ISSN 0584—9470

C 6068 F

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

dgs

Aus dem Inhalt

Egon Dahlenburg, Bremen
Die Schule für Sprachbehinderte
als Sprachheilpädagogisches Zentrum

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen
Problemfelder und Aufgabenbereiche
der Sprachbehindertenpädagogik im Spiegel einer Meinungsumfrage

Günther Bergmann, Gießen
Vorschläge für eine kontrollierte und standardisierte
Diagnostik des Stotterns

Klaus K. Urban, Hannover
Hörverstehen in der Sprachentwicklung und in der Schule —
Lernprozeß oder Schicksal?

Hans Iwert, Bonn-Oberkassel
25 Jahre »Zentrum für sprachgestörte Kinder und Jugendliche Bonn«

Postverlagsort Hamburg · August 1984 · 29. Jahrgang · Heft 4

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator
Er dient zur Einübung von stimmlosen S-Lauten.

N-Indikator
zur Behebung der Nasalierung bei Schulung von Hörgeschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f_o-Indikator
Der f_o-Indikator oder Grundfrequenz-Anzeiger für Tonhöhenschulung der Stimme, sowie Übung der Intonation.

Einzeltrainer
zur optimalen Hör-Spracherziehung. zur Korrektur von Fehlartikulationen und für den ständig differenzierter werdenden Sprachaufbau bei einer Hörerziehung.

Language-Master
mit dem Tonkarten-System hat für den Bereich des Lernsektors „Sprache" den einmaligen Vorteil, daß es in engem Verbund optisch-visuelle, akustisch-auditive und sprechmotorische Faktoren bei gleichzeitiger Selbsttätigkeit des Schülers berücksichtigt.

Sprachstudienrecorder
Ein Sprachstudien-Kassettenrecorder in professioneller Halbspurtechnik. Aufnahme der Schülerspur bei gleichzeitigem Abhören der Lehrerspur mittels Kopfhörer-Mikrofon-Kombination.

Weitere ausführliche Informationen erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte 8520 Erlangen, Gebbertstraße 125

MH 95/7510 c

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

August 1984 · 29. Jahrgang · Heft 4

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 147—157

Egon Dahlenburg, Bremen

Die Schule für Sprachbehinderte als Sprachheilpädagogisches Zentrum

— Ein erweiterter Tätigkeits- und Erfahrungsbericht —

Zusammenfassung

Die Sprachheilschule in ihrer ursprünglichen Form scheint gegenwärtig ebenso viele Kritiker wie Befürworter zu haben. Am Beispiel einer Bremer Schule für Sprachbehinderte mit angeschlossener Beratungsstelle wird deshalb das Modell eines *Sprachheilpädagogischen Zentrums* vorgestellt, das teilstationäre sowie ambulante Maßnahmen in und außerhalb der Schule für sprachentwicklungsgestörte Kinder anbietet. Im Mittelpunkt steht ein erprobtes Konzept sprachheilpädagogischer Frühförderung. Auf die Wichtigkeit der Institution Sprachheilschule als Ausgangspunkt präventiver und rehabilitativer Hilfen für sprachbehinderte und von Sprachbehinderung bedrohte Kinder und Jugendliche wird hingewiesen.

1. Vorbemerkung

Bremen hat zwei Sprachheilschulen. Beide sind aus Abteilungen der Schule für »Gehör- und Sprachgeschädigte« (Marcusallee) hervorgegangen. Die Schule an der Thomas-Mann-Straße, deren Einzugsgebiet fast 450 000 Menschen in Bremen/Stadt umfaßt und verkehrsgünstig in der Nähe des Bremer Bürgerparkes liegt, blickt in diesem Jahr auf ihr zehnjähriges Bestehen zurück. Anlaß genug, über die bisher geleistete Arbeit Bilanz zu ziehen.

2. Zum Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte

Gegenwärtig besuchen 260 Schüler diese Sprachheilschule, knapp 8 Prozent weniger als im Schuljahr davor. Fast 70 Prozent befinden sich in der zwei- bis vierzügigen Grundschule (einschließlich zwei Vorklassen), der Rest verteilt sich auf Orientierungsstufe und Hauptschule. Insgesamt gibt es 23 Klassenverbände mit zwei Sonderklassen. Mehr als drei Viertel aller neu aufgenommenen Kinder sind Schulanfänger. Der Ausländer-Anteil liegt bei 10 Prozent und entspricht etwa dem Gesamtdurchschnitt der Bremer Schulen. Die Lehrer-Schüler-Relation beträgt zur Zeit fast 1 : 9. 1983 wurden 52 Schüler rückgeschult, vornehmlich nach dem zweiten, vierten und sechsten Schuljahr. Die durchschnittliche Verweildauer in den ersten neun Jahren betrug 2,86 Schuljahre. Von dem Angebot sprachheilpädagogischer Nachsorge machten Eltern sowie aufnehmende Schulen Gebrauch.

Die Schule an der Thomas-Mann-Straße ist nach dem Willen ihrer Mitarbeiter eine *Angebotsschule.* Letztlich entscheiden die Eltern, ob sie ihr Kind der Sprachheilschule anvertrauen und *wann* sie es wieder herausnehmen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Qualität der Arbeit an dieser Schule.

Sprachbehinderte Kinder sind weder »Normalkinder minus Sprache«, noch ist die Sprachheilschule eine »Normalschule plus Sprachtherapie«. Wohldurchdachte Versuche zur integrativen Verbindung von Unterricht und Therapie hat es daher in Fülle gegeben, anfangs aller-

dings unkoordiniert und von der Initiative und Kreativität der einzelnen Klassenlehrer abhängig. Dabei ist die Bedeutung der — gewiß auch heute notwendigen — Einzelförderung in sogenannten Therapiestunden im Laufe der Jahre zurückgetreten zugunsten mehrdimensionaler Therapieprogramme, die zum Teil klassen- und klassenstufenübergreifend — in Gruppen organisiert — durchgeführt werden.

Andeutungsweise hier einige Beispiele in Stichpunkten:

a) Integriertes Handlungsprogramm für Stotterer (Klassen 5 bis 9)

Theater-*Gruppenarbeit* zur allgemeinen Förderung der Bereitschaft und Fähigkeit zum gemeinsamen Handeln in problemorientierten gegenständlich-motorischen und sprachlichen Spielsequenzen (abgestuft von Interaktionsspielen bis zur eigenen Theaterproduktion), zum Teil mit differenzierender Aufgabenstellung (entsprechend den individuellen Fähigkeiten bzw. Störungsformen). Hinzu kommt gegebenenfalls *Einzelarbeit* zur Einübung spezieller Sprech- und Kommunikationshilfen anhand von Situationsbeispielen aus der Gruppenarbeit. Auf die *Zusammenarbeit* mit Bezugspersonen wird Wert gelegt. (A. *Deuse*)

Das Handlungsprogramm für Stotterer ist Teil eines Differenzierungsmodells. Die übrigen Schüler werden in anderen Fördergruppen zusammengefaßt (z.B. Abbau von Teilleistungsstörungen — LRS u.a.).

b) Technischer Werkunterricht unter Berücksichtigung sprachbehindertenpädagogischer Gesichtspunkte für Klassen 8/9 (K. *Beer*):

— Koordinierung und Effektivierung grob- und feinmotorischer Bewegungsabläufe
— Verursachung und Stabilisierung von Sprechanlässen
— Strukturierung und Sensibilisierung der Kommunikation/Kooperation
— Sprachhandlungserschließung der begrifflichen Ebene
— Konkretisierung von Sprachelementen/Erfahrungsbewertungen zur ansatzweisen Formulierung eigener ausbildungsbezogener Perspektiven

Schrittweise Realisierung dieser Ziele durch »Unterricht am anderen Ort« (Ausbildungswerkstatt der Universität Bremen) und hochmotivierende Aufgabenstellungen mit steigendem Schwierigkeitsgrad (genormte Stahlwürfel, Zeichenbrett mit Klemmhalterung, Grill, Tischlergestellsäge, verschiedene Fahrradformen, Windenergiekonverter).

c) Sprachtherapeutisches Figurenspiel (Unterstufe)

Auswahl der Figurenart (Fingerpuppe, Tischfigur, Sockenfigur, Marionette, Stockfigur, Tuchfigur, Körperpuppe, Klappmalfigur) nach Entwicklungsalter, Art und Grad der (Sprach-)Behinderung sowie der individuellen Persönlichkeitsstruktur der Schüler. Entwickelt und gefördert werden (nach I. *Gajwesky):*

— Grob- und Feinmotorik (pantomimischer Ausdruck)
— Visuelle und auditive Wahrnehmung; Koordination von Sinneseindrücken und Bewegung
— Sozialverhalten und Konfliktbewältigung; Hebung des Selbstwertgefühls
— Kreativität, aber auch Konzentration und Durchhaltevermögen
— Steigerung der Kommunikationsfähigkeit (Spontanes Sprechen, Verbesserung der Artikulations- und Ausdrucksfähigkeit, Sprechen in Belastungssituationen, Sprechanreiz für sprechscheue Kinder, Modulationsfähigkeit der Stimme und angemessener Stimmeinsatz).

d) Differenzierungsmodell für das dritte Schuljahr

Sprachtherapeutischer Unterricht unter Einbeziehung lernschwacher Schüler. Die Zusammenfassung der Klassen 3a, 3b und der So-Klasse 3c (insgesamt 30 Schüler) zu zwei Klassenverbänden macht eine weitgehende Differenzierung durch die dritte Lehrkraft

möglich. Die Zuordnung der Schüler zu neun Kleingruppen (zum Teil Wechselgruppen) richtet sich nach dem individuellen Förderbedarf. Bereiche: Training der Sensomotorik und Konzentration, Sprachtherapie differenziert nach Störungsarten, Lese-Rechtschreibförderung, Abbau weiterer Teilleistungsstörungen, aber auch Defizitausgleich in Mathematik. Einzelförderung nur in Ausnahmefällen. Der Versuch ist für die Dauer von zwei Schuljahren angelegt. (J. *Diekmeyer-Richter/* A. *Storck/* R. *Wünderlich)*

e) Ineinandergreifende Sprach- und Bewegungsförderung im Anfangsunterricht (nach B. *Kleinert-Molitor)*

Realisation einer psychomotorisch orientierten Sprachförderung, die themengebunden (Rahmenbehandlungen, auch Lehrplaninhalte) über vorwiegend spielerisch organisierte Lernprozesse Aufbau und Entfaltung kindlichen Sprachhandelns anstrebt. In einem Dreischritt wird eine Dynamisierung der Sprachförderanteile intendiert:

1. Sprachbegleitende Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung
2. Begegnung von Bewegungs- und Sprachhandeln
3. Bewegungsbegleitende Sprachförderung

(Konzeption auch für den Frühförderbereich geeignet.)

f) Mehrdimensionales Therapieprogramm für Vorklassen

24 schulpflichtige, aber noch nicht schulreife sprachbehinderte Kinder erhalten therapieimmanenten Unterricht unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte: Sensomotorisches Training, rhythmisch-musikalische Erziehung, Sonderturnen, bildnerisches Gestalten, Spieltherapie und allgemeine Sprachförderung. Zusätzlich sprachheilpädagogische Gruppen- und Einzeltherapie, die sich an Lehrplanvorgaben orientiert. Zur Verfügung stehen zwei Sozialpädagoginnen und ein Sprachheillehrer mit zehn Wochenstunden. Ausgeprägte Teamarbeit ohne spezielle Aufgabenabgrenzung. (D. *Fichtner)*

g) Zusatzangebot für Schüler des ersten und zweiten Schuljahres (acht Klassenverbände) durch Ausnutzung der Möglichkeiten des HSA-Sprachlabors (W. *Willker)*:

- — Auditive Wahrnehmungsförderung (z.B. Lautdiskrimination oder Sprachverständnisübungen)
- — Artikulationstraining (erhöhte Eigen- und Fremdkontrolle)
- — Sicherung des Sprachaufbaus (z.B. Satzmuster)
- — Unterstützung des Leselernprozesses (auditive Anteile) bzw. Leseförderung
- — Rechtschreibförderung (individuelles Schreibtempo)
- — Stottertherapie (Abbau der Sprechangst durch akustische Abschirmung)

Die Arbeit im Sprachlabor liegt in einer Hand. Ständige Kooperation mit dem Klassenlehrer.

Die Öffentlichkeit in Bremen beurteilt die Arbeit der Sprachheilschule weniger nach ihrer »Problematik« als nach ihren Ergebnissen, die nicht zuletzt auch durch vielfältige Formen der Eltern(mit)arbeit positiv beeinflußt werden. Interessant in diesem Zusammenhang ist eine von der Universität Bremen 1982 an unserer Schule durchgeführte Untersuchung — hier nur ein kurzer Hinweis — über »Die Sprachheilschule im Spiegel des Elternurteils«, die in einer wissenschaftlichen Hausarbeit ausgewertet wurde (H. *Ehlert*). Immerhin 87,5 Prozent beteiligten sich an der Elternumfrage, die neben vielen Beantwortungsmöglichkeiten auf 18 Fragen auch ausreichend Raum für Anregungen, Kritik und Wünsche bot.

»Das Meinungsbild der Eltern spiegelt eine überwiegend positive Haltung wider, die in diesem Ausmaß ... überrascht« ... »Eine Schule, die das sprachbehinderte Kind in seiner Gesamtentwicklung fördert, ihm zu einer normalen Sprache verhilft, sein Selbstbewußtsein aufbaut, ist für Eltern eine gute Schule ...« Aufgrund des Untersuchungsergebnisses kommt die Verfasserin zu dem Schluß, daß nicht »die Auflösung der Sonderschule« (Sprachheilschule), son-

dern »die Verhinderung von Sonderschulbedürftigkeit« als naheliegendes Ziel angestrebt werden sollte, und zwar durch gezielte Maßnahmen »zur Früherkennung, Frühförderung und integrativen Früherziehung in der Vorschulzeit«.

3. *Aufbau der Beratungsstelle für Sprachbehinderte*

Die ständig steigende Schülerzahl in den Anfangsjahren machte Initiativen der Sprachheilschule im ambulanten Bereich notwendig, zumal die phoniatrisch-logopädische Kompetenz in Bremen/Stadt bis heute unterrepräsentiert ist. Der Schule wurde eine Beratungsstelle mit Ambulatorium angeschlossen. Hinzu kamen im Laufe der Zeit 15 Außenstellen fast ausschließlich in Grundschulen, verteilt auf das gesamte Stadtgebiet. Für diesen Zweck stehen gegenwärtig 130 Wochenstunden (≙ fünf Planstellen) zur Verfügung, die zur Zeit von 25 Sprachheillehrern der Schule im Rahmen ihres Hauptamtes geleistet werden.

Ursprünglich war die Beratungsstelle nur für die ambulante Versorgung von sprachauffälligen Kindern und Jugendlichen anderer Schularten vorgesehen. Auch Auszubildende und Studierende wurden berücksichtigt. Ebenfalls gab es für erwachsene Stotterer und Aphasiker in dringenden Fällen Hilfe. Die durch verbesserte Erfassung immer mehr angewachsene Zahl sprachbehinderter Schulanfänger bewirkte allmählich eine Schwerpunktverlagerung in den Vorschulbereich. Diese Aufgabenstellung geht davon aus, daß

— 90 Prozent aller Sprachstörungen im Zeitraum des Spracherwerbs auftreten,
— etwa 75 Prozent der Sprachentwicklungsverzögerten zumindest leichtgradige Hirnfunktionsstörungen aufweisen,
— sprachauffällige Schulanfänger in besonderem Maße von Teilleistungsstörungen — wie z.B. die Lese-Rechtschreibschwäche — bedroht sind,
— sich manifestierende Sprachentwicklungsstörungen zu Lernschwächen, emotionaler Beziehungsstörung und sozialer Fehlentwicklung führen können.

In den zehn Jahren ihres Bestehens hat die Schule an der Thomas-Mann-Straße für die sprachheilpädagogische *Frühförderung* folgendes Organisationsmodell entwickelt:

3.1. Ambulatorium für sprachauffällige Kinder

Ambulante Hilfen für Kinder vom fünften Lebensjahr an — teilweise auch früher — werden hier vornehmlich in Form von Einzeltherapie angeboten. Die Zentrale Beratungsstelle der Sprachheilschule führt diese Maßnahmen an zwei Nachmittagen durch, in den Außenstellen einmal wöchentlich. Ziel ist die möglichst vollständige Beseitigung von Sprachentwicklungsstörungen *vor* Schuleintritt. Angebote dieser Art gibt es in vielen Bundesländern.

Versucht wird gegenwärtig eine Therapieform mit einer Kleingruppe von sprachentwicklungsgestörten Fünfjährigen, die eine andere Qualität anstrebt als (die didaktisch aufbereitete Zusammenlegung von) Einzelbehandlungen herkömmlicher Art.

Diese Gruppentherapie soll sein (nach W. *Willker)*

— spielerisch organisiert (Sprachspiel statt Sprechübung, keine künstliche Lernsituation),
— ganzheitlich orientiert (Förderung auch der sprachtragenden Funktionen, Abbau von Sprechscheu eher möglich),
— in kindliche Sprachfelder integriert (Handlungsfelder aus der Umwelt des Kindes, Bewältigung überwiegend im Rollenspiel) und
— dialogisch konzipiert (Ziel ist das Miteinander-Sprechen-*Können.* Abbau der Diskrepanz zwischen Übungs- und Spontansprache).

Abgesehen von der Konzeption hat diese Lösung den Vorteil, daß sie kontinuierlich weitergeführt werden kann, auch wenn mal ein Kind der Gruppe z.B. durch Krankheit verhindert ist. Bei Einzelbehandlung muß nach unseren Erfahrungen durchschnittlich mit einer Ausfallquote von 8 Prozent gerechnet werden.

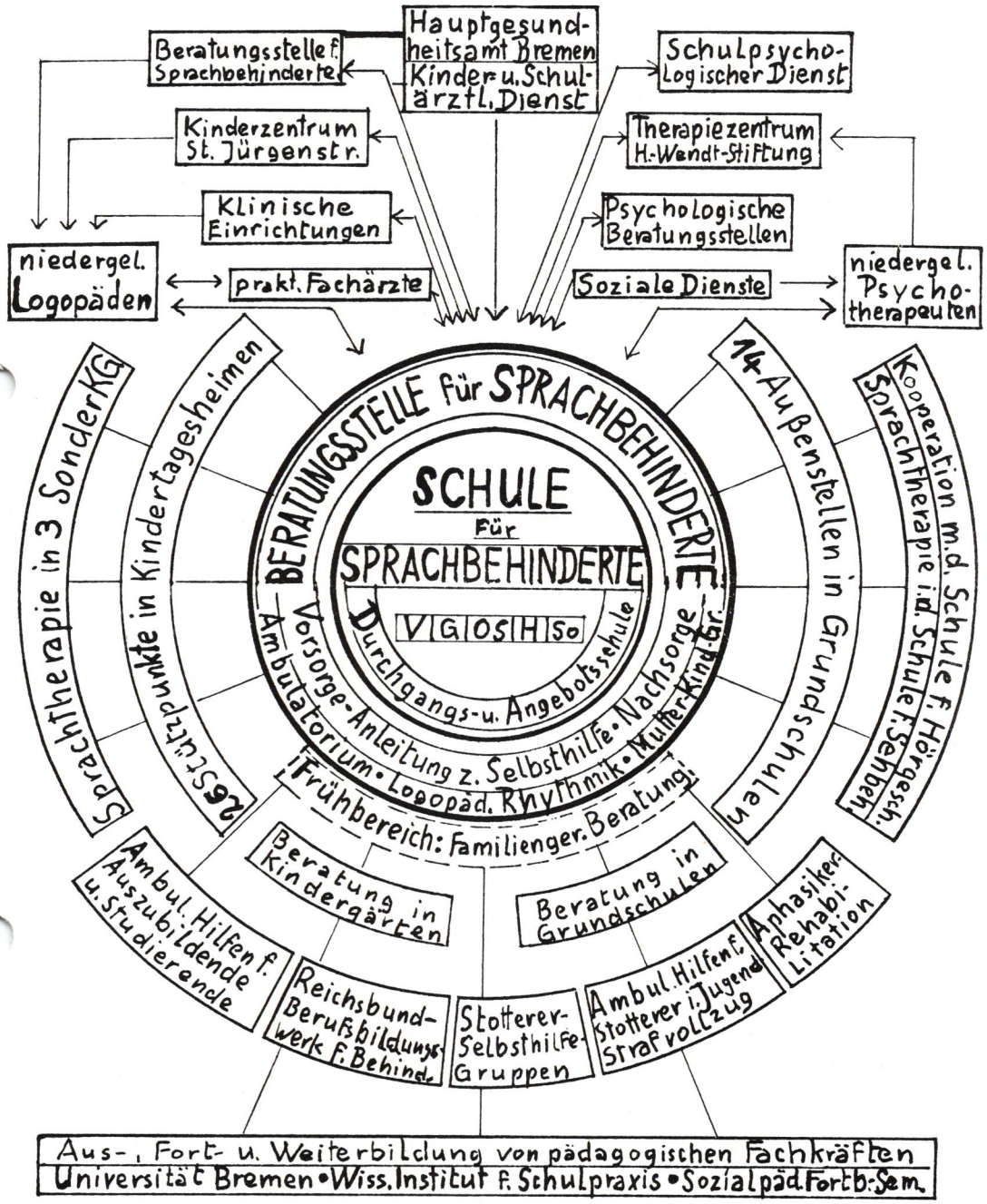


Abbildung 1: Die Schule für Sprachbehinderte als Sprachheilpädagogisches Zentrum (am Beispiel der Sprachheilschule an der Thomas-Mann-Straße, Bremen)

3.2. Beratung und Sprachtherapie in Bremer Kindergärten

Gegenwärtig werden 26 Kindertagesheime sprachheilpädagogisch betreut, die fast die Hälfte aller Vorschulkinder erfassen. Als Therapieform wird die Gruppenbehandlung bevorzugt. Sie beinhaltet ein sensomotorisches Training, Übungen zum Sprachaufbau und zur Sprechfertigkeit und orientiert sich an den Themenkreisen der Kindergartenarbeit. Großer Wert wird auf Elternberatung sowie Anleitung der Erzieher gelegt, die sprachheilpädagogische Übungsphasen in ihr Handlungsprogramm aufnehmen. Gezielte Einzeltherapie erhalten Kinder, für die diese Hilfen nicht ausreichen und die unmittelbar vor der Einschulung stehen. Notwendige Lautanbildung kann auch vor Beginn der Gruppenbehandlung durchgeführt werden.

Durch gemeinsame Mitarbeiterkonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen wird die Kooperation mit dem Sprachheillehrer gewährleistet. Das vom Jugendamt Bremen getragene Vorschulprogramm bemüht sich in besonderem Maße auch um Kinder von ausländischen Arbeitnehmern und aus sozial randständigen Familien. Sprachauffällige Kinder aus bisher nicht versorgten Vorschuleinrichtungen, bzw. die (noch) keinen Kindergarten besuchen, haben die Möglichkeit, die Beratungsstelle der Sprachheilschule bzw. einer ihrer Außenstellen in Anspruch zu nehmen.

Sprachheilkindergärten gibt es in Bremen nicht. Allerdings können schwer sprachbehinderte Kinder frei gewordene Kapazitäten im Hörgeschädigten-Kindergarten in Anspruch nehmen, und zwar in besonderen Gruppen. Körper- und geistigbehinderte Kinder werden in Sonderkindergärten bzw. Integrationsgruppen sprachtherapeutisch gefördert.

3.3. Gruppentherapie für Drei- und Vierjährige

Eine mehrdimensionale Einzeltherapie für sprachentwicklungsverzögerte Kinder vor Eintritt in einen Kindergarten ist sehr zeit- und personalaufwendig und nach unserer Meinung auch nicht wünschenswert. Deshalb verfolgt die Beratungsstelle ein ganzheitlich-sprachheilpädagogisches Konzept (K. *Deuse),* kurz und nicht ganz treffend »Logopädische Rhythmik« genannt. Gemeint ist eine Gruppentherapie, die zunächst schwerpunktmäßig Übungen aus dem Bereich der Sensomotorik einsetzt, um der Sprachheillehrerin diagnostische Hinweise zu ermöglichen für ein kombiniertes Training von Wahrnehmungs-, Sprach-, Denk- und Bewegungsfunktionen.

Übungen dieser Art werden nicht isoliert angeboten, sondern sind in Spielaufgaben eingebettet, die den Kindern Spaß machen und einen möglichst engen Bezug zum sprachlichen Umfeld des Kindes anstreben. Gleichzeitig soll die emotionale und soziale Entwicklung angeregt werden. Informations- und Beratungsgespräche mit den Eltern sind Bestandteil des Therapieprogramms.

Ähnlich arbeiten die Mutter-Kind-Gruppen in unserer Beratungsstelle, und zwar mit psychomotorischem Schwerpunkt und motopädagogischem Ansatz (M. *Graf).* Kinder und Mütter — und manchmal auch Väter — werden in die Gruppenarbeit miteinbezogen. Übungen zur Sprachanbahnung stehen stets in Verbindung mit Musik und Bewegung. Einfache Kinderverse, Spiellieder, Fingerspiele, Kreis- und Rollenspiele gehören ebenfalls dazu. Am Ende der Stunde wird gemeinsam überlegt, wie und in welchem Umfange die Eltern Übungen und Spiele zu Hause fortsetzen können. Auf Wunsch werden auch Hausbesuche vereinbart.

Gegenwärtig bestehen für die »Logopädische Rhythmik« sechs Gruppen mit je acht bis zehn Kindern und drei Mutter-Kind-Gruppen mit je sechs bis acht Kindern, die einmal in der Woche nachmittags in der Sprachheilschule zusammenkommen. Ziel dieser Bemühungen ist es, eine verzögerte, gestörte bzw. stagnierende Sprachentwicklung durch Förderung aller sprachtragenden Funktionen positiv zu beeinflussen und die Kinder gleichzeitig für eine gezielte und effektive Einzeltherapie vorzubereiten, falls diese später noch notwendig sein sollte. Vorteile der Gruppentherapie liegen hauptsächlich darin, daß gruppenspezifische Akti-

vitäten in diesem Alter stärkeren Aufforderungscharakter haben, kommunikationsbelebend wirken und von den Kindern weniger belastend empfunden werden als eine auf zwei Personen beschränkte Therapeut-Kind-Interaktion.

Selbstverständlich können auch Fünf- bis Sechsjährige von der »Logopädischen Rhythmik« profitieren, besonders dann, wenn sie verspätet gemeldet werden und ihr Entwicklungsalter geringer einzuschätzen ist. Zum anderen ist es auch jederzeit möglich, die Gruppe wieder zu verlassen, wenn der Entwicklungsrückstand aufgeholt ist. Lediglich die Mutter-Kind-Gruppen richten sich nach einem festen Zeitplan, der für Dreijährige ein Jahr, für ältere Kinder wenigstens ein halbes Jahr vorsieht.

Bei rechtzeitiger Erfassung sieht unsere Planung vor, daß Kinder nach einjähriger sprachheilpädagogischer Frühförderung mit vier Jahren in einen Kindergarten aufgenommen werden. Die Sprachtherapie wird ausgesetzt, die weitere Sprachentwicklung des Kindes aber im Auge behalten. Im Jahr vor Schuleintritt ist dann zu prüfen, ob Einzelmaßnahmen noch erforderlich sind. Bei Aufnahme in ein Kindertagesheim *mit* sprachheilpädagogischer Versorgung kann die dort angebotene Gruppentherapie in Anspruch genommen werden.

In den neun Gruppen können jährlich bis zu 120 Kinder erfaßt werden. Diese Kapazität wird künftig nicht mehr ausreichen.

3.4. Initiativen im Frühbereich

Zunehmend werden in der Beratungsstelle der Sprachheilschule auch Zweijährige vorgestellt, die entweder gar nicht oder nur wenige Wörter sprechen. Die Ausnutzung der »sensiblen Phase« (Bereitschaftsperiode des Gehirns für den Spracherwerb — eineinhalb bis drei Jahre) legt Frühmaßnahmen nahe. Deshalb haben wir damit begonnen, einige dieser Kinder bei erkennbarer Gruppenfähigkeit in die »Logopädische Rhythmik« aufzunehmen. In den übrigen Fällen wird eine familiengerichtete Beratung versucht, die bei kritischer Einschätzung noch keineswegs befriedigend erscheint. Gezielte Hinweise ohne Berücksichtigung der Familiensituation, des Erziehungsstils der Eltern sowie der Entwicklungsbedingungen des Kindes genügen nicht. (Über Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Eltern und Sprachheilpädagogen innerhalb der Frühförderung wird zu einem späteren Zeitpunkt ausführlich Stellung genommen.)

Aus Angaben der Eltern zur Anamnese wissen wir, daß viele sprachentwicklungsverzögerte Kinder mit zwei, nicht selten auch mit drei Jahren kaum sprachen. Die meisten von ihnen konnten — mit oder ohne unsere Hilfe — den Sprachrückstand im Kindergartenalter aufholen. Der Zeitpunkt für eine sichere Diagnose der Sprachentwicklungsbehinderung, und zwar ohne erkennbare organische Ursache, ist ohnehin noch umstritten. Prinzipien der Frühförderung von Sinnesgeschädigten und Körperbehinderten sind deshalb nicht ohne weiteres auf sprachliche Entwicklungsstörungen übertragbar. Jede unangemessene oder vielleicht unnötige Frühmaßnahme kann — nicht nur aus pädagogischer Sicht — auch negative Auswirkungen für Kind und Eltern haben, wenn die Gefahr einer »Überdiagnose« nicht auszuschließen ist. Manchmal können auch Verhaltensauffälligkeiten der Kleinkinder Untersuchungsergebnisse beeinflussen. Nicht zuletzt würde die relativ große Zahl von nicht bzw. wenig sprechenden Zweijährigen einen materiellen wie personellen Aufwand erfordern, der zumindest fragwürdig ist.

In diesem Zusammenhang ein Hinweis: Innerhalb der Elternberatung scheint sich ein neuer Trend abzuzeichnen. Aufgrund der vielfältigen Informationsquellen sind Erziehungsberechtigte mehr und mehr sensibilisiert worden, der altersgemäßen Entwicklung ihrer Kinder besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei haben unterschiedliche Aussagen in Teilbereichen, wie z.B. die Einschätzung von Sprachentwicklungsstörungen in verschiedenen Altersstufen, zur Verunsicherung Anlaß gegeben. Um aber ihrem Kinde und auch sich selbst

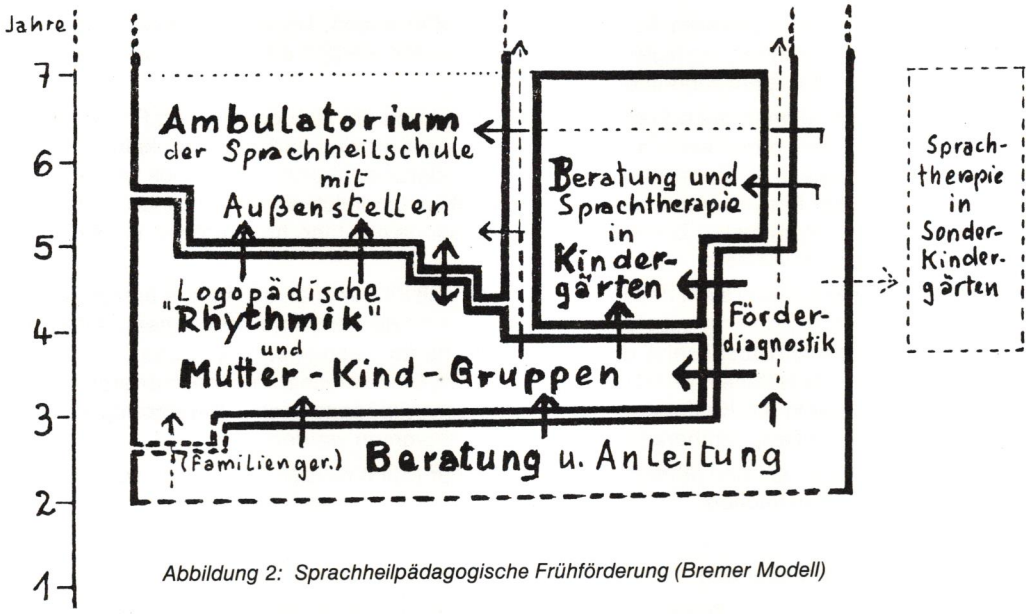


Abbildung 2: Sprachheilpädagogische Frühförderung (Bremer Modell)

Belastungen und vielleicht Aufregungen zu ersparen, sind Eltern dennoch immer weniger bereit, von »Spezialist zu Spezialist« zu eilen, was obendrein auch (Fahrt-)Kosten verursacht.

Der Beratungsstellenleiter registriert daher zunehmend Anrufe von Müttern und Vätern, die fernmündlich um Auskunft und Beratung bitten, bevor sie ihr Kind zur Begutachtung vorstellen. Vielleicht ist es ein Ausdruck unserer Zeit, aber wir müssen uns (als Mitarbeiter des öffentlichen *Dienstes)* den Erfordernissen einer sprachheilpädagogischen *Telefonvorsorge* stellen. Bei aller Fragwürdigkeit eines solchen Unterfangens zeigt sich immerhin, daß Eltern gern diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, den »Schutz der Anonymität« zu schätzen wissen, sich nach dem manchmal ausführlichen Gespräch »beruhigt« fühlen und gegebenenfalls Angebote unsererseits annehmen. Bei etwa einem Drittel dieser Beratungen wurde deutlich, daß Maßnahmen — vorerst — nicht angezeigt erschienen.

3.5. Zum Verhältnis von sprachheilpädagogischer Diagnose und Therapie

Die Einleitung therapeutischer Maßnahmen erfolgt in der Zentralen Beratungsstelle auf folgende Weise: Nach telefonischer Anmeldung erhalten die Eltern kurzfristig in der Sprachheilschule einen Vorstellungstermin. Zwei Vormittage und ein Nachmittag wöchentlich (in Spitzenzeiten auch drei Vormittage) stehen für diesen Zweck zur Verfügung. Der Beratungsstellenleiter versucht, sich ein Bild über die Gesamtpersönlichkeit des Kindes zu machen, ermittelt einen sprachheilpädagogischen Befund und erfaßt ihm wichtig erscheinende anamnestische Daten. Er verläßt sich nach Möglichkeit auf die Ergebnisse der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und veranlaßt bei Verdacht auf Sprachverständnisstörungen oder anderen medizinisch relevanten Auffälligkeiten eine fachärztliche Untersuchung. Für Kinder mit psychischen Entwicklungsstörungen wird auch fachpsychologische Hilfe in Anspruch genommen.

Sinn dieser Kurzdiagnose ist es, festzustellen, ob eine Beratung, wiederholte Elternanleitung oder sprachtherapeutische Maßnahmen in Frage kommen. Im letzteren Falle prüft er, ob »Logopädische Rhythmik« oder Einzelbehandlung sinnvoll erscheint, gegebenenfalls auch beides kombiniert. Er überlegt, ob die Therapie dringlich ist und bei welchem Kollegen gerade dieses Kind am besten aufgehoben wäre. Aus Kapazitätsgründen leitet er gelegentlich auch

Sprachheilbehandlungen auf Kassenbasis ein, wenn eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Diese wird dann einem freien Mitarbeiter der Beratungsstelle übertragen, gegebenenfalls auch einer niedergelassenen Logopädin.

Jede Form der Sprachtherapie ist gleichzeitig mit einer fortschreitenden Diagnose und Verlaufsbeobachtung verbunden und erfordert flexible Therapieplanung. Bei einer nicht unbegründeten Skepsis gegenüber zeitaufwendigen sprachdiagnostischen Test- und *Sieb*verfahren sowie Entwicklungs*gittern,* die zumeist noch von verschiedenen, dem Kinde fremden Fachleuten in ungewohnten Situationen durchgeführt werden, gelegentlich auch noch in Anwesenheit protokollierender Beobachter, wird einer länger angelegten »Spieldiagnose« im Sinne einer Förderdiagnostik innerhalb der Therapie-Maßnahmen der Vorzug gegeben. Der Kreis der in Qualifikation und praktischer Erfahrung »gleichrangigen« Mitarbeiter macht diese Verfahrensweise möglich.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Die unserer sprachheilpädagogischen Beratungsstelle zugeführten Kinder sind nur teilweise identisch mit dem »Patientengut« einer phoniatrischen Klinik. Risiko-Kinder bzw. mehrfachbehinderte Kinder mit schweren Körper- und/oder Sinnesschädigungen werden uns in der Regel nicht vorgestellt. Demgegenüber müssen wir uns allein verantwortlich fühlen für den relativ großen Kreis der Kinder mit überwiegend soziokulturell bedingten Sprachentwicklungsstörungen, die nicht selten ziemlich hartnäckig sind.

»Bei Mangel an sprachlicher Anregung ist in der Regel eine phoniatrisch-logopädische Behandlung nicht erforderlich« (Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen, S. 18). Gemeint sind Mängel im sprachlichen Umfeld des Kindes, wie mangelnde sprachliche Anregung, schlechte sprachliche Vorbilder, auch Mehrsprachigkeit. In besonderem Maße trifft dieser Befund für Kinder aus sozial schwachen Familien sowie für Ausländerkinder zu. Da Störungen dieser Art häufig von weiteren Teilleistungsschwächen und einer Allgemeinretardation begleitet sind, ist eine frühzeitige Erfassung und kontinuierliche Förderung dringend notwendig. Jeder Praktiker weiß, mit wieviel Schwierigkeiten die Realisierung verbunden ist.

Dem Beratungsstellenleiter werden jährlich mehr als 500 sprachauffällige Kinder vorgestellt, zwei Drittel davon sind aus dem Vorschulbereich, in zunehmendem Maße Drei- und Vierjährige. In den Außenstellen und Kindergärten wird fast die gleiche Anzahl erfaßt.

4. Hinweise zur Organisation eines Sprachheilpädagogischen Zentrums

Die Funktionstüchtigkeit einer so vielfältigen Organisationsform erfordert Teamarbeit, vor allem in der Leitung. In Bremen hat sich folgende Lösung bewährt, die vielleicht Entwicklungstendenzen andeutet:

Der Rektor der Schule sieht einen Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der Beratungsstelle und Ambulanz. Er ist verantwortlich für die Erfassung, Begutachtung, Beratung und Anleitung (auf Wunsch auch in sprachheilpädagogisch bisher nicht versorgten Grundschulen und Vorschuleinrichtungen), Vor- und Nachsorge, für die Einleitung der zur Auswahl stehenden (sprach-) therapeutischen Maßnahmen sowie für Aufnahmeverfahren der Sprachheilschule. Er wird unterstützt von drei Mitarbeitern, die die Arbeit in der Zentralen Beratungsstelle und in den Außenstellen organisieren sowie die Beratung und Sprachtherapie in den Kindertagesheimen koordinieren. Erworbene Zusatzqualifikationen (eine Motopädagogin, zwei staatlich anerkannte Logopäden) erleichtern die Zusammenarbeit mit Institutionen und Kostenträgern (z.B. Krankenkassen).

Der Konrektor sieht vornehmlich seine Aufgabe in der Organisation und Gestaltung der Unterrichtsarbeit. Ihm zur Seite stehen drei vom Kollegium gewählte »Stufensprecher« für Grundschule, Orientierungsstufe und Hauptschule, die pädagogisch wie therapeutisch spezielle Anliegen ihres Wirkungsbereiches vertreten. Für die Bewältigung ihrer Aufgaben stehen den

insgesamt sechs Mitarbeitern der Schulleitung lediglich eine bis zwei Verwaltungsstunden innerhalb ihrer Pflichtstundenzahl zur Verfügung.

Schule und Beratungsstelle werden als Einheit gesehen. Durch Unterrichtsverpflichtungen wird darauf geachtet, daß alle in der Ambulanz tätigen Kollegen den von ihnen gewünschten Kontakt zur Stammschule behalten. Auch die Personalunion von Schul- und Beratungsstellenleiter (Einsparung von Funktionsstellen!) hat Vorteile und hilft Zeit, Arbeitsaufwand und Wege sparen. Nicht zuletzt erleichtert diese vielleicht hierarchisch anmutende Organisationsform eine möglichst einheitliche Konzeption, zentrale Erfassung, aufgabenbezogene Personalauswahl und flexiblen Personaleinsatz, rationelle Ausnutzung spezieller Raumkapazitäten und vorhandener Lern- und Therapie-Mittel, ökonomischen Verwaltungseinsatz sowie eine Koordination der Öffentlichkeitsarbeit und der interdisziplinären Zusammenarbeit (vgl. »Bremer Sprachheilführer«).

An dieser Stelle eine Bemerkung: Die Arbeit in den Außenstellen und in den Kindertagesheimen erfordert — gemessen an unseren Ansprüchen — ein hohes Maß an Erfahrung, Einfühlungsvermögen und Selbständigkeit. Berufsanfänger und ABM-Kräfte fühlen sich in der Regel überfordert.

5. Schlußbemerkung

Die vielschichtige Arbeit der Beratungsstelle, vor allem aber das hier vorgetragene »Bremer Modell sprachheilpädagogischer Frühförderung« ist — wenngleich nur Minimalprogramm unter Berücksichtigung vorhandener Mittel — eine pragmatische Lösung auf regionaler Ebene, vielleicht aber auch mehr. Denn wir bemühen uns um flächendeckende und in zunehmendem Maße auch bedarfsdeckende (sprach-)therapeutische Versorgung, versuchen Gesichtspunkte der Effizienz mit dem Fassungsvermögen und der Belastbarkeit des Kindes verschiedener Altersstufen in Einklang zu bringen, berücksichtigen sozial benachteiligte sowie ausländische Kinder und bieten den Erziehungsberechtigten sogar Alternativen, aber auch zumutbare Wege, vertretbare zeitliche Inanspruchnahme und unbürokratische Hilfe an. Auf eine angemessene Mitarbeit der Eltern wird Wert gelegt.

Aufgrund unserer Bemühungen im Vorschul- und Grundschulbereich wird die Schülerzahl der Sprachheilschule weiterhin zurückgehen. Die Überkapazität an Sprachheillehrern (Beamte!) benötigt dringend die Beratungsstelle. Aber auch nach mehrjähriger intensiver Frühförderung wird immer noch eine Gruppe von Kindern übrigbleiben, für die *ambulante* Maßnahmen nicht ausreichen. Die Aufnahme in eine teilstationäre Einrichtung, die schritthaltende Beschulung *und* Abbau der Behinderungen gewährleistet, muß ins Auge gefaßt werden. Solange Integrationsmodelle in therapeutischer Hinsicht für sprachbehinderte Schüler kaum mehr zu bieten haben als ambulante Hilfen während der Unterrichtszeit, kann auf die Institution Sprachbehindertenschule in der Konzeption eines Sprachheilpädagogischen Zentrums nicht verzichtet werden.

Aufgabe der Grundschule ist es daher nicht, sprachheilschulbedürftige Kinder als *Behinderte* zu akzeptieren und mit ihren Mitteln bestmöglich zu fördern, sie sollte vielmehr — unter Berücksichtigung des Elternwunsches — die Verantwortung *zeitweilig* an die Sprachheilschule delegieren, die mit ihren Möglichkeiten die Chance hat, sprachliche *Behinderungen aufzuheben.*

Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (Hrsg.): Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. 3. Auflage. Essen 1981.

Beer, K., Deuse, A., Deuse, K., Diekmeyer-Richter, J., Fichtner, D., Gajewsky, I., Graf, M., Kleinert-Molitor, B., Storck, A., Willker, W., und Wünderlich, R.: Beiträge zur Arbeit in der Schule und Beratungsstelle für Sprachbehinderte in Bremen. Manuskripte (1983/84).

Biesalski, P., und Frank, F. (Hrsg.): Phoniatrie — Pädaudiologie. Stuttgart/New York 1982.
Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 111—120.
Dahlenburg, E.: Sprachheilpädagogische Frühförderung in Bremen. Manuskript. Redebeitrag auf dem 28. Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.: Das behinderte Kind in der Rehabilitation. Münster 1983 (Tagungsbericht in Vorbereitung).
Ehlert, H.: Die Sprachheilarbeit im Spiegel des Elternurteils. Wiss. Hausarbeit (unveröff.). Universität Bremen 1983.
Grohnfeldt, M.: Standortanalyse und Aufgabenstellung der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 129—143.
Kleinert-Molitor, B., und Willker, W.: Bremer Sprachheilführer, 2. Auflage. Bremen: asf 1981.
Speck, O., und Warnke, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. München/Basel 1983.
Teumer, J.: Ein Projekt zur Früherfassung sprachgestörter Kinder und seine Folgen. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 233—241.

Anschrift des Verfassers:
Egon Dahlenburg, Sonderschulrektor, Schule und Beratungsstelle für Sprachbehinderte, Thomas-Mann-Straße 8, 2800 Bremen 1.

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 157—166

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Problemfelder und Aufgabenbereiche der Sprachbehindertenpädagogik im Spiegel einer Meinungsumfrage

Zusammenfassung

Bei einer demoskopischen Umfrage zum Stand und der Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik wurden die Leiter der Sprachbehindertenschulen in der Bundesrepublik und West-Berlin angeschrieben. Die Auswertung der Daten ergab schwerpunktmäßige Problemfelder, die auf das Konzept der Sprachbehindertenschule zurückzuführen sind. Lösungsmöglichkeiten und zukünftige Aufgabenstellungen werden in einer Auswertung der Handlungsfelder von Sprachbehindertenpädagogen über den schulischen Bereich sowie einer Strukturänderung der Sprachbehindertenschule durch ihre interdisziplinäre Öffnung gesehen. Zur weiterreichenden Diskussion der Ergebnisse erfolgt eine Bezugnahme auf aktuelle Fragestellungen in der Sonderpädagogik.

1. Problemstellung

Das heutige System der Sprachbehindertenpädagogik kann sich auf keine konsistente Theorie berufen. Es ist vorwiegend aufgrund der praktischen Anforderungen historisch gewachsen und in seinen jeweiligen Erscheinungsbildern je nach den unterschiedlichen regionalen Bedingungen der einzelnen Bundesländer spezifiziert.

Folgt man der von *Orthmann* (1980) vorgenommenen Einteilung des Sprachgeschädigtenwesens in eine Gründungsphase (bis 1918), Aufbauphase (1918 bis 1945) und Ausbauphase (ab 1945), so ist bei diesem Ausbau im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Prosperität und politischen Grundsatzentscheidungen im letzten Jahrzehnt ein geradezu sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Dabei erfolgte eine Zentrierung auf die Sprachbehindertenschule: von 41 Schulen im Jahre 1970 *(Thorwarth/Wiechmann* 1970) auf 165 Schulen im Jahre 1982.

Geschah dies im Gefolge einer Lösung klassischer Probleme der Sprachbehindertenpädagogik (z.B. der Verbindung von Unterricht und Therapie in der Sprachbehindertenschule)? Traten neue Probleme in den Vordergrund, die im allgemeinen bildungspolitischen Rahmen zunehmend diskutiert werden (z.B. sinkende Schülerzahlen)? Welchen Stellenwert nehmen Handlungsfelder im außerschulischen Rahmen ein?

Derartige und weitere Fragen gewinnen vor dem Hintergrund der in letzter Zeit beobachteten »Institutionenkrise der Sonderschule« (*Bleidick* 1982, S. 890) aktuelle Bedeutung. Zur genaueren Einschätzung wesentlicher Problemfelder bei der Arbeit mit sprachgestörten Kindern wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt, um ein Meinungsspektrum über die gegenwärtigen Schwierigkeiten und zukünftigen Aufgabenstellungen in der Sprachbehindertenpädagogik zu erhalten.

2. *Durchführung der Untersuchung*

Die Erhebung der Daten erfolgte im Januar/Februar 1983. Angeschrieben wurden 165 Leiter von Sprachbehindertenschulen in der Bundesrepublik und West-Berlin. Der neueste Stand an Einrichtungen für Sprachbehinderte war zuvor über die Landesgruppenvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. erfragt worden.

Von den zurückgesandten Fragebogen konnten 137 ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 83 Prozent. Den betreffenden Sonderschulleitern möchte ich herzlich danken. Sie haben sich nicht nur in ungewöhnlich hoher Anzahl an der Untersuchung beteiligt, sondern teilweise durch ausführliche Kommentare den Erfolg der Erhebung unterstützt.

Die Konstruktion des Fragebogens war darauf ausgerichtet, Problemfelder

— der Sprachbehindertenschule (z.B. Unterricht und Therapie, Durchgangsschule)
— und allgemeine Fragen der Sprachbehindertenpädagogik (z.B. Diagnose, Therapie)
— aus dem derzeitigen bildungspolitischen Rahmen (z.B. steigender Anteil der Ausländerkinder)

anzusprechen. Dabei wurden die Fragenkomplexe zur aktuellen Problematik und zukünftigen Aufgabenstellung indirekt oder direkt aufeinander bezogen (z.B. Frage 1.1 und 2.5). — Darüber hinaus wurden Angaben zum Stand und der Entwicklung der betreffenden Schule (Schülerzahl, Schweregrad der Störungsphänomene) sowie einige Personaldaten der Sonderschulleiter (Alter, Geschlechtszugehörigkeit, Jahr der Sonderschullehrerprüfung) erbeten, um Untergruppen bei der Antwortverteilung bilden zu können.

Die Auswertung der Fragebogen bezog sich zunächst auf Häufigkeitsverteilungen. Zur Mittelwertbildung wurden die Kategorien

»trifft zu«	mit der Punktzahl 5
»trifft überwiegend zu«	mit der Punktzahl 4
»neutral«	mit der Punktzahl 3
»trifft weniger zu«	mit der Punktzahl 2
»trifft nicht zu«	mit der Punktzahl 1

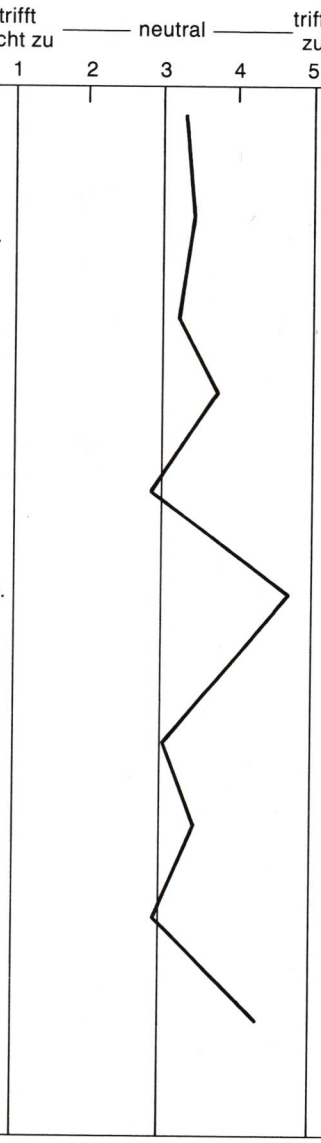
belegt. Die Signifikanzprüfungen wurden mit dem Chi-Quadrat-Verfahren durchgeführt.

3. *Darstellung der Ergebnisse*

Generell ist bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse zu beachten, daß wie bei jeder demoskopischen Erhebung

— die Auswahl und Vorgabe der Fragen auch bei neutraler Formulierung die Beantwortung der angesprochenen Personen zu beeinflussen vermag,

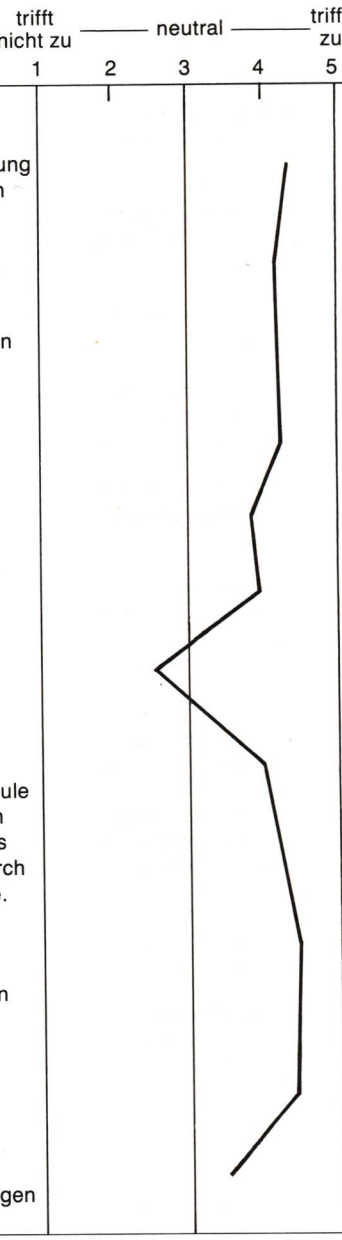
Tabelle 1: Beantwortung der Frage:
»Welche aktuellen Probleme der Sprachbehindertenpädagogik halten Sie für besonders gravierend?«



		$\bar{X}$	p
1.1.	Die Verbindung von Unterricht und Therapie (»Dualismus«) in der Sprachbehindertenschule ist letztlich ungelöst.	3,30	s
1.2.	Die Sprachbehindertenpädagogik hat sich traditionell stark auf ihre schulischen Aufgabengebiete konzentriert.	3,42	ss
1.3.	In letzter Zeit ist eine vermehrte Rivalität zur Logopädie festzustellen.	3,20	
1.4.	Die diagnostische Abgrenzung zur »Normalität« oder anderen Störungsformen (z. B. Lernbehinderungen) ist häufig noch recht ungenau.	3,72	sss
1.5.	Die therapeutischen Möglichkeiten zur Beeinflussung der Störungsformen sind nicht gezielt genug.	2,88	
1.6.	Bei psychosozialen Problemen der Schüler (z. B. bei vielen Stotterern) reicht der schulische Rahmen nicht immer aus, um bei der Therapie Verursachungsmomente in der Familie hinreichend zu berücksichtigen.	4,69	sss
1.7.	Die sinkenden Schülerzahlen wirken sich auch in der Sprachbehindertenschule aus.	3,02	
1.8.	Der allgemein geringer werdende finanzielle Spielraum nimmt zunehmend Einfluß auf Institutionen der Sprachbehindertenpädagogik.	3,46	s
1.9.	Der zunehmende Anteil von Ausländerkindern wirkt sich auf das Aufgabengebiet der Sprachbehindertenpädagogik aus.	2,94	
1.10.	Die Förderung sprachbehinderter Kinder mit Lernschwächen (Mehrfachbehinderungen) wird aufgrund des Selbstverständnisses der Sprachbehindertenschule als Durchgangseinrichtung erschwert.	4,26	sss

$\bar{X}$ — Mittelwert
p — Signifikanzniveau; s = $p<0,05$; ss = $p<0,01$; sss = $p<0,001$

Tabelle 2: Beantwortung der Frage:
»Welche zukünftigen Aufgabenstellungen stellen sich für die Sprachbehindertenpädagogik in besonderem Maße?«



		$\bar{X}$	p
Es müßte ...			
2.1.	... eine weitere Verbesserung der Frühförderung durch behinderungsspezifische Einrichtungen (z. B. Sprachheilkindergärten) erfolgen.	4,33	sss
2.2.	... ein vermehrter Ausbau der Frühförderung, durch behinderungsübergreifende Einrichtungen (z. B. Frühpädagogische Stationen) erfolgen, um bessere Möglichkeiten für eine mehrdimensionale Diagnose und Therapie zu bieten.	4,17	sss
2.3.	... die Erforschung besserer diagnostischer Verfahren vorangetrieben werden.	4,22	sss
2.4.	... die sprachtherapeutische Qualifikation verbessert werden.	3,82	sss
2.5.	... nach einer besseren Verbindung von Unterricht und Therapie gesucht werden.	3,92	sss
2.6.	... ein weiterer Ausbau des Sprachheil*schul*wesens nach traditionellem Vorbild erfolgen.	2,57	s
2.7.	... zur Effizienzsteigerung eine Strukturänderung der Sprachbehindertenschule durch interdisziplinäre Öffnung (Mitarbeit von Psychologen, Sozialarbeitern, eventuell eines Arztes) angestrebt werden, die langfristig durch entsprechende Planstellen abzusichern wäre.	3,99	sss
2.8.	... das Aufgabenfeld der Sprachbehindertenpädagogik durch ein verstärktes Engagement im außerschulischen Bereich (familiengerichtete Aktivitäten, Elternberatung) erweitert werden.	4,44	sss
2.9.	... eine vermehrte öffentlichkeitswirksame Darstellung des eigenen Faches erfolgen.	4,41	sss
2.10.	... verstärkt auf Bemühungen zur schulorganisatorischen Integration eingegangen werden.	3,51	s

$\bar{X}$ — Mittelwert
p — Signifikanzniveau; s = $p<0,05$; ss = $p<0,01$; sss = $p<0,001$

— durch die Beschränkung auf einen bestimmten Adressatenkreis (hier: Sonderschulleiter) Standesinteressen prinzipiell nicht ausgeschlossen werden können.

Von daher handelt es sich nicht um Tatsachenaussagen, sondern um Einstellungen einer ausgewählten Personengruppe zu bestimmten vorgegebenen Fragestellungen.

Im weiteren soll zunächst eine Darstellung der wesentlichen Ergebnisse erfolgen, die dann ihm Rahmen einer übergreifenden Diskussion (siehe Kapitel 4) zueinander in Beziehung gesetzt werden.

Die Belege teilen sich auf in

— aktuelle Probleme der Sprachbehindertenpädagogik (siehe Tabelle 1),
— zukünftige Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik (siehe Tabelle 2).

Darüber hinaus wurden einige Angaben zur Situation der betreffenden Schule erbeten (siehe Tabelle 3). Von den dabei erhobenen Daten werden hier aus Platzgründen nur diejenigen dargestellt, die für die übergreifende Interpretation von Bedeutung sind. Die Größe der Schule ($\leqslant$ 100 Schüler) sowie das Alter, die Geschlechtszugehörigkeit sowie das Jahr der fachpädagogischen Prüfung der Sonderschulleiter hatten keine wesentliche unterscheidende Funktion. Es zeigte sich ein hohes Maß an Übereinstimmung bei einem Vergleich der einzelnen Substichproben.

Tabelle 3: Angaben zur Situation an Schulen für Sprachbehinderte

		n	%
Die Schülerzahlen sind im Vergleich zu den letzten Jahren	— eher abnehmend	18	13,1
	— ungefähr gleichbleibend	66	48,2
	— eher zunehmend	43	31,4
	— keine Antwort	10	7,3
Die Störungsbilder der zur Zeit aufgenommenen Kinder sind im Vergleich zu früher	— eher leichter	1	0,7
	— ungefähr gleichbleibend	53	38,7
	— eher schwerwiegender	73	53,3
	— keine Antwort	10	7,3

Eine erste Übersicht der Ergebnisse zeigt folgendes Meinungsspektrum der Sonderschulleiter:

(1) *Aktuelle Probleme* werden vorwiegend darin gesehen, daß

— bei psychosozialen Schwierigkeiten der Schüler (z.B. bei vielen Stotterern) der schulische Rahmen nicht ausreicht, um bei der Therapie Verursachungsmomente in der Familie hinreichend zu berücksichtigen,
— die Förderung sprachbehinderter Kinder mit Lernschwächen (Mehrfachbehinderungen) aufgrund des Selbstverständnisses der Sprachbehindertenschule als Durchgangseinrichtung erschwert wird.

Gleichzeitig mit diesen Kritikpunkten wird von den befragten Sonderschulleitern angegeben, daß die Sprachbehindertenpädagogik sich bisher stark auf ihre schulischen Aufgabengebiete konzentriert hat. Weiterhin werden Fragen der diagnostischen Abgrenzung sowie die Verbindung von Unterricht und Therapie (»Dualismus«) als letztlich ungelöst angesehen. Der sinkende finanzielle Spielraum wird — bei recht uneinheitlicher Beantwortung — überwiegend beklagt.

Die anderen Items zeigen keine signifikanten Abweichungen vom theoretischen Mittelwert $\overline{X} = 3$. Dies muß nicht bedeuten, daß hier keine Probleme vorliegen. Gerade bei den genannten Fragestellungen liegt ein ungewöhnlich hohes Maß an Streuung vor, so daß hier für einzelne Schulen durchaus gravierende Schwierigkeiten auftreten können. Hinter dieser hohen Varianzbreite können sich regionale Besonderheiten (z.B. Logopädenkonkurrenz, Ausländerproblematik), aber auch spezifische Probleme ver-

bergen, wie die von vielen Sonderschulleitern vermerkten Schwierigkeiten bei der Stottertherapie.

(2) An *zukünftigen Aufgabenstellungen* wird herausgestellt, daß

— ein weiterer Ausbau der Frühförderung erfolgen sollte. Dies wird sowohl auf behinderungsspezifische Einrichtungen als auch auf behinderungsübergreifende Institutionen nach dem Vorbild der »Frühpädagogischen Stationen« (*Speck* 1980) bezogen;

— das Aufgabenfeld der Sprachbehindertenpädagogik durch ein verstärktes Engagement im außerschulischen Bereich (familiengerichtete Aktivitäten, Elternberatung . . .) erweitert werden sollte;

— eine vermehrte öffentlichkeitswirksame Darstellung des eigenen Faches erfolgen müßte;

— gezieltere Verfahren zur Diagnostik und Therapie sowie eine bessere Verbindung von Unterricht und Therapie gesucht werden müßten. Dies entspricht den oben aufgezeigten Problemfeldern.

Interessant ist die Beantwortung hinsichtlich der Zukunft der Sprachbehindertenschule:

— Ein weiterer Ausbau an Sprachbehindertenschulen nach traditionellem Vorbild wird nicht befürwortet. Diese Antwortverteilung gewinnt dann zusätzliches Gewicht, wenn man den Adressatenkreis (Sonderschulleiter) berücksichtigt.

— Dafür wird eine Strukturänderung der Sprachbehindertenschule zur Effizienzsteigerung durch interdisziplinäre Öffnung (hauptamtliche Mitarbeit von Psychologen, Sozialarbeitern, evtl. eines Arztes) als zukunftweisend angesehen.

— Uneinheitlich ist die Beantwortung hinsichtlich einer schulorganisatorischen Integration. Hinter der knappen Befürwortung ($p = 0{,}052$) steht eine Vielzahl an Kommentaren, die eine polare Ausrichtung der Meinungsvielfalt dokumentiert.

(3) Zur *Situation der Sprachbehindertenschulen* wird genannt, daß

— die Schülerzahlen in den letzen Jahren gleichbleibend oder sogar steigend sind (siehe auch Frage 1.7). Dabei muß jedoch beachtet werden, daß gerade im Jahre 1982 viele Schulen neu gegründet wurden, die naturgemäß expandieren. Trotzdem sind diese Angaben angesichts sinkender Schülerzahlen im Grundschulbereich bemerkenswert. Offensichtlich spielen hier Fragen der Erfassung und des diagnostischen Selbstverständnisses eine Rolle.

— hinsichtlich des Schweregrades bei den zur Zeit aufgenommenen sprachbehinderten Kindern ein steigender Anteil weiterreichender Störungsformen zu konstatieren ist. Als mögliche Gründe werden somatische Ursachen (z.B. Defektheilungen nach Risikogeburten), soziokulturelle Faktoren im gesellschaftlichen Kontext (z. B. milieureaktive Störungen) und organisatorische Auswirkungen (z. B. wirksamere Früherfassung; Grundschulen halten Kinder zurück, um nicht aufgelöst zu werden) genannt.

Die hier geäußerten Beobachtungen und Vermutungen entsprechen dem Eindruck des Verfassers. Andererseits sollte bedacht werden, daß bereits *Wiechmann* (1975) und *Braun* (1975) auf den hohen Anteil an mehrfachbehinderten Kindern in Sprachbehindertenschulen verwiesen haben. Sich überlagernde Störungsbilder mit unterschiedlich starken Auswirkungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen gehören — und gehörten — offensichtlich zum primären Problembereich der Sprachbehindertenschule.

4. Übergreifende Interpretation der Ergebnisse

Die bisher dargestellten Belege lassen einheitliche Hintergründe erkennen, die sich zu einer Struktur verdichten. Es gilt, die erhobenen Daten inhaltlich zueinander in Beziehung zu setzen, um ein Netz gegenseitiger Abhängigkeiten aufzuzeigen.

Geht man auf die bei der Konstruktion des Fragebogens zugrunde gelegten Problemfelder zurück (siehe Kapitel 2), so zeigt sich zunächst, daß allgemeine Themenstellungen der Bildungspolitik (z.B. sinkende Schülerzahlen, Anteil der Ausländerkinder ...) in der Sprachbehindertenpädagogik bisher offensichtlich (noch?) kein überregionales Problem darstellen. Im zweiten Themenkomplex, der sich vorwiegend auf diagnostische und therapeutische Fragestellungen bezieht, werden Schwierigkeiten angegeben, die als Forschungs- und Ausbildungsaufgaben ernst genommen werden sollten. *Die wesentlichen Probleme und Aufgaben konzentrieren sich jedoch eindeutig auf Fragen, die mit der Sprachbehindertenschule zusammenhängen.* Die jahrzehntelang bekannte »Problematik der Sprachheilschule« (*Hansen* 1929) ist offensichtlich weiterhin ungelöst, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, daß sie in letzter Zeit durch einen vermehrten Anteil an langdauernden, komplexen Behinderungsformen verschärft wird.

Die Ursache dieser Problematik hängt letztlich mit dem Konzept der Sprachheilschule zusammen, die von einem fiktiven Schüler ausgeht, der »nur« sprachgestört ist und »geheilt« werden soll. Durch diesen im Begriff »Sprach-heil-pädagogik« ausgewiesenen Anspruch wird »nomenklatorisch eine Konfliktsituation fast vorprogrammiert« (*Orthmann* 1980, S. 83). Eine derartige Organisationsform, die außer in Deutschland im internationalen Vergleich übrigens recht selten ist (*Grohnfeldt* 1983), ist mit prinzipiellen Schwierigkeiten verbunden, da sie den Bedürfnissen eines in seinen personalen und sozialen Bezügen (sprach-)behinderten Kindes nur ansatzweise bzw. nur unter bestimmten organisatorischen und personellen Bedingungen entgegenkommt. Die Aussagen der Sonderschulleiter sind hier eindeutig. Die wesentlichsten Problemfelder bestehen darin, daß psychosoziale Schwierigkeiten der Schüler im schulischen Rahmen kaum aufgearbeitet werden können und die Förderung sprachbehinderter Kinder mit Lernschwächen durch das Selbstverständnis der Sprachbehindertenschule als Durchgangseinrichtung erschwert wird.

Welche Lösungsmöglichkeiten dieser Problematik lassen sich aus den Antworten der Sonderschulleiter hinsichtlich der zukünftigen Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik ablesen? Generell kristallisieren sich zwei Wege heraus: Zum einen wird empfohlen, über den rein schulischen Bereich hinauszugehen, zum anderen wird für eine Strukturänderung der Sprachbehindertenschule plädiert.

— Die Ausweitung und Akzentuierung des Aufgabengebietes der Sprachbehindertenpädagogik wird zunächst durch den *hohen Stellenwert der Frühförderung im Rahmen des Gesamtkonzeptes* betont. Frühförderung kann dabei in behinderungsspezifischen Einrichtungen als schulorganisatorisches Modell wie z.B. in Baden-Württemberg (*Orthmann* 1978) erfolgen, andererseits aber auch in behinderungsübergreifenden Institutionen bei interdisziplinärer Ausrichtung und unterschiedlicher Teilträgerschaft sowie einer bewußten Abkoppelung vom schulischen Bezugsrahmen (*Arbeitsstelle Frühförderung, Institut für Sonderpädagogik der Universität München* 1982). Die jeweilige Verwirklichung wird sich nach den regionalen Bedingungen richten. Unabhängig davon bleibt jedoch festzuhalten, daß die in der Literatur geforderte »präventive Sonderpädagogik« (*Sander* 1982, *Grohnfeldt* 1983) durch die Aussagen der Sonderschulleiter gestützt wird.

  Darüber hinaus wird die *Bedeutung der Elternberatung und familiengerichteter Aktivitäten* im außerschulischen Bereich herausgestellt. Diese Forderung steht sicher im Zusammenhang mit den oben aufgezeigten schulorganisatorischen Grenzen der Beeinflussung bei psychosozialen Problemen der Kinder. Möglichkeiten der Realisierung, die z.B. durch das Konzept der mobilen Dienste zur Veränderung der verbalen Mutter-Kind-Interaktion von *Motsch* (1981) für die Schweiz aufgezeigt werden (dazu: *Grohnfeldt* 1983 a), setzen aber letztlich vollkommen geänderte institutionelle Rahmenbedingungen voraus und müßten bei konsequenter Umsetzung eine Neugestaltung des Sprachgeschädigtenwesens in der Bundesrepublik zur Folge haben.

— Hinsichtlich der Zukunft der Sprachbehindertenschule wird für *eine qualitative Verbesserung statt für einen primär quantitativen Ausbau nach traditionellem Vorbild* gestimmt. Bei der Deutung dieser Einstellung werden zwei sich überlagernde Ursachenbündel bedeutsam: einerseits spricht aus den Antworten, daß in den letzten Jahren in vielen Fällen — abgesehen von einigen unterversorgten vorwiegend ländlichen Regionen — ein flächendeckendes System von Sprachbehindertenschulen geschaffen werden konnte, andererseits läßt sich auch eine gewisse Unzufriedenheit ablesen, da zur Effizienzsteigerung eine Strukturänderung für nötig befunden wird.

Eine Einordnung dieser Befunde in einen weiteren Interpretationsrahmen verweist darauf, daß zur Lösung der in den letzten Jahren auch in anderen sonderpädagogischen Sparten festgestellten »Legitimationskrise der Sonderschule« (*Wocken* 1982, S. 637) weniger Möglichkeiten einer schulorganisatorischen Integration angesprochen werden als vielmehr die Optimierung einer vorgegebenen Sonderschulart unter Beibehaltung der Separierung. [1]

Die dabei angesprochene interdisziplinäre Öffnung der Sprachbehindertenschule durch die hauptamtliche Mitarbeit von Psychologen und Sozialarbeitern ist im Kontext der genannten Problemfelder psychosozialer Verursachungsmomente durchaus folgerichtig, da bei einem derartigen Ansatz die Hoffnung besteht, der Mehrdimensionalität der Störungen besser gerecht zu werden sowie die Elternarbeit auch auf den außerschulischen Bereich auszudehnen. Derartige Ansätze, deren Finanzierung zumeist auf Träger der Sozialhilfe und Krankenversicherung zurückgreift, werden in der Praxis bereits mit gutem Erfolg realisiert (*Schaar/Wappes* 1981) und in der Literatur gefordert (*Dirnberger* 1973) — der Verfasser schließt sich hier ein (*Grohnfeldt* 1983).

Andererseits darf nicht übersehen werden, daß Interdisziplinarität zu einer »Schimäre« (*Schlee* 1982) werden kann, wenn sie Alibifunktionen ausübt und der Übernahme persönlicher Verantwortung entgegenwirkt. Zudem beschränkt sich die Zusammenarbeit von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen aufgrund der unterschiedlichen Sichtweise und paradigmatischen Bezugnahme häufig auf additive Konzepte. Darüber hinaus besteht die Gefahr von Standesinteressen und Führungsrivalitäten (*Bach* 1976).

Welche Rolle hätte überhaupt der Sprachbehindertenpädagoge in einem derartigen Verbundsystem? Diese Frage stellt sich hier ebenso wie bei der Frühförderung, die letztlich auf interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen ist. Die Forderung nach einem kooperativen Arbeits- und Forschungsverbund geht davon aus, daß sich die beteiligten Wissenschaftsdisziplinen als gleichrangig und partnerschaftlich im Sinne von *Nachbardisziplinen* verstehen. Dies steht dem häufig genannten Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als *Integrationswissenschaft* entgegen. Die dadurch notwendig werdende neue Standortbestimmung steht in der Gefahr, daß aus einer unsicheren, labilen und vorrangig auf die Schule bezogenen Identität bei der Suche nach einer neuen Identität diese ganz verlorengeht.

5. *Stellungnahme und Ausblick*

Die durch den Fragebogen erfaßten Problemfelder und Aufgabenschwerpunkte konzentrieren sich im Meinungsbild der Sonderschulleiter vorwiegend auf die institutionellen Rahmenbedingungen bei der Arbeit mit sprachbehinderten Kindern. Die Kritik richtet sich dabei direkt oder indirekt auf Fragestellungen, die mit der Konzeption der Sprachbehindertenschule zusammenhängen und die Sprachbehindertenpädagogik seit ihrem Bestehen begleiten bzw. als »strukturelle Aufbaukrise ... von Anfang an gegeben« (*Orthmann* 1980, S. 82) sind. Die derzeitige Situation läßt sich dabei als *Aporie* kennzeichnen: einerseits ist die Schule zentrale

[1] Es wäre interessant, derartige Fragestellungen unterschiedlichen Personengruppen vorzulegen. Durch die Begrenzung auf einen Adressatenkreis (Sonderschulleiter) können gerade hier Einzelinteressen naturgemäß nicht ausgeschlossen werden.

Institution der Sprachbehindertenpädagogik, andererseits ist sie auch ihr zentrales Problemfeld. Es erscheint dabei nicht ausgeschlossen, daß die Existenz der Sprachbehindertenpädagogik geradezu schicksalhaft mit der Sprachbehindertenschule verknüpft ist, da im außerschulischen Bereich sprachtherapeutische Arbeit traditionell durch eine Vielzahl anderer Berufsgruppen geleistet wird.

Die Zentrierung auf die Sonderschule und ihre gleichzeitige kritische Hinterfragung ist jedoch kein Problem der Sprachbehindertenpädagogik allein. *Sander* (1982, S. 124) spricht von einer »Befreiung der Sonderpädagogik von der Sonderschulpädagogik«[2], *Iben* (1982, S. 12) benennt als »heilpädagogische Perspektiven jenseits der Sonderschulen«[3] die Bereiche der Prävention, Integration und nachgehenden Hilfen, und *Speck* (1982) konstatiert in dem Zusammenhang Stagnationserscheinungen. »Durch eine einseitige Bindung an die Sonderschullehrerbildung verengen sich für die Sonderpädagogik die Möglichkeiten ihrer Entfaltung als wissenschaftliches Fach« (*Speck* 1982, S. 154). In der dabei geforderten »Wende der Sonderpädagogik« (*Speck* 1982, S. 145)[4] werden Perspektiven aufgezeigt, das Anwendungsgebiet spezieller Pädagogik nicht ausschließlich auf bestimmte Sonderinstitutionen zu beschränken.

Derartige Gedankengänge sind auch im Rahmen der Sprachbehindertenpädagogik von aktuellem Interesse (*Grohnfeldt* 1983). Sie decken sich weitgehend mit den in der vorliegenden Untersuchung geäußerten Vorstellungen der Sonderschulleiter hinsichtlich zukünftiger Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik. Im Hinblick auf die Belange eines sprachgestörten bzw. sprachentwicklungsgefährdeten Kindes erscheint es sinnvoll, die Arbeit nicht nur auf den schulischen Bereich zu beschränken und zugunsten einer präventiven Sonderpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der psychsozialen Situation des Kindes und seiner Familie neu zu akzentuieren. Das schulische und außerschulische Arbeitsfeld haben sich dabei zu ergänzen. Die Sprachbehindertenschule hat eine Legitimation, wenn sie im Rahmen eines flexiblen Systems der Beschulung für Schülergruppen mit unterschiedlichen Schweregraden der Behinderung mehr als die Regelschule leisten kann. Strukturänderungen durch eine interdisziplinäre Öffnung und die hauptamtliche Mitarbeit von Psychologen und Sozialarbeitern könnten hier wegweisend sein. Damit sind jedoch nicht nur Fragen der wissenschaftstheoretischen Standortbestimmung, sondern auch der praktischen und politischen Umsetzung verbunden.

Literatur

Arbeitsstelle Frühförderung, Institut für Sonderpädagogik der Universität München (Hrsg.): Pädagogische Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. München 1982.

Bach, H.: Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen. Z. Heilpäd. 27 (1976), S. 248—251.

Bleidick, U.: Literatur zur gemeinsamen Unterrichtung behinderter und nichtbehinderter Kinder. Z. Heilpäd. 33 (1982), S. 890—902.

Braun, O.: Verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte im Unterricht der Sprachbehindertenschule. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 51—62.

Braun, O.: Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 135—142.

---

[2] Referat auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGFE) am 22. und 23. März 1982 in Regensburg zum Thema »Veränderung, Ausweitung oder Ende der Sonderpädagogik?«.

[3] Referat auf der 18. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 12. bis 14. Oktober 1982 in Würzburg.

[4] Vortrag anläßlich des 30jährigen Bestehens des Sonderpädagogischen Studiums in Rheinland-Pfalz am 8. Februar 1982 in Mainz.

Carstens, H.: Untersuchungen zur verbalen Interaktion in der Schule für Sprachbehinderte. Frankfurt a. M. 1981.
Dirnberger, W.: Entwicklung, Stand und Neugestaltung des Sprachheilschulwesens in Deutschland. Hannover 1973.
Grohnfeldt, M.: Die Bedeutung sozio- und psycholinguistischer Aspekte im Rahmen einer integrierten Kommunikationsforschung bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 21 (1976), S. 105—115.
Grohnfeldt, M.: Zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Disziplin. Z. Heilpäd. 32 (1981), S. 425—429.
Grohnfeldt, M.: Behinderungsbegriff und Modellbildung in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse unter besonderer Berücksichtigung des Paradigmakonzepts. Z. Heilpäd. 33 (1982), S. 789—802.
Grohnfeldt, M.: Behinderte und entwicklungsauffällige Kinder in der Sicht der klinischen Sozialpädiatrie und pädagogischen Frühförderung. Z. Heilpäd. 33 (1982a), S. 811—820.
Grohnfeldt, M.: Standortanalyse und Aufgabenstellungen der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 129—143.
Grohnfeldt, M.: Frühförderung sprachentwicklungsgestörter Kinder durch Beeinflussung der verbalen Mutter-Kind-Interaktion? Sprache — Stimme — Gehör 7 (1983), S. 27—31.
Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle 1929.
Iben, G.: Heilpädagogische Perspektiven jenseits der Sonderschulen. In: Klein, G./Möckel, A./Thalhammer, M. (Hrsg.): Heilpädagogische Perspektiven in Erziehungsfeldern. Rheinstetten 1982, S. 12—19.
Kleber, E.W.: Über die Notwendigkeit präventiver Sonderpädagogik in der Ausbildung von Grundschullehrern, begründet durch Charakteristika des Arbeits- und Lernverhaltens von Schulversagern. In: Sander, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik in der Regelschule. Berlin 1976, S. 181—196.
Motsch, H.-J.: Veränderungen verbaler Mutter-Kind-Interaktionen bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern. Manuskript 1981.
Orthmann, W.: Früherfassung und Frühbetreuung sprachbehinderter Kinder in Baden-Württemberg — Bericht über ein schulorganisatorisches Modell. Die Sprachheilarbeit 23 (1978), S. 86—95.
Orthmann, W.: Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, Gerda/Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 7. Berlin 1980, S. 67—91.
Sander, A.: Die Ausweitung der Sonderpädagogik und ihre Konsequenzen für die Ausbildung der Sonderschullehrer. Z. Heilpäd. 27 (1976), S. 289—294.
Sander, A.: Die Befreiung der Sonderpädagogik von der Sonderschulpädagogik. Sonderpädagogik 12 (1982), S. 124—130.
Schaar, W./Wappes, O.: Rehabilitation Sprachbehinderter in der teilstationären Einrichtung »Tagesstätte«. In: Fries, A. (Hrsg.): Empirische Untersuchungen zum Lern- und Leistungsverhalten und zur Persönlichkeitsstruktur sprachbehinderter Kinder — Konsequenzen für eine Rehabilitation Sprachbehinderter in der teilstationären Einrichtung »Tagesstätte«. Eigenverlag Maria-Stern-Schule Würzburg 1981, S. 84—88.
Schlee, J.: Über die Schimäre der Interdisziplinarität. In: Klein, G./Möckel, A./Thalhammer, M. (Hrsg.): Heilpädagogische Perspektiven in Erziehungsfeldern. Rheinstetten 1982, S. 233—237.
Speck, O.: Pädagogische Frühförderung behinderter Kinder unter den Aspekten der Regionalisierung und Interdisziplinarität. Rehabilitation 19 (1980), S. 102—106.
Speck, O.: Wende der Sonderpädagogik. Sonderpädagogik 12 (1982), S. 145—157.
Thorwarth, H./Wiechmann, J.: Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Hamburg 1970.
Wiechmann, J.: Mehrfachbehinderte an Sonderschulen. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 95—96.
Wocken, H.: Didaktische Leitideen der Schule für Sprachbehinderte. Ein Beitrag zur Theorie der Sonderschule. Z. Heilpäd. 33 (1982), S. 637—647.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Postfach 680, 7410 Reutlingen.

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 167—176

Günther Bergmann, Gießen

Vorschläge für eine kontrollierte und standardisierte Diagnostik des Stotterns

Zusammenfassung

Um Therapieerfolgskontrollen und Therapievergleiche durchführen zu können, wird ein standardisiertes Vorgehen in der Diagnostik des Stotterns empfohlen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer objektiven Erfassung der Sprechunflüssigkeit. Über die Auswertungsmethode hinaus werden Standard-Sprechsituationen vorgeschlagen, die den Gesichtspunkt der Validität der diagnostischen Erfassung berücksichtigen. Besondere Bedeutung wird einer zeitökonomischen Diagnostik beigemessen, um einen anwendbaren Kompromiß zwischen wissenschaftlicher Exaktheit und den Anforderungen des Praktikers zu erzielen.

1. Einleitung

Auf die Notwendigkeit, objektive Verfahren in der Diagnostik des Stotterns einzusetzen, wurde auch in dieser Zeitschrift wiederholt hingewiesen (z.B. *Zerbin* 1973, *Mückenhoff* 1977). Diese Notwendigkeit ergibt sich vor allem aus der Tatsache, daß Therapieerfolge gerade in der Therapie des Stotterns kontrolliert werden müssen. Eindrucksurteile des Therapeuten, wie z.B. »Das Stottern hat sich deutlich gebessert«, reichen in keiner Weise aus. Es gibt keine Sprachstörung, bei der das Angebot unterschiedlicher Therapiemethoden so umfangreich und gleichzeitig unübersichtlich ist. Außer durch eine theoretische Klärung von Therapiezielen (*Bergmann* 1982) ist dieser unbefriedigende Zustand nur zu überwinden, indem die Erfolge verschiedener Methoden miteinander verglichen werden.

Zwar kann man sich von einem solchen Methodenvergleich keine eindeutige Empfehlung erhoffen, daß diese oder jene Methode das eindeutig erfolgreichste Verfahren ist. Zumindest aber müßte es möglich sein, klar unterlegene, eventuell kontraindizierte Verfahren zu identifizieren. Ein solcher Vergleich setzt ein Mindestmaß an vergleichbaren Daten voraus. Gegenstand der Kontroverse ist dabei, welche Daten erhoben werden sollten, d.h., welche Daten zur Beurteilung eines Therapieerfolges relevant sind. Die Beantwortung dieser Frage hängt selbstverständlich von der Feststellung der Therapieziele und damit von der persönlichen Orientierung des Therapeuten ab (ein guter Überblick über kontroverse Therapieziele und Erfassungsmethoden in *Gregory* 1979). Ohne auf diese Kontroverse einzugehen, werden Vorschläge für ein pragmatisches Vorgehen hinsichtlich der Diagnostik des Stotterns unterbreitet.

Vergleichbarkeit von Daten setzt erstens quantifizierende Erfassungsmethoden voraus. Diese Beschränkung bedeutet nicht, daß eine qualitative Diagnostik, wie z.B. Familienanamnese und Exploration der persönlichen Problemlage, als weniger wichtig angesehen wird. Dies kann, wie auch differentialdiagnostische Überlegungen, lediglich hier nicht abgehandelt werden. Quantifizierende Erfassungsmethoden müssen zweitens der Forderung nach Validität genügen, d.h., daß gemessene Ergebnisse nicht nur für die eine Situation ihrer Erfassung selbst gelten sollen, sondern auch verallgemeinerbar sind auf das Kommunikationsverhalten des Klienten im Alltag. Um sich dieser Forderung anzunähern, werden verschiedene Sprechsituationen für die diagnostische Erfassung vorgeschlagen. Drittens können Therapieerfolgsmessungen nur dann verglichen werden, wenn die Bedingungen der Messungen annähernd vergleichbar sind. Zum Zwecke einer Standardisierung solcher Bedingungen werden eine Reihe von Standard-Sprechsituationen beschrieben sowie auch Einflußfaktoren in den äußeren Bedingungen der Datenerhebung analysiert. Schließlich soll mit diesen Vorschlägen zu

den drei genannten Problembereichen besonders der Tatsache Rechnung getragen werden, daß eine diagnostische Erfassung auch in zeitökonomischer Weise erfolgen muß.

2. Definition des Stotterns

Eine standardisierte Diagnostik des Stotterns setzt einen Minimalkonsens darüber voraus, was Stottern ist. Da ätiologische Bestimmungen umstritten sind, ist es sinnvoll, sich am Erscheinungsbild des Stotterns zu orientieren. Dafür kommt zunächst die Symptomatik im engeren Sinne, also die Sprechunflüssigkeit, in Betracht. Es wäre jedoch unangemessen, den Symptombereich auf die Sprechunflüssigkeit zu begrenzen. Stottern ist ohne Zweifel als eine Kommunikationsstörung im komplexeren Sinne anzusehen, ohne daß sogleich ätiologische Gesichtspunkte dabei mitformuliert werden müssen (*Stäcker, Bergmann* und *Kriebel* 1982, *Krause* 1981). Allerdings sind in diesem Bereich quantifizierende Erfassungsmethoden noch problematischer. Zum Zwecke der Definition des Stotterns soll sich hier an dem Vorschlag von *Wingate* (1964) orientiert werden. Die dreiteilige »Standard-Definition« *Wingates* umfaßt mehrere Symptombereiche und wird in der anglo-amerikanischen Fachliteratur weitgehend anerkannt. Da die Diagnose-Vorschläge zum Teil auf dieser Definition gründen, sei sie hier wiedergegeben:

Eine Standard-Definition des Stotterns (*Wingate* 1964; Übersetzung durch den Verf.): »Der Ausdruck ‚Stottern' meint:

1. (a) Eine Unterbrechung in der Flüssigkeit des verbalen Ausdrucks, die (b) gekennzeichnet ist durch unwillkürliche, hörbare oder nicht hörbare Wiederholungen oder Dehnungen in Äußerungen von kurzen Sprachelementen, insbesondere Lauten, Silben und einsilbigen Wörtern. Diese Unterbrechungen (c) treten gewöhnlich häufig auf oder sind besonders hervorgehoben und (d) sind nicht gleichzeitig kontrollierbar.

2. Manchmal sind diese Unterbrechungen (e) begleitet von zusätzlichen Bewegungen der Sprechmuskulatur oder der Körpermuskulatur, die zum Sprechen in Beziehung oder auch nicht in Beziehung stehen können. Diese Bewegungen erscheinen als ein krampfartiges Verhalten beim Sprechen.

3. Außerdem gibt es nicht selten (f) Hinweise auf oder Selbstangaben von gleichzeitigen emotionalen Zuständen, die von einer allgemeinen Kennzeichnung als ‚Erregung' oder ‚Anspannung' bis zu eher spezifischen Emotionen negativer Art wie Furcht, Verlegenheit, Irritation oder ähnlichem reichen. (g) Der unmittelbare Ursprung des Stotterns ist eine Diskoordination, die sich in den peripheren Sprechmechanismen auswirkt; die letztliche Ursache des Stotterns ist gegenwärtig unbekannt und kann komplexer oder multifaktorieller Natur sein.«

Zur weiteren Diskussion und Erläuterung dieser Definition siehe *Wingate* (1964, 1976, 1977) und *Quarrington* (1981). Kritisch anzumerken ist das Fehlen eines Hinweises auf das Kommunikations- und Sozialverhalten insgesamt. Dieser Störungsbereich läßt sich allerdings auch in einer Definition kaum auf einen Nenner bringen. Trotzdem ist m.E. unter Bezug auf *Sheehan* (1970) folgende Ergänzung der Definition sinnvoll:

(h) Auffälligkeiten im Kommunikations- und Sozialverhalten sind häufig festzustellen. Gelegentlich ist ein Vermeidungsverhalten zu beobachten, das bestimmte Wörter betreffen kann (eventuell affektrelevante Wörter), bestimmte Kommunikationssituationen (z.B. Situationen, in denen man den eigenen Namen angeben muß) oder das das Sozialverhalten insgesamt beeinträchtigen kann.

3. Erfassung der Sprechunflüssigkeit

Über die adäquate Erfassung der Symptomatik in engerem Sinne, also die Sprechunflüssigkeit, besteht noch keineswegs Klarheit. In der Phoniatrie begegnet man noch häufig unspezifischen Begriffen wie »leichtes« Stottern, »mittelschweres« oder »schweres Stottern«. Subjektive Eindrucksurteile dieser Art reichen für eine Therapiekontrolle nicht aus. Auch die qualitative Unterscheidung der klassischen Phoniatrie in klonisches Stottern (Wiederholungen) und tonisches Stottern (Blockierungen) ist fragwürdig. Da beide Symptome häufig gleichzeitig bei

einem Stotterer festzustellen sind, ist die diagnostische Begriffsbildung von »tonisch-klonisch« oder »klonisch-tonisch« (z.B. *Böhme* 1977) ohne präzisen Beschreibungs- oder Erklärungswert. Eine exakte Beschreibung ist nur über die numerische Erfassung der Anzahl der Stottereereignisse möglich. Hierüber herrscht inzwischen weitgehend Übereinstimmung (siehe z. B. *Gregory* 1979).

Als eine Alternative zur numerischen Erfassung der Stottereereignisse wird jedoch noch die Erfassung der Sprechgeschwindigkeit angesehen. Dabei wird die Anzahl gesprochener Wörter oder Silben pro Zeit ausgezählt (z.B. *Ryan* 1974). Es ist zunächst einleuchtend, daß ein häufigeres Stottern in der gleichen Zeit zu einer Abnahme der Wortproduktion führt. In verschiedenen Untersuchungen (*Bloodstein* 1944, 1975) korrelieren Sprechgeschwindigkeit und Anzahl der Stottereereignisse hoch negativ miteinander (von —0,70 bis —0,90). Dies ist jedoch nur ein statistischer Durchschnittswert; für die Praxis spricht eine Vielzahl von Argumenten gegen die Verwendung der Sprechgeschwindigkeit als alleiniger Indikator für die Stotterhäufigkeit (siehe auch *Mückenhoff* 1977).

So ist schon im Ansatz ein interindividueller Vergleich nicht möglich, da die Sprechgeschwindigkeit auch in symptomfreien Passagen bei Stotterern sehr unterschiedlich ist. In der Regel sprechen Stotterer im Vergleich zu normal flüssigen Sprechern verlangsamt (*Bloodstein* 1975), während bei einigen gerade eine »überhastete« Sprechweise auffällt. Vor allem bei leichterem Stottern können Repetitionen sehr kurz und schnell erfolgen, so daß sich eine Abnahme der Stotterhäufigkeit kaum in der Sprechgeschwindigkeit niederschlägt. Schließlich kann sich die Symptomatik im Verlauf einer Therapie von eher lang dauernden Blockierungen zu kurzen Repetitionen verschieben, was sich in einer drastischen Zunahme der Sprechgeschwindigkeit äußern würde, mit einer vollständigen Symptomreduktion jedoch keinesfalls zusammenfällt. Außerdem ist die Sprechgeschwindigkeit von der Therapiemethode abhängig; bei einigen Verfahren wird die Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit als sprachtherapeutische Hilfe eingesetzt (so bei der prolonged-speech-Technik, *Healey* und *Adams* 1981; aber auch bei anderen Verfahren spielt die Verlangsamung eine bedeutende Rolle, so z.B. bei *Perkins* 1973). In keinem dieser Fälle kann man bei Verwendung der Sprechgeschwindigkeit als alleiniges Maß in der Nach-Therapie-Kontrolle Aussagen über das wirkliche Ausmaß der Symptomreduktion machen. Lediglich als Ergänzung zur numerischen Erfassung von Stottereignissen kann dieses Verfahren günstig sein, z.B. bei der Verwendung einer prolonged-speech-Technik zur Beurteilung der Wiederannäherung an ein natürliches Sprechtempo.

4. Kategorisierung von Stottereereignissen

Hinsichtlich der Kategorisierung von Stottereereignissen liegen mehrere grundlegende Untersuchungen vor. Am bekanntesten dürfte das Kategoriensystem von *Johnson, Darley* und *Spriestersbach* (1963) sein, in dem acht Kategorien unterschieden werden (siehe auch *Zerbin* 1973). Das System von *Brownell* (1973; nach *Gregory* 1979) enthält sogar 14 verschiedene Kategorien und unterscheidet dabei auch nach der Länge des betroffenen Segments. Obwohl zumindest nach dem *Johnson*-System noch reliabel beurteilt werden kann, ist m.E. auch dieses Kategoriensystem für praktische diagnostische Belange überdifferenziert. Aus Untersuchungen von *Sander* (1961) und meinen eigenen Erfahrungen (*Bergmann* 1983c; *Bergmann* und *Laborenz,* in Vorb.) wird ein vier Kategorien umfassendes System vorgeschlagen. Der Gesichtspunkt der Zeitökonomie ist insofern berücksichtigt, als ein einmaliges Anhören eines Satzes oder Satzteils mit einiger Übung ausreicht, um vier bis sechs Kategorisierungen vornehmen zu können. Die Wahl der Länge der auf einmal anzuhörenden Passage ist dabei natürlich vom Schweregrad des Stotterns abhängig. In folgenden vier Kategorien wird dabei geurteilt: 1. Repetitionen (Wiederholungen von Lauten, Silben oder Worten), 2. Prolongationen (Dehnungen von Lauten), 3. Blockierungen und Pausen (krampfartige Blockierungen des Sprechflusses oder stille Pausen), 4. gefüllte Pausen und Interjektionen (gefüllte Pausen sind

Einfügungen von »äh«, »mmh« usw., und Interjektionen sind Einfügungen von wortfremden Geräuschen, Lauten oder Silben). In der Kategorie (3) sind Blockierungen und stille Pausen zusammengefaßt, da beide bei einer Audio-Analyse einer Tonbandaufzeichnung oft nicht zu differenzieren sind.

Im Unterschied zu anderen Kategoriensystemen ist es m.E. nicht notwendig, die genannten Kategorien danach zu unterscheiden, ob Silben oder ganze Wörter betroffen sind. Diese Unterscheidung ist erstens für die Diagnostik wenig interessant, zweitens in der Durchführung sehr viel zeitaufwendiger durch die Verdoppelung der Kategorienzahl und führt schließlich noch notwendig zu Unklarheiten, etwa bei einsilbigen Wörtern. Die Kategorisierung von Stottereignissen sollte des weiteren auf Silbenebene erfolgen, also nicht ganze Wörter betreffen. Hierfür sind mehrere Gründe anzuführen. Zum einen läßt sich theoretisch begründen, daß die Silbe die primäre Einheit ist, die von Stotter-Unflüssigkeiten betroffen ist, nicht das ganze Wort (vgl. die oben wiedergegebene Definition von *Wingate* 1964, *Wingate* 1976, *Bergmann* 1982). Außerdem ist es möglich und bei schwerem Stottern auch häufig der Fall, daß auf mehreren Silben eines Wortes gestottert wird. Wenn man sich bei der Kategorisierung auf das Wort als Einheit bezieht, kann man in diesem Fall das Ausmaß der Symptomatik nicht exakt quantifizieren. *Minifie* und *Cooker* (1964) konnten empirisch nachweisen, daß die Reliabilität der Erfassung, hier die Übereinstimmung mehrerer Urteiler, erhöht wird, wenn Unflüssigkeiten in Silbeneinheiten beurteilt wurden anstatt in Worteinheiten. Der Silbenbezug erleichtert es außerdem, für ein Stottereignis nur *eine* Kategorienentscheidung zu treffen. Des weiteren werden so mögliche Effekte unterschiedlicher Wortlängen in den Sprechproben ausgeschlossen.

Es ist besonders darauf hinzuweisen, daß die Unterteilung in vier Kategorien von Stottereignissen in erster Linie praktische Gründe hat, insbesondere einer zeitökonomischen Auswertung Rechnung getragen wird. Es ist bei diesem Kategoriensystem nicht daran gedacht, daß die Unterscheidung von Stottereignissen eine theoretische Bedeutung haben soll, etwa daß man unterschiedliche *Arten* von Stottern damit feststellen könne. Für das Vorliegen distinkter Klassen von Stottern gibt es in der Literatur keine Anhaltspunkte. Erst recht ist es nicht möglich, aus solchen unterschiedlichen »Arten« von Stottern differentielle Therapieempfehlungen abzuleiten, wiewohl dies im Einzelfall intuitiv nicht ausgeschlossen sein muß. Konsequenterweise besteht die numerische Erfassung der Symptomatik auch in der einfachen Addition der in den Kategorien ausgezählten Stottereignisse. In speziellen Fällen kann die Unterscheidung zwischen Blockierungen einerseits und Repetitionen und Prolongationen andererseits durchaus von Interesse sein. Dies hängt von der Definition der Therapieziele ab. *Van Riper* (1973) z.B. formuliert als Therapieziel nicht Symptomfreiheit, sondern ein »flüssiges Stottern«. Ein Abbau starker Blockierungen bei einer möglichen Zunahme kurzer Repetitionen kann in diesem Sinne therapeutisch erwünscht sein. In Einzelfällen kann also auch ein Vergleich *zwischen* den Kategorien Erkenntnisse bringen.

Das hier vorgeschlagene Kategoriensystem war in dieser Form nicht Gegenstand detaillierter eigener empirischer Analyse hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität. Dies erscheint auch nicht notwendig, da die verwendeten Kategorien diejenigen sind, die sich in zahlreichen Untersuchungen als besonders reliabel und valide erwiesen haben (z.B. *Sander* 1961; *Young* 1961; *Johnson, Darley* und *Spriestersbach* 1963; ein Überblick bei *Zerbin* 1973). Ein intraindividueller Vergleich der so ermittelten Unflüssigkeitswerte setzt voraus, daß dem Vergleich Sprechproben gleicher Länge, d.h. in diesem Fall gleicher Silbenzahl, zugrunde liegen. Wenn dies gegeben ist, kann man absolute Werte miteinander vergleichen. Hat man Sprechproben unterschiedlicher Länge ausgewertet, so benötigt man die Silbenanzahl jeder einzelnen Sprechprobe, um die Anzahl der Stottereignisse auf die Anzahl gesprochener Silben relativieren zu können. Um überflüssigen Rechenaufwand zu vermeiden, ist es ratsam, die erste Möglichkeit zu wählen, also nur hinsichtlich der Silbenanzahl standardisierte Sprechproben auszuwerten.

Für einen intraindividuellen Vergleich reicht also die Summe der in den Kategorien ausgezählten Stottereereignisse völlig aus. Auch ein interindividueller Vergleich ist — bei Verwendung standardisierter Sprechproben — möglich, z.B. zur Beurteilung, ob ein Klient von einer Therapie mehr profitiert hat als ein anderer. Dies gilt jedoch nur bei annähernd vergleichbarem Ausgangsniveau. Zur Abschätzung des individuellen Schweregrades des Stotterns sind in der Literatur einige Vorschläge gemacht worden. Am bekanntesten dürfte die »Iowa Scala for Rating Severity of Stuttering« (*Johnson* et al. 1963) sein, in der außer der Häufigkeit von Stottereereignissen auch die Anspannung beim Sprechen, die Durchschnittsdauer von Stottereereignissen und das Ausmaß der Mitbewegungen beurteilt wird. Eine Adaptation an deutsche Verhältnisse wurde von *Zerbin* (1973) durchgeführt und in dieser Zeitschrift ausführlich geschildert (auch in *Motsch* 1979).

Auch in dem »Stuttering Severity Instrument« von Riley (1972) werden der wesentliche Aspekt der Mitbewegungen sowie die Dauer der Blockierungen oder Pausen erfaßt. Gerade bei schwerem Stottern ist die Dauer von Blockierungen des Sprechflusses häufig derjenige Aspekt der Unflüssigkeit, der den wahrgenommenen und subjektiven Schweregrad des Stotterns besonders beeinflußt (vgl. *Van Riper* 1971, *Bloodstein* 1975). Eine ausführliche Darstellung des Instruments von Riley findet sich in *Motsch* (1979). Ein weiterer Vorschlag zur Abschätzung des Schweregrades des Stotterns stammt von *Mückenhoff* (1977), wobei jedoch lediglich die Stotterhäufigkeiten verwendet werden. Außerdem mag es fraglich erscheinen, ob es sinnvoll ist, individuelle Symptomhäufigkeiten mit »prädikativen Bewertungen« von »sehr gut« bis »mangelhaft« zu belegen.

5. Bedingungen der Datenerfassung

Die quantitative Erfassung von Stottereereignissen setzt die Auswahl geeigneter Sprechproben voraus. Aus Gründen der Zeitökonomie kann in der Regel nicht das gesamte Sprechmaterial ausgewertet werden. Es wird davon ausgegangen, daß eine Sprechprobe von 100 Wörtern ausreicht, um die Stotterhäufigkeit zuverlässig zu erfassen. *Dickerson* (1971) konnte nachweisen, daß eine Sprechstichprobe von 60 bis 90 Wörtern noch ausreichend ist. Da hier ein Silbenbezug in der Auswertung vorgeschlagen wurde, sollte die Sprechprobe also 200 Silben umfassen. Bei mehreren Sprechsituationen dürfte auch ein Umfang von 100 Silben noch ausreichen (nicht jedoch bei leichtem Stottern; in diesen Fällen sind 200-Silben-Stichproben zu wählen). Es wird empfohlen, sich auf präzise 100 oder 200 Silben umfassende Stichproben zu beziehen, da in diesem Fall absolute Werte mit Prozentangaben zusammenfallen bzw. leicht berechenbar sind. Dies erhöht die Vergleichbarkeit von Untersuchungen verschiedener Autoren. Die entsprechende Sprechstichprobe sollte dabei aus der Mitte einer Äußerungseinheit, etwa eines Lesetextes, genommen werden.

Eine der wichtigsten Bedingungen der Datenerfassung ist die Auswahl verschiedener Sprechsituationen. Zunächst liegt die Verwendung eines Standardlesetextes nahe, da an einem vorgegebenen Text eine konstante Silbenzahl besonders leicht festzustellen ist, die Stotterhäufigkeit demzufolge besonders leicht zu berechnen ist. Dies reicht aber keinesfalls aus, da Lesen und freie Rede besonders für einen Stotterer ganz verschiedene Bedingungen mit unterschiedlichen Anforderungen darstellen (*Wendlandt* 1980). Eine Symptomreduktion beim Lesen ist also keinesfalls auf das gesamte Sprechverhalten verallgemeinerbar. Deshalb wird für die Bedingung freier Rede häufig eine Bildbeschreibung vorgegeben (hierzu bieten sich z.B. TAT-Bilder oder für Kinder CAT-Bilder an). Nach eigenen Erfahrungen bewährt haben sich als Lesetexte Fabeln und als Bildbeschreibungen entsprechende Abbildungen vom Thema der Fabel. Fabeln als Lesetexte sind darüber hinaus nicht nur für Kinder geeignet, sondern sprechen auch jugendliche und erwachsene Leser an. Außerdem ist die grammatische Struktur und Wortwahl in der Regel nicht sehr komplex, so daß sich solche Texte in einem großen Altersbereich einsetzen lassen.

Vorteilhaft an dem Verfahren der Bildbeschreibung ist, daß der Schwierigkeitsgrad dieser Sprechsituation sowohl intra- als auch interindividuell relativ konstant ist. Ein Nachteil im Sinne der Generalisierung der Sprechleistung bei dieser Aufgabe ist die relativ geringe Ich-Beteiligung, also eine gewisse Künstlichkeit im Vergleich zu normalen Kommunikationssituationen. Deshalb wurde in der Literatur vorgeschlagen, den Klienten in freier Form (ohne Unterbrechung durch den Therapeuten) über seinen Beruf, dessen Vor- und Nachteile, oder sein Studium sprechen zu lassen. Bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich das Thema: Was mir in der Schule gefällt/nicht gefällt. Vorteil dieses Verfahrens ist die größere Lebensnähe der diagnostischen Erhebung; als Nachteil muß in Kauf genommen werden, daß je nach persönlicher Problemlage diese Aufgabe als unterschiedlich schwierig empfunden werden kann. Eine Erhebung in dieser Sprechsituation ist vor allem dann unverzichtbar, wenn im Falle leichten Stotterns beim Lesen häufig überhaupt keine Symptome auftreten.

Hinsichtlich der Therapiekontrolle, also des Vergleichs vor und nach der Therapie (Prä-Post-Therapievergleich), wäre es außerdem wünschenswert, wenn dieses Interview nicht von dem Therapeuten selbst, sondern von einer dem Klienten wenig oder unbekannten Person durchgeführt würde. Nur so läßt sich der Effekt der Gewöhnung an den Therapeuten von einem tatsächlichen Therapieerfolg trennen. Im Hinblick auf die spezifischen Schwierigkeiten der meisten Stotterer beim Telefonieren ist noch an eine vierte Sprechsituation zu denken. Zum Beispiel *Lanyon* (1978) zeichnete zu Zwecken des Prä-Post-Therapievergleichs ein kurzes Telefongespräch der Klienten auf. Ein Vorschlag hierzu ist, eine Terminvereinbarung durch den Klienten telefonisch mit einem Mitarbeiter der jeweiligen Institution treffen zu lassen. Eine weitere Anregung für größere Lebensnähe in der diagnostischen Erfassung ist in Sprachheilheimen oder -schulen besonders leicht zu realisieren. Es ist möglich, in einer normalen Unterrichtssituation eine Aufzeichnung von dem stotternden Kind zu machen, eventuell in einer aufgabenbezogenen Interaktion mit Mitschülern. Wenn man hierfür vergleichbare Situationen wählen kann, ist dies eine sehr valide diagnostische Erfassung.

Für eine adäquate Erfassung der Symptomatik ist noch die Frage von Interesse, auf welche Informationsquellen sich der Beurteiler stützen sollte. So wurde gelegentlich argumentiert, daß für eine exakte Beurteilung der Unflüssigkeiten, insbesondere von Blockierungen, eine visuelle Informationsquelle zur Verfügung stehen sollte, in der Regel also eine Videoaufzeichnung. Zwar trifft dies zu, doch hat die Mehrzahl der Untersuchungen gezeigt, daß die Stotterhäufigkeit insgesamt nach einem der erwähnten Kategoriensysteme fast genauso zuverlässig über Audio-Aufzeichnungen vom Tonband beurteilt werden kann (*Williams, Wark und Minifie* 1963; *Martin* 1965; *Cullinan* und *Prather* 1968; *Bloodstein* 1975). Andererseits ist unbestritten, daß eine quantitative Beurteilung des Ausmaßes der Mitbewegungen nur durch Video-Aufzeichnungen oder eine direkte Registrierung möglich ist. Wenn jedoch ein solches Verfahren für die praktische Diagnostik zu aufwendig ist, ist es durchaus vertretbar, die Sprechunflüssigkeiten nach Audio-Aufzeichnungen auszuwerten und das Ausmaß der Mitbewegungen nach dem Gesamteindruck zu beurteilen. In manchen Fällen dürfte es auch schwierig sein, überhaupt die Erlaubnis des Klienten für eine Video-Aufzeichnung zu erhalten.

Alle Präzision in der Auswertung und der Auswahl von Sprechsituationen ist nutzlos, wenn man die äußeren Bedingungen der Sprechsituationen, vor allem die Aufnahmebedingungen, nicht kontrolliert. Dies betrifft die Frage offener oder verdeckter Tonbandaufzeichnung. *Ingham* (1975) konnte nachweisen, daß eine verdeckte Tonbandaufzeichnung zu einem geringen, aber signifikanten Anwachsen der Stotterhäufigkeit im Vergleich zu der offenen Aufnahme führt. Dieses Ergebnis wurde von *Howie, Woods* und *Andrews* (1982) bestätigt, die diesen Effekt vor und nach der Therapie untersuchten. Es zeigte sich, daß vor der Therapie kein Effekt offener versus verdeckter Aufnahmebedingungen vorliegt, jedoch nach der Therapie die verdeckte Aufnahme wiederum zu einer Zunahme der Stotterhäufigkeit führt. Dieses

Ergebnis zeigt zunächst, daß es unbedingt notwendig ist, die Aufnahmebedingungen im Verlauf der Therapie konstant zu halten, um vergleichbare Daten zu erzielen.

Des weiteren mag es erstaunen, daß die Bedingung verdeckter Aufnahme zu einer Zunahme der Stotterhäufigkeit führt und nicht umgekehrt. Man kann diesen Effekt damit erklären, daß die offene Aufnahme, also das Tonbandgerät im Blickfeld des Klienten, diese Kommunikationssituation verändert. Es ist plausibel anzunehmen, daß hier eine Reduktion interpersonaler Verantwortlichkeit für den Klienten vorliegt: Er spricht etwas in ein Mikrofon, anstatt *mit* dem Therapeuten zu sprechen (Näheres hierzu siehe *Bergmann* 1983 b). Im Interesse valider Messungen sollte die Kommunikationssituation nicht in solcher Weise reduziert werden. Außerdem liegen bei diesem Effekt sehr starke interindividuelle Unterschiede vor. Es sind also verdeckte Aufnahmebedingungen vorzuziehen. Dies bedeutet nicht, daß die Aufzeichnung so durchgeführt werden sollte, daß der Klient es nicht bemerkt. Aus ethischen Gründen ist eine Information über die Tonbandaufzeichnung natürlich unverzichtbar. Falsch wäre es auch, das Mikrofon zu tarnen usw. Dies bemerkt der Klient sowieso, und es würden nur unnötige Schwierigkeiten für die Therapie ausgelöst. Man sollte also ein normales Tischmikrofon verwenden, das Tonbandgerät allerdings nicht auf dem Tisch, sondern außerhalb des Blickfeldes des Klienten aufstellen. Das Tonbandgerät sollte keine lauten Laufgeräusche aufweisen, und der Therapeut sollte während der Aufnahme in keiner Weise die Aufmerksamkeit des Klienten auf das Tonbandgerät lenken, also Schalten und Regeln unterlassen.

6. Therapieverlaufs- und Therapieerfolgskontrollen

Bei der bisherigen Formulierung von einem Prä-Post-Therapievergleich könnte das Mißverständnis entstehen, zwei Meßpunkte vor bzw. nach Therapie wären ausreichend zur Beurteilung eines Therapieerfolges. Dies ist keinesfalls richtig. Zahlreiche allgemeine Gründe, die ein solches Vorgehen unmöglich machen, können hier nicht diskutiert werden (z.B. zum Effekt der Spontanremission siehe *Andrews* und *Harvey* 1981). Zwei Hinweise sollen allerdings gegeben werden, die für Erfolgskontrollen bei Therapien des Stotterns besonders wichtig sind.

Erstens die hohe Variabilität der Symptomatik: Während bei der Eingangsdiagnostik dieses Problem nicht so bedeutsam ist, da alle Klienten in einer neuen Situation mit einer Autoritätsperson stehen, wiegt das Problem um so schwerer bei diagnostischen Verfahren während, am Ende oder nach der Therapie. Hier bedarf es der Vergleichsmöglichkeit mehrerer Messungen (siehe z.B. *Silverman* 1977, *Mückenhoff* 1977). Zweitens das Problem des Rückfalls nach Ende der Therapie: Es ist zu vermuten, daß es sich hierbei oft nicht um einen wirklichen Rückfall handelt, sondern um eine unvollständige Generalisierung der Verbesserung während und in der Therapiesituation auf die alltäglichen Kommunikationssituationen. Aber auch davon abgesehen ist eine Kontrolle des Therapieerfolgs in größeren Zeitabständen nach Ende der Therapie notwendig (siehe hierzu die grundsätzliche Veröffentlichung von *Silverman* 1981 sowie *Van Riper* 1973, *Gregory* 1979, *Wendlandt* 1980).

7. Diagnostik des Kommunikationsverhaltens

Bisher war vorwiegend von einer Diagnostik der Sprechunflüssigkeit die Rede, nicht jedoch von einer Diagnostik des Kommunikationsverhaltens insgesamt unter Einbeziehung der sozialen und persönlichen Schwierigkeiten des Klienten. Dies liegt nicht daran, daß letzteres weniger wichtig wäre. Leider liegen hierfür kaum diagnostische Mittel vor, die verallgemeinerbar präzise Aussagen liefern oder quantifizierbar sind. Die Anwendung allgemeiner Fragebogen-Verfahren zu klassischen Persönlichkeitsvariablen (oder auch projektive Verfahren) haben bei Stotterern weder ein konsistentes Bild ergeben, noch haben sich diese Instrumente

sensibel gezeigt für intraindividuelle Veränderungen im Verlauf oder nach einer Therapie (siehe z.B. *Van Riper* 1971, 1973; *Wingate* 1976; *Gregory* 1979; *Motsch* 1979).

Aussagekräftiger und auch eindeutiger zu interpretieren sind Selbsteinschätzungsverfahren, in denen Stotterer ihre subjektive Reaktion auf ihr Stottern angeben und einschätzen, welche Kommunikationssituationen ihnen in welchem Ausmaß Schwierigkeiten bereiten. Leider liegen diese Verfahren, soweit dem Autor bekannt, nur im Englischen vor. Am weitesten verbreitet ist die »Erickson Scale of Communication Attitudes« (*Erickson* 1969), in der nach Einstellungen und Gefühlen in üblichen Kommunikationssituationen (Sprechen zu Fremden, Autoritätspersonen usw.) gefragt wird. Weitere häufig angewendeten Verfahren stammen von *Ammons* und *Johnson* (1944), *Trotter* und *Bergmann* (1957) und von *Lanyon* (1967). Solange noch kein für Stotterer spezifisch entwickeltes deutsches Verfahren existiert, bietet sich das Sprechangst-Inventar von *Lamb* (1972) in seiner deutschen Übertragung an (vgl. *Kriebel* 1984). Mit diesem Inventar läßt sich Ängstlichkeit vor bzw. in Kommunikationssituationen erfassen. Von Interesse könnte auch die Verwendung des »Interaktions-Angstfragebogen« von *Becker* (1982) sein, besonders hinsichtlich der Skalen »Angst vor Auftritten« und »Selbstbehauptung«. Auch Verfahren zur Einschätzung der Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühls können wichtige Informationen liefern (vgl. *Wendlandt* 1975).

Dieser letzte Hinweis zur Veränderungsdiagnostik mittels Skalen zur Messung von Kommunikationseinstellungen führt wieder zurück an den Ausgangspunkt dieser Überlegungen: Stottern ist offensichtlich nicht nur eine Störung der Sprechflüssigkeit, sondern eine komplexere Kommunikationsstörung. Dies sollte bei allen Therapiemethoden berücksichtigt werden. Eine exakte Diagnostik der Sprechunflüssigkeit ist deswegen nicht zweitrangig. Wenn Übereinstimmung darin besteht, daß die Verminderung des Stotterns zwar nicht das einzige, aber doch ein wesentliches Therapieziel darstellt, kann nur eine solche exakte Therapieverlaufs- und Therapieerfolgskontrolle mehr Klarheit über geeignete und weniger geeignete Therapieverfahren bringen. Selbst wenn dies noch für einige Zeit ein Ideal bleiben sollte, so kann der Therapeut selbst aus einer kritischen Kontrolle seiner Therapie viel profitieren: Möglichkeiten und Grenzen der persönlich bevorzugten Therapiemethode werden durchschaubar und einer kritischen Bewertung zugänglich.

Literatur

Ammons, R., und Johnson, W.: The construction and application of a test of attitude toward stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders (1971), S. 39—49.

Andrews, G., und Harvey, R.: Regression to the mean in pretreatment measures of stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders (1981), S. 204—207.

Andrews, G., und Ingham, R.J.: An approach to the evaluation of stuttering therapy. Journal of Speech and Hearing Disorders (1972), S. 296—302.

Becker, P.: Interaktions-Angstfragebogen. Weinheim 1982.

Bergmann, G.: Der Beitrag apparativer Sprechhilfen für Theorie und Therapie des Stotterns. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 278—288.

Bergmann, G.: Prosodic disturbance in stuttering. Paper presented at the Interdisciplinary Symposium on the Suprasegmentals of Speech. »Prosody — Normal and Abnormal«, Zürich (April 1983 [a]).

Bergmann, G.: Speech dysfluencies in interpersonal communication. Paper presented at the 2nd International Conference on Social Psychology and Language. Bristol (July 1983 [b]).

Bergmann, G.: Incidence of stuttering in different prosodic contexts: Verse and prose reading in stutterers and nonstutterers (abstr.). Folia Phoniatrica (1983 [c]), S. 105—106.

Bergmann, G., und Laborenz, I.: Die Wirkung verzögerter auditiver Rückmeldung bei stotternden Kindern und Jugendlichen (in Vorbereitung).

Bloodstein, O.: The relationship between oral reading rate and severity of stuttering. Journal of Speech and Hearing Research (1944), S. 161—173.

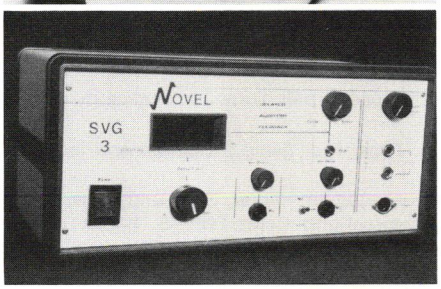
Bloodstein, O.: A handbook on stuttering. Chicago 1975.

Böhme, G.: Das Stotter-Syndrom. Bern 1977.
Cullinan, W.L., und Prather, E.M.: Reliability of »life«-ratings of the speech of stutterers. Perceptual and Motor Skills (1968), S. 403—409.
Curlee, R.: Observer agreement on disfluency and stuttering. Journal of Speech and Hearing Research (1981), S. 595—600.
Dickerson, M.V.D.: An investigation of the method of sampling spontaneous connected speech for the evaluation of articulatory behavior. Dissertation Abstracts International (1971), S. 6717-B.
Erickson, R.L.: Assessing communication attitudes among stutterers. Journal of Speech and Hearing Research (1969), S. 711—724.
Gregory, H.H.: Controversial issues: Statement and review of the literature. In: Gregory, H.H. (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979, S. 1—62.
Gregory, H.H. (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979.
Guitar, B., und Bass, C.: Stuttering therapy: The relation between attitude chance and long-term outcome. Journal of Speech and Hearing Disorders (1978), S. 392—400.
Healey, E.C., und Adams, M.R.: Rate reduction strategies used by normally fluent and stuttering children and adults. Journal of Fluency Disorders (1981), S. 1—14.
Howie, P.M., Woods, C.L., und Andrews, G.: Relationship between covert and overt speech measures immediately before and immediately after stuttering treatment. Journal of Speech and Hearing Disorders (1982), S. 419—422.
Ingham, R.: A comparison of covert and overt assessment procedures in stuttering therapy outcome evaluation. Journal of Speech and Hearing Research (1973), S. 346—354.
Johnson, W., Darley, F.L., und Spriestersbach, D.C.: Diagnostik methods in speech pathology. New York 1963.
Krause, R.: Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart 1981.
Kriebel, R.: Sprechangst. Stuttgart 1984.
Lamb, D.H.: Speech anxiety: Towards a theoretical conceptualization and preliminary scale development. Speech Monographs (1972), S. 62—68.
Lanyon, R.J.: The measurement of stuttering severity. Journal of Speech and Hearing Research (1967), S. 836—843.
Lanyon, R.J.: Behavioral approaches to stuttering. In: Hersen, M., Eisler, R.M., und Miller, P.M. (Hrsg.): Progress in behavior modification. New York 1978, S. 47—83.
Martin, R.R.: Direct magnitude estimation judgements of stuttering severity using audible and audible-visible speech samples. Speech Monographs (1965), S. 169—177.
Minifie, F.D., und Cooker, H.S.: A disfluency index. Journal of Speech and Hearing Disorders (1964), S. 189—192.
Motsch, H.-J.: Problemkreis Stottern. Berlin 1979.
Mückenhoff, E.: Zur objektiven Registrierung und Kennzeichnung des Stotterns. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 117—124.
Perkins, W.H.: Replacement of stuttering with normal speech: I. Rationale. Journal of Speech and Hearing Disorders (1973 [a]), S. 283—294.
Quarrington, B.: Stuttering. In: Rieber, R.W. (Hrsg.): Communication disorders. New York 1981, S. 299—346.
Riley, G.D.: A stuttering severity instrument für children and adults. Journal of Speech and Hearing Disorders (1972), S. 314—322.
Ryan, B.: Programmed therapy for stuttering in children and adults. Springfield, III. 1974.
Sander, E.K.: Reliability of the Iowa Speech Disfluency Test. Journal of Speech and Hearing Disorders, Monographs Supplement (1961), S. 21—30.
Sheehan, J.G.: Stuttering: Research and therapy. New York 1970.
Silverman, F.H.: Criteria for assessing therapy outcome in speech pathology and audiology. Journal of Speech and Hearing Research (1977), S. 5—20.
Silverman, F.H.: Relapse following stuttering therapy. In: Lass, N.J. (Hrsg.): Speech and language. Vol. 5. New York 1981, S. 51—78.
Stäcker, K.-H., Bergmann, G., und Kriebel, R.: Sprechflußstörungen. In: Kanter, G.O., und Masendorf, F. (Hrsg.): Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung. Berlin 1982, S. 1—50.
Trotter, W.B., und Bergmann, M.F.: Stutterer's and nonstutterer's reactions to speech situations. Journal of Speech and Hearing Disorders (1957), S. 44 ff.

Van Riper, C.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs, N.J. 1971.
Van Riper, C.: The treatment of stuttering. Englewood Cliffs, N.J. 1973.
Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1975.
Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Weinheim 1980.
Williams, D.E., Wark, M., und Minifie, F.D.: Ratings of stuttering by audio, visual and audiovisual cues. Journal of Speech and Hearing Research (1963), S. 91—100.
Wingate, M.E.: A standard definition of stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders (1964), S. 484—489.
Wingate, M.E.: Stuttering. Theory and treatment. New York 1976.
Wingate, M.E.: Criteria for stuttering. Journal of Speech and Hearing Research (1977), S. 596—607.
Young, M.A.: Predicting ratings of severity of stuttering. Journal of Speech and Hearing Disorders, Monographs Supplement (1961), S. 31—54.
Zerbin, R.W.: Erfassung der Symptomatik Stotternder. Die Sprachheilarbeit 18 (1973), S. 174—185.

Anschrift des Verfassers:
Dipl.-Psych. Günther Bergmann, Fachbereich Psychologie der Universität Gießen, Otto-Behaghel-Straße 10, 6300 Gießen.

NOVEL elektronik



Die SVG-SERIE

Neue apparative Sprechhilfen
für die Verhaltenstherapie des Stotterns

Die Modelle SVG1 und SVG 2 sind elektronische Sprachverzögerungsgeräte, die aufgrund ihrer geringen Größe und des minimalen Stromverbrauchs auch tragbar einsetzbar sind (Batteriebetrieb). Die Möglichkeiten der Stottertherapie werden dadurch entscheidend erweitert. SVG 1 und SVG 2 unterscheiden sich im wesentlichen durch ihre Verzögerungszeit. SVG 1: 10 - 130 ms; SVG 2: 15 - 270 ms.

Das SVG 3 ist ein elektronischer Sprachverzögerer für den stationären Einsatz. Durch die Verarbeitung des Sprachsignals auf digitaler Basis ist äußerste Rauscharmut und eine absolut natürliche Sprachwiedergabe gewährleistet (Labortechnik). Verzögerungszeit: 8 - 500 ms.

Alle SVG-Modelle werden einsatzbereit mit Mikrofon und Kopfhörer zu einem äußerst günstigen Preis geliefert. Der Versand erfolgt 10 Tage kostenlos zur Probe.

NEU: Die Geräte können auch für 2 Jahre gemietet werden.

Weitere Informationen unverbindlich:
NOVEL elektronik, Wolfgang Heikamp,
Varenholzstr. 101, 4630 Bochum 6, Tel. 02327/70764

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 177—186

Klaus K. Urban, Hannover

Hörverstehen in der Sprachentwicklung und in der Schule — Lernprozeß oder Schicksal?*

Zusammenfassung

Nach kurzen Erläuterungen zu den vier Modalitäten verbal-kommunikativen Verhaltens (Hören, Sprechen, Lesen, Schreiben) wird die grundlegende Rolle des Verstehens und Hörens im weitesten Sinne und die des Hörverstehens im engeren Sinne für den Spracherwerb als einer interaktionalen Aneignung auf der Grundlage kognitiver Trägerstrukturen hervorgehoben und diskutiert.

Hörverstehen wird als ein aktiver, konstruktiver und sinnschaffender Prozeß dargestellt, was u.a. anhand von Experimenten illustrierend belegt wird. Hörverstehen in der Schule hat trotz und neben Ansätzen zu handlungsorientiertem und/oder kommunikations-emanzipativem Lernen eigene »schulspezifische« Dimensionen und wird in seiner quantitativen und qualitativen Bedeutung für schulisches Lernen und Unterricht als scheinbar lediglich passives Verhalten meist unterschätzt. Abschließend wird Hörverstehen als psychologisch-pädagogische Aufgabe in der Curriculumplanung sowie in der schulischen Arbeit von Lehrern und/mit Schülern gewürdigt.

1. Vier Modalitäten verbalen Verhaltens

Idealtypischerweise lassen sich vier verschiedene Modi verbalen Verhaltens (und ich sage hier bewußt Verhalten und nicht Kommunikation; denn der Verhaltensbegriff beinhaltet schon immer Komplexitäts- bzw. Realitätsreduktion!) voneinander unterscheiden. Gelegentlich werden sie, wie die folgende Abbildung 1 zeigt, in *direkte* versus *indirekte* und in *produktive* versus *rezeptive* Verhaltensweisen eingeteilt.

Abbildung 1: Kategorisierung der vier Kommunikationsweisen

	produktiv	rezeptiv
direkt	SPRECHEN	HÖREN
indirekt	SCHREIBEN	LESEN

Leider findet auch immer wieder noch das Begriffspaar *aktiv* versus *passiv* Verwendung; insbesondere die Kennzeichnung der rezeptiven Verarbeitung als passiv suggeriert falsche Vorstellungen über den Prozeß des Hörens und Hörverstehens.

Diese vier verschiedenen Prozesse verbalen Verhaltens sind auch an je unterschiedlich beteiligte Sinnes- und Wahrnehmungskomplexe bzw. motorische Bereiche gekoppelt. Bei konkreter verbaler Handlung aber sind sie in vielfältigster Weise aufeinander bezogen, voneinander abhängig, setzen einander voraus, vollziehen sich möglicherweise gleichzeitig; das heißt auch, daß z.B. ein und dieselbe Person zur selben Zeit zweidimensional handeln kann, also z.B. hört und schreibt, liest und spricht, spricht und schreibt, aber auch z.B. auf jedem Ohr etwas anderes hört (und versteht!) usw. Die moderne Technik trägt das Ihre dazu bei, die mannigfaltigsten Variationen und Nuancen von Kommunikationssituationen und Modalitäten der Beteiligung von Kommunikationspartnern zu ermöglichen.

2. Zur Rolle des Hörens/Hörverstehens beim Spracherwerb

Von allen vier Modalitäten hat wohl das Hören/Hörverstehen den quantitativ (und qualitativ?) geringsten Anteil in Lehre, Forschung und Literatur. Das trifft nicht nur auf die allgemeine

* Leicht veränderte und gekürzte Fassung eines Referates, gehalten anläßlich der 14. Inzigkofener Gespräche 1982.

Betrachtung sprachlicher Prozesse oder auf die Schule und den Unterricht zu, sondern das gilt auch für Forschung und Literatur der Sprachbehindertenpädagogik, für Untersuchungen und Beschreibungen des Spracherwerbs und der frühkindlichen Sozialisation; auch wenn *Lenneberg* (1977, S. 348 f.) fordert, daß sich die Spracherwerbsforschung vor allem auf das Verstehen und seine Entwicklung stützen sollte.

Das Hören/Hörverstehen stellt die *Basiskomponente* für eine normale Sprachentwicklung dar. Für die physikalische Qualität des dem Kinde Zugesprochenen ist der Gehörsinn zuständig; über die Relevanz seines einwandfreien Funktionierens kann die Pädaudiologie sowie die Schwerhörigen- und Gehörlosenpädagogik eindrucksvolle Belege liefern. Das heißt aber nicht, daß ein intakter Hörsinn eine normale Sprachentwicklung garantiere oder daß Sprache lediglich über den auditiven Kanal gelernt würde bzw. dieser Kanal die erste und einzige Verbindung zur Sprache sei. Das trifft nicht einmal bzw. besser, vor allem auch nicht für die Zeit der kindlichen Entwicklung zu, in der das Kind sich noch nur rezeptiv der Sprache zuwenden kann bzw. noch nicht in der Lage ist, sich selbst sprachlich zu äußern oder dies (im Sinne der Erwachsenensprache!) noch recht mangelhaft mit Hilfe von Ein- und/oder Zwei-Wort-Sätzen tut. Ein intakter Hörsinn ist wohl eine notwendige, keinesfalls aber hinreichende Bedingung. Gehörlose Kinder hören in der Regel nach einer anfänglichen Phase des Lallens, die sich zunächst nicht von der normalsinniger Kinder unterscheidet, damit auf, Laute zu äußern. Bei ihnen findet nicht der normale zirkuläre Selbstverstärkungsmechanismus bzw. soziales Imitationsverhalten aufgrund von Zuwendung mit akustischer Stimulation statt, da sie diese nicht wahrnehmen können.

Wenn sich das normalsinnige Kind (scheinbar) der Sprache der Erwachsenen zuwendet bzw. auf sie hört, dann wendet es sich nicht einem Abstraktum Sprache zu (einem Produkt etwa, wie es der Linguist auf seinem Schreibtisch seziert — oder auch erst erfindet), sondern das Kind ist als ein agierender, reagierender Teil in eine Gesamthandlungssituation involviert, im Rahmen derer sprachliche Äußerungen vom Erwachsenen getätigt werden, die ganz eng und untrennbar mit dem situativen Kontext verschränkt sind. Da das Kind die Situation »versteht« oder anhand ihrer und aufgrund vorangegangener Erfahrungen die Intention des Sprache Äußernden erkennt, vermag das Kind die verbale Äußerung als eine Kommentierung oder Spezifizierung der Handlung, ihrer Bedeutung, ihres Inhaltes zu verstehen. Um es ganz plastisch und verkürzt zu sagen: *In den Anfängen der Sprache versteht das Kind nicht eine Situation, weil es eine Äußerung versteht, sondern das Kind versteht eine verbale Äußerung, weil es die Situation versteht, in der diese Äußerung getan wird.*

Wenn Sprache zunehmend als eine Weiterführung, Differenzierung und Spezifikation der Gesamthandlung verstanden werden soll, sind dazu eine Reihe kognitiver Vorerfahrungen notwendig. Das Kind muß schon durch seine Handlungserfahrungen, durch seine tätige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt, durch Assimilations- und Akkomodationsprozesse eine Reihe kognitiver Strukturen oder »semantischer Basisrelationen« erfahren und erworben haben.

Das heißt, daß die Sprachentwicklung, daß das Erlernen der Muttersprache auf *kognitiven Trägerstrukturen,* die im Verlaufe der sogenannten sensomotorischen Phase erworben werden, aufbaut. Gerade in der letzten Zeit ist wieder stärker darauf abgehoben worden, daß auch das ganz junge Kind, der Säugling, das Neugeborene, nicht ein bloß passives und lediglich reagierendes Wesen ist, sondern daß es sich schon sehr früh und aktiv seiner direkten Umwelt zuwendet, soweit ihm dies durch seine noch unterentwickelten Sinnessysteme möglich ist. Gleichzeitig aber fördern und stimulieren die aktive Hinwendung und die sich daraus ergebenden sensomotorischen Erfahrungen ihrerseits wiederum die weitere Ausbildung, Ausreifung und Sensibilisierung der Sinnessysteme im Zusammenhang mit der kognitiven Verarbeitung.

In diesem Prozeß spielt die Hinwendung zur und die Wahrnehmung der akustischen Welt eine große, bisher nicht angemessen berücksichtigte Rolle. Hierbei muß auch der relativ enge, eingeschränkte, aber gesicherte und für die kindliche Entwicklung förderliche Handlungs- und Aktionskreis, gelegentlich als Mutter-Kind-Dyade stilisiert, berücksichtigt werden. Leider beziehen sich auch in bezug auf die früheste Phase der Sprachentwicklung die Forschungsarbeiten fast ausschließlich auf die Produktion von Lauten.

Auch wenn experimentelle Untersuchungen gezeigt haben, daß schon ein Kind im Alter von einem Monat den Unterschied zwischen zwei synthetischen Silben wahrnehmen kann, wird allgemein angenommen, daß die Kinder zunächst Intonationsmuster, wie z.B. verschiedene Stimmqualitäten, und erst später phonetische Muster zu unterscheiden lernen (Oksaar, S. 161 f.). Diese letzte Bemerkung darf nun nicht so verstanden werden, daß etwa die auditive Differenzierungsfähigkeit von der phonetischen Ebene auf die Ebene der Silben, dann auf die Ebene der Wörter, der Sätze weiter fortschreitet. Ebensowenig, wie das Kind einzelne Phoneme hört, weil ja auch keine einzelnen Phoneme geäußert werden von den Erwachsenen, ebensowenig äußert es einzelne Phoneme, sondern es macht Äußerungen von unterschiedlicher Länge.

Das Kind erwirbt also über Bewegung, Wahrnehmung, Handlung Strukturierungen von Welt, wie z.B. Akteur—Handlung, Handlung—Objekt, Akteur—Objekt, Handlung—Ort einer Handlung, Objekt—Lokation eines Objekts usw. Über diese *semantischen Basisrelationen,* die zunächst auf vorsprachlicher Ebene vorhanden sind, kommt das Kind dazu, anhand bzw. in den Äußerungen der Mutter, im sogenannten »Mutterischen«, verbale »Stellvertreter« für die kognitiv schon erfaßten, abgehobenen Handlungsstücke zu erkennen und zu verstehen. Dieses geschieht in der Regel durch das handlungsbegleitende Sprechen der Mutter. Das Wort als Symbol ist erkannt, wenn es für das Kind auch in unterschiedlichen Handlungszusammenhängen für ein und denselben Gegenstand steht, diesen meint.

Kinder verstehen zunächst nicht einzelne Wörter und/oder deren strukturelle Zusammenfügung, sondern sie verstehen die Situation und erkennen die Intention des Sprechers (siehe das berühmte Beispiel des Meumann-Kindes). »Sprachliche Verständigungen setzen voraus, daß der Empfänger die Lautäußerung des Sprechers als einen Akt des Meinens auffaßt und sich sozusagen von der (illokutionären, K.K.U.) Wucht erfassen läßt, welche durch die bloße Lautäußerung hindurch und über sie hinaus trägt — dorthin, wo der Sprecher das Bewußtsein des Hörers haben will« (*Hörmann* 1981, S. 28). Im Vollzug eines gemeinsamen Handelns, das in einer bestimmten zeitlichen Konstellation von einer bestimmten Lautäußerung begleitet wird, sind Kind und Erwachsener *zusammen auf etwas aufmerksam;* in dieser und aus dieser Grundsituation heraus entsteht Sprache.

»Kleinkinder erlernen ihre Sprache, indem sie zunächst unabhängig von der Sprache das bestimmen, was der erwachsene Sprecher meint, und dann die Beziehungen herausarbeiten, welche zwischen dem Gemeinten und dem sprachlich Gesagten bestehen« (*McNamara* 1972; zitiert nach *Hörmann* 1981, S. 29).

Nachdem das Kind gelernt hat, Beziehungen innerhalb der es direkt umgebenden Welt herzustellen, und zwar Beziehungen, die das Kind selbst als Handelndes wie auch Behandeltes, seine Handlungen, die Ziele und Gegenstände seiner Handlungen sowie deren räumliche und zeitliche Lokation betreffen, stellt es auf dieser vorsprachlichen, kognitiven Grundlage Beziehungen zwischen den im Rahmen einer Gesamthandlung geäußerten und dem damit gemeinten sowie dem nichtgemeinten nonverbalen Kontext her, bis es schließlich die Welt sozusagen »stellvertretend« in der Sprache zur Verfügung hat. Das heißt auch, daß das Kind eines Tages »nur« auf der Grundlage sprachlicher Äußerungen, von Lese- und/oder Hörtexten lernen kann bzw. auch Sprache losgelöst von einem direkten Handlungs- und Erlebniszusammenhang lernen kann, und auch mit und in Sprache neu Welt(en) schaffen kann.

Ich will hier eine weitere detaillierte Darstellung des Spracherwerbs unter besonderer Berücksichtigung des Hörens/Hörverstehens abbrechen und auf *Hörmann* (1981) verweisen. Festzuhalten bleibt dreierlei:

1. Bevor das Kind »Sprache verstehen« kann, muß es über (bestimmte) vorsprachliche Strukturierungen von Welt verfügen;
2. der wesentliche Beginn des Spracherwerbs liegt in der Herstellung einer Beziehung von Gemeintem und Geäußertem in einer bestimmten Situation;
3. die sprachlichen Fähigkeiten des kindlichen Hörers gehen demnach denen des kindlichen Sprechers zeitlich voraus.

Der Ausbildung der Hör- und Hörverstehensfähigkeit, der Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung auditiv-verbalen Inputs, der Entwicklung von Hörverstehensstrategien, die dann wiederum eine Grundlage für die Produktion sprachlicher Äußerungen sein können, kommt also eine hervorragende Bedeutung für Verlauf und Qualität der kindlichen, kognitiven und sozialen Entwicklung zu. Dies gilt insbesondere für kognitive, interaktive, aber auch für empiristische Entwicklungstheorien, weniger für die sogenannten »nativistischen« Ansätze.

3. Zum Hörverstehensprozeß

Es würde auch den Rahmen dieses Beitrags sprengen, wollte ich detailliert auf die verschiedenen Prozeßmodelle von Hörverstehen eingehen, wie sie etwa bei *Lindner* (1969 und 1977) und *Neisser* (1974 und 1979) vorgestellt werden. Dies erscheint auch unter dem mehr pädagogischen Aspekt nicht unbedingt sinnvoll und erforderlich; denn es wäre kurzschlüssig gedacht, wollte man aus einem psychologischen Modell, das die Prozesse der sprachlichen Inputverarbeitung abzubilden versucht, konkrete pädagogische Maßnahmen ableiten. Pädagogisch fruchtbar machen lassen sich zunächst nur allgemeinere Annahmen.

Nur soviel soll deutlich gemacht werden: Beim Hörverstehen handelt es sich um eine *aktive, konstruktive Tätigkeit, deren finaler Zweck das Schaffen von Sinn ist.* So wie der Sprecher die Intention hat, das Bewußtsein des Hörers zu steuern, hat der Hörer die Intention, »die ihn umgebende Welt zu durchschauen, sie intelligibel zu machen« (*Hörmann* 1981, S. 135). Mit Hilfe des sprachlichen Inputs, dessen stets zeitgebundene Modalität eine wesentliche Rolle für die prozessuale Verarbeitung darstellt, konstruiert der Hörer auf der Grundlage seiner bisherigen Erfahrungen — die alle kommunikationsrelevanten Bereiche umfassen —, über darauf gründende allgemeinere Kommunikationserwartungen und mehr inhaltsbezogene Hypothesen die Bedeutung der Äußerung.

Je weniger allerdings von solchen Vorerfahrungen in einer Situation verwendbar sind, je schmaler die Grundlage für die Generierung von Erwartungen und inhaltlichen Hypothesen ist, je weniger Organisations- und Situationsvariablen das (vermeintlich) Gemeinte vorstrukturieren, desto mehr ist der Hörer auf den verbalen Hörtext alleine angewiesen; desto schwieriger gestaltet sich das Verstehen, vor allen Dingen zu Anfang bzw. in der ersten Zeit, während der Hörtext in Gestalt von Schallwellen auf das Ohr des Hörers trifft. Der Hörer weiß dann zunächst gar nicht, »worum es eigentlich geht« (vgl. auch *Havilands* und *Clarks* Begriff der »Given New-Strategy«, 1974).

Neisser (1979) spricht von »*antizipierenden Schemata*«, die den Wahrnehmenden darauf vorbereiten, bestimmte Arten von Information eher anzunehmen als andere »und die so das Hören steuern ... In jedem Augenblick konstruiert der Wahrnehmende Antizipationen bestimmter Arten von Information, die ihn dazu befähigen, sie aufzunehmen, wenn sie verfügbar werden« (S. 26).

Gleichgültig, welches Prozeßmodell man zugrunde legt, Verstehen ist als »Verstandenes«, als Produkt also, abhängig von den in einem Modell spezifizierten Faktoren. Verstehen aber ist nicht nach Durchlaufen eines Prozeßmodells zu Ende, sondern der Hörer setzt die verschie-

densten Strategien und Ebenen/Faktoren so lange ein, bis das Ergebnis ihn befriedigt. »Es befriedigt ihn, wenn es sinnvoll ist« (*Hörmann* 1981, S. 136). Wir schenken nicht sensorischem Input unsere Aufmerksamkeit, sondern Objekten und Ereignissen (*Neisser* 1979, S. 74).

Daß Hörverstehen ein aktiver, konstruktiver, sinnschaffender Prozeß ist, in dem der Hörer, wann immer nur möglich, seinen Konstruktionsprozeß auf Vorerfahrungen und Vorgaben, auch wenn sie »nur« sich aus dem zeitlich schon vorangegangenen Text ergeben, zurückgreift, soll das im folgenden kurz zu skizzierende Experiment illustrieren. Mit Hilfe eines bestimmten elektronischen Gerätes wird z.B. der folgende Satz: »Saprone kolludo malige ferenten zombal kantere ad maztich« auf die 2,5fache Geschwindigkeit beschleunigt, ohne daß sich dabei die Frequenz ändert. Im Unterschied zu dem einfachen Beschleunigungsverfahren, bei dem sich mit der Geschwindigkeit auch die Frequenz erhöht, was recht bald zu Unverständlichkeit führt, bleiben hiermit normale, sinnvolle Sätze bei 2,5facher Geschwindigkeit meistens noch, zumindest in Ansätzen, verständlich. Ohne Kommentar wird den Probanden der Satz dreimal vorgespielt; nach jeder Darbietung schreiben die Probanden auf, was sie verstanden haben. Nach einem Intervall mit anderen Sätzen wird derselbe erste Satz unter denselben Bedingungen vorgespielt, allerdings mit dem vorangehenden Kommentar: »Die nächste Äußerung stammt von einem Lehrer, der in eine Schulklasse hineinkommt, in der gerade großes Durcheinander und viel Lärm herrschen.«

Die Analyse der »Verstehensergebnisse« ist aufschlußreich. Erwartungsgemäß verstehen die Probanden in der Regel unter der zweiten Form des Experiments mehr als bei der ersten Form, obwohl bei beiden Formen eigentlich gar nichts an Sinn übermittelt werden konnte. Solange aber die Probanden aufgrund ihrer Vorerfahrungen über sprachliche Äußerungen von Sprechern davon ausgehen, daß ein Sprecher etwas meint, wenn er eine Äußerung tut, versuchen sie, das Gemeinte konstruierend zu erfassen, auch wenn das verfügbare Konstruktionsmaterial unzulänglich, diffus, komplex und verwirrend zugleich ist.

Die weitere Analyse macht deutlich, daß es sich um einen sukzessiven Konstruktionsprozeß, der allerdings auch Reformulierungen mit einschließt, handelt, bei dem schon erfaßte Einheiten den weiteren Prozeß steuern — möglicherweise in einer Art Hypothesen-Prüfverfahren. Fast durchgängig ist zu beobachten, daß nach verstandenen Fragmenten aus der ersten Darbietung nach der zweiten Darbietung Verstehensprotokolle fehlen. Die aufgrund der ersten Darbietung und des danach abgelaufenen zumindest scheinbar in Ansätzen erfolgreichen Verstehensprozesses gemachten Hypothesen können bei der zweiten Darbietung ganz selbstverständlich nicht verifiziert, spezifiziert oder expandiert werden, da ja an dem Sprachmaterial in der Tat nichts zu verstehen ist. Beim dritten Versuch zeigen sich dann entweder ganz neue Lösungsversuche oder Erweiterungen des ersten Versuchs, die aber immer fragmentarisch bleiben, oder resignative Verstehensverweigerung.

An welchem Punkt, zu welchem Zeitpunkt der Äußerung ein erster Zugriff auf das Hörmaterial erfolgt, um diesen »selektierten Baustein« in die Erwartungskonstruktion einzufügen, das heißt auch, welche linguistisch zu definierenden Einheiten Signal- und/oder Auslösefunktion für die anfängliche und weitere Verarbeitung des verbalen Inputs haben, dürfte je sehr unterschiedlich sein und von den verschiedensten Variablen abhängen, wie z.B. Hörintention bzw. -zweck, psychische Verfaßtheit, Interessenlage, spezifische oder allgemeine Erwartung u.a.m. Darauf verweist auch die kognitive Psychologie (*Neisser* u.a.), wenn davon geschrieben wird, daß die »Tiefe der Verarbeitung« von der Art der gestellten Aufgabe abhängig ist. Das heißt, daß je nach Zweck, Kontext usw. sowohl phonologische als auch lexikalische oder morphologische oder syntaktische oder semantische oder prosodische »Pattern« segmentations- und konstruktionsauslösend sein können. Allein schon unsere beschränkte Verarbeitungskapazität macht es unmöglich, daß ein verbal-akustischer Input sukzessive, Stück für Stück segmentiert, identifiziert, aufgearbeitet wird. Die Frage bleibt, wie ist ein solch wahrzunehmender sprachlicher Input charakterisierbar? Für die Psychologie des Hörverste-

hens zunächst einmal nur von seiten des Wahrnehmenden. Aber welches ist die kleinste Einheit der Sprachwahrnehmung? Dazu gibt es eine ganze Reihe von Experimenten, und alle Untersucher haben irgendwie recht und unrecht zugleich, ob es sich um Phoneme, Silben, Rhythmus o.a. sprachliche Einheiten handelt (z.B. *Healy* und *Cutting* 1976; *McNeill* und *Lindig* 1973; *Dooling* 1974; *Massaro* 1975; *Bosshardt* 1978). Zum Teil sind die Ergebnisse als experimentelles Artefakt anzusehen bzw. aus der speziellen Art der Aufgabenstellung heraus erklärlich. Festzuhalten bleibt, daß u.a. Hörverstehen auf jeder der linguistisch zu definierenden Einheiten prinzipiell zu leisten ist.

4. Hörverstehen in der Schule

Während das Kind in den Jahren bis zum Eintritt in die Schule mehr oder weniger spontan in und mit Sprache handelt, wird mit Beginn des Schulbesuchs mehr und mehr die Fähigkeit gefordert, *über* Sprache kognitiv und sprachlich zu handeln. Das Kind muß lernen, Sprache als Objekt, als Gegenstand des Handelns zu betrachten, zu beobachten, Urteile über Sprache in ihren vielfältigsten Phänomenen zu fällen, über Sprache sprachlich zu reflektieren. Zwar ist und bleibt letztendliches Ziel des Deutschunterrichtes die muttersprachliche Kommunikationsfähigkeit, zugleich kommt aber der reflektorischen »Verfügbarkeit bzw. Verfügung« über eine sprachliche Metaebene, auch zur Erreichung dieses erstgenannten Zieles, eine wesentliche Bedeutung zu. Dies beginnt z.B. mit dem Verstehen, Benennen und Identifizieren von sprachlichen Einheiten wie Laut, Buchstabe, Silbe, Wort, Satz, dazu gehören Urteile über Lautqualitäten im Zusammenhang mit dem Prozeß des Erstlesens und Schreibens. Sprachliche Fähigkeiten auf einer konkret kommunikativen und auf einer metasprachlichen Ebene müssen also erworben werden bzw. sind gefordert, und zwar in allen von einer linguistischen Systematik her unterscheidbaren Ebenen: der Phonematik/Phonologie, Lexik, Morphologie und Syntax, Semantik, Textematik, zusätzlich und vor allen Dingen auf pragmatischer Ebene (Sprech-/Hörakte, Rede- und Hörsituationen usw.) sowie in bezug auf Prosodie und extraverbale, Sprachkommunikation begleitende und unterstützende Signalsysteme.

Obwohl in bezug auf alle diese Bereiche Hören und Hörverstehen gelernt bzw. über Hören und Hörverstehen gelernt wird, sind die auditiven Prozesse der Sprachwahrnehmung und -verarbeitung, des Hörens/Hörverstehens mit wenigen Ausnahmen kaum Gegenstand sprachdidaktischer oder allgemein unterrichtlicher Überlegungen und Untersuchungen gewesen. Daß nicht nur hörend gelernt, sondern auch in gleicher Weise und in engem Zusammenhang mit dem Sprechen das Hören/Hörverstehen selber gelernt wird, daß Bearbeitungsqualität und -tiefe von der Verfügbarkeit über Hörtextverarbeitungsstrategien, die erlernt und verbessert werden können, abhängig sind, wird erstaunlicherweise häufig gar nicht gesehen.

Ironisch verkürzt ließe sich feststellen, daß »hörerzieherische« Maßnahmen, daß Didaktisierung und Methodisierung von »Hörverstehen« sich in der schulischen Wirklichkeit auf Lehreräußerungen wie »Nun hört doch mal zu!« oder »Ihr versteht aber auch gar nichts!« oder »Spitzt mal schön die Ohren!« beschränken. Dabei dürfte die Relevanz einer unterrichtlichen Befassung mit Hören/Hörverstehen aus dem vorher Gesagten schon deutlich geworden sein (vgl. auch *Urban* 1977, besonders S. 11—41).

Dazu kommt, daß der Anteil des Hörens, des mehr oder weniger »passiven« Konsums von Schallereignissen aller Art, insbesondere aber sprachlicher Art, an der Gesamtzeit alltäglicher Kommunikation überaus hoch ist (vgl. *Urban* 1977 b, S. 15 ff.). Schüler sollten auch lernen, bewußter, selektiver, aktiver zu hören und hörzuverstehen.

Tabelle 1: Prozentuale Anteile der vier Kommunikationsweisen an täglicher Kommunikationszeit

	Rankin (1926)	Bird (1953)
Hören	42	42
Sprechen	32	25
Lesen	15	15
Schreiben	11	18

Tabelle 2: Prozentuale Zeitanteile der vier Kommunikationsweisen im Schulunterricht

	Wilt (1949)		*Urban* (1977)		
	geschätzt durch Lehrer	beobachteter Anteil	geschätzt durch Lehrer		beobachteter Anteil
Hören	25	58	37		74
Sprechen	23		26		
Lesen	35	42	16	63	26
Schreiben	17		21		

Der weitaus größte Teil schulischen Lernens geht über den auditiven Kanal (vgl. *Grell* 1974, S. 66 f.; *Urban* 1977 b). *Hörverstehen ist ein wesentlicher Faktor für Lernerfolg und Schulnoten.* Schüler müssen in der Lage sein, das schulische Sprachmaterial, das vor allem vom Lehrer produziert wird, zu verstehen. Damit soll nicht einer bloßen Anpassung von Schüler- an Lehrersprache oder einer Perpetuierung bestehender bewußter oder »heimlicher« Unterrichtskonzeptionen, wie der Frontalunterricht, der Lehrerdominanz, assymetrischer Kommunikation und anderem das Wort geschrieben werden, sondern die Notwendigkeit der Befähigung der Schüler zum aktiven, schließlich kritischen Hören und Verstehen unterstrichen werden.

Die individuellen Hörverstehensfähigkeiten der Schüler als einer Voraussetzung für erfolgreiches Sprachhandeln und Lernen in der Schule sind so unterschiedlich ausgebildet wie andere Fähig- und Fertigkeiten auch, die schulische Sprachkommunikation ist im Vergleich zu Alltagskommunikation, auch wenn es sich da um beabsichtigte oder unbeabsichtigte Informationsvermittlung bzw. -aufnahme oder gelegentlich um ritualisierte Konversation handelt, relativ formalisiert und zumindest intentionsgemäß sachbezogen. Das heißt, der Lehrer hat meist kein spezifisch persönlich begründetes Interesse daran, gerade diesem Schüler diesen Stoff zu vermitteln, sondern sieht dies, und nicht zu Unrecht, als eine professionelle Aufgabe. Der Schüler wiederum weiß, daß der Lehrer im Unterschied zu »normalem Informationsgespräch« Fragen z.B. nicht stellt, weil er selbst Information sucht, die er nicht besitzt, sondern in der Regel lediglich Wissensbestände erfragen, überprüfen will. Durch die(se) spezifische Art verbaler unterrichtlicher Kommunikation wird ein großer Teil sonst individuell unterschiedlich auf Kommunikation wirkender Voraussetzungen, Prädispositionen weitgehend unwirksam bzw. für die Schüler einer Klasse, die sich in derselben Situation befinden, *relativ* egalisiert. Die Rollen der Kommunikationspartner sind durch die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen relativ fixiert, die Erwartungen aufgrund vorangegangener gemeinsamer Erfahrungen vergleichbar.

Auch unter dem generellen Ziel einer Erziehung zur allgemeinen Kommunikationsfähigkeit haben schulische Kommunikationssituationen, die sich als Informationsvermittlung oder Weitergabe von Instruktionen im Sinne einer Einwegkommunikation verstehen, ihre Legitimität; Schüler sollten in hohem Maße effizient sein oder dazu gebracht werden, auch Hörtexten, die nicht in einer dialogischen Kommunikationssituation entstehen, aufmerksam zu folgen, evaluativ hörzuverstehen und kritisch zu bewerten.

Ich verzichte an dieser Stelle darauf, einen umfangreichen — und sicher auch sinnvollen — Katalog von hierarchisierten Lernzielen in bezug auf (kommunikative) Hörverstehensfähigkeiten aufzustellen, sondern verweise auf *Urban* (1977), *Geißner, Stoffel, Baacke, Pschibul.*

Ein vom Autor dieses Beitrages entwickelter Hörverstehenstest (HVT) und ein zugehöriges Trainingsprogramm werden demnächst vorgestellt.

5. *Hörverstehen als Curriculum-Element und als integraler Bestandteil einer Konzeption von Unterricht*

Es dürfte die Notwendigkeit deutlich geworden sein, gutes Hörverstehen zu *Methode und Gegenstand* des Unterrichts zu machen; nicht zuletzt und ganz besonders im Unterricht mit sprachbehinderten Kindern, deren sprachliche Produktionsfähigkeit nur allzu oft alleiniges Kriterium für Sprach- und Kommunikationsfähigkeit darstellt, ohne Berücksichtigung von Voraussetzungen und Interdependenzen. Dabei muß zumindest auf zwei Ebenen gearbeitet werden, die in der unterrichtlichen Interaktion zu einem Prozeß verschmelzen.

a) Ebene der Schüler — »Hörverstehens-Curricula«

Bis auf Postulate in Richtlinien und kommunikationstheoretisch orientierten Deutschdidaktiken sowie wenige Ansätze, wie z.B. bei *Geißner* (1977, 1979), *Stoffel* (1979 a, 1979 b, 1978), *Pschibul* (1980) ist in der Bundesrepublik Deutschland bisher kaum systematisch gearbeitet worden. In den USA ist in den fünfziger und sechziger Jahren in einer inhaltlich sehr praktisch-pragmatischen Art dazu viel publiziert worden (*Duker* ^{2}1968, 1971). In curricularen Vorschlägen zum »listening« wird dort meist unterschieden zwischen

1. discriminative oder selective oder attentive,
2. critical oder reflective,
3. appreciative und/oder creative, auch aesthetic

listening (*Dow* 1954, *Duker* 1961, *Barbe* und *Myers* 1959). *Stoffel* unterscheidet »synthesierendes, analysierendes und kritisches Hörhandeln« (1979 b, S. 148).

Fessenden (1955) nennt sieben »levels of listening«: isolation, identification, integration, inspection, interpretation, interpolation und introspection (vgl. *Urban* 1977). Solche Kategorisierungen können curriculare Grobraster abgeben.

Entwicklung und Durchführung von Programmen/Curricula zur Hörverstehenserziehung können nur als integrale Bestandteile eines umfassenden Konzepts von kommunikativem Unterricht im allgemeinen und Deutschunterricht bzw. rehabilitativem Sprachunterricht im besonderen verstanden werden. Unter diesem Aspekt sind auch die folgenden Bemerkungen zum Lehrer zu sehen.

b) Lehrer

Der Lehrer, seine Persönlichkeit und sein professionelles Handeln müssen in ein solches Konzept passen, ebenso wie es ihm »passen« muß. Der Lehrer muß notwendigerweise ein positives Modell eines Hörers abgeben, und zwar in der umfassenden Art, daß »Verständigung« als Prozeß und als Produkt eines gegenseitigen Verstehens (*Uhle* 1978) Handlungsmaxime ist. Dann bleibt die pädagogische Frage in bezug auf Hörverstehen nicht bloß eine der didaktischen und methodischen Aufarbeitung, sondern sie wird zu einer »Frage der kommunikativen Qualität des Unterrichts, seiner modellierenden Funktion« (*Stoffel* 1979 b, S. 146).

Bestimmte Unterrichtskonzepte können also bestimmte Arten von Hörerverhalten und -strategien auf Lehrer- wie auf Schülerseite implizieren, fördern oder verhindern.

Das heißt, daß Schüler nicht nur in motivationaler, sondern auch in Hinsicht auf die kognitive (Vor-)Strukturiertheit vermutlich effizienter und qualitativ besser hörverstehen, wenn sie in

einem Unterricht mitarbeiten, dessen Ziele nicht durch die oftmals auch nicht offengelegte, alleinige Entscheidung des Lehrers, sondern auch durch die Schüler mit-bestimmt werden; und zwar deshalb, weil die Schüler

1. wissen, was sie wissen wollen bzw. sollen, und
2. auch wollen, was sie wissen sollen bzw. wollen.

6. Schlußbemerkung

In bezug auf die im Thema gestellte Frage »Hörverstehen — Lernprozeß oder Schicksal?« dürfte deutlich geworden sein, daß sie lediglich als eine rhetorische zu werten ist. Hörverstehen kann nur als ein *Lernprozeß* aufgefaßt werden, dessen Verlauf und Qualität allerdings heute noch in hohem Maße scheinbar schicksalhaft bestimmt ist. Das gilt nicht nur für die Kinder, deren gehörphysiologische Schädigung oder Dysfunktion nicht oder zu spät erkannt wird (leider gibt es solche Kinder noch öfter, als man denkt; wir finden sie z.B. in Sonderschulen für Lernbehinderte wieder — hier kann man von »Schicksal« und »verhinderten Lernprozessen« sprechen), sondern dies gilt auch für normalsinnige Kinder. Ob aus einem Kind ein potentiell aufmerksamer, positiv selektiver, bewußt effizienter, kommunikativ offener und zugleich kritischer Hörer/Hörversteher wird, hängt (bisher) offensichtlich weniger bzw. gar nicht von mehr oder weniger bewußt gesteuerten Lernprozessen im Unterricht ab, wie sie denkbar wären, sondern von der (heimlichen) Qualität der interaktiven, kommunikativen Erfahrungen im Verlauf der frühkindlichen Sozialisation sowie vom kommunikativen Verhalten bzw. der unbewußten Operationalisierung und Realisierung der heimlichen Erziehungsziele der Lehrer.

Literatur

Baacke, D.: Kommunikation und Kompetenz. München 1973.

Barbe, W.B., und Myers, R.M.: Developing listening ability in children. Elementary English 31 (1954), S. 82—84.

Bird, D.E.: Teaching listening comprehension. Journal of Communication 3 (1953), S. 127—130.

Bosshardt, H.-G.: Suprasegmental structure and sentence perception. Referat im Workshop: Pausological implications of speech production. Kassel 1978.

Dooling, D.J.: Rhythm and syntax in sentence perception. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior 13 (1974), S. 255—264.

Dow, C.: How we teach listening. Bulletin of the National Association of Secondary School Principals 38 (1954), S. 137—141.

Duker, S.: Listening. Review of Educational Research 31 (1961), S. 145—149.

Duker, S.: Listening: Bibliography. Metuchen, N.J. 1968. 2. Aufl.

Duker, S.: Teaching listening in the Elementary School: Readings. Metuchen, N.J. 1971.

Fessenden, S.A.: Levels of listening: A theory. Education 75 (1955), S. 288—291.

Geissner, H.: Die Bedeutung der Sprechhandlungstheorie für die Konzeption mündlicher Kommunikation in der Schule. Sprache und Sprechen 8 (1977).

Geissner, H.: Rhetorische Kommunikation. Praxis Deutsch. (1979) H. 33, S. 10—21.

Grell, J.: Techniken des Lehrerverhaltens. Weinheim 1974.

Haviland, S.E., und Clark, H.: What's new? Acquiring new information as a process in comprehension. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior 13 (1974), S. 512—521.

Healy, A.F., und Cutting, J.E.: Units of speech perception phoneme and syllable. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior 15 (1976), S. 73—83.

Hörmann, H.: Einführung in die Psycholinguistik. Darmstadt 1981.

Lenneberg, E.H.: Biologische Grundlagen der Sprache. Frankfurt 1977.

Lindner, G.: Einführung in die experimentelle Phonetik. Berlin 1969.

Lindner, G.: Hören und Verstehen. Berlin 1977.

Massaro, D.W.: Preperceptual images, processing time, and perceptual units in speech perception. In: Massaro, D.W. (Hrsg.): Understanding language. An information — processing analysis of speech perception, graeding and psycholinguistics. New York 1975.

McNamara, J.: Cognitive basis of language learning in infants. Psychological Review 79 (1972), S. 1—13.
McNeill, D., und Lindig, K.: The perceptual reality of phonemes, syllables, words, and sentences. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior 12 (1973), S. 419—430.
Neisser, U.: Kognitive Psychologie. Stuttgart 1974.
Neisser, U: Kognition und Wirklichkeit. Stuttgart 1979.
Oksaar, E.: Spracherwerb im Vorschulalter. Stuttgart u.a. 1977.
Pschibul, M.: Mündlicher Sprachgebrauch. Verstehen und Anwenden gesprochener Sprache. Donauwörth 1980.
Rankin, P.T.: The measurement of the ability to understand spoken language. Doctoral thesis, University of Michigan 1926.
Stoffel, R.M.: Hören, Zuhören und Zuhörtraining aus sprechwissenschaftlicher Sicht. In: Lotzmann, G.: (Hrsg.): Aspekte auditiver, rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie. München/Basel 1978, S. 54—69.
Stoffel, R.M.: Sprechdenken und Hörverstehen. Praxis Deutsch (1979 a) H. 33, S. 51—55.
Stoffel, R.M.: Lernzielkontrolle im Bereich »mündliche Kommunikation« — systematische Beobachtung und theoriegeleitete Analyse von Sprechdenk- und Hörverstehensprozessen. In: Bericht über die GAL-Tagung 1979. Tübingen 1979, S. 145—157.
Urban, K.K.: Sprechen und Hören im Schulunterricht — Ergebnis einer empirischen Untersuchung. Die Deutsche Schule 69 (1977 a), S. 744—748.
Urban, K.K.: Verstehen gesprochener Sprache. Düsseldorf. 1977 (b).
Urban, K.K.: »Hören« kann man lernen — Bericht über ein Trainingsprogramm. Linguistische Berichte (1978) 57, S. 80—88.
Urban, K.K.: Hörverstehenstest (HVT). Weinheim 1984.
Urban, K.K.: Besser hören und verstehen. Ein Übungsprogramm. Weinheim (in Vorbereitung).
Wilt, M.E.: A study of teacher awareness of listening as a factor in elementary education. Doctoral thesis, Pennsylvania State College 1949.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Klaus K. Urban, Universität Hannover, Bismarckstraße 2, 3000 Hannover.

Das JUGENDWERK GAILINGEN E.V.
— Neurologisches Rehabilitationskrankenhaus für Kinder und Jugendliche —

sucht ab sofort

1 LOGOPÄDIN/LOGOPÄDEN

zur Behandlung von kindlichen Aphasien, Dysarthrien und Sprachentwicklungsstörungen. Erfahrungen auf diesem Gebiet sind erwünscht. Das logopädische Team besteht aus insgesamt sechs Therapeuten, eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten und Krankengymnasten ist gewährleistet.

Die Vergütung erfolgt nach BAT IVb/IVa mit allen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes. Es bestehen großzügige Fortbildungsmöglichkeiten.

Bewerbungen erbitten wir an die Ärztliche Leitung — Frau Dr. med. E. Markus —
Jugendwerk Gailingen e.V.
Postfach 1, 7704 Gailingen Krs. Konstanz, Telefon (07734) 8 73 40

Initiativen, Konzepte, Realisationen der Sprachheilarbeit

Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 187—191

Hans Iwert, Bonn-Oberkassel

25 Jahre »Zentrum für sprachgestörte Kinder und Jugendliche Bonn«

1. Aufgaben und Mitarbeiter

Durch die Eingliederungshilfe-Verordnung des Bundessozialhilfe-Gesetzes (BSHG) vom 30. Juni 1961 wurde die Sprachheilfürsorge zu einer Pflichtleistung der von diesem Zeitpunkt an Sozialhilfeträger genannten Fürsorgebehörden. Der Landschaftsverband Rheinland übernahm jedoch in dieser Funktion schon ab 1956 freiwillig die Aufgaben der stationären Sprachheilbehandlung.

Sprachheilpädagoge Josef *Kranich,* früher Gehörlosenlehrer in der Landestaubstummenanstalt Königsberg in Ostpreußen, wurde 1956 mit dem Aufbau einer Sprachheilstation in der Kinder-Kurklinik Bad Oeynhausen betraut. *Kranich* hatte schon vor dem zweiten Weltkrieg Erfahrungen in der Stotterer-Einzelbehandlung nach *Gutzmann* gesammelt, war im Kriege als Sonderpädagoge bei hirnverletzten Sprachgeschädigten und später in der Gehörlosenschule Essen tätig. Seine ruhige und ausgleichende Art verschaffte ihm einen guten Zugang zu den sprachgestörten Kindern. Als erster Mitarbeiter stand ihm der Gehörlosen- und Sprachheillehrer Hans *Hubbertz* zur Seite. Im Frühjahr 1957 kam Hans *Iwert* als Dipl.-Psychologe zu dieser kleinen Arbeitsgruppe. Später schloß sich Adolf *Müller* an, der als Gründer und Leiter der Sprachheilschule Rostock aus der DDR gekommen war. Seine Rostocker Mitarbeiterin Margarete *Gietzel,* Dipl.-Psychologin und Sprachheillehrerin, wurde auch schon in Bad Oeynhausen eingesetzt. Diese beiden Kollegen übernahmen im größeren Umfange die Behandlung von Kindern mit Dyslalien (Stammeln und Lispeln) und Palatolalien (Gaumenspaltensprache) nach operierten Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten.

Ärztlich wurde die Gruppe der Sprech- und Sprachgestörten vom Chefarzt Dr. med. habil. Ulrich *Grüninger* betreut. Er war der letzte Oberarzt des berühmten Pädiaters Prof. Dr. Adalbert *Czerny* gewesen und hatte nach dem zweiten Weltkriege in Bethel bei Bielefeld umfangreiche Erfahrungen bei Behinderten sammeln können.

Um die Jahreswende 1958/59 erwarb der Landschaftsverband Rheinland für seine Abteilung Sozialhilfe das private Kindersanatorium Ebton, welches ursprünglich als Landhaus für den Kölner Fabrikanten Julius *Vorster* erbaut worden war. Dieses in einem englischen Park mit herrlichem, teils exotischem Baumbestand gelegene Haus wurde am 16. Februar 1959 als »Rheinisches Landeskurheim für Sprachgeschädigte« mit einer zunächst relativ geringen Bettenzahl eröffnet, in den folgenden Jahren schrittweise renoviert und mit entsprechend mehr Kindern belegt.

Im Sommer 1959 berief der Landschaftsverband Rheinland Curt *Heidrich* zum ersten Direktor dieser Institution. Josef *Kranich* wurde Direktorstellvertreter. Unter *Heidrichs* Leitung wuchs die Aufnahmekapazität des Hauses. Als Sprachtherapeuten kamen zum Oeynhausener Team hinzu: die Gehörlosen- und Sprachheillehrer Rudolf *König* und Karlheinz *Offergeld,* Diplom-Psychologe Dr. Edmund *Westrich* (jetzt Professor für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität Mainz) sowie die Diplom-Logopädin und Diplom-Heilpädagogin Regina *Gottsleben* aus der Schweizer Ausbildungsstätte Fribourg.

Es würde den Rahmen dieser Ausführungen sprengen, alle in der Folgezeit hier tätigen oder vorübergehend tätigen Therapeuten aufzuzählen.

Als erster Arzt war in diesem Hause der Neurologe Dr. Dr. Alfred *Schröder* halbtags beschäftigt. Als zeitweise fast 100 Behandlungsplätze vorhanden waren, übernahm Frau Dr. Christel *Geller* für eine lange Reihe von Jahren ganztägig diese vielfältigen ärztlichen Aufgaben an Sprech- und Sprachgestörten aller Altersstufen. Durch den Rückgang der Belegung in den späten siebziger Jahren wurde die ärztliche Versorgung wieder auf eine halbe Stelle reduziert, welche abwechselnd von verschiedenen Kinderärzten wahrgenommen wurde.

Schon in den fünfziger Jahren kamen erste ständige Kontakte mit der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf zustande. Der Direktor dieser chirurgischen Rehabilitationsklinik für Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltträger, Prof. Dr. Dr. Alfred *Rehrmann,* gewann Direktor Curt *Heidrich* und seine Mitarbeiter für die sprachheilpädagogische Folgebehandlung seiner Patienten. Nach dem Tode von Prof. Dr. Dr. *Rehrmann* übernahm schließlich Prof. Dr. Dr. *Reil-Ehlers* die chirurgische Versorgung dieser Gruppe von Geschädigten. Mit ihm wie mit Prof. Dr. Dr. Krüger, der in Bonn die Operationen der Gesichtsspalten durchführt, besteht nach wie vor ein enger Kontakt zum Sprachheilzentrum Oberkassel. Beratend wie sprachheilpädagogisch waren an diesen Kindern nacheinander die Mitarbeiter Adolf *Müller,* Dieter *Herrmann* und Günter *Hoch* tätig.

Ende der siebziger Jahre gelang es dem damaligen Direktor Ernst *Huth,* Dr. Remigius *Domanski* als Consiliarius für den Hals-, Nasen-, Ohren-, Sprach- und Stimm-fachärztlichen Bereich zu gewinnen. Dr. *Domanski* ist gleichzeitig Leiter einer Fachklinik für Stimm- und Sprachkrankheiten.

In diesem Zusammenhange ist auch die enge Verbindung mit der Klinik für Sprachstörungen in Bonn hervorzuheben. Der Gründer dieser Klinik, Prof. Dr. Anton *Leischner,* war schon als Oberarzt der damals von Prof. Dr. Gerd *Peters* (dem späteren Direktor des Münchner Max-Planck-Instituts für Hirnforschung) geleiteten Bonner Hirnverletzten-Klinik als Aphasieforscher bekannt. Von Langenfeld aus, wo die Klinik für Sprachstörungen zunächst stationiert war, wurden die ersten Kontakte mit Oberkassel aufgenommen, die sich nach Verlegung der Klinik nach Bonn verstärkten. Jetzt ist diese Klinik eine Abteilung der Rheinischen Landesklinik Bonn und wird von Dr. Hans-Alfred *Linck* geleitet. Das heutige »Zentrum für sprachgestörte Kinder und Jugendliche« in Bonn-Oberkassel ist dieser Abteilung zugeordnet.

2. Strukturierungsprozesse in der Arbeit an Sprech- und Sprachgestörten

Im Vordergrund der stationären Sprachheilbehandlung stand zunächst die Stotterer-Therapie. Während der Landschaftsverband Westfalen-Lippe unter der Leitung seines Landessprachheilbeauftragten Dr. *Steinig* in Bad Rothenfelde eine rein psychologische Stotterer-Behandlung durchführen ließ, setzte Josef *Kranich* in Bad Oeynhausen die Tradition der Berliner Schule Albert und Hermann *Gutzmanns* fort.

Für die ersten beiden Psychologen, Margarete *Gietzel* und Hans *Iwert,* bot sich im Köln-Bonner Raum die Möglichkeit einer zusätzlichen Ausbildung in analytischer Psychotherapie. Sie erkannten in Anlehnung an Harald *Schultz-Henckes* neopsychoanalytisches Konzept die Notwendigkeit, in der Stotterer-Behandlung verschiedene Therapieformen in komplexer Weise miteinander zu kombinieren. Später kam Dr. Edmund *Westrich* mit einer eigenen Auffassung zur Behandlung von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen zu dieser Arbeitsgruppe.

Entsprechend dem damaligen Entwicklungsstand der Sprachheilpädagogik, wurden Dyslalien (Stammeln) vorwiegend nach der passiven Methode behandelt, das heißt, mit Hilfe von Sonden wurde vor dem Artikulationsspiegel Zungenlage, Lippenstellung usw. korrigiert und auf diese Weise lautrichtiges Sprechen eingeübt. Schrittweise setzte sich eine umfassendere, entwicklungspsychologisch begründete Betrachtungsweise durch, die zur aktiven Artikulationsmethode und zur audiopädischen Verfahrensweise nach *Van Riper* führte.

Die Bemühungen um immer besser werdende sprachheilpädagogische Maßnahmen erfolgten in enger Zusammenarbeit mit dem von Prof. Dr. Heribert *Jussen* begründeten Heilpädagogischen Institut der damaligen Pädagogischen Hochschule Köln.

3. Aufbau und Aufgaben der Sprachheilambulanzen im Rheinland

In Anlehnung an das Beispiel des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe übernahm in der Abteilung Sozialhilfe des Landschaftsverbands Rheinland schon Mitte der fünfziger Jahre der als Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachgestörten-Pädagoge erfahrene Walter *Kolibius* das Amt des Landessprachheilbeauftragten. Seine Aufgabe war es, auf föderativer Basis die Sprachheilbeauftragten der rheinischen Städte und Landkreise beim Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Sprachheilambulanzen zu beraten und fachlich zu unterstützen.

Eine lange Reihe von Jahren hindurch spielten die Leiter der Sprachheilambulanzen auch eine wesentliche Rolle bei der Empfehlung und Vermittlung von stationären Sprachheilbehandlungen für Kinder und Jugendliche aus ihrem Bereich. Dies führte im Regelfall zu einer engen Zusammenarbeit mit dem Sprachheilzentrum Oberkassel. Stationär behandlungsbedürftige Kinder wurden bis zum Jahre 1972 durch Sprachheilbeauftragte gemeldet und von Ärzten der zuständigen Gesundheitsämter untersucht. Sobald örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe die anteilige Behandlungskosten-Übernahme geregelt hatten, konnte ein Sachbearbeiter der Abteilung Sozialhilfe in Köln-Deutz die Aufnahme zur Behandlung veranlassen. Mit Hilfe dieses Systems war das Zentrum Oberkassel mit zeitweise 98 Betten nicht nur voll belegt, sondern es hatte zeitweise Wartefristen bis zu zwei Jahren, die für die Betroffenen sehr nachteilig waren.

Ab 1972 erhielt das Sprachheilzentrum den Status einer Fachklinik, d.h., die Behandlungskosten wurden in der Regel durch die zuständige RVO-Krankenkasse übernommen. Damit ging die Kompetenz für den Antrag auf stationäre Sprachheilbehandlung auf niedergelassene Ärzte über, welche verschiedenen Fachbereichen zugehörten. Diese Ärzte schicken die sprech- und sprachgestörten Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern zur Beratung nach Oberkassel. Halten sie eine stationäre Sprachheilbehandlung für unerläßlich, so beantragen sie diese im Einvernehmen mit dem Fachberater-Team Oberkassel. Der Wechsel im Verordnungs- und Zuweisungssystem für die stationäre Sprachheilbehandlung hat trotz aller Informationsarbeit seitens des Zentrums Oberkassel zu einer sinkenden Zahl von stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Sprech-, Sprach- und teilweise auch Stimmstörungen geführt. Da es im Landschaftsverband Rheinland keinen Koordinator mehr für die Kooperation zwischen Ambulanzen, niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen gibt und diese Aufgabe die Möglichkeiten des Landesarztes überschreitet, werden immer wieder erhebliche Informationslücken erkennbar.

Seit Anfang 1978 gehört das Zentrum Oberkassel zur Rheinischen Landesklinik Bonn. Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz, die Gründung von Sprachheilkindergärten und die Errichtung vieler Ambulanzen mit unterschiedlichen Trägern beeinträchtigen ebenfalls den Anmeldefluß. Hinzu kommt die Tatsache, daß durch die Begutachtungsanleitung für Stimm- und Sprachstörungen in der Regel zunächst eine ambulante Behandlung erfolgen soll, obwohl nach Auffassung des Verfassers nicht selten eine sofortige stationäre Sprachtherapie angezeigt ist.

4. Die Entwicklungsphasen des Zentrums Oberkassel

Die ersten neun Jahre unter Leitung von Curt *Heidrich* stellen eine Aufbauphase dar, deren Auswirkungen bis in die Gegenwart reichen. Nicht zuletzt war es auch Curt *Heidrichs* Eigenart, welche darauf wesentlichen Einfluß nahm. Neben seiner Ausbildung als Gesangs- und Gehörlosenpädagoge hatte er in seiner sächsischen Heimat Kontakte zur ganzheitlichen Psychologie Felix *Kruegers* in Leipzig und zu Psychoanalytikern unterhalten. Praktische Erfah-

rungen als Gehörlosen-, Hirnverletzten- und Sprachheillehrer vermittelten ihm das Rüstzeug für die neue Aufgabe, welche er 1959 im Alter von 57 Jahren übernahm. In seiner ausgleichenden, sorgfältig abwägenden Art verstand er es, unterschiedliche Temperamente und fachliche Auffassungen zum klärenden Gespräch zusammenzubringen. Allen Mitarbeitern der Anfangszeit werden seine Teambesprechungen der Samstagvormittage in deutlicher Erinnerung bleiben. Trotz oftmals harter Diskussionen in Fachfragen gab es im persönlichen Bereich keine Verstimmungen.

Sichtliche Anerkennung fand diese Aufbauperiode in der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse an Curt *Heidrich* und der 2. Klasse an Josef *Kranich.*

Im Sommer 1968 übernahm Ernst *Huth* die Leitung des Hauses. Sein vorrangiges Anliegen war es, nach der ersten Strukturierungsphase ein erhöhtes Maß an Differenzierung in die komplexe therapeutisch-heilpädagogische Arbeit mit sprech- und sprachgestörten Kindern zu bringen. Im zunehmenden Maße zur Aufnahme kommende mehrfachbehinderte Kinder machten diese Ausweitung der Tätigkeitsbereiche wie des Personalbestands erforderlich. An die Stelle der pädagogisch und psychologisch relativ unzureichend ausgebildeten Kindergärtnerinnen war inzwischen der Berufsstand der Erzieherinnen getreten. Hinzu kamen Sozialpädagoginnen, welche neben pflegerischen und erzieherischen Aufgaben vor allem in therapeutische Assistenzfunktionen eingearbeitet wurden, mit Therapeuten eigenständige Arbeitsprogramme entwickelten und schulähnliche Förderungsmaßnahmen durchführten. Seit Sommer 1982 sind zusätzlich Sonderschullehrerinnen der Krankenhausschule Bonn im Sprachheilzentrum tätig. Ihre Aufgabe ist es, spezielle Lerndefizite aufzuarbeiten und den Kindern die Rückkehr in die Schule am Heimatort durch regelmäßige Unterrichtsmaßnahmen zu erleichtern.

Huths Verdienst liegt auch in der Anknüpfung vielfältiger Kontakte zu ähnlichen Institutionen in anderen Bundesländern und zu Repräsentanten der angrenzenden ärztlichen, psychologischen und heilpädagogischen Fachbereiche. Nicht zuletzt ist es auch seinen Bemühungen zuzuschreiben, daß nicht nur deutsche Studentengruppen der Sprachbehindertenpädagogik, sondern Kandidaten der Logopädie aus den Niederlanden und Belgien zur Hospitation und Information nach Oberkassel kamen.

Der in seine Amtszeit fallende Belegungsrückgang, welcher zu einer Reduzierung der Bettenzahl führte, entspricht einer bundesweiten Entwicklung der letzten Jahre. Zurückgehende Geburtenzahlen spielten hierbei eine nicht unwesentliche Rolle.

Nach der Pensionierung von Ernst *Huth* gegen Ende 1982 wurde der bisherige stellvertretende Außenstellenleiter, Hans *Iwert,* beauftragt, neben seinen bisherigen therapeutischen Pflichten als Klinischer Psychologe die Koordinationsaufgaben des Leiters zusätzlich zu übernehmen. Karlheinz *Offergeld* wurden die Stellvertreterpflichten übertragen.

5. Gegenwartssituation und Ausblick auf die künftige Entwicklung

Wachsende Zahlen mehrfachbehinderter Sprech- und Sprachgestörter und langwierige Kostenbewilligungsverfahren erfordern erhöhten Zeitaufwand im Bereiche der fachlichen Beratung dieser Kinder und ihrer Eltern. Meist führen solche individuellen Beratungen, welche Anamnese und Diagnose einschließen, nur bei 50 Prozent zu einer stationären Sprachheilbehandlung.

Dennoch sind diese Beratungen als letztlich auch vom Gesetzgeber intendierte Pflichtaufgabe im Gesamtrahmen der Sprachheilfürsorge anzusehen. Dabei ist nicht zu übersehen, daß derart zeitaufwendige Verfahrensweisen im Hinblick auf die Abrechnungsmöglichkeiten von Krankenkassenleistungen nicht kostendeckend sind.

Im Gespräch mit dem Landesarzt für Sprachgestörte Rheinland, mit Sprachheilkindergärten und Sprachheilambulanzen wurde festgestellt, daß eine Reihe von Vorschulkindern mit Hilfe

der ambulanten Therapiemaßnahmen bisher nicht rechtzeitig bis zur Schulreife gefördert werden konnte. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wurde ein Entwurf für eine Tagesklinik innerhalb des Sprachheilzentrums Oberkassel erarbeitet.

Das »Zentrum für sprachgestörte Kinder und Jugendliche Bonn« führt seine konsiliarischen, informativen und kurativen Aufgaben in Zusammenarbeit mit dem Landesarzt für Sprachgestörte, mit Schulärztlichen Diensten, Sprachheilkindergärten, Schulen für Sprachbehinderte, sprachheilpädagogischen Ambulanzen und Logopäden, Beratungsstellen für Eltern und Kinder, Kinderneurologischen Zentren, pädiatrischen und anderen Fachkliniken sowie Stotterer-Selbsthilfegruppen durch.

Besonders eng ist die Kooperation mit der Abteilung für Heilpädagogik der Universität Köln, vor allem mit den Professoren für Sprachbehindertenpädagogik, Dr. Gerda *Knura* und Dr. Hans-Joachim *Scholz,* wie ihrem Vorgänger Dr. Werner *Orthmann.*

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums Oberkassel sind bemüht, im Rahmen der größeren Einheit »Rheinische Landesklinik Bonn« ihre in 25jähriger Tradition erworbenen Erfahrungen auf dem Gebiete der Sprachheilbehandlung weiterhin den sprachgestörten Menschen zugute kommen zu lassen und sich notwendigen Wandlungsprozessen anzupassen.

Anschrift des Verfassers:
Dipl.-Psych. Hans Iwert, Fachpsychologe für Klinische Psychologie, Am Buschhof 12d, 5300 Bonn 3.

Umschau

Probleme von Diagnose und Therapie dysgrammatisch sprechender Kinder

Bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachwissenschaft (DGfS), die vom 27. bis 29. Februar 1984 in Bielefeld stattfand, beschäftigte sich eine der 14 Arbeitsgruppen mit dem Thema *»Probleme von Diagnose und Therapie dysgrammatisch sprechender Kinder«.* Die von Bernhard Gläß (Linguist) und Iris Füssenich (Linguistin/Sprachbehindertenpädagogin) koordinierte AG bot die Möglichkeit der Orientierung über den derzeitigen Forschungsstand verschiedener Disziplinen zum »Dysgrammatismus«.

Bei den Referentinnen/Referenten handelt es sich um Sprachbehindertenpädagoginnen/Sprachbehindertenpädagogen, Linguistinnen/Linguisten und Psychologen.

Erika Kaltenbacher und *Werner Kany* (Heidelberg) refererierten über kognitive Verarbeitungsprinzipien und Syntaxerwerb bei dysphasischen und sprachunauffälligen Kindern. Anhand einer Längsschnittuntersuchung an vier dysphasischen und vier normalsprechenden Kindern versuchten sie die These zu belegen, daß dysphasische Kinder über andere Informationsverarbeitungstechniken verfügen und beispielsweise analytische Strategien gegenüber ganzheitlicher Strukturierung bevorzugen. Dies gelte ebenso für nichtsprachliches Handeln. Normal sprachentwickelte Kinder bevorzugten dagegen die Kombination aus analytischen und ganzheitlichen Strategien.

Hermann Schöler (Heidelberg) stellte aufgrund von Untersuchungsergebnissen die Hypothese auf, daß es qualitative Unterschiede beim Erwerb morphologischer Strukturen zwischen dysgrammatisch sprechenden und normal sprachentwickelten Kindern gibt. Zur Erklärung dieser Schwierigkeiten bieten sich mehrere Möglichkeiten an: Zum einen vermutet Schöler, daß Dysgrammatiker über eine Generalisierungsschwäche im sprachlichen Bereich verfügen. Eine andere Erklärung für die Minderleistung sieht er darin, daß Dysgrammatiker nicht über die Fähigkeit der Hypothesenbildung hinsichtlich sprachlicher Regeln verfügen. Aus der Annahme, daß unterschiedliche Erwerbsprozesse notwendig auch unterschiedliche Repräsentationen der sprachlichen Strukturen bewirken, leitet Schöler die Forderung nach unterschiedlichen therapeutischen Interventionsstrategien ab.

Gerd Kegel (München) stellte den psycholinguistischen Befund einer Fallstudie vor, der auf den Zu-

sammenhang zwischen Zeitwahrnehmung und Sprachstörung abzielte. Es handelte sich um Untersuchungsergebnisse von einem 8 1/2 Jahre alten entwicklungsverzögerten und nicht sprechenden Kind. Nach mehreren erfolglosen Therapieversuchen begann erneut eine Sprachtherapie mit der Besonderheit einer Kombination aus gesprochener Sprache, Lautgebärde und systematischer Einbeziehung der Schriftsprache. Die psycholinguistische Analyse setzte nach einem halben Jahr Therapie ein und führte zu der Annahme, daß das Schriftbild oder die Vorstellung davon die Realisierung der Wortartikulation erleichtert. Da das Kind mit zeitstrukturierter Sprache wesentlich größere Schwierigkeiten hatte als mit zeitunabhängigen Schriftreizen, gelangte Kegel zu der Hypothese, daß eine mögliche Ursache für die Sprachstörung in einem Defekt zentraler Prozesse der Sprachwahrnehmung zu suchen sei. Vermutet wurde ein hemisphärenübergreifender Funktionsausfall. In nachfolgenden Untersuchungen zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Normalisierung der Zeitwahrnehmung und der Sprachentwicklung. Bezogen auf den Spracherwerb deuten die angeführten Untersuchungsergebnisse auf die Bedeutung zeitstrukturierter Reize, wie sie gesprochene Sprache repräsentiert; mit anderen Worten, Sprache kann nur über den Erwerb ausreichend differenzierter Zeitwahrnehmung korrekt erworben werden.

Der von *Klaus B. Günther* (Heidelberg) gehaltene Vortrag über visuell-visomotorische Symbolwahrnehmung und -produktion bei entwicklungsdysphasischen und hörgeschädigten Vorschulkindern bestätigte die von Kegel dargestellten Befunde hinsichtlich der kompensatorischen Möglichkeiten der Schriftsprache für den Sprachaneignungsprozeß bei Kindern. Günther ging von der Idee aus, daß man Schriftsprache zum Aufbau von Sprache verwenden kann, und stellte die Frage nach der Generalisierungsfähigkeit dieser Erkenntnis für sprachretardierte Kinder insgesamt. Die Argumentation bewegte sich weiter in Richtung der Wahrnehmungsproblematik im auditiven Bereich für gesprochene Sprache und im visuellen Bereich für den Erwerb der Schriftsprache. Die Erkenntnis der engen Verflechtung zwischen sprachlichem Bereich und Wahrnehmungsbereich soll durch ein zur Zeit laufendes Forschungsprojekt abgesichert werden. Im Falle einer Funktionsbeeinträchtigung der Wahrnehmungsbereiche kann dies jedoch sowohl Ursache als auch Folge der Sprachretardierung sein.

Hartmut Günther (München) gab in seinem Referat »Die Beherrschung von Präpositionen bei dysgrammatischen Kindern« anhand von empirischen Daten einen Einblick in die Technik des Nachsprechens zur Erstellung einer linguistischen Fehleranalyse. Bei jedem anderen methodischen Vorgehen stellt sich die Problematik eines angenommenen Zielsatzes, an dem die sprachlichen Äußerungen gemessen und bewertet werden. Diese Nachteile sollen durch das Nachsprechverfahren aufgehoben werden. Die theoretische Begründung für den Einsatz der Modellsatzmethode dokumentierte die Intention des Untersuchers, als Linguist herauszufinden, was die Kinder spezifisch nicht können. Dabei stellte sich heraus, daß Präpositionen und Präpositionalphrasen besonders schwierige und fehlerträchtige Kategorien darstellen. Dies stimmte mit der Analyse der Transkripte freier Sprechaufgaben überein. Die Ergebnisse wurden im Zusammenhang mit weiterführenden Überlegungen und der Frage der Angemessenheit der Methode diskutiert.

Um einen interessanten Aspekt wurde die Diskussion durch den von *Hans-Joachim Scholz* (Köln) eingebrachten und von Linguisten eher reserviert betrachteten Begriff »Sprachgefühl« bereichert. Er ging in seinem Referat auf das »Sprachgefühl« als einer Instanz für die Evaluation sprachlicher Abweichungen ein. Bei der Antwort auf die Frage, auf welcher Grundlage Fachleute und Laien auch ohne den Einsatz diagnostischer Prüfverfahren sprachliches Verhalten als angemessen oder von der Norm abweichend bewerten, verwies er auf ein bei Muttersprachlern vorfindbares intuitives Wissen um sprachliche Regelhaftigkeit.

In den letzten drei Beiträgen wurde Dysgrammatismus primär unter kommunikativen und Handlungsaspekten betrachtet.

Iris Füssenich (Dortmund) und *Hildegard Heidtmann* (Hannover) wiesen auf Probleme bei der Diagnose von Dysgrammatismus hin. In diesem Zusammenhang wurde auf die Notwendigkeit der differentialdiagnostischen und terminologischen Abgrenzung zwischen Sprachentwicklungsstörung und Sprachentwicklungsverzögerung eingegangen. Die Referentinnen machten auf das unterschiedliche Verständnis von Dysgrammatismus und die uneinheitliche Verwendung der Begriffe in der Literatur aufmerksam. Ferner wurden die Fragen zur Diskussion gestellt, welches Grammatikmodell zur Beschreibung von Dysgrammatismus verwendet werden soll, ob die vorhandenen Grammatikmodelle für die Analyse gesprochener Sprache geeignet sind und ob es sinnvoll ist, Grammatik losgelöst von anderen Sprachebenen zu betrachten. Einem Überblick über die momentane diagnostische Situation folgte im weiteren Verlauf des Vortrages die Darstellung der Problematik von vorhandenen Testverfahren, vor allem deren nur

unzureichende theoretische Grundlegung. Es wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit Nachsprechaufgaben für den sprachlichen Entwicklungsstand eines Kindes repräsentativ sind. Einblicke in die unterschiedlichen Kommunikationssituationen »Testsituation und freie Spielsituation« und die daraus resultierenden Vor- und Nachteile rundeten das Thema ab. Aus der Kritik an den vorhandenen Testverfahren entwickelten die Referentinnen dann Gründe für den Vorteil der Analyse von freien Sprachproben als notwendige Ergänzung der Sprachdiagnostik. In der anschließenden Diskussion wurde die Frage der Praktikabilität aufgegriffen und gefragt, inwieweit die linguistische Analyse unterschiedliche situative Testbedingungen aufgreifen kann und wie die Handlungssituation darin ihren Niederschlag findet.

Bernhard Gläß (Oldenburg) stellte Grammatik als zentrale Kategorie zur Beschreibung dysgrammatisch sprechender Kinder in Frage. Er stellt die These zur Diskussion, daß sprachliche Erscheinungen aus den kommunikativen und handlungsleitenden Funktionen der Sprache abgeleitet sind, d.h., Sprache ist nicht nur eingebunden in Handlungszusammenhänge, sondern leitet sich auch aus ihnen ab. Bei Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten finden sich darum ebenfalls Beeinträchtigungen auf der Handlungsebene. Die eingeschränkte Handlungskompetenz ist das wesentliche Symptom. Bei der Untersuchung von Kindersprache müssen deshalb die Ebenen der grammatischen Kompetenz, der kommunikativen Kompetenz und der Handlungskompetenz berücksichtigt werden, anders ausgedrückt, der Systemaspekt hat nur in Verbindung mit dem kommunikativ-pragmatischen Aspekt Sinn.

Den Abschluß der Vortragsreihe bildete der Beitrag von *Irina Weigl* (Berlin), die über Untersuchungen an Krippenkindern in der DDR berichtete. Frau Weigl beschrieb den Verlauf des Experiments, »natürliche« Spracherwerbsprozesse nachzumodellieren, und die daraus resultierenden Ergebnisse in bezug auf registrierte Sprachproduktionen. Dabei stellte sich heraus, daß Kinder tätigkeitsbezogene und sprachbezogene Informationen filtrieren und daß Interdependenz zwischen dem Sprachsystem und der Tätigkeit besteht. Auch hier wurde ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Handlungsfähigkeit der Kinder und dem Niveau der Sprachproduktion festgestellt. Eine Interpretation der Sprachproduktion zeigte, daß Kinder über eine »eigene« Grammatik verfügen, die jedoch nur unter Einbeziehung der tätigkeitsbezogenen Perspektive und der kognitiven Grundlagen der Handlungen zu verstehen ist. Wenn das Kind also beginnt, Wörter und Sätze zu verstehen, sind gewisse kognitive Strukturen bereits vorhanden. Spracherwerb besteht keineswegs in einfacher Imitation der Erwachsenensprache, sondern in der Rekonstruktion der Sprache mit eigenen Mitteln.

In den Diskussionen zeigte sich, daß beim Dysgrammatismus noch viele Fragen offen sind und diese nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit angegangen werden können, was allerdings voraussetzt, daß terminologische und methodologische Fragen weiterhin eingehend diskutiert werden müssen. Die desolate Situation dieses Forschungsgebietes zeigte sich auch darin, daß zur Zeit kaum über die therapeutische Arbeit mit dysgrammatisch sprechenden Kindern berichtet wird. Einigkeit herrschte darüber, daß die gemeinsamen Diskussionen fortgesetzt werden sollen. Für den Herbst ist ein weiteres Treffen geplant. Ein Tagungsbericht mit den Beiträgen dieser AG wird voraussichtlich im Herbst 1984 erscheinen.

Anschrift der Berichterstatterin:
Dipl.-Päd. Hannelore Jost, Universität Dortmund, Abteilung 13: Sondererziehung und Rehabilitation, Kreuzstraße 155, 4600 Dortmund 1.

Würdigungen

Hans Petersen zum 80. Geburtstag

Am 15. Juli 1984 feierte der im In- und Ausland bekannte Heilpädagoge, Logopäde, Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Dr. med. h.c. Hans Petersen seinen 80. Geburtstag. Er ist in Bern und Zürich aufgewachsen und besuchte nach der Matur die Universität Zürich. Nach seinen Studien, insbesondere der Hirnanatomie, der Physiologie, Neurologie und Phonetik, absolvierte Hans Petersen die Fachausbildung als Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagoge und erwarb die Diplome in Heilpädagogik und Logopädie. Im Anschluß an diese gründliche Ausbildung begann die segensreiche Tätigkeit zum Wohle Behinderter. Lehrenden und Lernenden, vor allem aus den Bereichen des Hör- und Sprachgeschädigtenwesens, half er meisterlich durch stetes Geben und Nehmen, durch Leiten und Führen, die sprachliche Kommunikation unter- und miteinander ein-

zurichten, wieder zu erreichen oder zu erhalten. Ergänzt wurde diese praktische Arbeit mit Behinderten durch seine umfangreiche Lehrtätigkeit. Sie erstreckte sich u.a. auf Fachdozenturen am Heilpädagogischen Seminar Zürich, an Lehrerseminarien, Schwesternschulen, der Schule für Soziale Arbeit, den Weiterbildungskursen des Roten Kreuzes und auf die Mitarbeit beim Aufbau und der Leitung der Ausbildung sowohl von Logopäden als auch von Schwerhörigenpädagogen in der Schweiz. Besonders hervorzuheben sind die Entwicklung der Methodik des in der Schweiz und im Ausland ausgeübten Kommunikationstrainings für hör- und sprachbehinderte Erwachsene und die methodischen Hinweise zur systematischen Behandlung schwerer Sprachstörungen.

Hans Petersen war an der Gründung zahlreicher Fachinstitutionen zur Bildung und Erziehung Hör- und Sprachgeschädigter beteiligt sowie Mitbegründer entsprechender Fachverbände. Zahlreiche Publikationen runden diese praktischen Tätigkeiten ab, halten Bewährtes fest und weisen zum Teil in die Zukunft.

In »Würdigung seiner Verdienste um die grundlegende Entwicklung und Förderung der pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen für Schwerhörige, Ertaubte und Sprachgeschädigte« wurde Hans Petersen 1977 von der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich der Titel eines »Doktors der Medizin ehrenhalber« verliehen. Neben vielen anderen Ehrungen erhielt er 1982 die Ehrenmitgliedschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Phoniatrie, Logopädie und Audiologie.

Mehr aber noch als diese Zeichen der hochverdienten öffentlichen Anerkennung bedeutet für unseren Jubilar das beglückende Bewußtsein, kommunikationsgestörten Menschen zu einem neuen, lebenswerten Dasein verholfen zu haben.

Herzliche Glückwünsche und alles Gute weiterhin!

Eberhard Kaiser

Aus der Organisation

Bericht der Landesgruppe Berlin

Im Februar 1983 wurde ein neuer Landesvorstand gewählt. Die bisherigen Vorsitzenden, die Herren E. Trieglaff und W. Kühnel, kandidierten nicht mehr bei dieser Wahl. Ihnen sei an dieser Stelle nochmals, wie bereits in einer Sitzung der Landesgruppe geschehen, herzlich gedankt für die langjährige Vorstandsarbeit, die besonders in den Kongreßvorbereitungen und der -durchführung 1982 ihren Höhepunkt hatte. Als neue Vorstandsmitglieder wurden gewählt: Herr K. Bielfeld (1. Vorsitzender), Frau H. Schaupp (2. Vorsitzende), Herr F. Blum (Rechnungsführer), Herr K. Wittmann (Schriftführer).

Im Rahmen seiner einjährigen Tätigkeit führte der Vorstand für die Mitglieder der Landesgruppe drei Abendveranstaltungen durch. Probleme, die mit der Rückschulung Sprachbehinderter in die allgemeine Schule entstehen, bildeten das Rahmenthema der ersten Veranstaltung. Drei Sprachbehindertenpädagogen und eine Lehrerin aus der Grundschule führten in die Thematik ein. In der anschließenden Aussprache wurden Erfahrungen ausgetauscht, Vorschläge für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Sprachheilschule und Grundschule eingebracht und ein System entwickelt, welches eine bessere Rückmeldung aus der Regelschule ermöglichen soll.

In zwei weiteren Arbeitssitzungen wurden Verfahren der Eingangsdiagnostik vorgestellt und Möglichkeiten der Überprüfung ausländischer Schüler dargestellt. Eine Mitgliederversammlung diente der Information über die 16. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft in Ravensburg und der Wahl der Delegierten. Alle Veranstaltungen hatten einen erfreulichen Zuspruch von seiten der Mitglieder. An dieser Stelle soll ein Wort zur Mitgliederbewegung gesagt werden. Sie blieb trotz einiger Austritte, die meist im Zusammenhang mit der Pensionierung erfolgten, noch immer positiv. Zur Zeit hat die Landesgruppe 159 Mitglieder.

Im Januar 1984 fand auf Anregung des Verbandes Deutscher Sonderschulen ein Gespräch der Vorsitzenden der Behindertenverbände mit dem Senator für Schulwesen, Frau Dr. Laurien, statt. Dabei wies der Vorsitzende der Landesgruppe Berlin auf den Strukturwandel in der Schülerschaft der Schule für Sprachbehinderte hin und leitete daraus die Notwendigkeit besonderer Fördermaßnahmen (analog der Berliner Grundschule) ab. Außerdem wurde über die Dringlichkeit der Einrichtung von Ambulanzen an den vier Berliner Sprachheilschulen gesprochen. Der Strukturwandel und die damit verbundenen Probleme wurden vom Senator anerkannt, zusätzliche Fördermaßnahmen jedoch mit Hinweis auf die geringen Fre-

quenzen der Klassen für Sprachbehinderte und die augenblickliche Finanzsituation abgelehnt. Die Notwendigkeit der Ambulanzen wurde jedoch vom Senator für Schulwesen bejaht. Inzwischen sind jeder Schule für Sprachbehinderte für das Schuljahr 1984/85 fünf Stunden für die ambulante Beratung und Betreuung zur Verfügung gestellt worden. Diese Maßnahme ist natürlich nur als ein erster Schritt auf dem Wege zu einer voll ausgebauten Ambulanz zu verstehen. Die Landesgruppe Berlin wird sich um einen weiteren Ausbau und um die Schaffung von Fördermaßnahmen bemühen.

Mit Sorge betrachtet der Vorstand die Ausbildungssituation der Studierenden an der FU mit der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik. Seit fast drei Jahren ist der Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik unbesetzt. Es ist nur zu hoffen, daß in absehbarer Zeit eine Berufung erfolgt. Gastvorlesungen der Bewerber fanden im Juni 1984 statt. Die Ausbildungssituation für Lehrer, die die Ausbildung zum Sonderschullehrer durch ein Ergänzungsstudium erwerben wollen, hat sich stark verschlechtert, da der Senator für Schulwesen aufgrund der Sparmaßnahmen die bisherige Form des postgradualen Studiums (Beurlaubung bei vollem Gehalt) abgeschafft hat. Zukünftig werden Ergänzungsstudenten nur noch mit einer Unterhaltsbeihilfe (Anwärterbezüge) beurlaubt. Gegen diese gravierende Verschlechterung der Ausbildungsmöglichkeiten, vor allem für Kollegen, die bereits an Sonderschulen längere Zeit tätig sind und auf ihre Zulassung zum Studium schon einige Jahre gewartet haben, hat der Vorstand der Landesgruppe in einem Brief an den Senator energisch protestiert und die Schaffung einer Übergangslösung für diesen Personenkreis gefordert.

Abschließend wird darauf hingewiesen, daß das Verzeichnis der Berliner Sprachheileinrichtungen »Rat und Hilfe für Sprachbehinderte in Berlin« in seiner 2. Auflage (Stand: Januar 1983) noch nicht völlig vergriffen ist. Es kann unter folgender Anschrift bestellt werden: Albert-Gutzmann-Schule für Sprachbehinderte, z.Hd. Herrn F. Blum, Orthstraße 1, 1000 Berlin 65, Telefon (030) 4 57 28 50.

Überarbeitung und Neuauflage sind für das Frühjahr 1985 geplant.

K. Bielfeld
(1. Vorsitzender)

Bericht der Landesgruppe Rheinland

1. Verbandsangelegenheiten

Die Zahl der Mitglieder ist mittlerweile auf 300 angestiegen, ein steter Zuwachs, der allerdings vermehrt Verwaltungsarbeit bedingt.

Die inzwischen erfolgte Umstellung der Mitgliederkartei auf EDV bringt eine Entlastung. Die technisch bedingten Anfangsfehler mögen die Betroffenen entschuldigen.

2. Mitteilungen an die Mitglieder

Im Kalenderjahr erhielten die Mitglieder jeweils vier Rundschreiben, die neben Regularien seit geraumer Zeit jeweils einen Schwerpunkt haben. Beispiele:

— Sprachheilkindergärten (3/84);
— Zur Organisation der Sprachheilambulanz (2/84);
— Stationäre Behandlung stotternder Kinder (1/84);
— Mehrfach behinderte Kinder in der Schule für Sprachbehinderte (4/83);
— Die »Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung« (2/83);
— Das Sonderschulaufnahmeverfahren an den Schulen für Sprachbehinderte (1/83).

3. Öffentlichkeitsarbeit

Alle Schulen für Lernbehinderte und Geistigbehinderte wurden im Bereich der Landesgruppe über die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) unterrichtet. Ferner wurden ihnen die spezifischen Fortbildungsveranstaltungen der Landesgruppe mitgeteilt.

4. Sprachtherapeutische Betreuung von Sonderschülern

Auf Initiative und in Zusammenarbeit mit der Landesgruppe Rheinland wurde vom Regierungspräsidenten in Düsseldorf eine Verfügung erlassen, die alle Sonderschulen verpflichtet, für sprachgestörte Sonderschüler im Rahmen schulischer sonderpädagogischer Maßnahmen die sprachheilpädagogische Betreuung sicherzustellen. Subsidiär können — in Ausnahmefällen — auch außerschulische ambulante sprachtherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Die Notwendigkeit hierzu muß dem Sprachheilbeauftragten begründet werden.

5. Arbeitsgemeinschaft für Schulen für Sprachbehinderte

Innerhalb dieser AG wurden mehrere Treffen in verschiedenen Schulen unter einem Thema durchgeführt, gestaltet von der gastgebenden Schule. Angesichts des hohen Zuspruchs dieser Treffen wurde eine Teilnahmebeschränkung auf je zwei Teilnehmer erforderlich.

Rahmenthemen:

— Das Spielen in der Schule für Sprachbehinderte;

— Die Eingangsklasse an der Sprachheilschule als besondere Situation;
— Legasthenie-Förderung auf der Basis der klinischen Sonderpädagogik;
— Treffen für Schulleiter (verwaltungstechnische, schulrechtliche Fragen wie Zeugnisse, Schülertransport, Ausländerkinder an Sonderschulen);
— Die Zusammenarbeit mit dem Schulkindergarten.

6. Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilbeauftragten

Diese AG ist eine wichtige Kontaktadresse für die ambulante Sprachheilarbeit im Landesteil Rheinland. Sie ist bemüht, Homogenität der ambulanten Sprachheilarbeit herbeizuführen und zu sichern. Hierzu wurden umfangreiche Informationen an die Kollegen und an Nicht-Mitglieder gegeben. Ein Konzept wurde als Empfehlung erarbeitet.

7. Fortbildungsveranstaltungen

In Zusammenarbeit mit anderen Trägern wurden im Kalenderjahr drei Veranstaltungen durchgeführt mit jeweils etwa 120 Teilnehmern:

— K.H. Offergeld: Therapeutische Maßnahmen bei sprachentwicklungsgestörten Kindern;
— Prof. Dr. Scholz: Neue Überlegungen zum Verständnis grammatischer Störungen;
— Dipl.-Psych. H. Iwert: Komplexe stationäre Behandlung stotternder Kinder;
— Anita Schwarze: Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung sprachbehinderter Kinder im Vorschulalter;
— Prof. Dr. E. Westrich: Zum Verständnis der Probleme Sprachbehinderter; Die Umerziehung des Stotterers;
— Dr. Iris Füssenich: Psycholinguistische Ansätze des Schriftspracherwerbs.

8. Lehrerausbildung und Studium der Sprachbehindertenpädagogik

Inhalte und Schwerpunkte der Lehrerausbildung wurden vermehrt diskutiert. Im Hinblick auf die in der Praxis zu bewältigenden Aufgaben, und dies vor allem auch bezogen auf die freiberuflich tätigen Sprachheilpädagogen, wird eine Revision der Ausbildung in Nordrhein-Westfalen als erforderlich angesehen; Schwerpunktverlegungen und Ergänzungen sind geboten.

9. Kongreß 1986 der dgs

Die Landesgruppe Rheinland hat den Auftrag übernommen, die XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung auszurichten. Sie wird vom 24. bis 27. September 1986 in Düsseldorf stattfinden.

Heribert Gathen

Bücher und Zeitschriften

O. Braun, G. Homburg, J. Teumer: Sprachheilpädagogische Berufe. Rehabilitationsverlag GmbH, Bonn 2, 1983. 56 Seiten, kartoniert 6,80 DM.

Mit der 1983 erschienenen Schrift »Sprachheilpädagogische Berufe« haben die Mitglieder des Erziehungswissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. dem seit langem bestehenden Anliegen nach einer zusammenfassenden Darstellung der in der Rehabilitation Sprach-, Sprech- und Stimmgestörter tätigen Berufsgruppen, deren fachliche Qualifikation durch Ausbildungs- und Prüfungsordnungen abgesichert ist, in vorbildlicher Weise entsprochen.

So werden die Berufsbilder und Schwerpunkte des Sonderschullehrers für Sprachbehinderte, des diplomierten Sprachheilpädagogen, des Logopäden, des Sprachtherapeuten und des Atem-, Sprech- und Stimmlehrers mit ihren unterschiedlichen Aufgaben, Tätigkeiten, Ausbildungsvoraussetzungen, -gängen und -inhalten sowie den möglichen Berufsaussichten dargestellt, die durch die Anschriften der Ausbildungsstätten für die einzelnen Berufsgruppen ergänzt werden.

Bemerkenswert sind ferner die abschließend aufgeführten Einführungsliteratur und Adressen der Verbände des Sprachheilwesens.

Das mit dieser Schrift verfolgte Ziel, sachgemäße Informationen zu geben, ist in vollem Umfang erfüllt worden. Es bietet nicht nur den vor der Berufswahl stehenden Interessenten eine wichtige Entscheidungshilfe an, sondern gibt auch den Berufsberatern der Arbeitsämter fundiertes Material in die Hand, so daß sie ihren Aufgaben besser als bisher nachkommen können.

Darüber hinaus wird diese Schrift dazu beitragen, den Fachkollegen im Ausland eine willkommene Informationsquelle zu sein und die vielfach vorhandenen Unklarheiten über die verschiedenen sprachheilpädagogischen Berufe und Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland abzubauen.

K.-H. Hahn

Wolfgang Vater: Sprechlernspiele für entwicklungsgestörte Kinder. Reha-Verlag, Bonn 2 1982. 232 Seiten, kartoniert 24,50 DM.

Das Buch bietet ein reichhaltiges und durch Skizzen und Abbildungen illustriertes Angebot an Sprech- und Sprachspielen an. Unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Förderkonzeptes werden die Spielformen jeweils mit vielfältigen, sehr ideenreichen Spielen zur Förderung der Wahrnehmung (Hörspiele, Tastspiele usw.), der Motorik (Fingerspiele usw.), des sozialen Verhaltens, der Phantasie und des Gedächtnisses verknüpft. Der Einsatz und die Anwendung der Spiele soll dort beginnen, wo die Kinder die Vorstadien der Sprachentwicklung (selbst- und fremdnachahmendes Lallen) und ein erstes Sprachverständnis (Einwortsatz) schon erreicht haben.

Die Spiele sind unter zwei Gesichtspunkten gruppiert: Im ersten Teil des Buches stehen solche Spiele und Übungen im Vordergrund, die der Erwachsene mit dem Kind und umgekehrt spielen kann und die zur Erweiterung und Festigung des Wortschatzes dienen. Der zweite Teil enthält vor allem Spiele für die Gruppe, z.B. im Rahmen des Kindergartens. Inhaltlich reicht das Angebot bis zum Bilden erweiterter Sätze und Gebrauch erster Nebensätze.

Einschränkend anzumerken ist, daß der wissenschaftlich interessierte Leser einige exakte Quellenhinweise vermißt, ferner im letzten Teil (u.a. Förderhinweise für Stammler) unzulässige Grenzüberschreitungen zur Therapie auszumachen sind und schließlich bei einer Neuauflage die falschen Altersangaben revidiert werden müßten (das zweite Lebensjahr umgreift die Spanne zwischen 1 und 2, nicht zwischen 2 und 3 Jahren!). Abgesehen davon möchte ich dieses Buch jedoch uneingeschränkt und wärmstens demjenigen Sprachheilpädagogen empfehlen, der eine handlungs- und erlebnisbezogene Sprachförderung betreibt.

Otto Speck und Andreas Warnke (Hrsg.): **Frühförderung mit den Eltern.** Reihe: Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie. Band 13. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1983. 240 Seiten, kartoniert 36 DM.

Bei dem immer mehr ins öffentliche Bewußtsein rückenden Arbeitsfeld der Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder wird seit jeher — zumindest im Bereich pädagogisch orientierter Konzepte — der Mitwirkung von Eltern der zentrale Stellenwert beigemessen. In der gewünschten Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachleuten verschiedener Disziplinen liegt der Schlüssel zum Erfolg — aber auch manches Problem. Zur Lösung von Problemen bedarf es — so der Grundtenor des Buches — vor allem der beiderseits gewollten und praktizierten Annäherung und Verständigung, eines Lernprozesses also, dessen Struktur vom Abbau der Hierarchien und professionellen Ignoranz bestimmt wird. »Die in diesem Sammelband zusammengefaßten Beiträge wollen diesen Prozeß des gegenseitigen Zugangs zueinander und der besseren Verständigung miteinander und bisher vorliegende Ergebnisse aufzeigen und zugleich Neuorientierungs- und Handlungsansätze anbieten« (S. 11).

Unterstützung erhalten die beiden renommierten Herausgeber, Professor am Institut für Sonderpädagogik der Universität München und profilierter Leiter der Arbeitsstelle Frühförderung der eine, Dr. med. und Diplompsychologe am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München der andere, durch eine Reihe von Autoren, die die Problematik, um die es hier geht, von beiden Seiten her beleuchten können, als engagierte Eltern behinderter Kinder ebenso wie als Therapeuten aus der Sicht der beteiligten Fachdisziplinen.

Im ersten Teil des Buches steht die kritische Reflexion des Gegenstandes im Vordergrund. Die Beiträge vermitteln notwendige Denkanstöße in des Wortes mehrsinniger Bedeutung, so Speck einführend über den sich anbahnenden Verständniswandel vom Laienmodell über das Ko-Therapeuten-Modell zum Kooperationsmodell, ferner zwei Briefe einer Mutter und eines Vaters, deren Inhalte sehr nachdenklich stimmen und für die Arbeit im Bereich der Frühförderung nachweislich Initialwirkungen gezeitigt haben, schließlich Thurmair, Weiß, Warnke, Strothmann und Zeschitz, die die Eltern- und Familienarbeit aus der Praxis heraus vielfach kritisch betrachten, Aufgaben, Wirkungen und Nebenwirkungen an vielen Beispielen beleuchten und auch die Grenzen elterlicher Kooperation konkret benennen.

Im zweiten Teil des Buches steht die Beschreibung von Modellen und Formen der Elternarbeit in der Praxis im Vordergrund. Über Erfahrungen und Entwicklungen in den USA auf dem Felde der Frühförderung berichtet Kane, wobei prinzipielle Gemeinsamkeiten sichtbar werden. Einblicke in die Elterngruppenarbeit im Rahmen der pädagogischen Frühförderung in Bayern gewährt Spörri. Kompakte Informationen über spezielle Möglichkeiten eines intensiven Elterntrainings in der Form des sogenannten Münchner Trainingsmodells erhält der Leser von Innerhofer und Warnke. Den Abschluß bilden lesenswerte Beiträge über Arzt und Eltern in der Frühförderung (Ohrt), das Gespräch zwischen Therapeut und Eltern (Warnke) sowie über den rechtlichen Bestimmungsrah-

men für Maßnahmen der Frühförderung (Beiler und Mrozynski).

Insgesamt vermag das Buch, das in die vielfach beschworene Interdisziplinarität der Aufgabe als zentrale Konstituente die Erziehungsverantwortlichkeit und Kompetenz der Eltern miteinbezieht, auch dem Sprachbehindertenpädagogen eine Fülle von interessanten Aufschlüssen zu vermitteln.

Jürgen Teumer

Hannes Aschenbrenner und Karl Rieder (Hrsg.): **Sprachheilpädagogische Praxis.** Verlag Jugend und Volk. Wien 1983. 246 Seiten, 48 DM.

Die »Sprachheilpädagogische Praxis« ist ein Sammelband, in dem sich nach dem Vorwort der Herausgeber 13 Sprachbehindertenpädagogen mit speziellen Arbeitsschwerpunkten »um eine zweckmäßige Verbindung von Theorie und Praxis« bemühen. Als Lehrbuch für Studierende und Nachschlagewerk für einschlägig Tätige konzipiert, will man dem ganzen Spektrum unterschiedlich organisierter, individueller und differenzierter sprachbehindertenpädagogischer Arbeit, immer unter dem Blickwinkel der Ganzheit der Persönlichkeit des sprachbehinderten Kindes, Rechnung tragen.

Auf den ersten Blick geben die Herausgeber ein attraktiv aufgemachtes Buch in die Hand. Es ist klar und übersichtlich strukturiert, die Beiträge versuchen sich an der Zielsetzung zu orientieren, sie sind auch für Studierende der ersten Semester leicht verständlich verfaßt. Die Bandbreite der Inhalte reicht von einführenden sprachwissenschaftlichen Erörterungen über die Benennung, Erklärung, Untersuchung und Behandlung der wesentlichen Sprachstörungen hin zu speziellen Betreuungsformen, Hinweise auf Arbeitsmittel, sprachbehindertenpädagogische Einrichtungen und Fachvereinigungen. Das Literaturverzeichnis ist umfangreich und verweist zum Teil auch auf das Bemühen der Autoren, Aktuelles aus Fachzeitschriften und Fachliteratur zu verarbeiten. Insgesamt: Ein Buch von Fachleuten, die bestimmt mit viel Sachkompetenz und Erfahrung erfolgreich zu handeln wissen und ihr Tun reflektieren können.

Nach dem zweiten Blick muß das Urteil dann differenzierter ausfallen. Aschenbrenner hat 1975 im gleichen Verlag den Sammelband »Sprachheilpädagogik« editiert. Der Rezensent bemerkt verärgert, daß einige Beiträge (z.B. von Meixner und Aschenbrenner) fast identisch mit denen in der »Sprachheilpädagogik« sind, andere lediglich etwas umstrukturiert, mit wenig gehaltvollen Ergänzungen oder Erneuerungen (z.B. von Pöltner/Wechsler, Homolka/Rieder). Zugunsten eines niedrigeren Preises oder einer sinnvolleren Ergänzung anderer Kapitel hätte man gerne auf ihre doppelte Präsentation verzichtet!

Andererseits sind im Vergleich zum Sammelband von 1975 erfreuliche Entwicklungen auszumachen. Von Beginn an wird den Ergebnissen der sprachwissenschaftlichen und sprachpsychologischen Forschung mehr Raum gewährt. Der Leser gewinnt vorteilhaft den Eindruck, daß begründetes sprachbehindertenpädagogisches diagnostisches und therapeutisches Handeln Verständnis für sprachliche Vorgänge und sprachliche Entwicklung voraussetzt. Unter diesem Aspekt wäre die begriffliche und inhaltliche Ausdifferenzierung der Sprachebenen und Sprachprozesse in der Modellbeschreibung menschlicher Kommunikation (Zeller) mit dem Ziel wünschenswert gewesen, in den dann folgenden Beiträgen der Terminologie, Deskription und Klassifikation von Sprachstörungen eine eindeutigere, zuverlässigere, sprachwissenschaftlich gestützte Kennzeichnung, die diagnostisch, therapeutisch und prognostisch relevant ist, zu liefern. Dem Studierenden könnten die Unzulänglichkeiten und Widersprüchlichkeiten z.B. mancher Klassifikationsversuche somit noch deutlicher vor Augen treten (etwa in den Beiträgen von Zeller, Neundlinger und Rutte). Die Klassifikationsmanie ist allem Anschein nach wie vor für Sprachbehindertenpädagogen das der rationalen Analyse unzugängliche Erbe einer dem medizinischen Paradigma verpflichteten klassischen Stimm- und Sprachheilkunde!

Die Beiträge von Neundlinger (Dyslalie), Wulff (Rhinophonie und Stimmstörungen), Rieder/Rumler (Poltern) und Rutte (Dysgrammatismus) enthalten Bekanntes und Bewährtes, zeugen von profunden Kenntnissen und Fertigkeiten und gegenüber dem Sammelband von 1975 auch von der Lernbereitschaft der Autoren. Neu wurde das Kapitel über die Stimmstörungen aufgenommen. Unverständlich kurz geht Neundlinger auf die Therapien der Dyslalien ein, jene Sprachstörungen, die mit weitem Abstand an der Spitze praktischen sprachbehindertenpädagogischen Bemühens stehen. Im Hinblick auf die neuere Forschung (z.B. Ingram 1976, McReynolds und Engmann 1975) ist Kritik an der geringen Würdigung besonders der phonologischen Behandlungsansätze anzumelden.

Rutte hat seine Darstellung von der Diagnose und Therapie des Dysgrammatismus gegenüber 1975 erheblich erweitert und fundiert. Den Rezensenten beruhigt, daß man sich auch im deutschsprachigen Raum nicht mehr nur retrospektiv auf die seit Liebmanns Veröffentlichungen stagnierende, sprachheilkundlich orientierte Fachliteratur stützt,

sondern der angloamerikanischen sprachpsychologischen und sprachpathologischen Forschung den Weg ebnet und den hier weit fortgeschrittenen entwicklungsproximalen Ansatz in der sprachtherapeutischen Arbeit zur Kenntnis nimmt. Rutte schließt auch erfreulich die Behandlung des Dysgrammatismus im Unterricht in seine Überlegungen ein. Anderenfalls müßten die vielen Pädagogen, die in der Schule für Sprachbehinderte unterrichten, den Eindruck gewinnen, daß die sprachheilpädagogische Praxis an ihrem zentralen Tätigkeitsfeld, dem Unterricht, völlig vorbeigeht. Ganze zwei Seiten gewährt man dem Problem der Legasthenie (Rieder), obwohl der Schriftspracherwerb bei dem Großteil der Sprachbehindertenpädagogen in der alltäglichen Sisyphusarbeit nicht eben auf marginales Interesse stößt.

Zweifelsfrei kann man mit Gewinn das Kapitel über das Stottern (Motsch) lesen. Es ist mit das Beste, was bislang in Kurzform dazu geschrieben wurde. Routiniert fängt Motsch die Widersprüche auf, die Theoretiker wie Praktiker bei diesem Thema gleichermaßen plagen. Motsch entwickelt dem Leser eine Möglichkeit der integrativen Betrachtungsweise für die Beschreibung, Erklärung, Untersuchung und Behandlung des kindlichen Stotterns. Zuversichtlich wird man sagen können, daß sie für das Denken und Handeln des Sprachbehindertenpädagogen eine erfolgversprechende, umfassende, dem Wesen dieser Sprachstörung angemessene Konzeption darstellt.

Die Rezension verlagert schon aus bereits genannten Gründen ihren Schwerpunkt auf nur einige der insgesamt 24 Beiträge. In Anbetracht der für den Sprachbehindertenpädagogen geforderten ganzheitlichen Vorgehensweise erscheint fragwürdig, Themen wie etwa den Einsatz von Rhythmik (Schneider), sprachheilpädagogischer Technologie (Aschenbrenner), Gruppentherapie (Homolka/Rieder) oder dem Spiel (Meixner) eigene Kapitel zu widmen. Vermeidbare Wiederholungen z.B. bei den Kapiteln »Stammeln«, »Poltern« und »Dysgrammatismus« sind die Folge. Widersprüche treten auf, wenn z.B. Zeller auf den gleitenden Übergang zur folgenden sprachlichen Entwicklungsstufe aufmerksam macht und Pöltner und Wechsler annehmen, daß die Sprachentwicklung nicht kontinuierlich, sondern sprunghaft erfolge. Motsch bezweifelt die Möglichkeit, Polterer zu typisieren, nach Rieder und Rumler sind die Ursachen des Polterns in eben den typischen Eigenheiten des Temperaments zu suchen. Für Zeller ist das Entwicklungsstottern eine Form des Stotterns, für Motsch gibt es »deutliche Anzeichen dafür, daß es sich nicht um Stottern handelt«.
Gerade für den unerfahrenen Leser fehlt so etwas wie ein roter Faden durch die künstliche Aufsplitterung der »sprachheilpädagogischen Praxis« in 24 Kapiteln, und es kann die Vorstellung von der Ganzheitlichkeit der Behandlung des sprachbehinderten Kindes verlorengehen. Man fragt sich, ob nicht wenige, dafür ausführlichere, an Falldarstellungen exemplarisch erläuterte Beiträge die sprachheilpädagogische Praxis besser hätten repräsentieren können. Schließlich können wir auf die »Sprachheilpädagogik« von 1975 auch noch zurückgreifen.

Stephan Baumgartner

Vassiliki Triarchi: Sprachstandserfassung bei griechischen Kindern in verschieden konzipierten, bayerischen Frühfördereinrichtungen. Ladewig Verlag, Birkach, Berlin, München 1984. 220 Seiten, 28 DM.

Seit Jahren sehen sich Sprachbehindertenpädagogen in zunehmendem Maß mit Problemen sprachlicher Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Ausländerkindern konfrontiert. Die sich hieraus ergebenden diagnostisch-therapeutischen Aufgaben werden bisher erst ansatzweise diskutiert. Besonders im Hinblick auf die Prävention von Gefährdungen der Entwicklung erst- und zweitsprachlicher Fähigkeiten aufgrund von substraktivem Bilingualismus oder Semilingualismus — der unzureichenden Beherrschung von Mutter- und Zweitsprache bis ins Erwachsenenalter — wird die Sprachbehindertenpädagogik für einen großen Kreis von Betroffenen in Zukunft einen wichtigen Beitrag leisten müssen, falls sie dieses Arbeitsfeld nicht ohne eigene Beteiligung anderen Disziplinen überlassen möchte.

Einen interessanten Schritt in diese Richtung unternahm die Verfasserin der vorliegenden Studie (eine in Deutschland ausgebildete und tätige Sprachbehindertenpädagogin). In ihrer arbeitsintensiven Untersuchung ging sie der Frage nach, unter welchen Bedingungen griechische Kinder einen möglichst optimalen Erst-(L1-) und Zweit-(L2-)spracherwerb vollziehen können. Hierzu verglich sie anhand einer Reihe von Meßwerten den Sprachstand von griechischen Kindern aus nationalen (nur L1-Förderung), bilingualen (L1- und L2-Förderung) und multilingualen (nur L2-Förderung) Vorschuleinrichtungen. Außerdem berücksichtigte sie eine Reihe weiterer Variablen wie Alter, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Berufstätigkeit der Mütter usw. Eines der Hauptergebnisse ihrer sorgfältigen Auswertung weist — im Sinne der Schwellen- und Interdependenzhypothese von Cummins — darauf hin, daß ein gewisses Mindestmaß an institutioneller Förderung in L1 (Griechisch) offensichtlich nicht nur den Erwerb von L1, sondern auch von L2 (Deutsch) begünstigt bzw.

sprachlichen Fehlentwicklungen in beiden Bereichen vorbeugen kann. Daneben konnte die Verfasserin beobachten, daß sich unter den griechischen Gastarbeiterkindern in Deutschland ein beachtlicher Prozentsatz mit behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten in beiden Sprachen befindet.

In den theoretischen Teilen der Studie finden sich aufschlußreiche, empirisch begründete Ausführungen zu den motivationalen und sozialen Rahmenbedingungen, die sich hemmend oder fördernd auf den Spracherwerb von Ausländerkindern auswirken können. Darüber hinaus gibt die Verfasserin einen detaillierten Überblick über aktuelle Ansätze und Ergebnisse der internationalen Bilingualismusforschung sowie über die Folgen verschiedener Formen der Zweisprachigkeit auf die affektive, soziale und kognitive Entwicklung der Kinder und auf deren Schulerfolg. Es ist zu begrüßen, daß in diesen Zusammenhängen ausdrücklich auch die Zuständigkeit der Sprachbehindertenpädagogik betont wird. Sowohl die Daten der Untersuchung als auch die allgemeine Diskussion verschiedener Aspekte der Sprachentwicklung von Minoritätenkindern können dazu beitragen, die Sprachbehindertenpädagogen in Deutschland für diese spezifische Problematik zu sensibilisieren und die Entwicklung adäquater Präventions- und Frühförderungsstrategien voranzutreiben. Zusammenfassend kann man sagen, daß sich die Sprachbehindertenpädagogen die Gelegenheit nicht entgehen lassen sollten, differenziertere Einsichten in einen komplizierten Sachverhalt zu gewinnen, der sich in Zukunft immer mehr als ein neues Aufgabengebiet herausstellen wird. Die Lektüre des Buches ist daher sehr zu empfehlen.

Friedrich Michael Dannenbauer

V.M. Roth (Hrsg.): **Sprachtherapie.** Gunter Narr Verlag, Tübingen 1984.

Der Herausgeber beschreibt bereits im Vorwort, was das Buch zu bringen beabsichtigt: verschiedenartige Therapieansätze anhand praxisorientierter Beispiele.

Namhafte Therapeuten auf dem Gebiet der Sprachtherapie stellen Beispiele, Anregungen und Überlegungen vor und geben damit einen eindrücklichen Einblick in die Viel-Gestaltigkeit und Viel-Schichtigkeit der Sprachtherapie. Sie zeigen, daß man in der Sprachtherapie, sei sie nun für Aphasiepatienten oder als Sprachanbahnung für einen geistig behinderten Menschen gedacht, weit über die zum Teil sterile Zweierbeziehung im geschlossenen Therapieraum, weg von der Lehrer-Schüler-Situation und vom nur »Zeigen und Benennen« von Lauten und Einzelwörtern, weg vom »Drill«, neue Wege zur möglichen Wiedererlangung der Kommunikationsfähigkeit zu suchen und zu finden bereit ist.

Das Buch deckt einen schönen Teil der Vielfalt der Arbeit in der Sprachtherapie auf und bietet damit dem Leser wertvolle Anregungen:

- seien es nun Ansätze, wie Sondereggers Wirklichkeitsbezugs-Therapie, die auf dem Wahrnehmungsgeschehen (Hierarchie und Verarbeitung) basiert;
- sei es durch die von Budny beobachteten Rollenspiele unter Aphasikern, welche Alltagsprobleme zum Gegenstand haben;
- sei es durch Roths Erweiterung der Sprachtherapie zur Kommunikationstherapie im Rahmen der Aphasikerfamilie und die interessanten und aufklärenden Ausführungen von Tröml-Plötz, die den Aspekt der feministischen Linguistik beleuchten;
- seien es die von Ohlendorf sehr illustrativ dargebotenen psychologischen Hilfen für den Therapeuten;
- seien es die sehr logisch und systematisch von Kotten formulierten linguistischen Wechselwirkungen lautlicher Komponenten;
- sei es die Diskussion der Deblockierungsmethode durch Engl;
- sei es der Einblick zu einem andersartigen Therapieansatz bei einem globalen oder irreversiblen Aphasiepatienten, den Birchmeier vorstellt;
- oder seien es die Darlegungen, die uns in Wolfs Fallbeschreibung über die Sprachanbahnung bei einem geistig behinderten Mädchen Auskunft geben.

Das Buch, keinesfalls als »Rezeptvermittler«, sondern als anregende informative und komplementäre Lektüre zum Problemkreis der Sprachstörungen gedacht, erfüllt seinen Zweck voll. Es zeigt dem Leser, was einzelne Therapien anzugehen vermögen und mit welcher Sorgfalt und Differenziertheit sie eingesetzt werden müssen. Dies ganz im Sinne der bekannten Aphasieforscherin und -therapeutin H. Schuell, von der im ersten Beitrag einer ihrer Kernsätze frei übersetzt geschrieben steht, nämlich: daß Therapieansätze und -methoden — ähnlich giftigen Heilpflanzen — in verschlossenen Behältern aufbewahrt und mit der Aufschrift »Achtung Gift! — Nur in geringen Dosen verwenden!« versehen werden sollten.

Ein wertvolles und überdies flüssig lesbares Buch, das sich an alle an der Sprachtherapie Interessierten richtet und das eine große Leserschaft verdient.

Friedel Schalch, Zürich

»Die Sprachheilarbeit«
Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Hauptbeiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten, Beiträge für die Sonderrubriken, z. B. »Aus der Praxis«, »Aus der Forschung« usw. höchstens 6 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Literaturverzeichnis).
2. Jeder Arbeit soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (möglichst schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld — ggf. zu Arbeitsschwerpunkten (Forschungen) und vorliegenden Publikationen — gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend numeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z.B.: (*Sovák*).

   Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z. B.: (*Luchsinger* 1956 a).

   Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (*Heese* 1965, S. 72).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschrieben, z. B.: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.

   Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben,

   z. B.: Führing, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien ^{4}1970.

   Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:

   z. B.: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.

   Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen,

   z. B.: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

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

Wartenberg & Söhne GmbH
Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

Stottertherapie

Geeignet etwa ab dem 15. Lebensjahr

Ein Übungsprogramm mit Toncassette. Von Rolf Bindel.
1983. 85 Seiten, 2 Beilagen.
DM 24,80
ISBN 3-407-83054-8

Dieses Übungsprogramm zur Therapie des Stotterns beruht auf der Annahme, daß bei dieser Sprachstörung die nicht mehr kontrollierbare Angst vor der Blockierung die zentrale Rolle spielt. Therapeutisch notwendig ist deshalb die Rückführung des Stotterns zum Punkt der Blokkierung.
Die hierzu erforderlichen Sprachübungen werden im Buch leichtverständlich erläutert. Mit Hilfe der Toncassette kann der Benutzer in kurzer Zeit spannungsauflösendes Sprechen erlernen. Dieses Übungsprogramm kann sowohl durch Therapeuten wie auch durch die Klienten selbst angewendet werden.
Der Autor, Dr. Rolf Bindel ist Diplom-Psychologe und wiss. Mitarbeiter an der Universität Kaiserslautern.

BELTZ Beltz Verlag, Postfach 1120, 6940 Weinheim

Im September erscheint:

Tagungsbericht vom Internationalen Kongreß für Erziehung und Bildung Hörgeschädigter,
Hamburg 1980

Band 1: ca. 620 Seiten, broschiert. Inhalt: Eröffnungsveranstaltung, alle 56 Hauptvorträge, Schlußveranstaltung DM 69,–

Band 2: ca. 480 Seiten, broschiert. Inhalt: Kurzvorträge im Rahmen der Podiumsdiskussionen
Subskriptionspreis DM 42,–
Endgültiger Ladenpreis DM 57,–

Band 1 und 2:
Subskriptionspreis DM 82,–
Endgültiger Ladenpreis DM 126,–

Nachdem 1982 das dreibändige Werk *Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf,* Hamburg 1980 erschienen ist, konnten die Herausgeber in mühevoller Kleinarbeit und dank der tatkräftigen Unterstützung von mehr als 40 Fachkollegen aus verschiedenen Schulen der Bundesrepublik nunmehr auch einen deutschsprachigen Bericht über den IC 80 fertigstellen. Der Bericht gliedert sich in zwei Bände.

Die Fachpädagogen, die in beiden Bänden zu Wort kommen, gehören folgenden Ländern an: Australien, Belgien, Bulgarien, Bundesrepublik Deutschland, Dänemark, Deutsche Demokratische Republik, Großbritannien, Irland, Island, Japan, Kanada, Kenya, Malaysia, Niederlande, Nigeria, Norwegen, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien, Türkei, USA.

Dieser Bericht ist für alle Fachkollegen der Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik von höchstem Interesse, da in den abgedruckten Haupt- und Kurzvorträgen nahezu alle Fachbereiche zur Sprache kommen und für jeden eine Vielzahl von wichtigen Anregungen geboten wird.

Alle **Subskriptionsbestellungen** werden sofort nach Erscheinen automatisch ausgeliefert.

1804
NULLA DIES SINE LINEA

JULIUS GROOS VERLAG
Postfach 10 24 23 · 6900 Heidelberg 1

Im September erscheint:

Statistische Nachrichten 1984

herausgegeben vom Bund Deutscher Taubstummenlehrer, neu bearbeitet von I. Bleser, H. Blümer und J. Tigges

238 Seiten, Format DIN A 6, broschiert

Ladenpreis DM 24,–

Die **Statistischen Nachrichten** sind das zentrale Orientierungsmedium für alle Lehrer, Schulen und Behörden, die in der Gehörlosen- und Hörgeschädigtenpädagogik tätig sind. Die **Statistischen Nachrichten** enthalten:

- Die vollständigen und detaillierten Schul- und Lehrerverzeichnisse der Bundesrepublik und Westberlins, Österreichs und der Schweiz.
- Ausbildung der Lehrer an Schulen für Hörgeschädigte (Studium und schulpraktische Ausbildung)
- Die einschlägigen Gesetze
- Organisationen für Hörgeschädigte auf Bundesebene.
- Heime für jugendliche und erwachsene Gehörlose.
- Beratungsstellen.

Die Neuausgabe der **Statistischen Nachrichten** wurde gründlich überarbeitet und ergänzt und enthält nun wieder die vielen, für die Kollegen so wichtigen Einzelangaben, die in der vorigen Ausgabe schmerzlich vermißt wurden.

Die **Statistischen Nachrichten** sind damit wieder zum unentbehrlichen *Vademecum* für jeden Gehörlosen- und Schwerhörigenlehrer geworden.

Bestellungen können bei jeder guten Buchhandlung oder direkt beim Verlag aufgegeben werden.

Mitglieder des Bundes Deutscher Taubstummenlehrer erhalten die von ihnen gewünschten Exemplare zum Mitgliedspreis direkt bei ihrem Landesverband.

1804 NULLA DIES SINE LINEA

JULIUS GROOS VERLAG

Postfach 10 24 23 · 6900 Heidelberg 1

Raum Würzburg, nahe der Universitätsstadt Würzburg, liegt unser modernes Förderzentrum für Geistig- und Mehrfachbehinderte.

Wir suchen

eine(n) Logopädin(en)

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

Bitte übersenden Sie uns Ihre Bewerbung.

St. Josefs-Stiftung für geistig Behinderte e.V.
8702 Eisingen, Telefon (09306) 721.

Für unser Sprachheilambulatorium suchen wir zum baldigen Eintritt eine(n)

Sprachheilpädagogen/in

Ihre Bewerbung erbitten wir an Arbeiterwohlfahrt Pirmasens
Berliner Ring 90, 6780 Pirmasens.

Die Lebenshilfe für geistig Behinderte im Rhein-Lahn-Kreis e.V. sucht für ihren Sonderkindergarten G + K in Singhofen per sofort eine/n berufserfahrene/n

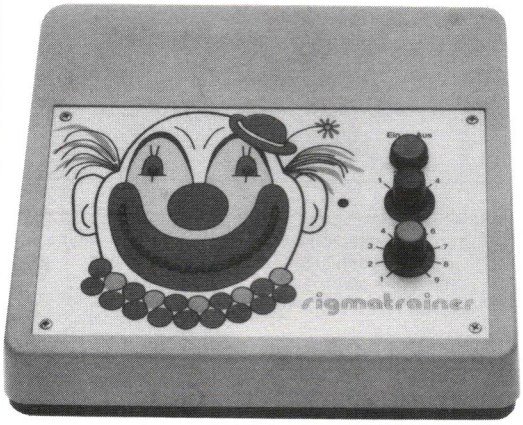
Logopädin/en oder Sprachtherapeutin/en

in Teilzeitbeschäftigung.
Die Vergütung erfolgt nach BAT.

Bewerbungen sind zu richten an:
Sonderkindergarten G + K
z. Hd. Herrn Wöll
Baumstraße 1, 5409 Singhofen.

SIGMATRAINER

Ein Gerät für die Sprachtherapie



Der SIGMATRAINER wird in Ravensburg auf der XVI. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung ausgestellt und vorgeführt.

Der SIGMATRAINER hilft dem normalhörenden und hörgeschädigten Kind in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten auf sehr spielerische Weise bei der Einübung der stimmlosen Reibelaute S, Sch, ch[1].

Durch optische Rückkoppelung richtig gesprochener Laute trägt er zu deren akustisch-auditiven und kinästhetischen Fixierung bei.

Der SIGMATRAINER ist aus der Praxis für die Praxis entwickelt worden. Deshalb wurde auf kindgemäße Gestaltung besonderer Wert gelegt.

Einsatzmöglichkeit in allen Phasen der Behandlung stimmloser Reibelaute. Das Gerät kann in der Anbildungsphase genauso effektiv eingesetzt werden wie in der Übungs- und Automatisierungsphase.

Herstellung und Vertrieb:
Heinz Winter Gerätebau GmbH
Erfurter Straße 3, Tel. (089) 3191031
8057 Eching bei München

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

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

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

Die Caritasklinik St. Theresia — Rastpfuhl — Saarbrücken,
Akademisches Lehrkrankenhaus, sucht zum baldigen Eintritt

eine(n) Lehrlogopädin(en)

für die in unserer HNO-Klinik integrierte staatlich anerkannte Lehranstalt für Logopäden mit 36 Ausbildungsplätzen.

Die Vergütung richtet sich nach den Bestimmungen des BAT. Daneben werden alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bewerber/innen mit entsprechenden Lehrerfahrungen wollen sich mit den üblichen Bewerbungsunterlagen wenden an:
Caritasklinik St. Theresia — Rastpfuhl — Verwaltung
Rheinstraße 2, 6600 Saarbrücken 2.

Gratis

Handbuch für Lehrer

Ein umfangreiches Programm „Didaktische Materialien" für Vor-, Grund- und Sonderschulen erwartet Sie auf fast 170 Katalogseiten.

Der Jahresbaum

Farbdruck, A 4
Wunderschöne Zeichnung
über die 4 Jahreszeiten!

Ja, senden Sie mir das kostenlose Handbuch für Lehrer und den kostenlosen Farbdruck, A 4, „Der Jahresbaum".

134/84-8

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Sofort ausschneiden, auf Postkarte kleben, einsenden an:

Schubi
Huesmann + Benz Verlag
Postfach 36, 7703 Rielasingen
Telefon (07731) 27270

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, 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:
Rostocker Straße 62, 2000 Hamburg 1, Telefon (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

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

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)
Redaktion	Arno Schulze, Prof. Dr. Jürgen Teumer, Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn Telefon: Dienststelle (06421) 28 38 12 bzw. 28 38 20

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:
Wartenberg & Söhne GmbH · Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 89 39 48

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

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

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.

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

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

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

Postvertriebsstück — Gebühr bezahlt

HERRN WSS 005690 *0002*
KLAUS WITTMANN
BLEIBTREUSTR. 45

D 1000 BERLIN 12

DIE MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER

sucht für die KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PHONIATRIE UND PÄDAUDIOLOGIE UND DIE LEHRANSTALT FÜR LOGOPÄDEN

1 Lehrlogopädin

Die Vergütung erfolgt nach dem BAT.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungen an:
Prof. Dr. E. Loebell
Konstanty-Gutschow-Str. 8, 3000 Hannover 61

Wir suchen

Logopädin/en

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

Unsere Einrichtung ist eine überregionale Rehabilitationsklinik für Folgezustände von neurologisch-neurochirurgischen Erkrankungen und nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Die Nachsorge wird von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und erfahrenen Pflegekräften durchgeführt.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir ggf. behilflich.

Hessisch Oldendorf liegt in landschaftlich schöner Umgegend im Wesertal, verkehrsgünstig zur Landeshauptstadt Hannover (ca. 50 km) und zur Kreisstadt Hameln (ca. 10 km).

Neurologische Klinik
Greitstraße 18—28, 3253 Hessisch Oldendorf