

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Dieter Kroppenberg, Mainz

Sprachsonderpädagogische Förderung eines
fünfzehnjährigen Mädchens mit auditiver Dysgnosie

Joachim Heinzel, Hamm, und Wolfgang Ulbricht, Unna

Untersuchung zur intellektuellen Struktur stotternder Kinder

Jürgen Teumer, Hamburg

Ein Projekt zur Früherfassung sprachgestörter Kinder und seine Folgen

Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren

Stammelbehandlung unter den lernpsychologischen
Gesichtspunkten des Modellernens

Gregor Heinrichs und Therapeutenteam, Düsseldorf

Anregungen zum Selbermachen von sprachtherapeutischen Spielen

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I.G.L.P.)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutscher Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

Rostocker Straße 62, 2000 Hamburg 1, Telefon (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Wolfgang Zitzelsberger, Lucas-Cranach-Weg 32, 8726 Gochsheim
Berlin	Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	Prof. D. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	August Bergmann, Schlehenweg 22, 2110 Buchholz
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Gartenstraße 25, 2302 Flintbek
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Redaktion Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn), Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9, Sonderpädagogik
Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13
Telefon: Dienststelle (040) 41 23 39 56

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne GmbH · Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 5,50 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 33,— DM zuzüglich 4,80 DM Portokosten.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen veröffentlicht, die für die Sprachgeschädigtenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Redakteur Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Die Autoren erhalten für ihre Beiträge ein Honorar von 10,— DM je angefangene Druckseite. Darüber hinaus werden den Verfassern 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und sind spätestens mit der Korrekturrückgabe beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis: Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt eine Information des Evangelischen Tagungs- und Studienzentrums Boldern, CH-8708 Männedorf, bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1983 · 28. Jahrgang · Heft 6

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 221—228

Dieter Kroppenberg, Mainz

Sprachsonderpädagogische Förderung eines fünfzehnjährigen Mädchens mit auditiver Dysgnosie¹

Zusammenfassung

Eine Sprachsonderpädagogik muß sich als Pädagogik für alle in ihrer Sprachlichkeit beeinträchtigten Menschen verstehen.

Leistet dies die heutige Sprachbehindertenpädagogik? Fühlt sie sich für das fünfzehnjährige Mädchen verantwortlich, über dessen Biographie, mögliche Genese der Beeinträchtigung und sprachsonderpädagogische Förderung im folgenden berichtet wird?

1. Aufgabenbereiche der Sprachsonderpädagogik

Der Gegenstandsbereich der Sprachsonderpädagogik², verstanden als Pädagogik für alle in ihrer Sprachlichkeit beeinträchtigten Menschen, stellt sich in Anlehnung an *Bach* (1976 a), der die Aufgabenbereiche für die Allgemeine Sonderpädagogik erarbeitet hat, in einer tabellari-schen Übersicht wie folgt dar (siehe auch *Kroppenberg* 1982, S. 50):

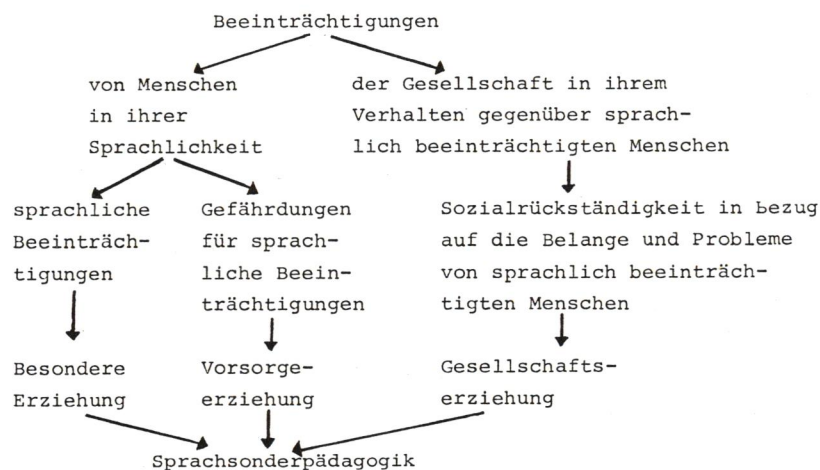


Abbildung 1: Gegenstandsbereich der Sprachsonderpädagogik

¹ Originalfassung eines Vortrags anlässlich der 14. 'Inzigkofener Gespräche' (Rahmenthema: Hören — Zuhören — Hörerziehung — Hörbehinderung — Gehörlosigkeit — Hörtherapie) am 6. März 1982.

² Der Begriff »Sprachsonderpädagogik« wurde von *Schulze* (1968, S. 201 ff.) in die Literatur eingeführt.

- Innerhalb der Sprachsonderpädagogik, als einem Teilgebiet der Sonderpädagogik, ist
- Gesellschaftserziehung: die Theorie und Praxis der Erziehung hinsichtlich vorliegender Sozialrückständigkeit in bezug auf die Belange und Probleme von sprachlich beeinträchtigten Menschen,
 - Vorsorgeerziehung: die Theorie und Praxis der Erziehung von Menschen, die hinsichtlich sprachlicher Beeinträchtigungen gefährdet sind,
 - Besondere Erziehung: die Theorie und Praxis der Erziehung von Menschen mit sprachlichen Beeinträchtigungen.

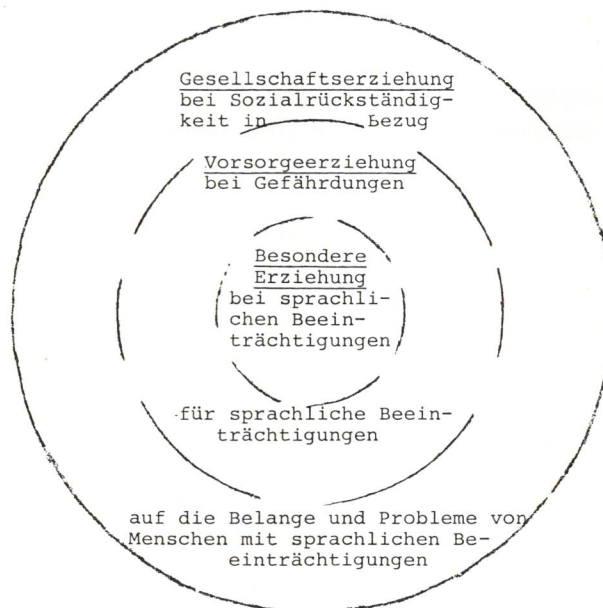


Abbildung 2: Gesellschaftserziehung, Vorsorgeerziehung und Besondere Erziehung in der Sprachsonderpädagogik

Sozialrückständigkeit in bezug auf die Belange und Probleme von sprachlich beeinträchtigten Menschen sind »Beeinträchtigungen der Gesellschaft, die in Form von Einstellungen, Verhaltensweisen, Gepflogenheiten, materiellen Bedingungen und gesetzlichen Regelungen« Gefährdungen und sprachliche Beeinträchtigungen teils bedingen, »teils steigern und teils ignorieren und damit mögliche Hilfestellungen verhindern« (Bach 1976 a, S. 10).

Gefährdungen für sprachliche Beeinträchtigungen sind Beeinträchtigungen von Menschen, die in ihren Voraussetzungen für den Spracherwerb — der »physischen Ausstattung (intakte Organe), den umwelt-mitweltbedingten Prägungen (soziale und kulturelle Determinanten) und den Eigenaktivitäten (persönlichkeitsdynamische Faktoren)« (Westrich 1978, S. 30) — »so stark vom Regelbereich abweichen, daß sie erfahrungsgemäß« sprachliche Beeinträchtigungen »nach sich zu ziehen oder zu verstärken pflegen, sofern nicht besondere Maßnahmen ergriffen werden« (Bach 1976 a, S. 48).

Sprachliche Beeinträchtigungen sind »im Unterschied zu Gefährdungen« bereits objektiv feststellbare individuelle Beeinträchtigungen« (Bach 1976 a, S. 48, siehe auch Bach 1976 b, S. 402) von Menschen in ihrer Sprachlichkeit. Zwischen situativen sprachlichen Unzulänglichkeiten eines jeden Menschen (Kroppenberg 1981, S. 43 ff.), Gefährdungen und sprachlichen Beeinträchtigungen bestehen fließende Übergänge.

Sprachsonderpädagogik erstreckt sich

- auf alle Arten von sprachlichen Beeinträchtigungen, Gefährdungen und entsprechenden Sozialrückständigkeiten,
- auf alle Altersstufen (Säuglings- bis Greisenalter),
- »auf das ganze Erziehungsfeld (und nicht nur auf die Schule, sondern ebenso auf das familiäre und auf andere Erziehungsfelder)« (Bach 1976 a, S. 11).

Es ist als eine bedenkliche Einengung des Aufgabengebietes anzusehen, wenn sich Sprachsonderpädagogik nur für Menschen mit »dominanten« bzw. »primären« sprachlichen Beeinträchtigungen verantwortlich fühlt. Nach Knura sind Menschen »dominant sprachbehindert«, wenn »deren Sprachstörung beispielsweise nicht als Folge einer Hörstörung oder im Zusammenhang mit einer dominierenden Intelligenzminderung zu sehen ist« (1980, S. 3). Ähnlich beschränkt Flehinghaus den »Terminus Sprachbehinderte ausschließlich auf den Personenkreis, der primär sprachbehindert ist, d. h., die bei den Betroffenen vorliegende Sprachbehinderung ist originär und resultiert nicht etwa als Folge, z. B. einer Hör-, Intelligenz- oder Cerebralschädigung« (1978, S. 86 f.). Homburg äußert hierzu sehr treffend: »Durch das Vorenthalten der Beschäftigung mit sprachbehindertenpädagogischer Arbeit bei Geistigbehinderten hat sich die Fachdisziplin manchen Lerngewinn selbst verstellt« (1978, S. 57). Dasselbe gilt auch für eine sprachsonderpädagogische Arbeit mit seh-, hör-, lern-, verhaltens- und körperlich beeinträchtigten Menschen.

2. Sprachbehindertenpädagogik — Schule für Sprachbehinderte — Sprachbehinderung

Zu den derzeit gebräuchlichsten Bezeichnungen für die sonderpädagogische Fachdisziplin »Sprachbehindertenpädagogik« und ihre Organisationsform »Schule für Sprachbehinderte« ist kritisch zu fragen:

- Hat sich die sonderpädagogische Fachdisziplin nur der sprachbehinderten Menschen anzunehmen? Gehören nicht die Menschen mit weniger schweren sprachlichen Beeinträchtigungen oder bereits mit Gefährdungen für sprachliche Beeinträchtigungen auch zu ihrem Aufgabengebiet?
- Kann man alle sprachlichen Beeinträchtigungen unter dem Oberbegriff »Sprachbehinderung« subsumieren? Ist eine »weite Fassung von Sprachbehinderung« (Homburg 1978, S. 26 f.) zu vertreten?
- Werden nicht Menschen mit weniger schweren sprachlichen Beeinträchtigungen, die dann als »Sprachbehinderte« gelten und womöglich eine »Schule für Sprachbehinderte« besuchen müssen, in bedenklicher und folgenschwerer Weise etikettiert?
- Gehören nur individuelle Beeinträchtigungen zum Aufgabenfeld der Fachdisziplin?
- Sind in den derzeitigen »Schulen für Sprachbehinderte« überhaupt sprachbehinderte Menschen (im strengen Sinne, wie z. B. das kasuistische Beispiel, das folgt) zu finden?

Der Begriff »Sprachbehinderung« läßt an Langfristigkeit, Unveränderlichkeit und Irreversibilität denken und sollte, wenn überhaupt, nur für schwerste sprachliche Beeinträchtigungen Verwendung finden, etwa, wenn wie in nachfolgender Kasuistik, bei einem Menschen Voraussetzungen für seinen Spracherwerb — die physische Ausstattung (Organe), umwelt-/mitweltbedingte Prägungen (soziale und kulturelle Determinanten) und/oder die Eigenaktivitäten (persönlichkeitsdynamische Faktoren) (siehe Westrich 1978, S. 30) — irreversibel beeinträchtigt sind.

3. Das Wahrnehmungserlernen und seine Beeinträchtigungsmöglichkeiten

Das Wahrnehmen erlernt ein Mensch in einem aktualgenetischen Prozeß der allmählichen Ausdifferenzierung vom diffus-ganzheitlichen (»synästhetischen Wahrnehmen«, Church 1971,

S. 32) zu einem differenzierten Erleben (»diakritisches Wahrnehmen«, Spitz 1974, S. 153) der einzelnen Wahrnehmungsbereiche (auditiv, visuell, taktil . . .; siehe Westrich 1977, S. 125 f.).

Voraussetzung für diese Prozesse des Wahrnehmungserlernens sind

- intakte Sinnesorgane (Eingangspforten für einströmende Wahrnehmungsreize) und intakte gnostische Zentren (Cerebralbereiche für das Wahrnehmungslernen),
- adäquate Umwelt-Mitweltangebote, damit das Kind sich angenommen fühlt, konstante Wahrnehmungsreize erfährt und auf seine Reaktionen die entsprechende soziale Antwort seiner Umwelt erhält,
- die Grundlegung einer Eigendynamik, eines noch rudimentären Ichs (Spitz 1974, S. 123), aus dem Aufeinandertreffen der individuellen Anlage- und Umweltfaktoren und dem Gelingen des »Dialogs« (Spitz 1976), da jegliches Wahrnehmen ein Für-wahr-nehmen des Subjektiv-Bedeutsamen ist.

Durch die Interdependenz dieser drei für jegliches Lernen konstitutiven Faktoren wirkt sich die Unzulänglichkeit auch nur eines dieser Bereiche auf das gesamte Wahrnehmungslerngeschehen beeinträchtigend aus.

Nach Spitz muß ein Mensch zur eigentlichen Menschwerdung von Geburt an mit einer konstanten Bezugsperson in einen »Dialog« eintreten. »Dieser Dialog ist natürlich nicht verbal. Er ist ein Dialog des Tuns und Reagierens, der in Form eines Kreisprozesses innerhalb der Dyade vor sich geht, als fortgesetzter, wechselseitig stimulierender Rückkopplungsstromkreis.« Diese »Interaktion« ist ein »Vorläufer des (sprachlichen, Hinzufügung des Verfassers) Dialogs, eine archaische Form des Gesprächs« (Spitz 1976, S. 16).

A- bzw. Dysgnosen sind Defizite im Wahrnehmungserlernen eines Menschen. Ihre Ursachen sind Unzulänglichkeiten (Ausfall bzw. Beeinträchtigung) eines oder mehrerer Faktoren der beschriebenen, für die Wahrnehmungserlernung grundlegenden Trias, z. B.

- beeinträchtigte gnostische Zentren,
- unzulängliche oder fehlende adäquate Umwelt-Mitweltangebote (u. a. Hospitalisierungen aufgrund von Krankenhausaufenthalten, Heimaufenthalten oder Vernachlässigung),
- unzulängliche oder fehlende Grundlegung einer Eigendynamik, so daß wahrnehmendes Erleben einem Kind nicht oder nicht genügend bedeutsam werden kann (z. B. Wahrnehmungsreize bleiben dem Kind aufgrund vielfältiger Versagenserlebnisse blaß und »nichtsagend«, sind ihm vielleicht negativ besetzt bzw. »feindgetönt«; dies ist auch partiell für einen Bereich möglich).

Ein monistischer Ursache-Wirkungs-Rückschluß von den Symptomen einer Wahrnehmungsbeeinträchtigung ausschließlich auf eine cerebrale Störung der gnostischen Zentren, z. B. in der globalen Diagnose »Hirnschädigung«, entspricht einer symptomatologisch-naturwissenschaftlichen Sicht, die nicht berücksichtigt, daß wahrnehmendes Erleben ein lernprozessuales Geschehen ist.

Auch Kombinationen von Sinnesschädigungen und Wahrnehmungsbeeinträchtigungen sind möglich, wie z. B. in nachfolgender Kasuistik ein Kind mit mittel- bis hochgradiger Schwerhörigkeit und zusätzlicher auditiver Dysgnose.

Im für den Spracherwerb besonders wichtigen auditiven Wahrnehmungsbereich beschreibt Loebell (1973, S. 61) die Beeinträchtigung von totalen Ausfällen bis hin zu leichteren Auffälligkeiten:

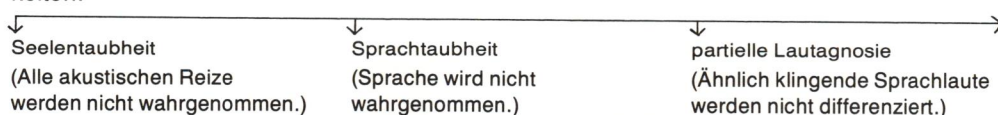


Abbildung 3: Auditive Wahrnehmungsbeeinträchtigungen nach Loebell (1973, S. 61)

Westrich (1977) beschreibt neben dem Wahrnehmungserlernen noch als weitere wichtige Stufen des menschlichen Spracherwerbs das Tuns-, Vorstellungs-, Sprach- und Dialog-erlernen.

4. *Biographie eines fünfzehnjährigen Mädchens mit auditiver Dysgnosie*

Stefanie ist zur Zeit 15;1 Jahre alt; die Beeinträchtigung ist nur auf dem Hintergrund ihrer Biographie zu verstehen: unauffällige Schwangerschaft; Frühgeburt bei Steißlage (fünf Pfund Geburtsgewicht); einige Tage im Brutkasten; Säugling hatte keinen Schluckreflex und Atembeschwerden; Pneumonie; Sondierung von Geburt bis 0;2; Eltern wurden des öfteren ins Krankenhaus gerufen, um ihr Kind noch ein letztes Mal sehen zu können; 0;2 bis 0;4: Stefanie sechs Wochen zu Hause; Flaschenernährung wurde versucht, Speise geriet dabei in die Lunge; 0;4 bis 0;10: Klinikaufenthalt; Ernährungsprobleme (Sondieren); Pneumonie; ständige Gabe von Sedativa und Antibiotika; zur Diagnose wurden Röntgenaufnahmen, Punktionen u. v. a. durchgeführt; Stefanie lag angebunden im Bettchen, da sie sich sonst die Sonde aus der Nase zog; Lautäußerungen des Kindes fanden keine oder nicht genügend Antwort von seiten der Umwelt; eine leichte Herzschwäche und eine fehlende Netzhaut im linken Auge wurden festgestellt; 0;10 bis 0;11: zwei Wochen zu Hause; 0;11 bis 1;0: erneuter Krankenhausaufenthalt wegen Ernährungsschwierigkeiten (Sondierung) und chronisch rezidiver Pneumonie;

Stefanie war im ersten Lebensjahr insgesamt nur acht Wochen zu Hause.

1;0 bis 1;1: zwei Wochen zu Hause; 1;1: zwei Tage in Klinik wegen Ernährungsproblemen; 1;2 bis 1;4: sechs Wochen zu Hause; 1;4 bis 1;6: elf Wochen in Klinik wegen Ernährungsschwierigkeiten und Pneumonie; 1;6 bis 1;8: sechs Wochen zu Hause; 1;8: eine Woche Klinik; von 1;8 bis 2;1 war Stefanie erstmals eine längere zusammenhängende Zeit zu Hause; in dieser Zeit begann sich erst eine Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen; vorher gab es keine Trennungsreaktionen des Kindes, und auch für die Mutter war das Kind aufgrund der vielen Klinikaufenthalte fremd geblieben; Stefanie lernte sitzen; sie hat in dieser Zeit ohne Stimme geweint, nur an ihrer Mimik war dies erkennbar; kaum Lautäußerungen;

im zweiten Lebensjahr war Stefanie immer noch insgesamt 13 Wochen in der Klinik.

Weitere Klinikaufenthalte wegen Ernährungsproblemen und Pneumonie: 2;1: eine Woche; 3;2: drei Tage; 3;3: zwei Wochen; 4;5: eine Woche; 4;8: eine Woche (Mandeloperation); 4;10: eine Woche und 5;4 bis 5;5: einen Monat (Abklärung des Hörvermögens, Hörverlust von ca. 80—90 dB); verordnete Hörgeräte lehnte Stefanie stets entschieden ab; Laufenlernen mit drei Jahren; Vermehrung der Lautäußerungen — kein Sprechbeginn; Stefanie reagierte mit 2;1 Jahren erstmals mit Trennungsängsten auf die Klinikaufenthalte, z. B. mit starken Fieberinfekten; auch der Mutter fielen die Trennungen jetzt sehr schwer; 6;5: Besuch des Kindergartens der Lebenshilfe.

Mit 6;7 stellte ein Kinderneurologisches Zentrum eine Hüftdysplasie bei Stefanie fest; 7;1 bis 7;2: drei Wochen Hüftoperation; Mutter war tagsüber mit in der Klinik; Stefanie spielte bei Anwesenheit der Mutter aktiv; bei Weggang warf sie alle Spielsachen aus dem Bett und wackelte wie geistesabwesend mit dem Kopf; Stefanie lag anschließend zehn Wochen mit Gips von der Brust bis zu den Knien; sie fügte sich geduldig und besuchte auch in dieser Zeit den Kindergarten; 7;4 bis 7;5: drei Wochen Klinikaufenthalt zur Remobilisierung; 8;0: zwei Wochen in Klinik wegen Metallentfernung; weiterer Besuch des Kindergartens; kein Sprechbeginn; 9;8: eine Woche im Internat einer Gehörlosenschule: Stefanie zeigte starke Trennungsreaktionen, z. B. hatte sie 40 Grad Fieber im Internat, und auf der Rückreise zum Heimatort wurde sie sofort wieder gesund; erneut lehnte sie alle Hörgeräte ab; 9;9 bis 9;10: Nachoperation an der Hüfte; 9;11: drei Wochen in Klinik wegen Metall- und Gipsentfernung.

Seit nun fünf Jahren ist Stefanie ständig zu Hause; sie besuchte zunächst weiter den Kindergarten der Lebenshilfe und ab 10;6 eine Schule für Geistigbehinderte; erst in dieser Zeit ohne

weitere Eltern-Kind-Trennungen machte Stefanie weitere Fortschritte; die Zeiten, in denen sie auf dem Boden lag und mit dem Kopf wackelte, wurden immer kürzer, Aktionen und Interesse an der Umwelt immer mehr bzw. stärker; Stefanie wurde tags und nachts sauber mit etwa 10 bis 11 Jahren; sie zeigt ein vorsprachliches symbolisches Verständnis: Z. B. kommt sie mit Mantel, abgerissenem Knopf, Faden und Nadel zur Mutter und macht Nähbewegungen; in den täglichen Alltagsverrichtungen bringt sie logische Handlungsabfolgen; Stefanie erkennt Abweichungen in vertrauter Umgebung und bei bekannten Unternehmungen der Familie; sie bringt in ihre Lautäußerungen deutlich melodische Akzente, die ihre jeweilige Stimmung verraten; auch kann sie an der Stimme der Mutter deren Stimmung ablesen und darauf sinnvoll reagieren; sie reagiert auf Geräusche, z. B., es stört sie in Zimmerlautstärke gesprochene Sprache im Fernsehen, sie dreht den Ton ab und sieht so weiter; Stefanie liebt leise Musik und tanzt dabei. Die Diagnose »hochgradige Schwerhörigkeit« wurde den Eltern und allen übrigen Betreuungspersonen zunehmend fragwürdiger.

5. Überlegungen zur möglichen Genese der Beeinträchtigung

Aufgrund der zahlreichen frühen Krankenhausaufenthalte entstand ein schweres Hospitalismussyndrom. Durch die Verhinderung bzw. schwere Beeinträchtigung des beschriebenen Dialogs nach *Spitz* wurde für Stefanie vor allem die akustische Welt nicht oder nur ungenügend vertraut, ja sogar aufgrund der vielen Versagenserlebnisse, keine oder kaum soziale Antwort der Umwelt bei eigenen akustischen Äußerungsversuchen (Schreien bzw. Lallen), »negativ getönt« und »nichtssagend« (auditive Dysgnosie). Die Hörschädigung ist zur Zeit noch nicht definitiv festzulegen: Mit 5;5 wurden mittels der ERA 80 bis 90 dB und mit 14;6 mit subjektiver Audiometrie 60 dB Hörverlust diagnostiziert. Die wahre Hörschwelle dürfte bei weiterem Vertrautwerden Stefanies mit der akustischen Welt wohl noch tiefer liegen.

Eine weitere Hypothese für die Tatsache, daß Stefanie bis heute Sprache nicht verstehen und gebrauchen kann, also ihre Bewußtseinsinhalte nicht mit den akustischen Zeichen der Sprachgemeinschaft versehen kann, liefert *Spitz*. Wie im Fall Monika (*Spitz* 1978, S. 61 ff.) wurde Stefanie im ersten Lebensjahr die Nahrung per Sonde vorwiegend in den Bauch gefüttert und nicht auf natürlichem Weg oral eingenommen. *Spitz* äußert, »daß die Anfänge der menschlichen Kommunikation auf der Tatsache beruhen, daß der Mund das Organ sowohl für die Nahrungsaufnahme wie für das Sprechen ist« (1978, S. 63); »daß orale Erlebnisse die allerersten Bausteine für die Sprache bilden und daß es ohne das orale Erlebnis der frühesten Kindheit sehr fraglich ist, ob der Mensch eine Sprache in dem uns bekannten Sinne haben würde« (1978, S. 60).

Durch die vielen weiteren Krankenhausaufenthalte bis hin zum zehnten Lebensjahr, besonders bei der Hüftoperation, die für Stefanie eine nochmalige starke motorische Einengung erbrachte, wurden das Hospitalismussyndrom aggraviert und die in den Zwischenzeiten zu Hause initiierten Lernprozesse im emotional-sozialen und sensomotorischen Bereich immer wieder beeinträchtigt.

Vorläufige Diagnose: schweres Hospitalismussyndrom aufgrund zahlreicher Klinikaufenthalte; auditive Dysgnosie bei vermutlich mittelgradiger Schwerhörigkeit.

Die geistige Behinderung Stefanies ist als Folge der beschriebenen Beeinträchtigung anzusehen, denn ohne Sprache kann ein Mensch seine intellektuellen Potenzen auch nicht annähernd zur Entfaltung bringen.

6. Skizzierung der sprachsonderpädagogischen Arbeit

Die sprachsonderpädagogische Arbeit mit Stefanie, über die im folgenden berichtet wird, begann mit zwölf Jahren, wurde zunächst zweimal und ab 14;6 einmal wöchentlich jeweils eine

Stunde ambulant nach dem Unterricht in der Schule für Geistigbehinderte durchgeführt; zusätzlich fanden Gespräche mit den Bezugspersonen statt.

Die Hauptakzente

- im emotional-sozialen Bereich: das Abmildern des Hospitalismussyndroms durch Aufbau einer personalen Beziehung mit Stefanie als Basis für jegliches Lernen und
- im sensomotorischen Bereich: das Differenzieren der nicht-auditiven Wahrnehmungsbereiche, das Vertrautmachen mit der akustischen Welt und das Schaffen von festen Vorstellungen (Begriffen) für die wahrgenommenen Dinge und das Tun mit diesen Dingen als Vorstufe für Symbolverstehen und -gebrauch durch handelnden Umgang mit Dingen, die Stefanie subjektiv bedeutsam sind.

Stefanie suchte sich immer aus einem Angebot von Materialien und Gegenständen das ihr Bedeutsame heraus. Der Pädagoge bot sich als Spielpartner an und variierte die gewählten Dinge und Aktivitäten allmählich behutsam durch neue Angebote.

So malte Stefanie gerne mit den verschiedensten Materialien, mit Fingerfarben, Wasserfarben, Buntstiften, Filzstiften u. v. a., wobei lange Zeit ein lustbetontes Schmierer im Vordergrund stand, das allmählich immer mehr in gestaltetes Tun überging.

Im auditiven Bereich wurden ihr konstante Melodien vorgesungen oder gepfiffen. Stefanie saß dabei auf den Knien des Pädagogen und genoß das Wiegen und »Reiten« sehr. Spontane lautliche Äußerungen erfolgten zunächst nicht. Erst nach »Aufforderung« (der Pädagoge hielt sein Ohr an Stefanies Mund) begann sie das »Reiten« lautlich zu begleiten; zur Zeit ist sie fähig, auf der Basis von solchen lautlichen Äußerungen einen »Dialog« zu führen. Zusätzlich wurde Stefanie immer mehr an alle möglichen Schallerzeuger und »Krachmacher«, z. B. Klingel, kleine Musikgeräte, Glockenspiel, Klopfen auf Holz und andere Materialien, Rufen, Klangstäbe u. v. a., herangeführt. Sie reagiert heute sofort auf die bekannten Melodien, wenn sie in Zimmerlautstärke (auch von Kassette oder per Telefon) angeboten werden, mit rhythmischen Kopfbewegungen und zunehmend mehr lautlichen Äußerungen.

Um Stefanie verstärkt die Möglichkeit zu Körperkontakt zu geben und da Wasser für sie ein ausgesprochen angenehmes Element ist, wurde die Arbeit seit etwa einem halben Jahr im Schwimmbad durchgeführt. Sie kann sehr gut tauchen und dabei bis zu einer Minute unter Wasser bleiben; beim Schwimmen macht sie in Bauch- und Rückenlage stetige Fortschritte, man muß sie mit einer Hand dabei noch etwas halten.

Stefanie lernte in den letzten zwei bis drei Jahren mimisch-gestische Symbole für ihre täglichen Alltagsverrichtungen (Essen, Trinken, Schlafen, Toilettengang, Verreisen, Autofahren, Fahrradfahren usw.) und für ihr bekannte Personen (z. B. Geste des Sägens für den Opa) zu verstehen und auch selbst zu gebrauchen. Sie schafft zunehmend mehr auch kreative Gesten selbst, um ihre Intentionen auszudrücken, die ihre Umwelt dann entziffern muß, was mehr oder weniger gut gelingt.

Ein Transfer des erreichten Symbollernstandes im visuell-gestischen Bereich auf das Verstehen und/oder Gebrauchen von akustischen Zeichen der Sprachgemeinschaft für eigene Bewußtseinsinhalte wird bis heute von Stefanie noch nicht geleistet; daher ist ihr Sprechen noch immer nicht möglich. Ansätze sind bei einigen Worten zuweilen gegeben, z. B. bei Schuhe, heiß, Mama, Papa, Opa, Oma, jedoch geschehen die Zuordnungen von Bewußtseinsinhalt und akustischem Zeichen nicht konstant. Stefanie gebraucht auch manchmal das Wort »Hoppa« für das von ihr so geliebte »Reiten« auf dem Schoß des Pädagogen.

Stefanie hat inzwischen ein gutes Situationsverständnis und -gedächtnis; sie erkennt Veränderungen kleinster Art in ihr vertrauten Räumen und Aktivitäten (z. B. ein neues Bild im Zimmer; eine andere Ausfahrt, als normal bei ihr bekannten Autoreisewegen; Tischdecken für die Familie; sind Gäste da, werden entsprechend mehr Gedecke aufgestellt; anhand von Bildern aus Zeitschriften, Fotoalben und Katalogen erinnert sie sich an eigene Erlebnisse). Sie drängt

verstärkt auf eigene Tunserfahrungen, z. B. bei Mithilfe im Haushalt, Fahrradfahren, Schwimmen, und hat auch Möglichkeiten, ihr Mißfallen an einer Sache oder einer Person auf nonverbalen Weg zu äußern, z. B. durch lautlichen Protest, Genau-das-Gegenteil-Tun oder auch durch gelegentliches Einnässen bei Tag und in der Nacht.

Da die ambulante sprachsonderpädagogische Arbeit und die Schule für Geistigbehinderte Stefanie nicht mehr genügend Anreize für weiteres Lernen geben konnten und sie sich in den letzten Jahren psychisch stabilisiert hat, wurde mit 15;0 als neuer Erziehungsversuch ein Aufenthalt in einem Gehörlosenheim gewählt, der noch andauert. Es bleibt abzuwarten, ob Stefanie, wenn sie sich an die neue Situation gewöhnt hat, weiter mit der akustischen Welt vertraut werden und sie besser differenzieren lernen kann, damit ihr so weitere Lernerfolge in Richtung auf Sprachverstehen und -gebrauch möglich werden.

Literatur

- Bach, H.: Allgemeine Sonderpädagogik. In: Bach, H., et al.: Sonderpädagogik im Grundriß. Berlin ³1976 a, S. 5—78.
- Bach, H.: Der Begriff der Behinderung unter dem Aspekt der Multidimensionalität. Zeitschrift für Heilpädagogik 27 (1976 b), S. 396—404.
- Church, J.: Sprache und die Entdeckung der Wirklichkeit. Über den Spracherwerb des Kleinkindes. Frankfurt 1971.
- Flehinghaus, K.: Sprachbehinderungen. In Klauer, K. J., und Reinartz, A. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 9. Sonderpädagogik in allgemeinen Schulen. Berlin 1978, S. 86—97.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten. Grundlegende Überlegungen. Rheinstetten — Neu 1978.
- Knura, G.: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7. Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 3—64.
- Kroppenberg, D.: Situative sprachliche Unzulänglichkeiten — ein Beitrag zum besseren Verständnis von sprachlichen Beeinträchtigungen. Der Sprachheilpädagoge 13 (1981) 3, S. 43—49.
- Kroppenberg, D.: Heim — Schule — Kurs. Gedanken zu sprachsonderpädagogischen Organisationsformen. In: Aschenbrenner, H. (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Heimerziehung. Wien, München 1982, S. 47—54.
- Loebell, E.: Die akustische Agnosie. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 107 (1973), S. 58—64.
- Schulze, A.: Über die Eigenständigkeit der Sprachsonderpädagogik und die schulische und berufliche Eingliederung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher. Die Sprachheilarbeit 13 (1968), S. 201—207.
- Spitz, R. A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart ⁴1974.
- Spitz, R. A.: Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung. Stuttgart 1976.
- Spitz, R. A.: Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Stuttgart ³1978.
- Westrich, E.: Erziehung zur Sprachlichkeit. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): Unser Kind — fit fürs Leben. Bonn-Bad Godesberg 1977, S. 123—129.
- Westrich, E.: Sprachbehinderung oder Sprachbehinderter. Die Sprachheilarbeit 23 (1978), S. 27—31.

Anschrift des Verfassers: Dr. Dieter Kroppenberg, Hegelstraße 49, 6500 Mainz.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße und pünktliche Belieferung gewährleistet werden

Wartenberg & Söhne GmbH

Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

Aus dem Psychologischen Bereich (Dipl.-Psychologe J. Heinzel)¹ der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung (Chefarzt Dr. med. W. Ulbricht) des Ev. Krankenhauses Unna

Joachim Heinzel, Hamm, und Wolfgang Ulbricht, Unna

Untersuchung zur intellektuellen Struktur stotternder Kinder

Zusammenfassung

Bei 31 stotternden Kindern, vorwiegend im Alter von 9 bis 14 Jahren, wurden eine Sprachprobe und eine Untersuchung der intellektuellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Die Untersuchung ergab eine signifikant überdurchschnittliche intellektuelle Begabung dieser Kinder im Vergleich zu Gleichaltrigen. Sie leisteten im praktischen Bereich signifikant mehr als im theoretischen, wo sie signifikant weniger erbrachten als vom Gesamtpotential her zu erwarten. Diskutiert werden eine mögliche Hemmung ihrer Fähigkeit, Nachteile im schulischen Bereich und mögliche Hilfestellungen.

1. Einleitung

Ausgehend von den Beobachtungen in der therapeutischen Praxis und den theoretischen Überlegungen zur Problematik des Stotterns (*Luchsinger* und *Arnold* 1964, *Heese* 1976, *Orthmann* und *Scholz* 1976, *Heinzel* 1976 und 1981, *Göttinger* 1980), scheint es möglich, daß stotternde Kinder durch ihr Leiden so stark gehemmt sind, daß sich diese Hemmung auf ihre Leistungsfähigkeit auswirkt und somit möglicherweise zu einer Fehleinschätzung ihrer intellektuellen Möglichkeiten und, zusammenhängend damit, ihrer schulischen Möglichkeiten führt. *Hartz* (1970), die sich mit den widersprüchlichen Aussagen zur intellektuellen Begabung stotternder Kinder auseinandersetzt (*Wiechmann* 1955, *Bochnik* 1963, *Luchsinger* und *Arnold* 1964), kommt aufgrund ihrer eigenen Untersuchung zwar nicht zu einem signifikanten Resultat, jedoch zu einem den Schluß nahelegenden Ergebnis, daß zwischen Stottern und Intelligenz eine positive Beziehung zu bestehen scheint.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde bei einer Gruppe stotternder Kinder überprüft, ob sich Hinweise auf spezifische Begabungsstrukturen finden, die im Zusammenhang mit ihren Schwierigkeiten stehen könnten und für die Beurteilung dieser Fähigkeiten dieser Kinder, vor allem im schulischen Bereich, relevant sind.

Untersucht wurden 31 stotternde Kinder, die sich innerhalb eines Zeitraumes von mehreren Jahren aufgrund ihrer Störung vorstellten, nachdem relevante Stellen darüber informiert worden waren, daß die Möglichkeit zur Behandlung stotternder Kinder ab neun Jahren bestand.

Das Vorgehen sollte, abgesehen vom Alter, einen Zugang ohne Vorauslese, wie er bei sprachtherapeutisch arbeitenden Institutionen häufig vorkommt, ermöglichen. Die Kinder, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung dieses Alter noch nicht erreicht hatten, wurden jedoch mit untersucht und behandelt. Es waren 26 Jungen und fünf Mädchen, ein Verhältnis, das in annähernd gleicher Größe in der Literatur häufig angegeben wird (vgl. *Van Riper* 1971).

Alle Kinder wurden mit dem HAWIK (1963) untersucht. Zudem wurde eine Sprachprobe durchgeführt, bei der sie zur Feststellung ihrer Störung einen Text von 518 Wörtern lasen. Da bei drei Kindern aufgrund eines technischen Defekts die Aufzeichnungen nicht mehr brauchbar waren, beziehen sich die Aussagen hinsichtlich der Sprachproben nur auf 28 Probanden.

¹ Der erste Autor war bei der o. g. Stelle mehrere Jahre lang tätig.

2. Ergebnisse der Untersuchung

Die Untersuchung erbrachte folgende Resultate:

(Vp. Nr. = Versuchspersonen-Nummer, A = Alter in 12/12, G = Geschlecht, m = männlich, w = weiblich, GIQ = Gesamtintelligenzquotient, HIQ = Handlungsintelligenzquotient, VIQ = Verbalintelligenzquotient, F% = Prozentualer Anteil der Lese-Fehler)

Vp. Nr.	A	G (m, w)	GIQ	HIQ	VIQ	F%
1	9,4	w	114	118	108	20
2	12,6	m	105	106	103	19
3	8,7	m	127	132	116	24
4	10,7	w	83	82	87	—
5	10,5	w	123	132	110	8
6	12,2	m	92	92	94	29
7	12,1	m	106	107	104	52
8	8,2	w	137	143	123	13
9	10,0	m	122	136	104	52
10	9,2	m	113	107	115	8
11	9,3	m	127	118	129	8
12	11,4	m	124	121	121	2
13	8,11	m	122	125	114	19
14	9,9	m	111	110	110	16
15	9,7	m	127	124	124	4
16	13,1	m	95	87	103	11
17	10,8	w	120	125	111	6
18	11,10	m	126	126	118	3
19	8,0	m	117	129	101	34
20	11,1	m	98	103	95	18
21	10,6	m	111	117	104	23
22	14,4	m	108	117	97	0,4
23	7,6	m	79	86	77	—
24	8,0	m	98	106	92	—
25	14,2	m	111	120	105	20
26	10,4	m	106	107	104	6
27	10,9	m	113	115	108	8
28	10,9	m	120	120	116	2
29	10,5	m	132	132	124	21
30	11,8	m	96	89	104	17
31	9,4	m	126	125	120	22

Die durchschnittliche Fehleranzahl von 77 entspricht einem Anteil von 15 Prozent. Legt man bei der individuellen Einstufung die Einteilung von *Andrews* und *Harris* (1964) zugrunde, ergibt sich folgendes Bild:

- a) Leichtes Stottern (0 bis 5 Prozent): 6 Vpn
- b) mittleres Stottern (6 bis 20 Prozent): 14 Vpn
- c) schweres Stottern (mehr als 20 Prozent): 8 Vpn.

3. Auswertung der Ergebnisse

Bei den verschiedenen Untertests des HAWIK ergaben sich folgende durchschnittliche Wertpunkte (in Klammern sind die jeweiligen Signifikanzgrenzen für die Abweichung vom Wertpunktdurchschnitt 10 nach *Schmalohr* angegeben):

Allgemeines Wissen	= 11,6 ($\pm 1,7$)
Allgemeines Verständnis	= 10,8 ($\pm 2,1$)
Rechnerisches Denken	= 10,5 ($\pm 2,3$)
Gemeinsamkeitenfinden	= 13,3 ($\pm 2,3$)

Wortschatztest	= 10,8 ($\pm 1,9$)
Zahlensymboltest	= 11,5 ($\pm 2,3$)
Bilderergänzen	= 10,6 ($\pm 2,0$)
Bilderordnen	= 12,2 ($\pm 2,1$)
Mosaiktest	= 13,3 ($\pm 1,8$)
Figurenlegen	= 12,5 ($\pm 2,4$)

Die Ergebnisse liegen in keinem Bereich unterhalb der Wertpunktnorm. Überdurchschnittliche Leistungen finden sich bei Gemeinsamkeitenfinden, Mosaiktest, Figurenlegen und Bilderordnen. Der Untertest »Gemeinsamkeitenfinden« überprüft die Fähigkeit zu abstraktem logischen Denken und verbaler Begriffsbildung, der »Mosaiktest« Kombinationsfähigkeit, Umstellungsfähigkeit, schöpferische Fähigkeiten und räumliches Vorstellungsvermögen, »Figurenlegen« die Fähigkeit zum Erfassen von Gesamtzusammenhängen, »Bilderordnen« das Situationsverständnis.

Hinsichtlich der Intelligenzquotienten ergab sich folgendes:

Durchschnittlicher Gesamtintelligenzquotient:	112
Durchschnittlicher Verbalintelligenzquotient:	107
Durchschnittlicher Handlungsintelligenzquotient:	114.

Die Ergebnisse deuten auf die Möglichkeit hin, daß sich bei den Kindern der Stichprobe mehr überdurchschnittlich begabte Kinder finden als bei anderen Kindern gleichen Alters.

Es wurden daher folgende Hypothesen überprüft:

H1: Bei der vorliegenden Stichprobe stotternder Kinder finden sich mehr mit überdurchschnittlicher intellektueller Begabung als zu erwarten.

H0: Die Anzahl intellektuell überdurchschnittlich begabter Kinder der Stichprobe ist nicht größer als zu erwarten.

Für die Berechnung mit dem χ^2 -Test (Heller und Rosemann 1974) ergab sich somit folgende Verteilung:

	90	90—100	100—110	110
Beobachtete Häufigkeiten	2	5	4	20
Erwartete Häufigkeiten	7,75	7,75	7,75	7,75
$\chi^2 = 26,4 \quad df = 3 \quad \text{Tabellenwert} = 16,27 \quad p = 0.001 \text{ (s.s.)}$				

H1 wurde bestätigt. Die geringe Irrtumswahrscheinlichkeit von 0.001 zeigt, daß es sich um ein sehr signifikantes Ergebnis handelt, d. h., daß sich unter den Kindern der Stichprobe sehr viel mehr mit höherer intellektueller Begabung finden als zu erwarten.

Es wurde weiterhin überprüft, ob zwischen den verschiedenen Bereichen der Intelligenz deutliche Unterschiede bestehen.

Folgende Hypothese wurde überprüft:

H2: Die praktische Leistungsfähigkeit im intellektuellen Bereich liegt deutlich über der verbalen bei den Pbn der Stichprobe.

H0: Zwischen praktischer und verbaler intellektueller Leistungsfähigkeit besteht kein deutlicher Unterschied bei den Pbn der Stichprobe.

Die Überprüfung wurde mit dem WILCOXON-Test (Heller und Rosemann 1974) durchgeführt, und es ergaben sich folgende Werte:

$T = 81, z = 3,27.$

H2 wurde bestätigt. Aufgrund der geringen Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 1 Prozent sind die Ergebnisse nicht mehr durch Zufall zu erklären, d. h., die Leistungen im praktischen Bereich liegen bei den Kindern der Stichprobe deutlich über den Leistungen im verbalen Bereich.

Es wurde weiterhin überprüft, ob auch zwischen Gesamtintelligenz und verbaler Intelligenz deutliche Unterschiede bestehen und somit die Leistungen im Verbalbereich nicht nur deutlich vom praktischen Bereich, sondern auch noch einmal vom Gesamtpotential abweichen.

Folgende Hypothese wurde überprüft:

H3: Die Gesamtintelligenz liegt deutlich über dem Verbal-IQ.

H0: Zwischen Gesamt-IQ und Verbal-IQ bestehen nur zufällige Unterschiede.

Bei der Berechnung mit dem WILCOXON-Test ergaben sich folgende Werte:

$T = 71,5, z = 3,458.$

H3 wurde bestätigt. Das Resultat ist auf dem 1-Prozent-Niveau signifikant, d. h., daß die untersuchten Kinder bei Anforderungen im theoretischen Bereich deutlich schlechtere Leistungen erbringen, als man aufgrund ihres intellektuellen Gesamtpotentials erwarten könnte.

4. Diskussion

Die Resultate der Untersuchung geben Hinweise darauf, daß stotternde Kinder eines bestimmten Alters, vorwiegend 9 bis 14, möglicherweise über ein höheres intellektuelles Begabungspotential verfügen als Gleichaltrige, lassen jedoch aufgrund des geringen Umfanges der Stichprobe und der relativ fest definierten Altersgruppe als Zielgruppe noch keine Verallgemeinerungen zu, könnten aber ein Anstoß sein, diese Annahme anhand einer umfangreicheren und nicht vorausgelesenen Stichprobe noch weiter zu überprüfen. Die Untersuchungsergebnisse werfen die Frage auf, ob diese Kinder nicht trotz guter intellektueller Begabung im schulischen Bereich benachteiligt sind. So ist denkbar, daß sich angesichts der im schulischen Bereich sehr wichtigen mündlichen Leistung eine durchschnittliche Fehlerzahl von 15 Prozent des zu lesenden Textes sehr ungünstig auf die Beurteilung auswirken und einen völlig falschen Eindruck vom Begabungspotential eines solchen Kindes vermitteln kann, zumal eine solch hohe Fehlerhäufigkeit im Vergleich zu anderen ein starker zusätzlicher Stressor (vgl. *Selye 1977*) innerhalb der ohnehin schon häufig als belastend beschriebenen Schulsituation (*Hellbrügge 1958, Rosemann 1978, Bäuerle und Kury 1980, Keller 1981*) sein und sich ungünstig auf das Selbstwertgefühl auswirken kann. Die Untersuchungsergebnisse deuten auf eine Stärke im praktischen Bereich. Da jedoch die Leistungen im verbalen Bereich wiederum überzufällig vom Gesamtpotential abweichen, stellt sich die Frage, ob nicht starke Hemmungen einerseits und mangelndes Eingehen auf die individuellen Schwierigkeiten andererseits bedingen, daß Kinder, die an Stottern leiden, möglicherweise nicht die Leistungen zeigen, zu denen sie aufgrund ihres gesamten Begabungspotentials in der Lage wären. Möglicherweise ergäbe sich ein anderes Bild, wenn die erheblichen Probleme im verbalen Bereich bei der Bewertung stärker berücksichtigt und mündliche Leistungen entsprechend eingestuft würden. Eine Hilfe wäre es beispielsweise, diese Kinder, zumindest viele von ihnen, nur zu fragen, wenn sie aufzeigen, Lachen der Klassenkameraden oder andere diskriminierende Äußerungen konsequent zu unterbinden, ruhig zuzuhören und nicht zu langsamem Sprechen oder Wiederholen aufzufordern, da durch diese Art der Aufmerksamkeit die Störung nur verschlimmert wird. Begrüßenswert wäre es auch, bestimmte Unterrichtseinheiten anzubieten, die der spezifischen Begabungsstruktur dieser, ggf. auch anderer, Kinder mit Schwierigkeiten Rechnung tragen und gerade hinsichtlich der Art der Begabung mehr individuellen Spielraum zur Entfaltung zulassen, die Kinder teilweise von äußerem Druck entlasten (vgl. hierzu *Benkmann 1975*) und eine stärkere Berücksichtigung der Persönlichkeit des einzelnen Kindes ermöglichen.

Literatur

Andrews, G., und Harris, M.: *The syndrome of stuttering*. London 1964.

Bäuerle und Kury: *Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13—16jährigen Schülern*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (1980) 2, S. 70—76.

- Benkmann, K. H.: Das verhaltensgestörte (erziehungsschwierige) Schulkind. In: Wolfgart, H. (Hrsg.): Behinderte und kranke Kinder in unseren Schulen. Rheinstetten 1975.
- Bochnik, H. J., Barz, H., Kühn, W., Legewie, H., Spink, H., und Wiedefeld, H.: Stottern als multifaktorielles Problem. In: Bericht 5. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V., Hamburg 1963, S. 57—76.
- Göttinger, W.: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (1980) 2, S. 55—62.
- Hartz, G.: Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Intelligenz und Stottern. Die Sprachheilarbeit (1970) 4, S. 109—116.
- Heese, G.: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Berlin 1976.
- Heinzel, J.: Das Problem des Stotterns und die verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (1976) 6, S. 197—205.
- Heinzel, J.: Praktische Behandlung eines stotternden Kindes. Deutsche Krankenpflegezeitschrift (1981), S. 553—554.
- Hellbrügge, Th.: Zur altersspezifischen Überforderung des Schulkindes. Ärzteblatt für Baden-Württemberg (1958), S.3—7.
- Heller, K., und Rosemann, B.: Planung und Auswertung empirischer Untersuchungen. Stuttgart 1975.
- Keller, W.: Die Last mit den Noten. Die Zeit (1981) 12, S. 34.
- Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, Bd. 2. Wien 1964.
- Orthmann, W., und Scholz, H. J.: Stottern. Berlin 1976.
- Rosemann, H.: Kinder im Schulstreß. Frankfurt 1978.
- Selye, H.: Streß — Streß — Streß. Reinbek 1977.
- Van Riper, Ch.: The nature of stuttering. New Jersey 1971.
- Wiechmann, J.: Untersuchungen über die Intelligenz stotternder Kinder. In: Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V. Hamburg 1955, S. 102—106.

Anschriften der Verfasser:

Joachim Heinzel, Diplom-Psychologe, Fachpsychologe für Klinische Psychologie, Leiter der Erziehungsberatungsstelle der Stadt Hamm, Elchstraße 11, 4700 Hamm 1.
 Chefarzt Dr. med. Wolfgang Ulbricht, Abt. Neurologie, Ev. Krankenhaus, Holbeinstraße 10, 4750 Unna.

Jürgen Teumer, Hamburg

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 233—241

Ein Projekt zur Früherfassung sprachgestörter Kinder und seine Folgen

Zusammenfassung

Über ein zweisträngig angelegtes Projekt — Öffentlichkeitsarbeit und Früherfassungsmaßnahmen — sollten in einem Hamburger Stadtbezirk das Potential sprachbehandlungsbedürftiger Kinder zwischen vier und sieben Jahren ermittelt, Mängel im diagnostisch-therapeutischen Versorgungssystem aufgedeckt und auf der Basis von vier zentralen Leitvorstellungen konzeptionelle Verbesserungen für das gesamte Sprachheilwesen in Hamburg entwickelt werden. Unter Bezugnahme auf die konkreten Gegebenheiten werden Überlegungen hinsichtlich der institutionell-organisatorischen Strukturierung und der fachlich-personellen Qualifizierung angestellt. Es besteht die Hoffnung, daß die Ergebnisse und Erkenntnisse von grundsätzlicher Bedeutung und für Entwicklungen in anderen Regionen hilfreiche Orientierungen sein könnten.

1. Vorbemerkung

Es gehört längst zur fachbezogenen wissenschaftlichen Erkenntnis, daß sprachbehindertpädagogisch relevante Störungen von Kindern möglichst frühzeitig, d. h. in der Regel späte-

stens im Vorschulalter, erkannt und durch gezielte pädagogische (begleitend: medizinische, psychologische) Interventionen beeinflusst, wenn möglich, abgebaut werden sollten.

Unbestritten ist auch, daß eine frühzeitige Erfassung sprachgestörter Kinder besonders effizient ist. Über kurz- bis mittelfristig angelegte therapeutische Interventionen können die meisten Störungsphänomene noch vor der Einschulung behoben und sekundäre, aus der sprachlichen Beeinträchtigung resultierende Verhaltensabweichungen verhütet oder wenigstens abgeschwächt werden.

Dieser Denk- und Handlungsansatz weist dem sprachbehindertenpädagogischen Bemühen eine dezidiert präventive Aufgabenstellung zu, stellt es doch den Versuch dar, »das Spektrum sonderpädagogischer Maßnahmen über den Bereich des vornehmlich (schul-)pädagogischen Reagierens hinaus zu erweitern und schon im Vorfeld des Entstehens bzw. der Entfaltung von Behinderung vermeidend oder abschwächend einzuwirken« (Haselmann 1982, S. 338).

Der Einsicht in diese Sachverhalte entspricht jedoch keine stringent angelegte und konsequent gehandhabte Realisierung. Sowohl auf der Ebene des institutionell-organisatorischen Auf- und Ausbaus als auch auf dem Sektor der personell-fachlichen Qualifizierung sind erhebliche Mängel auszumachen.

2. Projekt

Lösungsansätze in den beiden o. a. Bereichen sollten in einem Projekt zur Früherfassung sprachgestörter Kinder entwickelt werden. Die Aufgaben des Projekts, das im Zeitraum zwischen Frühjahr 1981 und Frühjahr 1983 geplant, durchgeführt und ausgewertet worden ist¹, bestanden vor allem darin,

- Methoden der Öffentlichkeitsarbeit zu entwickeln und einige zu erproben,
- anhand spezieller Screening-Untersuchungen in Kindertagesstätten und im Eingangsstufenbereich der Grundschulen in einem geographisch begrenzten Bezirk Hamburgs das Potential sprachgestörter (beratungs- und/oder behandlungsbedürftiger) Kinder zu erheben und
- die gegenwärtige Situation auf dem Sektor der einschlägigen Beratungs- und Behandlungsangebote in Hamburg zu erfassen und zu analysieren.

2.1. Öffentlichkeitsarbeit

Sowohl für die Belange des Projekts als auch für das generelle Anliegen, Frühmaßnahmen für sprachgestörte Kinder in der Bundesrepublik durchzusetzen, wurden nach den Gestaltungsprinzipien einer medialen und methodischen Vielfalt und vermeintlichen Zielgruppenadäquatheit Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Teumer und Schwarze 1982) entwickelt. Die verschiedenen Materialbestandteile sollten dazu beitragen, Eltern und beruflich mit Kindern umgehende Personen wie Ärzte, Pädagogen und Psychologen mit notwendigen Informationen zu versehen, z. B. über

- Methoden und Möglichkeiten der Erkennbarkeit von Entwicklungsretardierungen im Bereich der Sprache und des Sprechens,
- Möglichkeiten positiver Stimulationen in verbalen und nonverbalen Bereichen,
- sprachentwicklungsförderndes bzw. -hemmendes Erziehungsverhalten und über
- personelle, institutionelle und materiale Angebote des Sprachheilwesens.

¹ An dem Projekt waren Studenten der Sprachbehindertenpädagogik aus dem Fachausschuß Sonderpädagogik der Universität Hamburg und Sonderschullehrer aus zwei Hamburger Schulen für Sprachbehinderte (Baererstraße 81, Hamburg 90, und Lange Striepen 51, Hamburg 92) unter Leitung des Verfassers beteiligt. Allen sei an dieser Stelle für ihr Engagement gedankt!

Im einzelnen handelte es sich u. a. um folgende Elemente, deren Drucklegung und damit mögliche bundesweite Verbreitung zum Teil über verschiedene Spenden finanziert werden konnte:

- Plakat und Faltblatt,
- Serie von Zeitungsartikeln,
- Informations- und Beratungsschrift,
- Elternbriefe und Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung derselben,
- Informationsblätter für Pädagogen und Ärzte,
- Prüfverfahren zur Ermittlung sprachlicher Defizite,
- Konzept eines Vortrages vor Ärzten,
- Entwurf einer inhaltlichen Konzeption für Fortbildungsveranstaltungen (z. B. für Erzieher),
- Handreichungen für den Einsatz von audiovisuellen Medien,
- Übersicht über Informationsmaterialien, vorwiegend Druckmedien.

Unser Anliegen war, sprachheilpädagogische Erkenntnisse in das Blickfeld eines breiteren öffentlichen Interesses zu rücken und Einsichten zu vermitteln, die dazu führen,

- die Spanne zwischen Erfassungszeitpunkt und Einschulungstermin zu erweitern,
- die Aussichten der betroffenen Kinder für eine Schullaufbahn in der Regelschule zu vergrößern und
- die Erfassungsquote deutlich anzuheben, vor allem auch bei Kindern aus sozial schwachen Familien.

2.2. Erfassung

Punktuelle Einblicke in die Quantität und Qualität des Problems wurden im Zuge des Projekts über Untersuchungen in Kindertagesstätten, Vorschulklassen, Schulkindergärten und ersten Schuljahren der Grundschulen angestrebt. Über das methodische Instrument der sogenannten Meldeerfassung wurden die vermeintlich sprachgestörten Kinder aus den Altersstufen der Vier- bis Siebenjährigen von den Gruppenerziehern bzw. Klassenlehrern vorausgelesen — vorausgegangen waren entsprechende Instruktionen — und von den Mitgliedern der Projektgruppe mit Hilfe eines für diese Belange eigens entwickelten grobdiagnostischen Prüfverfahrens untersucht.

Unter Zugrundelegung vergleichsweise strenger Beurteilungskriterien² wurden für 16,5 Prozent der Kinder sprachbehindertenpädagogische Maßnahmen, im wesentlichen ambulante Behandlungen (teilweise ergänzt durch vorausgehende oder begleitende fachmedizinische Therapien), empfohlen. In nahezu 90 Prozent der Fälle konnten den Erziehungsberechtigten (sowie den Pädagogen) in Beratungsgesprächen das Ergebnis der Untersuchung und die vorgeschlagene Maßnahme erläutert werden.

In einer nachgehenden Untersuchung nach Ablauf eines Jahres (begrenzt auf die Stichprobe aus Kindertagesstätten) wurde ermittelt, daß 57 Prozent der Eltern im Sinne der Empfehlungen aktiv geworden waren. Die passiv gebliebenen Eltern gaben in erster Linie an, daß sich die Sprache ihres Kindes stark verbessert habe bzw. mangelnde Zeit oder verschiedene familiäre Schwierigkeiten hindernd gewirkt hätten (vgl. von *Elling* 1983).

2.3. Fachspezifische Angebote in Hamburg

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Früherfassungsuntersuchungen sind kein Selbstzweck. Sie bedürfen vielmehr der Absicherung durch ein tragfähiges Netz an entsprechenden Diagnose-, Beratungs- und Behandlungsangeboten. Dieser Zusammenhang öffnet zwangsläufig den Blick für die gegenwärtige Situation auf diesem Sektor.

² Zur Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit dienten: Mehrfach-Sprachstörungen, Verdacht auf organische Beeinträchtigungen, bei Einfach-Sprachstörungen vorhandenes Störungsbewußtsein des Kindes oder eine erhebliche Auffälligkeit (z. B. Sigmatismus lateralis).

Der Stadtstaat Hamburg verfügt über ein vergleichsweise recht differenziertes Angebot an fachspezifischen Hilfen für sprachgestörte Kinder und deren Eltern. Im Elementar- und Eingangsstufenbereich, denen hier das besondere Interesse gelten soll, stehen folgende Institutionen (einige jedoch nur für spezielle Problemlagen) zur Verfügung:

- Ambulanzen an den sechs Schulen für Sprachbehinderte und ihren 13 Außenstellen,
- Beratungszentrum für Behinderte mit der Dienststelle des Landesarztes für Sprachbehinderte,
- 13 Sondertagesheime und drei Sondergruppen für Sprachbehinderte an kirchlichen Kindergärten,
- Werner-Otto-Institut der Alsterdorfer Anstalten,
- phoniatische Abteilung der HNO-Klinik und Nordwestdeutsche Kieferklinik am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf,
- zwei Kinderkurheime sowie schließlich
- Privatpraxen von Sprachtherapeuten verschiedener Ausbildungsrichtungen (zusätzlich nebenamtlich tätige Sprachheilpädagogen).

Die Vielgestaltigkeit dieses Angebots darf den Blick für Probleme — institutionsbezogener wie grundsätzlicher Art — nicht verstellen.

2.3.1. Probleme

In geraffter Form stellen sich die Probleme institutionsbezogen wie folgt dar:

Das Früherfassungssystem ist gekennzeichnet durch

- schichtenspezifische Ausleseeffekte,
- wenig Mobilität und Einbahnigkeit des Angebots,
- geringe Flexibilität hinsichtlich der Beratungs- und Behandlungszeiten,
- mangelnde personelle Kontinuität,
- zu geringe Ausstattung mit Personal und Stundendeputaten,
- lange Wartefristen,
- defensiv gestaltete bzw. nicht vorhandene Öffentlichkeitsarbeit.

Überlagert werden diese Probleme durch eine Legitimationskrise der Sondereinrichtungen generell, die sich auf dem Hintergrund der geschilderten Mängel und im Zusammenhang mit Bestrebungen integrativer Förderung behinderter Kinder zunehmend verschärft und zu einer existentiellen Frage heranreift.

Daneben sind offenkundige Mängel an Problembewußtsein in der Öffentlichkeit im allgemeinen und bei den für die frühe Sozialisation verantwortlichen Gruppen im besonderen (Eltern, Erzieher, Sozialpädagogen, Lehrer, Ärzte) festzustellen.

Auch der vielfach zu registrierende Sachverhalt, sprachliche Probleme der Kinder als nicht so gravierend wie z. B. Mängel im Bewegungs- oder im Sinnesapparat einzuschätzen und jenem Sektor ein hohes Maß an geradezu naturwüchsiger, kompensierender Eigendynamik zuzugestehen, macht auf die Vielschichtigkeit der aufzuarbeitenden Probleme und gleichzeitig auch auf Begrenzungen des durch Öffentlichkeitsarbeit Erreichbaren aufmerksam.

Darüber hinaus — und dies ist wohl das Kernproblem — sind verengende diagnostisch-therapeutische Sicht- und Handlungsweisen, die die rehabilitativen Konzepte sämtlicher Institutionen gleichermaßen überdecken, auszumachen:

Die diagnostische Praxis orientiert sich noch allzu eng an den auffälligsten laut- und redensprachlichen Symptomen, vernachlässigt deren Einbettung in das gesamte Erleben und Verhalten, ist zu häufig auf die Quantifizierung von Funktionsdefiziten beim Kind abgestellt und blendet dadurch wichtige qualitative Variablen wie die Analyse der Erziehungsverhältnisse, das Angebot an Erfahrungsmöglichkeiten, an interaktiven und sprachlichen Mustern in der Familie aus.

Die therapeutische Praxis bildet die diagnostische weitgehend ab, d. h., sie stellt das Symptom als wegzutherauierendes Objekt und weniger das Kind als Person mit seinen Bedürfnissen, seinen existentiellen Erschwernissen und seiner konkreten familiären Umwelt in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen (vgl. *Teumer 1982*).

Entsprechende Defizite charakterisieren das therapeutische Handeln bei der Beratung der Eltern bzw. in der Familienarbeit.

Die Situation der Versorgung sprachgestörter Kinder wird zusätzlich durch Rivalitäten und Egoismen zwischen den die ambulante Beratung und Behandlung seit Jahrzehnten weitgehend bestimmenden Berufsgruppen belastet. Hintergrund dieser (vor allem von einigen Verbandsfunktionären angestifteten) Auseinandersetzungen sind Ängste, aus einem angeblich angestammten Betätigungsfeld herausgedrängt zu werden. Festgemacht werden diese schädlichen Dispute an den jeweiligen Ausbildungs- und Studienordnungen und dem beckenmesserischen Vergleich abgeforderter Stundendeputate. Übersehen wird dabei, daß jene Verordnungen zwar den Erwerb von Qualifikationen ermöglichen, damit aber nicht zugleich das unabdingbare Maß setzen für Lernbereitschaft, Motivation, Engagement, pädagogisch-psychologisches Einfühlungsvermögen, Kooperationsbereitschaft usw.

3. Konsequenzen

Auf dem Erfahrungshintergrund des Hamburger Projekts ergeben sich zwangsläufig einige Hinweise für Veränderungen im Sprachheilwesen. Ihnen soll unter zwei Gesichtspunkten, der institutionell-organisatorischen Strukturierung und der fachlich-personellen Qualifizierung, nachgegangen werden.

Leitvorstellungen für die Erarbeitung und Füllung des Planungs- und Gestaltungsrahmens sind:

- a) Berücksichtigung vorhandener Strukturen und Optimierung derselben sowohl durch Einbringen neuer Elemente als auch durch Überwindung überholter Arbeitsformen,
- b) Verstärkung von Gedanken und Entwicklungen auf pädagogischem Feld, welche auf die Schaffung flexibler Systeme von Fördermaßnahmen, den Abbau von Aussonderungsmechanismen sowie auf die Initiierung von gemeinsamen sozialen Lernprozessen Behinderter und Nichtbehinderter ausgerichtet sind,
- c) Erweiterung individuumzentrierter Methoden pädagogischen Handelns in Richtung auf interaktional begründete Konzepte, wobei das aktuelle (Sprech- und Sprach-)Verhalten eines Kindes aus seinen Sozialisationsbedingungen heraus gedeutet wird und sich dementsprechend die diagnostisch-therapeutischen Vorgehensweisen auf eine Veränderung der sozialen Gesamtsituation, in der das Kind aufwächst, orientieren und familien- oder erzieherbezogene Beartungs-, Förder- und Therapieangebote entwickelt werden (vgl. *Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg*, Drucksache 9/3972 vom 8. Dezember 1981; *Speck und Warnke 1983*),
- d) Einbau von solchen Absicherungen in das Erziehungs- und Bildungssystem, die einerseits ein weiteres Auseinanderdriften des durch administrative Entscheidungen getrennten Elementar- und Grundschulbereichs verhindern und andererseits sonder- und normalpädagogische Arbeitsfelder in kooperative Verbindung bringen.

Zur substantiellen Fundierung der geplanten Veränderungen sind quantitative Angaben unerläßlich. Die statistischen Unterlagen (vgl. *Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg*, Drucksache 9/3972 vom 8. Dezember 1981 bzw. 9/4520 vom 20. April 1982) weisen aus, daß pro Geburtsjahrgang in Hamburg konstant mit etwa 13000 Kindern zu rechnen ist. Der Kindertagesstätten-Bedarfsplan für Hamburg (vgl. *Bürgerschaft ...*, Drucksache 9/4520 vom 20. April 1982) belegt darüber hinaus, daß am 1. November 1980 51,6 Prozent der Kinder im Elementarbereich in Kindertagesstätten (-heimen), weitere 13,3 Prozent in Vorschulklassen zu

finden waren. Diese Angaben bedeuten auch, daß über ein Drittel aller Kinder dieser Altersstufe keine Institution besuchte.

Unter Berücksichtigung der angegebenen Leitvorstellungen und der quantitativen Angaben könnte sich auf der Ebene der institutionell-organisatorischen Strukturierung das folgende Versorgungsmodell für sprachgestörte Kinder in Hamburg ergeben.

3.1. Institutionell-organisatorische Strukturierung

3.1.1. Lösungselement I

Etwa 50 Prozent aller Kinder im Elementarbereich besuchen eine Kindertagesstätte. Wenigstens 15 Prozent der Vier- bis Sechsjährigen bedürfen — so wies es das Hamburger Projekt zur Früherfassung aus — sprachbehindertenpädagogischer Maßnahmen, in weit überwiegendem Maße in der ambulanten Form.

Bisherige Versorgungsformen sind im wesentlichen darauf abgestellt, daß Eltern mit ihrem (vermeintlich oder tatsächlich sprachgestörten) Kind von sich aus auf die Beratungs- und Behandlungsangebote zugehen und es diesen Stellen dann obliegt, das Spektrum fachspezifischer Hilfen von der Beratung bis hin zu ambulanten bzw. stationären Maßnahmen in zentralisierten Sondereinrichtungen anzuwenden.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß auf diese Weise nicht die erhoffte Effizienz erreicht werden konnte. Es liegt deshalb nahe, dem vorhandenen System ein weiteres Element hinzuzufügen und sprachbehindertenpädagogische Kompetenz schrittweise auch in die Kindergärten unmittelbar einzubringen. Ziel dieser Arbeitsform ist, die sprachbehandlungsbedürftigen Kinder in der natürlichen Gruppensituation und durch die Konstanz vor allem einer Bezugsperson (des Erziehers) zu fördern. Erzieher (Sozialpädagogen) und Sprachbehindertenpädagogen erarbeiten dann gemeinsam Handlungsmöglichkeiten, die von dem Erzieher in die tägliche Arbeit nach den Prinzipien ganzheitlicher Entwicklungsförderung integriert werden (vgl. *Kautter et al. 1983; Reutlinger Projektgruppe Frühförderung 1983*). Das schließt nicht aus, in Fällen schwerer Entwicklungsverzögerungen ein Kind einzeln oder zusammen mit anderen Kindern vorübergehend aus der Großgruppe herauszunehmen, um spezielle, fachpädagogisch organisierte und geleitete Anregungen und Hilfen zu vermitteln. Gegebenenfalls sollte auch die Möglichkeit, Sondergruppen einzurichten, offenbleiben.

Die Institutionalisierung einer derartigen sprachbehindertenpädagogischen Versorgung in den allgemeinen Kindergärten könnte zu einer schrittweisen Ablösung der Sontertagesheime für sprachbehinderte Kinder führen.

Einbezogen in diese Überlegungen würden vor allem die Altersjahrgänge der Vier- bis Sechsjährigen. Bei Zugrundelegung o. a. Bezugsgrößen bedeutete dies, daß von einem Potential von etwa 2400 sprachgestörten Kindern³ auszugehen wäre, für die eine entsprechende Förderung eingeleitet werden müßte.

Als Ausübungsformen für diese geforderten Dienstleistungen bieten sich als kurzfristige (und sicher problematischste) Lösung Honorarverträge an. Übergangsweise bedacht werden könnten auch Möglichkeiten über sogenannte Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM), ein von der Bundesanstalt für Arbeit aufgelegtes Programm, dessen Geldmittel von Gemeinden und Verbänden für Arbeiten ausgegeben werden können, die im öffentlichen Interesse liegen und ohne Förderung nicht oder erst später ausgeführt würden. Längerfristig ist anzustreben, daß — bei schrittweiser Auflösung der Sonderkindertagesheime — die dort vorhandenen hauptamtlichen sprachheilpädagogischen (logopädischen) Deputate in vollem Umfang auf die Arbeit in

³ Berechnungsbasis: 13 000 Kinder pro Geburtsjahrgang; einbezogen werden je 13 000 Vierjährige und Fünfjährige sowie 6500 Sechsjährige (die Hälfte dieses Jahrgangs ist schulpflichtig): $\approx 32\,500$ Kinder. Etwa 50 Prozent besuchen Kindertagesstätten: $\approx 16\,000$ Kinder. Etwa 15 Prozent sind sprachbehandlungsbedürftig: ≈ 2400 Kinder.

den Kindergärten übertragen und in Anbetracht der quantitativen Erfordernisse stufenweise aufgestockt werden.

3.1.2. Lösungselement II

Etwa ein Drittel aller Kinder im Elementarbereich kann über pädagogische Institutionen nicht erfaßt werden. In diesem Zusammenhang erhält die vorgezogene Schulanfängeruntersuchung, die auf der Altersstufe der Fünf- und Sechsjährigen in Hamburg praktisch eine lückenlose Erfassung gewährleistet, einen herausragenden Stellenwert. Bei entsprechender Unterrichtung der Schulärzte könnten diese eine zentrale Erfassungs- und Vermittlungsinstanz darstellen und wenigstens jene Kinder aufspüren, die dringend einer Sprachbehandlung bedürfen. In Anbetracht der kurzen Zeitspanne, die dann bis zum Schulanfang noch zur Verfügung steht, müssen Wartefristen bis zum Behandlungsbeginn für diese Kinder unbedingt vermieden werden. Insofern muß das gegenwärtig zur Verfügung stehende Beratungs- und Behandlungsangebot, das ja praktisch in der Regel nicht ohne Wartefristen auskommt, dringend erweitert werden.

Es wird daher vorgeschlagen, in Anlehnung an die erfolgreiche Praxis in anderen Bundesländern (vgl. u. a. *Empfehlungen zur Durchführung der Eingliederungshilfe für Sprachbehinderte*, Erlaß des Hessischen Sozialministers vom 28. April 1980), auch in Hamburg Stellen für sogenannte Sprachheilbeauftragte einzurichten.

Sprachheilbeauftragte haben im wesentlichen die Aufgabe, sich an der Informations- und Aufklärungstätigkeit und den Fortbildungsmaßnahmen der Gesundheitsdienste zu beteiligen, Sprechtage abzuhalten, die Personensorgeberechtigten Sprachgestörte zu beraten, auf der Basis eingehender Diagnostik Vorschläge zur Einleitung von Eingliederungshilfen zu erarbeiten sowie nach Möglichkeit Behandlungen und nachgehende Betreuung durchzuführen.

Derartiger Maßnahmen bedürfen vor allem jene Kinder, die keine Institution besuchen. Nach den o. a. Berechnungsgrundlagen werden unter ihnen etwa 1500 sprachbehandlungsbedürftig sein.

Um einer weiteren Aufsplitterung der Gesundheits- und Sozialdienste keinen Vorschub zu leisten, wäre eine Eingliederung in die vorgegebene Struktur der jugendpsychiatrischen Dienste, der Erziehungsberatungsstellen und/oder der psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsstellen angezeigt.

Denkbar (und langfristig anzustreben) wäre, die Stellen der Sprachheilbeauftragten ebenso wie die hauptamtlichen Deputate in den allgemeinen Kindergärten (s. o.) als sprachbehindertenpädagogische Funktionselemente in ein System übergreifender sonderpädagogischer Beratungs- und Behandlungsdienste einzufügen und der unmittelbaren schulbehördlichen Aufsicht (nach dem Muster der schulpsychologischen Dienste) zu unterstellen. In diese Dienste könnte dann ebenso die im folgenden vorzustellende beratend-therapeutische Organisationseinheit der Schule für Sprachbehinderte integriert werden.

3.1.3. Lösungselement III

Die Schule für Sprachbehinderte und die ihr angegliederten Beratungs- und Behandlungsstellen (Ambulanzen) mit dem für ambulante Maßnahmen zur Verfügung stehenden Stundendeputat (gegenwärtig: 359 Wochenstunden oder etwa 13 Planstellen) wären infolge der beiden vorgestellten Veränderungen von einem Teilbereich bisheriger Aufgaben entlastet. Dieser dadurch entstandene Freiraum könnte nunmehr konsequenter und ausschließlich für Informations-, Beratungs- und Behandlungsdienste im gesamten Regelschulbereich genutzt werden. Der Schwerpunkt der Arbeit sollte in der Eingangsstufe, d. h. in der Vorschulklasse, dem Schulkindergarten und dem ersten Schuljahr, liegen. Die auf diesem Sektor tätigen Sprachbehindertenpädagogen könnten dann ein wichtiges und notwendiges Bindeglied zwischen Sonderschule und Regelschule bilden.

Die Bedeutung und der Stellenwert dieser erweiterten Aufgabenstellung sollten dadurch zum Ausdruck gebracht werden, daß künftig neben die Organisationseinheit im Sinne der herkömmlichen Schule für Sprachbehinderte eine weitere mit beratend-therapeutischem Schwerpunkt gestellt wird.

Darüber hinaus ist anzustreben, daß sich — beginnend an den sogenannten Außenstellen der Schulen für Sprachbehinderte — vermehrt Systeme kooperativer und integrativer Arbeitsformen zwischen Grundschule und Schule für Sprachbehinderte herausbilden (vgl. Schulversuch Burgunderweg in Hamburg-Niendorf).

Es ist zu erwarten, daß derartige Lösungsansätze zu einer veränderten Gestaltungsform von Schule für Sprachbehinderte führen.

3.2. Fachlich-personelle Qualifizierung

Aus der Perspektive des vorgezeichneten institutionell-organisatorischen Rahmens ergeben sich eine Reihe von Akzentuierungen auch in fachlich-personeller Hinsicht.

Obenan stehen meines Erachtens geradezu zwangsläufig neue Verpflichtungen der Ausbildungsstätten. Während sich die sonderpädagogischen Studiengänge (und mit diesen derjenige der Sprachbehindertenpädagogik) bisher in erster Linie den Aufgaben und Problemen der sonderschulischen Praxis zuwandten und demzufolge die Ausbildungsschwerpunkte schulbezogen ausgewiesen waren, werden sie künftighin so anzulegen sein, daß die Absolventen grundsätzlich auch — zumindest wahlweise — Qualifikationen für nicht ausschließlich schulbezogene Berufstätigkeiten, d. h. in Richtung auf außerschulische Arbeitsfelder mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung (vgl. *Sander* 1982), erwerben können. Gefordert und realisiert werden muß daher ein polyvalentes Ausbildungskonzept. Aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik bedeutete dies keine grundsätzliche Abkehr von speziellen Beschulungsformen und den von daher nach wie vor aufgegebenen fachspezifischen Ausbildungserfordernissen, sondern eher eine »Ausweitung durch bewußte Schwerpunktverlagerung« (*Sander* 1982, S. 128). Die Lösung der Sprachbehindertenpädagogik von ihrer einseitigen Bindung an die Sonderschullehrerausbildung eröffnete ihr erst eigentlich die Möglichkeit, sich in Übereinstimmung mit den fachlich-empirischen Grundlagen als wissenschaftliche Disziplin zu entfalten und sich entschiedener als bisher auch der Verpflichtung zu interdisziplinärem Verständnis ihrer Arbeit zu öffnen.

Auch wenn die Lehrerprüfungsordnungen für eine derartige hochschuldidaktische Ausrichtung relativ enge Grenzen setzen, sollten doch die vorhandenen Freiräume extensiv genutzt werden, um die Studieninhalte auch auf die Vermittlung und Aneignung spezieller Fähigkeiten und Fertigkeiten der praktischen Arbeit im außerschulischen, vor allem im Elementarbereich auszurichten. Hierzu zählen die Erweiterung der Angebote in Richtung auf

- kleinkindpädagogische und sozialpädagogische Grundlagen,
- Beratung und Gesprächsführung zur Durchführung familien- und erziehergerichteter Aktivitäten,
- systematische (wenn möglich: supervisierte) Einübung sprachdiagnostischen und -therapeutischen Agierens im Rahmen einer mehrdimensionalen Entwicklungsförderung (vgl. *Grohnfeldt* 1983).

Um das gegenseitige Verständnis und kooperative Arbeitsformen zu fördern, sollte sprachbehindertenpädagogisches Grundlagenwissen verstärkt auch in die Aus- und Fortbildung der Erzieher, Sozialpädagogen und Grundschullehrer aufgenommen werden. Für die bereits im Berufsleben Stehenden könnten darüber hinaus einige Lehrveranstaltungen an der Universität als Weiterbildungsangebote zur vertiefenden Auseinandersetzung und Möglichkeit zur Praxisreflexion geöffnet werden.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Fortbildungsarbeit für ausgebildete Sprachbehindertenpädagogen. Nach den Erfahrungen im Hamburger Projekt scheint es dringend erforderlich,

ein kooperativ angelegtes System zu entwickeln, das dazu beiträgt, einerseits das zwischen Universität und sprachbehindertenpädagogischer Praxis bestehende Informationsgefälle hinsichtlich neuerer wissenschaftlicher Arbeitsergebnisse auszugleichen und andererseits bewährte Praxis (z. B. auf dem Sektor der Behandlung) öffentlich zu machen. Es wird deshalb angeregt, für diese Belange ein Forum zu schaffen, das diesen Austausch an Wissen und Erfahrungen ermöglicht und damit zu einer notwendigen Standardanhebung im diagnostischen und therapeutischen Bereich beiträgt. Ein solches Forum böte auch für Studenten die Möglichkeit, in Erweiterung universitärer Lehrangebote punktuelle, zusätzliche Qualifikationen bzw. Erfahrungsgewinne auf diagnostisch-therapeutischem Gebiet zu erhalten.

Ein wichtiges Funktionselement im dargestellten System sprachbehindertenpädagogischer Arbeit sind ständig verfügbare, medial vielfältige und zielgruppenadäquat aufbereitete Materialien zur Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Interesse einer stetigen und konsequenten Nutzung und verbesserten Wirksamkeit wäre es angebracht, räumliche Zentren in der Gestalt von Mediotheken zu schaffen. An diesen Stellen könnten dann neben den Angeboten zur Öffentlichkeitsarbeit auch die vorhandenen Diagnose- und Therapiematerialien präsentiert und schließlich über die Einrichtung von ständigen Arbeitsgruppen aktualisiert und modifiziert werden.

Literatur

- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft: Bericht zur Sozialen Situation der Behinderten und zur Entwicklung der Rehabilitationsangebote in Hamburg. Drucksache 9/3972 vom 8. Dezember 1981.
- dito: Kindertagesstätten-Bedarfsplan für Hamburg. Drucksache 9/4520 vom 20. April 1982.
- Deutscher Bildungsrat. Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Stuttgart 1974.
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Einrichtungen für Sprachbehinderte in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Hamburg 1982, 6. Aufl.
- Elling, Susanne v.: Partielle Auswertung eines Projekts zur Früherfassung sprachauffälliger Kinder anhand nachgehender Untersuchungen von Einzelfällen. Wiss. Hausarbeit (unveröff.). Lehrprüfungsamt Hamburg 1983.
- Empfehlungen zur Durchführung der Eingliederungshilfe für Sprachbehinderte. Erlass des Hessischen Sozialministers vom 28. April 1980 StAnz 22/1980, S. 984.
- Grohnfeldt, M.: Standortanalyse und Aufgabenstellung der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 129—143.
- Haselmann, B.: Frühförderung behinderter Kinder als verbandspolitisches Aufgabenfeld des Verbandes deutscher Sonderschulen — Fachverband für Behindertenpädagogik. Zeitschr. f. Heilpäd. 33 (1982), S. 338—341.
- Kautter, H., Klein, G., Laupheimer, W., und Wiegand, H. S.: Ganzheit und Selbstgestaltung als zwei Leitgedanken eines Handlungsforschungsprojekts zur Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär 2 (1983), S. 6—19.
- Reutlinger Projektgruppe Frühförderung: Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder. Forschungsbericht. Reutlingen 1983.
- Sander, A.: Die Befreiung der Sonderpädagogik von der Sonderschulpädagogik. Sonderpädagogik 12 (1982), S. 124—130.
- Speck, O., und Warnke, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. München/Basel 1983.
- Teumer, J.: Zur Struktur von Frühmaßnahmen bei sprachbehinderten Kindern — Bestandsaufnahme und Zielvorstellungen aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht. In: Clauss, A. (Hrsg.): Früherkennung, Früherfassung und Frühförderung Hör- und Sprachbehinderter. Erlangen 1982, S. 41—60.
- Teumer, J., und Schwarze, A.: Spricht Ihr Kind wie andere Kinder? Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit. Hamburg 1982 (2. Aufl. 1983).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. phil. Jürgen Teumer, FA 9 — Sonderpädagogik, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13.

Stammelbehandlung unter den lernpsychologischen Gesichtspunkten des Modellernens

Zusammenfassung

Es wird angenommen, daß normgerechte Artikulation über die Tätigkeit des Zuhörens auch durch Modelllernen gelernt wird. Deshalb erscheint es angebracht, Modellernen für den systematischen Einsatz bei Stammelbehandlungen verfügbar zu machen. Die folgenden Ausführungen befassen sich mit der Darstellung theoretischer Aspekte von Modellernen sowie der Umsetzung und Integration in Stammelbehandlungen.

1. Problemstellung

Es gibt stammelnde Kinder ohne erkennbare organische Defekte, nachweisbare Beeinträchtigungen des Gehörs usw. Obwohl sie in einer normalsprechenden Umgebung aufwachsen, stammeln sie. Hierin sehe ich das Problem: Sprechen im Sinne von Artikulation wird über die Tätigkeit des Zuhörens wahrscheinlich überwiegend durch Modellernen gelernt. Bei der ange deuteten Gruppe stammelnder Kinder findet dieser Lernprozeß offenbar nicht oder nicht vollständig statt. Deshalb halte ich es für interessant, aufschlußreich und gewinnbringend, die folgenden Gedankengänge theoretisch und praktisch umsetzbar auszuarbeiten.

- Für manche der stammelnden Kinder sind ihre normalsprechenden Bezugspersonen keine angemessenen Modelle. Auch psychische Ursachen hierfür lassen sich zwar finden beim Kind, bei den Bezugspersonen oder in der Beziehung zwischen ihnen. Dies dürfte aber schwierig sein und womöglich so umfangreiche und komplizierte Konsequenzen, wie z. B. die Beeinflussung der Kommunikation zwischen Eltern und Kind, zur Folge haben.
- Unter der Voraussetzung, daß bezüglich der gestammelten Laute kein ausreichendes Modellernen stattfindet, läßt sich folgender Behandlungsansatz konstruieren: Durch geeignete Methoden der Verhaltensbeeinflussung lernt das stammelnde Kind, das normgerechte Sprechen der Bezugspersonen wahrzunehmen. Diese Bezugspersonen (vor allem die Eltern) werden als ein zu imitierendes Modell »aufgebaut«.

Dieser Behandlungsansatz soll in den weiteren Ausführungen begründet und dargestellt werden.

2. Zur Beziehung zwischen Sprechen und Modellernen

Ich gehe davon aus, daß Sprechen im Sinne normgerechter Artikulation auch durch Modelllernen gelernt wird (vgl. u. a. *Bandura* 1979, S. 174 ff.; *Oerter* 1982, S. 520 ff.). Für die mit Modellernen umschriebenen Phänomene gibt es unterschiedliche Definitionen, je nach dem theoretischen Ansatz, den die Autoren vertreten. Im Rahmen des hier vorgelegten Behandlungsansatzes folge ich den Vertretern von Verstärkungstheorien. Sie bevorzugen Begriffe wie Imitation oder Nachahmungsverhalten und verstehen darunter folgenden Vorgang: Eine Person (Modell) führt ein Verhalten aus. Eine andere Person (Beobachter) führt anschließend ein gleiches oder ähnliches Verhalten aus. Das Nachahmen gilt als Verhaltensklasse, die durch operante Konditionierung gelernt wird (siehe *Skinner* 1953/1973 und die Darstellungen in *Zumkley-Münkel* 1976 über *Gewirtz/Stingle*). Diese Vorgänge von Imitation und Verstärkung wurden in anderen Zusammenhängen über Sprache und Sprechen hinreichend beschrieben (*Remplein* 1966, *Oerter* 1982) und lassen sich auch bei sprechenlernenden Kindern und den reagierenden Personen gut beobachten. Allerdings verlaufen sie nicht immer störungsfrei. Nicht jede Person ist als Modell geeignet, und Imitationsverhalten ist wahrscheinlich abhängig von der Art des Modellverhaltens, von Merkmalen des Modells und der affektiven Beziehung

zwischen Modell und Beobachter (siehe *Zumkley-Münkel* 1976, S. 73 ff.). Andererseits ist nicht jeder Beobachter geeignet, das Verhalten eines Modells zu imitieren (*Zumkley-Münkel* 1976, S. 90 ff.).

Unter der Berücksichtigung dieser Sachverhalte ist es nicht verwunderlich, daß ein als selbstverständlich erwartetes Verhalten wie die Imitation von Lauten nicht oder nicht vollständig erfolgt.

3. Konsequenzen für die Behandlung des Stammelns

Ein Behandlungsansatz läßt sich wie folgt konstruieren: Ausgangspunkt soll die Annahme sein, daß manche stammelnden Kinder ihre normalsprechenden Bezugspersonen nicht angemessen beobachten und sie deshalb hinsichtlich der Lautbildung nicht imitieren. Weiterhin wird angenommen, daß diese Bezugspersonen als Modelle im Sinne erfolgreicher Imitation nicht geeignet sind. Eine Behandlung hätte demnach zum Ziel, beobachtendes Kind und Bezugspersonen so zu beeinflussen, daß Beobachtung/Imitation an Personen erfolgt, die durch die Beeinflussung erst wieder zu Modellen werden. Im Rahmen einer konkreten Behandlung gibt es mehrere Möglichkeiten einer Anwendung und Umsetzung dieser Annahmen und der oben beschriebenen Ausführungen über Modellernen.

3.1. Behandlung ohne besondere Anbildung der gestammelten Laute

- Mit der Mutter wird zunächst überlegt, welche Belohnungen als positive Verstärker wirken können. * Ihr wird in groben Zügen erklärt, daß und wie ein lernpsychologischer/verhaltens-therapeutischer Ansatz zur Anwendung gelangt, bei dem die Belohnungen/positiven Verstärker eingesetzt werden. Es wird außerdem vereinbart, daß mit dem Kind nur so geübt wird wie jeweils in den Behandlungsstunden. Das Sprechen soll ansonsten vollständig ignoriert werden.
- Das Kind wird von mir aufgefordert, gut zuzuhören und von mir gesprochene Wörter (welche die Stammellaute noch nicht enthalten) nachzusprechen. Für jede richtige Reaktion wird kontingent und kontinuierlich eine der vereinbarten Belohnungen verabreicht. Gleichzeitig wird verbal bekräftigt: »Du hast mir gut zugehört.« Hier wird also nicht ein Sprechergebnis, sondern die Verhaltensweise des Zuhörens/Beobachtens verstärkt. Als Sprechmaterial werden meist Schüler- oder Kinderlexika mit Abbildungen zu jedem Begriff verwendet. Außer einzelnen Wörtern werden auch kurze Sätze je nach Verständnis gesprochen. Auf Wörter mit den gestammelten Lauten wird erst verzichtet, weil zunächst nur das Verhalten Zuhören/Beobachten trainiert wird. Der Lerneffekt ist wahrscheinlich um so größer und intensiver, je mehr Erfolgserlebnisse das Kind wahrnimmt. Während dieser zweiten Phase sollen die Bezugspersonen (meistens ist es die Mutter) mein Verhalten beobachten, um es anschließend selber zu praktizieren. Auch hier findet also ein Modellernen statt. Um dies möglichst schnell und sicher zu erreichen, erkläre ich mit einfachen Begriffen meine Ziele und mein Modellverhalten mit der Bitte, es genau zu beobachten, um es ebenso anwenden zu können. Nach meiner Übungsdemonstration verbalisiere ich erneut und zusammenfassend mein gezeigtes Verhalten.
- Die Mutter wird jetzt gebeten, mit dem Kind genauso zu üben, wie ich es gezeigt habe. Ich kontrolliere ihr Verhalten und gebe nonverbal und verbal positive Rückmeldung. In dieser Weise soll zu Hause täglich mehrmals für wenige Minuten geübt werden. Die verabreichte, meist materielle Belohnung soll gewährleisten, daß schließlich Lob allein als Verstärker wirksam wird. Aus verschiedenen Gründen ist Lob nicht ohne weiteres ein Reiz, der in die-

* Ermittlung von Verstärkern, ihrem Einsatz sowie Ignorieren von Symptomen usw. siehe *Wertenbroch* 1978. Auch die weiteren Ausführungen über die lernpsychologischen Aspekte dieser Behandlung können dort nachgelesen werden.

sem Fall Zuhören/Beobachten verstärkt bzw. häufiger/intensiver auftreten läßt. Mit materiellen Verstärkern und Lob wird auch deshalb gearbeitet, weil die mitarbeitenden Personen durch die Vergabe der Verstärker möglicherweise mit »Belohnungsmacht« ausgestattet (siehe *Zumkley-Münkel* 1976, S. 79 f.) und dadurch vom Kind als Modell akzeptiert und beobachtet werden.

- Nach einer oder zwei Wochen wird die Mutter zu Beginn der Behandlungsstunde gebeten, für einige Minuten mit dem Kind so zu üben, wie sie es zu Hause auch getan hat. Ich habe dadurch die Möglichkeit der Verhaltenskontrolle. Unter der Voraussetzung, daß das stammelnde Kind inzwischen ein effektiver Beobachter und die Mutter ein effektives Modell geworden sind, wird jetzt das Übungsmaterial um (etwa 20 Prozent) Wörter mit dem gestammelten Laut ergänzt. Jedes richtige Nachsprechen von Wörtern/Sätzen mit und ohne gestammelte Laute wird in der gelernten Weise bekräftigt (siehe oben). Das Verstärkungsverhalten erfolgt also jetzt auch nach zunächst noch zufälliger normgerechter Artikulation gestammelter Laute. Das Zuhören wird weiterhin bekräftigt.
- Im nächsten Therapiekontakt wird die Artikulation überprüft. Wenn tatsächlich nur noch inkonstant gestammelt wird, erfolgt eine Veränderung der Behandlung. Die bisherigen »Übungen« werden für noch eine weitere Woche im Sinne einer Stabilisierung durchgeführt. Sobald während des Spontansprechens die zuvor gestammelten Laute normgerecht artikuliert werden, lobt die Mutter das Sprechergebnis, z. B.: »Das hast du jetzt gut gesprochen« oder: »Richtig, Schlüssel wird so gesprochen.« Diese verbale Bekräftigung erfolgt intermittierend (unregelmäßig), mindestens aber zehnmal täglich über den Tag verteilt.
- Die weiteren zwei bis drei Therapiekontakte dienen der Überprüfung der Fortschritte und des Verhaltens der Mutter als Kotherapeutin. Eventuell muß das Verstärkungsverhalten verändert werden, wenn sich Unzulänglichkeiten herausstellen. Je nach Erfolg kann das Üben entfallen, und die Spontansprache ist einziges Übungsmaterial, auf das auch mit Lob reagiert wird.

3.2. Generalisierung

Eine günstige Kombination besteht darin, nach erfolgter Lautanbildung die Generalisierung des angebildeten Lautes in die Spontansprache in der beschriebenen Weise zu fördern.* Die Bestandteile bleiben gleich:

- Materielle Belohnung und Lob: »Du hast mir gut zugehört.«
- Damit abwechselnd Belohnung und Lob für ein normgerechtes Sprechergebnis. Der Anteil zuvor gestammelter Laute kann hier wesentlich größer sein, zumal sie bereits angebildet sind und isoliert artikuliert werden können.

3.3. Der Ursprung dieses Ansatzes

Die Möglichkeit, wie beschrieben vorzugehen, war zunächst ein Zufallsprodukt aus der Förderung sprachentwicklungsverzögerter Kinder mit zum Teil universellem oder multiplem Stimmeln, Dysgrammatismus und in einem Fall mit gleichzeitigem Stottern. Hier stellten sich die Fragen, ob, wie und mit welchem der einzelnen Syndrome eine Behandlung erfolgen bzw. beginnen sollte. Vor allem aus zeitökonomischen Erwägungen heraus wurde kein Syndrom isoliert behandelt. Das Zuhören überhaupt wurde wie beschrieben trainiert. Auch hier sah ich das Problem vor allem darin, daß in einer (das Sprechen und die Sprache betreffend) relativ intakten Umgebung offenbar das beschriebene Verhältnis zwischen Beobachter und Modell nicht förderlich genug beschaffen war. Deshalb wurde zunächst unter Verwendung von Kinderlexika wie oben geschrieben behandelt. Schon nach wenigen Wochen bzw. Behandlungskontakten konnten die Kinder so deutlich artikulieren, daß Wortschatz und Satzbildung einbezogen wurden. Im einen Fall war auch das Stottern wesentlich weniger geworden.

* Positive Ergebnisse mit dieser Kombination teilte mir ein Kollege, Herr Klaus *Ortwig*, Freren, mit.

3.4. Skizzierte Übersichten zweier Stammelbehandlungen

3.4.1. Behandlung ohne Lautanbildung oder andere Maßnahmen

Diagnose und Behandlungsvorschlag nach Vorstellung beim Gesundheitsamt: »Fehlbildung der Sibilanten im Sinne eines interdentalen Lispelns. Die Zischlaute ‚s‘, ‚z‘, ‚sch‘ werden nicht normgerecht artikuliert. Die Lautfehlbildung wird begünstigt durch einen offenen Biß (das Kind nuckelt noch).« »Wir empfehlen etwa 20 ambulante Behandlungen durch ...«

Behandlungsverlauf

- 20. 1. 1981 Erste Vorstellung, Erläuterung des Behandlungskonzeptes. »Smarties« als Belohnung vereinbart.
- 3. 2. 1981 Vor- und Nachsprechen von Wörtern aus dem Kinderlexikon (ohne Stammellaute), Zuhören bekräftigt. Frau P. imitiert mein Verhalten. Art der häuslichen Übung vereinbart.
- 10. 2. 1981 Wie Vorwoche. Frau P. kontrolliert. Jetzt auch Wörter mit »sch«. Wieder Zuhören bekräftigt.
- 17. 2. 1981 Bekräftigungsverhalten von Frau P. kontrolliert. Zu den Begriffen und Abbildungen im Lexikon kurze Sätze vor- und nachgesprochen. Jetzt auch einige Wörter mit »s« und »ts«. Zuhören bekräftigt.
- 24. 2. 1981 Alle Laute werden jetzt häufiger normgerecht artikuliert. Wie Vorwoche.
- 10. 3. 1981 Frau P. berichtet, daß Tochter J. bisweilen ihre Stammelfehler in der Spontansprache bemerkt und berichtigt. Folgende Vereinbarung: Keine Übungen mehr, normgerechte Artikulation in der Spontansprache wird zehnmal täglich unregelmäßig verbal bekräftigt (Transfer).
- 24. 3. 1981 Kontrolle. J. spricht bei etwa 80 Prozent aller Wörter die zuvor gestammelten Laute einwandfrei. Normgerechte Artikulation wird weiterhin zehnmal täglich verbal bekräftigt.
- 28. 4. 1981 J. spricht alle Laute in der Spontansprache einwandfrei. Vereinbarung: Nur noch bisweilen verbale Bekräftigung.
- 12. 5. 1981 J. spricht normgerecht. Es erfolgen keine Maßnahmen mehr. Die Behandlung ist beendet.

3.4.2. Behandlung unter Einbeziehung eines Trainings der Sprechmotorik

Diagnose und Behandlungsvorschlag nach Vorstellung beim Gesundheitsamt: »Bei S. besteht als Sprachstörung eine Fehlbildung der Sibilanten. Diese werden interdental gebildet, begünstigt durch eine Zahnstellungsanomalie.« »Ich empfehle etwa 20 bis 25 ambulante Behandlungen durch ...«

Behandlungsverlauf

- 9. 6. 1981 Erste Vorstellung, Erläuterungen des Behandlungskonzeptes. Nächstes Mal mitbringen: Frisierspiegel, kleingeschnittene Gummibärchen.
- 16. 6. 1981 Zungenturnen und Mundgymnastik vor dem eigenen Spiegel. Materielle und verbale Bekräftigung, wenn Mund und Zunge die Übungen wenigstens annähernd bewältigen. Vor- und Nachsprechen von Wörtern aus dem Kinderlexikon ohne gestammelte Laute. Zuhören bekräftigt. So soll auch zu Hause geübt werden. Frau F. kontrolliert.
- 23. 6. 1981 Kontrolle des Übungsverhaltens von Frau F. Zungenturnen und Mundgymnastik werden einwandfrei bewältigt. Jetzt Anteil von Wörtern mit den gestammelten Lauten, auch kurze Sätze zu den Abbildungen. Zuhören bekräftigt.
- 30. 6. 1981 »sch« einwandfrei, auch in der Spontansprache, übrige Laute verbessert. Frau F. soll zehnmal täglich unregelmäßig und über den Tag verteilt üben, wenn die zuvor gestammelten Laute in der Spontansprache normgerecht artikuliert werden. Nicht eindeutig, ob Frau F. dies meinen Vorstellungen gemäß erledigt: Gespräch Frau F. mit Tochter S. und Lob wie vereinbart. Übungen wie bisher.
- 7. 7. 1981 s-Laute isoliert einwandfrei, nicht aber in der Spontansprache. Keine Übungen mehr. »sch« gelegentlich täglich loben, übrige Laute zehnmal täglich. Gespräch zwischen Frau F. und Tochter S., Kontrolle des Lobverhaltens. Frau F. korrigiert, sie soll die Leistung/das Ergebnis genauer benennen, z. B. »Richtig, Sonne hast du gesagt.«
- 21. 7. 1981 Spontansprache jetzt einwandfrei. Zur Stabilisierung nach folgendem Schema weiterloben bzw. Lob ausblenden: 1. Woche zehnmal täglich. 2. Woche fünfmal täglich. 3. Woche dreimal täglich. Das Schema theoretisch begründet.
- 18. 8. 1981 Spontansprache weiterhin einwandfrei. Ende der Behandlung.

4. Diskussion und Ergänzungen

- Die beschriebene Behandlungsmethode war bisher insgesamt erfolgreich. Ein genauer Vergleich mit anderen Ansätzen ist mir zur Zeit nicht möglich, vor allem aus zwei Gründen:
 - Ich kann die Behinderungen/Syndrome der behandelten Kinder im nachhinein nicht so exakt beschreiben oder bestimmen, daß ein Vergleich möglich wäre.
 - Meine Ergebnisse sind im größeren Rahmen und über individuelle Ergebnisse hinaus nicht vergleichbar, weil auch von anderen Behandlungsansätzen keine Daten vorliegen.
- In den obigen Ausführungen habe ich einige Selbstverständlichkeiten weggelassen. Zum Beispiel dürfte klar sein, daß die Mutter als Modell zumindest während der Übungen mit dem Kind sehr sorgfältig artikuliert. Verzichtet wurde auch auf eine sehr ausführliche Darstellung der lern- und verhaltenspsychologischen Aspekte, weil sie entweder bereits bekannt oder in verschiedenen Veröffentlichungen verfügbar sind.
- Dieser Behandlungsansatz bevorzugt die Spontansprache als »Übungsmaterial«. Es wird nur sinnvolles und für die Kinder verstehbares Material (Lexikon mit Abbildungen) verwendet.
- Ich habe nicht beabsichtigt, eine neue Theorie des Stammelns oder seiner Behandlung vorzulegen, sondern lediglich Aspekte des Sprechenlernens isoliert und für eine Behandlung annähernd verfügbar gemacht. Die bisherigen wenigen Ergebnisse lassen sich bestimmt noch nicht vollständig auswerten, und Konsequenzen sind nicht verallgemeinerbar. Für in jedem Fall empfehlenswert halte ich eine Integration dieses Modellernens in andere praktizierte Ansätze.
- Die Bedeutung des Modellernens bei der Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen wurde bereits von Wyatt (1973) ausgeführt. Die Behandlung verläuft allerdings wesentlich anders und aufwendiger (vgl. auch Breuer 1977). Es fragt sich auch, ob eine Veränderung des Kommunikationsstils zwischen Mutter und Kind nicht schon allein durch das meist unübliche Verstärkungsverhalten der Mutter zumindest eingeleitet wird. Dies wird jedenfalls von manchen Müttern berichtet: »Ich komme jetzt mit Michael auch so viel besser klar.« Andererseits ist zu berücksichtigen, daß von abgelehnten Personen verabreichte Belohnungen nicht in jedem Fall verstärkende Wirkung haben. Diese Problematik bleibt bedenkenswert.
- Der beschriebene Behandlungsansatz beinhaltet in gewisser Weise ein Hörtraining, eigentlich aber ein Zuhörtraining, das mit den anderen bekannten Trainingsformen nicht vergleichbar ist.
- Der vorgestellte Ansatz befaßt sich zwar mit der Lautfehlbildung; er läßt sich aber ohne weiteres auf andere Formen des Stammelns übertragen und könnte hier allein angewandt sehr effektiv sein.
- Mindestens die folgenden Alltagserfahrungen können den beschriebenen Ansatz unterstützen: Sprechenlernende Kinder stammeln ebenfalls und lernen ohne Therapie die normgerechte Artikulation ihrer Umgebung/Bezugspersonen. Insofern besteht dieser Behandlungsansatz lediglich im Wiederherstellen der normalen Situation des Sprechenlernens. Stammeln kann sich auch ohne professionelle Behandlung »zurückbilden«. Dieser Sachverhalt läßt sich u. a. auch mit Modellernens (an neuen/anderen Bezugspersonen) erklären.

Literatur

- Bandura, A.: Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart 1979.
Breuer, Ursula: Zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen nach G. Wyatt. Sprache — Stimme — Gehör, 1 (1977), S. 101—106.
Oerter, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth 1982.

- Remplein, H.: Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter. München 1966.
Skinner, B. F.: Wissenschaft und menschliches Verhalten. München 1973.
Wertenbroch, W.: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung. Hamburg 1978.
Wyatt, Gertrude: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.
Zumkley-Münkel, Cordula: Imitationslernen. Düsseldorf 1976.

Anschrift des Verfassers: Wolfgang Wertenbroch, Birkenstraße 3, 4448 Emsbüren.

Aus der Praxis

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 247—249

Gregor Heinrichs und Therapeutenteam, Düsseldorf

Anregungen zum Selbermachen von sprachtherapeutischen Spielen

Wie wichtig und sinnvoll der Einsatz von Spielmaterial in der Sprachtherapie ist, weiß jeder, der mit sprachgestörten Kindern arbeitet. Besonders in Zeiten der allgemeinen Finanzknappheit wird man eher wieder den Wert selbsterstellter Spiele neu entdecken und schätzen lernen.

In der Städtischen Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte, Düsseldorf, werden vorrangig sprachgestörte Kinder im Vorschulalter in Einzel- und Gruppentherapie behandelt. Erfahrungsgemäß sind in dieser Altersstufe Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bzw. -behinderungen mit den Symptomen des Stammelns und/oder des Dysgrammatismus besonders häufig anzutreffen.

In der Behandlungsphase der Festigung und Übung und beim Transfer des Erlernten in die Spontansprache sind Spiele auch deshalb wichtig, damit die Kinder besser motiviert werden können.

Therapeuten und Praktikanten der Beratungsstelle haben in Eigeninitiative sprachheilpädagogisches Spielmaterial entwickelt. Dabei galt als Grundsatz ein möglichst geringer finanzieller Aufwand. An Materialien wurden in der Regel leicht beschaffbare oder gebrauchte Gegenstände verarbeitet. Auch war zu berücksichtigen, daß der Zeitaufwand zur eigenen Herstellung der Spiele nicht zu groß sein durfte. Die zu erstellenden Spiele sollten auch eine möglichst vielseitige individuelle Verwendung im Bereich der Sprachtherapie finden können.

Aus der Reihe der bereits entstandenen sprachtherapeutischen Spiele möchte das Therapeutenteam der Düsseldorfer Beratungsstelle zunächst zwei Spiele vorstellen, die zugleich anderen Berufskollegen Anregungen zum Selbermachen geben sollen: »Spring und Sprich« und »Hütchenbilder«.

1. Spiel: »Spring und Sprich«

(Idee: Schneider, Praktikantin; Grümmer, Therapeut)

Material: Ein oder zwei Joghurt-Paletten, mehrere Plakatkartons, zwei Pappfiguren, zwei Wattebällchen, Pappdeckelchen, eine Holzleiste (etwa 1 x 1,5 cm).

Man schneide sich, je nach Bedarf, mehrere Plakatkartons in etwas kleinerer Größe als die Joghurt-Paletten zurecht. In den gleichen Größen und Abständen wie die Löcher der Paletten zeichne man Kreise auf die Plakatkartons. In die Kreise male oder klebe man Bilder. Für jeden Plakatkarton wähle man Bilder mit einem bestimmten Laut oder einer bestimmten Lautverbindung, z. B.: ein Karton: s-Auslaut, ein Karton: sch-Inlaut usw.

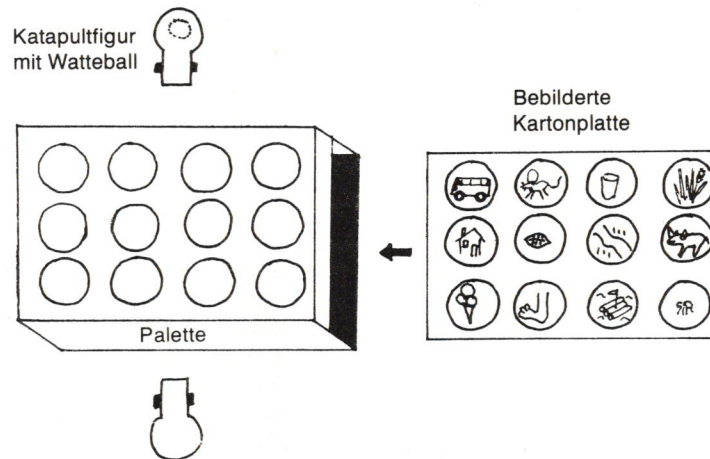
In eine Breitseite der Joghurt-Palette schneide man einen Schlitz und schiebe den bebilderten Plakatkarton so hinein, daß Löcher und Bilder übereinanderstehen. Nun schneide man sich aus fester Pappe eine Figur, leime in Querrichtung ein Stück der Holzleiste darunter (ähnlich einer Wippe mit ungleichen Hebelarmen). Durch Druck auf den kürzeren Hebelarm wird ein Wattebällchen in eines der Löcher katapultiert. Somit trifft der Wattebausch ein Bild, und das Spiel kann beginnen.

Das Spiel ist einsetzbar für Stammerler und Dysgrammatiker.

Spielmöglichkeit: Abwechselnd wird ein Wattebausch in eines der Löcher katapultiert. Nach Herausnahme des Wattebausches spricht der Spieler das getroffene Wort unter Berücksichtigung des zu übenden Lautes oder bildet mit dem Bild ein Satzmuster, das je nach sprachlichem Stand des Spielers vom Therapeuten vorgegeben ist. Will man vermeiden, daß das gleiche Bild noch einmal getroffen wird, empfiehlt es sich, das entsprechende Loch der Joghurt-Palette mit einem quadratischen Deckel zuzudecken. Spielt man dieses Spiel als Gewinnspiel, so sind die Deckel entsprechend zu kennzeichnen. Dies kann durch Farben oder Formen geschehen, die jeweils einem Spieler zugeordnet werden.

Allgemeine Hinweise: Es empfiehlt sich, Palette und Karton mit Plakafarben zu streichen und mit Klarlack zu überziehen.

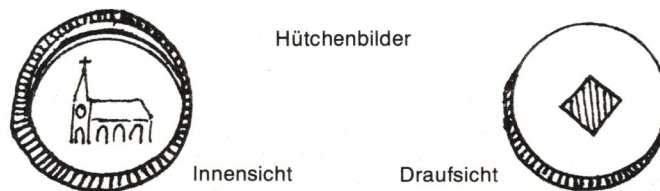
Das Spiel kann beliebig vergrößert oder verkleinert werden. Für die zu übenden Laute oder Lautverbindungen werden jeweils weitere Kartonplatten mit Bildern angefertigt. Die Bilderplatten können je nach Übungsziel ausgewechselt werden.



2. Spiel: »Hütchenbilder«

(Idee: Coenen, Praktikantin; Jäckel, Therapeutin)

Material: 24 oder mehr Flaschenschraubverschlüsse (»Hütchen«), ein Farbwürfel, Plakafarbe und Buntstifte, weißes Papier.



Man zeichne auf das weiße Papier Kreise im Umfang der Schraubverschlüsse und male sie mit Bildern, die eine bestimmte Lautgruppe beinhalten, aus. Nun schneide man die Kreise aus und drücke jeweils ein Bild so in die Schraubverschlüsse, daß das Bild zu sehen ist. Auf der Oberseite der »Hütchen« bringe man jeweils eine farbige Markierung in den Farben des Farbwürfels an (von jeder Farbe gleichviele Hütchen).

Das Spiel ist einsetzbar für Stammler und Dysgrammatiker.

Spielmöglichkeit: Die Hütchen werden mit der Farbmarkierung nach oben auf den Tisch gelegt. Nun würfelt man mit dem Farbwürfel eine Farbe. Ein Hütchen mit der gewürfelten Farbe wird umgedreht. Das Kind benennt das Bild unter Berücksichtigung des zu übenden Lautes oder bildet ein Satzmuster, das je nach Alter und grammatikalischer Leistungsfähigkeit vom Therapeuten vorgegeben wird.

Man muß das Spiel nicht unbedingt als Gewinnspiel spielen. Wenn es doch geschieht, so hat derjenige gewonnen, der die meisten Hütchen an seinem Platz liegen hat. Wird eine Farbe gewürfelt, die auf keinem der noch in der Mitte liegenden Hütchen zu finden ist, darf der nächste Mitspieler sein Glück versuchen. Der Spieler darf das Hütchen erst dann nehmen, wenn er die verlangte sprachliche Leistung erbracht hat.

Allgemeine Hinweise: Es empfiehlt sich, die Hütchen mit Klarlack zu überstreichen. Will man das Spiel »Hütchenbilder« für Übungen bei anderen Schwierigkeiten einsetzen, dann müssen für die weiteren zu übenden Laute oder Lautverbindungen neue Hütchen und Bilder angefertigt werden.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Päd. Gregor Heinrichs, Sprachheilbeauftragter; mit dem Therapeutenteam Jäckel, Worms und Grümmer, Städtische Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte, Goethestraße 56, 4000 Düsseldorf 1.

Umschau und Diskussion

Stotterer, hütet euch!

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 249—254

Erst vor wenigen Monaten ist mir ein 1981 erschienenes Buch zur Kenntnis gekommen, Rainer Krauses »Sprache und Affekt; das Stottern und seine Behandlung«. Darin ist auf den Seiten 222 ff. eine Versuchsreihe mit Stotterern der Region Zürich geschildert worden, die von Krause, damals an der Uni Zürich tätig, heute an der Uni Saarbrücken, durchgeführt worden war. Auf diesen Bericht möchte ich im nachfolgenden eingehen und tue dies in Form eines fiktiven Interviews, wobei die Aussagen von Krause wortwörtlich aus dem Buch zitiert sind (mit Ausnahme der leicht erkennbaren Spontanäußerungen).

Bush: Herr Krause, Sie haben im Jahre 1976 in einigen Zeitungen der Stadt Zürich Stotterer gesucht, die sich für ein Forschungsprogramm der Universität Zürich, Psychologisches Seminar, zur Verfügung stellen würden. Es meldeten sich hierauf etwa 30 bis 40 Personen. Würden Sie mir bitte über Ihre Erfahrungen berichten?

Krause: Wir hatten während der Durchführung des Forschungsprogrammes den Mitwirkenden versprochen, sie fortlaufend über unsere Forschungen auf dem laufenden zu halten. Etwa 80 Prozent der Beteiligten drängten auf eine Behandlung; als wir sie dann de facto anboten, war nur ein einziger interessiert, und er sprang auch noch frühzeitig ab. Einige der Patienten hatten während meiner Abwesenheit die Mitarbeiter in Zürich bedrängt . . .

Bush: Richtiggehend bedrängt? Für so aggressiv hätte ich allerdings Stotterer nicht gehalten, ich kenne sie eher als zurückhaltend. Aber bitte.

Krause: Sie haben meine Mitarbeiter gefragt, wann es denn nun losginge; auch sie meldeten sich nicht auf die Bekanntgabe der Therapiemöglichkeit.

Bush: Vielleicht sollten Sie erwähnen, daß seit Beginn der Aktion und dem Zeitpunkt der Offerte einer Therapiemöglichkeit zwei Jahre verstrichen waren. Könnten Sie sich nicht vorstellen, daß auch Fließendstprechende während zwei Jahren ihre Motivation, für was auch immer, verlieren könnten? Im übrigen haben sich einige Betroffene darüber aufgehalten, daß diese Therapie, welche ja aus einem Suchen nach einer Therapiemethode bestand, etwas kosten solle.

Krause: Na ja. Das ganze Verhalten scheint mir immerhin recht typisch für die Motivation der Patienten.

Bush: Eigentlich kein Wunder, daß die Motivation etwas verlorengegangen ist, wenn man bedenkt, daß der erwachsene Stotterer im Durchschnitt 3 1/2 erfolglose Therapien (gemäß Ihren eigenen Angaben) hinter sich hat. So kann man durchaus verstehen, daß durch solche Frustrationen starke Enttäuschungen und Entmutigungen entstehen, welche sich auf Motivation und Engagement eher hindernd auswirken. Fließendstprechende können durch fortwährende Mißerfolge auf irgendeinem Gebiet ja genauso frustriert werden.

Krause: Aus den Informationsveranstaltungen über den Fortgang unseres Forschungsprojektes entwickelte sich die erste Stottererselbsthilfegruppe der Schweiz, die ja heute noch unter dem Namen VERSTA existiert. Die damals bestehende Kerngruppe wurde per Rundschreiben auf unser Projekt aufmerksam gemacht, wobei die mutmaßliche Dauer, die Kosten usw. klar herausgestrichen wurden. Ebenso wurde erwähnt, daß es sich um ein Experiment handle, daß wir also kein etabliertes Therapieprogramm aufzuweisen hätten, vielmehr auf ihre Mithilfe sehr intensiv angewiesen wären. Diese Vorgehensweise führte dazu, daß sich schließlich sechs Patienten meldeten . . .

Bush: Entschuldigen Sie, aber der Ausdruck »Patienten« stört mich einigermaßen. Sollte man nicht bei einem Experiment ohne etabliertes Therapieprogramm von Versuchspersonen sprechen? Ich begreife durchaus, daß für Sie alle Stotterer Patienten sind. Aber die allermeisten Stotterer, soweit ich sie kenne, bewegen sich innerhalb der konventionellen Bandbreite seelischer Normalität. Sie stempeln Menschen zu Patienten, also zu Kranken, nur weil das Symptom so auffällig und sozial inakzeptabel ist. Im Grunde genommen sind Stotterer nicht schlimmer als z. B. Raucher (mit ihrem Rauchzwang), die ja durchaus »in« sind und als durchaus normal angesehen werden.

Krause: Gut, es meldeten sich also sechs Leute, obwohl die Zahl der Interessenten vorher sehr viel größer war. Meines Erachtens kann man Stotterer erst dann überhaupt erfolgreich behandeln, wenn sie gewillt sind, die Ich-Fremdheit ihres Symptoms partiell aufzugeben und sich zu einer Haltung bereit zu finden, ihr eigenes Verhalten als prinzipiell von ihnen selbst gemacht anzusehen. In diesem Sinne ist das Therapieprogramm wohl auch nur für eine bestimmte Klientel sinnvoll, die prinzipiell gewillt ist, sich und ihre Persönlichkeit ebenfalls zum Thema der Behandlung zu machen.

Bush: Einverstanden; die psychische Komponente des Stotterns ist sehr wesentlich.

Krause: Es will mir erscheinen, vor allem durch die Arbeit in den Stotterer-Selbsthilfgruppen, daß eine Reihe von Stotterern mit der gleichen fatalen Therapiegeschichte sich in die andere Richtung stabilisiert und quasi Funktionäre des Stotterns werden, ohne sich ernsthaft mit einem Therapieversuch auseinanderzusetzen. Von den Stotterern, die solche Selbsthilfgruppen aufsuchen, verbleiben ungefähr zehn Prozent als relativ stabile Mitglieder.

Bush: Wenn man als relativ stabiles Mitglied jemanden bezeichnet, der ein halbes Jahr regelmäßig kommt, könnte man sicher einen bedeutend höheren Prozentsatz annehmen. Im übrigen weiß man schon aus Prof. M. L. Moellers Buch über die Selbsthilfgruppen, daß solche Gruppen nicht für die Ewigkeit gemacht sind, sondern meist an und für sich ein beschränktes Leben haben, im Durchschnitt nicht mehr als zwei Jahre.

Krause: Soweit ich es mitverfolgen konnte, schildert reihum jeder Stotterer seine Lebens- und Leidensgeschichte, wobei er darin Trost erfahren mag, daß die anderen ihre eigene als noch jeweils viel schlimmer erleben.

Bush: Diese Revue der Lebensgeschichten ist natürlich nur der erste Anfang; was nachher kommt, ist mehr als bloßer »Trost«, sondern Hilfe; dies beweist mir der Fortschritt aller Mitglieder, die einigermaßen aktiv dabei waren.

Krause: Ich habe noch keine soziale Gruppe erlebt, die bei ihren geselligen Anlässen so konsequent aneinander vorbeigeredet hätte, z. B. wenn auf eine sehr originelle Darbietung hin der Gruppenkommentar erfolgt: Das hast du aber wunderbar flüssig gesagt.

Bush: Was erwarten Sie denn von einer Stotterer-Selbsthilfegruppe, wenn nicht Konzentration auf den Stotteraspekt? Dies ist sicher nicht ideal, aber spricht nicht jede Gruppe von Menschen von dem, was sie zusammengeführt hat und gemeinsam interessiert? Ich meine, dies ist nicht stotterspezifisch, sondern allgemein menschlich!

Krause: Es ist zumindest nach meinem Modell nicht einzusehen, warum sich die Sozialstrategien, die der Stotterer sonst anwendet, nur deshalb ändern sollten, weil er mit anderen Stotterern zusammen ist.

Bush: Aber natürlich ändern sich die sozialen Verhaltensweisen, wenn ein bisher zurückgezogener Mensch mit einer Gruppe konfrontiert wird, die auf unsoziale oder egozentrische Verhaltensweisen heftig reagiert. Das ist ja gerade der therapeutische Effekt von Selbsthilfegruppen!

Krause: Doch, tatsächlich halte ich die Arbeit in Gruppen von erwachsenen Stotterern für sehr wesentlich . . .

Bush: Na also!

Krause: Immerhin würde ich die Wirkung von Selbsthilfegruppen nach Erfahrungen in den USA und der Schweiz für eher gering halten . . .

Bush: Da muß ich Ihnen allerdings energisch widersprechen: Wer zielstrebig und aktiv in der Gruppe mitmacht, macht auf jeden Fall wesentliche Fortschritte, sei es im Sprechen, sei es in der Einstellung zum Sprechen/Stottern, sei es in größerem Mut; all dies führt zu einer höheren Lebensqualität. Außenstehende können diese innere Entwicklung oft nicht feststellen, für den Betroffenen ist sie greifbar real und von entscheidender Bedeutung für ihn. Diese Erfahrung haben sowohl meine Kollegen als auch ich selber gemacht.

Krause: Ich will hierbei nicht unterschätzen, daß es einen ungeheuren Gewinn darstellen kann, die immense Vereinsamung, die sich manche der Leute selbst auferlegt haben, wenigstens vorübergehend aufzuheben.

Bush: Genau!

Krause: Ebenfalls besprechen die Leute ihre Erfahrungen mit Therapien und laden Referenten ein, so daß sich auf diese Art und Weise eine Art Konsumentenschutz ergibt, die gerade in diesem Bereich dringend notwendig ist.

Bush: Allerdings!

Krause: Auf der anderen Seite artet die Gruppenarbeit selbst gerade in diesen Gruppen außerordentlich schnell in Vereinsmeierei und Intrigen aus.

Bush: Am Anfang unserer Existenz als Verein (im Gegensatz zur Gruppe) mußten wir uns natürlich organisieren, aber danach haben wir uns auf die Gruppenarbeit konzentriert. Was Intrigen betrifft, so haben unsere Mitglieder auf Anzeichen von Unfrieden jeweils ablehnend reagiert, und außer einer kurzen unharmonischen Periode nach den ersten zwei Jahren sind wir von Intrigen verschont geblieben.

Krause: Ich habe zweimal die Entmachtung eines Vorstandes erlebt . . .

Bush: Allerdings nicht in Zürich, wenn ich präzisieren darf!

Krause: . . . und eine Gründungsversammlungs-Vorbereitungssitzung, in der drei Anwesende bereits alle Ämter unter sich abgesprochen hatten.

Bush: Versuchen Sie einmal, in einer Gesellschaft, deren Mitglieder einander kaum kennen, Vorschläge oder Eigenvorschläge für ein Amt zu erhalten. Es gibt nichts anderes, als daß der Initiant vom einen zum anderen geht und ihn unter vier Augen zur Amtsübernahme zu überzeugen sucht. Ein Amt in einem kleinen Verein bedeutet nichts als Arbeit und ist dementsprechend nicht begehrt.

Krause: Sei dem, wie ihm wolle. Es sind mir im übrigen zwei flüssige Funktionäre begegnet, die sich als ehemalige Stotterer bezeichneten und nunmehr ihren Lebensinhalt darin sahen, den hinterbliebenen Stotterern vom Erfolg und der Bedeutsamkeit ihres Heilungswesens in sehr aufdringlicher Weise zu erzählen.

Bush: Giftiger kann man den Tatbestand wohl kaum ausdrücken, daß ein Stotterer, der auf seinem Weg zur Sprechfreiheit eine ihm dienliche Methode gefunden hat, diese seinen Kollegen nahezubringen sucht. Im übrigen haut Aufdringlichkeit schon gar nicht hin in einer Gruppe; der Aufdringliche wird gebremst und wird bald wieder ruhig.

Krause: Ich möchte damit keine generellen Aussagen über Selbsthilfegruppen gemacht haben. Dazu bin ich nicht kompetent.

Bush: In der Zürcher Gruppe waren Sie im ganzen dreimal, davon zweimal nur kurz. Man braucht sicher länger, um kompetent zu werden.

Krause: Immerhin, soweit ich sehen kann, ist es bis heute noch niemandem eingefallen, eine Selbsthilfegruppe für Depressive zu gründen, in der wohl richtigen Annahme, daß diese Patienten untereinander nicht sehr hilfreich agieren können.

Bush: Wenn ich Sie recht verstehe, wollen Sie hiermit sagen, daß Stotterer Depressive sind und daß für solche eine Selbsthilfegruppe sinnlos ist. Es wundert mich, daß Sie nichts wissen sollten von der weltumspannenden Organisation der EA (»Emotions Anonymous«), die aus den AA (»Alcoholics Anonymous«) hervorgegangen sind. Bei den EA handelt es sich um Menschen mit seelischen Schwierigkeiten, meistens Depressive, die Hilfe (nicht nur »Trost«, wie Sie sich auszudrücken belieben) an ihren Selbsthilfgruppen-Versammlungen und auch im privaten Kontakt untereinander finden. So helfen auch wir uns selbst und gegenseitig, depressiv oder nicht.

Ich habe aus Ihren Äußerungen den Eindruck gewonnen, daß Sie einerseits den Wert von Selbsthilfgruppen für Stotterer stark bezweifeln und daß Sie andererseits an den Stotterern vorwiegend Negatives sehen; warum Sie uns bei diesem Mangel an Verständnis und Einfühlungsvermögen überhaupt kurieren wollen, wird mir immer eines der großen Welträtsel bleiben. Ich danke Ihnen für das Interview.

Folgendes muß man nach diesem konstruierten »Gespräch« Krause zum Vorwurf machen:

1. *Unkorrekt:* Krause hat Vorgänge in Zürich falsch wiedergegeben, sei es, daß er sich von Drittpersonen einseitig informieren ließ, sei es, daß es ihm so in den Kram paßte. Von »Miterleben« kann keine Rede sein.

2. *Tendenziös kommentiert:* Die beschriebenen Vorgänge hat Krause mit einem subjektiv gefärbten, feindseligen Kommentar versehen. Allgemein menschliche Verhaltensweisen hat er zu stotterspezifischen (also Stotterer charakterisierenden) hinaufstilisiert, so etwa, wenn er einer Selbsthilfegruppe menschliche Unzulänglichkeiten anlastet, ohne zu bedenken, daß Selbsthilfgruppen gerade dazu da sind, um sich miteinander auseinanderzusetzen, und als ob Gruppen fließend sprechender vor Menschlich-Allzumenschlichem gefeit wären.

3. *Unethisch:* Die Publizierung des Namens VERSTA Zürich, besonders in einem so negativ gehaltenen Bericht, bedeutet eine Diskriminierung und Bloßstellung sowohl der beteiligten VERSTA-Mitglieder als auch der VERSTA selber. Schließlich haben wir uns mit der Zusage von Diskretion und ärztlicher Schweigepflicht für Experimente zur Verfügung gestellt, um »der Forschung zu helfen«, haben damit aber in erster Linie Krause geholfen, sein Buch zu schreiben und Karriere zu machen.

4. *Überheblich:* Seiner abschätzenden Ausdrucksweise merkt man unschwer an, was er für »diese Leute« fühlt, die er durchleuchtet, erklärt und aburteilt. — Ein Kollege schrieb mir: »Auch wurde ich das Gefühl nie los, daß Krause gegenüber den Stotterern sehr negativ eingestellt ist. Daß Stotternde durch ihr Leiden gehemmt sind und schlechter als andere kommunizieren, ist nicht neu. Doch Krause scheint selbst Kommunikationsstörungen zu haben und scheint meiner Meinung nach jetzt viel davon auf die Stotterer zu projizieren. Ich erinnere mich an folgendes: Als uns Krause sein Projekt erläuterte, erzählte er, daß er dies auch Journalisten gegenüber getan hätte. Lachend erwähnte er, einer der Journalisten hätte ihn gefragt, ob er selbst auch gestottert hätte.« ... (Man denke! Krause und stottern, das wäre ja gelacht!)

Natürlich lassen wir uns über Krauses skurriler Gedankenwelt keine grauen Haare wachsen, steht er doch mit seinen ätzenden Kommentaren in der Stotterliteratur isoliert da. Es geht hier darum, die Kollegen davor zu warnen, daß sie nicht in dieselbe Grube fallen und sich als Meerschweinchen der »Forschung« verdingen. Denn, wie schon Goethe sagte: Wer sich grün macht, den fressen die Ziegen; und wir können beifügen: Wer sich zum Meerschweinchen macht, kommt auf den Seziertisch und wird dann noch öffentlich ausgestellt. Kollegen, hütet euch!

PS: Der Originaltext, Seiten 222—224, kann angefordert werden bei VERSTA, Postfach 6118, CH-8023 Zürich.

Norman Bush (VERSTA), Zürich

Entgegnung

1. Herr Bush wirft uns vor, wir hätten die Intimsphäre der Mitwirkenden verletzt oder gar die ärztliche Schweigepflicht gebrochen. Diese Behauptung ist falsch. Jeder Mitwirkende war mehrfach über das Projekt informiert worden und hat vor der Veröffentlichung schriftlich der Verwendung der Daten zugestimmt. Keiner der im Buch erwähnten oder gezeichneten Personen ist identifizierbar, es sei denn, er tut dies selbst. Die Materie ist so heikel, daß ich mich seinerzeit von einem Experten des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie beraten ließ. All diese Unterlagen liegen vor.
2. Herr Bush wirft mir vor, der Schwund zwischen Voranmeldung und Wahrnehmung des Therapieangebotes sei auf unsere Honorarforderungen zurückzuführen. Diese Behauptung ist unrichtig, da wir die Honorare den Einkommensverhältnissen angepaßt haben. Darüber liegt auch ein Briefwechsel vor. Das Geld (ganze 30 Franken) ging auf ein Sperrkonto der Beratungsstelle der Abteilung Klinische Psychologie und wurde für die Fortbildung der jüngeren Mitarbeiter verwendet, für die die Universität zum damaligen Zeitpunkt bereits keine Mittel mehr hatte. Patienten ohne Einkommen sind stets kostenlos behandelt worden, und zwar unabhängig von der Diagnose. Ansonsten hat Herr Bush natürlich recht. Man kann diesen Schwund auf sehr vielfältige Weise interpretieren. Die gesamte Darstellung über die Stotterergruppen macht nur Sinn als der Versuch einer Exemplifizierung dessen, was ich auf den Seiten vorher geschrieben habe. Niemand ist genötigt, sie zu teilen.
3. Herr Bush vertritt implizit die Ansicht, ich sei prinzipiell gegen Stottererselbsthilfegruppen. Diese Ansicht ist falsch. Ich bin bis heute »Honorary Board Member« des »National Stuttering Project« der USA, der Dachorganisation der Stottererselbsthilfegruppen, und mit dem Herausgeber von »Letting Go«, John Ahlbach, immer noch in Kontakt. Bei meinem letzten Besuch hatte er die Absicht, eine Kurzform meiner »skurrilen« Ideen zu veröffentlichen. In der Gründungsphase der Züricher Stottererselbsthilfegruppen haben wir in mancher Hinsicht aktive Hilfestellung geleistet, die ich hier nicht im einzelnen aufzählen will. Meine Kritik bezieht sich auf folgende Sachverhalte: Von einer jeden Gruppe, und damit schließe ich auch Selbsthilfegruppen jeder Art ein, erwarte ich, daß die Teilnehmer dazu angehalten werden, teilweise gegen ihre inneren Widerstände an der psychischen Bedeutung ihres Problems zu arbeiten. Ich bin davon überzeugt, daß das Stottern zu einem nicht unerheblichen Prozentsatz Abwehrfunktion hat, um vor anderen inneren und äußeren Problemen zu schützen. Ich meine eine Neigung beobachtet zu haben, diese Abwehr auch noch institutionell zu stützen. In diesem Sinne halte ich Herrn Bushs Zugeständnis über die Bedeutung des psychischen Faktors für ein Lippenbekenntnis.
4. Herr Bush vertritt die Ansicht, ich »hätte etwas gegen Stotterer«. Dazu ist nicht viel zu sagen. Ich bekomme nach wie vor Anrufe und Besuche von Stotternern, die sich durch meine Arbeit verstanden fühlen, und wir arbeiten auch immer noch therapeutisch. Ich glaube, der Eindruck kommt daher, daß ich mich mit Seiten auseinandersetze, die Herrn Bush und vielen anderen natürlich nicht sehr gefallen. Dafür habe ich vollstes Verständnis.
5. Herr Bush vertritt die Ansicht, ich würde die Stotterer pathologisieren. Dazu ist zu sagen, daß ich Herrn Bushs Gesundheitsmodell nicht teile. Deshalb finde ich den Begriff Patient nicht als ehrenrührig. (Krank und depressiv habe ich übrigens nie geschrieben.) Der Ausdruck Versuchsperson im Rahmen einer intensiven Einzeltherapie würde die Beziehung zwischen den beiden Protagonisten nicht korrekt beschreiben. Herr Bush verstrickt sich in Widersprüche, wenn er einerseits dem psychischen Faktor eine große Bedeutung einräumt, auf einem platten Normalitätsbegriff insistiert und gleichzeitig mir gegenüber psychologische Diagnosen als Schimpfworte benutzt (Kommunikationsstörungen

oder gar ein Exstotterer). Dazu kann ich nur sehr persönlich sagen, daß mein Ehrgeiz, im Bushschen Sinne »normal« zu sein, denkbar klein ist. In diesem Sinne fühle ich mich eher geschmeichelt.

6. Herr Bush vertritt die Ansicht, ich sei isoliert. Diese Ansicht ist falsch, denn es gibt allein im deutschsprachigen Raum drei Forschungsgruppen, die bestimmte Ideen von mir weiter untersuchen, in England eine. Wesentliche Teile des Buches sind ins Englische übersetzt worden und in den USA und England erschienen.

Die Ergebnisse des Therapieexperimentes werden im Rahmen einer Dissertation bearbeitet und demnächst der Öffentlichkeit vorgestellt. Sie sind in mancher Hinsicht erfolgversprechend.

Prof. Dr. Rainer Krause, Saarbrücken

Umschau

28. Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (De. Vg.)

Unter dem Gesamthema »Das behinderte Kind in der Rehabilitation« fand vom 19. bis 21. Oktober 1983 der diesjährige Kongreß der De. Vg. statt, der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie in Münster durchgeführt wurde.

In seinem Festvortrag gab der nordrhein-westfälische Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Prof. F. Farthmann, einen anschaulichen Überblick über die Bemühungen für »das behinderte Kind im System sozialer Leistungen«. Auch in einer wirtschaftlich schwieriger gewordenen Zeit müßten Angebote zur medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Eingliederung sichergestellt werden. Kritisch jedoch vermerkte der Minister, daß es dem Politiker schwerfalle, den tiefgreifenden Wandel in den Anschauungen vieler Fachleute nachzuvollziehen, die nach einem weitgehenden und damit kostspieligen Ausbau der stationären bzw. teilstationären Betreuung heute den offenen Hilfen und der Schaffung integrativer Einrichtungen den Vorzug geben. Im schulischen Bereich halte er deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine gemeinsame Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern nur dann für sinnvoll, wenn die Möglichkeit zu einem vergleichbaren Schulabschluß gegeben sei. Kostenneutrale Integrationsmodelle seien kaum realisierbar.

Der Nachmittag des ersten Kongreßtages war sechs Arbeitsgruppen vorbehalten, die interdisziplinär sich an den verschiedenen Behinderungsarten orientierten (AG für hör- und sprachbehinderte, für sehgeschädigte, für körperbehinderte und chronisch kranke, für geistigbehinderte, für lernbe-

hinderte und schließlich für seelisch behinderte Kinder).

Die Arbeitsgruppe 1, von etwa 60 Teilnehmern besucht, beschäftigte sich ausschließlich mit der Früherkennung und Frühförderung hör- und sprachbehinderter Kinder. In zwei jeweils 90 Minuten dauernden Sitzungen nahmen je drei Referenten in Grundsatzreferaten aus der Sicht ihres Fachgebietes Stellung. Für den Hörgeschädigtenbereich referierte zunächst Prof. Dr. H. Bauer (Münster) über die medizinische »Früherfassung und Frühdiagnostik hörgeschädigter Kinder«, Prof. A. Löwe (Heidelberg) zeigte Möglichkeiten der »Früherziehung hörgeschädigter Säuglinge und Kleinkinder aus pädagogischer Sicht« auf, und die Vorsitzende der Bundesgemeinschaft der Eltern und Freunde schwerhöriger Kinder e.V., Frau H. Hartmann, berichtete als betroffene Mutter engagiert über »Elternberatung und Elternhilfe während der Frühförderung des hörgeschädigten Kindes«, wobei sie die unzureichende Ausbildung der Frühberater ebenso bedauerte wie die noch immer vorhandene Abhängigkeit der Pädagogen von der zuständigen Sonderschule (Hauptamt). Die Eröffnung der Diagnose »Hörschädigung« bewirke im Leben der betroffenen Familie einen jähen Wandel, der nur durch eine komplexe und andauernde Beratung gemeistert werden könne.

In der zweiten Sitzung sprach Prof. Dr. M. Heinemann (Aachen) über die »Ätiologie und Therapie bei Störungen der Sprachentwicklung«, Frau M. Spiecker-Henke vom Zentralverband für Logopädie zeigte »Logopädische Aspekte zur Frühförderung im sprachlichen Bereich« auf, und Sonder-

schulrektor E. Dahlenburg schließlich berichtete über ein Organisationsmodell zur »Sprachheilpädagogischen Frühförderung in Bremen«, das Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren altersspezifisch ambulante Hilfen in den Beratungsstellen der Sprachheilschule sowie in Kindergärten anbietet.

Die Referenten machten gemeinsam die Notwendigkeit von Frühmaßnahmen deutlich. In Teilbereichen gab es unterschiedliche Standpunkte, so z. B. über den Zeitpunkt des Therapiebeginns, der Intensität von Therapiemaßnahmen für Klein- und Vorschulkinder (drei- bis viermal wöchentlich??) und über Art, Umfang und Zeitdauer der Frühdiagnostik. In der Diskussion wurde herausgestellt, daß zwischen der klinischen Versorgung sprachbehinderter Kinder und der sprachheilpädagogischen Frühförderung der Bremer Sprachheilschule Unterschiede bestehen. In den Kliniken werden vor allem Kinder mit organisch bedingten schweren Sprachstörungen vorgestellt, in den Beratungsstellen der Sprachheilschule eher soziokulturell bedingte Fälle von Sprachentwicklungsstörungen.

Ein Wort noch zur Früherfassung: »Eine wesentliche Aufgabe der Zukunft muß es deshalb sein, in einer engen Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie, Phoniatrie, Logopädie und Sprachheilpädagogik Materialien für einfache Screening-Untersuchungen zur Erfassung von Sprachentwicklungsstörungen zu erarbeiten, die es dem Pädiater ermöglichen, mit einem vertretbaren Zeitaufwand Sprachentwicklungsauffälligkeiten mit größtmöglicher Sicherheit zu erfassen« (Heinemann).

Auch der zweite Kongreßtag war ganztägig Arbeitsgruppen vorbehalten. Die fünf Parallelveranstaltungen berücksichtigten folgende Schwerpunkte: Primäre Präventivmaßnahmen, sekundäre Prävention, Behandlung und Förderung behinderter Kinder, institutionelle Bedingungen der Integration sowie die Integration des behinderten Kindes als Aufgabe der Familie. Zu Wort kamen wiederum Fachmediziner, Psychologen, Sonderpädagogen, Therapeuten und Verwaltungsfachleute, aber auch Betroffene bzw. Eltern von Behinderten.

In der Arbeitsgruppe D stellte Schulamtsdirektor W. Berndt zunächst Thesen zu den »institutionellen Bedingungen der Integration« auf. Es folgten Berichte über die Wiedereingliederung hirnverletzter Kinder (Spezialisierung oder Regionalisierung der Unfallfürsorge), über die schulische Versorgung von »Dialyse-Kindern«, über das Problem der Integration von Kindern mit bleibenden Verletzungen (z. B. Feuermale, Gesichtsdeformationen), über dezentrale Hilfssysteme in einer Kleinklasse

der Grundschule und über die Beschulung blinder Kinder durch ein städtisches Gymnasium in Kooperation mit einer Blindenschule. Besondere Aufmerksamkeit erregte der Beitrag von Ministerialrat E.-K. Christen: »Die ‚stille Integration‘ findet bereits statt — was wird aus der Sonderschule?«. Eindrucksvoll auch der Bericht einer schwer contergan-geschädigten Studentin über ihre »Erfahrungen als körperbehinderte Schülerin«.

Die Auffassung der kommunalen Schulträger zur Finanzierung der Integration wurde von Herrn Scharf vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe vorgetragen. Er wies darauf hin, daß nicht alles, was pädagogisch sinnvoll erscheine, auch finanzierbar sei. Guter Wille allein genüge nicht. Durch das Bundessozialhilfegesetz sei die Kostenfrage keinesfalls zu lösen. Integration *neben* dem Sonderschulwesen wäre zur Zeit nicht leistbar. Jedes Integrationsprojekt müsse deshalb *vorher* finanziell gesichert sein.

Am letzten Vormittag (dritter Tag) wurde innerhalb einer Plenarsitzung über die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen berichtet und diskutiert. In einem anschließenden Podiumsgespräch versuchten dann Vertreter verschiedener Fachdisziplinen »erste gesellschaftliche und praktische Folgerungen aus dem Gesamtergebnis« zu ziehen. Das Schlußwort sprach der Vorsitzende der De. Vg., Prof. Dr. K.-A. Jochheim, wobei er u. a. die für die Zukunft vordringlichen Aufgaben der Gesellschaft umriß.

Den Veranstaltern muß man dankbar bescheinigen, daß sie diesen Kongreß — organisatorisch wie inhaltlich — gut vorbereitet hatten. Jeder Teilnehmer erhielt ein reichhaltiges Angebot von Informationen und auch Gelegenheit zur Diskussion der ihn interessierenden Fragen. Bereits im Kongreßprogramm waren zur Orientierung »thematische Stichpunkte« für die verschiedenen Arbeitsgruppen zusammengestellt worden. Vorteilhaft auch die Mühe der Berichterstatter, Protokolle über alle Arbeitsgruppensitzungen am Morgen des Folgetages jedermann zugänglich zu machen. Durch die Begrenzung der Redezeit für Referate auf etwa 20 Minuten konnten fast alle im Programm vorgesehenen »Mitwirkenden« zu Wort kommen.

Für den Sprachheilpädagogen, der zugegebenermaßen sich in seiner Betrachtungsweise manchmal durch die Veränderungen und Probleme der eigenen Fachwissenschaft eingeengt fühlt, bot der Kongreß eine Fülle von Anregungen. Der zu erwartende Tagungsbericht wird auch dem Nichtteilnehmer mehr als eine Sammlung von Informationen über den gegenwärtigen Stand der Arbeit mit behinderten Kindern bieten können.

Egon Dahlenburg

Symposium der Arbeiterwohlfahrt zum Thema »Dysgrammatismus«

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., veranstaltete vom 9. bis 11. Juni 1983 im Sprachheilzentrum Werscherberg ein Symposium zum Thema: »Sprachentwicklungsstörungen — theoretische Modelle und therapeutische Praxis mit dem Schwerpunkt Dysgrammatismus«.

Ausgangspunkt für die Veranstaltung waren u. a. die Diskussionen in den Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt über die Behandlung des Dysgrammatismus zwischen theoretischem Anspruch und der therapeutischen Wirklichkeit. Diese Diskussion wurde u. a. vom zuständigen Referat und den im wissenschaftlichen Beirat vertretenen Hochschullehrern aufgegriffen und durch eine Untersuchung, die Herr Prof. Dr. Homburg von der Universität Bremen in den Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt durchgeführt hat, ergänzt. Sie zeigte u. a., daß nach wie vor große praktische und theoretische Defizite bei der Behandlung des Dysgrammatismus bestehen.

Deshalb ging es bei dieser Veranstaltung darum, die Probleme, die sowohl die Praktiker als auch die Theoretiker mit der o. g. Sprachbehinderung haben, unter allen Beteiligten zu diskutieren bzw. die unterschiedlichen Standpunkte darzustellen und zu reflektieren.

Zur Verdeutlichung der verschiedenen theoretischen Standpunkte zum Erwerb der Sprache wurden von Vertretern verschiedener Universitäten Referate gehalten, die sich auf den Bereich Anlagbedingungen vs. Umgebungsbedingungen der Sprachbeherrschung bezogen und auf Modelle morphosyntaktischer Strukturen.

Um die Relevanz zur Therapie herzustellen, hatten die Behandler in der Vorbereitungsphase zu dieser Veranstaltung Video-Bänder hergestellt, an denen sie die praktischen Probleme, die sich bei der Therapie des Dysgrammatismus ergeben, aufzeigen konnten. Die Ausführungen der Behandler wurden durch ein Referat zum Thema: »Elemente sprachtherapeutischen Handelns bei sprachentwicklungsgestörten Kindern« ergänzt.

Der Verlauf der Diskussion sowie die Ergebnisse einschließlich der gehaltenen Referate der Tagung werden voraussichtlich im Frühjahr 1984 in Buchform zugänglich gemacht.

12. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Am 5. November 1983 führte die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik ihre 12. Mitgliederversammlung in Mainz

durch. Dabei wurden Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt als 1. Vorsitzender und Prof. Udo Schoor als Stellvertreter in ihren Ämtern bestätigt.

Schwerpunktmäßig erfolgte eine Diskussion des Arbeitspapiers »Der Beitrag der Sprachbehindertenpädagogik im Rahmen einer interdisziplinären Sprachförderung — Standortanalyse und Entwicklungsperspektiven« (Grohnfeldt/Werner). Neben Fragen des pädagogischen Selbstverständnisses standen dabei die Aufgabenbereiche und altersspezifischen Handlungsfelder des Sprachbehindertenpädagogen im Mittelpunkt des Interesses. Dazu wurde ein Verbundsystem erörtert, das über die Bereiche der Prävention, Kompensation und Rehabilitation alle Formen sprachlicher Beeinträchtigung in allen Altersstufen umfaßt.

Die nächste Mitgliederversammlung wird im Mai 1984 in München unter dem Leitthema »Frühförderung« stattfinden. Als Referenten haben Herr Prof. Dr. O. Speck und Frau C. Spörri ihre Mitarbeit zugesagt.

Manfred Grohnfeldt

Hörstörungen bei Kindern: Nur Früherkennung und Frühförderung bringen wirksame Hilfe

Unter dem Motto »Koordination und Rationalisierung bei der Früherkennung und Therapie von Hörstörungen bei Kindern« führte die Geers-Stiftung am 7. und 8. November 1983 im Hause des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, ihr II. Multidisziplinäres Kolloquium durch. Wissenschaftler und Praktiker aus der Bundesrepublik Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz erörterten auf diesem Kolloquium medizinische, soziale und pädagogische Probleme kindlicher Hörstörungen. Dieser Erfahrungsaustausch führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Die im I. Multidisziplinären Kolloquium der Geers-Stiftung gestellte Forderung, daß Hörschäden so früh wie möglich erkannt und einer Frühförderung zugeführt werden müssen, wird durch neuere Ergebnisse der experimentellen Forschung und der Sonderpädagogik erneut bestätigt und unterstützt. Es reicht nicht aus, erst am Ende des ersten Lebensjahres oder später nach dem Vorliegen von Hörschäden bei Kindern zu fahnden, da zu dieser Zeit wichtige Phasen der Entwicklung der Hörbahnen und Hörzentren im Gehirn abgeschlossen sind. Bei angeborenen Hörstörungen muß diese Reifungsphase erforderlichenfalls durch technische Hörhilfen unterstützt werden.
2. Die Frühförderung bei Hörschäden beim Kind in den ersten Lebensmonaten erfolgt mit Hilfe

der Neugeborenen-Audiometrie, die vor allem für Risikokinder obligatorisch ist. Weiterhin muß im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen — ab der sogenannten »U3« — vom Kinderarzt geprüft werden, ob normale Reaktionen des Kindes auf Hörreize vorliegen. Wenn sich normale Hörreaktionen nicht nachweisen lassen, dann muß eine eingehendere Hörprüfung bei einem in der Kinderaudiometrie erfahrenen Hals-, Nasen-, Ohrenarzt oder einem pädaudiologischen Zentrum erfolgen. Die flächendeckende Versorgung durch pädaudiologische Zentren ist eine Aufgabe der kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages. Die Berufsverbände der Kinderärzte und der Hals-, Nasen-, Ohrenärzte müssen durch entsprechende Weiterbildung und Fortbildungsveranstaltungen Sorge dafür tragen, daß die niedergelassenen Ärzte in der Lage sind, ein Hörscreening durchzuführen, in das die Eltern einbezogen werden.

3. Die Durchführung der Frühförderung von hochgradig hörgeschädigten Kindern erfordert Früh-erzieher mit einer speziellen Ausbildung und Erfahrung. Für hochgradig hörgeschädigte Kinder ist die Frühförderung durch Gehörlosen-pädagogen wünschenswert, vergleichbar den Audiopädagogen in der Schweiz, wobei an einen speziellen Studiengang gedacht werden kann, der auf einem allgemeinen Grundstudium für alle Hörbehindertenpädagogen aufbaut. Die sonderpädagogische Frühförderung muß begleitet werden durch eine ständige, ergänzende Komplettierung und Erweiterung der medizinischen Diagnostik, da oft — gleichzeitig neben der Hörbehinderung — weitere Behinderungen bestehen, die gewöhnlich erst später erkennbar werden.
4. In der Frühförderung spielt die Beratung und Betreuung der Eltern zunächst eine zentrale Rolle. Die Eltern müssen lernen, sich dem behinderten Kind gegenüber richtig zu verhalten. Störungen im Verhältnis zum Kind und zwi-

schen den Eltern müssen beseitigt werden. Eltern und Kind dürfen nicht durch zusätzliche Aufgaben überfordert werden. Die Methodik der Frühförderung und ihre Programme müssen Kind und Eltern angepaßt werden, nicht umgekehrt. Ziel der Frühförderung ist es, die Dialogfähigkeit des Kindes, auch der Eltern im Verhältnis zum Kinde, zu gewährleisten.

Ein Ergebnisbericht des II. Multidisziplinären Kolloquiums der Geers-Stiftung wird in den nächsten Monaten veröffentlicht.

Elementare Musik und Szene

Der 16. Lehrgang der Mühlberger Fortbildungskurse findet in der Zeit vom 24. bis 28. April 1984 in Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern, statt.

Der Kurs stellt Modelle und Materialien vor, die ihre Anwendung in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der elementaren Sprech- und Bewegungserziehung, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung finden. Eingeladen sind aber auch andere künstlerische Berufsgruppen und an dem Sachgebiet Interessierte, auch ohne besondere musikalische Voraussetzungen.

Themen: Elementare Musik, Klangsatz, Spieltechnik — Improvisationsformen Klang—Bewegung—Sprache—Bild — Sensomotorische Übung und Interaktion — Spiel mit Puppen außereuropäischer Kulturkreise — Multimediale Spielformen (Licht—Farb—Schatten—Objektkinetik) — Musikalisch-szenische Improvisation (Abschlussaufführung eines elementaren Musiktheaters).

Leitende Referenten: Dr. Claus Thomas, Freiburg — Dr. Werner Thomas, Heidelberg — Josef W. Janicke, Bonn.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, D-8032 Lochham bei München (Anmeldeschluß 15. März 1984).

Junger Sonderschullehrer

mit den Fachrichtungen Sprach- und Geistigbehindertenpädagogik sucht zum 1. Februar 1984 Tätigkeit im Raum Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein.

Angebote unter Chiffre Nr. 01/06 SP an den Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Aus der Organisation

Wehret den Anfängen!

Verband Deutscher Sonderschulen (VDS) in Rheinland-Pfalz möchte die Sprachheilambulatorien von der Schule für Sprachbehinderte ablösen und den Schulen für Lernbehinderte anbinden.

Kultusminister Dr. Georg Gölter hatte die Mitglieder des Vorstandes im Landesverband Rheinland-Pfalz des VDS zu einem Gespräch eingeladen, das am 6. Juli 1983 im Kultusministerium stattfand.

In den VDS-Mitteilungen Nr. 3/1983 wurde der Verlauf dieses Gesprächs, das zehn Themenkreise umfaßte, veröffentlicht.

Unter Punkt 8 stellte der VDS ein Modell vor, das zur Ablösung der Sprachheilambulatorien von der Schule für Sprachbehinderte bzw. zur Anbindung an die Schule für Lernbehinderte führen soll. Der VDS argumentierte, daß dadurch die hohen Reisekosten entfielen.

Es ist unverständlich, daß der Vorstand einer Lehrerorganisation ein solches Modell vorstellt, ohne sich vorher genau zu informieren. Die Lehrer der Schule für Sprachbehinderte Neuwied, erste Schule für Sprachbehinderte auf Ganztagsbasis in der Bundesrepublik Deutschland mit Klassenaußenstellen und 13 Ambulatorien, wären gern bereit gewesen, Auskünfte zu geben. Dies um so lieber, weil etliche Lehrer der Schule Mitglieder im VDS sind! Man beginnt nun daran zu zweifeln, daß der VDS als Fachverband für Behindertenpädagogik auch die Interessen der Schule für Sprachbehinderte zu vertreten bereit ist.

Was soll man davon halten, wenn die eine Sonderschulart (L) danach trachtet, sich eine Einrichtung der anderen (Spr) anzueignen, um dadurch »Kosten« einzusparen?

Eine Reihe von gewichtigen Gründen spricht gegen das vom VDS-Landesvorstand dargestellte Modell:

1. Die Schule für Sprachbehinderte hat dieselben Unterrichtsziele wie die Regelschule. Hierdurch wird die Vermittlerrolle des Ambulanzlehrers zwischen seiner Stammschule und der Regelschule erleichtert. Er kann die Konsequenzen der von ihm initiierten Umschulungen besser überschauen und eine nachgehende Fürsorge bei Rückschulungen nahtlos durchführen.
2. Der Ambulanzlehrer tritt in den Regelschulen als Vertreter einer Schule auf, die primär daran

arbeitet, daß sprachgestörte Kinder in der Regelschule verbleiben können. Das sich daraus ergebende Vertrauen bei Grund-/Hauptschullehrern und deren Schülereltern ist ein wesentlicher Garant der erfolgreichen Förderarbeit und sollte nicht durch Anbindung der Ambulatorien an Schulen für Lernbehinderte gefährdet werden.

3. In den Sprachheilambulatorien steht nicht der lernbehinderte Schüler mit zusätzlicher Sprachbeeinträchtigung im Mittelpunkt, sondern der normalbegabte Schüler mit Sprachstörungen.
4. Bei einer Anbindung an die L-Schulen würden die Ambulanzlehrer zu »Einzelkämpfern«, da L-Schul-Konferenzen mit Sicherheit nicht so fachspezifisch wirksam werden können wie die bisherigen Ambulatoriumskonferenzen. Zudem wäre die Möglichkeit des Lernens vom Kollegen unverantwortlich beschnitten.
5. Die Landkreise des Regierungsbezirks Koblenz haben mit beträchtlichen Mitteln Ambulatoriumsstandorte eingerichtet bzw. ausgerüstet und hätten kein Verständnis dafür, wenn diese gefährdet würden.
6. Eine erste Umfrage bei den Ambulanzlehrern der Schule für Sprachbehinderte Neuwied hat bereits ergeben, daß bei einer Anbindung an Schulen für Lernbehinderte ihres Einsatzbereichs meist keine Fahrkosten gespart werden. Die Fahrkosten werden ja nicht von der Schule in Neuwied aus berechnet, sondern vom Wohnort oder vom Ambulatoriumsstandort aus.

Abschließend muß festgestellt werden, daß die Schule für Sprachbehinderte in Rheinland-Pfalz innerhalb von etwa 15 Jahren einen Stand erreicht hat, der selbst im Ausland anerkannt wird. Die sich daraus ergebende Pilotfunktion darf nicht gefährdet werden.

*Lothar Grunwald, SoR.
Schule für Sprachbehinderte
mit Ambulatorium, 5450 Neuwied.*

Landesgruppe Rheinland

— Vorstand neu gewählt

Am 21. September 1983 fand in Düsseldorf eine Mitgliederversammlung der LG Rheinland statt.

Bei den Vorstandswahlen verzichtete Herr Heinrichs, der sechs Jahre lang den Vorsitz der Landesgruppe innehatte, auf eine erneute Kandidatur. Für

seinen intensiven Einsatz für die Belange der Landesgruppe wurde Herrn Heinrichs aufrichtiger Dank ausgesprochen.

Frau A. Schwarze, Hamburg, übermittelte den Dank des Geschäftsführenden Vorstandes.

Folgender Vorstand wurde neu gewählt:

Vorsitzender: H. Gathen, Mönchengladbach
stellvertr. Vors.: Theo Borbonus, Essen
Schriftführerin: L. Hübner-Kleeberg, Hilden
Rechnungsführerin: E. Jungjohann, Monheim
Ref. für Sprachheilbeauftragte: Gregor Heinrichs, Essen

— Fortbildungsveranstaltung

Der Mitgliederversammlung ging eine Fortbildungsveranstaltung voraus. Frau A. Schwarze, Hamburg, sprach zu dem Thema »Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf Förderung sprachbehinderter Kinder im Vorschulalter«.

Die Referentin berichtete über eine Vielzahl von Möglichkeiten frühzeitiger Hilfen, die im Hamburger Raum durchgeführt worden sind. Bei der anschließenden, lebhaft geführten Diskussion zeigte sich, daß regionale Unterschiede die Konzeption von Öffentlichkeitsarbeit stark beeinflussen können.
Theo Borbonus

Bücher und Zeitschriften

Henning Wulff: **Diagnose von Sprach- und Stimmstörungen.** UTB Große Reihe.

Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1983.
190 Seiten. Kartoniert. 38 DM.

Das lange angekündigte Buch ist nun seit einigen Monaten auf dem Markt. Der Autor hat es seinem Vater, dem unvergessenen Johannes Wulff, gewidmet. Es ist ein Werk, das — so der Autor einleitend selbst — aus diagnostisch-therapeutischer Erfahrung, aus der alltäglichen praktischen Arbeit mit sprach- und stimmgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entstanden ist. Es bietet aus der Sicht des Rezensenten traditionelles sprachheilpädagogisches Gedankengut sowie Erfahrungswissen — zum Teil unter Rückgriff auf vorliegende Publikationen von Vater und Sohn Wulff — an.

Formal sind zwei inhaltliche Schwerpunkte auszumachen: Im Hauptteil (S. 11—105) wird der Leser über die Voraussetzungen für eine Diagnose ebenso informiert wie über einige grundsätzliche Probleme, so z. B. über das Verständnis des Autors hinsichtlich einer multifaktoriellen und interdisziplinär angelegten Diagnostik. Vor allem aber werden hier ausführliche und bis in viele Einzelheiten gehende Hinweise angeboten auf einschlägige Methoden zur Gewinnung der sprachheilpädagogisch relevanten Befunde in den verschiedenen sprachlichen und nichtsprachlichen Bereichen. Der Angebotskatalog reicht von der Prüfung der sprachlichen Vorbedingungen (u. a. Gehör, Sprechmotorik) über die Prüfung von Sprechatmung, Stimmgebung und Lautgebung bis hin zur Prüfung der sprachlichen Äußerung (Erscheinungsformen: Näseln, Dysgrammatismus usw.) sowie letztlich zu ergänzenden Untersuchungsbereichen (u. a. Motorik, Lernverhalten). Im zweiten Teil des Buches,

dem Anhang (S. 107—184), werden im wesentlichen Materialien — Prüfmittel, Untersuchungsbögen, Testverfahren und Diagnosehilfen — gesammelt angeboten. Bekanntes und Bewährtes steht hier neben »Eigengewachsen« des Autors. Die zahlreichen Abbildungen stammen aus der Feder von Helga Rothenbach.

Das Buch ist zweifellos Beleg für eine Fleißarbeit, durchdrungen geradezu von einer sprachheilpädagogischen Sammelleidenschaft mit der Absicht, die diagnostizierbare Breite des Phänomens Sprach- und Stimmstörung mit einem gewissen Grad an Perfektionismus zu entfalten.

Andererseits aber hat es auch unübersehbare Schwächen: Da ist zum ersten der Erscheinungstermin, der offenbar so lange verzögert worden ist, daß das Buch in der vorgelegten Form bereits jetzt antiquiert ist. Ein Beleg dafür ist ein Blick in das Literaturverzeichnis, das lediglich Veröffentlichungen bis 1979 enthält. Insofern sind die grundlegenden Beiträge aus dem Handbuch der Sonderpädagogik (Band 7: Pädagogik der Sprachbehinderten) — Knura, Neumann (!) — ebensowenig berücksichtigt wie, um nur einen herauszugreifen, die Veröffentlichungen von Schoor. Warum der Autor jedoch auch das zu beachtende Buch von Böhme (Methoden zur Untersuchung der Sprache, des Sprechens und der Stimme, 1978) nicht als Grundlage heranzieht, muß hier offenbleiben. Der in den letzten Jahren eingetretenen recht dynamischen Entwicklung auf dem Sektor der sprachbehindertenpädagogischen Diagnostik (in Anlehnung an Entwicklungslinien in der Behindertenpädagogik generell) wird das Buch deshalb nicht hinreichend gerecht. Was hier beispielsweise in einem Kapitel als »Wandel in der Diagnostik« (S. 23/24) beschrieben wird, sind bestenfalls Reminiszenzen an die

Zeit medizinischen Primats auf dem Gebiet der Diagnostik. Den aktuellen Diskussionsstand, z. B. die inhaltlichen Belange einer Defizit- versus Förderdiagnostik, sucht man ebenso vergebens wie ein dezidiert vermitteltes Diagnose-Konzept. Das aner kennenswerte Bemühen um Kategorisierung von Phänomenen genügt sicher nicht, wenn andererseits nicht der Versuch einer Operationalisierung unternommen wird. Welches Maß an Erkenntnisgewinn steckt denn eigentlich darin, wenn z. B. die Mitteilungsbereitschaft nach den Kriterien normal — gering — schwachhaft, die Formulierungsfähigkeit nach normal — stockend — übertrieben, der Wortschatz nach normal — gering — primitiv, die Wortfindung nach normal — eingeschränkt — gestört (S. 67/68) bewertet werden?

Da sind zum zweiten einige Ärgernisse, die das Buch bereitet: Offenbar sind im sprachbehinder tenpädagogischen Denken und Handeln begriffliche Übernahmen aus der medizinischen Fachsprache tief verwurzelt. Oder wie sollte sonst wohl zu erklären sein, daß ein sprachgestörtes Kind durchgängig als krank, manchmal als abnorm und gar als abartig sowie als Patient bezeichnet wird? Ärgerlich sind auch die vielen Schludrigkeiten, die eigentlich bei einer gründlichen Durchsicht der Druckfahnen zu vermeiden gewesen wären: Diese Reihe beginnt bereits mit dem ersten Satz des Vorworts, in dem der Autor den Titel seines Buches falsch angibt. Sie setzt sich fort über eine Anzahl von sprachlogischen Schwächen («Alle Sprach- und Stimmbehinderungen müssen auf ihr Gehör überprüft werden, S. 28), sachlichen Mängeln und Lücken (z. B. überholte Definitionen, vgl. Dysgrammatismus, S. 65; Vermischung zweier Protokollbeispiele, S. 122—125; Unvollständigkeit der Prüfmit tel, z. B. zur Prüfung der Lautgebung, S. 114 ff.) und endet bei einer Vielzahl von Druckfehlern, die sich bis ins Literaturverzeichnis hinein ablesen lassen und dort z. B. dem Buch von Grohnfeldt (Diagnose von Sprachbehinderungen) als Untertitel »Theorie und Praxis der Fehldiagnostik bei Sprachbehinder ten« bescheren (Freud läßt grüßen?).

Kurzum und zum Schluß: Das Buch bietet vieles an. Weniger — und dies eingebettet in ein klar er kennbares diagnostisches Konzept — wäre aber entschieden mehr gewesen. Eine »umfassende Standortbestimmung«, wie der Autor im Vorwort re klamiert, ist das Buch mit Sicherheit nicht, eher Be leg für eine wichtige Zwischenstation derjenigen sprachheilpädagogischen Diagnostik, die sich an medizinischen Sichtweisen und Erklärungsmodel len orientierte. Bedingt empfohlen.

Jürgen Teumer

Aus anderen Zeitschriften

Anales Otorrinolaringologicos Ibero-America nos, Barcelona/Spainien

Nr. 1, 1983:

J. Marco Algarra u. a.: Los Potenciales Evocados Auditivos en Geriatria. S. 5—17.

Bei anscheinend normalhörenden Personen im Alter zwischen 55 und 83 Jahren wurden audio metrische Untersuchungen vorgenommen. Es wurden zahlreiche Gehörminderungen festge stellt, die nach verschiedenen Gesichtspunk ten ausgewertet wurden.

Jose Babe: Amigdalectomia Extracapsular con Re construcción de la Celda Amigdalina. S. 19—50.

Nachdem der Geschichte der Tonsillektomie nachgegangen ist, beschreibt der Autor die Technik der extrakapsulären Tonsillektomie mit Rekonstruktion der Cellula tonsillaris.

J.M. Barrios Montes: Estudio audiometrico en Niños Subnormales. S. 51—57.

Es wird für audiometrische Untersuchungen bei geistig behinderten Kindern plädiert, um Hörbehinderungen bei ihrer Sondererziehung zu berücksichtigen und um Hörgeschädigte herauszufinden, die fälschlich für geistigbehin dert gehalten wurden.

A. Botey: El esofago Parlante y su nueva Vida. S. 73—76.

Schon im Krankenhaus soll mit dem Erlernen der Ösophagusstimme begonnen werden. Um besser im Leben zurechtzukommen, sollen sich die Betroffenen in Selbsthilfegruppen or ganisieren.

der sprachheilpädagoge, Wien/Österreich

Nr. 1, 1983:

Rahmenthema: Die Behandlung der Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, mit Beiträgen von Karl Hollmann, Heribert Höfler, Elvira Muchitsch und Henning Wulff.

Nr. 2, 1983:

Franz Maschka: Sprache und Motorik. S. 1—21.

Von der Bedeutung der Motorik für die Sprache ausgehend, betont der Verfasser das Training der Gesamtmotorik und bietet dafür gute Übungsanregungen.

Heinz Wahlmüller: Gesamtpersonelle Diagnose der Artikulationsstörungen. S. 22—29.

Sinnes-, Bewegungs- und Intelligenzentwick lung sowie Mehrfachbehinderungen sollten

noch mehr in der Diagnostik berücksichtigt werden.

Friedrike Meixner: Methodisch-didaktische Gestaltung der Behandlung von Artikulationsstörungen. S. 37—43.

Nach einer sehr genauen Diagnose soll ein individueller Therapieplan aufgestellt werden.

Nr. 3, 1983:

Rahmenthema: Die Wiener Sprachheilschule — Eine Schule stellt sich vor.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 1, 1983:

Günter Oevermann: Hörerziehung schwerhörig-debiler Schüler in der 1. Klasse. S. 20—25.

Es wird ein Programm für die intensive Hörerziehung in der Anfangsklasse der Schwerhörigen-Hilfsschule in Putbus vorgestellt, und es werden ausführlichere methodische Hinweise gegeben.

Peter Schulz: Bildung und Erziehung sprachgestörter Schüler in der Sowjetunion. S. 43—44.

Schulz berichtet über ein differenziertes Netz sprachheilpädagogischer Einrichtungen.

Kurt Hahnefeld u. Michael Zschau: Erstdiagnose von Stammlern in der Beratungsstelle. S. 45—51.

Die Autoren zeigen ein diagnostisches Verfahren für fünf- bis sechsjährige Vorschulkinder mit leichten Dyslalien. Dabei werden unter anderem zwei stammelnde Kinder *gleichzeitig* diagnostiziert, was ökonomisch vorteilhaft sein soll.

Nr. 2, 1983:

I.W. Koltunen: Entwicklung der Umgangssprache gehörloser Schüler der 5. bis 7. Klasse. S. 85—90.

Gehörlose sollten die Umgangslautsprache gut beherrschen, damit sie voll in die Gesellschaft der Hörenden integriert werden können. Eine Vielzahl von Übungen wird dazu beschrieben.

Nr. 3, 1983:

Joachim Göbel: Jüdische Gehörlosenschule in Berlin-Weißensee.

Der Schreiber stellt die Entwicklung der jüdischen Gehörlosenschule bis zur Vernichtung durch die Faschisten dar.

Nr. 4, 1983:

A.P. Gosowa: Psychologische Besonderheiten der Arbeitstätigkeit Gehörloser. S. 230—238.

Die Verfasserin behandelt Probleme des Arbeitsunterrichts und der Berufsausbildung. Es werden rationale Formen der Lehrstoffvermittlung gezeigt.

internationale zeitschrift für rehabilitationsforschung, Heidelberg

Nr. 1, 1983:

Thomas Spillmann u. a.: Electrical stimulation of hearing in totally deaf humans. S. 72—73.

Eine Kurzdarstellung dieser Forschungsarbeit, die am Universitätskrankenhaus in Zürich durchgeführt wurde.

informatio. Mitteilungen des Seraphischen Liebeswerkes Pro infante et familia, Solothurn/Schweiz

Nr. 3, 1982:

Rudolf Haltmeyr: Unser Atem als Lebensquell. S. 89—90.

Mit Hinweisen auf Atemübungen zeigt Haltmeyr, wie so manche krankmachenden Faktoren geradezu weggeatmet werden können.

Meta Mannhart: Teamarbeit in der Ausbildungsstätte. S. 101—106.

Gerade auch in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist Teamarbeit gefordert. Ihre Möglichkeiten, Wirkungen und Grenzen werden angesprochen, und das Team wird auch als Entfaltungshilfe der Mitarbeiter gesehen.

Nr. 4, 1982:

Armin Gugelmann: Wem gehört die Heilpädagogik? S. 139—143.

Die Heilpädagogik »gehört« nicht der Wissenschaft, nicht dem Staat und nicht den Heilpädagogen. Wichtig ist nur, daß sie allen Behinderten zur Verfügung steht. So ist auch der Heilpädagoge weder der Nur-Praktiker noch der Nur-Wissenschaftler, denn »eine Kluft zwischen Theorie und Praxis kann sich die Heilpädagogik nicht leisten«.

Nr. 2, 1983:

Lothar Kaiser: Humor und Heiterkeit in der Erziehung. S. 39—43.

Der Autor möchte mehr Humor in die Schulen bringen, und er sieht diesen durchaus als lehrbar und lernbar an.

logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande

Nr. 3, 1983:

Rahmenthema: Frühbehandlung.

Nr. 7/8, 1983:

Rahmenthema: Dysarthrie.

Nr. 10, 1983:
Bericht vom IALP-Kongreß.

**Schweizerische Heilpädagogische Rundschau,
Bern/Schweiz**

Nr. 10, 1983:

Eberhard Kaiser: Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns aus der Sicht des Logopäden. S. 221—223.

Gerhard Böhme: Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns aus der Sicht des Phonieters. S. 225—227.

Rene Joray: Stotterer-Therapie als komplexe Methode. S. 229—234.

»Die immer wieder geäußerten Hoffnungen, ein ideales Medikament zur Behandlung des Stotterns zu finden, haben sich nicht erfüllt. Ein therapeutischer Nihilismus bei der medikamentösen Zusatzbehandlung des Stotterns ist jedoch ebenfalls nicht angebracht.« Nach diesem Resümee von Böhme wird von Joray einer kom-

biniierten Methode das Wort geredet; vorher hat Kaiser für den »Beizug der medizinischen Behandlung als Stütz-Therapie« geworben.

**Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre
Nachbargebiete. Freiburg/Schweiz**

Nr. 2, 1983:

Alfons Weinfurter: Sonderschullehrer in der Regelschule. S. 236—243.

Der Autor informiert über einen Schulversuch »Differenzierte Grundschule« zur Förderung lerngestörter Kinder an der Grundschule in Karlstadt/Main.

Herbert Ding: Erziehung Hörgeschädigter unter dem Aspekt ihrer sozialen Integration. S. 244—250.

Trotz negativer Bedingungen können auch Hörgeschädigte soziale Integration erreichen. Ding zeigt besonders, daß eine Ich-Identität es dem Hörgeschädigten ermöglicht, »am Leben Hörender teilzunehmen, ohne die Behinderung leugnen zu müssen«.
Arno Schulze



**BEZIRK
MITTELFRANKEN**

Der Bezirk Mittelfranken sucht für das
Berufsbildungswerk Nürnberg für Hör- und
Sprachgeschädigte eine

Logopädin

zur baldigen Einstellung.

Im Berufsbildungswerk Nürnberg werden hör- und sprachgeschädigte Jugendliche in 20 verschiedenen Berufen ausgebildet und beschult. Neben der beruflichen Ausbildung wird auch eine systematische Sprachtherapie angeboten, die von einer engagierten Logopädin mitgeleistet werden soll.

Die Vergütung erfolgt nach BAT. Geboten werden alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.
Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen werden erbeten an den

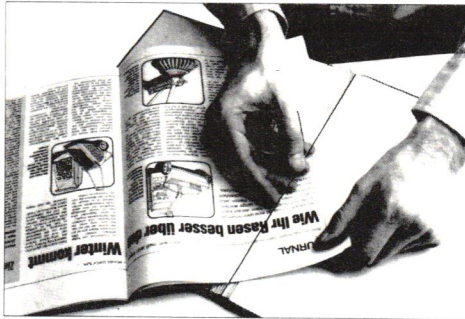
**Bezirk Mittelfranken — Bezirksverwaltung
Bischof-Meiser-Straße 2
8800 Ansbach**

Nähere Auskunft erteilt die
Direktion des BBW
Nürnberg
Pommernstr. 15
Tel. (09 11) 6 41 40

*So einfach
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für »Die Sprachheilarbeit«

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten.

Die Mappen entsprechen in Größe und Farbe den bisherigen Einbanddecken, passen sich also der alten Form weitestgehend an und nehmen wie bisher zwei Jahrgänge auf. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 16,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

An Wartenberg & Söhne Verlag · Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je ____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen
1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74, 1971/72, 1969/70.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag

Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Das ST. LUKAS-HEIM sucht zum 1. Januar 1984

1 Sprachtherapeut(in)

Wir sind eine Einrichtung der Behindertenhilfe und unterhalten neben dem stationären Bereich eine staatlich anerkannte Tagesbildungsstätte, Sprach- und Sonderkindergarten und eine Frühförderstelle.

Der Tätigkeitsbereich umfaßt die Diagnostik und Therapie sowie die Eltern- und Mitarbeiterberatung. Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen zu richten an:

ST. LUKAS-HEIM, Gasthauskanal 9, 2990 Papenburg 1.

Raum Würzburg, nahe der Universitätsstadt Würzburg liegt unser modernes Förderzentrum für geistig und mehrfach Behinderte.

Wir suchen

eine(n) Logopädin(en)

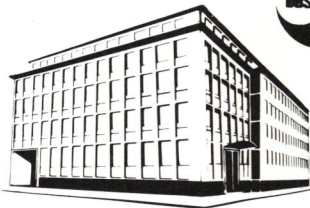
Vergütung in Anlehnung an BAT, Heimzulage, zusätzliche Sozialleistungen sind mit dem öffentlichen Dienst vergleichbar.

Bitte übersenden Sie uns Ihre Bewerbung.

St. Josefs-Stiftung für geistig Behinderte e.V.

8702 Eisingen, Telefon (09306) 721.

staatlich geprüfte Berufe mit Zukunft



B.-Blindow-Schulen

Für unsere staatlich anerkannten Lehranstalten für Heilhilfsberufe suchen wir für April 1984 oder später haupt- oder nebenberufliche

Logopäden(innen)

als Dozenten.

Die Bewerber sollten über einige Jahre Berufserfahrung und evtl. über eine Lehrtätigkeit verfügen.

Die B.-Blindow-Schulen sind bekannt für die Ausbildung von

- pharm.-tech. ● med.-tech. ● chem.-tech. Assistenten
- Krankengymnasten ● Masseur u. med. Bademeister.

Hannoversche Straße 91 · 4500 Osnabrück · Telefon (05 41) 273 21
Herminenstraße 17 f + 18 · 3062 Bückeberg · Telefon (05722) 37 90

Einrichtungen für Sprachbehinderte

in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin 1982

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
Zusammengestellt von Joachim Wiechmann

Das um mehr als 50 Prozent erweiterte Werk löst die Ausgabe von 1978 ab. Neben der Gesamtausgabe sind erstmalig Einzelhefte für die Bundesländer erstellt worden, die es den Interessenten ermöglichen, die Gesamtausgabe und/oder regionale Teilausgaben zu beziehen.

Teil	Stückpreis bei Abnahme von	1—9	10—24	25—49	50 u. mehr
I: Baden-Württemberg, 28 Seiten		6,30	6,—	5,60	4,90
II: Bayern, 24 Seiten		5,40	5,10	4,80	4,20
III: Berlin, 16 Seiten		3,60	3,40	3,20	2,80
IV: Bremen, 8 Seiten		1,80	1,70	1,60	1,40
V: Hamburg, 16 Seiten		3,60	3,40	3,20	2,80
VI: Hessen, 20 Seiten		4,50	4,30	4,—	3,50
VII: Niedersachsen, 36 Seiten		8,10	7,60	7,20	6,30
VIII: Rheinland, 20 Seiten		4,50	4,30	4,—	3,50
IX: Westfalen-Lippe, 16 Seiten		3,60	3,40	3,20	2,80
X: Rheinland-Pfalz, 12 Seiten		2,70	2,50	2,40	2,10
XI: Saarland, 8 Seiten		1,80	1,70	1,60	1,40
XII: Schleswig-Holstein, 24 Seiten		5,40	5,10	4,80	4,20
XIII: Studium und Ausbildung, Organisationen und Verbände, Fachzeitschriften, 24 Seiten		5,40	5,10	4,80	4,20

Die **Gesamtausgabe** aller 13 Teile im Ringbuch mit Register 56,— DM.

Bei Abnahme von 5 und mehr Exemplaren 52,— DM.

Alle Preise einschließlich Mehrwertsteuer.

Direktbestellung erbeten beim Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

Wartenberg & Söhne GmbH
Druckerei und Verlag
Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50

HERRN WSS 005690 *0002*
KLAUS WITTMANN
BLEIBTREISTR. 45

D 1000 BERLIN 12

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

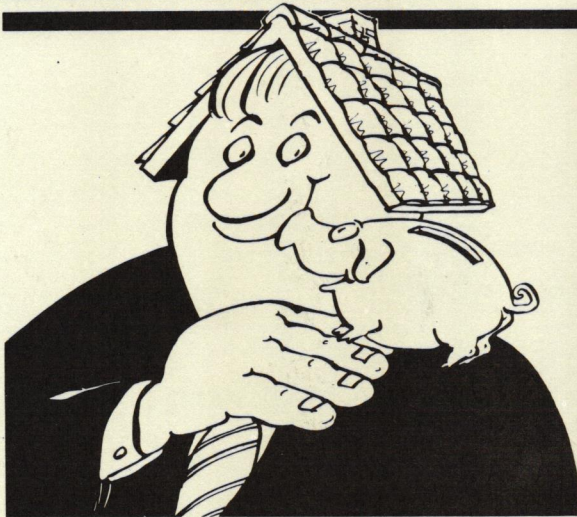
Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

Für Beratungsstellen und Ambulanzpatienten stellen wir auf Wunsch spezielle Bestellzettel für Übungsblätter zur Verfügung, die im Sinne eines Rezeptes den Patienten ausgehändigt werden können.

Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

BAUSPAREN ZWINGT NICHT ZUM BAUEN.



Mit einem Bausparvertrag kann man auch kaufen, instandsetzen, an- und umbauen, renovieren, modernisieren, Darlehen ablösen, Miterben auszahlen und vieles mehr – unabhängig von den Kapitalmarktzinsen.

Und nach zehn Jahren können Sie mit Ihrem Geld ganz einfach machen, was Sie wollen. Sie bekommen es inklusive aller Zinsen und Zuschüsse zurück. Mehr übers Bausparen erfahren Sie von Ihrem BHW-Berater. Rufen Sie ihn an. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW
BAUSPARKASSE
Auf uns baut
der öffentliche Dienst.