

C 21 843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Annemarie Friese, Hannover

Von richtiger und falscher Atmung

Arnold Grunwald, Lüneburg

Schwierigkeiten bei der Definition und Diagnose »Geistiger Behinderung«
Bericht über die Erfassung und Betreuung sprachbehinderter Kinder
im Schulbezirk der Sprachheilschule Impflingen

Arnold Schulze, Marburg/Lahn

Bericht über die Frühförderung mehrfachgeschädigter hör- und
sprachbehinderter Kinder in einer Beratungs- und Behandlungsstelle
für Risikokinder und in einem Körperbehinderten-Zentrum

Umschau und Diskussion

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Dezember 1974 · 19. Jahrgang · Heft 6

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen · Rektor i. R. J. Wulff

Vorsitzender: Joachim Wiechmann, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern Anni Braun, 8 München 22, Triftstraße 10
Berlin Ernst Trieglaff, 1 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen Gerd Homburg, 282 Platenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg Karl Heinz Hahn, 2 Hamburg 64, Rolfinckstieg 1
Hessen Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56
Niedersachsen Helmut Moddemann, 3 Hannover-Kirchrode, Kaiser-Wilhelm-Str. 13
Rheinland Werner Großmann, 401 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz Prof. Dr. Edmund Westrich, 65 Mainz, Göttelmannstraße 46
Saarland Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32
Westfalen-Lippe Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion Arno Schulze, 3570 Kirchhain (Landkreis Marburg/Lahn),
Alsfelder Straße 56, Telefon (064 22) 18 50
Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,
Telefon (064 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 3,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 20,40 DM zuzüglich Portokosten.

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

Mitteilungen der Schriftleitung

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

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Schriftleiter Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig 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.

Die Manuskripte sind auf DIN-A-4-Format, in Schreibmaschinenschrift einseitig $1\frac{1}{2}$ zeilig beschrieben, zu liefern und mit einem Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge zu versehen.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1974 · 19. Jahrgang · Heft 6

Annemarie Friese, Hannover

Von richtiger und falscher Atmung

Im Heft 6/1971 dieser Zeitschrift habe ich mich mit dem Thema »Symptombehandlung bei Sprachstörungen — aber wie?« auseinandergesetzt. Ich wollte dabei zum Ausdruck bringen, daß zu dem Bemühen um die Psyche eines Sprachgestörten fast ausnahmslos eine umfassende Übungsbehandlung treten muß, die die Fehlfunktionen abbaut. Die praktische Arbeit in dem Zeitraum seit der Veröffentlichung brachte mir ständig neue Beweise für die Richtigkeit dieser Forderung.

Wie ich bereits betonte, sind Respiration, Phonation und Artikulation im normalen Sprechverlauf untrennbar verbunden. Nur zum besseren Verständnis der Teilvorgänge ist eine gründliche, isolierte Betrachtung notwendig. Die heutigen Ausführungen sollen deshalb klarlegen, was wir unter »physiologischer Atmung« verstehen und welche Abweichungen und Fehlhaltungen auftreten.

Die Atmung ist eine Bewegung des Lebens selber. Da die Atmung sich für gewöhnlich unbewußt und unwillkürlich vollzieht, können wir sagen: »Der Mensch atmet nicht selbständig, sondern er — wird geatmet.« Die Atmung paßt sich dem Rhythmus des persönlichen Lebens an. Es besteht demnach ein enger Zusammenhang zwischen Körperbewegung und Atmung.

FEUDEL (1956) hat diese Tatsache klar erkannt: »Rhythmisch ist eine Bewegung immer dann — und auch nur dann —, wenn sie nach dem inneren Rhythmus, dem Gesetz der Atmung abläuft.«

Dieses Grundgesetz der Atmung ist von Klara SCHLAFFHORST und Hedwig ANDERSEN (1950) entdeckt worden. Es besagt, daß der dreiteilige Atemrhythmus sich, entsprechend den Gesetzen des ewigen Wandels in der Natur, in Einatmung — Ausatmung — Pause gliedert.

Die Atmung kann nur im antagonistischen Zusammenspiel aller Einzelbewegungen des Atmens, als *Vollatmung*, ihren wahren Zweck erfüllen, der in einer gesunden Atemfunktion liegt. Der maßgebende Muskel für diese Funktion ist das *Zwerchfell*. Dieses ist in seiner Beweglichkeit, in seinem Impuls, durch die ungesunde Lebensweise unserer Zeit geschwächt, erschlafft und daher gestört.

Während ein kräftiges und spannungsfähiges Zwerchfell deutlich im dreiteiligen Rhythmus atmet, weicht ein schwaches, spannungsunfähiges Zwerchfell vom natürlichen Rhythmus ab. Es spannt sich bei der Einatmung zu langsam an, bei der Ausatmung zu rasch ab.

STAMPA (1956) erkennt die Gefahren: »Dadurch wird die Atmung unergiebig, die Atemzüge werden schneller, die Pause wird immer kürzer und verschwindet schließlich ganz. So wird allmählich aus dem dreiteiligen Rhythmus ein zweizeitiger Wechsel, ein Auf und Ab ohne Pause... Auf diese Weise entsteht der Wechsel zwischen Krampf und Schläfheit.«

In allen Lebensäußerungen des heutigen Menschen zeigt sich der Wechsel zwischen Krampf und Schlaffheit, bedingt durch den Verlust der Pause. Beim Suchen nach einer »richtigen« Atmungsform war es naheliegend, von der Atmung im Schläfe anzunehmen, daß sie natürlich und unverdorben sei.

WÄNGLER (1966) sieht ruhende Kinder und Säuglinge als ruhenden Pol für die Beobachtung richtiger Atmung an. Auch WEINERT (1966) äußert sich in ähnlichem Sinne: »Die im natürlichen Rhythmus ablaufende, gut kombinierte Atmung mit optimaler Zwerchfellbeteiligung wird fast nur bei kleinen Kindern und Naturvölkern gefunden.«

FISCHER-JUNGHANN (1964) führt das ausdauernd schreiende Baby, den stundenlang bellenden Hund und den brüllenden Löwen an, um nachzuweisen, daß die Genannten ihre Stimme stundenlang ohne Schaden stark beanspruchen können, weil Atem und Stimme noch instinktiv vom Zwerchfell her geführt werden.

Der Mensch kommt mit einem kräftigen, funktionsfähigen Zwerchfell auf die Welt. Da er als Säugling liegend oder kriechend lebt, ist auch für diesen Zeitabschnitt die richtige Zwerchfellarbeit grundlegend gesichert. NITSCHKE (1954) hält die liegende Stellung für die einzige, in der der aufrecht lebende Erwachsene richtig atmet. FRITZ (1961) beschäftigt sich ebenfalls mit der aufrechten Haltung des Menschen: »Das Erheben des Menschen zu aufrechtem Stand und Gang ist als Schlußglied der Entwicklung der Erdengeschöpfe bei jedem Menschen erneut ein Problem, das er selbst zu lösen hat.«

Da die ersten Lebensjahre des Kindes von einem unbändigen Bewegungstrieb bestimmt sind, der dem Kind die nötige Atemanregung gibt, können wir vom gesunden Kind, im Gegensatz zu dem immer bewegungsärmer werdenden Erwachsenen, von dem Idealfall sprechen.

Wenn STAMPA (1956) feststellt, daß mit Sicherheit der Schrei des Neugeborenen eine vollkommene Stimmäußerung sei, so ist ebenso sicher, daß diese Vollkommenheit im Laufe der Zeit mehr und mehr verlorengelht. Durch mangelhaften oder falschen Gebrauch entwickelt sich das Zwerchfell zurück. Es verkümmert, wie das bei jedem aus dem Gebrauch ausgeschalteten Organ der Fall ist, ja es nimmt schon Schaden, wenn es nicht mit voller Kraft eingesetzt wird. Darüber hinaus leistet ein unzureichend arbeitendes Zwerchfell vielen gesundheitlichen Schäden seelischer und körperlicher Art Vorschub. NITSCHKE (1954) glaubt, diese reichen von der psychischen Hemmung bis zur Lungen-Tbc.

Stampa (1956) faßt die Mängel, die durch Zwerchfellschwäche verursacht werden, so zusammen: »Das Zwerchfell wölbt sich in schlaffem Zustand ohne ausreichende Spannkraft hoch in den Brustraum hinein, bewegt sich bei der Atmung nur wenig mit, überläßt die geringen Atembewegungen den Brustkorbmuskeln, bewirkt nur schwache Dehnungen der Lungen, beklemmt das Herz und vernachlässigt den Druck nach unten auf die Baueingeweide. Säftestrom und Blutkreislauf werden dadurch erschwert und verlangsamt, und bei schlechter Gesamthaltung werden alle geistigen und leiblichen Betätigungsmöglichkeiten eingeengt.«

MALETZKI (1955) hält richtiges Atmen für außerordentlich wichtig: »Wie wichtig das Atmen für uns ist, erkennt man aus der ganz nüchternen Tatsache, daß der Mensch drei Tage ohne zu essen und zu trinken auskommt, aber nicht drei Minuten ohne zu atmen. Atme richtig, um richtig zu leben, d. h., um gesund zu leben! Aus falscher Atemtätigkeit entstehen die meisten Beschwerden. So ist bekanntlich die Kohlendioxidstauung — eine Folge falscher Ausatmung — die Grundursache der meisten Krankheiten; ich denke an Herzbeschwerden, Blutkreislaufstörungen, Migräne, Nervosität u. a. mehr.«

Nitsche (1954) sieht in mangelhafter Atmung den Hauptgrund für viele stimmliche Mängel: Verlust der Kopf- und Brustresonanz, Verkrampfungen des Halses beim Sprechen und Singen, störende Einwirkung dieser Verkrampfungen auf das Ansatzrohr, Haltungsfehler, die in Verbindung mit schlechter Atmung die Weitung und Bereitstellung des Brustraumes verhindern.

Atem- und Sprechablauf hängen demnach eng zusammen. Diesen Zusammenhang erkennen wir am deutlichsten beim Stotterer. BRANKEL (1959) bemerkt, daß bei den Stotterern offensichtlich eine Fehlartmung vorliegt: »Die Ursachen des Stotterns und der meistens damit verbundenen Fehlartmung sind so mannigfaltig, daß es wohl selten zwei Stotterfälle gibt, deren Symptomatik sich völlig gleicht.«

Wie in keinem anderen Krankheitsgeschehen wird das funktionelle Wechselspiel zwischen Normal- und Fehlartmung im Somatischen so sichtbar wie beim Stotterer. Wir können deshalb mit FERNAU-HORN (1969) Stottern als eine *Koordinationsstörung* zwischen Respiration, Phonation und Artikulation bezeichnen. »Mit der Bezeichnung »Koordinationsstörung« ist also ein ungeordnetes, gestörtes Zusammenspiel bei der Atem-, Ton- und Lautgebung im Sprechakt gemeint. Der Anteil der Psyche beim Zustandekommen der Koordinationsstörung wird dabei weitgehend übersehen.«

RICHTER (1969) erkennt klar den Zusammenhang zwischen fehlerhafter Atmung und Stottern: »Die meisten Stotterer betätigen die obere Brustartmung. Das ist für sie gefährlich, denn in dieser Hochartmung bringen sie eine Muskelverspannung dem Kehlkopf gefährlich nahe. Diese Fehlspannung kann leicht zum völligen Stimmklappenverschluß führen. Deshalb ist es erforderlich, am Beginn der Behandlung die Atmung zu korrigieren. Nach meinen Erfahrungen spielt sich die Zwerchfellartmung recht schnell ein. Die Beseitigung der Sprachstörung ist zum wesentlichen Teil von einer guten Atemtechnik und Atemführung abhängig.«

Wenn STAMPA (1956) feststellt: »Die Zwerchfellspannung bildet den Mittelpunkt aller leiblichen Bewegung«, so ergibt sich für uns als wichtigste Aufgabe, das Zwerchfell zu kräftigen, damit es an der Atmung besser beteiligt wird. Statt im Hochstand, in ständiger Ausartmungsstellung, zu verharren, soll das Zwerchfell in einer Mittelstellung im dreiteiligen Rhythmus spannungsreich auf und nieder schwingen. Von der Erziehung des Zwerchfells und damit des gesamten Stimmapparates hängt der Erfolg unserer Bemühungen ab, deren Ziel eine Rückkehr oder Hinführung zum rhythmischen Geschehen sein muß. Mit Recht wird die Arbeit am Atemrhythmus von Fernau-Horn (1959) als Kern der Therapie bezeichnet.

Nitsche (1954) meint, manchen Umweg sparen zu können, wenn bei der Arbeit an der Stimme und ihren gesanglichen und sprachlichen Äußerungen zunächst immer der gestörte Atem richtiggestellt würde.

EDEL und KNAUTH (1969) sehen das Ziel so: »Das Behandlungsziel der Atemtherapie ist die Erhaltung bzw. Wiedererlangung einer optimalen, d. h. ökonomischen, dem jeweiligen Bedarf des Organismus unter den verschiedensten Situationen angepaßten Ventilation. Dazu müssen der Atmung alle für die Belüftung verfügbaren Räume zur Nutzung zur Verfügung stehen können.« Jede Teilartmung, für sich angewandt, ist deshalb bereits als eine Fehlartmung zu bezeichnen.

Hierzu Edel und Knauth (1969), die folgende pathologische Fehlartmungsformen auführen:

1. Im Thoraxbereich

- a) Einseitige Atmung bei vernachlässigter Flanken- und Bauchartmung mit Dominieren senkrechter Atembewegungen.

- b) Vollbild der sogenannten thorakalen Hochatmung: Thorax in starker Inspirationsstellung, weitgehende inspiratorische Thoraxstarre mit starkem Einsatz der Atemhilfsmuskeln bei Orthopnoe (das ist ein Zustand höchster Atemnot, in dem nur bei aufgerichtetem Oberkörper genügend Luft in die Lunge gelangt).
- c) Fehlende Brustatmung bei betonter Bauchatmung.
- d) Fehlende Flankenatmung.
- e) Paradoxe Atmung, d. h., statt einer Ausweitung wird eine inspiratorische Flanken-einziehung vollzogen.

2. Im Bauchbereich

- a) Einseitig betonte Abdominalatmung bei stark eingeschränkter oder fehlender Thorakal- atmung.
- b) Preßatmung mit forciertem expiratorischem Einsatz der Bauchmuskeln, meist zur Überwindung von Ausatembehinderungen.
- c) Starkes Vorwölben des Abdomens bei fixierter Brustkorbstarre.
- d) Fehlende »Rückenatmung« (dorsale Flanken- und dorsale Abdominalatmung durch fehlende Entfaltung des dorsalen Zwerchfellabschnittes).
- e) Asynchroner Kontraktionsablauf im Bauchbereich: im Exspirium kontrahieren sich die oberen Bauchmuskeln zeitlich vor den unteren (Preßatmung), bzw. die Unterbauchmuskulatur ist im Verhältnis zur Oberbauchmuskulatur zu schwach.

3. Störungen im Verlauf des Atemrhythmus

An Stelle der normalen ruhigen Atmung mit stabiler Frequenz und gleicher Atemtiefe können pathologische Formen treten:

- a) Die unruhige Atmung mit wechselnden Frequenzen.
- b) Die »Seufzeratmung«, bei der ruhige oder unruhige Atmung mit regelmäßig oder unregelmäßig eingestreuter tiefer Inspiration kombiniert ist.
- c) Unausgewogenes Verhältnis von Inspirations- und Expirationszeit und Atempause (es wird expiratorisch verlängert, inspiratorisch verkürzt oder umgekehrt, oder die Übergänge der Atemphase sind eckig, abgehackt und abgerissen).
- d) Fehlhaltungen bei Inspiration und Expiration.

Zu 3 c) bedarf es noch der Erwähnung der normalen Zeitverhältnisse des Atemablaufs: Bei der Ruheatmung ergibt sich etwa das Verhältnis 3 : 3 : 2 (E : A : P). Zur gleichförmigen Betätigung gehört der sinusförmige Atemrhythmus, zeitlich ungefähr 3 : 3 (E : A). Ein zuweilen eingeschalteter tiefer Atemzug gehört zu einem vitalen Atemablauf und ist nicht als Atemrhythmusstörung aufzufassen. Zu einer kraftvollen Leistung — körperlich wie auch geistig — gehört der arkadenförmige Atemrhythmus mit der Pause nach der Einatmung, zeitlich ungefähr 3 : 2 : 3 (E : P : A). Beim Gesang wird nach einer kurzen Pause nach der Einatmung (diese kurze Pause bewirkt ein Beibehalten der Einatmungssituation während der Tonerzeugung und wird als Atemstütze oder Appoggio bezeichnet) die Ausatemungsphase oft sehr lang gedehnt, zeitlich ungefähr 2 : 1 : 5 (E : P : A). Wichtig ist der weiche, bogenförmige Übergang von einer Atemphase zur anderen.

Zu Punkt 3 d) Fehlhaltungen bei Inspiration und Expiration sind meines Erachtens auch noch einige Erläuterungen nötig. Ein Ziel in der Sprachheilarbeit ist die »Erziehung zur Nasenatmung«. Es ist anzustreben, wenn ein geschlossenes Näseln vorliegt. Bei Kindern und Erwachsenen mit Stockschnupfen, nach Entfernung von Nasenwucherungen und nach Pharynxplastiken bei Gaumenspalten ist eine Übungsbehandlung zur Gewöhnung an eine natürliche Nasenatmung unumgänglich.

Leider ist durch diese Forderung vielerorts der Eindruck entstanden, als sei es

oberstes Gesetz jeglicher Sprachübungsbehandlung, immer und überall streng auf »Nasenahtmung« zu achten. Diese Meinung ist ebenso falsch wie unnatürlich und kann besonders für den Stotterer böse Folgen haben.

Bei der Ruheatmung atmen wir ausschließlich durch die Nase, sowohl bei der Ein- wie bei der Ausatmung. Anders ist es bei der Sprechatmung und beim Singen. Die Ausatmung erfolgt dabei durch den Mund, die Einatmung — so müßte man folgern — hat wie bei der Ruheatmung durch die Nase zu geschehen. Reine Nasenahtmung aber ist bei einer natürlichen Sprechweise und beim Singen unmöglich. Wir pflegen beim Sprechen und Singen die Einatmung durch die Nase, schließen aber einen gewissen Anteil an Mundatmung nicht aus. Wenn Stimmbildner ausnahmslos Nasenahtmung fordern, unterliegen sie einer groben Selbsttäuschung. Sie fordern Unerfüllbares: Vor Beginn einer Satzkette geschieht ein erster nasalcr Atemzug; inmitten der Kette aber bleibt dazu keine Zeit, es wird blitzschnell durch den Mund eingeatmet, manchmal auch durch Mund und Nase gleichzeitig.

Der Hinweis: »Schließe nach jedem Satz oder Wortblock den Mund und atme erst!« ist vor allem für den Stotterer sehr gefährlich, abgesehen davon, daß es besser ist, das Gefühl für die richtigen Atembewegungen einzuschleifen als vom Atem zu sprechen. Es trat nach solchen Aufforderungen genau das ein, was Fernau-Horn der Nasenahtmung zuschreibt: Die ausnahmslos geforderte Nasenahtmung verleitete zu willkürlicher, viel zu starker Einatmung und brachte sogar bereits auf Zwerchfell- bzw. Vollatmung umgestellte Kinder dem Hochatemtyp wieder gefährlich nahe. Die eingetretene Hyperventilation verhinderte die weiche, spannungsfreie Expiration und wirkte sich ungünstig auf die Spontansprache aus.

Im Prinzip können wir also an Fehlathmungsformen unterscheiden:

1. Fehler der Atembewegungen, den Bereich der Brust-, Flanken-, Bauch- und Rückenatmung betreffend.
2. Fehler der Koordination des Einsatzes der Atemmuskeln (In- und Expiration) in den beiden Atemphasen, sogenannte paradoxe Atmung.
3. Störung des Atemrhythmus und des zeitlichen Verhältnisses von In- und Expirationsphase.
4. Fehler, die Ein- und Ausatmung betreffend.

Was verstehen wir nun unter richtiger Atmung?

Die Atmung ist eine Form des Stoffwechsels, denn sie bewirkt den Austausch zwischen Kohlensäure und Sauerstoff im Blut. Einige Grundbegriffe zu diesem Vorgang verschaffen wir uns am besten durch Beobachtungen des eigenen Körpers.

Die Lunge ähnelt in ihrer Wirkungsweise einem Schwamm. Abgesehen von einer gewissen Elastizität hat sie keine eigenen Bewegungen. Diese werden ihr von außen her vermittelt. Vergrößert sich nämlich der Rauminhalt der Brusthöhle, wird die Luft verdünnt (Prinzip der Saugpumpe), und vermöge des äußeren atmosphärischen Druckes strömt die Außenluft durch die Luftröhre ein: die Lungenbläschen füllen sich. »Alle Bewegungen, die die Brusthöhle erweitern, fassen wir wegen dieser luftbewegenden Wirkung zusammen unter dem Begriff »Einatmen«, die gegenläufigen nennen wir »Ausatmen.« (DRACH, 1969).

Es gibt nun verschiedene Möglichkeiten, die Brusthöhle zu erweitern. Die Hochatmung, auch Clavicular- oder Schlüsselbeinatmung genannt, erkennbar an der Anhebung der Schultern, bewirkt nur eine geringfügige Erweiterung des Rauminhalts. Sie ist als Folge des allgemeinen Haltungsverfalls weit verbreitet. Von ORTHMANN wird sie eindeutig als Fehlathmung bezeichnet, die das Extrem aller Abweichungen von der Normalatmung darstellt. Schulter- und Halsbewegungen

gehören nicht zur Atmung, ebensowenig wie die Vorstellung des »Brusthebens«, die bei vielen Menschen unlösbar mit dem Atemvorgang verknüpft ist. Da die Hochatmung für das Sprechen als unzweckmäßig nicht in Frage kommt, außerdem viele körperliche Schäden im Gefolge hat, sollte sie überall dort, wo sie auftritt, abgestellt werden.

Außer der soeben beschriebenen Fehlartmung führt Orthmann drei Artmungstypen an:

1. Brustartmung (thorakaler, costaler Artmungstypus).
2. Bauch- oder Zwerchfellartmung (abdominaler Artmungstypus).
3. Kombinierte oder gemischte Artmung (costoabdominaler Artmungstypus).

Die dritte Form sieht er als die physiologische Norm an: »Normal ist die vorwiegend horizontale, spindelförmige Ausdehnung des Brustkorbes mit dem größten Ausmaß unten. Dies ist die costoabdominale Artmung.« KOFLEK (1955) ist der gleichen Meinung: »Wir dürfen nicht zögern, die Costo-Abdominalartmung als die einzige richtige, weil physiologische Artmung anzusehen.«

Die Notwendigkeit richtiger Artmung wird heute allgemein anerkannt, die Form der costoabdominalen Artmung oft angewandt, jedoch nicht immer mit dem gleichen Begriff bezeichnet. Mehr und mehr hat sich als Bezeichnung für die kombinierte Artmung der Begriff »Vollartmung« eingebürgert. Es seien nur einige Autoren genannt, die sich dieses Ausdrucks bedienen: NITSCHKE (1954), WOLF und ADERHOLD (1962), KÜRTEK, DRACH (1969), HEY, WÄNGLER (1966).

Weinert (1966) meint die obengenannte Vollartmung, wenn er von »gut kombinierter Artmung mit optimaler Zwerchfellbeteiligung« spricht. Fernau-Horn (1959) benutzt den Begriff »Bauchartmung« nur im Hinblick auf die Einwirkung auf eine übermäßige Brustartmung. Sie spricht auch von »Zwerchfellartmung«, gibt aber zu: »Daß es sich natürlich um keine reine Zwerchfellartmung handelt, daß die Rippenartmung immer mitgeht, ist aus jeder Atemkurve ersichtlich« (Fernau-Horn, 1969). Bei einer gesunden Vollartmung greifen demnach die verschiedenen Einzelbewegungen wechselseitig ineinander.

Bevor ich mich den praktischen Fragen der Atemlehre zuwende, möchte ich zunächst die inneren Zusammenhänge klären, indem ich auf die genannten Artmungstypen eingehe.

Bei der Brustartmung werden die oberen Rippen, die sich im Ruhezustand vom Rückgrat nach vorn zu absenken, zur waagerechten Lage vorgehoben: der Brustkorb weitet sich.

Die Flankenartmung bewirkt ein Auseinanderspreizen der unteren Rippenpaare. Sie wird oft nicht gesondert genannt, ist aber ein Teil der Vollartmung.

Der Zwerchfellartmung kommt die größte Bedeutung zu. Sie wird am stärksten vernachlässigt, obgleich das Zwerchfell der Hauptatemmuskel und bei ruhiger Artmung oft der einzige Inspirationsmuskel ist. Bei ihr beobachten wir nach Drach (1969) zwei Vorgänge:

1. Der Zwerchfellmuskel, der Boden der Bauchhöhle, gleicht einer bogenförmig nach oben gewölbten Kuppel und trennt Bauch- und Brusthöhle luftdicht voneinander ab. Bei der Einartmung spannt sich das Zwerchfell und flacht sich ab. Der Raum wird vergrößert, die Außenluft strömt ein.
2. Mit diesem Vorgang ist unlösbar ein zweiter verknüpft. Wölbt sich das Zwerchfell in Ruhestellung in den Brustraum hinein, haben die Eingeweide viel Platz. Senkt es sich bei der Einartmung, so werden von dem sich abflachenden Zwerchfell die Eingeweide nach unten und außen geschoben. Die Bauchdecke wird von ihrem

Druck beim Einatmen zu sichtbarer Auswölbung erhoben. Bei der Ausatmung sinken die Eingeweide wieder an ihren alten Platz; die ausgewölbte Bauchdecke sinkt dann entweder passiv wieder ein oder aber verstärkt die Ausatmung aktiv. Das kräftige Geflecht ihrer sich überkreuzenden Muskelbündel vermag nämlich durch seine Zusammenziehung einen Druck auf das Bauchinnere auszuüben (Stempeldruck der hydraulischen Presse), der sich auf das Zwerchfell überträgt. Der Körper setzt diese sogenannte Bauchpresse immer in Bewegung, wenn er etwas hinausbefördern will (Husten, Erbrechen, Stuhlentleerung, Geburt). Auch der Stotterer setzt sie ein, weil er glaubt, dadurch Sprache »loszuwerden«, und erreicht das Gegenteil.

Zwei Wege sind zur Atemschulung mit dem Ziel der auch unter Belastungsproben optimal geregelten Vollatmung möglich: eine bewußte Atemschulung und eine unbewußte Atemschulung. Die Meinungen, welche die erfolgreichere sei, gehen stark auseinander. Bei fachgerechter Durchführung führen beide zum Ziel.

Wenn Wängler (1966) in »Unkenntnis« einen der Hauptgründe für die Stimmnot unserer Tage sieht, so bezieht sich das in besonderem Maße auf die Vorgänge, die mit der Atmung zusammenhängen. Drach (1969) versucht hier aufklärend zu wirken: Normalerweise wird zu einem vollen, tiefen Atemzug Brust-, Flanken- und Zwerchfell-Bauchatmung vereinigt angewendet, wobei zumeist beide Bewegungen, Füllen und Leeren, sich jeweils zeitlich von unten nach oben fortpflanzen. Doch auch gleichzeitiges Arbeiten von Brust und Zwerchfell kommt als normal vor. Bei Männern pflegt oftmals die Zwerchfell-, bei Frauen die Flankenatmung stärker vorzuwiegen: Im großen und ganzen ist aber der Vorgang bei beiden Geschlechtern derselbe. Deshalb ist es sinnlos, von verschiedenen gegensätzlichen »Atemungsarten« oder gar »Atemmethoden« zu reden; es gibt nur verschiedene Teilvorgänge als Bestände des normalen Gesamtvorgangs.

Es gibt weder eine besondere »Atemkunst« noch eine besondere »Kunstatmung«; die Sache bleibt dieselbe, ob auf das Alltagssprechen, das Berufsreden oder den Kunstvortrag hingearbeitet wird, nur die jeweils gesteckten Ziele liegen stufenweise höher. Die Atmung beim Sprechen und Singen unterscheidet sich nur dadurch, daß man beim gesprochenen Vortrag durchschnittlich nicht so viel Atem zu nehmen braucht wie beim Gesungenen.

Jeder Mensch kann wieder zur Normalatmung, wie sie der einfache, voll ausgeführte Atemzug des Menschen widerspiegelt, zurückgeführt werden. Lediglich Herzkrankte, Blutarme und Menschen mit ehemaligen Tuberkelherden und Bauchschnittnarben müssen bei den ersten Tiefatemversuchen besondere Vorsicht anwenden, indem sie anfangs zwischen die Tiefatemzüge je einige gewohnte flache einfügen und in sehr kurzen Abschnitten üben.

Diese Ausführungen sollen rein informativen Charakter haben. In einem späteren Artikel werde ich praktische Hinweise für die Herstellung der Normalatmung darlegen und dabei aus der Sicht des Sprachheiltherapeuten auch die Koordinationsstörung des Stotterers berücksichtigen.

Literatur:

- Brankel, O.: Fehlatmung bei Sprachstörungen im besonderen bei Stotterern. Die Sprachheilarbeit 4 (1959) 3.
Drach, E.: Sprecherziehung. Verlag Moritz Diesterweg 1969, S. 8, 10.
Edel, H., und K. Knauth: Grundzüge der Atemtherapie. Verlag Theodor Steinkopf, Dresden 1969, S. 1, 28 und 29, 30, 172.
Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1969, S. 41, 155.
Fernau-Horn, H.: Rhythmus als therapeutischer Faktor bei Sprachgehemmten. Zeitschrift für Heilpädagogik 10/1959, S. 477.

- Feudel, E.: Rhythmisch-musikalische Erziehung. 3. erweiterte Auflage, Möseler Verlag, Wolfenbüttel 1956, S. 29.
- Fischer-Junghann, E.: Gesangs-Bildungslehre. Quelle und Meyer, Heidelberg 1964, S. 35.
- Fitz, O.: Schach dem Stottern. Lambertus-Verlag, Freiburg im Br. 1961, S. 18.
- Friese, A.: Der Musikunterricht in der Sprachheilschule als Therapiefach. Unveröffentlichte Examensarbeit. Wissenschaftliches Prüfungsamt für das Lehramt an Sonderschulen, Hannover 1970.
- Friese, A.: Symptombehandlung bei Sprachstörungen — aber wie? Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 6.
- Hey, J.: Der kleine Hey »Die Kunst des Sprechens«. B. Schott's Söhne, Mainz, S. 83.
- Kallmeyer, H.: Heilkraft durch Atem und Bewegung. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg 1970.
- Kofler, L.: Die Kunst des Atmens. Bärenreiter-Verlag, Kassel 1955, S. 25.
- Kürten, M.: Sprecherziehung. In: Standardwerk des Volksschullehrers: »Das dritte Schuljahr«, 3. Aufl. Verlag F. Kamp, Bochum, S. 249.
- Maletzki, E.: Die sprachtherapeutische Bedeutung des Musikunterrichts. Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V. 1955 in Hamburg, S. 32.
- Nitsche, P.: Die Pflege der Kinderstimme. Verlag Junge Musik, B. Schott's Söhne, Mainz 1954, S. 14, 17, 23, 29, 51, 116.
- Nitsche, P.: Die Pflege der Kinder- und Jugendstimme. I. Theoretischer Teil B 4, erweiterte Ausgabe, B. Schott's Söhne, Mainz 1969.
- Orthmann, W.: Atmungstypus. Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik, 1969, S. 155.
- Orthmann, W.: Sinn und Grenzen der Atmungstherapie. Zeitschrift für Heilpädagogik, 7/1966.
- Richter, E.: Therapiewerte in der Übungsbehandlung des Stotterns. Zeitschrift für Heilpädagogik, 11/1966, S. 632.
- Rösler, A., und G. Geissler: Die fröhliche Sprechschule. 5. Auflage, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg 1964.
- Roth, A.: Stimmbildung im Anfangsunterricht. Ehrenwirth Verlag, München.
- Schlaffhorst, C., und H. Andersen: Atmung und Stimme. Möseler Verlag, Wolfenbüttel 1950, S. 13.
- Stampa, A.: Atem, Sprache und Gesang. Bärenreiter Verlag, Kassel 1956, S. 50, 51, 116.
- Stampa, A.: Atem und Gesang. In Zeitschrift »Atem und Mensch«, 1/1960.
- Sydow, K.: Wege elementarer Musikerziehung. 3. Aufl. Bärenreiter-Verlag, Kassel 1967.
- Wängler, H.-H.: Leitfaden der pädagogischen Stimmbehandlung. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 2. Aufl. Berlin 1966, S. 69, 71.
- Weinert, H.: Die Bekämpfung von Sprechfehlern. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1966, S. 15.
- Wolf, E., und E. Aderhold: Sprecherzieherisches Übungsbuch, 2. Aufl. Henschel-Verlag, Berlin 1962, S. 19.
- Wolfs, H.: Stimmhygiene, Stimpflege und Stimmschulung im Gesangsunterricht. Bericht über die 2. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1956 in Hamburg.
- Wulff, J.: Anregungen zur Stottererbehandlung. Übungsblätter zur Sprachbehandlung, 16. Folge. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
- Wulff, J.: Für die Beseitigung von Stimmbildungsfehlern und die Erziehung zur gesunden und mühelosen Stimmgebung. Übungsblätter zur Sprachbehandlung, 14. Folge. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
- Anschrift der Verfasserin: Annemarie Friese, Sonderschullehrerin, 3 Hannover, Lutherstraße 55.

Beilagenhinweis:

Der heutigen Auflage unserer Zeitschrift liegen Prospekte folgender Verlage bei: Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Neckar-Verlag, Villingen, Wartenberg & Söhne, Hamburg.

Schwierigkeiten bei der Definition und Diagnose »Geistiger Behinderung«

Ergebnisse aus der sprachheilpädagogischen Arbeit mit geistig behinderten Kindern

Vorbemerkung

Die vorliegende Untersuchung berichtet über Aspekte aus der Arbeit als Sprachheilpädagoge in einem Kindergarten der ›Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.‹. Geistig behinderte Kinder werden vornehmlich in Einrichtungen der ›Lebenshilfe‹ oder in anderen Trägerschaften des privaten und sozialen Rechts betreut. Aus administrativen Gründen können beamtete Sonderpädagogen dort nicht hauptamtlich eingesetzt werden. So muß die dringend notwendige Sprachheilarbeit für geistig behinderte Kinder vornehmlich von Logopädinnen und nebenberuflich tätigen Sprachheillehrern durchgeführt werden. Die begrenzte Zeit eines ambulant arbeitenden Sprachheilpädagogen engt die diagnostische Arbeit mit Rücksicht auf therapeutische Maßnahmen ein. Der Sprachheilpädagoge erwartet, daß die in den Personalakten der Kinder abgelegten medizinischen und psychologischen Gutachten seiner Arbeit zugrunde gelegt werden können. In der Praxis zeigt es sich, daß diese Gutachten den erwarteten Ansprüchen nur bedingt gerecht werden. Bei der im folgenden angeführten Untersuchungsgruppe wird davon ausgegangen, daß diese Gruppe keineswegs eine Sonderstellung einnimmt. Die ausgewerteten medizinischen Gutachten stammen von verschiedenen Personen und Institutionen. Ausgewertet wurde lediglich der jeweils bekannte Befund.

1. Zur Definition »geistige Behinderung«

Zur Klassifizierung eines begrenzten Teils unserer Mitbürger, der etwa 0,6% der Bevölkerung ausmacht, hat sich heute der Begriff »geistig behindert« durchgesetzt. Der Arbeit der Eltern-Initiative ›Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind‹, die mit dieser Bezeichnung Begriffe wie »schwachsinnig«, »idiotisch«, »imbezill« u. a. ersetzte, ist es in erster Linie zu danken, daß sich das Problembewußtsein der Bevölkerung zum geistig Behinderten in einer positiven Veränderung befindet. Doch wenn man in der Bundesrepublik z. B. in einer Meinungsumfrage um eine Definition des Begriffs »geistig behindert« bitten würde, kämen mit Sicherheit äußerst abweichende Vorstellungen zutage.

An dieser Stelle seien zwei Definitionen angeführt, die von kompetenter Stelle gegeben werden. Die ›Bundesvereinigung Lebenshilfe (o. J.)‹ führt aus: »Geistig Behinderte sind Menschen, die durch eine Schädigung des Gehirns vor, während oder nach der Geburt in ihrer geistig-seelischen Entwicklung beeinträchtigt sind. Sie können ihr Leben nicht selbständig führen, sondern sind auf Förderung und vielfältige Hilfe anderer angewiesen.« Der ›Deutsche Bildungsrat‹ (1974, S. 37) gibt folgende Definition: »Als geistig behindert gilt, wer infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, daß er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und der motorischen Entwicklung einher.« In beiden Definitionen werden die wichtigen Komplexe der Ursachen und Folgen erwähnt. Als Folge der geistigen Behinderung wird in beiden Fällen die Hilflosigkeit, das lebenslange Angewiesensein auf die Hilfe anderer zum Maßstab gemacht. Diese Statusbeschreibung ist augenscheinlich und auch dem Laien

leicht einsichtig zu machen. Große Schwierigkeiten bereitet dagegen die Beschreibung der Ursachen. Als Ursache der geistigen Behinderung wird von der »Lebenshilfe« eine »Schädigung des Gehirns«, vom »Bildungsrat« eine »organisch-genetische oder anderweitige Schädigung« genannt.

1.1 Die Bestimmung der Ursachen geistiger Behinderung

Das Forschen nach den Ursachen geistiger Behinderung wird sowohl im allgemeinen wie auch in jedem Einzelfall von der Medizin als ein vornehmlich dieser Wissenschaft zukommendes Arbeitsfeld in Anspruch genommen. So verwundert es nicht, wenn in einer Veröffentlichung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »Hilfe für geistig behinderte Kinder« mit einer Ausnahme nur Mediziner zu Wort kommen. Selbst das Thema »Die Stellung des Behinderten in der Gesellschaft« wird nicht von einem Soziologen, sondern von einem Mediziner behandelt. In bezug auf die Diagnose geistiger Behinderung stellt STÖCKMANN (o. J., S. 2—4) folgende Forderung: »Jede ärztliche Behandlung, jede Anwendung ärztlicher Hilfen bei geistig Behinderten setzt die Untersuchung und die Stellung einer Diagnose voraus. Hierzu gehört die Forschung nach den Ursachen der Krankheit oder gesundheitlichen Beeinträchtigung. Vor allem müssen aber die körperlichen, neurologischen und geistig-seelischen Störungen sowie deren Grad und Ausprägung beim Behinderten erforscht werden.« Für die Diagnose der »geistig-seelischen Verfassung« rät Stöckmann zur Zusammenarbeit mit Psychologen, Heilpädagogen und Sozialarbeitern. Aus medizinischer Sicht wird geistige Behinderung häufig wie eine Krankheit beschrieben. Die Ursachen werden in angeborenen Defekten gesucht.

1.1.2 Endogene oder exogene Verursachung

Der Begriff »angeboren« ist nicht mit »vererbt« gleichzusetzen (HARBAUER, o. J., S. 13). Er besagt lediglich, daß ein bestimmtes Symptom bei der Geburt vorhanden gewesen ist. Trotz dieser Feststellung werden die Ursachen für geistige Behinderung oft in endogene und exogene Faktoren gegliedert. Neuere Forschungen zeigen, daß es sich dabei um ein mechanistisches Denkmodell handelt. Was von einem Forscher als endogene Ursache dargestellt wird, kann von einem anderen als exogener Faktor angesehen werden. Wenn z. B. bestimmte Stoffwechselstörungen von der einen Seite als eine Erbkrankheit angesehen werden, so kann man dagegen einwenden, daß es sich ebenso um eine durch ungünstige Umwelteinwirkungen verursachte angeborene Schädigung handelt. Beim heutigen Stand der Wissenschaft kann wahrscheinlich keine Seite schlüssige Beweise für ihre Theorie vorbringen. In diesem Sinne ist das rigide Beharren auf die Einteilung endogen — exogen mehr Ideologie als Wissenschaft. Wie wenig die Ursachen für geistige Behinderung uns heute bekannt sind, wird aus der folgenden Statistik deutlich. LENZ (1969, S. 53) führt in seiner Studie über die genetischen und körperlichen Ursachen der geistigen Behinderung eine Tabelle von Åkesson an:

Tab. 1: Schwachsinn (nach Åkesson)

Exogen (5 Geburtstrauma, 2 Infektion)	7
Unbekannt	123
Mongolismus	2
Phenylketonurie	0
X-Chromosomenaberration	0

Bei 132 Kindern mußte in 123 Fällen die Diagnose »unbekannt« für die Ursache der geistigen Behinderung gestellt werden, das sind 93,18 %. Welche Untersuchungsgruppe hier vorlag, wird nicht berichtet.

2. Vergleich der medizinischen Diagnosen aus zwei Populationen

Das Problem der Diagnostizierung geistiger Behinderung soll im folgenden an zwei Untersuchungen dargestellt werden, für die genaue Daten vorliegen. Zum einen wird die Population aus der Untersuchung ATZESBERGER (1971) ausgewertet, für die im Anhang von »Sprachaufbauhilfe bei geistig behinderten Kindern« die Diagnosebefunde angegeben sind. Diesen Daten wird Zahlenmaterial aus eigener Erhebung gegenübergestellt. Die eigenen Erhebungen wurden im Zusammenhang mit der Sprachheilarbeit in einem Kindergarten der »Lebenshilfe« erarbeitet. Den an dieser Einrichtung tätigen Mitarbeitern darf an dieser Stelle für die freundliche Zusammenarbeit gedankt werden.

2.1 Diagnosebefunde in der Untersuchung Atzesberger

Atzesberger gibt in seinen ausführlichen Fallskizzen für 31 Kinder die medizinischen Befunde an. Es bietet sich an, diese Angaben in zwei unterschiedlichen Gruppen zusammenzufassen. Die erste Gruppe wird von eindeutigen Diagnosen gebildet, bei der zweiten Gruppe handelt es sich um solche Diagnosen, die von Atzesberger mit dem Zuwort »wahrscheinlich«, »möglich« und »vermutlich« gekennzeichnet werden. Die erste Gruppe wird in der folgenden Tabelle unter der Rubrik »Eindeutige Diagnose«, die zweite Gruppe unter der Rubrik »Unklare Angaben« zusammengefaßt.

Tab. 2: Ursachen der geistigen Behinderung in der Untersuchung Atzesberger (N = 31)

Eindeutige Diagnose	N	%
Mongolismus	12	38,70
Hirnhautentzündung	3	9,67
Cerebrallähmung	2	6,45
frühkindlicher Hirnschaden (Eklampsie)	1	3,22
Zwischensumme	18	58,04
<u>Unklare Angaben</u>		
wahrscheinlich frühkindlicher Hirnschaden	5	16,12
wahrscheinlich Hirnschaden	1	3,22
wahrscheinlich vorgeburtlicher Hirnschaden	1	3,22
möglich frühkindlicher Hirnschaden	2	6,45
möglich Geburtsschädigung	1	3,22
vermutlich frühkindlicher Hirnschaden	2	6,45
vermutlich vorgeburtlicher Hirnschaden	1	3,22
Zwischensumme	13	41,90
Summe	31	100

2.2 Diagnosebefunde in der eigenen Untersuchung

Die eigene Untersuchungsgruppe besteht aus 34 Kindern. Als Termin für die Datenfixierung wurde der April 1974 festgelegt. Alle Kinder sind einer medizinischen Diagnose unterzogen worden, über deren Ergebnis Gutachten angefertigt wurden. In fünf Fällen wurde lediglich der Befund »geistig behindert« erhoben. Bei genauer Analyse der Gutachten wurde ersichtlich, daß die Einteilung »eindeutig« und »unklar« in bezug auf die eigene Untersuchungsgruppe keineswegs immer stichhaltig ist. So muß z. B. die Diagnose Epilepsie als Ursache für geistige Behinderung nicht unbedingt als eindeutig betrachtet werden, doch soll der Vergleichbarkeit der Daten wegen das obige Grobschema auch in der eigenen Untersuchung Anwendung finden.

Tab. 3: Ursachen der geistigen Behinderung in der eigenen Untersuchung (N = 34)

Eindeutige Diagnose	N	%
Down-Syndrom	12	35,30
Epilepsie	5	14,70
Hydrocephalus internus	1	2,94
vorgeburtlicher Hirnschaden (Röteln)	1	2,94
Zwischensumme		19
		55,88
<u>Unklare Angaben</u>		
vorgeburtlicher Hirnschaden	1	2,94
hochgradiger Schwachsinn	1	2,94
Retardierung	2	5,88
frühkindlicher Hirnschaden	1	2,94
Herzfehler, Klumpfuß	1	2,94
Geburtsschaden, Klumpfuß	1	2,94
Retardierung, Anfallsleidenverdacht	1	2,94
Cerebralschaden unklarer Genese	1	2,94
Debilität ungenauer Genese	1	2,94
geistig behindert (ohne Angaben)	5	14,70
Zwischensumme		15
		44,10
Summe		34
		100

2.3 Vergleich der Untersuchungen und Folgerung

In den Grobdaten zeigen beide Untersuchungen eine gute Übereinstimmung. In beiden Gruppen leidet etwa ein Drittel der Kinder unter Down-Syndrom. Eine eindeutige Diagnose wird für 55,88 % bzw. für 58,04 % (Atzesberger) der Kinder gestellt. Die Angaben für 44,10 % bzw. für 41,90 % der Kinder sind nicht eindeutig. Die Angaben geben hier eher Vermutungen wieder, die einen unterschiedlich hohen Wahrscheinlichkeitsgrad besitzen. Eindeutig richtig bleibt jedoch auch für diese Kinder die Diagnose »geistig behindert«. Über die Ursache der Behinderung ist damit nichts ausgesagt. In dieser Hinsicht sind die oben angegebenen Zahlen von Åkesson interessant, der für seine Gruppe in über 90 % der Fälle die Ursachen für geistige Behinderung als unbekannt erachtet.

3. Die psychologische Diagnostizierung geistiger Behinderung

3.1 Begrenzte Anwendbarkeit der TBGB aus formalen Gründen, aufgezeigt an der Population Atzesberger und der eigenen Population

Neben der medizinischen Diagnose ist für die individuelle Förderung des geistig behinderten Kindes die pädagogisch-psychologische Diagnose, die Aussagen über den momentanen Entwicklungsstand sowie über die Zone der nächsten Entwicklungsmöglichkeit macht, von großer Wichtigkeit. Diese Überprüfung fällt in den Arbeitsbereich der Psychologie. Die Überprüfung mittels standardisierter Verfahren wird von Diplom-Psychologen oder Diplom-Pädagogen durchgeführt. Für geistig behinderte Kinder hat sich insbesondere die »Testbatterie für geistig behinderte Kinder« (TBGB) bewährt.

Die Durchführungszeit beträgt für die TBGB ohne Auswertung zwischen 2 und 2½ Stunden. Welches Hindernis der Zeit- und Materialaufwand stellt, soll hier jedoch nicht diskutiert werden. Die Begrenzung der Testeichung für 7- bis 13jährige geistig behinderte Kinder stellt eine viel augenscheinlichere Schwierigkeit dar: Nur ein begrenzter Teil der Kinder entspricht den Eichungskriterien. Welche Auswirkung

gen das in der Praxis hat, kann an der Population der Untersuchung Atzesberger und der eigenen Untersuchung demonstriert werden. Für beide Populationen werden die Tabellen der Altersverteilung aufgeführt, aus denen ersichtlich wird, wie viele Kinder jeweils zwischen 7 und 13 Jahre alt sind.

Tab. 4: Altersverteilung
in der Untersuchung
Atzesberger
Stand: keine Angaben
(veröffentlicht: 1967)

Altersgrenzen	Kind	Alter
unter 7 Jahren	1	3;8
	2	4;5
	3	5;7
7 bis 13 Jahre	4	7;6
	5	8;1
	6	8;4
	7	8;5
	8	8;6
	9	8;7
	10	8;8
	11	8;11
	12	9;2
	13	9;3
	14	9;4
	15	9;5
	16	9;6
	17	9;6
18	10;7	
19	10;9	
20	11;0	
21	11;1	
22	11;3	
23	11;5	
24	12;0	
25	12;2	
26	12;10	
über 13 Jahre	27	13;2
	28	14;1
	29	15;6
	30	15;9
	31	16;3

3;8 bis 16;3 J. $N = 31$ $\bar{x} = 10;2$

Tab. 5: Altersverteilung
in der eigenen Untersuchung
Stand: 1. April 1974

Altersgrenzen	Kind	Alter
unter 7 Jahren	1	4;6
	2	5;2
	3	6;1
	4	6;2
	5	6;6
	6	6;8
	7	6;10
	8	6;10
	9	6;11
7 bis 13 Jahre	10	7;0
	11	7;1
	12	7;4
	13	7;10
	14	8;2
	15	8;2
	16	8;6
	17	8;7
	18	8;9
	19	8;9
	20	8;10
	21	9;0
	22	9;1
	23	9;1
	24	9;3
25	9;3	
26	9;5	
27	9;6	
28	9;7	
29	9;10	
30	16;3	
31	10;5	
32	10;6	
33	12;8	
34	12;9	

4;6 bis 12;9 J. $N = 34$ $\bar{x} = 8;0$

In der Untersuchung Atzesberger waren 8 Kinder von 31 jünger als 7 oder älter als 13 Jahre. Das sind 25,80%. In der eigenen Untersuchung sind 9 Kinder von 34 jünger als 7 Jahre. Das sind 26,29%. Beide Untersuchungen stimmen darin überein, daß ein Viertel der Kinder aus Altersgründen nicht den Normen der TBGB entspricht. Auch bei einer großzügigeren Auslegung der Altersgrenzen verbliebe noch

ein Teil der Kinder außerhalb des Normenbereichs. Es lassen sich selbstverständlich andere Tests verwenden, die jedoch nicht die differenzierte Profilbeschreibung der TBGB ersetzen. Zum anderen gibt es kaum standardisierte Testverfahren, die für sehr junge Kinder geeicht sind. Die Forderung an die Psychologie muß also lauten: Es müssen Testverfahren entwickelt werden, die die Überprüfung aller geistig behinderten Kinder ermöglichen. An diese vorerst formale Forderung schließt sich eine inhaltliche Kritik an den gebräuchlichen psychometrischen Verfahren an.

3.2 Begrenzte Anwendbarkeit psychologischer Testverfahren aus inhaltlichen Gründen

Bei der Standardisierung und Herausgabe eines psychologischen Tests für geistig Behinderte muß der Begriff »geistig behindert« als Sammelbegriff für eine relativ homogene Gruppe gesetzt werden. Daß es diese homogene Gruppe nicht gibt, ist durchaus bekannt. SPECK (1972, S. 91) hält die Individualisierung in der Sondererziehung für besonders schwierig, »da die Unterschiedlichkeit der Erscheinungsformen geistiger Behinderung sehr groß ist«. EGGERT (1970, S. 38/39) unterscheidet die drei Subgruppen Mongoloide, Hirnorganiker (prä-, peri- und postnatale Schädigungen) und Kryptogene (ungeklärte Ursache). Er kommt sogar zu dem Ergebnis, daß die TBGB diese Gruppen ausreichend differenziert: »Ohne irgendwelche weitere anamnestische Information ist eine Zuordnung allein an Hand der Testresultate zu einer Ätiologiegruppe möglich« (a. a. O., S. 79).

Man kann jedoch keineswegs davon ausgehen, daß geistig behinderte Kinder innerhalb einer Subgruppe ein konsistentes Verhaltensmuster zeigen. So ist es eine zwar verbreitete, doch völlig falsche Vorstellung, daß Kinder mit Down-Syndrom immer ein relativ ähnliches Verhalten aufweisen, das oftmals als erethisch, euphorisch, gutmütig oder freundlich beschrieben wird. WILKEN (1973, S. 18) berichtet, daß sie bei diesen Kindern auch einige mit »ausgeprägten Formen von Selbst- oder Fremd-aggression« beobachtet habe. In der eigenen Untersuchungsgruppe waren von 12 Kindern mit Down-Syndrom 2 Kinder in ihrem Verhalten derart gestört, daß sie nicht imstande waren, sich einer Überprüfung mittels eines standardisierten Tests zu unterziehen. Für die Gesamtgruppe nimmt dieser Tatbestand extremere Formen an: Für 10 Kinder von 34 ergab es sich, daß die Anwendung der TBGB aus verhaltenspsychologischen Gründen nicht möglich war. Das sind 29,41 % der Kinder. Bei 4 Kindern überwog jedoch der Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung die Gewichtigkeit der Verhaltenskomponente. Dennoch muß gesagt werden, daß bei der Zusammenstellung des Testmaterials die verhaltenspsychologischen Besonderheiten vieler geistig behinderter Kinder keine Berücksichtigung finden.

3.3 Fallskizzen

An den folgenden beiden Fallskizzen soll die begrenzte Anwendbarkeit psychometrischer Verfahren verdeutlicht werden. Die dritte Fallskizze soll dagegen die Vorzüge der TBGB herausstellen.

Fall 1: Junge, 9;6. Es handelt sich um ein Kind mit Down-Syndrom. Der Junge hat erhebliches Übergewicht und wirkt plump und schwerfällig. Häufig liegt er grollend in einer Ecke und sitzt im Schneidersitz schweigend auf einem Stuhl. Nach mehreren vergeblichen Versuchen gelingt es eines Tages, ihn zu einem Überprüfungsversuch zu überreden. Auf einleitende Fragen nach seinem Namen usw. gibt er keine Antwort. Er spielt mit seinen Fingern und zerrt an einem Luftballon. Als ihm die erste Bildkarte vorgelegt wird, gibt er die richtige Antwort »Ball«. Nach Vorlage des zweiten Bildes antwortet er nicht mehr. Vielmehr entreißt er dem Prüfer eine Mappe und weigert sich, sie zurückzugeben. Von seiner persönlichen Betreuerin dagegen läßt er sich zur Rückgabe überreden. Weitere Versuche einer Überprüfung in den nächsten Monaten

scheitern ebenfalls. Eine Überprüfung mittels der TBGB ist völlig unmöglich. Die Betreuerin attestiert dem Jungen jedoch ein gewisses Maß an Intelligenz. Alle Beurteilungen über das Leistungsvermögen des Kindes müssen auf subjektiven Beobachtungen basieren.

Fall 2: Mädchen, 8;11. Der medizinische Befund ist eindeutig: Wegen Röteln der Mutter während der Schwangerschaft erlitt das Kind einen vorgeburtlichen Hirnschaden, der mit Seh- und Hörstörungen sowie mit einer leichten Spastik verbunden ist. Versuche, mit dem Kind sprachlichen Kontakt aufzunehmen, mißlingen, da das Kind nicht auf Rufen seines Namens oder andere Lautäußerungen reagiert. Berührungskontakt mit den Händen wird nur für wenige Sekunden erwidert. Das Kind empfindet solche Versuche offensichtlich als unangenehmen Zwang. Dagegen wird anderer Bewegungskontakt (Ziehen auf einem Schlitten; Rollen auf einem Sprungtuch) mit hellen Jauchztönen freudig quittiert. Es handelt sich offensichtlich um ein autistisches Kind. Das medizinische Gutachten hatte darüber keine Aussage gemacht. Die üblichen psychologischen Testverfahren können nicht zur Anwendung kommen, da sie für solche Fälle nicht vorgesehen sind. Über die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes können keine Angaben gemacht werden.

Fall 3: Mädchen, 7;2. Der medizinische Befund gibt an: Geburtsschaden (Krampf), Klumpfuß, geistige Behinderung. Bei der Überprüfung mittels eines Bildertests, der aus 24 Bildkarten besteht, spricht das Kind zwei Teilwörter: »Ba« (Ball) und »Pu« (Puppe). Das Kind verfügt über eine gute Gestik und befolgt gegebene Anweisungen richtig, ist jedoch motorisch etwas ungeschickt. Bei der Intelligenzüberprüfung mit dem Untertest CMM aus der TBGB erreicht es einen T-Wert von 56, bei der Überprüfung des passiven Wortschatzes mittels des Untertests PPVT aus der TBGB erreicht es einen T-Wert von 62. Dieser relativ hohe passive Wortschatz steht im Gegensatz zu der annähernden Sprachlosigkeit des Mädchens. Die Ergebnisse der TBGB berechtigen zu der Aussage, daß es sich um ein mutistisches geistig behindertes Kind handelt. Dieser Verdacht wird durch die Familienanamnese erhärtet. Die bisherigen Befunde über das Kind hatten dieses für die pädagogisch-therapeutische Arbeit äußerst wichtige Moment außer acht gelassen.

3.4 Folgerungen

In der eigenen Untersuchung entsprachen 26,29 % der Kinder nicht den Altersnormen der TBGB. Da mehrere Kinder der Altersgrenze von 7 Jahren sehr nahe kommen, verringert sich diese Zahl erheblich. 29,41 % der Kinder konnten aus verhaltenspsychologischen oder behinderungsspezifischen Gründen nicht überprüft werden. Einige Kinder unterliegen gleichzeitig beiden Einschränkungen, so daß sich die Zahlen nicht einfach addieren lassen. In der eigenen Untersuchung konnte aus den angegebenen Gründen über ein Drittel der Kinder nicht mit einem standardisierten Testverfahren wie der TBGB überprüft werden. (Der große Vorzug dieses Verfahrens wurde in der Fallskizze 3 hervorgehoben.) Es muß verwundern, wenn von Populationen geistig behinderter Kinder aus einer Einrichtung berichtet wird, die sämtlich dem gleichen Testverfahren unterzogen worden sein sollen. Das kann zwei Gründe haben: Entweder verfügt solch eine Einrichtung über eine relativ homogene Gruppe geistig behinderter Kinder, was impliziert, daß bestimmte Kinder nicht aufgenommen worden sind. Oder — was hier nicht unterstellt werden soll — die Testanwendung entsprach nicht den Kriterien der Objektivität. Es verbleibt die Forderung, die Arbeit an standardisierten Überprüfungsverfahren für geistig Behinderte zu intensivieren.

4. Die sprachheilpädagogische Überprüfung geistig behinderter Kinder

Etwa 80 % aller geistig behinderten Kinder leiden auch unter Sprachstörungen (Speck, 1972, S. 99). Für normal entwickelte Kinder liegt eine Reihe von Prüfver-

fahren vor, die es dem Sprachtherapeuten ermöglichen, Sprachstörungen zu diagnostizieren und deren Schweregrad zu beschreiben. Für den mit normal begabten oder lernbehinderten Kindern arbeitenden Sprachheillehrer bedeuten die weitverbreiteten Lautserien, Lauttreppen, phonetischen Bilder- und Wortserien, Bildwortserien zur auditiven Diskrimination, Protokollbogen für Stammer, Dysgrammatiker, Näslar, Stotterer, Polterer u. a. eine unentbehrliche Hilfe. Dabei soll die Frage der statistischen Gültigkeit dieser Verfahren außer acht gelassen werden. (KNURA, 1973, S. 136, weist darauf hin, daß »unser derzeitiges Angebot an standardisierten Prüfverfahren zur objektiven Ermittlung des Sprachentwicklungsstandes in allen Dimensionen noch unzureichend ist...«.) Diagnosematerialien wie auch Beschreibungskriterien, die sich im allgemeinen als brauchbar und nützlich erwiesen haben, können bei geistig behinderten Kindern nur sehr bedingt zur Anwendung kommen.

4.1 Fallskizze

Um die letzte Aussage zu verdeutlichen und sie dann zu vertiefen, soll eine Fallskizze an den Anfang gestellt werden.

Fall 4: Junge, 7;4. Im medizinischen Gutachten wird ein Cerebralschaden mit Retardierung festgestellt. Hinzu komme eine Sprachstörung. Die Anamnese ergibt, daß der Junge von den Eltern sehr besorgt bis verzärtelt behandelt wird. Die Mutter sieht nicht in einer geistigen Behinderung, sondern in der Sprachstörung die primäre Behinderung ihres Kindes. Bei der Überprüfung macht das Kind einen freundlichen, doch unkonzentrierten Eindruck, der weder sach- noch personenbezogen ist. Der Junge redet unablässig in einer unverständlichen Stammelsprache: »ajabimbijaja«, »jabimbijaja«. Bei der Vorlage von 28 Bildkarten wird kein Begriff verständlich artikuliert. Beispiele: Apfel = »bimbieia«, Schiff = »ischdeia«, Ball = »pif«, Vogel = »oho«. Im Gegensatz dazu werden 14 Begriffe richtig gezeigt. Die Diagnose nach den üblichen Klassifikationen könnte heißen: generelles Stammeln. Doch würde man mit solch einer Diagnose offensichtlich mehr verschleiern als aufhellen.

4.2 Begrenzte Anwendbarkeit sprachlicher Prüfverfahren

Aus der Fallskizze 4 wird deutlich, daß bei diesem geistig behinderten Kind, das eindeutig auch stammelt, die Überprüfung mit einem üblichen Überprüfungsbogen für Stammer keinerlei verwertbare Informationen bringen würde. Ähnlich verhält es sich bei einer Anzahl anderer Sprachstörungen. So leiden einige geistig behinderte Kinder unter Dysgrammatismus. Die Protokollfragen, die in den üblichen Überprüfungsbogen für Dysgrammatiker gestellt werden, sind für diese Kinder zu schwer.

Da keine anderen Materialien erhältlich sind, muß der Sprachtherapeut eigene Untersuchungsbogen entwickeln. Die Einschränkungen aus verhaltenspsychologischer Sicht, die oben beschrieben wurden, gelten natürlich ebenso bei der sprachlichen Diagnose.

Verdeutlicht kann das bei der Anwendung der PPVT aus der TBGB werden. Dieser vom Kind aus sprachfreie Test bedeutet nicht nur für den Psychologen, sondern auch für den Sprachtherapeuten eine wichtige Hilfe. Nicht selten wird der wahre Sprachstatus von Kindern mit ungenügender Ausdrucksmöglichkeit verkannt (Fallskizze 3). Doch läßt sich auch der PPVT nur begrenzt einsetzen. Kindern, die kontaktgestört sind, die keiner ungewöhnlichen Aufgabenstellung nachkommen können, wird auch dieser Test nicht gerecht. (So zeigte z. B. ein epileptisches geistig behindertes Kind, das gar nicht sprachbehindert ist, immer auf alle vier zur Auswahl stehenden Bilder. Alle möglichen Hinweise, nur das erfragte Bild zu zeigen, fruchteten nichts.) Dem Sprachtherapeuten verbleibt mangels vorgegebener Mittel nur die Aufgabe, eigene Beschreibungskriterien zu erfinden.

4.3 Zusammenfassung und Folgerung

Außer dem PPVT liegen für die Sprachüberprüfung geistig behinderter Kinder keine standardisierten Verfahren vor. Doch selbst mit diesem Verfahren läßt sich ein beträchtlicher Teil der Kinder aus den oben genannten formalen und verhaltens-theoretischen Gründen nicht objektiv überprüfen. Erschwerend kommt hinzu, daß die im allgemeinen eindeutigen Begriffe für die verschiedenartigen Sprachstörungen bei geistig Behinderten an Eindeutigkeit verlieren. Die Diagnose Stammeln z. B. kann bei normal entwickelten und geistig behinderten Kindern zu unterschiedlichen Definitionen führen. Zu fordern ist somit die Erstellung von sprachlichen Prüfverfahren für geistig Behinderte. Diese Verfahren sollten sich an schon bestehende Verfahren — wie etwa Bildwortserien — anlehnen, jedoch eine weitere Differenzierung erfahren. Das würde die Arbeit der ambulant tätigen Sprachheillehrer erleichtern und zu einer größeren Objektivität der Diagnosebefunde beitragen.

5. Schluß

Mit den Ergebnissen der angeführten Untersuchungen sollten die Schwierigkeiten bei der Diagnose geistiger Behinderung nachgewiesen werden. Implizit sollte dabei auch verdeutlicht werden, daß der Begriff »geistig behindert« undeutlich bleibt, weil damit gleichzeitig ätiologische, phänomenologische, psycho-soziale und nicht zuletzt organisatorische Momente tangiert werden. Obwohl die Medizin hervorragende Ergebnisse insbesondere in der Gen-Forschung aufweisen kann, lassen sich Ursachen für geistige Behinderung nur zu einem Bruchteil erklären. Dagegen ist es oft leicht, einem Kind den Status eines geistig Behinderten eines bestimmten Merkmalstyps zuzuteilen. Selbst ungeschulte Laien können sehen, wenn ein Kind unter Down-Syndrom leidet. Wie leicht jedoch auch Experten bei einer bloßen Statusbeschreibung irren können, kann historisch am Beispiel des taubblind geborenen Kindes erhellt werden, das man lange Zeit für idiotisch hielt. Heute werden diese Kinder mit gutem Erfolg in Spezialeinrichtungen gefördert. Bei nicht geförderten autistischen Kindern wird oft lediglich die Diagnose »geistig behindert« gestellt. Diese Bezeichnung ist völlig unzureichend.

Wie solche Kinder in Spezialeinrichtungen durch Intensivtraining gefördert werden können, berichten u. a. OTT/GOTTWALD (1973, S. 219—234) aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Hier spielen bei der Beschreibung der Behinderung des Kindes die psycho-sozialen Faktoren eine wichtigere Rolle als die unbekannte Ätiologie. Was für die autistischen Kinder gilt, trifft mit Wahrscheinlichkeit auch auf eine andere Anzahl geistig behinderter Kinder noch ungeklärter Genese zu. So muß der neutrale Sammelbegriff »geistig behindert« zum Behelf für die Organisation gesellschaftlicher Institutionen werden. Der Begriff bedeutet dann nicht mehr eine eindeutige Klassifikation, sondern eine negative Abgrenzung. Von der »Bundesvereinigung Lebenshilfe« (1972, S. 1) wird das durchaus realistisch gesehen, wenn sie wie folgt definiert: »Kinder bezeichnen wir demnach als geistig behindert, wenn sie sich seelisch-geistig nicht altersgemäß entwickelt haben und dadurch beispielsweise in einem Kindergarten für gesunde Kinder nicht gefördert werden können. Wegen ihrer geistigen Behinderung können sie das Erziehungsziel der Volksschule oder der Sonderschule für Lernbehinderte nicht erreichen.«

Bei dieser Art von negativer Abgrenzung muß auch die immanente Gefahr gesehen werden. So kann etwa die Sonderschule für Lernbehinderte ein Kind aus irgendwelchen Gründen als sonderschulunfähig erklären. Dadurch gehört dieses Kind zu den geistig Behinderten. Ebenso kann der Facharzt bei einem Kind das Erscheinungsbild geistiger Behinderung diagnostizieren. Das gibt der Administration das Recht,

ohne weitere Nachforschungen das Kind von der Schulpflicht zu befreien und als »bildungsunfähig« zu deklarieren. Alle diese Kinder sammeln sich ohne Beachtung ihrer spezifischen Behinderung in den Einrichtungen für geistig Behinderte. (Falls solche Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen — was nicht selten ist —, fristen sie ein Dasein im Elternhaus.) Diese Kinder bilden keine größere Homogenität als die Gruppe der sogenannten »Nicht«-Behinderten.

Literatur:

- Atzesberger, M.: Sprachaufbauhilfe bei geistig behinderten Kindern, Berlin 2/1971.
Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte. In: Bundesarbeitsgemeinschaft »Hilfe für Behinderte« (Broschüre), o. O., o. J.
Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte: Merkblatt über Hilfsmöglichkeiten, Bonn - Bad Godesberg 1972.
Deutscher Bildungsrat: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Stuttgart 1974.
Eggert, D.: Tests für geistig Behinderte, Weinheim 2/1970.
Harbauer, H.: Ursachen angeborener Behinderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Hilfe für das geistig behinderte Kind, Köln o. J.
Knura, Gerda: Sprachstörung als Lernstörung — Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder. In: Die Sprachheilarbeit, 18 (1973), S. 129—138.
Lenz, W.: Genetische Ursachen körperlicher und geistiger Behinderung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft »Hilfe für Behinderte« (Hrsg.): Der behinderte Mensch und die Eugenik, Neuburgweier/Karlsruhe 1969.
Ott, H. / Gottwald, P.: Generalisierte Imitation und Sprachtherapie bei einem autistischen Kind. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. I (1973), S. 219—234.
Speck, O.: Der geistig behinderte Mensch und seine Erziehung, München 2/1972.
Stöckmann, F.: Ärztliche Hilfen für das geistig behinderte Kind. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Hilfe für das geistig behinderte Kind, Köln o. J.
»Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB)« von Bondy/Cohen/Eggert/Lüer, Weinheim 2/1971.
Wilken, Edda: Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom, Berlin 1973.
Anschrift des Verfassers: Arnold Grunwald, Sprachheillehrer, 314 Lüneburg/Oedeme, Heidbergstraße 2.

INSELSPITAL - Universitätsklinik - BERN-SCHWEIZ

Für unsere Hör-, Stimm- und Sprachabteilung suchen wir zum 1. Januar 1975 oder nach Übereinkunft eine

Logopädin

zur Abklärung und Behandlung von Sprachgebrechen jeder Art.

Geboten werden zeitgemäße Anstellungsbedingungen, u. a. eine fortschrittliche Besoldung (13. Monatsgehalt, Teuerungszulage), eine geregelte Arbeitszeit und 5-Tage-Woche sowie sehr gute Sozialleistungen (Kranken- und Unfallversicherung); Wohnmöglichkeiten sind gegeben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Direktion des Inseospitals, Personalabteilung, CH-3010 Bern, unter Kennziffer 104/74.

Bericht über die Erfassung und Betreuung sprachbehinderter Kinder im Schulbezirk der Sprachheilschule Impflingen

1. Die Organisation der Sprachheilschule Impflingen

Zum 1. Dezember 1972 wurde die Organisation der Sprachheilschule Impflingen, Sonderschule für Sprachbehinderte, durch die Bezirksregierung Rheinhessen-Pfalz in Neustadt/Weinstraße verfügt. Als Schulbezirk wurde das Gebiet des Landkreises Landau-Bad Bergzabern und der Stadt Landau festgelegt. Zum selben Termin wurden drei Sonderschullehrer für Sprachbehinderte an die Schule versetzt bzw. abgeordnet. Als Sitz der Schule wurde die 1965 erbaute ehemalige Volksschule Impflingen bestimmt. Bisher wurden noch keine Klassen für Sprachbehinderte eingerichtet, da auf Anordnung der Bezirksregierung zunächst für den gesamten Schulbezirk die ambulante Sprachheilbehandlung sichergestellt werden soll. Für die Zukunft ist geplant, daß der Schulbezirk auch auf den Landkreis Germersheim ausgedehnt wird.

2. Erfassung der sprachbeeinträchtigten Schüler

Noch im Dezember 1972 und im Januar 1973 wurden von den drei Lehrkräften alle Grundschüler des Schulbezirks auf eine eventuell vorhandene Sprachbeeinträchtigung hin überprüft. Im Spätjahr 1973 erfolgte die Überprüfung der inzwischen eingeschulerten Kinder. Bis heute wurden also aus fünf Schuljahren 11 961 Schüler überprüft. Hierfür wurde folgender Modus festgelegt:

Der Sonderschullehrer erklärt der Klasse: »Kinder, ich spreche euch zwei Sätzchen vor, die ihr mir nachsprechen sollt. Damit ihr dies könnt, sage ich sie euch jetzt vor, und ihr alle zusammen sprecht sie mir nach. Der erste Satz lautet: *Susi und Sabine gehen gern zur Schule.* — Der zweite Satz lautet: *Klaus und Egon lassen viel lieber Drachen steigen.*«

Nun geht der Sprachheillehrer von Kind zu Kind, spricht die Sätzchen nochmals einzeln vor und läßt sie nachsprechen. Die auffälligen Kinder werden vom Klassenlehrer bereits während der Untersuchung in die mitgebrachten Listen*) eingetragen. Anschließend wird der Klassenlehrer gefragt, ob irgendwelche sprachbeeinträchtigten Schüler übersehen wurden. Nach der Untersuchung trägt der Sprachheillehrer die erhobenen Befunde in die Listen ein. Ein Durchschlag verbleibt beim Klassenlehrer.

Dieses Verfahren bietet zwar nicht die volle Sicherheit, daß alle leichten Sprachauffälligkeiten, z. B. leichter Dysgrammatismus, leichtes Poltern und partielles Stimmeln, erfaßt werden, hat sich aber als ein sehr ökonomisches Verfahren erwiesen und erfaßt mit ausreichender Sicherheit alle sprachgestörten und sprachbehinderten Schüler.

3. Speicherung der erfaßten Daten

Die Übersicht über die große Schülerzahl wird durch die Speicherung aller wichtigen Daten in der EDV des Landkreises Landau-Bad Bergzabern gewährleistet. Durch die freundliche Unterstützung des Herrn Landrates Schwetje und seiner Mitarbeiter wurden in fünf- bis sechswöchiger Arbeit die Programme erstellt. Dadurch ist es möglich, gezielte Analysen zu erheben.

*) Siehe Fußnote Seite 192

Für die Aufnahme der Daten in die EDV ist Voraussetzung, daß von jedem erfaßten Schüler sofort nach der Überprüfung alle relevanten Daten im Datenerfassungsbogen*) eingetragen werden. Außer den persönlichen Angaben werden darin Schulort und Schularart, therapiebezogene Angaben und differenzierte Aussagen über die vorliegende Sprachbeeinträchtigung gesammelt. Zum Ende der Behandlung werden die Angaben ergänzt.

4. Aufbau der Ambulanz

Nachdem nun eine Übersicht über die sprachbeeinträchtigten Schüler vorhanden war, wurde der Schulbezirk so in Tagesrouten aufgeteilt, daß an jeder Grundschule mit der Sprachheilbehandlung begonnen werden konnte. Dies war nur dann möglich, wenn alle Schulen in vierzehntäglichem Rhythmus besucht wurden. Es ist offensichtlich, daß diese großen Intervalle an der untersten Grenze dessen liegen, was zum Erfolg führen kann. Doch es ist uns dadurch gelungen, in den Lehrerkollegien die Einstellung und Haltung zum sprachbehinderten Kind zu beeinflussen und die Sprachheilschule im gesamten Schulbezirk präsent zu machen.

Um möglichst vielen Schülern die Chance einer Sprachheilbehandlung zu geben, wurden zunächst die Schüler der vierten und dritten Klassen in Behandlung genommen. Durch den Abbau der Sprachbeeinträchtigungen in diesen Klassen und durch den Wechsel in die Hauptschulen kann unsere Arbeit inzwischen immer mehr in die ersten Schuljahre vorverlegt werden. Mit dem Vorrücken der Behandlung in das erste Schuljahr wird angestrebt, die Behandlungszeiten, die zur Zeit 14tägig zwischen 10 und 15 Minuten je Kind liegen, dem derzeitigen Richtlinien-Entwurf für die Sonderschulen für Sprachbehinderte in Rheinland-Pfalz anzugleichen. Dies bedeutet dann für die sprachbehinderten Schüler wöchentlich zweimal 15 Minuten Behandlungszeit.

Aus schulrechtlichen und informatorischen Gründen erhalten die Erziehungsberechtigten zu Beginn der Behandlung einen Brief*), in dem sie auf die Form der Betreuung hingewiesen werden und ihr Einverständnis dazu erteilen. Auch während der Behandlungszeit wird der Kontakt mit den Eltern durch schriftliche Informationen über den Behandlungsstand und die notwendigen Maßnahmen aufrechterhalten. Darüber hinaus können die Eltern jederzeit während der Behandlung anwesend sein. Sollte man über eine längere Zeit hinweg immer wieder feststellen müssen, daß die Eltern trotzdem nicht durch häusliche Übungen die Sprachheilbehandlung unterstützen, so ist ein Erfolg in der Ambulanz nicht möglich, solange an der Sprachheilschule keine intensiveren Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Aus diesem Grund muß dann die Behandlung abgebrochen werden. Dies geschieht wiederum mit einer schriftlichen Mitteilung.

Durch das Lehrerkollegium wurde für die Ambulanz im Schulbezirk festgelegt, daß die sprachsonderpädagogische Betreuung eines Schülers dann als »erfolgreich beendet« gilt, wenn sich der Schüler im freien Gespräch mit dem Sprachheillehrer symptomfrei äußern kann. Nach weiteren drei Monaten wird der Schüler nochmals überprüft und bei positivem Ergebnis die Akte abgelegt.

Als »gebessert« gilt die Sprechweise, wenn in der Übungssprache zwar Symptomfreiheit erzielt wurde, diese jedoch in der Spontansprache nicht automatisiert werden konnte. In diesen Fällen erhalten die Schüler einen Abschlußbrief, in dem die Eltern auf das Ende der Behandlung und auf weitere fortführende Übungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

*) Muster-Formulare, die diesem Bericht als Anlage beigelegt waren, konnten aus redaktionellen Gründen nicht mit abgedruckt werden; sie sind auf Wunsch evtl. von der Sprachheilschule Impflingen erhältlich. Die Redaktion.

Zu Beginn der Therapie wird für jeden Schüler ein Behandlungsbogen^{*)} angelegt, in welchen jede sprachsonderpädagogische Maßnahme eingetragen wird. Er gilt als Tätigkeitsnachweis und erleichtert gleichzeitig die zielstrebig geplante Arbeit. Jede Schülerakte hat eine Nummer, die auf allen den Schüler betreffenden Schriftstücken eingetragen wird. Die Schülerakten werden nach dem Ende der Behandlung nach Nummern geordnet abgelegt.

Bis Ende 1973 ergab sich folgender Zahlenspiegel:

Gesamtzahl der 1973 in Behandlung genommenen Schüler	922
Hiervon sind Ende 1973 noch in Behandlung	465
Aus der Behandlung wurden entlassen	457
Die Behandlung wurde erfolglos abgebrochen	30 = 6,5 %
Mit gebesserter Sprache wurden entlassen	84 = 18,4 %
Wegen äußerer Umstände (vor allem Schulwechsel) wurde die Behandlung abgebrochen	96 = 21,0 %
Erfolgreich beendet wurde die Behandlung	147 = 54,0 %
Auf Beginn der Behandlung warten	960

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der abgeschlossenen Fälle (457 Schüler).

5. Darstellung der Statistik

Für die als Anlage folgende Statistik wurden neben den Gesamtergebnissen auch die Ergebnisse der Jahrgänge 1964, 1965 und 1966 dargestellt. Diese drei wurden ausgewählt, weil sie vollständige Schülerjahrgänge darstellen. Eine Auswertung nach Klassenstufen ist aus technischen Gründen nicht möglich.

In der Statistik werden sowohl die Anteile der einzelnen Beeinträchtigungen bezüglich der Gesamtpopulation (11 961) als auch bezüglich der Zahl aller sprachbeeinträchtigten Schüler (1882) dargestellt. Diese Relationen werden auch in den Jahrgangsdarstellungen eingehalten.

Neben der Aufteilung in universelles, multiples und partielles Stammeln wurde dieser Sprachfehler nochmals in die verschiedenen häufig vorkommenden Stammelfehler aufgliedert, soweit es sich dabei um ein partielles Stammeln handelte.

Einer Übereinkunft im Lehrerkollegium entsprechend wurde festgelegt, daß das Poltern neben den Silben- und Wortauslassungen infolge überhasteter Sprechweise auch jenen Störungskomplex umfaßt, welcher üblicherweise als klonisches Stottern bezeichnet wird. Nur der tonische Anteil wird in der Statistik als Stottern verzeichnet. Dementsprechend erscheint das klonisch-tonische Stottern als Polter-Stottern. Als verzögerte Sprachentwicklung wird das Zusammentreffen von multiplem oder universellem Stammeln und schwerem Dysgrammatismus bei gleichzeitiger Wortarmut bezeichnet.

Allgemeine Sprachschwäche umfaßt das Zusammentreffen von Stammeln, Dysgrammatismus und Poltern im oben definierten Sinne, meist noch in Verbindung mit LRS.

6. Auswertung der Statistik für die Organisation der Sprachheilschule

Bei der Überprüfung von 11 961 Grundschulern waren 1882 sprachbeeinträchtigt (mit »sprachbeeinträchtigt« sind in dieser Darstellung alle Grade sprachlicher Abweichungen gemeint). Das sind 15,65 % der Gesamtschülerzahl.

Gemäß dem geplanten Aufbau der Sonderschulen für Sprachbehinderte in Rheinland/Pfalz werden sprachbeeinträchtigte Schüler ihrem Behinderungsgrad entspre-

*) Siehe Fußnote Seite 192

chend entweder ambulant betreut oder in die Sonderschule für Sprachbehinderte eingeschult.

6.1 Ambulante Betreuung

Nach unseren bisherigen Erfahrungen können folgende Sprachstörungen mit ausreichendem Erfolg ambulant betreut werden:

partiell und multiples Stammeln	= 12,38 % von 11 961
leichter Dysgrammatismus	= 0,61 %
leichtes Poltern und Stottern	= 1,11 %
Näseln	= 0,13 %
leichtere Fälle des psychisch bedingten Schweigens	= 0,07 %

Es müssen also 14,3 % als sprachauffällig angesehen werden (»sprachauffällig« umfaßt in dieser Darstellung alle leichten Fälle sprachlicher Abweichungen). Sie machen 95,94 % aller sprachbeeinträchtigten Schüler (1882) aus. Diese Zahl ist jedoch um 5,44 % überhöht. Dies ist dadurch zu erklären, daß alle leichten Sprachbeeinträchtigungen einzeln ausgezählt wurden, obwohl öfter mehrere verschiedene Störungen bei einem Schüler gleichzeitig vorkommen. Bezogen auf die Gesamtzahl aller untersuchten Schüler beträgt diese Überhöhung 0,23 %.

6.2 Planung der Lehrerstellen für die Ambulanz

Zur Planung der Lehrerstellen für die Ambulanz werden die Zahlen des Jahrgangs 1966 verwendet.

Aus der bisher gemachten Erfahrung können die in der Ambulanz zu betreuenden Schüler in zwei Gruppen geteilt werden: Partielles Stammeln und leichtes Stottern können in kürzerer Zeit und in längeren Intervallen behandelt werden als multiples Stammeln, leichter Dysgrammatismus, leichtes Poltern, leichtes Polter-Stottern, leichtes psychisch bedingtes Schweigen und Näseln. Aus diesem Grunde reichen erfahrungsgemäß für die erste Gruppe jeweils 15 Minuten pro Woche über ein halbes Schuljahr hinweg. Pro Schüler sind dann 21mal 15 Minuten, das sind 315 Minuten, anzusetzen. Für die zweite Gruppe sollten über ein Jahr hinweg wöchentlich zweimal 15 Minuten verwendet werden. Dies sind 1260 Minuten pro Kind. Bei 382 Schülern der ersten Gruppe ergibt dies einen Zeitaufwand von 120 330 Minuten. Bei 59 Schülern der zweiten Gruppe sind 74 340 Minuten anzusetzen. Demnach sind 2624 Lehrerstunden (je 45 Minuten) pro Jahr aufzuwenden; das bedeutet, daß für die Ambulanz des Schulbezirks 3,8 Lehrer eingesetzt werden müssen. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Schulpflichtigen sind jährlich 2,09 % sprachauffällige Schüler ambulant zu betreuen.

6.3 Stationäre Betreuung

In Klassen für Sprachbehinderte sollten Kinder mit folgenden Störungsformen betreut werden, die sich in der Sprachheilambulanz als therapieresistent erwiesen haben und deshalb als sprachgestört bzw. sprachbehindert einzustufen sind:

universelles Stammeln	= 0,06 % von 11 961
schwerer Dysgrammatismus	= 0,166 %
verzögerte Sprachentwicklung	= 0,517 %
allgemeine Sprachschwäche	= 0,358 %
schweres Poltern und Stottern	= 0,45 %
schwere Fälle des psychisch bedingten Schweigens	= 0,03 %

Bezogen auf die Gesamtzahl der untersuchten Schüler müssen 1,58 % in Klassen für Sprachbehinderte betreut werden. Von der Gesamtzahl der sprachbeeinträchtigten Schüler sind dies 9,93 %. Die Genauigkeit dieser Angaben wurde dadurch erreicht, daß alle Fälle in der Statistik einzeln nachgeprüft wurden.

6.4 Planung der Klassenzahl

Legt man diese Zahlen zugrunde, so sind bei 136 424 Einwohnern des Schulbezirks pro Jahrgang 37 bis 38 Schüler in Klassen für Sprachbehinderte aufzunehmen. Es ist damit zu rechnen, daß diese Schüler mindestens zwei Jahre in der Sprachheilschule verbleiben. Etwa die Hälfte dieser Schüler wird eine intensive Beschulung von vier Jahren benötigen. In der Sprachheilschule müssen somit ständig etwa 114 Schüler in den Klassen 1 bis 4 betreut werden. Bei einer Klassenstärke von 12 Schülern sind dies 10 Klassen.

Bei einem Anteil von 15,431 % Schulpflichtigen an der Gesamtbevölkerung umfaßt der Schulbezirk 21 052 Schulpflichtige. Gemessen an dieser Zahl müssen also 0,541 % aller Schulpflichtigen in Klassen für Sprachbehinderte betreut werden.

7. Ausblick

Die Auswertung der Statistik hat gezeigt, daß für den derzeitigen Schulbezirk bedeutend mehr Klassen einzurichten sind, als zunächst angenommen werden konnte. Sollte das Einzugsgebiet der Sprachheilschule wie bereits geplant um den Landkreis Germersheim mit 100 000 Einwohnern erweitert werden, muß an die Bereitstellung eines entsprechend großen Gebäudes gedacht werden. Es muß den Anforderungen einer Ganztagschule entsprechen. Bei der Wahl des Schulortes sollten verkehrstechnische Gesichtspunkte und die Notwendigkeit der Kommunikation mit anderen behinderungsspezifischen Einrichtungen besonders beachtet werden.

Übersicht über Anzahl und Art der Sprachbeeinträchtigungen im Schulbezirk der Sprachheilschule Impflingen

Art der Beeinträchtigung	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
	ges. (1882)	(11961)	1966	(452)	(2302)	1965	(413)	(2441)	1964	(319)	(2388)	
universelles Stammeln	8	0,42	0,06	2	0,46	0,09	2	0,48	0,08	1	0,31	0,04
multiples Stammeln	73	3,87	0,61	15	3,31	0,65	16	3,87	0,65	10	3,13	0,41
partiell Stammeln	1481	78,69	12,38	378	83,62	16,42	318	76,99	13,02	261	81,81	10,92
Sigmatismus interdentalis	990	52,60	8,27	244	53,98	10,59	221	53,51	9,05	179	56,11	7,49
Sigmatismus lateralis	112	5,95	0,93	24	5,30	1,04	24	5,81	0,98	24	7,52	1,00
sonstige Sigmatismen	67	3,56	0,56	11	2,43	0,47	16	3,87	0,65	14	4,38	0,58
Schetismus interdentalis	171	9,08	1,42	49	10,84	2,12	34	8,23	1,39	28	8,77	1,17
Schetismus lateralis	152	8,07	1,27	32	7,07	1,39	27	6,53	1,10	30	9,40	1,25
sonstige Schetismen	117	6,21	0,97	38	8,40	1,65	23	5,56	0,94	16	5,01	0,67
g-, k-Stammeln	32	1,70	0,26	8	1,76	0,34	9	2,17	0,36	5	1,56	0,20
sonstiges part. Stammeln	175	9,29	1,46	57	12,61	2,47	37	8,95	1,51	17	5,32	0,71
leichter Dysgrammatismus	92	4,88	0,76	20	4,42	0,86	17	4,11	0,69	14	4,38	0,58
schwerer Dysgrammatismus	20	1,06	0,17	6	1,33	0,26	6	1,45	0,24	2	0,63	0,08
verzög. Sprachentwicklung	62	3,33	0,52	10	2,21	0,43	9	2,18	0,37	5	1,57	0,21
leichtes Poltern	80	4,25	0,66	12	2,65	0,52	18	4,35	0,73	14	4,38	0,58
schweres Poltern	11	0,58	0,09	2	0,44	0,08	1	0,24	0,04	2	0,62	0,08
allgemeine Sprachschwäche	43	2,29	0,36	5	1,11	0,22	7	1,69	0,29	8	2,51	0,33
leichtes Polter-Stottern	29	1,54	0,24	4	0,88	0,17	8	1,94	0,33	2	0,63	0,08
schweres Polter-Stottern	26	1,38	0,22	4	0,88	0,17	3	0,73	0,12	5	1,57	0,21
leichtes Stottern	25	1,33	0,21	4	0,88	0,17	3	0,73	0,12	6	1,88	0,25
schweres Stottern	17	0,90	0,14	2	0,44	0,09	6	1,45	0,25	4	1,25	0,17
psychisch bed. Schweigen ($\frac{1}{3}$ zur Einschulung)	12	0,64	0,10	5	1,11	0,22	3	0,73	0,12	—	—	—
Näseln	16	0,95	0,13	4	0,88	0,17	1	0,24	0,04	5	1,57	0,21

Einbanddecken für den Doppeljahrgang 1973/74

werden im Januar 1975 nach Bedarf hergestellt. Wir bitten um Vorbestellung.

Preis etwa 7.- DM — Wartenberg & Söhne · Verlag · 2 Hamburg 50 · Theodorstr. 41

Bericht über die Frühförderung mehrfachgeschädigter hör- und sprachbehinderter Kinder in einer Beratungs- und Behandlungsstelle für Risikokinder*) und in einem Körperbehinderten-Zentrum

Aus der Geschichte der Institution

Die Erfahrungen der fachmedizinischen und behindertenpädagogischen Spezialisten bei der Behandlung, Erziehung und Unterrichtung schwer- und mehrfachgeschädigter Kinder und die Überlegungen und Forschungsergebnisse der diesen Bereichen zugeordneten Wissenschaftler ließen Früherkennung und Frühförderung immer stärker zur Grundlage einer adäquaten rehabilitationsmedizinischen und rehabilitationspädagogischen Versorgung werden.

In Kassel entwickelte in dieser Hinsicht bereits im Jahre 1957 ein medizinischer Beirat einer Elternvereinigung zur Förderung und Betreuung cerebralaparetischer Kinder im Zusammenwirken mit den Eltern eine besondere Initiative. Diesem Beirat, u. a. Neurologen, Orthopäden und Pädiater, gehörte auch eine Kinderärztin, Frau Dr. Hülße, an, die sich schon in ihrer Praxis speziell auch der körperbehinderten Kinder angenommen hatte. Vor allem war es dann wohl diese Ärztin, die gegen viele Widerstände beharrlich und zielstrebig die Einrichtung einer sehr frühzeitig tätig werdenden Erfassungs-, Beratungs- und Behandlungsstelle forderte und konzipierte. Hier sollten sogenannte »Risikokinder« bereits kurz nach der Geburt umfangreichen Untersuchungen unterzogen werden, da man vermutete, gerade unter diesen Kindern solche mit frühkindlichen Hirnschäden oder Hirnschädigungsfolgen besonders häufig vorzufinden.

Schon bald kamen diesen Bemühungen die Bestrebungen des Magistrats der Stadt Kassel entgegen, etwas Durchgreifendes und Entscheidendes für die behinderten Kinder in dieser Stadt und in ihrem Umland zu tun. Es war unter der Förderung des Oberbürgermeisters Dr. Karl Branner in erster Linie der 2. Bürgermeister Wündisch, der seinerzeit als Dezernent für das Sozial- und Gesundheitswesen schon feste Vorstellungen über die Einrichtung eines umfassenden Behandlungs- und Betreuungszentrums für behinderte Kinder aller Art hatte und der von seinem in dieser Frage ebenfalls sehr engagierten Leiter des Sozialamtes, Obermagistratsrat Zimmer, sowie von dessen Mitarbeitern tatkräftig unterstützt wurde.

Nach zahlreichen Besprechungen und Verhandlungen beschloß man zunächst den Aufbau einer Beratungs- und Behandlungsstelle für Risikokinder am Stadtkrankenhaus Kassel, da dort sämtliche Fachabteilungen für die Diagnostik und Therapie vorwiegend zunächst von cerebralaparetischen Kindern zur Verfügung standen. Die neue Einrichtung wurde organisatorisch der Kinderklinik angeschlossen und der Leitung von Frau Dr. Hülße unterstellt, die nach Eintritt in den Ruhestand vom neuen Chefarzt der Klinik, Prof. Dr. Wolf, abgelöst wurde, der mit großer Energie die Arbeit fortsetzte.

Nachdem somit im April 1968 mit zwei Krankengymnastinnen und Ärzten der Kinderklinik (wenn nötig, unter Heranziehung weiterer Fachmediziner) die Arbeit aufgenommen wurde, hat diese sich schnell und ständig ausgeweitet (auch auf andere

*) Wie wir nach Drucklegung erfuhren, rückt man inzwischen von verschiedenen Seiten von der Bezeichnung »Risikokinder« wieder deutlicher ab. Da die in diesem Bericht geschilderte Versorgung bisher jedoch vorwiegend unter diesem Begriff lief, wird dieser hier noch weiter verwendet.

Behinderungsformen) und erfreulicherweise auch nach und nach zu einer Ausweitung des Personalstandes geführt.

Die Herren Wündisch und Zimmer sowie Prof. Wolf und vorher bereits Frau Dr. Hülße erkannten ebenso wie die Heilpädagogin Frau Jantsch (MA) auch sehr schnell die Bedeutung der Hör- und Sprachförderung für die mehrfachbehinderten Kinder und griffen deshalb Anregungen aus der Elternschaft und dem Mitarbeiterkreis auf, auch Sprachanbildung, Sprachtherapie und Hörsprecherziehung zu bieten. Leider fand sich in Kassel und Umgebung und auch von außerhalb trotz langer und eifrigster Suche kein Fachpädagoge und keine Logopädin für diese spezielle Aufgabe, so daß der Verfasser dieses Berichtes gebeten wurde, nebenamtlich und stundenweise diese Arbeit zu übernehmen oder wenigstens aufzubauen. Die eigentliche Sprachberatung und -therapie wurde dann mit monatlich 12 Therapie-Doppelstunden im Jahre 1970 aufgenommen. Sie wird seit September 1974 im neuen Körperbehinderten-Zentrum in Kassel, Grenzweg 10, fortgesetzt, über das an anderer Stelle ausführlicher berichtet werden soll. Hier sei nur betont, daß dem Weiterausbau der Behandlung, Erziehung und Unterrichtung und besonders der Sprachtherapie vom neuen Trägerverein der Institution, dem »Verein für Volkswohl Kassel e.V.«, große Aufmerksamkeit und Förderung gewidmet wird. Die Unterstützung der hör- und sprachbehindertenpädagogischen Bemühungen ist neben den schon erwähnten Persönlichkeiten besonders den Herren der Geschäftsführung des Trägervereins Schnarre und Schäfer sowie den leitenden Mitarbeitern des Körperbehinderten-Zentrums, Frau Henkel und Herrn Grebe, zu danken. Auch die Kolleginnen und Kollegen aller weiteren Einrichtungen des »Vereins für Volkswohl« unterstützen unsere Hörtrainings- und Sprachheilarbeit verständnisvoll und hilfsbereit. Ferner fördert der neue ärztliche Leiter der Risikokinder-Stelle, Herr Dr. Herberg, in hohem Maße die Weiterentwicklung der hör- und sprachbehindertenpädagogischen Arbeit, die sich ihrerseits häufig der diagnostischen Hilfe beispielsweise auch der HNO-Klinik des Stadtkrankenhauses (Chefarzt Prof. Dr. Beckmann) bedient. Die bisher einige Zeit an der »Risikokinder-Stelle« tätig gewesene Fachärztin für Kinderpsychiatrie Frau Dr. Delkeskamp wird von ihrer neuen Wirkungsstätte in einem benachbarten Landkreis aus weiterhin unsere Arbeit begleiten. In den Dank für die Fortentwicklung besonders der Praxis der Hör- und Sprachbehindertenpädagogik auf dem Gebiet der Mehrfachbehinderungen, die die Genannten durch ihre Arbeit unterstützt haben, schließen wir nicht zuletzt ein den Dank für die verständnisvolle und geduldige Mitwirkung der Schwester Annemarie de Gruyter in allen Verwaltungs- und Organisationsfragen.

Die hör- und sprachbehindertenpädagogische Arbeit

Die hör- und sprachbehindertenpädagogische Tätigkeit hat sich trotz der Beschränkung auf monatlich 12 Therapie-Doppelstunden und der nebenamtlichen Durchführung erfreulich gut entwickelt. Im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsstelle für Risikokinder am Stadt Krankenhaus Kassel und nunmehr im Körperbehinderten-Zentrum Kassel werden inzwischen folgende Aufgaben wahrgenommen, auf die jedoch in diesem Bericht nur vollständigkeithalber hingewiesen werden soll:

1. Eventuelle zusätzliche sonderpädagogisch-psychologische sowie hör- und sprachbehindertenpädagogische Abklärungen zur medizinischen Diagnostik.
2. Eltern- und Kinderberatung, Anleitung und Überwachung der hauptsächlich von den Müttern durchzuführenden Sprachanbildung, Hausspracherziehung und Hörtrainingsarbeit.
3. Übernahme der pädagogischen Sprachbehandlung und des Hörtrainings (wegen Personal- und Zeitmangels nur in Einzelfällen möglich).

4. Beratung und Schulung der Mitarbeiter in Fortbildungsveranstaltungen.
5. Ständige Verbindung mit dem gesamten Behandlungsteam durch Teilnahme an den Team-Konferenzen.
6. Nachgehende Fürsorge durch Verschickung von Anfragen, Fragebogen oder durch Hausbesuche.
7. Als weitere Ausbildungsaufgaben werden Hospitanten und Praktikanten der Gesamthochschule Kassel (Sozialpädagogen) und der Universität Marburg (Sonderschullehrer) sowie angehende Diplom-Pädagogen beider Hochschulen hör- und sprachbehindertenpädagogisch angeleitet.

Einige statistische Angaben:

Im Berichtszeitraum von Oktober 1970 bis Oktober 1974 wurden 206 Kinder (138 Knaben und 68 Mädchen) hör- und sprachbehindertenpädagogisch versorgt. Die dafür aufgebrauchte reine Stundenleistung des Fachpädagogen betrug 864 Zeitstunden (bei 12 Therapie-Doppelstunden pro Monat = $12 \times 1,5$ Zeitstunden = 18 Zeitstunden [Stunden]).

Dieser Zeitaufwand verteilte sich wie folgt: 58 Kinder bzw. ihre Angehörigen erhielten eine einmalige hör- und sprachbehindertenpädagogische Diagnostik und Beratung, wofür etwa je eine Zeitstunde angesetzt wurde (58×1 Stunde = 58 Stunden); 39 Kinder erhielten hauptsächlich mit ihren Müttern zusammen in mindestens dreimaliger Sitzung auch weitergehende Anleitungen zur Hausspracherziehung ($39 \times$ durchschnittlich 3 Stunden = 117 Stunden); bei 82 Kindern mit ihren Müttern mußten mehr als drei Sitzungen aufgewendet werden ($82 \times$ durchschnittlich 4 Stunden = 328 Stunden), und schließlich erhielten 27 Kinder längerwährende, meist über 10 Sitzungen hinausgehende Einzel- und Gruppentherapie (361 Stunden, im Durchschnitt etwa 13,1 Stunden für jedes Kind).

145 Kinder wurden der Hör- und Sprachberatung bzw. der Sprachtherapie durch die Risikokinder-Stelle des Stadtkrankenhauses zugewiesen. 61 Kinder kamen aus eigener Veranlassung ihrer Eltern oder wurden von anderen Stellen geschickt. Sie kamen also *erstmalig* und *direkt* in unsere hör- und sprachbehindertenpädagogische Abteilung *ohne* vorhergehende spezielle medizinische Diagnose. Deshalb wurden meistens die Mütter nur einmal oder mehrmals beraten und dann zu einer eingehenden ärztlichen Untersuchung aufgefordert, worauf leider die meisten von ihnen (49) ohne Angabe von Gründen wegblieben. Interpretationsversuche und Möglichkeiten zur Abhilfe dieses Verhaltens werden in einem ausführlicheren Bericht erörtert.

Von den 206 Kindern kamen 142 aus der Stadt Kassel und 64 aus der näheren und weiteren Umgebung. Annäherungsweise nach sozialen Schichten aufgegliedert (hauptsächlich an Hand der ausgeübten Berufe ihrer Väter), stammten

- 22 Kinder aus der unteren Unterschicht (Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter),
- 67 Kinder aus der oberen Unterschicht (angelernte Arbeiter),
- 69 aus der unteren Mittelschicht (Facharbeiter, Angestellte, untere Beamte),
- 45 aus der oberen Mittelschicht (mittlere und gehobene Beamte, Angestellte, Selbständige,
- 3 aus der unteren Oberschicht (höhere Offiziere, leitende Beamte und Angestellte, Selbständige).

Die Altersstruktur der versorgten Kinder zeigt Tabelle 1:

	Knaben	Mädchen	insgesamt
1- bis 3jährige	83	49	132
4- bis 6jährige	35	16	51
7jährig und älter	20	3	23

Tabelle 2: Die Mehrfachbehinderungen

Art der Behinderungen	Knaben	Mädchen	insgesamt
hör-, sprach-, körper- und geistigbehindert	14	9	23
sprach-, körper- und geistigbehindert	71	25	96
hör-, sprach- und körperbehindert	5	6	11
sprach- und körperbehindert	33	5	38
Mehrfachbehinderte insgesamt	123	45	168

Tabelle 3: Die Einfachbehinderungen

Art der Behinderung	Knaben	Mädchen	insgesamt
»nur« hörbehindert	2	—	2
»nur« sprachbehindert	10	17	27
»nur« körperbehindert	3	6	9
Einfachbehinderte insgesamt	15	23	38

Die 36 auch/oder hörbehinderten Kinder konnten in der Mehrzahl aus verschiedenen Gründen noch nicht eingehender und genauer ohrenärztlich diagnostiziert werden, weshalb im Rahmen dieses Kurzberichtes nicht weiter auf sie eingegangen werden soll. Die 195 sprachbehinderten Kinder zeigten *die hauptsächlichsten Sprachauffälligkeiten nach Tabelle 4* (da viele Kinder mehrere Sprachbehinderungen gleichzeitig aufwiesen, ist die Gesamtzahl der aufgeführten Sprachbehinderungen größer als 195):

Es zeigten	137 Kinder	Universelles Stammeln
	79 Kinder	Partielles Stammeln
	114 Kinder	Dysgrammatismus
	45 Kinder	Stottern
	3 Kinder	Offenes Näseln
	2 Kinder	Geschlossenes Näseln
	5 Kinder	Poltern

Zur Erfolgskontrolle

Die zunehmende »Normalisierung des Sprechens« bzw. das »auf dem Wege zu einer besseren und vollkommeneren Sprache sein« wurde festgestellt durch Überprüfung bei einer zunächst vorläufigen Einstellung der Beratung, Anleitung oder Behandlung oder durch eine sogenannte »nachgehende Fürsorge«, d. h. die Eltern wurden diesbezüglich angeschrieben (zuweilen machten wir auch einen Hausbesuch), oder es wurden bei Kindern aus den Einrichtungen des »Vereins für Volkswohl e. V.« das Erziehungspersonal und die sonstigen Mitarbeiter befragt. *Tabelle 5* bietet eine entsprechende Übersicht:

	Knaben	Mädchen	insgesamt
Sprechen fast völlig der Altersnorm entsprechend	41	18	59
gute Besserungen	56	30	86
leichte Besserungen	34	12	46
ohne Resultat und Angaben weggeblieben, auch nach Anschreiben nicht wieder gemeldet	7	8	15

Ausblick

Kostenträger

Damit die Einrichtungen des Trägervereins möglichst kostendeckend arbeiten und weiter ausgebaut werden können, kann auch die hör- und sprachbehindertenpädagog-

gische Arbeit nicht mehr wie bisher kostenlos gewährt werden. Der finanzielle Aufwand für diese Seite der Versorgung sollte mit Hilfe ärztlicher Verordnungsscheine abgegolten bzw. auf diese Art von den Krankenkassen mindestens mitgetragen werden. Dazu müßten sich etwa die Hausärzte der Kinder z. B. den Vorschlägen des Fachpädagogen oder der Ärzte der Risikokinder-Stelle anschließen oder auch von selbst Hörtraining bzw. Sprachtherapie verordnen.

Elternschulung

Selbst wenn einmal in fernerer Zukunft sogar mehrere hauptamtlich tätige Sprachtherapeuten zur Verfügung stehen sollten (wir arbeiten deshalb ja besonders für die Nachwuchsgewinnung und -ausbildung), können die in immer größerer Zahl andrängenden Behinderten nicht alle ausführlich und lange genug Hörtraining, Sprachanbildung und Sprachtherapie erhalten. Deswegen müssen hauptsächlich auch die Mütter so geschult werden, daß sie die Hausspracherziehung nach Anleitung (etwa alle 4 Wochen durch uns) selbst durchführen können.

Schulungsmaterial, Sprachanbildungs- und Sprachtherapieprogramme

Besonders zur Eltern-, aber auch zur Mitarbeiterschulung werden vom Verfasser an der Studiengangseinheit Heil- und Sonderpädagogik der Universität Marburg Elternbriefe, Sprachanbildungsprogramme und andere Schulungsmaterialien entworfen und wissenschaftlich erprobt. Es werden auch Tonbänder, Schallplatten, Lichtbildserien und Stumm- oder Tonfilme entwickelt, welche später einmal die mündlichen und schriftlichen in der Beratung gegebenen Informationen ergänzen sollen. Zur schriftlichen Aufklärung und Anleitung werden wir möglichst unter Hinzuziehung namhafter Wissenschaftler eine einschlägige Buchreihe »Hilfe zur Selbsthilfe« herausgeben, die, in gutem Sinne populärwissenschaftlich und im allgemeinverständlichen umgangssprachlichen Deutsch geschrieben, auch Eltern aus gesellschaftlichen Randgebieten ansprechen kann.

Werbung und Ausbildung von hör- und sprachbehindertenpädagogisch arbeitendem Personal

Da uns bei unserer Tätigkeit der Mangel an Fachpersonal sowie auch an in freien Praxen oder sonst ambulant und nebenamtlich arbeitenden Sprachtherapeuten und Logopädinnen wieder einmal besonders deutlich wurde (wir hätten häufig gern Kinder zur Sprachtherapie entsprechend weiterüberwiesen), verlegten wir uns auch mehr und mehr auf die Werbung für unser Fach, z. B. bei interessierten Pädagogikstudenten, Sozialpädagogen usw., denen wir ausgiebig Zeit und Gelegenheit zu Hospitationen und praktischen Versuchen gaben. Dabei sorgten und sorgen wir auch gleichzeitig für die Planung bzw. Schaffung von Personalstellen für die allorts neu ausgebildeten Diplom-Pädagogen mit Ausbildungsschwerpunkt in Heil- und Sonderpädagogik.

Anschrift des Verfassers: Arno Schulze, Studienrat im Hochschuldienst an der Universität Marburg, 3575 Kirchhain 1, Alsfelder Straße 56.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

können unmittelbar vom Verlag

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

bezogen werden. Der direkte Weg ist der wirtschaftlichste.

DIDACTA 75

Audio-visuelle Medien in der Sprachheilschule und Sprachheilarbeit

Vom 10. bis 14. März 1975 findet in Nürnberg die DIDACTA 75 statt. Der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ist angeboten worden, sich auf der DIDACTA 75, etwa unter dem Thema »Audio-visuelle Medien in der Sprachheilschule und Sprachheilarbeit«, zu einer Arbeitsgruppe zusammenzufinden.

Träger des Projektes ist die GPI (Gesellschaft für Programmierte Instruktion e.V.), eine wissenschaftliche Vereinigung zur Förderung der Bildungstechnologie in Forschung und Entwicklung und ihrer Anwendung in Schule und Beruf mit Sitz in Berlin, Pädagogische Hochschule.

Es geht vor allem darum, einen Informationsfluß in Gang zu setzen. Programme, Tonbänder, Sprachlaborinstruktionen usw. werden vielerorten erstellt. Es fehlt aber an Koordination, es fehlt an Möglichkeiten, Versuchsreihen laufen zu lassen, um Programme zu erproben, produzierbar zu machen und damit Verbreitungsmöglichkeiten zu schaffen.

Auf der DIDACTA 75 geht es zunächst um die Aufnahme von Kontakten.

Folgende Informationen noch zur Organisation: Konferenzräume für die Arbeitsgruppen werden in der Meistersinger-Halle angemietet. An welchem Tag die Arbeitsgruppen sich zusammenfinden, steht noch nicht fest. Das genaue Datum wird im Heft 1/1975 der »Sprachheilarbeit« mitgeteilt. Am Vormittag desselben Tages — für die Arbeitsgruppen sind im Zeitplan die Stunden von 14.00 bis 18.00 Uhr vorgesehen — finden voraussichtlich drei Vorträge statt:

Vortrag über die Sendereihe »Sesamstraße«: »Verhältnis zwischen Ziel und Ergebnis«, Prof. Dr. G. Iben, Frankfurt.

»Audio-visuelle Mittler im Sozialkundeunterricht der Sonderschule«, E. Heide, Hessisches Institut für Lehrerfortbildung.

»Erfahrungen mit einem multimedialen System im Anfangsunterricht«, Dr. W. Radigk, Hannover.

Herr Sonderschulrektor Hubertus Bendikowski, Sprachheilschule Werscherberg, hat sich als Leiter für die Arbeitsgruppe »Sprachheilarbeit« zur Verfügung gestellt und ladet zur Teilnahme ein. Wir hoffen, in allen Bundesländern Interessenten zu finden, damit diese erstmalige Gelegenheit zur Bildung einer überregionalen Initiativgruppe für die Arbeit mit audio-visuellen Medien auf unserem Fachgebiet ein erfolgreicher Start für die weitere Arbeit wird.

Interessenten werden gebeten, sich mit Herrn Hubertus Bendikowski, 4516 Bissendorf, Am Hang 1, in Verbindung zu setzen. Felicitas Deuter

DÜRR**Sprachheilpädagogik**

E. Westrich	Der Stotterer	112 - 3	DM 12,60
	Der Stammer	113 - 1	DM 18,60
A. Schulze	Sprachanbildung und Hörsprech- erziehung bei Geistigbehinderten	115 - 8	DM 12,60

Verlag Dürrsche Buchhandlung

53 Bonn-Bad Godesberg · Postfach 207 · Telefon (02221) 36 66 30

Direktor F. Wallrabenstein trat in den Ruhestand

Direktor F. Wallrabenstein (Münster in Westf.) trat Ende September 1974 mit Erreichung der Altersgrenze in den Ruhestand. Rund 15 Jahre war er Leiter der ambulanten Sprachheilfürsorge im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

F. Wallrabenstein ist Ungarndeutscher. Er stammt aus der Batschka, jener fruchtbaren Ebene zwischen Theiß und Donau, in die einst seine hessischen Ahnen zogen. Sein Vater amtierte dort in einer evangelischen Gemeinde als Pfarrer. 1930 gründete dieser in der Nähe von Budapest die Ungarische Bethel-Anstalt.

F. Wallrabenstein war dem Werk stark verbunden, darum wählte er 1931 das Studium an der Hochschule für Heilpädagogik, die schon damals durch Lehrplan und Lehrkörper (Szondi, Toth, Barczy) und Studiendauer (8 Semester) ein hervorragendes Beispiel fachlicher Ausbildung bot. 1935 legte er das Staatsexamen als Diplom-Heilpädagoge ab, ging dann einige Jahre in die Praxis und folgte 1942 einem Ruf an das Staatliche Institut für Sprachgeschädigte in Budapest. 1946 mußte er aus politischen Gründen mit seiner Familie Ungarn verlassen. In Bethel fand er eine neue Heimstatt und berufliche Tätigkeit an der Sonderschule für Lernbehinderte in Brackwede, deren Leiter er später wurde.

Als 1948 der unvergessene Dr. K. Steinig die ambulante Sprachheilfürsorge in Westfalen-Lippe begründete, gehörte F. Wallrabenstein zu den ersten Mitarbeitern. 1958 wurde er dann sein Nachfolger, und damit lag vor ihm ein weites Wirkungsfeld. In allen Stadt- und Landkreisen konnten im Laufe der Zeit die ambulanten Sprachheilkurse eingerichtet werden. Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen in Westfalen-Lippe gestaltete er beachtenswerte Tagungen. Zu seinen nebenamtlichen Lehraufträgen zur Sprachheilpraxis an den Universitäten Münster und Dortmund kamen Kurse für Kindergärtnerinnen und Sozialarbeiter über Probleme des Sprachbehinderten, und als 1970 von der Justizbehörde der Wunsch an ihn

gerichtet wurde, das Amt eines Dolmetschers für Ungarisch im Landgerichtsbezirk Münster zu übernehmen, gab er auch da seine Zusage.

Bunt und vielfältig war bisher das Leben und Wirken von F. Wallrabenstein. Ein frohes Herz und eine stets willige Bereitschaft gaben ihm die Kraft zum erfolgreichen Schaffen. So nahm er denn den Ruhestand nur als offizielles Faktum zur Kenntnis, und er bleibt einstweilen auch weiterhin noch im Dienst am sprachkranken Mitmenschen, und deren Dank ist ihm der schönste Lohn.
H. Lübbert

Herbert Weinert 75 Jahre

Diese Zeilen widmen wir dem Verfasser des Buches »Die Bekämpfung von Sprechfehlern« zur Würdigung seiner jahrzehntelangen Arbeit auf diesem Gebiet. Das Buch ist heute in der Hand fast eines jeden interessierten Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrers sowie vieler sonst an Sprache und Sprechen Interessierter. Die 1. Auflage erschien 1938 und die 7. Auflage 1974. Diese beinahe 40jährige Arbeit an den Problemen der Sprecherziehung läßt den Wunsch aufkommen, etwas Persönliches über den Verfasser zu erfahren.

1899 geboren, besuchte er Realschule und Lehrerseminar in Leipzig-Co. Nach Kriegsdienst, englischer Gefangenschaft und einer kurzen Tätigkeit an einer Volksschule begann er 1921 die Ausbildung zum Taubstummen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer an den entsprechenden Einrichtungen und an der Universität in Leipzig. Die Abschlußprüfung erfolgte 1926. Er wurde anschließend an der Schule für Schwerhörige und Ertaubte in Dresden angestellt. Unterbrochen wurde diese Tätigkeit wieder durch Kriegsdienst und amerikanische Gefangenschaft (1939—1945). Ab 1946 war er freiberuflich tätig als Diplom-Psychologe (Diplom abgelegt 1943 an der TH in Dresden) und ab 1950 wieder im Schuldienst bei Gehör- und Sprachgeschädigten.

Mehrere Anlässe waren es, die ihn nötigten, sich intensiv mit den Fragen der Sprecherziehung und der Artikulation zu beschäftigen. Das war erstens die Übernahme einer

Artikulationsklasse, zweitens die vierjährige Führung einer Klasse für hörschwerhörige Kinder und schließlich die Gründung eines Kindergartens für schwerhörige, ertaubte und sprachgeschädigte Kinder. Diese problemreichen Arbeiten veranlaßten ihn, nach Artikulationshilfen für schwerste Fälle und für Vorschulkinder zu suchen. Er studierte alle ihm zugängliche pädagogische und medizinische Literatur des Faches und sammelte zahlreiche praktische Hinweise von erfahrenen Kollegen. 1933 war die viele Jahre währende Arbeit im großen und ganzen abgeschlossen.

Die Suche nach einem Verlag und eine Reihe anderer Schwierigkeiten verzögerten das Erscheinen des Buches bis 1938. Weinerts Schrift wurde gut aufgenommen, aber durch den beginnenden Krieg verlangsamte sich die Nachfrage, und Bomben auf Leipzig zerstörten den Rest der Auflage. Aber die 7. Auflage, immer wieder überarbeitet und ergänzt, herausgegeben beim Verlag »Volk und Gesundheit«, Berlin 1974, zeigt, daß das Buch sich erfolgreich durchgesetzt hat und allenthalben gebraucht wird.

Nun noch etwas zum Buch selbst. Man kann sich kurz fassen, denn bei den sieben Auflagen liegen so viele Besprechungen und Empfehlungen vor, daß eine neue Beurteilung sich hüten muß, Wiederholungen zu bringen. In der 1. Auflage von 1938 ist alles zusammengefaßt, was in der pädagogischen und medizinischen Fachliteratur zu finden war. Dabei beschränkte sich der Verfasser auf die Hilfen und Kunstgriffe, die zur Behebung der Lautbildungsfehler dienen. Rein sprachliche Fehler wie Stottern, Poltern, Agrammatismus und alle zentralen Störungen der Sprache (im Gegensatz zu Störungen des Sprechens) werden also nicht behandelt. Diese meisterhafte Beschränkung führte zur Schaffung eines »Handwerkskastens für den Artikulationsunterricht«, wie der Verfasser im Vorwort der 2. Auflage selbst sagt, der eine Lücke im Buchangebot des Faches ausfüllte. Diese Beschränkung machte das Buch außerordentlich praktikabel für den Artikulationslehrer und Sprecherzieher und deren Gehilfen wie Erzieherinnen, Erzieher, Hortner, Kindergärtnerinnen und für andere am guten Sprechen der Kinder interessierte Personen. Weinert hat laufend immer weiter gesammelt und ausprobiert, was er in der Fachliteratur des In- und Auslandes (der englischen, französischen und zuletzt auch der

russischen) fand und was er von Kollegen in eigenen wie anderen Schulen für Gehör- und Sprachgeschädigte erfuhr. Dadurch ist die Zahl der Hilfen für die Verbesserung gestörter oder fehlender Einzellaute auf über 360 angestiegen.

Der allgemeine Teil gibt nur Hinweise auf das, was man wissen möchte, wenn man sich mit der Therapie von Sprechfehlern befaßt. Wer sich noch genauer informieren will, findet im Literaturverzeichnis die nötigen Unterlagen. Dieses Verzeichnis führte schon in der 1. Auflage über 160 Autoren mit mehr als 200 Titeln auf, in der 7. Auflage findet man 400 Autoren mit mehr als 500 Titeln.

Besonders anerkannt sind die Einfachheit und die Klarheit der Darstellung, die Kürze der Form, welche der eigenschöpferischen Phantasie des Lesers noch genügend Raum bietet, die Unterstützung durch klare Strichzeichnungen, der Versuch, eine Gesamtübersicht aus Praxis und Wissenschaft über dieses Teilgebiet der Sprachheilkunde zu geben. Von der 5. Auflage an ist es anerkannt als Nachschlagewerk nicht nur für den Praktiker, sondern auch für den Wissenschaftler.

Wir wünschen dem Verfasser und seinem Werk alles Gute für weitere Jahre!

Leichsenring

Otto Braun zum Professor ernannt

Herr Dozent Otto Braun, Inhaber des Lehrstuhls für Psychologie der Sprachbehinderten, wurde mit Wirkung vom 1. September 1974 zum Professor ernannt.

Die Deutsche Gesellschaft freut sich über diese Anerkennung der Arbeit und Persönlichkeit des Kollegen Braun und wünscht ihm eine weitere erfolgreiche Arbeit im Reutlinger Kreis.

W. Orthmann

Hefte alter Jahrgänge

unserer Zeitschrift »Die Sprachheilarbeit« sind in begrenztem Umfang noch lieferbar. Interessenten können Bestandsliste anfordern.

Wartenberg & Söhne · Hamburg 50
Theodorstraße 41 · Tel. (040) 893948

Bücher und Zeitschriften

J. K. Wing (Hrsg.): Frühkindlicher Autismus — Klinische, pädagogische und soziale Aspekte. Beltz-Verlag, Weinheim 1973, 344 Seiten mit 20 Abbildungen, aus dem Englischen übersetzt und bearbeitet von Jürgen Wendeler. Laminiertes Pappband 21,— DM.

Dieses Buch ist die erste deutschsprachige Publikation, die über alle Probleme des frühkindlichen Autismus umfassend informiert:

- über Symptome, typische Verhaltensweisen, Vorkommen, Ursachen, Therapie und Prognose aus klinischer Sicht;
- über psychologische Untersuchungsmethoden, spezielle heilpädagogische Maßnahmen und Unterricht für autistische Kinder;
- über ihre Erziehung in der Familie und Probleme nach der Schulzeit.

Dabei vermitteln eindrucksvolle Falldarstellungen dem Leser ein plastisches Bild dieses Störungssyndroms sowohl im Hinblick auf seine Vielgestaltigkeit als auch im Hinblick auf gemeinsame Züge der Patienten. Darstellungen des Gesamtverlaufs sowie zahlreiche systematisch angeordnete heilpädagogische »Rahmenrichtlinien« (keine Rezepte!) geben wertvolle Hilfen für die praktische Arbeit mit autistischen Kindern in allen Bereichen.

Ergänzt werden die Ausführungen von insgesamt 10 Autoren durch Anmerkungen, eine Liste von Fachausdrücken, welche für den Laien knapp, aber hinreichend erklärt werden, und ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis, es enthält über 300 Titel von rund 200 meist englischsprachigen Autoren.

Das Buch ist ein unentbehrliches Rüstzeug für Ärzte, Psychologen und Heilpädagogen, die mit autistischen Kindern zu tun haben. Es ist andererseits so klar und praxisbezogen geschrieben, daß es auch für die Eltern dieser Kinder hilfreich sein kann.

Helmut Metzker

Ingeburg Stengel: Sprachschwierigkeiten bei Kindern (Früherkennung und Hilfe bei Sprachstörungen und verzögerter -entwicklung). Ernst Klett Verlag, Stuttgart. 1. Auflage 1974, 136 Seiten, 9,— DM.

Dieses Buch, erschienen in der Klett-Reihe »Extra für Eltern«, richtet sich in erster Linie an Eltern, deren Kinder in der sprachlichen Entwicklung deutlich hinter einem normalsprechenden Kind zurückgeblieben sind. Klar und übersichtlich — auch im Druck und durch Illustrationen — behandelt es alle Fragen, auf die die Eltern oft vergeblich eine Antwort suchen und ohne den Rat eines Fachpädagogen sich in gut gemeinter Absicht zumeist falsch verhalten. Verständlich geht die Verfasserin kurz auf die Entwicklung der Sprache und des Gehörs ein. Sie spricht alle wichtigen Sprachstörungen an und widmet dem Verhältnis »Eltern und sprachgestörtes Kind« besondere Aufmerksamkeit. Der zweite Teil des Buches untersucht die Frage, was Eltern mit solch einem Kind tun können. Eine Fülle praktischer Hinweise und Arbeitshilfen für alle Tätigkeiten (z. B. Hörenlernen, Ausbildung der Motorik, Gespräch und Zuhören, Schulung der allgemeinen Beweglichkeit und vieles mehr) zeigt den Eltern einen Weg, wie sie ihrem Kind beistehen und helfen können, ohne in die Rolle der fordernden und stets verbessernden Mutter zu verfallen. Angaben von Büchern, Material zum Spielen und Tätigsein, Schallplatten, Familiengespräch, Märchen, Geschichten usw. runden dieses Buch ab.

Wenn auch in erster Linie für Eltern gedacht, ist diese Schrift für jeden Sprachheillehrer eine in der Praxis zu verwendende Zusammenstellung und Hilfe, vor allem für den Fachpädagogen, der in Ambulanz und Beratung tätig ist und oft Eltern mit sprachgestörten Kindern im Vorschulalter beraten muß. Dieses Buch kann er solchen Eltern mit gutem Gewissen empfehlen. *G. Reuter*

Anschriftenänderungen unserer Bezücker

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

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41 w

An der Pädagogischen Hochschule Heidelberg — Fachbereich VI — ist für die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik ab sofort die Stelle eines

Sonderschullehrers

(Bes.-Gruppe A 13) zu besetzen.

(Sonderschuloberlehrer aus Baden-Württemberg behalten ihre Amtsbezeichnung und Besoldungsgruppe.)

Als Aufgabenbereiche für den Stelleninhaber sind vorgesehen:

1. Praxis der Vorschulerziehung des sprachgeschädigten Kindes.
2. Pädagogische Einzel- und Gruppentherapie Sprachgeschädigter.
3. Methodik des therapie-integrierten Unterrichts in der Sonderschule für Sprachgeschädigte.
4. Mitwirkung bei der Betreuung der schulpraktischen Ausbildung.

Die Bewerbungsunterlagen interessierter, mit der praktischen Tätigkeit an einer Sonderschule für Sprachgeschädigte vertrauter Sonderpädagogen werden bis spätestens 15. Januar 1975 erbeten an:

Pädagogische Hochschule, 6900 Heidelberg, Keplerstraße 87.

Das Südwestdeutsche Rehabilitationszentrum für körperbehinderte Kinder und Jugendliche ist eine Modelleinrichtung der Stiftung Rehabilitation Heidelberg, in der medizinische, schulische und berufliche Maßnahmen zur Eingliederung behinderter Kinder und Jugendlicher durchgeführt werden.

Ab sofort suchen wir im Fachbereich Medizin

Ergotherapeuten (-innen)
Berufspraktikanten (-innen)
Physiotherapeuten (-innen)
Logopäden (innen)

Bobath- und Vojta-Ausbildung erwünscht.

Der Tätigkeitsbereich umfaßt die Mitarbeit

- im ambulanten und stationären Bereich der Rehabilitationsklinik,
- im schul- und berufspädagogischen Bereich,
- im Wohnheimbereich.



Über die besondere Vergütung und Arbeitszeitregelung informieren wir Sie gern in einem persönlichen Gespräch.

Wir bitten Sie, sich mit der Personalabteilung (Telefon: 06223/80 11) in Verbindung zu setzen und Ihre Bewerbungsunterlagen zu schicken an:

**Südwestdeutsches Rehabilitationszentrum
für Kinder und Jugendliche Neckargemünd
6903 Neckargemünd, Postfach 106.**

PHONIC MIRROR® HC DAF



Sprachtherapie-Gerät für Stotterer

Technische Daten

Max. Ausgangsschalldruck: 130 dB bei 20 $\mu\text{N}/\text{m}^2$.

Max. akustische Verstärkung:
60 dB ohne Verzögerung. 50 dB mit Verzögerung.

Frequenzbereich: 50 bis 9000 Hz \pm 1,5 dB.

Klirrfaktor: weniger als 3%.

Signal-Geräusch-Abstand:
60 dB ohne Verzögerung. 50 dB mit Verzögerung.

Betätigungsschalter 6 Positionen:

1. Unterricht-Einstellung ohne Verzögerungseffekt.
2. 50 Millisekunden Verzögerung.
3. 100 Millisekunden Verzögerung.
4. 150 Millisekunden Verzögerung.
5. 200 Millisekunden Verzögerung.
6. 250 Millisekunden Verzögerung.

Lautstärkereglер: kontinuierlich für Kopfhörer.

Betrieb: 220 V \sim

Material: stoss- und bruchsicherer Cycloc-
Kunststoff-Tragkoffer.

Gewicht: 4,5 Kg.

Zubehör (wird zu jedem Gerät geliefert):

- 1 Lehrer-Mikrophon, Typ CM 1055 SS
- 1 Paar Kopfhörer, komplett mit verstellbarem Boom-Mikrophon-Arm.
- 1 Reinigungsset komplett, Typ CK (8 Endlosbänder mit Reinigungsmittel).

Sonder-Zubehör

- 2 Bandsätze HC 235.
- Reinigungsmittel HC PM.

PHONIC EAR INT. GERMANY

6078 Neu-Isenburg 2 · Am Dreierherrensteinplatz 7