Unterstützte Kommunikation – Teil 1: Einführungskurs (nach ISAAC-Standard)**

Fr. 12. / Sa. 13. Mai 2006 (Fr. und Sa. 10:00 – 18:30 Uhr) in Köln; Referenten: Thomas *Herrmann*, Carolin *Sesterhenn*; Tagungsbeitrag € 140, Nichtmitgl. € 155, erm. € 125

**Kooperatives Lernen – Neue Lernstrategien in Unterricht und Erziehung von sprachbehinderten Kindern**

Fr. 12. / Sa. 13. Mai 2006 (Fr. 15:00 – 18:30 Uhr/ Sa. 9:30 – 17:30) in Düsseldorf; Referentin: Elvira *Lingnau*; Tagungsbeitrag € 110, Nichtmitgl. € 145, erm. € 95

**Unterstützte Kommunikation – Teil 2: Und jetzt? Wie fange ich an? Wie geht es weiter? Methodisch-didaktische Aspekte beim Kommunizieren – Lernen mit unterstützenden Formen (Zertifikats-Aufbaukurs nach ISAAC-Standard)**

Sa. 09. / So. 10. Juni 2006 (Sa. und So. 10:00 – 19:00 Uhr) in Köln; Referenten: Miriam *Thiemann*, Bärbel *Weid-Goldschmidt*; Tagungsbeitrag € 140, Nichtmitgl. € 155, erm. € 125

**Entwicklungsdyspraxie**

Sa. 10. Juni 2006 (9:00 – 17:00 Uhr) in Dormagen; Referentin: Cornelia *Reuß*; Tagungsbeitrag € 85, Nichtmitgl. € 105, erm. € 75 (incl. Skript)

**Strukturierung und Visualisierung im sonderpädagogischen und therapeutischen Alltag nach dem TEACCH-Konzept**

Fr. 18. / Sa. 19. August 2006 (Fr. 12:00 – 16:00 Uhr/ Sa. 9:00 – 15:00) in Köln; Referentin: Dorothee *Kloekner*; begrenzte Teilnehmerzahl; Tagungsbeitrag € 120, Nichtmitgl. € 145, erm. € 105

**Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik und Therapie bei kindlichen Dysphonien**

Fr. 25. / Sa. 26. August 2006 (Fr. 15:00 – 18:00 Uhr/ Sa. 10:00 – 17:00) in Dormagen; Referentin: Birgit *Appelbaum*; Tagungsbeitrag € 110, Nichtmitgl. € 145, erm. € 95

**„Zum Sprechen gehören Zwei!“ Frühe interaktive Therapie für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen**

Sa. 30. September (10:00 – 17:00 Uhr) in Köln; Referentin: Maria *Spreen-Rauscher*; Tagungsbeitrag € 65, Nichtmitgl.

€ 85, erm. € 55

**TAKTKIN – ein Ansatz zur Behandlung sprechmotorischer Störungen (Ausbildungskurs mit Zertifikat)**

Fr. 06. bis So. 08. Oktober 2006 (jeweils 9:00 – 17:00 Uhr); Referentin: Beate *Birner-Janusch*; begrenzte Teilnehmerzahl; Tagungsbeitrag € 260, Nichtmitgl. € 290, erm. € 230

**Sprachtherapie mit Bilderbüchern in Schule und Praxis**

Sa. 21. Oktober 2006 (9:30 – 17:00 Uhr) in Köln; Referentin: Stefanie *Riehemann*; Tagungsbeitrag € 65, Nichtmitgl. € 85, erm. € 55

**Effektiv kommunizieren in kniffligen Gesprächssituationen**

Sa. 28. Oktober 2006 (9:30 – 17:30 Uhr) in Köln; Referentin: Bettina *Banse*; begrenzte Teilnehmerzahl; Tagungsbeitrag € 95, Nichtmitgl. € 105, erm. € 85

**Diagnostik des Sprachverstehens bei (spezifischer) Sprachentwicklungsstörung**

Sa. 04. November 2006 (10:00 – 18:00 Uhr) in Köln; Referentin: Claudia *Schlesiger*; Tagungsbeitrag € 85, Nichtmitgl. € 105, erm. € 75

**Stimme und Feldenkrais**

Fr. 10. / Sa. 11. November 2006 (Fr. / Sa. 10:00 – 16:00 Uhr) in Düsseldorf; Referentin: Petra *Simon*; Tagungsbeitrag € 110, Nichtmitgl. € 145, erm. € 95

**Kinder mit LKGS-Fehlbildung: Diagnostik und Therapie**

Fr. 17. / Sa. 18. November 2006 (Fr. / Sa. 10:00 – 17:00 Uhr) in Köln; Referentin: Sandra *Neumann*; Tagungsbeitrag € 120, Nichtmitgl. € 145, erm. € 105

**Kunterbunt geht's rund um Nase und Mund; Spiele und Übungen zum Training der Nasenatmung und der Sprechwerkzeuge**

Sa. 25. November 2006 (Sa. 10.00 – 17.00 Uhr) in Köln; Referentin: Veronika *Struck*; Tagungsbeitrag € 65, Nichtmitgl. € 85, erm. € 55

Anmeldungen und Rückfragen bitte über: [appelbaum@dgs-rheinland.de](mailto:appelbaum@dgs-rheinland.de)

## Westfalen-Lippe

### Einblicke in das Arbeiten mit dem Therapiekonzept von Barbara Zollinger

Fr. 12./ Sa. 13. Mai 2006 (Fr. 15:30 - 19:30 Uhr/ Sa. 9:30-16:30 Uhr); Referentinnen: Mechthild Böhr/ Elisabeth Müller

### Störungen der Sprachentwicklung im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit

Fr. 12./ Sa. 13. Mai 2006 (Fr. 15:30 - 19:30 Uhr/ Sa. 10:00 - 18:00 Uhr); Referentin: Dr. Annette Kracht

### Förderung des Grammatikerwerbs – konkret

Sa. 10. Juni 2006 (10:00 - 17:30 Uhr); Referentin: Elisabeth Wilhelm

### Mini-KIDS: Symptomtherapie für stotternde Kinder

Fr. 09./ Sa. 10. Juni 2006 (Fr. 15:30 - 20:00 Uhr/ Sa. 9:30 - 18:00); Referent: Peter Schneider

### Rechenschwäche – was tun? Eine Einführung in Diagnostik und Therapieansätze bei Rechenschwäche/ Dyskalkulie

Fr. 18./ Sa. 19. August 2006 (Fr. 16:00 - 20:00 Uhr/ Sa. 10:00-17:00 Uhr); Referentin: Karin Elke Krüll

### Auch wer nicht sprechen kann, hat was zu sagen. Unterstützte Kommunikation für „Nichtsprechende“ – ein Einführungs-Zertifikatskurs nach ISAAC-Standard

Sa. 19. August/ Sa. 18. November 2006 jeweils von 10:00 - 17:00 Uhr (beide Veranstaltungstage bilden eine Einheit und können nicht einzeln gebucht werden!); Referentinnen: Prof. Bärbel Weid-Goldschmidt/ Miriam Thiemann/ Nadine Diekmann

### Ansätze der Sprachtherapie bei Morbus Parkinson

Sa. 28. Oktober 2006 (9:30 - 17:00 Uhr); Referent: Bernd Frittrang

### Myofunktionelle Störungen näher betrachtet – Ursachen, Diagnose und Therapie

Sa. 28. Oktober 2006 (10:00 - 17:00 Uhr); Referentin: Veronika Struck

### Prävention von Stimmstörungen in Call Centern

Sa. 18. November 2006 (10:00 - 17:30 Uhr); Referentin: Anja Sportelli

Alle Veranstaltungen finden im Kurhaus Bad Hamm, Ostenallee 87 in 59071 Hamm statt (Änderungen vorbehalten). Ausführliche Veranstaltungsinformationen sind zu beziehen über die „doppelpunkt“- Geschäftsstelle Hamm – [www.dgs-doppelpunkt.de](http://www.dgs-doppelpunkt.de) oder über E-Mail: [info@dgs-doppelpunkt.de](mailto:info@dgs-doppelpunkt.de)

## Workshop: Bundesverband Klinische Linguistik

Der diesjährige Workshop des BKL (Bundesverband Klinische Linguistik e.V.) findet vom 27.-29.04. an der Universität Bielefeld, Zentrum für Interdisziplinäre Forschung statt. Die Themenschwerpunkte sind in diesem Jahr Aphasiediagnostik und -behandlung, neurophysiologische Aspekte der Sprachverarbeitung, Dysphagiemanagement und Fragen der Therapie spracherwerbsgestörter Kinder. Die Anmeldung zur Tagung kann ab Ende Februar über die Internetseiten des BKL ([www.bkl-ev.de](http://www.bkl-ev.de)) erfolgen oder direkt bei der Universität Bielefeld bei PD Dr. Martina Hielscher-Fastabend, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, Bereich Klinische Linguistik, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Fax.: 0521 106 6447, Fon: 0521 106 5314 oder Sekretariat 0521 106 5310. Die Tagungsgebühr beträgt für Nichtmitglieder 50 €, für Mitglieder des BKL 35 € und für Studierende 20 €. Die Teilnahme am gemeinsamen Buffett am Freitag Abend kostet zusätzlich 25 €. Bei Anmeldung an der Tageskasse beträgt die Tagungsgebühr 30 €/Tag, für Studierende 15 €/Tag.

## Fort- und Weiterbildungs-Programm

Zu erhalten bei:  
SBBZ Coburg  
Sprachtherapeutisches Beratungs- und Behandlungszentrum der Medau-Schule  
Schloss Hohenfels  
96450 Coburg  
Tel.: (0 95 61) 23 51 – 0  
Fax: (0 95 61) 23 51 34  
e-mail: [logopaedie@medau-schule.de](mailto:logopaedie@medau-schule.de)  
<http://www.sbbz-coburg.de>

## Echo

### Erwiderung auf den Artikel von Penner / Schmid: „Über sprachliches Regellernen und Fördermaßnahmen“ in der Sprachheilarbeit 6/2005, 293-299

Hinter mir höre ich ein knapp 2-jähriges Mädchen zum Papa sagen: „Dust, dust“. Mein Sohn bringt die leere Teeflasche und sagt: „alle“, seine schwäbische Tante rief früher „labla“ = babela und meinte das gleiche. In der Kindergruppe höre ich die Bitten: „Tee“, „tinten“ oder „giga“ oder „ham-ham“. Eine Mutter berichtet von einem Schlurfgeräusch. Keines der Kinder weiß, dass es sich eines Nomens, eines Adjektivs, Verbs, einer Verallgemeinerung oder auch einer Nachahmung bedient, aber alle haben eines gemeinsam: Sie haben Durst und wenden sich hörbar an die Mutter. Sie stehen auf der untersten kommunikativen Stufe und äußern sich mit einem Einzelwort. Sie setzen die Mechanismen der Kommunikation richtig ein, denn die Mutter wird gleich auf ihre Bitte hin ihr Trinkbedürfnis befriedigen.

In meine Sprachambulanz kommen 3-jährige Kinder, die einen Wortschatz von 10 Wörtern haben. Sie sind alle bereit und offen, mit mir zu kommunizieren. Ich kann ihre individuellen Entwicklungsanfänge begleiten und biete ihnen zur Unterstützung zuerst lautlich einfache, einsilbige Wörter an – vor allem aus unserem Anna-Buch, aber auch Tierlaute und -namen, Körperteile, Präpositionen (Tür auf/Tür zu), einfache Lebensmittelnamen, Farben usw. Dabei ist zu beobachten, dass sich ihr Sprachrepertoire beständig durch die Kommunikation erweitert, die sie in ihrer Umgebung und gezielter mit mir erleben.

Zu den Einzelworten treten Aneinanderreihungen von unflektierten Wörtern, z.B. „Bable holt holen“ = Der Gabelstapler holt Holz. Allmählich fin-

den sich auch flektierte Formen ein: „deholt“, „Kerzen puten“. In der Adventszeit konnte Tom kürzlich wunderbar den Plural von Kerze erleben, da 2, dann 3... Kerzen angezündet und auch ausgepustet wurden – er sprach folgerichtig auch in der Pluralform von Kerzen, als er unseren Adventskranz sah.

Aufgrund des eifrigen Kommunizierens der 1 1/2 bis 3-Jährigen mit teilweise sehr eingeschränktem Wortrepertoire ist mir der Kernsatz von *Penner/Schmidt* nicht nachvollziehbar:

„Die Kinder, die die ersten Schritte im Sprachentwicklungsprozess machen, haben jedoch eine andere Perspektive als wir. Für sie stellt die Sprache in erster Linie ein formales Lernobjekt dar, das aus Regeln besteht. Bevor die Kinder Sprache als wirksames Mittel für die Kommunikation benutzen können, müssen sie sich diese Regeln bis zu voller Automatisierung aneignen“ (S. 293).

Meine vielfältigen Erfahrungen mit Kommunikation ohne Regeln (s.o.) lehren mich das Gegenteil, die Kommunikation ist doch der Motor und das Übungsfeld für den Aufbau morphologisch und syntaktisch richtiger Sprache.

Abschließend noch ein Beispiel aus der Wirklichkeit: Der kleine 1;5 Jahre alte Bursche sagte zunächst „tinken“, dann „dus“ = Durst und differenziert jetzt inhaltlich (immer noch auf der Einwortebene) „Mich – Saf – Pudel – (W)assa“.

*Theda Hiller, Calw*

## Ausschreibungen

### ATOS-MEDICAL-Preis für Rehabilitation in der Phoniatrie und Pädaudiologie

Von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. wird für das laufende Jahr der ATOS-MEDICAL-Preis ausgeschrieben. Die Dotation beträgt EUR 2.500,-. Der Preis wird vergeben für eine Publikation in einem Peer-review Journal, eine Habilitationsschrift oder eine ausgezeichnete

Promotion zur Thematik „Rehabilitation in der Phoniatrie und Pädaudiologie“.

Bewerbungen sind bis spätestens zum 30. April 2006 einzureichen an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V., Herrn Prof. Dr. E. Kruse, Abt. Phoniatrie und Pädaudiologie, Georg-August-Universität, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen.

### Karl-Storz-Preis für Lehre in der Phoniatrie und Pädaudiologie

Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) vergibt einen von der Firma Karl Storz gestifteten und mit € 500 und einer Instrumentenmacher-Statue dotierten Preis für Lehre in der Phoniatrie und Pädaudiologie. Die Vergabe erfolgt nach Begutachtung eingereicherter Konzepte durch ein vom Vorstand der Fachgesellschaft bestimmtes Expertengremium.

Geeignete Arbeiten sollen in 2-facher Version bis zum 30. April 2006 beim Präsidenten der DGPP, Herrn Prof. Dr. E. Kruse, Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen, durch die wissenschaftlichen Betreuer der Arbeiten eingereicht werden.

### KIND-Promotionspreis

Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) vergibt einen von der Firma KIND Hörgeräte, Großburgwedel, gestifteten und mit € 1.500 dotierten Promotionspreis. Gewürdigt werden sollen hervorragende wissenschaftliche Arbeiten zu Grundlagen und wichtigen klinischen Aspekten der Phoniatrie und Pädaudiologie. Die Vergabe des Preises erfolgt nach Begutachtung eingereicherter Arbeiten durch ein vom Vorstand der Fachgesellschaft bestimmtes Expertengremium.

Geeignete Arbeiten sollen in 2-facher Version bis zum 30. April 2006 beim Präsidenten der DGPP, Herrn Prof. Dr. E. Kruse, Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen, durch die wissenschaftlichen Betreuer der Arbeiten eingereicht werden. Selbstbewerbungen sind nicht möglich.

### Rehder-Posterpreis der DGPP

Von der DGPP wird jährlich ein Posterpreis ausgeschrieben, der den besten Posterbeitrag der jeweiligen Jahrestagung prämiert. Vorsitzender der Jury ist Prof. Dr. R. Schönweiler. Der Preis ist mit € 250 und einer Videorechner-Miniatur-Statue dotiert. Die Bewertungskriterien (pdf-Datei) sind der Homepage der DGPP ([www.dgpp.de](http://www.dgpp.de)) zu entnehmen, so dass sie alle Autoren bereits bei der Anmeldung eines Beitrags als Poster und natürlich auch später bei der Realisation desselben berücksichtigen können. Wichtig: Bewerbungen sind mit der elektronischen Poster-Anmeldung zur jeweiligen Jahrestagung im Anmeldeformular zu kennzeichnen.

### Gerhard Kittel Medaille zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie vergibt alle zwei Jahre auf ihrer Jahrestagung die **Gerhard Kittel Medaille zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses**.

Mit diesem Preis erinnert die DGPP an ihre Gründung als Wissenschaftliche Fachgesellschaft im Jahre 1983 und an Prof. Dr. Gerhard Kittel, der hieran maßgeblich beteiligt war und zu deren Gründungspräsident gewählt wurde.

Ausgezeichnet werden hervorragende wissenschaftliche Arbeiten zu Grundlagen und/oder wichtigen klinischen Aspekten des Fachgebiets. Die erfolgreiche Publikation in einem Peer-review Journal ist Voraussetzung. Eine angestrebte Kontinuität der Forschungstätigkeit vorausgesetzt, wird in Verbindung mit der Auszeichnung eine finanzielle Unterstützung des Wissenschaftlers erfolgen.

Geeignete Arbeiten sollen in zweifacher Ausfertigung spätestens am 30. April 2006 beim Präsidenten der DGPP, Herrn Prof. Dr. E. Kruse, Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen durch den wissenschaftlichen Betreuer eingereicht werden (Selbstbewerbungen sind nicht möglich). Ein vom Vorstand der Gesellschaft berufenes Expertengremium begutachtet eingereichte Arbeiten.

## Stimme und Kommunikation

Internationale AAP®-Seminare in der Schweiz  
8.-15. Juli / 15.-22. Juli / 3.-9. September 2006

Die "Atemrhythmisch Angepasste Phonation" (AAP®) nach Coblenzer/Muhar ist ein wissenschaftliches Konzept, das die Wiederentdeckung der eigenen natürlichen Fähigkeiten der Stimme fördert. Für Sprachtherapeuten ist AAP® ein wichtiges Hilfsmittel in der täglichen Arbeit.

Neu! Mit Kinderbetreuung (nur vom 15.-22.7.).

Weitere Informationen/Anmeldung: IVAAP, c/o Boldern, CH-8708 Männedorf (bei Zürich), Tel. +41 44 921 71 13, office@aap-online.com, www.aap-online.com

## blindow-gruppe.de



Tel.: 03 41 / 6 99 47 24

FAX: 03 41 / 6 49 08 34

E-Mail: [weiterbildung@blindow-gruppe.de](mailto:weiterbildung@blindow-gruppe.de)

Anerkannte Fort- und Weiterbildung in Ihrer Nähe  
Hannover, Kassel, Leipzig, Friedrichshafen

- P.N.F. - PMR - RS - AT  
und andere Angebote für  
LogopädenInnen und InteressentenInnen.

## Praxisorientierte Fortbildungen

Stottern-Poltern-Elternberatung-Gesprächsführung-Supervision

Susanne Winkler

### Therapie des Stotterns: 3-teilige Seminarreihe

<b>Teil I:</b> Non-Avoidance-Therapie mit Jugendl./Erwachsenen (Van Riper)	22.09.–24.09.06 26.01.–28.01.07
<b>Teil II:</b> Non-Avoidance-Therapie mit Kindern (Van Riper, Carl Dell)	10.11.–12.11.06 09.03.–11.03.07
<b>Teil III:</b> Ergänzende Methoden für Kinder und Erwachsene	12.01.–14.01.07 11.05.–13.05.07

**Auffrischkurs und Fallsupervision** 23.06.–24.06.06  
19.10.–20.10.07

**Veränderung ist möglich! I: Gesprächsführung mit NLP in der logopädischen Therapie** 19.05.–21.05.06  
22.06.–24.06.07

**Veränderung ist möglich! II: Vertiefende Gesprächsführung und Supervision** 13.10.–15.10.06  
12.10.–14.10.07

**Elternberatung und Fallsupervision:** 07.07.–09.07.06  
06.07.–08.07.07

**Poltern – Die etwas andere Kommunikationsstörung: Diagnostik und Therapie von Kindern und Erwachsenen** 24.03.–26.03.06  
09.02.–11.02.07

**Einzel- und Gruppensupervision: nach Vereinbarung**

**Ort: Ulm**

Information und Anmeldeunterlagen:

Susanne Winkler, Lehrlogopädin Ulm

Rosengasse 15, 89073 Ulm,

Tel.: 0731/6027179. Fax: 0731/6027183,

e-mail: [direkt@susanne-winkler.de](mailto:direkt@susanne-winkler.de), Internet: [www.susanne-winkler.de](http://www.susanne-winkler.de)



DÜSSELDORFER  
AKADEMIE

Weiterbildungs- und Trainingszentrum

## UNSERE BERUFSBEGLEITENDEN LEHRGÄNGE HERBST/WINTER 2006

• Fachtherapeut  
Neurologie (DA)  
• Fachtherapeut  
Kinder (DA)  
• Fachtherapeut  
Stimme (DA)

• Dozent/Trainer (DA)  
• Praxisanleiter (DA)

• Lerncoach (DA)  
• Legasthenie- und  
Dyskalkuliecoach (DA)

• Voice Coach (DA)  
• Trainer für Arti-  
kulation und  
Sprechausdruck (DA)  
• AAP-Trainer (R)

Bei uns finden Sie individuelle Einstiegs-  
bedingungen durch einzelne Module

Weiterbildungs- und Trainingszentrum

Harrfstraße 51, 40591 Düsseldorf, 0211-73 77 96 80

[office@duesseldorfer-akademie.de](mailto:office@duesseldorfer-akademie.de) • [www.duesseldorfer-akademie.de](http://www.duesseldorfer-akademie.de)



## Kölner Dysphagie- zentrum

Interdisziplinäre Netzwerk-  
versorgung von Menschen  
mit Schluckstörungen

### Angebote für Therapeuten und ihre Patienten:

- Erstdiagnostik
- Verlaufskontrolle
- Therapeutenbegleitung
- Coaching für Therapeuten
- Seminare und Schulungen



### Beispiele aus unserem Seminarprogramm 2006:

- Oropharyngeale Dysphagie bei HNO-Tumorpatienten
- Dysphagie im Erwachsenenalter
- „Jeder Mensch schluckt mit dem Becken“ –  
Übungsseminar
- Stimulationstechniken im orofazialen System
- Therapeutische Interventionen bei Menschen im  
Wachkoma und bei Schwerstbetroffenen

[www.dysphagiezentrum.de](http://www.dysphagiezentrum.de) Tel.: 0221/9123702

## Legasthenie/ Dyskalkulie/therapeut/ in fundierte berufsbegleitende Fortbildung

Beginn: September 2006 in Ulm, Dauer: ca. 2 Jahre an 13 Wochenenden

Institut für Lerntherapie, Beratung & Ausbildung  
Ozetweiherstr. 4, 88376 Königseggwald,  
Tel. 07587/1287, www.ilba.de

## Zentrum für angewandte Patholinguistik Potsdam

Prof. Dr. Ria De Bleser, Prof. Dr. Barbara Höhle  
Gutenbergstr. 67, 14467 Potsdam



06.-07.05.06

Henrik Bartels: **Aphasische Störungen der Wortverarbeitung** im patholinguistischen Therapieansatz

06.-07.05.06

Ulrike und Katrin Frank: **Logo meets Physio**: Wie die Körperhaltung das Schlucken bestimmt

13.-14.05.06

Ulrike Frank: **Diagnostik und Therapie neurogener Dysphagien**

20.-21.05.06

Jeannine Gies und Heike Herrmann: **Patholinguistische Diagnostik** bei SES - Theorie und Praxis

23.-24.09.06

Jeannine Gies: Frühe **Sprachdiagnostik und -therapie**

14.-15.10.06

Henrik Bartels: Therapie und Diagnostik bei **Dyslexie und Dysgraphie**

28.-29.10.06

Astrid Schröder: **LeMo** - ein neues Verfahren zur **Aphasiediagnostik**

25.-26.11.06

Nicole Stadie: **Wirksamkeitsprüfung** von Sprachtherapie

02.-03.12.06

Ingrid Aichert, Anja Staiger: Therapie und Diagnostik der **Sprechapraxis**

09.-10.12.06

Antje Lorenz, Frank Burchert: Therapie und Diagnostik bei **Agrammatismus**

Die Veranstaltungen finden jeweils samstags von 10 - 18 Uhr und sonntags von 9 - 15 Uhr statt. **Anmeldungen und Information** bitte telefonisch unter **0170/3112184** oder per Email an **zapp-info@patholinguistik.de**  
Nähere Informationen zum ZaPP und den Seminaren erhalten Sie ebenfalls auf den Internetseiten

Onlineanmeldung und Info unter

**www.patholinguistik.de**

## Gutlaufende Sprachtherapie-Praxis in 55606 Kirn mit festem Kundenstamm zu verkaufen

Innenstadtbereich mit großem Parkplatz vor dem Haus  
Dipl.-Päd. Kerstin Nau • Tel. 06752/13654  
Email: Kerstin-Nau@web.de

Suche für sofort oder später eine/n

## Sprachheilpädagogin/en, Sprachtherapeutin/en oder Logopädin/en

- Vollzeit/Teilzeit
- eventuell Behinderteneinrichtung
- freie Zeiteinteilung
- schöne, helle Räume
- alle Störungsbilder/Spezialisierung möglich

**Praxis für Logopädie – Petra Köllner**  
73730 Esslingen – Plochingen Straße 37  
Tel.: 0711/31 31 37

Stellenanzeigen erscheinen kostenlos auf unserer Homepage im Internet

**www.verlag-modernes-lernen.de**  
E-Mail: **info@verlag-modernes-lernen.de**

## Akad. Sprachtherapeutin/e oder Logopädin/e für unsere Praxis im Neckar-Odenwald-Kreis in Voll- oder Teilzeit gesucht.

Bewerbungen unter Chiffre SP 020601 an den Verlag.

Barbara Giel (Hrsg.)

## Dokumentationsbögen Sprachtherapie

mit



Die „Dokumentationsbögen Sprachtherapie“ stellen ein absolutes Novum für die sprachtherapeutische Arbeit dar. Sie leisten einen ökonomischen und transparenten Beitrag zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der sprachtherapeutischen Praxis. Gesetzliche Vorgaben und Verträge verpflichten Sprachtherapeuten, jede Therapie zu dokumentieren. Einheitliche Dokumentationsverfahren sind in der Praxis im deutschsprachigen Raum jedoch kaum zu finden. Je nach Institution und persönlichen Vorlieben variieren Form und Inhalt der sprachtherapeutischen Dokumentation erheblich. Es wird auf Karteikarten, selbst erstellten Formblättern, mit Hilfe des Computers etc. dokumentiert und auch inhaltlich werden äußerst unterschiedliche Aspekte festgehalten wie beispielsweise Therapieziele, Methoden, einzelne Übungen bis hin zum Material. Häufig sind diese Dokumentationen jedoch für Dritte nicht verstehbar bzw. weiterverwertbar.

Das gewählte Format und die Beschränkung auf eine DIN A4 Seite für je 10 Therapiesitzungen (Vorder- und Rückseite) bietet sowohl Benutzern von Hängeregistaturen (meist DIN A4) als auch Benutzern von Karteikartensystemen (meist DIN A5) durch einmaliges Falten eine unkomplizierte und platzschonende Verwaltung.

◆ 2005, 136 S. (zusätzlich: 24 Formularvorlagen als ausdrückbare PDF-Dateien auf CD-ROM), Format DIN A4, im Ordner, ISBN 3-8080-0567-X, **Bestell-Nr. 1926, € 39,00**



**BORGSMANN MEDIA**

 verlag modernes lernen  borgsmann publishing

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40  
Ausführliche Informationen im Internet: **www.verlag-modernes-lernen.de**

# Eltern- und kindzentrierte Beratung und Förderung

Beate Bender-Körper / Hildegund Hochlehner

## Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs

Handbuch zur Durchführung von Elternworkshops – komm-uni-aktiv

Wesentliche Ziele sind, die Eltern für die Gestaltung spracherwerbswirksamer Kommunikation zu sensibilisieren und sie in ihren Kompetenzen zu stärken. Dabei wird auf das aktive Erarbeiten sprachfördernder Verhaltensweisen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Kommunikationsverhalten besonderen Wert gelegt. Diese Schwerpunkte zeigen sich in den Themen der einzelnen Elternveranstaltungen:

– Die Basisfunktionen des Spracherwerbs – Die sprachförderliche Grundhaltung – Die verbesserte Rückmeldung – Die Handlungsorientierung – Das aktive Zuhören – Die Ich-Botschaft

◆ 2006, 124 S., viele Kopiervorlagen, Format DIN A4, Ringbindung, ISBN 3-938187-18-2, Bestell-Nr. 9369, sFr 37,85, € 21,50



Anna Fischer-Olm

## „... und dann hat die Erzieherin zu mir gesagt“

Wie Eltern die Sprachentwicklung ihres Kindes unterstützen können

Es geht um die Kinder, deren Sprache von den Eltern als „in Ordnung“ wahrgenommen wird, die oft erst von der Erzieherin auf Ungereimtheiten aufmerksam gemacht werden müssen. Anna Fischer-Olm zeigt im ersten Teil auf, was Eltern für oder „gegen“ eine gute Sprachentwicklung ihres Kindes tun können, beginnend mit der Schwangerschaft – und was eine unauffällige Sprachentwicklung ist. Es wird förderndes und hemmendes Elternverhalten dargestellt sowie alltäglich stattfindende gute oder schlechte Sprachsituationen. Im zweiten Teil werden die gängigsten Sprachentwicklungsverzögerungen anhand von Fallbeispielen aufgezeigt und Möglichkeiten der Förderung. Oft bedarf es gar keiner professionellen Intervention, wenn die Eltern ihr Verhalten kritisch überprüfen und ändern.

◆ 2006, 88 S., Format DIN A5, br, ISBN 3-938187-03-4, Bestell-Nr. 9354, sFr 26,90, € 15,30



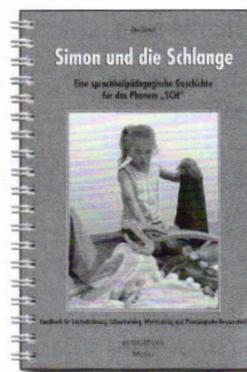
Elke Zierhut

## Simon und die Schlange

Eine sprachheilpädagogische Geschichte für das Phonem „SCH“ – Handbuch für Lautanbahnung, Silbentraining, Worttraining und Phonologische Bewusstheit

Der klar strukturierte Aufbau der Artikulationsförderung ermöglicht es allen Pädagogen/innen und interessierten Eltern, Kindern mit einer Artikulationsstörung spielerisch und schnell den Laut „SCH“ in der vertrauten Umgebung ihrer Einrichtung erleben und erlernen zu lassen.

◆ 2006, 96 S., mit Kopiervorlagen, Format DIN A4, Ringbindung, ISBN 3-938187-22-0, Bestell-Nr. 9365, sFr 39,00, € 21,80



Dazu erhältlich: Elke Zierhut / Monika Bachmann-Wagner (Illustrationen)

## Simon und die Schlange

Ein sprachheilpädagogisches Bilderbuch für den Laut „SCH“

◆ 2006, 28 S., 10 farbige Bildgeschichten, Format DIN A4, fester Einband, ISBN 3-938187-23-9, Bestell-Nr. 9374, sFr 26,90, € 15,30

Portofreie Lieferung auf Rechnung durch:

**BORGSMANN MEDIA**

 **verlag modernes lernen**  **borgsmann publishing**

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

Ausführliche Informationen im Internet: [www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

Dieter Krowatschek / Uta Hengst  
**Mit dem Zauberteppich unterwegs**  
 Entspannung in Schule, Gruppe und Therapie für Kinder und Jugendliche  
 ♦ 2006, ca. 300 S., mit Audio-CD, Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-938187-12-3, Bestell-Nr. 9355, € 29,80

Jutta Bläsius  
**Spiele in Bewegung bringen**  
 Tischspiele als Basis neuer Spiel- und Bewegungs ideen  
 ♦ 2005, 124 S., Format 16x23cm, Ringbindung, ISBN 3-8080-0565-3, Bestell-Nr. 1158, € 17,50

Dietrich Eggert u.a.  
**Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung**  
 Textband und Arbeitsbuch  
 ♦ 6., verb. u. erweiterte Aufl. 2005, zusammen 520 S., Format 21x28cm, br + Ringbindung, ISBN 3-86145-283-9, Bestell-Nr. 8526, € 34,80

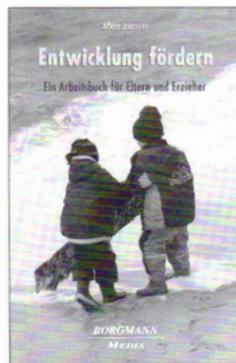
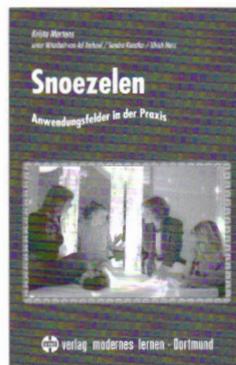
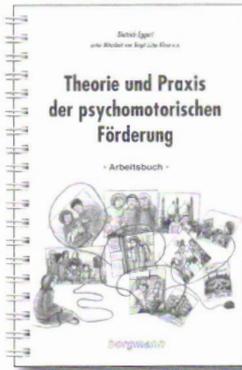
Dietrich Eggert / Christina Reichenbach  
**DIAS – Diagnostisches Inventar auditiver Alltagshandlungen**  
 ♦ 2., völlig überarb. Aufl. 2005, 240 S., enthält 1 CD mit Alltagsgeräuschen, fester Einband, ISBN 3-86145-273-1, Bestell-Nr. 8525, € 25,50

Krista Mertens / Ad Verheul u.a.  
**Snoezelen**  
 Anwendungsfelder in der Praxis  
 ♦ 2005, 288 S., Format 17x24cm, fester Einband, ISBN 3-8080-0577-7, Bestell-Nr. 1225, € 21,50

Krista Mertens / Ute Wasmund-Bodenstedt  
**10 Minuten Bewegung**  
 ♦ 5., verb. u. überarb. Aufl. Juni 2006, ca. 160 S., Format 16x23cm, Ringbindung, ISBN 3-8080-0575-0, Bestell-Nr. 1126, € 15,30

Albert Janssens  
**Entwicklung fördern**  
 Ein Arbeitsbuch für Eltern und Erzieher  
 ♦ 2005, 120 S., Format DIN A5, br, ISBN 3-938187-04-2, Bestell-Nr. 9357, € 15,30

Andreas Dutschmann  
**Das Konfliktlösungstraining für Eltern und Pädagogen (KLT)**  
 Lösungsstrategien, Tipps und Tricks  
 ♦ 2005, 288 S., mit Kopiervorlagen für die Eltern, Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-938187-06-9, Bestell-Nr. 9359, € 26,80



**Novitäten**  
**Wir bringen Lernen in Bewegung® ...**

Dorothea Beigel  
**Beweg dich, Schule!**  
 Eine „Prise Bewegung“ im täglichen Unterricht der Klassen 1 bis 10  
 ♦ 2005, 256 S., in Farbe, Format 16x23 cm, fester Einband, ISBN 3-938187-15-8, Bestell-Nr. 9367, € 22,80

Klaus Miedzinski / Klaus Fischer  
**Die Neue Bewegungsbaustelle**  
 Modell psychomotorischer Förderung – Lernen mit Kopf, Hand, Herz und Fuß  
 ♦ Okt. 2006, ca. 280 S., farbige Gest., Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-938187-09-3, Bestell-Nr. 9352, € 22,50 bis 30.6.06, danach € 24,60

Helmut Köckenberger  
**Rollbrett, Pedalo und Co.**  
 Bewegungsspiele mit Materialien aus Psychomotorik, Sport und Freizeit  
 ♦ Juni 2006, ca. 200 S., Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-938187-20-4, Bestell-Nr. 9372, € 19,50 bis 31.5.06, danach € 21,50

Hans Jürgen Beins (Hrsg.)  
**Kinder lernen in Bewegung**  
 ♦ Okt. 2006, ca. 140 S., mit Video-DVD (ca. 60 Min.), fester Einband, ISBN 3-938187-24-7, Bestell-Nr. 9370, € 22,50 bis 31.8.06, danach € 25,50

Silke Schönrade / Raya Limbach  
**Die Abenteuer der kleinen Hexe im Buchstabenland**  
 Ein psychomotorischer Zugang zum Lernen von A-Z  
 ♦ 2005, 208 S., farbige Abb., Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-86145-276-6, Bestell-Nr. 8336, € 20,40

Martin Vetter / Ulrich Kuhnen / Rudolf Lensing-Conrady  
**RisKids**  
 Wie Psychomotorik hilft, Risiken zu meistern  
 ♦ ca. Okt. 2006, ca. 250 S., Format 16x23cm, fester Einband, ISBN 3-86145-278-2, Bestell-Nr. 8340, € 22,50

Christina Reichenbach (Hrsg.)  
**Begegnungen mit Dietrich Eggert**  
 Impulse für Veränderungen  
 ♦ 2005, 248 S., Format 16x23cm, br, ISBN 3-938187-14-X, Bestell-Nr. 9361, € 19,50

9/05 7.3.06

**BORG MANN MEDIA**

**verlag modernes lernen | borgmann publishing**

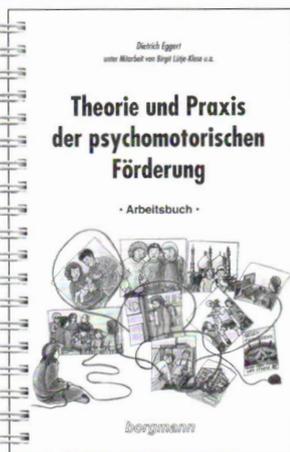
Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40  
 Ausführliche Informationen im Internet: [www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für  
Sprachbehindertenpädagogik

verlag modernes lernen Borgmann KG • Hohe Str. 39 • 44139 Dortmund  
Postvertriebsstück, DPAG, Entgelt bezahlt

## Wir bringen Lernen in Bewegung® ...



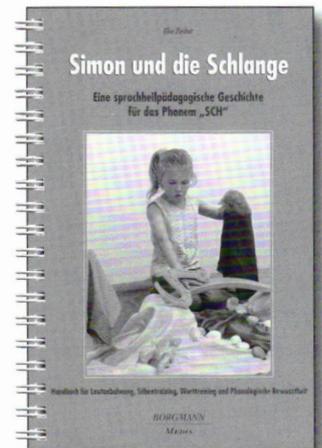
Dietrich Eggert u.a.  
**Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung**  
*Textband und Arbeitsbuch*  
6., verb. und erw. Aufl. 2005, 520 S. (in 2 Bänden)  
ISBN 3-86145-283-9 Bestell-Nr. 8526, € 34,80



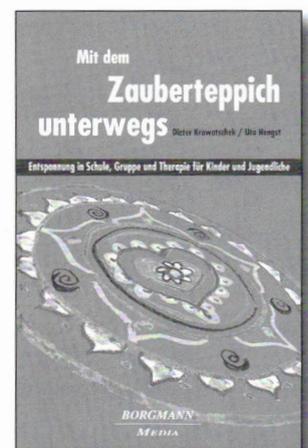
Beate Bender-Körper / Hildegund Hochlehner  
**Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs**  
*Handbuch zur Durchführung von Elternworkshops*  
2006, 124 S., mit Kopiervorlagen, Format DIN A4, Ringbindung  
ISBN 3-938187-18-2 Bestell-Nr. 9369, € 21,50

Dorothea Beigel  
**Beweg dich, Schule!**  
*Eine „Prise Bewegung“ im täglichen Unterricht der Klassen 1 bis 10*  
2005, 256 S., Format 16x23cm, fester Einband  
ISBN 3-938187-15-8 Bestell-Nr. 9367, € 22,80

Elke Zierhut  
**Simon und die Schlange**  
*Eine sprachheilpädagogische Geschichte für das Phonem „SCH“ – Handbuch für Lautanbahnung, Silbentraining, Worttraining und Phonologische Bewusstheit*  
2006, 96 S., Format DIN A4, Ringbindung,  
ISBN 3-938187-22-0  
Bestell-Nr. 9365, € 21,80



Dieter Krowatschek / Uta Hengst  
**Mit dem Zauberteppich unterwegs**  
*Entspannung in Schule, Gruppe und Therapie für Kinder und Jugendliche*  
2006, 344 S., farbige Abb., mit Audio-CD (72 Min.), Format 16x23cm, fester Einband  
ISBN 3-938187-12-3  
Bestell-Nr. 9355, € 29,80



**BORGMANN MEDIA**

 verlag modernes lernen  borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

Ausführliche Informationen und Bestellung im Internet unter: [www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)