

Ansichtsexemplar!

Nicht zur Mitnahme!

C 6068 F

DIE SPRACHHEILARBEIT

34. Jahrgang 6/89
Dezember

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Inhaltsverzeichnis

Auf ein Wort	Seite
Martin Kloster-Jensen	253

Hauptbeiträge

Walter Rolf Bindel, Hannover Prozeßorientierte Therapie bei Aphasie	255
---	-----

Axel Holtz, Hinterdenkental Medizin und Kindersprache	263
--	-----

Renate und Volkmar Clausnitzer, Halle (DDR) Analyse des Behandlungsverlaufs von 178 mit myofunktioneller Therapie betreuten Patienten	271
---	-----

Helga Kalkowski, Osnabrück Probleme des Schriftspracherwerbs bei sprachbehinderten Kindern: Anregungen und Erfahrungen aus dem Anfangsunterricht	279
--	-----

Magazin	Seite
----------------	-------

Personalien	289
-------------	-----

dgs-Nachrichten	294
-----------------	-----

Weitwinkel	295
------------	-----

Im Gespräch	296
-------------	-----

Einblicke	298
-----------	-----

Aus-, Fort- und Weiterbildung	298
-------------------------------	-----

Tagungen und Kongresse	299
------------------------	-----

Rezensionen	300
-------------	-----

Buch- und Zeitschriftenhinweise	303
---------------------------------	-----

Vorschau	304
----------	-----

ISSN 0584—9470

dgs

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Internationales Büro für Audiophonologie (BIAP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
Berlin	Jürgen Jeßke, Hildegardstraße 21, 1000 Berlin 31
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Plattenwerbe
Hamburg	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 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, Glojenbarg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Detlef Heining, Liegnitzer Weg 43, 4440 Rheine 1

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)
Redaktion Prof. Dr. Jürgen Teumer, Mühlenkamp 2A, 2723 Schreeßel
Telefon (04263) 88 88
Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1
Telefon (0421) 59 13 32
Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf
Telefon (05152) 29 50

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 8,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 48,— DM zuzüglich 6,— DM Portokosten.

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

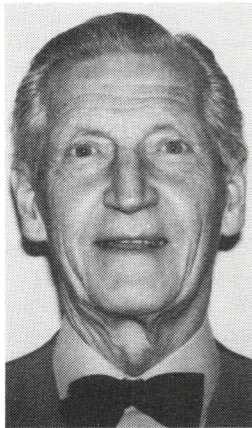
Hinweis: Die Aufnahme neuer Mitglieder erfolgt jeweils über die zuständige Landesgruppe der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Adressen siehe oben).

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit den 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.



Martin Kloster-Jensen

Auf ein Wort

Sprachheilarbeit aus anderer Sicht

Wenn wir versuchen, den Namen dieser Zeitschrift auf seinen Inhalt hin zu analysieren, ohne in gewohnte Vorstellungen zurückzufallen, so liegt der Gedanke nahe, die *Sprache* statt den Menschen als Gegenstand unserer Tätigkeit zu sehen. Nichts hindert uns daran, von einer »gesunden« Sprache zu reden, und »heile Sprache« ist ein durchaus vernünftiger Begriff. So lassen sich die Bemühungen der Sprachpfleger — in der Bundesrepublik vor allem die des Instituts für Deutsche Sprache in Mannheim und die der Sprechkundler, Orthoepisten u. a. — sehr wohl als »Sprachheilarbeit« betrachten. Sprachheilarbeiter wären dann auch Lehrer der Muttersprache und alle sonstigen, die sich mit der positiven Entwicklung und dem zweckdienlichen Gebrauch des Sprachkodes befassen.

Die herkömmliche Sprachheilpädagogik verteidigt seit langem ihren selbständigen Platz als Wissenschaftszweig. Sie kann auch ihre Arbeiter voll in Anspruch nehmen. In einer Zeit aber, wo die Notwendigkeit klarer denn je erkannt wird, über den Zaun zu Nachbarwissenschaften zu schauen, kommt dem Begriff »Sprachheil« auch neuer Inhalt zu. Wir dürfen auch nicht übersehen, daß technische Einrichtungen ständig größere Bedeutung gewinnen sowohl in der traditionellen Sprachheilarbeit als auch in der Sprachpflege. Solche Hilfsmittel bedürfen der Anpassung und Optimierung.

Über dem ganzen Feld der angewandten Sprachlehre schwebt der Begriff Prophylaxe — vorbeugende Verhütung von ungünstigen Entwicklungen. Wie groß oder klein ist nun der Schritt zwischen der pathologischen und der nicht zweckdienlichen mündlichen normalsprachlichen Kommunikation und andererseits zwischen dem »gesunden« und dem gut verständlichen Ausdruck? Unter diesem Aspekt will es scheinen, daß die Pflege der Artikulation schon dem Namen nach ganz in die Sprachheilpädagogik (international: Logopädie) gehört. (Die *Redekunst* bleibt allerdings außen vor. Jeder Sprachheilpädagoge sieht den Unterschied zwischen Rhetorikübung und Sprecherziehung.)

Wenn ein Auditorium auf seine akustischen Eigenschaften geprüft oder junge Leute für »sprechende« Berufe ausgebildet werden sollen, werden dann wir, Diener des Wortes, die wir der Prophylaxe so große Bedeutung beimessen, aktiv? Hätten nicht auch wir bedeutende Aufgaben mit vorbeugenden Maßnahmen in der Formung von raumakustischen Bedingungen sowie von Lehrerstimmen auf allen Stufen in der Normalschule? Und wären nicht die Sprachheilpädagogen gefordert, auf bessere Verständlichkeit bei Rundfunk- und Fernsehsprechern zu bestehen — von der Vermittlung von Information über Lautsprecher auf großen Arbeitsplätzen und Verkehrsstellen ganz zu schweigen?

Die Kunst, sich mit dem Zuhörer zu identifizieren, muß noch weit und breit geübt werden, und dies sollte unter Mitwirkung von

Sprachheilpädagogen geschehen. Selbst die Bühne macht hier keine Ausnahme. Nicht alle Regisseure scheinen sich klarzumachen, daß das Publikum den gesprochenen Text zum erstenmal hört (wenn denn nicht gerade »Die Räuber« gespielt wird). Und in Operetten und Musicals, wer schießt endlich auf den Sound Mixer, der scheinbar eigenmächtig und selbstherrlich ganze Textstücke in einem tobenden Meer von Instrumentenklängen ertrinken läßt? Wir kennen zur Genüge die Antwort: »Andere müssen sich darum kümmern.« Aber gibt es denn in der Bundesrepublik eine staatlich getragene Pflege der gesprochenen Sprache, wie wir sie aus der DDR (Halle, »Sprechwirkungsforschung«) kennen? Wenn ja, welche Rolle spielen in einem solchen Zusammenhang die Sprachheilpädagogen? Sind wir nicht auch für die Prophylaxe und die wirkungsvolle Artikulation und Stimmgebung mitverantwortlich?

Das Phonetische Institut der Universität Prag bemüht sich seit einigen Jahren um eine Verbesserung der verbalen Kommunikation an verschiedenen Arbeitsplätzen der Industrie und der Landwirtschaft sowie im Personen- und Güterverkehr. Die Dozentin Dr. M. *Dohalská-Zichová*, mit Erfahrung in der Forschung über zwischensprachliche Lautperzeption (französisch-tschechisch), hat in international verbreiteten Publikationen vor unangemessenem Gebrauch von Sprache in technisch-akustisch unterstützter Kommunikation gewarnt, vor allem im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die Partner (Unfallgefahr) und für die Gesellschaft (Zeit- und Geldverlust).

Produktives Sprechen in Arbeitssituationen jeder Art setzt ein Zusammenspiel mehrerer Fachleute voraus. Es muß auch Berater geben, die Dialekt und Nuscheln auseinanderhalten können. Auf diese Verhältnisse muß sich die ganze Sprachheilpädagogik und die Pädodaudiologie in allem Ernst einstellen. Ihnen kommen die Phoniatrie, die Linguistik und die Phonetik entgegen, um ein gesundes

und dienliches Sprachprodukt zu schaffen. So, und nur so, denken wir, erhält die Bezeichnung »Pragmatik« einen nützlichen Inhalt in der Sprachwissenschaft und wird zu mehr als linguistischen Verhaltensformen.

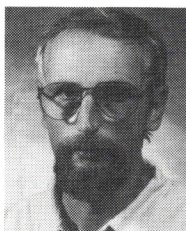
Zum Heilsein der Sprache gehört es sicher, daß wir nicht allen Trends nachlaufen, sondern ab und zu auf die »Mixer« schießen, wie es Jürgen *Teumer* in dieser Zeitschrift tat (5/88). Wenigstens sollte Tendenzen Einhalt geboten werden, wenn sie das sprachliche Ausdrucksmittel in bezug auf Zweckmäßigkeit verringern. Mit dem *weil* als nebenordnender Konjunktion mag *Teumer* recht haben, wenn er von einer »Sprachkrankheit« spricht. Daß er auf der Hut ist, finden wir auf alle Fälle lobenswert. Und mit seinen Bemerkungen ist er Urheber dieser Zeilen geworden. — In dem erwähnten neuen Sinn muß sich die Sprachheilpädagogik geltend machen. Sie muß sich in der beschriebenen Funktion eine öffentliche organisatorische Unterkunft verschaffen. Sie muß einem Ministerium unterstellt werden; am besten vielleicht dem für Post und Telekommunikation. Im Kultusministerium wird es ihr zu eng. Vorschlag zum Namen: »Förderungsstelle für produktive Sprache«. — Dann werden sich die einander zu Unrecht gegenüberstehenden Verbände, an die Geert *Lotzmann* so eindrucksvoll erinnert hat (6/88), an der hohen Stelle drängen, um sich in noch höherem Grade als gemeinnützlich zu erweisen. Geld kriegen sie auch.

Die moderne Gesellschaft ist es sich schuldig, ihr wichtigstes Verkehrsmittel heil zu halten. Aber dies setzt Initiative voraus. Wer geht voran?

Jlu
Martin Kloster-Jensen

(Prof. Martin Kloster-Jensen arbeitet im Staatlichen Institut für Behindertenpädagogik bei Oslo.)

HAUPTBEITRÄGE



Walter Rolf Bindel, Hannover

Prozeßorientierte Therapie bei Aphasie

Zusammenfassung

Aphasien sind als Störung im Prozeß der kognitiven Analyse, Organisation und Produktion anzusehen. Ihre Beschreibung setzt eine differenzierte Theorie von den normalen Sprachprozessen voraus, und zur Therapie ist ihre bewußte Wahrnehmung und Bearbeitung notwendig. Entsprechend vielfältige Aufgabenstellungen zu einer prozeßorientierten Therapie amnestischer, sensorischer und motorischer Aphasieaspekte werden vorgestellt.

1. Aphasie als kognitive Prozeßstörung

Eine differenzierte Diagnose im Falle der Aphasie setzt ein differenziertes Modell der Sprache voraus, denn nur so werden die sprachlichen Ausfälle deutbar (Marshall 1986). Bisher hat die vorherrschende medizinische Diagnose zu sehr diese Fragestellung verkürzt. Im Vordergrund stand der Nachweis einer Entsprechung von Ort der Hirnverletzung (Lokalisation) einerseits und dem Ausfall auf Verhaltensebene (der Sprache) andererseits. Dabei hat eine einengende Prüfmethodik auf Satzebene die Diagnose und in der Folge die Therapie beherrscht. Aus den beobachteten Defiziten wurde zu vereinfacht auf die gestörte Funktion geschlossen: Zum Beispiel wurde aus Fehlern des Benennens auf eine Wortfindestörung (amnestische Aphasie) geschlossen, aus Fehlern im Verstehen wurde auf eine Wortverständnisstörung (sensorische Aphasie) geschlossen und aus der Unfähigkeit des Sprechens wurde auf eine artikulatorische Störung oder Störung der Wortfolge (motorische Aphasie, Agrammatismus) geschlossen. Analog wird geschlußfolgert, der Aphasiker müsse die Worte in ihrer Denotation, grammatischen

Kombination oder Artikulation neu lernen. Solche Charakterisierungen müssen als Artefakte aufgrund der reduzierten Theorie von Sprache angesehen werden (Marshall). Nach sozialwissenschaftlicher Erkenntnis kann Sprache aber nur komplex eingebettet in die kognitive, emotionale und soziale Erlebnisstruktur der Person betrachtet werden; insofern beruht Sprache auf komplexen inneren Verarbeitungen, Wertungen und situativen Beurteilungen (Miller 1973) — sie wird auch nicht eingeübt, sondern aktiv erworben. Auch die neuropsychologische Forschung weist darauf hin, daß die Sprachfunktion (als Fähigkeit der linken Hemisphäre) primär eine geistige Tätigkeit des Analysierens, des Operierens und Organisierens ist (Bindel 1979). Lokalisierbare »Sprachzentren« (der motorischen und sensorischen Aphasie) müssen als sekundäre Automatismen angesehen werden, die erst durch »überlernen« im Verlauf der personalen Entwicklung entstehen und die sich bis ins hohe Alter verändern (Brown 1975, Brown und Grober 1983, Kinsbourne 1981, Hecaen 1976, Whitaker und Selnes 1975). Sie sind Produkt von Sprache, aber nicht deren Ursprung, denn Sprache läßt sich nicht in isolierte Partien segmentieren — insofern besteht auch die Chance ihrer Rehabilitation.

Neben früheren Autoren (Jackson 1915, Goldstein 1948, Wepman und Jones 1961, Wepman 1972, Schuell 1966) betonen Gainotti et al. (1986), daß aphasische Störungen kognitive Prozeßstörungen sind, die erst sekundär eine semantisch-lexikalische Desintegration bewirken. Es handelt sich dabei nicht um einen Verlust gespeicherter Information (z. B.

der Worte), sondern um die mangelhafte semantische Aktivierung und Repräsentation des Wahrgenommenen, die mangelhafte funktionelle Analyse nach Merkmalen, Eigenschaften, funktionellen Einbettungen und Implikationen einerseits und die mangelhaft aktivierten Operationen und Konstruktionen zu einer Aussage andererseits.

Nach Bay (1973) ist die amnestische Aphasie das generelle Merkmal einer jeden Aphasie. Sie kann somit isoliert auftreten oder vordergründig durch eine motorische Aphasie oder sensorische Aphasie überlagert sein. Bei Rückbildung der motorischen oder sensorischen Aphasie tritt die amnestische Komponente (die Strukturierungsstörung) wieder vermehrt in den Vordergrund. Offensichtlich gilt der Grundsatz von Lashley (1933), daß im Falle einer Hirnverletzung immer von einem »Masseneffekt« (eine allgemeine Lernbeeinträchtigung) und einem spezifischen Effekt (Störung einer Gewohnheit) auszugehen ist.

Entsprechend einem prozeßorientierten Modell von Sprache ergeben sich für die verschiedenen Aphasieformen die folgenden Konzeptionen:

1.1. Prozeßorientierte Charakterisierung von amnestischer Aphasie

Bei der amnestischen Aphasie gelingt es der Person nicht, die komplexe Situationswahrnehmung so zu organisieren, daß eine hierarchisch geordnete Begriffssequenz zur Mitteilung unter Kommunikationsbedingungen erfolgen kann. Umgekehrt ist das Verstehen der geformten Aussage des Partners weitgehend möglich. Dazu ist anzumerken, daß Begriffe eine Referenzfunktion (die Bezeichnung durch das Wort) und eine Assoziationsfunktion (begriffliches Weltwissen der Person) haben. Bei der amnestischen Aphasie ist die Referenzfunktion nicht gestört (das »Lexikon« ist intakt), wohl aber das Wortassoziationssystem (die Bedeutungsverbindungen der Begriffe sind beeinträchtigt).

Normalerweise vollziehen sich die begrifflichen Assoziationen automatisiert und unwillkürlich; wenig bewußt ereignet sich in einer simultanen Synthese die »Bedeutungsmatrix« (Kudo 1987). Im Falle der amnesti-

schen Aphasie ist diese Bedeutungsmatrix diffuser, denn die analytisch-kombinatorischen Prozesse der linken Hemisphäre sind gestört (Huntley, Pindzola und Weidner 1986, Akhutina und Malakhovskaya 1986). Bei der amnestischen Aphasie handelt es sich nicht um eine Wortfindestörung, sondern um eine Begriffsfindestörung (Chin Li und Canter 1987, Geyer 1985).

1.2. Prozeßorientierte Charakterisierung von sensorischer Aphasie

Bei der sensorischen Aphasie ergibt sich für die Person kein Sinn in dem, was sie hört. Isoliert können die Worte verstanden werden, aber ihre Beziehung zueinander (die Aussage) und zur Situation bleiben unklar. Milberg, Blumstein und Dworetzky (1987) charakterisieren das Problem als eine mangelhafte Analyse der Aussageimplikation. Bezüglich personaler und situativer Bedeutung werden keine Schlußfolgerungen gezogen (Tyler 1988): Es besteht ein Verlust an Beziehungsherstellung in die Episode des Erlebens — die Verknüpfung zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft fehlt. Bei der sensorischen Aphasie handelt es sich nicht um eine Wortverständnisstörung, sondern um eine Aussageanalysestörung. Zusätzlich zur amnestischen Störung betrifft das interne Strukturierungsdefizit nun auch die unmittelbar wahrgenommene Wortsequenz.

1.3. Prozeßorientierte Charakterisierung von motorischer Aphasie

Bei der motorischen Aphasie gelingt es der Person nicht, die intendierte Mitteilung auszusprechen. In erster Linie handelt es sich um das Unvermögen, willkürlich (Anfangs-) Phoneme zu bilden — das Aussprechen von Wörtern oder gar Sätzen ist daher nicht möglich. Bemerkenswert ist, daß unwillkürliche und relativ automatisierte sprachliche Reaktionsweisen dennoch erfolgen können (z. B. emotionale Ausrufe, Grüßen, Mitsingen von Liedern, Reihen von Zahlen oder Wochentagen).

Normalerweise verläuft Sprechen weitgehend automatisiert und unbewußt, die Intention der Mitteilung genügt zur Produktion. Bei Störung der automatisierten Prozesse kommt es zu einer Störung des Produktionszuges-

ges. Bei der motorischen Aphasie handelt es sich nicht um eine artikulatorische Störung, sondern um eine Störung der Sprechwillkür (Luria 1970), insofern kommt es auch häufig zu einer verkürzten Sprechweise (Agrammatismus).

2. Therapeutische Konsequenzen

Wenngleich im Falle der Aphasie wie bei allen Hirnverletzungen eine rasche Ermüdung, Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörungen eine Rolle spielen, sind sie nicht die eigentliche Ursache für die mangelhafte innere Verarbeitung. Auch können nicht allgemeine Störungen der inneren Imagination oder des Denkens als Ursache der aphasischen Störung angenommen werden. Luria (1974) sieht bei der Aphasie primär eine Störung in der Plastizität der zerebralen Prozesse: Es kommt zu falschen Lösungen oder zum Ausbleiben von Lösungen, weil die flexiblen Zugänge nicht mehr gewährleistet sind. Im Falle der Aphasie besteht a) eine übermäßige Aktivierung von irrelevanten Prozessierungsmerkmalen, b) eine Perseveration nach dominanten Merkmalen, c) eine mangelhafte Flexibilität im Wechsel der Aufmerksamkeit zwischen Merkmalen und d) eine Störung in der Intensität und Breite der Konzentration.

Neben diesem Problem mangelhafter Plastizität innerer Prozesse ist die Rigidität aphasischer Personen bemerkenswert: Wieso kommt es nicht zu autonomen Selbstkorrekturen? Aphasische Störungen sind Störungen in einem ursprünglich automatisierten Aktivierungsprozeß: Sprache verarbeiten und organisieren erfolgt intern nur stützpunktartig, die eigentlichen Verarbeitungen sind nur »gefühlsmäßig« und unschwellig. Wie allgemein bei Hirnverletzungen (Bindel 1989) muß auch im Falle der Aphasie davon ausgegangen werden, daß die Person noch weiterhin produktorientiert handeln (sprechen) will — allerdings sind die unschwellig ablaufenden Prozesse gestört, und die Person ist sich ihres Problemes nur diffus bewußt. Da Kommunikation im Alltag produktorientiert ist (die inneren Organisationsprozesse sollen ja nicht geäußert werden), gerät der Aphasiker in eine ausweglose Situation: Einerseits ist er sich der fehlenden Opera-

tionsschritte nicht bewußt, und andererseits erhält er auch keine äußere Hilfestellung. Aphasische Störungen sind jedoch wie alle neurologischen Störungen von erworbenen Automatismen nur durch Strategien der Bewußtmachung und des entfalteten Neuaufbaues zu therapieren (Luria 1958). Die Therapie der Aphasie muß daher prozeßorientiert sein (Hagen 1988): Nicht die Auslösung des gesuchten Wortes ist entscheidend, sondern die Aktivierung der der Sprache zugrundeliegenden geistigen Prozesse. Aufgabenstellungen sind das Mittel, nicht das Ziel. Der Aphasiker muß sich der notwendigen Verarbeitungsprozesse bewußt werden, dies bedeutet eine bewußte Einstellung auf die Kommunikation, eine bewußte Beachtung der Aufgabe, ein aktives Zuhören, eine Reflexion über die Lösungsstruktur, ein bewußtes Auswählen oder Konstruieren der passenden Antwort.

Natürlich müssen Darbietung, Verarbeitung und Antwort das jeweilige Funktionsniveau des Aphasikers beachten. Entsprechend sind die kognitiven Anforderungen zu gestalten, und entsprechend kommen auch verbale, extraverbale, visuelle, gestische oder zeichnerische Hilfen zum Einsatz. Entscheidend für eine prozeßorientierte Aphasitherapie ist die Reaktivierung zur Plastizität der geistigen Strukturierungsprozesse.

2.1. Zur prozeßorientierten Therapie bei amnestischer Aphasie

Entscheidend für die Diagnose und Therapie der Aphasie ist die Kenntnis der normalen Sprachprozesse (Marshall 1986). Die folgenden Reaktivierungs- und Differenzierungsprozesse orientieren sich dabei an Konzepten der kognitiven Psychologie; natürlich stellen sie nur eine pragmatische Annäherung an das höchst komplexe Phänomen Sprache dar und können nur dem jeweiligen Wissenschaftsstand entsprechen. Eine hauptsächliche Unterscheidung ist im Bereich des geistigen Operierens zwischen simultanen und sukzessiven Prozessen zu treffen (Das, Kirby und Jarman 1979). Im ersten Fall handelt es sich um die logisch-klassifizierende Sprachfunktion: Das unmittelbar Wahrgenommene wird begrifflich belegt und in die Bedeutungsmatrix eingefügt. Im zweiten Fall geht es um

die Operationen mit Begriffen in verschiedenen Verarbeitungsetappen und Anforderungen an Gedächtnisleistungen. Im folgenden können nur Prozeßdimensionen aufgezeigt werden. Ein vollständigeres Übungsprogramm ist in Vorbereitung.

2.1.1. Simultane Prozesse

1. Assoziationsprozesse: Begriffe stehen mehr oder weniger in assoziativem Zusammenhang. Insbesondere überlernte und häufige Wortverbindungen können durch die Nennung eines Verbindungsgliedes automatisiert ausgelöst werden. Therapeutisch dienen entsprechende Anforderungen einer Reaktivierung und zunehmend willkürlichen Verwendung sprachlich-assoziativer Verbindungen. Anlässe können sein: Wortreihen (Zahlen 1—10, Wochentage, Himmelsrichtungen), Liedanfänge, Sprichwortanfänge, einfache Satzergänzungen (Die Lampe hängt an ...), Benennen von Gesten (Bewegung für Zähneputzen), bekannte Zeichen (Sportpiktogramme), kombinatorische Satzergänzungen (Verlängere den Paß, bevor du ...) oder Lückentexte.

2. Differenzierungsprozesse: Zahlreiche sprachliche Begriffe sind einander mehr oder weniger ähnlich. Entsprechend sind demgegenüber Entscheidungen zur differenzierten Begriffswahl zu treffen. Anlässe können sein: Auswahl von Synonymen (Schemel: Lehne, Stütze, Hocker?), Suche nach Antonymen (Was ist das Gegenteil von schieben?), Suche nach Homonymen (zwei Bedeutungen von BALL), Komplementären (Auto — Garage, Geld — ...) oder Suffix-Verb-Differenzierung (ANfassen versus ABfassen usw.).

3. Abstraktionsprozesse: Begriffe sind hierarchisch organisiert. Oberbegriffe sind Abstraktionen aus komplexeren Sachverhalten, je nach Aufgabenstellung variiert das gewünschte Niveau der Abstraktion. Therapeutisch dienen entsprechende Anforderungen einer differenzierten und bewußten Auswahl eines jeweils variierenden Sammelbegriffes. Anlässe können sein: Suche nach eindeutigen Oberbegriffen (Peseten, Kronen, Franken sind?), Konstruktion eines komplexen Oberbegriffes (Was paßt nicht in die Reihe? Melden, mitteilen, annehmen, schreiben),

Bildüberschriften entwickeln, Charakterisierung von Aussagen (»Oh, das hätte ich nicht erwartet« = Überraschung) oder Übersetzen von Metaphern (Was bedeutet: »Jemandem den Kopf waschen«?).

4. Konkretisierungen: Zahlreiche Globalbegriffe sind offen für vielfältige Präzisierungen und Ableitung bezüglich einer begrifflichen Klasse. Die jeweilige Aufgabenstellung determiniert die gewünschten Konkretisierungen. Therapeutisch dienen entsprechende Anforderungen einer kontextangepaßten Ableitung einer Begriffsbeziehung. Anlässe können sein: Bildüberschriften begründen, Bilddetails finden (Bei welchem Bild spielt TÄUSCHUNG eine Rolle), Details zuordnen (Fahrzeug: Motor, Räder, Reisende?), Details ableiten (Was gehört zu SCHUH?), eine Aussage einem Objekt zuordnen (»Frisch vom Faß«), Berufen Tätigkeiten zuordnen.

5. Funktionelle Beziehungen: Begriffe stehen in zahlreichen funktionellen Beziehungen zueinander: Durch das Weltwissen können entsprechende Verbindungen hergestellt werden. Therapeutisch ergibt sich die Anforderung, flexibel die möglichen funktionellen Beziehungen zwischen Begriffen herzustellen. Anlässe können sein: Kausalauswahl (Was bewirkt Regen: Wasser, Wolke, Wind?), Finalauswahl (Welchem Zweck dient der Kampf: Abwehr, Angriff, Sieg?), Prozeßbezeichnung (Eisen wird mit der Zeit?, Gummi wird?), Strukturbestimmung (Woher kommt PLASTIK?).

6. Analogien: Eine besondere Form der Prozeßbetrachtung ist die Ableitung von Analogien: Nur die funktionelle Beziehung zwischen zwei ersten Begriffen wird auf ein weiteres Begriffspaar übertragen. Therapeutisch dienen entsprechende Anforderungen der besonderen deduktiven Ableitung. Anlässe können sein: Vierfeldfragen (Gefäß: Griff, Hammer: ?) oder multiple Ableitungen (Chaos und Ordnung im Verkehr?).

2.1.2. Sukzessive Prozesse

1. Sequentielles Verstehen: Zum effektiven Operieren mit Begriffen muß eine sprachliche Information hinreichend wahrgenommen und gespeichert werden. Zumindest kurzzeitig ist sie in allen Implikationen aufzunehmen. Entsprechende therapeutische An-

forderungen müssen zu einer bewußten Aufmerksamkeit, Beachtung und Analyse aller relevanten Aspekte einer sprachlichen Mitteilung führen. Anlässe können sein: Kontrolle und Herstellung der Widerspruchsfreiheit einer Aussage (Jedes Jahr verlassen uns die Störche Ende August, Anfang September?), logische Organisation einer Reihung (Kreis, Stadt, Land, Straße?), Absichterschließungen aus Aussagen (»Es ist kalt hier«), Kontrollfragen zum Textverstehen.

2. Sequentielles Operieren: Zum effektiven Operieren mit Begriffen gehören differenzielle Aktivierungs- und Hemmungsprozesse. Insbesondere bei Mehrschrittaufgaben sind fortlaufende Rückkoppelungen zwischen Handlungsanweisung und Handlungsprodukt notwendig. Im Falle einer Hirnschädigung fehlen häufig diese Kontrollprozesse, und die Ausführung einer Teilhandlung behindert die weitere Wahrnehmung über- oder nachgeordneter Handlungsanweisungen. Therapeutisch ergibt sich die Aufgabenstellung zur bewußten Beachtung multipler Anweisungsaspekte. Anlässe können sein: Umformulieren von Sätzen (Gerd zankt mit Willi, Vater sieht es. Vater ...), Mehrschrittaufgaben (Zeichne einen Kreis und ein Quadrat so, daß sie sich in zwei Punkten berühren), Logismenbetrachtung (Karin ist Leistungsschwimmerin: Hat sie gerne Schulsport? Nimmt sie an Wettkämpfen teil? usw.), Rückschließen auf die vorangegangene Aussage (A: ?, B: 40 DM Taschengeld sind genug!), vertauschte Worte eines Satzes, vermischte Sätze eines Textes.

3. Vorstellungsaktivierung: Zum effektiven Operieren mit Begriffen ist eine flexible, entfaltete räumlich-zeitliche Vorstellungsaktivierung notwendig. Nur entsprechend dem Umfang innerer Vorstellungen können Begriffe in Zusammenhängen wahrgenommen werden. Therapeutisch sind entsprechend vielfältige Vorstellungsprozesse zu aktivieren. Anlässe können sein: Piktogrammentschlüsselung, Entwurf eigener Zeichen zu Begriffen (Zeichen für LOTTOGEWINN, ANGST, KINO-FILM ...), zeichnerische Darstellung von Begriffen (Welche Teile sind zu einem Roller zu zeichnen, zu einem Baum ...), imaginäre Ergänzungen (... ein Knall ...: Was geht vor-

aus, was passiert?), organisierte Detailableitungen (Was gehört zu einem LADEN?), logische Ergänzungen (Ein Auto kaufen — ohne Geld: Wie ist das möglich?), Strukturübertragungen (Wo werden Uniformen getragen?).

4. Exhaustion: Ein effektives Operieren mit Begriffen setzt eine flüssige Aktivierung von Begriffen voraus. Bei solchen Aktivierungen müssen insbesondere dominante Verbindungen sistiert werden können. Bei einem Reservoir ähnlicher Begriffe wird es zunehmend schwieriger, eine Vielzahl zu entnehmen. Therapeutisch ergeben sich Aufgabenstellungen zur Exhaustion — zum Ausschöpfen des Reservoirs. Anlässe können sein: Suche nach Worten bestimmter Prä- und Suffixe (Worte mit UN..., Worte mit ...IG) oder bestimmter Funktionen (Was dient der Fortbewegung?) oder Bildung von Sätzen mit vorgegebenen Wortanfängen (E... R... M... V...).

5. Gedächtniskodierungen: Zum effektiven Operieren mit Begriffen ist ein Aufbewahren im Gedächtnis notwendig. Erforderlich ist dazu eine aktive Auseinandersetzung mit dem betreffenden Material. Therapeutisch ergeben sich Aufgabenstellungen zum bewußten inneren Operieren mit zu behaltendem Material. Anlässe können sein: mnestische Verfahren zum Behalten von Bildern und Objekten durch imaginäre Handlungen (aus mehreren Bildern ein verdichtetes Bild herstellen), durch episodische Verbindungen (Eine Geschichte aus mehreren Bildern machen) oder der strukturellen Analyse (Was unterscheidet die Bilder?).

6. Komplexe Produktion: Zum effektiven Operieren mit Begriffen gehört die praktische Aussagekonstruktion als Erzählen von Erlebnissen, Erklären von Zusammenhängen, Begründung von Handlungen, Anweisungen zu Aufgabenstellungen usw. Therapeutisch sind entsprechende Strukturierungshilfen anzubieten und bewußt zu verwenden. Anlässe können sein: Begründung des Widerspruchs zu »Verkehrtem«, Antizipation von Handlungen oder Ereignissen (Was passiert gleich auf diesem Bild?), Episodenkonstruktion (Ordne und begründe: flügge — Nestbau — Ei — schlüpfen), verschiedene Subjekteinstiege bei Bildfolgen, Darstellung räumlich-

zeitlicher Sequenzen (Der Weg zum Bahnhof), allozentrische Aussageorganisation (Was will ein Autokauf aus einer Anzeige entnehmen?), Selbstmitteilungen (Was ich einmal verloren habe).

2.2. Zur prozeßorientierten Therapie bei sensorischer Aphasie

Entscheidend für das therapeutische Vorgehen bei sensorischer Aphasie ist die Befähigung der Person zur sinnvollen Analyse der wahrgenommenen Aussage. Dabei müssen die Aufgabenstellungen so gestaltet sein, daß ein Nichtverstehen erkannt und korrigiert werden kann. Ziel ist die Erarbeitung einer willkürlich-abstrakten Haltung, durch die der Patient das konkrete Reagieren auf den eingegengten Wortsinn aufgeben kann. Verschiedene Stufen sind notwendig: z. B. Verstehen personbezogener Antworten (Geben Sie mir das Buch!), Verstehen objektbezogener Anweisungen (Schalten Sie das Licht ein!), Anweisungen geben können (Zum liegenden Therapeuten: Aufstehen!), Objekte benennen können, Beachten räumlich-zeitlicher und kausaler Zusammenhänge (Zeigen Sie mir den größten Knopf! Welches Bild kommt zuerst?, Warum weint das Kind?), analysieren können (Welches ist der Unterschied zwischen den Bildern?), Sinnwidersprüche in Aussagen richtig stellen, räumlich-zeitliche Vorstellungen in der Realität entwickeln (Welche Räume sind im Haus?, Welche Lehre haben Sie gemacht?). Mit zunehmender Fähigkeit im Verstehen von Aussagen werden Aufgabenstellungen analog der »amnestischen« Problematik in der weiteren Therapie möglich.

2.3. Zur prozeßorientierten Therapie bei motorischer Aphasie

Entscheidend für die Therapie bei motorischer Aphasie ist die Wiedergewinnung des willkürlichen Sprechens. Grundsätzlich bieten sich hierzu zwei Wege an:

1. In synthetischer Weise werden lautliche Äußerungen wieder zu Worten zusammengebaut, oder
2. in analytischer Weise werden die unwillkürlichen Äußerungen in willkürlich zu verwendende Segmente zerlegt.

In der Regel sollten natürlich beide Wege gleichzeitig beschritten werden.

1. Synthetisches Vorgehen: Das synthetische Vorgehen umfaßt zwei Phasen: Zunächst soll die allgemeine Willkür der Artikulatoren herausgebildet werden (willkürliche Atmung, Kieferbewegungen, Zungenbewegungen, Lippenbewegungen usw.), erst in der zweiten Phase erfolgt die Lautbildung im engeren Sinne. Entscheidend ist dabei die Aktivierung der allgemeinen Phonationsstruktur (z. B. Reibung posterior, alveolar und dental in sukzessiven Übungen), die in der Koordination der zuvor ausgearbeiteten Einzelstrukturen besteht (z. B. /r/ als Koordination von Atmung, Unterkiefer, Zunge). Die Wiedergewinnung der willkürlichen Artikulation umfaßt stets mehrere Etappen:

- a) Produktion des unwillkürlichen Reper-toires (z. B. Gurgeln),
- b) simultane Imitation des akustischen und motorischen Modells des Therapeuten (»mitmachen«),
- c) selbständige Bewegungsausführung nach vereinbartem Zeichen (z. B. Hinweis auf Hals für Gurgeln bzw. /r/) und
- d) Bewegungsausführung nach Aufforderung oder Buchstabenkarte. In Lautkombinationen können dann allmählich Worte aufgebaut werden.

2. Analytisches Vorgehen: Ein weiterer Zugang zur sprachlichen Rehabilitation führt über die Analyse der Sprechautomatismen (z. B. Zahlenreihen). Die Dekomposition der Sequenz führt zum willkürlichen Gebrauch von Einzelworten (z. B. wird der Patient bei der Frage nach der Anzahl der Beine eines Stuhles zunächst die Zahlenreihe produzieren; nach dem Halt an der richtigen Stelle »vier« wird die gleiche Frage in zunehmenden Sekundenabständen erneut gestellt). Das Aufbewahren der richtigen Antwort über die Zeit ist die erste Voraussetzung zur Wiedergewinnung der Willkürhandlung. Über assoziative Satzergänzungen und der schematischen Verwendung einfacher Satzstrukturen (z. B. für Bildkarten) kommt es zunehmend mehr zu Problemstellungen der »amnestischen« Aphasie.

3. Kritische Anmerkungen zu einer linguistischen Therapiekonzeption

Nach diesem Kriterium der Prozeßorientiertheit müssen insbesondere linguistisch orientierte Übungsprogramme kritisch betrachtet werden, denn sie sind in besonderem Maße produktorientiert und nicht prozeßorientiert. Es dominieren die nach grammatikalischer Vielfalt zusammengestellten Aufgaben (z. B. Versubstantivierung von Verben, Umformulierung in wörtliche Rede, Endungsbestimmung -ig oder -ich, Auswahl richtiger Präpositionen, Personalpronomen, Verbformen usw.). Die Aufgabenstellungen betreffen zu sehr die äußere Satzebene, wobei die ausgelöste Antwort (z. B. die richtige Lückenergänzung) in ihrer therapeutischen Wirksamkeit überschätzt wird (Parsi 1985, Howard et al. 1985). Bei einer Betrachtung des deutschsprachigen Übungsprogrammes von Engl et al. (1989) ergeben sich die folgenden Hauptwidersprüche zum Prinzip der Prozeßorientiertheit:

1. Die Person muß aktiv Lösungen konstruieren können! Dem widersprechen die überwiegend auf Mehrfachauswahl angelegten Aufgabenstellungen (z. B. Einsetzen von »in, auf, unter, über ...« in: Der Hund vergräbt den Knochen ... der Erde), denn sie fördern nicht das nach Chapey, Rigradsky und Morrison (1977) notwendige divergierende sprachliche Denken im Falle der Aphasie.
2. Sprache ist zunächst gehörte und gesprochene Kommunikation. Ergänzungsaufgaben zu Lücken innerhalb eines Satzes (Die Familie ... in der Sauna) sind verbal nicht anweisbar und bedürfen der schriftlichen Lösung. Damit entfällt die Wahrnehmung »bedeutungsvoll« gesprochener Sprache in ihren para- und extraverbalen Anteilen, die wesentlich zur Sinngebung und Hilfestellung beitragen.
3. Sprache prozessieren ist mehr als Grammatik produzieren! Was beispielsweise in einem logischen Sinne als Abstraktion bezeichnet wird, muß dies nicht nach dem geistigen Prozeß sein. Eine Ergänzung von »Hundert Jahre sind eine lange ... (Zeit)« erfolgt assoziativ. Ein geistiger Abstraktionsprozeß entsteht hingegen als aktive und be-

wußte Haltung a) aus der entfalteten Vorstellung der Situation, b) aus der willkürlichen Absicht einer verkürzten Mitteilung an den Kommunikationspartner. (Ein Abstraktionsprozeß liegt z. B. folgender Beantwortung zugrunde: Das Kind schneidet, faltet und klebt — was tut es?) Auch räumliche Begriffe können nicht durch Vorgabe (in, über, unter, auf ...) und Lückenfüllung in einem Satz (Der Hund vergräbt den Knochen ... der Erde) erworben werden: Entweder wird als Überforderung die Aufgabenstellung nicht verstanden, oder das Problem wird assoziativ gelöst. Die Basis des Verstehens liegt aber in der Aktivierung von Vorstellungsprozessen (Vorstellungsaktivierende Aufgabenstellungen sind z. B.: Was ist mehr außen, was mehr innen — Füllung — Schleife — Schachtel — Praline?). Allgemein gilt: Nicht die Verarbeitung grammatischer Formen, sondern die vorstellungsmäßige Strukturierung der Wirklichkeit in kreativen Prozessen ist entscheidend — insofern müssen auch Computerprogramme zur Rehabilitation in ihrer Effektivität begrenzt bleiben, denn sie reduzieren den therapeutischen Prozeß auf die Auswahl einer vorstrukturierten Antwort.

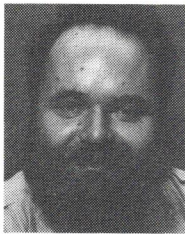
Literatur

- Akhutina, T. V., und Malakhovskaya, E. V.: The connotative meaning of words in aphasia. *Soviet Psychology* 24 (1986), S. 26—42.
- Bay, E.: Über die Beziehung der sogenannten amnestischen und sensorischen Aphasie. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 177 (1973), S. 1—27.
- Bindel, W. R.: Lateralität, Geschlecht und Intelligenzstruktur. Frankfurt 1979.
- Bindel, W. R.: Imagination und Kognition in der Therapie bei Hirnschädigungen. Vortrag bei der Tagung des Verbandes der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten — Ergotherapeuten — in Saarbrücken März 1989.
- Brown, J. W.: On the neural organization of language, thalamic and cortical relationships. *Brain and Language* 2 (1975), S. 18—30.
- Brown, J., und Grober, E.: Evidence for regional cerebral growth process underlying lateralization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171 (1983), S. 431—434.
- Caramazza, A.: Some aspects of language processing revealed through the analysis of acquired aphasia: The lexical system. *Annual Review of Neuroscience* 11 (1988), S. 395—421.

- Chapey, R., Rigrösky, S., und Morrison, E. M.: Aphasia: A divergent semantic interpretation. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 42 (1977), S. 287—295.
- Chin Li, E., und Canter, G. J.: An investigation of Luria's hypothesis on prompting in aphasic naming disturbance. *Journal of Communication Disorders* 20 (1987), S. 469—475.
- Das, J. P., Kirby, J. R., und Jarman, R. F.: Simultaneous and successive cognitive processes. New York 1979.
- Engl, E., et al.: Sprachübungen zur Aphasiebehandlung. Berlin 1989.
- Gainotti, G., et al.: Disorders of classificatory activity in aphasia. *Brain and Language* 28 (1986), S. 181—195.
- Geyer, M.: Ist die Wortfindestörung bei Aphasikern eine Wortfindungsstörung? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 14 (1985), S. 12—26.
- Goldstein, D.: *Language and language Disturbances*. New York 1948.
- Hagen, C.: Treatment of aphasia: A process approach. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 3 (1988), S. 23—33.
- Hecaen, H.: Acquired aphasia in children and the ontogenesis of hemispheric functional specialization. *Brain and Language* 3 (1976), S. 114—134.
- Howard, D., et al.: Facilitation of picture naming in aphasia. *Cognitive Neuropsychology* 2 (1985), S. 49—80.
- Huntley, R. A., Pindzola, R. H., und Weidner, W. E.: The effectiveness of simultaneous cues on naming disturbance in aphasia. *Journal of Communication Disorders* 19 (1986), S. 261—270.
- Jackson, H.: On the physiology of language. *Brain* 38 (1915), S. 59—64.
- Kinsbourne, M.: Cognitive deficit and the unity of brain organization: Goldstein perspective updated. *Journal of Communication Disorders* 14 (1981), S. 181—194.
- Kudo, T.: Aphasics appreciation of hierarchical semantic categories. *Brain and Language* 30 (1987), S. 33—51.
- Lashley, R. S.: Integrative functions of the cerebral cortex. *Physiological Reviews* 13 (1933), S. 1—43.
- Luria, A. R.: *The restoration of function*. New York 1958.
- Luria, A. R.: *Traumatic aphasia*. The Hague. 1970.
- Luria, A. R.: *Language and Brain*. *Brain and Language* 1 (1974), S. 1—14.
- Marshall, J. C.: The description and interpretation of aphasic language disorders. *Neuropsychologia* 34 (1986), S. 5—24.
- McCleary, C.: Semantic classification in aphasia: A study of basic, superordinate, and functional relations. *Brain and Language* 27 (1986), S. 199—209.
- Milberg, W., Blumstein, S. E., und Dworetzky, B.: Processing of lexical ambiguities in aphasia. *Brain and Language* 31 (1987), S. 138—150.
- Miller, G. A.: *Psychology and Communication*. In: Miller, G. A. (Ed.): *Communication, language and meaning*. New York 1973. S. 9—12.
- Montigny, G. de, und Ducarne de Ribancourt, B.: Le dessin chez l'aphasique. *Revue de Psychologie Appliquée* 36 (1986), S. 411—430.
- Parisi, D.: A procedural approach to the study of aphasia. *Brain and Language* 26 (1986), S. 1—15.
- Schuell, H.: A re-evaluation of the short examination of aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 31 (1966), S. 137—147.
- Tyler, K. L.: Spoken language comprehension in a fluent aphasic patient. *Cognitive Neuropsychology* 5 (1988), S. 375—400.
- Wepman, J.: Aphasia therapy: A new look. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 37 (1972), S. 203—214.
- Wepman, J., und Jones, L.: *The Language Modalities Test for Aphasia*. Chicago 1961.
- Whitaker, H. A., und Selnes, O. A.: Brocas area: A problem in language-brain relationships. *Linguistics* 154/155 (1975), S. 91—103.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Walter Rolf Bindel
Universität Hannover
Bismarckstraße 2, 3000 Hannover 1
Prof. Dr. Bindel ist als Hochschullehrer
an der Universität Hannover, Lehrgebiet
Sprachbehindertenpädagogik im Fach-
bereich Erziehungswissenschaften I, tätig.
Schwerpunkte der wissenschaftlichen
Tätigkeit: Therapie des Stotterns und der
Aphasien, Kognition und Sprache.

Axel Holtz, *Hinterdenkental*

Medizin und Kindersprache

Zusammenfassung

Die Medizin erhebt traditionellerweise hohe Ansprüche bei der Diagnose und Therapie von Sprachstörungen, auch bei Entwicklungsauffälligkeiten der Kindersprache. Speziell für dieses Gebiet wird überprüft, welche Kompetenz die Medizin tatsächlich anbieten kann. Die dabei dominierenden Konzepte der Erb- und Hirnschädigung genügen jedoch nicht dem modernen Standard von Wissenschaftlichkeit im Gebiet der Sprachpathologie und sind eher Ausdruck einer biologischen Verkürzung der Probleme.

1. Der Anlaß

Die Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik ist auf das engste mit der Medizin, präziser: mit ihrem kleinen Teilgebiet der Sprach- und Stimmheilkunde bzw. Phoniatrie, verwoben (Dupuis 1983).

Namen wie Kußmaul, Gutzmann, Coen, Naddoleczny, Fröschels oder dann folgend Seeman und Luchsinger stehen für diese Tradition. Mit ihnen verbindet sich die Etablierung der Sprachheilkunde als Universitätsfach, z. B. in Berlin schon 1905, das Verfassen entsprechender Lehrbücher und die Erarbeitung von Grundlagenwissen. Genau in diesen letzten Bereichen setzen unsere Überlegungen an. Es sind gerade die ärztlichen Standardwerke, vor allem die der genannten Autoren, die klinische Klassifizierungen, Ursachenerklärungen und diagnostische und sprachtherapeutische Fundierungen zu umreißen versuchen. Sie haben so die Wissenschaftlichkeit der sprachpathologischen Disziplinen über Jahrzehnte entscheidend geprägt. Dies gilt sowohl für die Logopädie als auch für die klassische Sprachheilpädagogik. Letztere initiierte erst Ende der sechziger Jahre eine Debatte über ihre Eigenständigkeit, geführt in der Hoffnung, sich als Päd-

agogik profilieren zu können. Die Medizin wurde nicht mehr als Lehrmeisterin gesehen, sondern als eine von mehreren Bezugswissenschaften, z. B. neben der Psychologie und der Linguistik, eingeordnet. Dieser Prozeß der Relativierung der Medizin liegt mittlerweile zwanzig Jahre zurück, er hat die Relevanz der Medizin für den Bereich der Sprachbehinderungen aber nicht brechen können.

Nach wie vor beherrschen Mediziner mit ihren Arbeiten den Literaturmarkt, vier neuere Werke davon habe ich für eine Betrachtung ausgewählt (Berendes 1987, Biesalski/Frank 1982, Böhme 1983, Wendler/Seidner 1987). Wie Verkaufs- und Auflagenzahlen belegen, finden diese Bücher ihre weite Verbreitung im Fachpublikum und bestimmen schwerpunktmäßig auch die Ausbildungsszene an den Hoch- und Logopädenschulen. Es lohnt sich also, nach ihrer inhaltlichen Substanz zu fragen, wenn man sich einen Überblick über den Stand sprachpathologischen Wissens verschaffen will. Da es hier um keine Sammelrezension geht, konzentrieren wir unser Erkenntnisinteresse auf die Darstellung der kindlichen Sprachentwicklung und ihrer Störungsformen, ein bedeutendes, quantitativ vielleicht das bedeutendste Arbeitsgebiet von Sprachtherapeuten.

2. Die medizinische Sicht der pathologischen Kindersprache

2.1. Quantitative Einschätzung

Bei allen Unterschieden in Umfang, Autorenschaft und Charakter der erwähnten Arbeiten, dominieren sowohl ihre formalen wie inhaltlichen Gemeinsamkeiten. Diese aufzuzeigen und zu analysieren, ist die Aufgabe dieses Abschnitts. Vorab: Alle Autoren wei-

sen das von ihnen herausgegebene Werk als Lehrbuch oder zumindest als eine allgemeine Einführung aus, sie beanspruchen somit den Charakter einer Grundlegung und eines Überblicks. Trotz der Integration von Wissenschaftlern aus anderen Disziplinen in das redaktionelle Konzept, bleibt die Endver-

antwortung bei den Ärzten. Insofern bekommt die traditionelle Kette medizinischer Basisliteratur zur Sprachheilkunde keine Konkurrenz, sondern sie ergänzt und aktualisiert ihren Bestand. Schon der formale Aufbau, die Gewichtung der Inhalte ist aufschlußreich:

Autoren	Gesamt-seitenzahl	Seitenzahl Sprachentwicklung		Seitenzahl Sprachentwicklungsstörung	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual
<i>Berendes</i>	118	9	7,6	9	7,6
<i>Biesalski/Frank</i>	465	12	2,4	20	4,3
<i>Böhme</i>	411	9	2,1	20	4,8
<i>Wendler/Seidner</i>	347	9	2,6	6	1,7

Tabelle 1: Der Anteil der Darstellung über die Kindersprache in medizinischen Lehrbüchern

Diese quantitativ geringe Bedeutung, die man der Kindersprachentwicklung und ihren Störungen beimißt, steht einerseits in einem unausgewogenen Verhältnis zur Überbetonung anderer Auffälligkeiten, vor allem der Stimmprobleme, und andererseits im krassen Gegensatz zur tatsächlichen Häufigkeit und Intensität der Spracherwerbsstörungen in der Praxis. Zentral in unseren Überlegungen fungieren aber natürlich die inhaltlichen Aussagen. Auch hier imponiert die Übereinstimmung zwischen den Autoren in der Auswahl der Daten und im Niveau ihrer Kommentierung.

2.2. Qualitative Bewertung

Selbstverständlich unterscheiden sich die vier Arbeiten inhaltlich in Nuancen, es ist jedoch erstaunlich, wie sich eine bestimmte Linie in der Darstellung herauschält. *Berendes'* Überblick über den Spracherwerb vermittelt den allgemein deutlich herauszufilternden Trend, wenn er sich schwerpunktartig auf den phonetisch-phonologischen Aspekt der Kindersprache konzentriert. Der komplexe und komplizierte Gegenstand »Sprache« schrumpft bei ihm zusammen auf die Kapitel »Vokale, Summlaute, Konsonanten, Flatter- und sonstige Laute«. Eine beigefügte Tabelle wiederholt allseits bekannte, gröbste Raster der Sprachentwicklung mit vereinfachenden Umschreibungen. Von »sprachähnlichen Wunschaussagen« und »kindhaften Mehrwortsätzen« ist die Rede,

und auch die Semantik findet ihre bildreiche Bestimmung:

»Das Wort — in diesem Fall der Satz — »Mama« bedeutet gewöhnlich den Wunsch, auf den Arm genommen zu werden, und wird vom Ausstrecken der Ärmchen begleitet, und das Wort Pappa enthält den Wunsch nach dem Spielzeug« (*Berendes* 1987, S. 3).

Bei der Analyse der Vorbedingungen für den Spracherwerb kommt es dann zu einer ersten deutsch-deutschen Gemeinsamkeit, wenn sowohl *Berendes* als auch *Wendler/Seidner* hierfür die »Kategorie« der »Nestwärme« als entscheidend ausmachen. Die bedeutsamen Verbindungen der Sprache zu anderen Tätigkeitsdimensionen werden bei *Böhme* wie bei *Wendler/Seidner* weitgehend auf den aufwendigen Abdruck einer tabellarischen Übersicht von *Lenneberg* (Erstveröffentlichung 1967) zum Zusammenhang von sprachlicher und motorischer Entwicklung reduziert. Auch hier beherrschen griffige Zeittafeln und Tabellen die Betrachtung. Wichtige Grundlagenliteratur im theoretischen Bereich, etwa das Standardwerk von *Szagan*, oder empirische Befunde, wie die von *Clahsen*, werden entweder überhaupt nicht erwähnt oder erfahren nur eine Nennung im Literaturverzeichnis. Eine inhaltliche Aufarbeitung der dort zu verfolgenden, hochwichtigen theoretischen und deskriptiven Aspekte der Kindersprache sucht der interessierte Leser vergebens. Es wundert deshalb auch nicht, daß die internationale Literatur,

wie z.B. die berühmte Monographie von *Bloom/Lahey*, keine Berücksichtigung findet. Ohne Ausnahme, so das erste Fazit, wird in allen Büchern nicht der mögliche Erkenntnisstand zur Sprachentwicklung referiert. Veralterte Befunde überwiegen gegenüber aktuellen Daten. Zwar wird es in den entsprechenden Abschnitten über die Störungsformen des Spracherwerbs durchaus differenzierter, eine umfassende fundierte Aufarbeitung der Fakten gelingt aber nicht. Hierzu eine Auswahl an Zitaten:

»Der Erwerb und der Gebrauch von Sprache ist ein angeborener Trieb allein des Menschen, der nur in lautsprachlich-kommunikativer Interaktion mit anderen Menschen befriedigt werden kann. Der Erwerb von Sprache ist auch eine zwingende Voraussetzung zur vollen Entwicklung der geistigen Fähigkeiten des Menschen« (*Bielski/Frank* 1982, S. 114).

»... wir müssen ein Ausbleiben oder ein verlangsamtes, spärliches und fehlerhaftes Eintreten des kindlichen Spracherwerbs bereits im Alter von eineinhalb Jahren als pathologisch definieren« (*Wendler/Seidner* 1987, S. 252).

»Eine Sprachentwicklungsverzögerung liegt immer dann vor, wenn die Eckdaten der Sprachentwicklung, die in der Zeittafel der Sprachentwicklung (Kapitel 1) dargestellt sind, innerhalb des physiologischen Entwicklungszeitraumes von einem Kind nicht erreicht werden« (*Berendes* 1987, S. 11 f.).

Die dazugehörige Zeittafel faßt acht vorschulische und sprachliche Kriterien bis zum vierten Lebensjahr zusammen, die die bereits zitierten bildhaften Beschreibungen enthalten (siehe oben). Auf dieser Wissensbasis erheben die ärztlichen Autoren nun hohe Ansprüche, die vor allem die Diagnose der Sprachentwicklungsverzögerung betreffen. Vorrangig für medizinisches Vorgehen ist hier nach wie vor die Abklärung der Ursachen im Rahmen der »primären, ärztlich-phoniatrischen Untersuchung«. In allen Arbeiten kommt es deshalb zu ausführlichen Katalogen über ganz unterschiedliche Kausalfaktoren für das Auftreten von Spracherwerbsstörungen. Diese Zusammenstellungen beherrschen dann auch über weite Strecken die entsprechenden Kapitel dieser Lehr- und Einführungsschriften. Es lohnt sich deshalb, an dieser Stelle präziser nach den Inhalten zu fragen, wobei zwei Bedingungen

eine exponierte Berücksichtigung finden: die Erb- und die Hirnschädigungspathologie.

2.3. Der familiäre Sprachschwächetypus

Zweifellos spielen genetische Begründungen nicht mehr die entscheidende Rolle im medizinischen Denken, sie bekommen aber immer noch ihren Stellenwert in dem benannten Ursachenkatalog zugewiesen. Sehr prägnant haben dies *Wendler* und *Seidner* zum Ausdruck gebracht.

»Hereditäre Belastung (familiärer Sprachschwächetypus): Der Sprachschwächetypus ... stellt eine konstitutionell und meist erblich bedingte Störung der Sprachentwicklung dar (*Seeman* 1923, *Luchsinger* 1953). Sprachlicher Antrieb, auditive und visuelle Aufmerksamkeit und Nachahmungstrieb sind mangelhaft ausgebildet, meist wirken die Kinder auch allgemein antriebsarm und schüchtern. Die sprachliche Minderbegabung äußert sich nicht nur in einer bis zum 3. und 4. Lebensjahr verzögerten Sprachentwicklung, sondern auch in Stammeln, Dysgrammatismus, Lese- und Rechtschreibschwäche sowie in Poltern. Knaben sind doppelt so häufig befallen wie Mädchen und sind meist von der väterlichen Erbanlage her belastet« (*Wendler/Seidner* 1987, S. 253).

Die DDR-Autoren geben damit exakt die Angaben wieder, die wir, in unterschiedlicher Ausführlichkeit, auch in den bundesrepublikanischen Arbeiten entdecken. Diese Gemeinsamkeit kann nun nicht weiter erstaunen, denn die Quelle des hereditären Ansatzes ist bei allen Publikationen eindeutig auszumachen. Es sind dies vor allem die verschiedenen Artikel des Schweizer Arztes *Luchsinger*, allgemein bekannt und anerkannt durch das in Koproduktion mit *Arnold* entstandene Standardwerk »Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde« (*Luchsinger/Arnold* 1949, 1959, 1970). *Luchsinger* hat nicht nur die älteren Artikel von *Seeman* zur gleichen Problematik aufgenommen, sondern auch eigene Untersuchungen initiiert und publiziert (*Luchsinger* 1940, 1941, 1944, 1952, 1957, 1959). In diesen Veröffentlichungen verbreitet *Luchsinger* sein »unumstößliches Beweismaterial« für die Erblichkeit der genannten Sprachübel, darunter auch die Sprachentwicklungsverzögerung. Da diese angeblich handfesten Daten bis heute für zitationswürdig und theoriebildend befunden

worden sind, werden wir uns hier eingehender mit ihrem Zustandekommen befassen. Diese historische Kontinuität findet ihren Ausgangspunkt im Jahre 1940. Im »Archiv der Julius Klaus Stiftung für Vererbungsforschung, Sozialanthropologie und Rassenhygiene« läßt *Luchsinger* den Aufsatz »Die Sprache und Stimme von ein- und zweieiigen Zwillingen in Beziehung zur Motorik und zum Erbcharakter« drucken. Alle folgenden, oben aufgeführten Arbeiten wurden zum größten Teil mit Hilfe wortwörtlicher Übernahmen von entsprechenden Abschnitten dieses Basisartikels zusammengestellt.

Die einzig nennenswerten Ergänzungen bestehen häufig nur in dem Einflechten der Daten von neu hinzugekommenen Zwillingen und der Zentrierung der Befunde auf verschiedene Störungsbilder. Es ist inhaltlich demnach völlig ausreichend, nur die zitierte Arbeit eingehender zu analysieren.

Das methodische Kernstück dieses »unumstößlichen Beweismaterials« bildet für *Luchsinger* die Zwillingsforschung, hier insbesondere der Vergleich von eineiigen und zweieiigen Paaren. Gleich in der Einleitung nennt er auch seine wissenschaftlichen Ziehväter, *Baur, Fischer, Lenz* und *v. Vershuer*, allesamt Anthropologen und Erbtheoretiker, beim Namen. Mit ihnen wehrt er sich gegen die Überschätzung der Umweltfaktoren, »denen für die geistige Begabung keine wesentliche Bedeutung zukommt« (*Luchsinger* 1940, S. 469). Die Belege hierfür demonstriert *Luchsinger* an 28 eineiigen Zwillingen (EZ) und elf zweieiigen Zwillingen (ZZ). Es folgt eine systematische und aufwendige Präsentation der Untersuchungstechniken und der erzielten Ergebnisse. In diesem Zusammenhang wird auf ein Zwillingpaar aus der Erhebung eines Kollegen verwiesen, bei dem beide Partner stotterten. *Luchsinger* kann diesem Fund zwei weitere Paare hinzufügen, womit weitgehend bestätigt erscheint, daß »Stottern ein erblich bedingtes Merkmal ist« (S. 495). Im weiteren Vorgehen wird diese Heredität auch für die verzögerte Sprachentwicklung reklamiert. Die bei diesen Kindern fehlende Gewandtheit für die Sprache trifft zudem auch die Körpermotorik, die als steif und sperrig beschrieben wird. Für die Abrun-

dung des Bildes sorgt die konstatierte Unmusikalität und die charakterologische Einordnung in das Typenkonzept nach *Pfahler*. Alles zusammen ergibt die verschiedenen Definitionskriterien für den Sprachschwächetypus. Seine Erbbedingtheit leitet *Luchsinger* aus dem Vergleich der unterschiedlichen Zwillingsformen ab. Während eineiige Zwillinge sich eindeutig auf einer Polseite befinden, liegen zwischen den Partnern von zweieiigen Zwillingen »große bis sehr große Abstände« bei einer Verteilung auf beiden Polseiten. Genau in dieser Differenz liegt für *Luchsinger* der Beweis für den Erbcharakter.

»Das mit solcherart sprachlicher Gestaltungsgebrechen behaftete Kind bedarf zwar der pädagogischen Förderung, allerdings bei eindeutigen Grenzsetzungen: Trotz zahlreichen Übungen der Sprechmotorik wird der Sprachschwächetypus es nie zu einer vollen Gewandtheit bringen« (*Luchsinger* 1940, S. 518).

Soviel zu *Luchsinger* und den markantesten Aussagen in seinem Artikel. Bevor wir diese kritisch kommentieren werden, sei daran erinnert, daß *Luchsinger* den Kern seiner Überlegungen in der gleichen Art und Weise bis in die sechziger Jahre aufrechterhalten und dann seine Nachfolger gefunden hat.

Fragwürdig ist das Vorgehen schon allein deshalb, weil das methodische Standbein von *Luchsinger*, die Zwillingsvergleiche, wissenschaftlich anfechtbar ist. So finden wir zwar viele Untersuchungshinweise, aber keine vollständigen und präzisen Angaben über die Zwillinge. Welche katastrophalen Auswirkungen diese Ungenauigkeiten haben können, wissen wir spätestens seit den gravierenden Fälschungen in der Zwillingsforschung durch *Burt* (siehe *Gould* 1988). Ein solch unseriöses Vorgehen sei *Luchsinger* keineswegs unterstellt, aber bei ihm werden — wissenschaftlich unhaltbar — aus wenigen Beispielen (drei Zwillingen) weitreichende Folgerungen gezogen (Erblichkeit des Stotterns). Ebenfalls zentral in dieser Argumentation jedoch ist die ohnehin geringe Aussagekraft der von *Luchsinger* gewählten Methode des Vergleichs von ein- und zweieiigen Zwillingen. Wie *Lewontin, Rose* und *Kamin* (1988) in ihrer lesenswerten Studie »Die Gene sind es nicht« belegen, ist bei diesen Zwillingskombinationen nicht nur die

Erbform (Ein- und Zweizellenbefruchtung) divergent, sondern vor allem auch die Umweltform. Die drei Autoren schreiben dazu:

»Wegen der auffallenden äußeren Ähnlichkeit behandeln Eltern, Lehrer und Freunde sie (MZ = monozygote Zwillinge) eher gleich; manchmal werden sie gar miteinander verwechselt. Wie viele Befragungen gezeigt haben, neigen MZ dazu, einen größeren Teil ihrer Zeit miteinander zu verbringen und ähnliche Dinge zu tun, weit mehr als dies bei gleichgeschlechtlichen DZ (dizygote Zwillinge) der Fall ist ... Mit hoher Wahrscheinlichkeit ziehen sich MZ ähnlich an, spielen zusammen und haben die gleichen Freunde, ... Es bedarf keiner großen Phantasie, um zu erkennen, wie solche Unterschiede zwischen MZ- und DZ-Paaren die mitgeteilten Unterschiede der IQ-Korrelationen (Dies ist der Argumentationszusammenhang der Autoren, A.H.) hervorrufen können. Es ist völlig klar, daß die Umwelterfahrungen bei MZ-Paaren viel homogener sind als bei DZ-Paaren« (Lewontin, Rose, Kamin 1988, S. 93).

Einen weiteren Aspekt in dieser Darstellung von Luchsinger betrifft die Pädagogik. Zwar werden differenzierte sprachtherapeutische Hinweise vermieden, aber nicht die prinzipielle praktische Konsequenz. Auf dieser mehr als diffusen theoretischen Basis spricht Luchsinger den vom »Sprachschwächetypus« befallenen Kindern trotz aller Übung die Möglichkeit einer langfristigen Heilung ab. Diese, gerade von diesem theoretischen Boden aus unhaltbare, nicht zu begründende grundsätzliche Entwicklungsbeschränkung sprachbehinderter Menschen muß zurückgewiesen werden.

2.4. Die frühkindliche Hirnschädigung

Es war bereits angedeutet worden, daß genetische Faktoren nicht mehr die führende Funktion in der Erklärung von Kindersprachstörungen behaupten können. Im medizinischen Modell ist dafür seit zwei bis drei Jahrzehnten das Konstrukt der frühkindlichen Hirnschädigung an die erste Stelle gerückt. Die entsprechenden Theorieansätze gehen vor allem auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück, sie finden aber gerade auch im sprachpathologischen Bereich ihre weite Verbreitung. Die hier zugrunde gelegten Arbeiten dokumentieren dies. Die frühkindliche Hirnschädigung umfaßt sowohl leichte als

auch schwere Beeinträchtigungen des ZNS, terminiert auf die Entwicklungszeit vor, während und nach der Geburt bis zum ersten Lebensjahr.

»Nur in den wenigsten Fällen ist es uns möglich, das akute Krankheitsbild einer solchen Hirnschädigung zu sehen und zu untersuchen. Gewöhnlich kommen uns erst die mehr oder weniger ausgeprägten neurologischen und psychopathologischen Residualzustände nach einer solchen Schädigung mit Störungen und Abweichungen der kindlichen Entwicklung zu Gesicht« (Böhme 1983, S. 64).

Die Diagnose, zumindest der leichten frühkindlichen Hirnschädigung, erfolgt also in den meisten Fällen über einen Rückschluß. Aufgrund sensorischer, motorischer, sprachlicher, emotionaler und/oder kognitiver Auffälligkeiten wird das Vorhandensein einer solchen zentralen Einwirkung vermutet. Diese Wahrscheinlichkeit wird aber immer noch weitgehend als Faktum ausgegeben. So berichtet Böhme von 80,6 Prozent pathologischer EEG-Befunde bei Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung, Wendler/Seidner finden diese Auffälligkeiten bei zwei Dritteln ihrer Klienten, während Biesalski/Frank etwa 75 Prozent Betroffene ausmachen. Bei allen Zahlenschwankungen bleibt die Gemeinsamkeit, daß eine überwältigende Mehrheit der kindlichen Sprachentwicklungsstörungen auf diese kleinen, kaum direkt festzustellenden Hirnschädigungen zurückzuführen sind. Dennoch konnte damit einerseits nicht der unbefriedigende Diagnosestandard kaschiert und andererseits auch die Symptompalette psychopathologischer Beeinträchtigungen keineswegs abgedeckt werden. Dies führte zunächst zum Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion, den sogenannten MCD-Kindern, womit eine Offenheit in der Verursachungsfrage bei gleichzeitiger Festbeschreibung einer neuronalen Abweichung angestrebt wurde. Zur Ergänzung der klassifikatorischen Bandbreite in der Psychopathologie wurde schließlich das hyperkinetische Syndrom entdeckt und vor allem auf die extrem unruhigen und unkonzentrierten Verhaltensweisen von Kindern in der Schule mit den ihnen folgenden Lernbehinderungen bezogen. In einem Artikel für die Zeitschrift »der kinderarzt« hat die Logopädin Ohlmer-

Schreiber (1987) das hyperkinetische Syndrom auch in den Zusammenhang von Kommunikationsstörungen gestellt. Nach Aussage der Autorin sind die hierbei zu beobachtenden Sprachauffälligkeiten nicht konstant bzw. »wirken bei jüngeren Kindern mit dem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung therapieresistent« (Ohlmer-Schreiber 1987, S. 661). Mit welchen Mitteln sie diese Erfolglosigkeit auflöst, wird uns später noch beschäftigen. Eine umfassende, immanent klinische Kritik an diesen Konzepten hat schon zu Beginn der siebziger Jahre der Neuropsychologe Graichen zusammengefaßt.

1. Bekannte Risikofaktoren rund um den Geburtsvorgang korrelieren keineswegs sicher mit entsprechenden Hirnschädigungen, sondern im günstigsten Fall im Sinne einer Kann-Beziehung.

2. Der Zeitpunkt, die Lokalisation und die Art der Hirnschädigung sind als zentrale Faktoren zu berücksichtigen. Genau sie aber kommen in den bisherigen Überlegungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Repräsentanten zu kurz.

3. Die Symptomvielfalt des hirngeschädigten Kindes ist dermaßen weit angesetzt, daß nicht von einem einheitlichen Typus ausgegangen werden kann. Da die klinische Geschlossenheit aber propagiert wurde, konnten ganze Gruppen betroffener Kinder nicht erfaßt werden.

4. Das neurophysiologische Untersuchungsrepertoire deckt wesentlich breiter gestreute neuropsychologische Funktionsgefüge nicht ab und muß zudem mit Unsicherheiten (unzuverlässige Elternangaben) rechnen.

»Zusammengefaßt ist es heute kaum mehr möglich, im konkreten Einzelfalle mit Sicherheit vom schädigenden Ereignis auf eine bestimmte spätere Leistungsminderung in bestimmter Höhe oder umgekehrt von einer gemessenen Leistungsminderung auf eine bestimmte Ursache vor- oder zurückzuschließen, weil gleiche oder ähnliche Ursachen nicht immer oder zu recht verschiedenen Störfaktoren führen und weil umgekehrt unter ähnlichen Störungssymptomen offensichtlich recht verschiedene Ursachen zu suchen sind« (Graichen 1973, S. 126).

Bevor wir diese Anmerkungen durch eine prinzipielle Kritik erweitern, ist noch eine

wesentliche, therapeutisch orientierte Ergänzung des Diskussionsstandes notwendig. Ich greife dabei erneut auf die Zeitschrift »der kinderarzt« und diesmal auf einen neueren Artikel des Münchner Arztes Eichlseder (1987) zurück. Er ist der Behandlung des hyperkinetischen Kindes gewidmet. In einem ersten Schritt der Argumentation erklärt der Autor psychologische Tests, EEG, Computertomogramm, ausgedehnte neurologische Untersuchungen und Perzeptionstests für überflüssig. Alternativ empfiehlt er die Kurzfassung einer Bewertungsskala, die nach subjektiver Einschätzung zwischen 0 = nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich viel und 3 = sehr viel differenziert. Erfaßt werden zehn Kriterien wie »stört andere Kinder, weint schnell, zappelt dauernd usw.«. Für deutsche Kinder liegt der von Eichlseder ermittelte, zwischen Normalität und Hyperaktivität unterscheidende Punktwert bei 18. Runden Anamnese-gespräche das Bild des hyperkinetischen Syndroms ab, ist eine Therapie angezeigt. Der Autor weist hier psychologische Behandlungen einschließlich der Verhaltenstherapie und des Perzeptionstrainings als »wirkungslos« in das Reich der »Wunschträume« zurück. Dem stellt Eichlseder als einzige, in ihrem Erfolg empirisch bestätigte und wissenschaftlich haltbare Therapie die Pharmakoindikation gegenüber. Nur die ausschließliche Anwendung von Medikamenten auf allen Altersstufen und ohne jeden Skrupel (z. B. wird die Suchtgefährdung als unsinnig abgetan) führt bei 80 Prozent aller Kinder zur Verbesserung des gesamten Symptomspektrums. Die den erstaunlichen Erfolg begleitenden Einschlafstörungen und die Appetitlosigkeit werden teilweise noch positiv umgedeutet, weil naschgierige Kinder nach Einnahme der Stimulantien kein Interesse mehr für Süßigkeiten zeigen.

Wie bedenkenlos dieser chemische Ansatz übernommen wird, demonstriert die bereits zitierte Ohlmer-Schreiber für den Zusammenhang von Hyperaktivität und Therapie von Kommunikationsstörungen. Unter »Folgerungen für die Praxis« schreibt sie:

»Diese hyperaktiven Kinder lassen Therapeuten verzweifeln, weil trotz vorhandener Fähigkeiten der kontinuierliche Erfolg ausbleibt. Kinder und Therapeuten mühen sich ab, ohne die Störung

der Kinder ausgleichen zu können. Werden hyperaktive Kinder aber vom Arzt als solche diagnostiziert und mit Stimulantien behandelt, stehen wir Therapeuten vor einem zum Positiven veränderten Störungsbild. Teilweise verschwinden die Symptome nach kurzer Zeit vollständig. Die Restsymptomatik ist aber durch eine der Störung angemessene Therapie abzubauen. Mit sichtbarem Erfolg« (Ohlmer-Schreiber 1987, S. 662).

Um diese Argumente in ihrem Gehalt einordnen zu können, ziehe ich noch einmal den Forschungsüberblick von Lewontin, Rose und Kamin heran. Die von diesen Autoren referierten Befunde lesen sich allerdings anders als Eichlseders Behauptungen. Hier ein Querschnitt. Da kleine biologische Defekte (cerebrale Dysfunktion) zwar große soziale Auswirkungen zeigen (Palette der Symptome), letztendlich aber neuronal begründet sind, wurde innerhalb der Ärzteschaft ein Eingriff in diese biologischen Zusammenhänge über Medikamente favorisiert. In den USA wurden in wenigen Jahren mehrere hunderttausend Schüler aufgrund einer MCD- oder Hyperaktivitätsdiagnose mit stimulierenden Pillen versorgt.

»Ohne die geringste Kenntnis ihrer Wirkweise und langfristigen Effekte warben die Pharmagesellschaften massiv und erfolgreich für diese Medikamente als Mittel für Problemkinder« (Lewontin, Rose, Kamin 1988, S. 145).

Eine bedeutende Rolle in dieser Entwicklung spielte die auch in Kreisen von Drogenabhängigen beliebte, amphetaminähnliche Substanz »Ritalin«. Bis jetzt existieren für dieses Medikament nur Belege für kurzfristige Verhaltensänderungen bei den betroffenen Kindern, ein langandauernder Effekt konnte nicht nachgewiesen werden. Die berichteten hohen Erfolgsbilanzen kurz nach der Verschreibung von Ritalin zeigen zudem enorme methodische Schwächen, wenn z. B. Cantwill bei Kontrollmessungen von einer gleichbleibend hohen Aktivität des Gesäßes, aber einer motorischen Beruhigung an den Knöcheln berichtet und die Kinder in der Schule merklich gedämpfter, auf dem Spielplatz jedoch aufgedrehter wirkten.

Wir wollen an dieser Stelle die Betrachtung abbrechen und sowohl für die Erb- als auch für die Hirnschädigungspathologie unser Fa-

zit formulieren. Beide Ansätze differieren in den Details. In der prinzipiellen Ausrichtung ist jedoch die frühkindliche Hirnschädigung nur eine Modifikation der Vererbungshypothese. Denn: Beide Konzeptionen stehen in der Kontinuität einer einseitig biologistischen Reduktion von pathologischen Phänomenen, einschließlich der kindlichen Sprachstörungen.

Diese Erkenntnis gilt leider systemübergreifend für beide deutsche Staaten und einige ihrer ärztlich-phoniatrischen Vertreter. Genau an diesem Punkt konzentriert sich das Dilemma eines bestimmten medizinischen Modells, das in der extremen Diskrepanz zwischen einem umfassenden Anspruch und einem eingeschränkten Ansatz liegt. Die Verabsolutierung des Biologismus in Verbindung mit einem relativ antiquitierten Wissensstand in den Grundfragen der Sprachentwicklungsforschung führen zu einem theoretischen Niveau, das deutlich unterhalb der geforderten Bedeutung im praktischen Bereich der Diagnose und Therapie anzusetzen ist.

3. Gibt es in der Kindersprachforschung einen Platz für die Medizin?

Es wäre völlig verfehlt, aus diesen Ausführungen nun die Negierung der Medizin aus der Sprachpathologie ableiten zu wollen. Medizinische Fachvertreter werden sich allerdings fragen lassen müssen, ob sie ihren Stellenwert weiterhin weitgehend über traditionell abgeleitete Ansprüche definieren wollen oder ihn neu begründen auf der Basis einer Beteiligung an der interdisziplinär zu begreifenden Grundlagenforschung. Eine Entscheidung in diesem zweiten Sinn wird jedoch ein radikales Umdenken notwendig machen, dessen wesentliche Bestandteile zum Schluß kurz skizziert werden sollen.

3.1. Der Abschied von der Ideologie des Biologismus

Die nach wie vor einseitige oder zumindest primäre Erklärung von Sprachentwicklungsstörungen aus einer biologischen Kausalität ist mit dem Stand der Forschung gegen Ende dieses Jahrhunderts nicht mehr vereinbar. Wir müssen Sprachbehinderungen und ihre

Therapie auf einer sozialen, psychologischen und biologischen Ebene begreifen und die schwierigen Übergänge zwischen diesen Ebenen analysieren. In diesem Zusammenhang kommt der Medizin der Part zu, die funktionelle Charakteristik, das neuronale Funktionsgefüge der Sprachauffälligkeit präzise zu klären, allerdings ohne sich von den sozialen und psychologischen Verbindungen abzukoppeln. Beispielhaft können hier die Arbeiten des sowjetischen Neuropsychologen *Luria* wirken. Dabei wäre es von besonderer Bedeutung, wenn die Medizin die bisher noch ungeschriebene »Neuropsychologie des Kindesalters« schrittweise entfalten würde. Das zentrale Thema der Neuropsychologie, die Bestimmung des Kontextes von Gehirn und Sprache, müßte sich von der Aphasie als Arbeitsschwerpunkt ansatzweise lösen und intensiver zu neuen Kenntnissen über die Berührungspunkte von Sprach- und Gehirnentwicklung führen. Wir benötigen fundiertes Wissen über die Neurophysiologie und Neuropsychologie der Kindersprache und ihrer Störungen. Auch hier liegen durchaus ermutigende Ansätze vor, verwiesen sei nur auf die verschiedenen Aufsatzpublikationen von *Graichen*.

3.2. Der Abschied von dem Prinzip der Kausalität

Wir hatten auch in einigen neueren Arbeiten zur Sprachpathologie unverändert das Kausalitätsprinzip als dominant ausgemacht. Dabei wird aber von den Verfassern gar nicht oder nur einseitig reflektiert, wie sich dieser Verursachungsansatz in seiner Bedeutung für die Praxis legitimieren kann. Eine Abklärung der Gründe für eine Sprachentwicklungsstörung ist nicht von vornherein unsinnig, sie muß sich aber fragen lassen, zu welchen therapeutischen Konsequenzen — außer der Verschreibung von Medikamenten — sie führt. Genau hier wartet der Praktiker jedoch oft vergeblich auf sinnvolle, begründete Antworten. Der schon erwähnte Neuropsychologe *Graichen*, der Medizin nun keineswegs überkritisch gegenüberstehend, hat schon zu Beginn der siebziger Jahre sein Vorgehen vom kausalen zum deskriptiven Arbeitsansatz verändert, weil ein Wissen um

seiner selbst willen in einer anwendungsorientierten Disziplin wie der Sprachtherapie kaum Interesse provozieren kann. Die Einseitigkeit des Kausalitätsprinzips bringt zu oft für das Verständnis und die Arbeit mit dem sprachbehinderten Menschen keine entscheidenden Innovationen.

3.3. Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand zum Spracherwerb

Unsere Analyse der genannten Lehr- und Einführungsschriften zum Kapitel »Kindersprache« hatte ergeben, daß ein Mangel an solidem, aktuellen Fachwissen zu weiten Teilen dieses Gebiets zu konstatieren ist. Eine Minimalanforderung an solche Arbeiten sollte darin bestehen, daß zumindest über gesicherte Fakten der Kindersprachforschung referiert wird, die von den verschiedenen Disziplinen eingebracht worden sind. Dies ist letztendlich aufgrund der vorwiegend einseitig phonetisch ausgerichteten Darstellung bisher nicht der Fall. Es wäre darüber hinaus aber eine wichtige Weiterentwicklung, wenn die Medizin diese Arbeitsergebnisse nicht nur resümieren, sondern eigene Forschungen initiieren und deren Resultate interdisziplinär vermitteln würde. Hierzu nur ein Beispiel: Der Dysgrammatismus kann sich u. a. in syntaktischen Störungen, also in einer der deutschen Standardgrammatik nicht entsprechenden Wortfolge im Satz, äußern. Dies ist mit der Hilfe linguistischer Kriterien präzise zu beschreiben und in die Entwicklung der Syntax der Kindersprache einzuordnen. Von hier aus läßt sich dann auch entscheiden, wie die Sprachprobleme des betroffenen Kindes einzuschätzen sind und welches Niveau der Sprachtherapie als nächste Stufe anzuvisieren ist. Die Medizin könnte in diesem Kontext, wie *Graichen* das auch exemplarisch demonstriert hat, die neuropsychologischen Mechanismen dieser »Reihenfolgestörung« eingehend erforschen und so die linguistische Beschreibung des Phänomens in seiner materiellen Manifestation im Gehirn biologisch fundieren. Das setzt allerdings die Bereitschaft voraus, daß Neues entwickelt und mit anderem in Korrespondenz gebracht und nicht Altes absolut gesetzt und eingefroren wird.

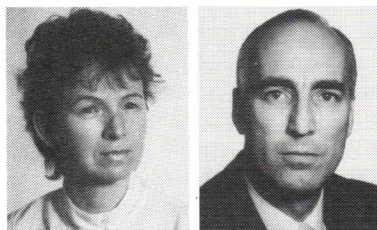
Literatur

- Berendes, J. (Hrsg.): Einführung in die Sprach- und Stimmheilkunde. Berlin/Heidelberg 1987.
- Biesalski, P., und Frank, F. (Hrsg.): Phoniatrie — Pädaudiologie. Stuttgart 1982.
- Böhme, G.: Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Stuttgart 1983.
- Dupuis, G.: Sprachbehindertenpädagogik. In: Solarova, S. (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1983, S. 260—296.
- Eichlseder, W.: Die Behandlung des hyperkinetischen Kindes. *der kinderarzt* 18 (1987), S. 1370—1376.
- Gould, S.: Der falsch vermessene Mensch. Frankfurt 1988.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenutzung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1 (1973), S. 113—143.
- Lewontin, R., Rose, S., und Kamin, L.: Die Gene sind es nicht. München 1988.
- Luchsinger, R.: Die Sprache und Stimme von ein- und zweieiigen Zwillingen in Beziehung zur Motorik und zum Erbcharakter. *Archiv der Julius Klaus Stiftung*. Zürich 1940, S. 461—527.
- Luchsinger, R.: Die erbbiologischen Untersuchungen der Stimme und der Sprache. *Archiv Sprach- und Stimmheilkunde* 1941, S. 41—45.
- Luchsinger, R.: Erbbiologische Untersuchungen an ein- und zweieiigen Zwillingen in Beziehung zur Größe und Form des Kehlkopfs. *Archiv der Julius Klaus Stiftung*. Zürich 1944, S. 394—441.
- Luchsinger, R.: Die Sprachentwicklung von ein- und zweieiigen Zwillingen und die Vererbung von Sprachstörungen. *Acta Geneticae, Medicae et Gemellologiae* 9 (1952), S. 31—48.
- Luchsinger, R.: Agrammatismus und Dyslalie bei eineiigen Zwillingen. *Acta Geneticae, Medicae et Gemellologiae* 14 (1957), S. 247—254.
- Luchsinger, R.: Die Vererbung von Sprach- und Stimmstörungen. *Folia phoniatica* 11 (1959), S. 7—64.
- Luchsinger, R., und Arnold, G.: *Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde*. Wien 1970.
- Ohlmer-Schreiber, I.: Perzeptions- und Kommunikationsschwierigkeiten bei hyperaktiven Kindern. *der kinderarzt* 18 (1987), S. 656—662.
- Wendler, J., und Seidner, W.: *Lehrbuch der Phoniatrie*. Leipzig 1987.

Anschrift des Verfassers:

Axel Holtz
Hinterdenkental 23, 7901 Westerstetten
Axel Holtz ist Sonderschullehrer im
Schulkindergarten und an der Schule für
Sprachbehinderte in Ulm.
Arbeitsschwerpunkte: Theorie, Diagnose
und Therapie von Entwicklungsstörungen
der Kindersprache.

Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 6, S. 271—278



Renate und Volkmar Clausnitzer, Halle (DDR)

Analyse des Behandlungsverlaufs von 178 mit myofunktioneller Therapie betreuten Patienten

Zusammenfassung

In einem noch frühen Stadium der Erprobung ihrer Orofazialen Muskelfunktionstherapie (OMF) analysierten die Autoren 178 behandelte MFT-Patienten. Zu den am häufigsten auftretenden Dysgnathien, oralen Dysfunktionen und sprachlichen Besonderheiten werden nähere Ausführungen bezüglich der Ätiologie, Symptomatik, Epidemiologie und Therapie einschließlich Diagnostik gemacht. Vergleiche

zwischen der Gesamtstichprobe von 178 Patienten und den 74 mit sagittaler Schneidekantenstufe lassen Schlußfolgerungen auf das kombinierte Auftreten von Dysgnathien, fehlerhaftem Schlucken und Sigmatismen zu, die durch andere Untersuchungen gestützt werden und eine spezielle myofunktionelle Therapie im orofazialen Bereich erfordern. Schließlich wird auf einzelne Ergebnisse der Behandlung von 178 Patienten sowie auf einige Besonderheiten der OMF eingegangen.

1. Einleitung

Mit Recht beklagt *Middeldorf* (1985) in einem Aufsatz in der »Sprachheilarbeit«, daß sich die Sprachtherapeuten (in der Bundesrepublik Deutschland) zuwenig zum Problem der Myofunktionellen Therapie (MFT) äußern. In der Zwischenzeit hat sich — wie auf Tagungen, in Weiterbildungsveranstaltungen und in Publikationen verschiedener Länder deutlich wurde (es sei nur auf das dieser Therapiemethode gewidmete Heft 2/1989 des Wiener »Sprachheilpädagogischen« verwiesen) — einiges zum Positiven verändert.

Es beginnt sich die Erkenntnis auch auf sprachtherapeutischer Seite durchzusetzen, daß die MFT ein sehr wichtiges Verfahren für eine effektivere und rezidivfreiere Behandlung von hartnäckigen Dyslalien, von starken Sprachentwicklungsrückständen und von Sprachstörungen auf der Basis von komplexen zentralen Schädigungen darstellt. Das gilt insbesondere dann, wenn solche Auffälligkeiten mit anderen Störungen gekoppelt auftreten (*Clausnitzer/Clausnitzer* 1989a), wie z. B. mit verschiedenen morphologischen (Dysgnathien, hypertrophe Tonsillen usw.), motorischen (besonders feinmotorischen) und/oder sensorischen (z. B. stereognostischen) Mängeln. Jedem Sprachtherapeuten begegnen immer wieder solche sogenannten therapieresistenten Patienten. Hier sollte neben anderen Verfahren auch eine Form der MFT versucht werden.

Mit der folgenden Auswertung soll der Wert dieser Therapie nachgewiesen und ihre Attraktivität für den Sprachtherapeuten gezeigt werden.

2. Material und Methode

In die gemeinsam von den beiden Autoren dieses Artikels, einer Kieferorthopädin und einem Klinischen Sprechwissenschaftler, vorgenommene Auswertung wurden 178 Pa-

tienten einbezogen. Alle Patienten waren vom Kieferorthopäden überwiesen worden, zeigten also neben der Dysgnathie eine oder mehrere orale Munddysfunktionen und sehr oft auch einen Sprachfehler, meist einen Sigmatismus. Die Kinder und Jugendlichen befanden sich zu Behandlungsbeginn in einem Alter von vier bis 15 Jahren. Sie wurden in der Zeit vom Januar 1986 bis zum Oktober 1987 vom gleichen Therapeuten (dem Mitautor dieses Artikels) nach der von beiden Autoren zusammengestellten Orofazialen Muskelfunktionstherapie OMF (*Clausnitzer/Clausnitzer* 1989a) behandelt.

Die Einteilung der Zahn- und Kieferstellungsanomalien erfolgte nach den Leitsymptomen von *Klink-Heckmann* (*Klink-Heckmann/Bredy* 1982). Die von uns angewandte Diagnostik der Dysfunktionen wird in den Abschnitten 3.2 und 3.3 genauer beschrieben. Die Sigmatismen wurden rein akustisch bestimmt.

3. Verteilung verschiedener Anomalien und Auffälligkeiten beim untersuchten Patientengut

3.1. Verteilung der Dysgnathien bei 178 Patienten

Von insgesamt neun möglichen Zahn- und Kieferstellungsanomalien traten am häufigsten die ausgeprägte sagittale Schneidekantenstufe mit 42 Prozent, der offene Biß mit 32 Prozent und der Platzmangel mit 7 Prozent auf (Tabelle 1). Die übrigen 34 Patienten verteilten sich auf andere Dysgnathien, konnten aber aufgrund ihrer geringen Anzahl nicht in die vergleichenden Untersuchungen einbezogen werden. Wie ersichtlich, war die sagittale Stufe (Prognathie) am häufigsten vertreten; sie wird daher in den späteren Ausführungen zu den Beziehungen zwischen Dysfunktionen und Dysgnathien sowie zum unterstützenden Einsatz einer myofunktionellen Therapie im Mittelpunkt stehen.

Tabelle 1: Verteilung einiger Dysgnathien unter 178 Patienten einer MFT

Ausgeprägte sagittale Schneidekantenstufe	74 = 42 %
offener Biß	57 = 32 %
Platzmangel	13 = 7 %
	144 = 81 %

Tabelle 2: Dysfunktionen und sprachliche Besonderheiten bei 74 Patienten mit sagittaler Stufe

1. Falscher Schluckmodus	70 = 95 %
2. Mundoffenhalten	46 = 62 %
3. ständige bzw. sehr häufige interdentale Zungenlage	21 = 28 %
4. sonstige Dysfunktionen bzw. Habits	59 = 80 %
5. Sigmatismen	54 = 73 %
6. Sigmatismus interdentalis	34 = 46 %
7. Sigmatismus addentalis	11 = 15 %
8. apikale S-Lautrealisation bei Nichtsigmatikern	5 = 7 %

3.2. Verteilung verschiedener Dysfunktionen und sprachlicher Besonderheiten bei 178 MFT-Patienten und speziell bei 74 Patienten mit sagittaler Stufe

Die Verteilung verschiedener Dysfunktionen und sprachlicher Besonderheiten unter den 74 Fällen mit ausgeprägter sagittaler Schneidekantenstufe zeigt Tabelle 2.

Zum fehlerhaften Schluckmodus wird ausführlich im Abschnitt 3.3 Stellung genommen.

Das *Mundoffenhalten* spielt in der HNO-ärztlichen und kieferorthopädischen Literatur eine große Rolle. Dabei geht es nur um das habituelle Mundoffenhalten, nicht um organisch (z. B. durch Adenoide) oder entzündungsbedingtes. Dieses uns interessierende Verhalten ist häufig mit einer Schwäche des Muskulus orbicularis oris und/oder einer Hyperfunktion des Muskulus mentalis (des Kinnmuskels) vergesellschaftet. *Duyzings* wies schon 1963 auf die engen Zusammenhänge zwischen Mundoffenhalten, der Zungenlage und Dysgnathien hin. *Ricketts* sprach 1968 von einem »respiratory obstruction syndrome«, mit dem er neben der Mundatmung, die ja immer mit einer Mundoffenhaltung gekoppelt ist, auch fehlerhaftes Schlucken sowie Zahn- und Kieferstellungsanomalien zusammenfaßte. Neueste Untersuchungen von *Harzer*, *Czekalla* und *Landmesser* (1987) ergaben, daß der Atemtyp — Mund- oder Nasenatmung — eindeutig abhängig ist von der Schädelmorphologie und von der Funktion des Muskulus orbicularis oris. *Eschler*, *Rakosi* und *Witt* (1971) teilen die Lippenkonfiguration in vier Stufen ein: I. kompetente, II. inkompetente, III. potentiell inkompetente und IV. aufgerollte Lippen. Auch wir haben uns bei jedem Patienten einen ent-

sprechenden Überblick über die Funktionsweise der Lippenmuskeln verschafft. Das ist übrigens auch jedem Sprachtherapeuten zu empfehlen, insbesondere im Hinblick auf ein Abtrainieren der hypofunktionellen Lippenhaltung bei dadurch provozierter interdentaler Zungenlage.

Die ständige bzw. häufige *interdentale Zungenlage* spielt ja nicht nur bei der multiplen Interdentalität, sondern gerade auch bei der komplexen Interdentalität eine große Rolle; letztere umfaßt bekanntlich nicht nur die interdentale Aussprache verschiedener Laute, sondern eben auch diese auffällige Verhaltensweise beim Schlucken, beim Zuhören, Fernsehen, Basteln, Schreiben, Lesen, Spielen usw. Wir präzisierten unsere eigenen Beobachtungen durch eine ausführliche Befragung der Eltern.

Das gilt ebenso für die sonstigen *oralen Dysfunktionen* bzw. *Habits*. So erfaßten wir sehr genau zeitliche und habituelle Einzelheiten zum Lutschen am Nuckel, am Daumen bzw. an anderen Fingern, an Handflächen, Armen usw. sowie an Gegenständen. Sehr wichtig erscheinen uns sowohl für eine kieferorthopädische als auch sprachtherapeutische Behandlung das Zungenbeißen, -nuckeln und -pressen, wobei wir letzteres auch beim Schlucken besonders beachteten. Hier und auch in Tabelle 3 meinen wir das Zungenpressen bei anderen Tätigkeiten.

Recht häufig (fast bei einem Drittel unserer Patienten) fanden wir das Lippenbeißen, -saugen, -benagen, -belecken und -schmatzen, nicht so oft das Wangenbeißen und -ansaugen. Außerdem forschten wir nach dem Bruxismus (nächtliches Zähneknirschen) sowie nach dem Knabbern an Fingernägeln und an anderen Gegenständen. In einer gesonderten Gegenüberstellung der 178 behandelten Patienten und eines Teils von ih-

Tabelle 3: Verteilung weiterer Dysfunktionen und Habits bei 178 MFT-Patienten und 74 mit sagittaler Stufe

Dysfunktion/Habit	insgesamt (178)	sagittale Stufe (74)
1. Zungenpressen, -beißen und -nuckeln	13 = 7 %	5 = 7 %
2. Lippenbeißen, -saugen, -benagen, -belecken und -schmatzen	48 = 27 %	22 = 30 %
3. Bruxismus	30 = 17 %	16 = 22 %

nen, den 74 mit einer sagittalen Stufe, verglichen wir die Verteilung von drei ausgewählten Dysfunktionen bzw. Habits (Tabelle 3). Die sagittale Stufe ist höher mit diesen Dyskinesien belastet als die Patienten mit den anderen Dysgnathien; eine Ausnahme bilden die Zungendysfunktionen, die in beiden Gruppen in gleicher prozentualer Höhe erscheinen (je 7 Prozent). Dieses Ergebnis spricht für die enge Beziehung der sagittalen Stufe (Prognathie) zu den ausgewählten Dysfunktionen.

Auf die Sigmatismen und auf die apikale S-Lautbildung bei den Nichtsigmatikern wird im Abschnitt 3.4 ausführlicher eingegangen werden.

3.3. Verteilung des fehlerhaften Schluckmodus bei 178 MFT-Patienten

Die auffallendste Dysfunktion in unserem Patientengut war der fehlerhafte Schluckmodus, der dem Kieferorthopäden in vielen Fällen immer wieder große Schwierigkeiten bereitet (Rezidive, schlechtes Vorankommen in der Gerätebehandlung). Aber auch der Sprachtherapeut muß sich damit auseinandersetzen, da viele Dyslalien mit falschem Schlucken gekoppelt sind, das die Sprachbehandlung erschwert. Daher wurde der fehlerhafte Schluckmodus seit den vierziger Jahren (z. B. Rix) in der kieferorthopädischen Literatur beachtet und gewann auch in zunehmendem Maße in sprachtherapeutischen Publikationen an Bedeutung. Zur Auswahl wich-

tiger diesbezüglicher Artikel und zu ihrer Diskussion wird auf *Middeldorfs* eingangs erwähnte Arbeit von 1985 verwiesen.

Bevor unsere Ergebnisse diskutiert werden, sollen einige grundsätzliche Ausführungen zum korrekten und fehlerhaften Schlucken erfolgen.

Nach *Lullies/Trincker* (1974) handelt es sich beim Schlucken um einen komplizierten fünfphasigen Reflexvorgang. In unserem Zusammenhang interessieren nur die ersten beiden Phasen, die auch als orale oder Vorbereitungsphase zusammengefaßt werden und willkürlich steuerbar sind. In diesem Abschnitt erfolgt nach der Aufnahme und kauenden Zerkleinerung des Schluckgutes die Bolusbildung und dessen Transport zum Rachen Eingang. Charakteristisch ist für den normalen Schluckvorgang, daß der Bolustransport unter Anlagerung der Zunge an den harten Gaumen bei Zahnreihenkontakt abläuft. Beim falschen Schlucken kommt es zu einer interdentalen Einlagerung der Zunge; das kann sowohl im Front- als auch im Seitenzahnggebiet der Fall sein. Außerdem gehören nach *Zickefoose* (1984) auch die Arten zum fehlerhaften Schlucken, bei denen die Zunge gegen die oberen oder/und unteren Schneidezähne gepreßt wird.

Wir teilten unsere Patienten bezüglich des fehlerhaften Schluckmodus in drei Gruppen ein (Tabelle 4): pressendes und interdental Schlucken sowie einen Mischtyp. In die dritte Gruppe ordneten wir die Patienten ein, die

Tabelle 4: Berücksichtigte Formen des fehlerhaften Schluckmodus

Pressender Schluckmodus	interdentaler Schluckmodus	Mischtyp
1. Gegen die oberen Schneidezähne pressend	1. frontal	1. grundsätzlich
2. gegen die unteren Schneidezähne pressend	2. lateral	2. temporär
3. gegen die oberen und unteren Schneidezähne pressend	2.1. rechts	3. ineinander übergehend
	2.2. links	
	2.3. bilateral	
	3. total (frontal und bilateral)	

stets oder nur zeitweilig (an bestimmten Tagen) zwischen pressendem und interdentalen Schlucken wechselten bzw. die während eines Schluckvorganges beide Formen anwenden.

Zur Diagnostik werden in der Literatur verschiedene Verfahren angegeben, die aber alle nicht umfassend für die o. g. verschiedenen falschen Schluckmodi eingesetzt werden können, sie erfassen stets nur Teilaspekte dieses Fehlverhaltens. Daher kombinierten wir mehrere Verfahren, wobei wir das Schlucken von Speichel (sogenanntes Leerschlucken) und von Flüssigkeit unterschieden. Wir ließen den Patienten jeweils zweibis dreimal schlucken und beobachteten den Muskel orbicularis oris und den Muskel mentalis, außerdem palpieren wir die Muskuli masseteres und die Mm. temporales. Danach beschäftigten wir uns mit der Zunge, dem Hauptorgan beim Schlucken. In manchen Fällen, z. B. beim Vorliegen eines offenen Bisses oder einer sagittalen Stufe bzw. eines starken Diastemas, läßt sich die Lage der Zunge eindeutig bestimmen, wenn der Therapeut mit Daumen und Zeigefinger schnell die Lippen spreizt, während der Patient schluckt. Durch genaue Inspektion der Zunge lassen sich manchmal an deren Seitenrändern Impressionen erkennen, die auf eine seitliche Einlagerung des Organs zwischen die Zahnreihen deuten. Am sichersten erscheint uns ein direktes Palatogramm, das wir auf Anregung von *Reinhardt* durch Applikation einer dickflüssigen Mischung aus wässrigem Methylenblau (Methylthioninchlorid) und Mucilago Hydroxyäthylcellulosa erhielten. Dadurch lassen sich die Anlagepunkte bzw. -flächen der Zunge meist mühelos erfassen. Schließlich bezogen wir die Art der Aufnahme des Schluckgutes (ob kippend oder saugend, ob mit interdentaler Zungenlage oder nicht usw.) und eventuell weitere Auffälligkeiten, z. B. der gesamten mi-

mischen Muskulatur, in unsere zusammenfassende Diagnose ein.

Die Verteilung der verschiedenen fehlerhaften Schluckmodi bei unseren 178 MFT-Patienten und speziell bei den 74 mit sagittaler Stufe ist Tabelle 5 zu entnehmen. Jeweils 95 Prozent dieser Personen zeigten ein falsches Schlucken, weswegen der Kieferorthopäde ja auch die orofaziale Muskelfunktionstherapie angeregt hatte. Bei den restlichen 5 Prozent lag allein ein habituelles Mundoffenhalten vor. Bei den Fällen mit sagittaler Stufe wiesen 50 Prozent ein pressendes Schlucken auf, in der Gesamtgruppe von 178 Patienten waren es 46 Prozent. Beim interdentalen Schlucken hatte die Gesamtgruppe den größeren prozentualen Anteil (40), von den Personen mit sagittaler Stufe schluckten 32 Prozent interdental. Als vorläufiges Ergebnis läßt sich feststellen, daß man bei einer sagittalen Stufe häufiger den pressenden Schluckmodus findet als in der Gesamtgruppe, wobei die 13 Prozent des Mischtyps mit hinzugezogen werden können.

3.4. Verteilung der Sigmatismen und der apikalen S-Lautrealisation bei 178 MFT-Patienten und speziell bei 74 Patienten mit sagittaler Stufe

Zunächst soll noch einmal auf die Verteilung der Dysfunktionen und sprachlichen Auffälligkeiten bei 74 Patienten mit sagittaler Stufe hingewiesen werden (Tabelle 2). Nach dem falschen Schlucken mit einem Anteil von 95 Prozent traten die sonstigen Dysfunktionen bzw. Habits mit 80 Prozent an zweiter Stelle und die Sigmatismen mit 73 Prozent schon an dritter Stelle auf. Von diesen Sigmatismen betrafen 34 = 46 Prozent die interdentalen und 11 = 15 Prozent die addentale Form. Fünf Patienten ohne Sigmatismus (= 7 Prozent) sprachen das S mit apikaler Zungenlage. Ob diese S-Lautrealisation durch die Dysgnathie verursacht oder begünstigt wird,

Tabelle 5: Verteilung des falschen Schluckens bei 178 MFT-Patienten und bei 74 mit sagittaler Stufe

Schluckmodus	insgesamt (n = 178)	sagittale Stufe (n = 74)
1. Pressend	81 = 46 %	37 = 50 %
2. interdental	70 = 40 %	24 = 32 %
3. pressend und interdental	16 = 9 %	9 = 13 %
Summe	167 = 95 %	70 = 95 %

Tabelle 6: Verteilung der Sigmatismen und der apikalen S-Lautrealisation bei Nichtsigmatikern bei 178 MFT-Patienten und 74 mit sagittaler Stufe

Sprache	insgesamt (n = 178)	sagittale Stufe (n = 74)
1. Sigmatismus interdentalis	103 = 58 %	34 = 46 %
2. Sigmatismus addentalis	18 = 10 %	11 = 15 %
3. apikale S-Lautrealisation beim normalen S	6 = 3 %	5 = 7 %

kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden, bedarf auch noch umfangreicherer Untersuchungen. Es kann aus einem Vergleich mit der gesamten Stichprobe von 178 Patienten, bei der 6 (= 3 Prozent) eine apikale S-Lautrealisation aufwiesen (Tabelle 6), die vorsichtige Schlußfolgerung gezogen werden, daß die sagittale Stufe bei dieser Zungenlage beim S eine prädisponierende Bedeutung hat.

Weiterhin läßt sich aus Tabelle 6 entnehmen, daß eine größere Korrelation des Sigmatismus addentalis zur sagittalen Stufe (15 Prozent) als zur Gesamtzahl (10 Prozent) besteht. Aber auch hierzu können erst nach umfangreicheren Erhebungen statistisch abgesicherte Aussagen getroffen werden.

3.5. Schlußfolgerungen aus den angegebenen Vergleichen

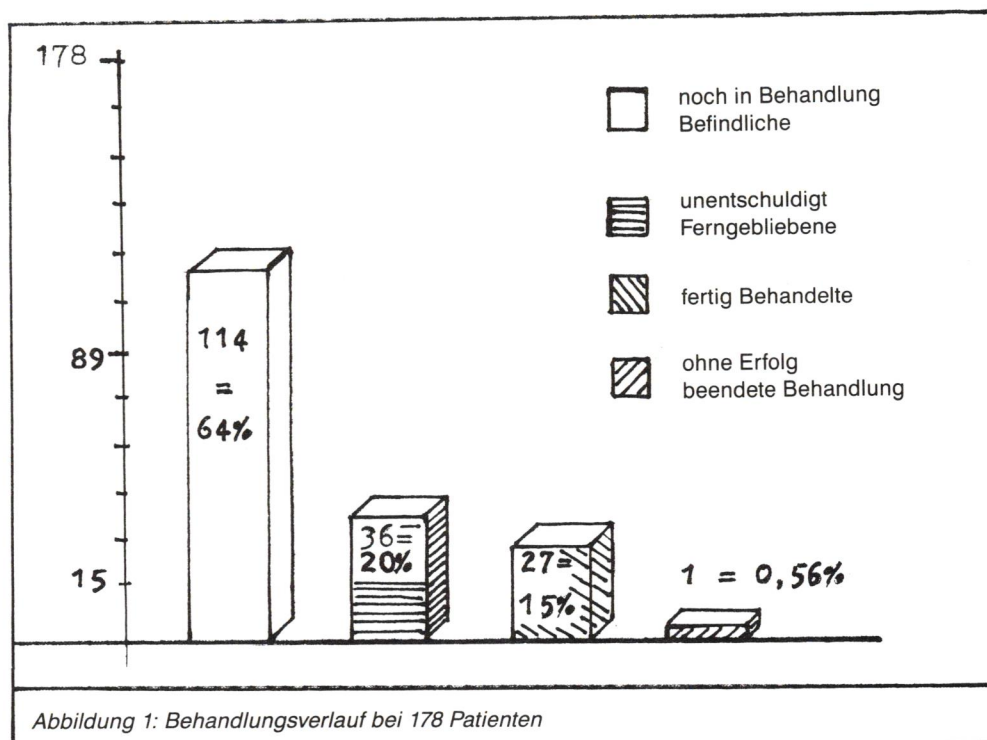
Die engen Beziehungen zwischen Sigmatismen und fehlerhaftem Schlucken, insbesondere bei Patienten mit Dysgnathien — und um solche handelt es sich bei unserem Patientengut —, kommen darin zum Ausdruck, daß fast jeder Sigmatiker mit einer Zahn- und Kieferstellungsanomalie, d. h. genau 95 Prozent, falsch schluckt. Natürlich geht es hier um Patienten, die wegen ihres fehlerhaften Schluckverhaltens vom Kieferorthopäden zur MFT geschickt worden sind. Wir konnten aber an einer anderen Stichprobe, an 535 Patienten mit Dysgnathien, nachweisen, daß etwa 50 Prozent der betreffenden Patienten, haben sie zusätzlich noch einen Sigmatismus, auch einen falschen Schluckmodus aufweisen (Clausnitzer/Clausnitzer 1989b).

Eine andere vergleichende Studie bei 80 Probanden mit normalen Gebissen und 90 Patienten mit Dysgnathien bestätigte, daß die Kombination von Sigmatismen und fehlerhaftem Schlucken signifikant häufiger bei Dysgnathikern als bei Probanden mit normalen Gebissen auftritt (Clausnitzer/Clausnitzer,

unveröff.). In der Literatur wird diese Korrelation häufig erwähnt. Ausführliche Würdigungen dieser Literatur sind bei Middeldorf (1985), Kramer (1988) und Hahn (1988) zu finden. Diese und andere Autoren verweisen auch auf die Notwendigkeit, bei gekoppelt auftretendem Sigmatismus und falschem Schlucken zunächst das Schlucken zu korrigieren, um einem Rezidiv des Sprachfehlers vorzubeugen. Das gilt insbesondere dann, wenn sich noch motorische oder/und stereognostische Defizite hinzugesellen. Mit den Störungen der Stereognose (der kinästhetischen, propriozeptiven und taktilen Wahrnehmung im oralen Bereich) befassen sich unter anderen Dahan (1985) und Hahn (1988).

Auch wir können bestätigen, daß das Umtrainieren des fehlerhaften Schluckmodus die Behandlung eines Sigmatismus und anderer Stammelfehler, z. B. gerade auch hartnäckiger Kappazismen (Zungenrücken!), wesentlich erleichtert. Durch das Aufbrechen des tiefsitzenden phylogenetisch älteren falschen Verhaltensmusters bei der Nahrungsaufnahme und dessen Ersetzen durch ein richtiges Muster werden günstige Voraussetzungen für korrektes Sprechen gewonnen. Diese Behandlung des Schluckens erfordert aber eine umfassende, systematische myofunktionelle Therapie in kollegialer interdisziplinärer Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten, Kieferorthopäden, HNO-Ärzten und eventuell Psychologen, Pädiatern und anderen Therapeuten. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß sich eine solche spezielle MFT besonders dann als notwendig und nützlich erweist, wenn verschiedene orale Dysfunktionen, Dyslalien und Dysgnathien gekoppelt auftreten.

Im folgenden Abschnitt sollen erste Beobachtungen aus der Anwendung der Orofazialen Muskelfunktionstherapie an 178 Patienten mitgeteilt werden.



4. Analyse des Behandlungsverlaufs bei 178 Patienten

Abbildung 1 zeigt die Analyse der im Zeitraum vom 1. Januar 1986 bis 1. Oktober 1987 in unsere myofunktionelle Therapie aufgenommenen 178 Patienten.

27 (= 15 Prozent) konnten nach erfolgreicher Therapie entlassen werden, d. h., nach Abschluß der Übungen und Überwachung des Transfers in die neue Verhaltensweise wurde mindestens zwölf Monate lang in größeren Abständen (zwei bis drei Monate) das Ergebnis kontrolliert.

Bei einem Patienten, einem debilen Jungen, mußte die Therapie nach Teilerfolgen abgebrochen werden. Nach unserem damaligen Kenntnisstand konnten wir ihm nicht zu einem neuen Schluckverhalten verhelfen. 114 (= 64 Prozent) befanden sich am Stichtag noch in Behandlung, zum Teil im Kontrollstadium. In der Zwischenzeit sind sie bis auf einige Ausnahmen, die verzogen bzw. von sich aus die Therapie abbrachen, fertig behandelt.

36 (= 20 Prozent) brachen die MFT unentschuldig ab. Diese Tatsache ließ uns nachdenken, ob wir manchmal die OMF nicht zu schnell angeboten hatten, ohne uns vom Durchhaltevermögen der Kinder und Eltern, ihrer ausreichenden Motivation und vor allem von den häuslichen Übungsmöglichkeiten überzeugt zu haben. Für uns ergab sich die Schlußfolgerung, daß wir uns die Patienten kritischer auswählen und daß wir die Potenzen der OMF besser auf die Individualität des einzelnen Patienten anwenden mußten. Grundsätzlich war eine viel größere Anzahl von Einzelübungen erforderlich, als uns damals bekannt waren. Auch waren unsere Diagnostik und Anamnese noch nicht umfassend genug, um eine eindeutige Behandlungsindikation und vielfältige Therapiekriterien zu gewinnen.

Allerdings machten wir im Gegensatz zu anderen MF-Therapeuten (z. B. Garliner 1982) schon damals die Erfahrung, daß in den meisten Fällen eine so tief verwurzelte Verhaltensweise wie das fehlerhafte Schlucken oder auch das habituelle Mundoffenhalten

nur in einer langwierigen Therapie zu korrigieren ist. Das Bekanntmachen mit einzelnen neuen Muskelfunktionen nützt wenig. Oft muß, insbesondere bei schwer und schwerst sowie mehrfach geschädigten Kindern, eine Vielzahl von Vorübungen systematisch aufeinander aufgebaut werden. Vor allem muß der an sich schon recht langen Phase des Transfers in das automatisierte neue Verhalten ein langer Kontrollzeitraum folgen. Wir hoffen, daß wir den Lesern der »Sprachheilarbeit« zu einem späteren Zeitpunkt unsere OMF detailliert vorstellen können.

5. Schluß

Für Patienten mit mehreren morphologischen Anomalien, funktionellen Abweichungen und Verhaltensstörungen bietet sich eine myofunktionelle Therapie an, und zwar um so mehr, wenn zusätzlich Dyslalien bestehen. Insbesondere bei multiplen Dyslalien, motorischen Defiziten, Wahrnehmungsstörungen und Differenzierungsschwächen können mit einer herkömmlichen Sprachtherapie kaum rezidivfreie Ergebnisse erzielt werden. Aber auch von kieferorthopädischer, HNO-ärztlicher oder pädiatrischer Seite aus ist die Mitarbeit eines MF-Therapeuten höchst wünschenswert, wenn eine Gerätebehandlung durch Dysfunktionen behindert wird oder infolge eines habituellen Mundoffenhaltens chronische Entzündungen der Luftwege aufrechterhalten werden.

Selbstverständlich wollen wir die MFT auch nicht überschätzen. Nicht jedes fehlerhafte Schlucken muß korrigiert werden. Eine Indikation zur Behandlung besteht nur dann, wenn dieses Verhalten mit anderen oralen Dysfunktionen und eventuellen morphologischen Abweichungen im orofazialen System kombiniert auftritt.

Literatur

- Clausnitzer, R., und Clausnitzer, V.: unveröff. Studie.
- Clausnitzer, V., und Clausnitzer, R.: Muskelfunktionstherapie im orofazialen Bereich. In: *Kinderärztl. Prax.* 57 (1989 a), S. 61—70.
- Clausnitzer, R., und Clausnitzer, V.: Zusammenhänge zwischen Dysgnathien, Bildungsmodus des S und fehlerhaftem Schlucken. In: *Stomatol. DDR* 39 (1989 b), S. 569—572.
- Dahan, J.: Orale Wahrnehmung und Motorik. In: *Fortschr. Kieferorthop.* 46 (1985), S. 442—460.
- Duyzings, J. A. C.: Nasenatmung bzw. Mundatmung und ihre Folgen für die Form des Gesichts wie auch die Form und Funktion des Gesamtkörpers. In: *Fortschr. Kieferorthop.* 24 (1963), S. 289—293.
- Eschler, J., Rakosi, T., und Witt, E.: Kieferorthopädie für den praktischen Zahnarzt. Schriften zur Praxis des Zahnarztes Bd. 9/Teil III: Funktionsanalyse. München 1971.
- Garliner, D.: Myofunktionelle Therapie in der Praxis. München 1982.
- Hahn, V.: Myofunktionelle Therapie. München 1988.
- Harzer, W., Czekalla, V., und Landmesser, H.: Zur Bedeutung der Mundatmung für die Entstehung von Dysgnathien unter besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen des Respirationstraktes. In: *Stomatol. DDR* 37 (1987), S. 25—30.
- Klink-Heckmann, U., und Bredy, E.: Orthopädische Stomatologie. Leipzig 1980.
- Kramer, J.: Der Sigmatismus. Solothurn 1988.
- Lullies, H., und Trincker, D.: Taschenbuch der Physiologie, Bd. I, Jena 1974.
- Middeldorf, V.: Das Phänomen Zungenpressen (tongue thrust) — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie. In: *Die Sprachheilarbeit* 30 (1985), S. 165—172.
- Reinhardt, H.: persönl. Mitteilung.
- Ricketts, R. M.: Respiratory obstruction syndrome. In: *Am. J. Orthodont.* 54 (1968), S. 495—507.
- Rix, R. E.: Deglutition and the teeth. In: *Dent. Rec.* 66 (1946), S. 106—115.
- Zickefoose, W. E.: Die orale myofunktionelle Therapie in der Praxis. In: Hockel, J. L. (Hrsg.): *Kieferorthopädie und Gnathologie*. Berlin/Chicago/London/Rio de Janeiro/Tokio 1984, S. 139—193.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Renate Clausnitzer

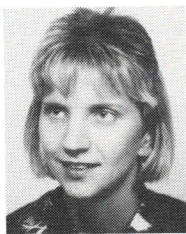
Dr. Volkmar Clausnitzer

Senffstraße 17, DDR-4050 Halle

Sanitätsrat Dr. Renate Clausnitzer, Fachzahnärztin für Kieferorthopädie, ist Oberärztin am Fachbereich Kieferorthopädie der Fachpoliklinik für Stomatologie Halle (DDR).

Dr. Volkmar Clausnitzer arbeitet als Klinischer Sprechwissenschaftler in der HNO-Abteilung/Phoniatrie der Zentralpoliklinik »Robert Koch« Halle-Neustadt (DDR).

Beide Autoren kooperieren seit vielen Jahren bei der gemeinsamen Behandlung von Patienten mit Dysgnathien, Sprachstörungen und Munddysfunktionen, in letzter Zeit auch bei schwer geschädigten Kindern im Rahmen der Rehabilitation.



Helga Kalkowski, Osnabrück

Probleme des Schriftspracherwerbs bei sprachbehinderten Kindern: Anregungen und Erfahrungen aus dem Anfangsunterricht

Zusammenfassung

Die für den Grundschulbereich entwickelten Erstlesedidaktiken setzen implizit eine normale Entwicklung von Strukturen der gesprochenen Sprache voraus. Sprachentwicklungsgestörte Kinder haben daher große Schwierigkeiten, den gängigen Leselehrgängen zu folgen. Im folgenden möchte ich auf der Grundlage von Literaturstudien und eigenen Beobachtungen thesenartig skizzieren, an welchen Stellen im Schriftspracherwerb für sprachbehinderte Kinder besondere Probleme entstehen und wie man diese durch gezielte Unterrichtshilfen und methodische Arrangements reduzieren kann.

1. Vorbedingungen des Schriftspracherwerbs

Die Schriftsprache bildet eine spezifische Darstellungsmodalität von Sprache, die sich gegenüber der Lautsprache sowohl phylogenetisch als auch ontogenetisch sekundär entwickelt hat. Beide entstehen nicht aus dem Nichts, sondern bauen auf vorsprachlichen Aktivitäten des Kindes auf, von denen die *symbolischen Denk- und Tätigkeitsformen* eine besondere Bedeutung zukommt. Das Vorschulkind entwickelt, so *Piaget*, die Symbolfunktion, wenn es Gegenstände der Umwelt im Spiel repräsentiert (etwa beim Malen, bei Rollenspielen, bei Bau- und Konstruktionsspielen). Gerade diese Fähigkeit, Erkanntes zu repräsentieren, aber ist grundlegend für den Erwerb und Gebrauch von Laut- und Schriftsprache.

Werden in der Lautsprache Inhalte oder Intentionen durch Bezeichnungen repräsentiert, wobei zwischen Zeichen und Bezeichnetem keinerlei wahrnehmbare Ähnlichkeit besteht, so wird bei der Schriftsprache eine weitere Repräsentationsstufe eingeschoben. Die Buchstaben bilden nicht direkt die Intention, sondern deren lautliche Verschlüsse-

lung ab. Die Schriftsprache eröffnet dem Kind damit eine Form von Sprachtätigkeit, die von ihm ein sehr abstraktes kommunikatives Verhalten ohne direkten Partnerbezug verlangt.

Die Bedeutung der symbolischen Phase als Vorbedingung für den Schriftspracherwerb bleibt in den meisten Erstlesedidaktiken unberücksichtigt. Gerade sprachbehinderte Kinder zeigen nach meinen Beobachtungen häufig Schwierigkeiten, auf einfache anschaulich-symbolisierende Instruktionen oder piktographische Zeichen zu reagieren; vielen von ihnen fällt es schwer, im Rollenspiel gestisch-mimische Darstellungen zu entwickeln oder zu verstehen. Es ist »... eine tieferliegende Störung des allgemeinen Symbolbewußtseins zu vermuten, die man mit *Dyssymbolismus* bezeichnen könnte« (*Günther* 1989, S. 114).

Ähnliches gilt für den Bereich der *sensomotorischen Leistungen*, die in Wechselwirkung mit der Lautsprache eine zweite notwendige Vorbedingung für den Schriftspracherwerb bilden und durch diesen wiederum neue Entwicklungsimpulse erhalten. Unter den sensomotorischen sprachbezogenen (= verbosensomotorischen) Wahrnehmungsleistungen und Fertigkeiten gibt es nach Langzeituntersuchungen von *Breuer* und *Weuffen* (1986) fünf, die in signifikantem Zusammenhang mit dem Erfolg beim Leselernprozeß stehen. Es handelt sich um die rhythmische, phonematische, melodische, kinästhetische und optische Differenzierungsfähigkeit. An der Osnabrücker Schule für Sprachbehinderte führen wir seit Jahren routinemäßig die Differenzierungsprobe im Sonderschulaufnahmeverfahren durch und stellen dabei fest, daß besonders die sprachentwicklungsgestörten Kinder, die in den ersten drei Wahrnehmungsbereichen gravierende Förderbedürfnisse aufweisen (und das ist die Mehrzahl), später beim

Leselehrgang durch Lernprobleme auffällig werden.

Eine dritte Vorbedingung für den Schriftspracherwerb bilden die *präliteralen Erfahrungen und Aktivitäten* des Vorschulkindes. Es geht dabei um kindliche Formen der Auseinandersetzung mit Schrift, bei denen noch nicht Funktionen und Strukturen im eigentlichen Sinne erkannt werden. Sammlungen von Kritzelbriefen zeigen sehr plastisch, in welcher unterschiedlicher Weise Vorschulkinder ihre Erfahrungen mit Schriftsprache zu Konzepten über deren Funktion und wesentliche Merkmale verdichten. Brügelmann (1986) leitet aus der Auswertung solcher Briefe ein Entwicklungsmodell ab, das vom ziellosen Spuren über Kritzeln, Ausprobieren einzelner Formen, Aneinanderreihung von Buchstaben bis zur verbundenen Bewegung führt. Sprachauffällige Schulanfänger befinden sich nach meinen Unterrichtsbeobachtungen häufig auf einer der beiden ersten Stufen der Schriftsprachaneignung. Ihre weniger entwickelten Schreibweisen signalisieren einen Mangel an Erfahrung mit Schrift (-sprache); sie können unter ungünstigen Umständen zu Blockaden bei der Schriftaneignung führen, die für das Selbstbild der betroffenen Kinder gravierende Folgen haben.

Als vierte Vorbedingung für den Schriftspracherwerb möchte ich den *Entwicklungsstand der Graphomotorik* nennen. Ein Kind kann erst dann angemessen schreiben lernen, wenn es

- die Kopf- und Körperhaltung in allen Positionen sicher beherrscht,
- Bewegungsverhalten und -steuerung der Schreibsituation anpassen kann,
- mit den Augen sicher Punkte fixieren und bewegliche Objekte verfolgen kann,
- die Hände willkürlich schließen und öffnen kann,
- die Finger einzeln strecken und abwinkeln kann

(Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung, München 1988, S. 15).

Gerade diese Voraussetzungen aber sind bei sprachentwicklungsgestörten Kindern nur bedingt erfüllt. Blöcher bringt zahlreiche Beispiele für unreife bzw. von der Norm abwei-

chende Haltungs- und Greifmuster bei Schülern der Schule für Sprachbehinderte. Kolzowa (1975) u. a. postulieren: »Wenn die Entwicklung der Fingerbeweglichkeit der Altersstufe (Norm) entspricht, so ist auch die Sprachentwicklung ebenfalls in den Grenzen der Norm; wenn jedoch die erstere zurückbleibt, so bleibt auch die Sprachentwicklung zurück ...« (zitiert nach Göbel/Panten 1986, S. 13).

These 1: Schriftspracherwerb setzt nicht erst mit dem Anfangsunterricht in der Schule ein, sondern ist ein langdauernder Entwicklungsprozeß, dessen Wurzeln sich schon in früher Kindheit in präliteralsymbolischen, verbosensomotorischen und graphomotorischen Aktivitäten festmachen lassen.

2. Schriftspracherwerb und sprachliche Beeinträchtigung

Gesprochene und geschriebene Sprache fußen auf gleichen Voraussetzungen, folgen aber in vielfacher Hinsicht eigenen Regeln und bilden relativ autonome Systeme. Es ist in der Literatur immer wieder auf Fälle hingewiesen worden, bei denen über Schriftsprache Lautsprache entwickelt und verbessert wurde; bereits Rothe und Hansen haben auf die Möglichkeit einer positiven Beeinflussung des sprachlichen Störungsbildes durch den Schreibunterricht hingewiesen. Ich selbst kann mich an Erstkläßler erinnern, für die über das Medium Schrift erstmalig eine Diskrimination phonetisch ähnlicher Laute möglich wurde und die nur beim Lesen zur korrekten Artikulation zuvor geübter Wörter im komplexen Satzzusammenhang in der Lage waren.

Für die Mehrzahl der Schüler gilt jedoch, daß Fähigkeitsausfälle im sprachlichen Bereich eng mit langanhaltenden Lerneriswernissen im Bereich des Schriftspracherwerbs verbunden sind. Sprachbehinderte Schüler (besonders solche mit Störungen im Bereich von Artikulation und Syntax) zeigen nach Erhebungen von Ebel und Becker deutlich schlechtere Rechtschreibleistungen als andere Grundschüler der gleichen Klassenstufe. Umgekehrt sind auch Grundschüler mit ausgeprägten Lese-Rechtschreibschwächen nichtlegasthenen Vergleichsgruppen in

bezug auf Wortschatz, Morphosyntax und Lautbildung unterlegen (Niemeyer 1971). Bei einer qualitativen Auswertung ihrer Fehler (Heinrichs 1972) werden Fehlerschwerpunkte sichtbar, die auf sprechmotorische Mängel hinweisen. Das Ausmaß der schriftsprachlichen Schwierigkeiten wird vom Störungsgrad der Lautsprachentwicklung beeinflusst; erste Anzeichen sind oft schon in den ersten Wochen des Anfangsunterrichts beobachtbar:

1. Sprachauffällige Schulanfänger haben kaum Vorkenntnisse über Schriftsprache; ihre Buchstabenkenntnisse sind im Vergleich zu denen anderer Grundschüler eher rudimentär. Wortkenntnisse fehlen in der Regel vollständig; viele Kinder können ihren eigenen Namen weder auf Tischkarten erkennen noch selbständig schreiben.

2. Sprachauffälligen Schulanfängern gelingt es häufig noch nicht, in einem vorgegebenen Sprechvers das Reimwort zu erkennen oder zu ergänzen; sie tun sich schwer, Wörter nach der Länge zu vergleichen oder durch Klatschen in Sprechsilben zu untergliedern. Es sind Schwierigkeiten im Umgang mit Sprache zu beobachten, die auf deren mangelnde Vergegenständlichung hindeuten.

Interessant für mich war in diesem Zusammenhang die Auswertung eines Segmentierungstests (Valtin 1987), bei dem ich vor den Augen der Schüler den Satz »Susi findet eine Maus und eine Puppe« an die Tafel geschrieben und die Schüler gebeten habe,

- a) den Satz zu wiederholen,
- b) einzelne Textteile zu lesen,
- c) die Anzahl der Wörter zu bestimmen.

Viele Schüler hatten zu Beginn des ersten Schuljahres keinerlei Vorstellung davon, daß die Reihenfolge der geschriebenen Wörter auch der Reihenfolge der gesprochenen Wörter entsprechen muß. Sie wiederholten den Satz (zum Teil unter Auslassung der Funktionswörter bzw. Verkürzung der Verbalphrase) und zeigten dabei auf beliebige Satzteile. Andere Kinder konnten zwar den Satz segmentieren, ordneten aber die Textelemente falsch zu. Auf die Frage: »Wieviel Wörter hat der Satz?«, erhielt ich Antworten wie

- 100 Wörter (100 als Kennzeichnung einer größeren Menge),
- zwei Wörter, nämlich »'ne Maus« und »'ne Puppe« (Beschränkung auf die für die Schüler bedeutungstragenden Aktanten),
- drei Wörter, nämlich »Susi«, »Puppe« und »Maus« (Beschränkung auf Nomen).

Nach sechs Monaten Schulunterricht konnten viele Kinder die Fragen korrekt beantworten; daneben gab es aber auch Antworten wie

- drei Wörter, nämlich »Susi«, »findet ein«, »Maus und Puppe« (Segmentierung nach Sinneinheiten),
- zehn Wörter, nämlich »Su-si — findet — eine — Maus — und — ei-ne — Puppe« (unvollständig angewandte Silbenstrategie),
- acht Wörter, nämlich »M, P, au, s, ei, n, u, i« (Anzahl der erkannten Buchstaben).

3. Bereitet schon die Segmentierung eines Satzes in die optisch klar voneinander getrennten Wörter sprachentwicklungsgestörten Kindern Schwierigkeiten, so gilt dies erst recht für die Segmentierung innerhalb der Wörter.

These 2: Schrift ist das Ergebnis einer Sprachanalyse. Leseanfänger können nur dann lesen lernen, wenn sie gedankliche Klarheit in bezug auf den Aufbau und die Funktion der Schriftsprache erlangen.

3. Gegenstandsbezogener Ansatz

Analysiert man Unterrichtsmaterialien zum Erstlesen, so lassen sich in bezug auf den Lerngegenstand Schriftsprache unterschiedliche Segmentierungsstrategien nachweisen. Auf den ersten Blick am einfachsten erscheint die Umsetzung grafischer in lautliche Zeichen (Rekodierung), wie dies bei den gängigen Übungsformen zur Lautsynthese geschieht.

3.1. Strukturierung durch Graphem-Phonem-Zuordnungen

Bei den synthetischen Leseübungen muß der Schüler Schriftzeichen (Graphemen) Laute (Phoneme) zuordnen und umgekehrt. Grapheme und Phoneme weisen aber nur in sechs Fällen (f, k, l, m, p, ß) eine einlinige Eins-zu-eins-Entsprechung auf (Bergk 1980,

S. 139 ff.); in allen anderen Fällen sind die Zuordnungen komplizierter (z. B. Einzelgraphem entspricht Phonemverbindung) oder mehrdeutig (z. B. Graphem entspricht verschiedenen Phonemen). Schulanfänger können also allein über isolierte Buchstabenkenntnisse noch kein Wort wirklich lesen. Bereits das Erlesen eines so relativ simplen und lautgetreuen Wortes wie »Maus« im Beispielsatz setzt voraus, daß das Kind das mehrgliedrige Graphem >au< als Einheit erkennt und außerdem beachtet, daß das /s/ im Auslaut stimmlos realisiert wird. Die punktuelle, isolierte Zuordnung von Schrift- zu Lautsegmenten wird dem Gegenstand Schriftsprache nicht gerecht; Laute und Schriftzeichen sind nur über ein System komplizierter Verknüpfungs- und Ableitungsregeln auseinander ableitbar (*graphemisch-phonologische Korrespondenzregeln*), für die Bierwisch im Rahmen der generativen Grammatik einige ausgewählte phonologische Analysen erstellt hat.

Auch der geübte Leser, der unbewußt über einen Teil der GPK-Regeln verfügt, macht nicht ausschließlich Gebrauch von ihnen. Für sprachentwicklungsgestörte Kinder mit linguistischen Störungen (in der Terminologie von Scholz) ergeben sich zusätzliche Probleme aus der Tatsache, daß sie das Lautsystem ihrer Muttersprache noch nicht beherrschen oder ein von der Standardsprache abweichendes Lautsystem aufgebaut haben. Befinden sich diese Kinder wegen ihrer Stammsymptomatik in Sprachtherapie, so ist nach Scholz (1981, S. 10) zu befürchten, daß sie das System der GPK-Regeln nicht kontinuierlich aufbauen können, »da sich ja bei ständig fortschreitender Therapie und in ihrer Folge die Lautstruktur beim Kinde fortlaufend ändert«. Scholz leitet aus diesen Überlegungen die Forderung nach einem Aufschub analytisch-synthetischer Übungsformen innerhalb des Leselehrgangs ab; andere Autoren ziehen andere Konsequenzen.

Knura (1970) fordert, daß sich die Reihenfolge der einzuführenden Buchstaben — soweit ohne sprachliche Überspitzungen möglich — nach dem Schwierigkeitsgrad der dazugehörigen Laute richten solle. Trümner und Wiedenmann analysieren, in welchem Umfang

die an den Schulen für Sprachbehinderte verwendeten Fibeln dieses Kriterium berücksichtigen, und diskutieren u. a. eine spezielle Fibel für reine Stammeleranfängerklassen.

Ich persönlich sehe in diesem Ansatz die Gefahr, daß das Lesenlernen mit einem schrittweisen Einführen von Buchstaben gleichgesetzt wird, bei dem der Lehrer die Reihenfolge der zu erlernenden Laute stringent vorgibt (Welling 1988). Der Schwierigkeitsgrad der Laute (gemessen etwa an der Möhring-Lauttreppe) ist zudem unter phonetischem Aspekt eine äußerst fragwürdige Größe und als Kriterium für eine Fibelanalyse von daher ungeeignet.

Günther (1989, S. 115 ff.) befürwortet einen Lesebeginn mit einer initialen logographemischen Phase, um Kinder mit linguistischen Störungen zunächst von den für sie problematischen lautsprachlichen Anforderungen zu entlasten. Als *logographemische Strategie* wird eine Operationsweise bezeichnet, bei der die Schüler dazu angeleitet werden, »mittels visueller Wahrnehmung Wörter an prägnanten und detaillistischen Merkmalen ihrer Elementareinheiten, den Buchstaben, und der Wortlänge« zu erkennen. So läßt sich das Wort »Susi« aus dem Beispielsatz an dem großen und kleinen >s< identifizieren, das Wort »findet« an einer charakteristischen Konfiguration von Überlängen in Anfangs-, Mittel- und Endposition, das Wort »eine« am Fehlen jeglicher Unter- und Überlängen usw.

Ich persönlich fordere meine Schüler in der Anfangsphase des Leseunterrichts ausdrücklich auf, ihre Erkennungsstrategie zu verbalisieren (typische Schüleräußerung: »Bei Susi sind ,tei Weinewänze‘«, gemeint: zwei Schweineschwänzchen). Solche Schüleräußerungen können dann die Grundlage der weiteren Stundenplanung bilden (hier: Schreib- oder Schwungübungen zum >s<, Heraussuchen des >s< aus den Schülernamen, Diskrimination des stimmhaften s-Lautes mit daran anschließenden Artikulationsübungen usw.).

Welling (1988) schließlich geht noch einen Schritt weiter, wenn er fordert, die Systematik des Leselehrgangs aus den systemhaften laut- und schriftsprachlichen Konstruktionen der Schüler und deren Bedürfnis nach Sprachgebrauch zu entwickeln.

3.2. Strukturierung durch Morpheme

Aufgrund der Komplexität der GPK-Regeln wendet sich die Erstlesedidaktik in letzter Zeit verstärkt solchen Segmentierungseinheiten zu, die größer als Grapheme, aber kleiner als Wörter sind. Ziel ist es, die Anzahl der Verarbeitungseinheiten zu reduzieren und das Kurzzeitgedächtnis zu entlasten. Die Untergliederung nach Morphemen wurde vom Legasthenie-Zentrum in Westberlin in die Diskussion gebracht und hat besonders im Lesunterricht für erwachsene Nichtleser und lernbehinderte Sonderschüler Verbreitung gefunden.

Bei der *Morphemmethode* werden Wörter und Sätze in kleinste bedeutungstragende Einheiten zergliedert, im obigen Beispielsatz »Susi — find-et — ein-e — Maus — und — ein-e — Puppe«. Die Orientierung an den konstanten Grundmorphemen und der begrenzten Anzahl von Flexions- und Wortbildungsmorphemen fördert aus meiner Sicht deren sichere orthographisch-semantiche Verankerung in den Schreibversuchen der Kinder und reduziert den Grundwortschatz auf einen kleineren Morphemschatz. Die Liste der Grundmorpheme ist aber prinzipiell offen; viele Grundmorpheme sind außerdem so komplex (vgl. »Susi«, »find«, »Maus«, »Puppe«), daß die Schüler zusätzliche Segmentierungsstrategien entwickeln müssen, um sich diese nicht nur als diffuse Ganze einzuprägen.

Gerade von dysgrammatisch sprechenden Kindern werden bei der Arbeit mit Morphemen Fähigkeiten (sicherer Gebrauch der Funktionsmorpheme, hohes metasprachliches Wissen) gefordert, die diese per definitionem nicht erfüllen. Die Ausrichtung an formalen Morphemhäufigkeitslisten führt zwar schnell zu belangvollen Lesetexten, birgt aber andererseits die Gefahr eines absurden Drills in sich, so daß ich die Morphemuntergliederung im Anfangsunterricht weniger als Lernhilfe für das Lesen als für die Schriftproduktion einsetze.

3.3. Strukturierung durch Sprechsilben

Während das Morphem-Prinzip grammatische Sinneinheiten als Wortbausteine wählt, geht das *Silbenprinzip* vom Sprechrhythmus

aus und untergliedert Wörter so, daß Konsonantenhäufungen innerhalb eines Segments vermieden werden. Verfechter findet dieses Prinzip besonders im Bereich der Lernbehindertenpädagogik. *Born* (1984) baut einen kompletten Leselehrgang auf dem Silbenprinzip auf und arbeitet mit 117 Basisbausteinen (sogenannte Redundanzpäckchen), die in ein Silbenschema eingefügt sind und durch rhythmisches Memorieren eingeprägt werden.

Für den Leseanfang scheint die Sprechsilbe eine sehr prägnante Einheit, da sie das natürliche Segment des Artikulationsverlaufs bildet. *Dehn* (1984) konnte zeigen, daß sich eine beträchtliche Anzahl von Leseanfängern auch bei ungeübten Leseaufgaben vorrangig an KV-Segmenten orientiert, selbst wenn diese Strategie zuvor unterrichtlich nicht erarbeitet wurde.

Die Segmentierung in Silben kann aber nur solchen Schülern gelingen, bei denen die verbosensomotorischen Differenzierungsleistungen (besonders die kinästhetischen, rhythmischen und phonematischen) altersgemäß entwickelt sind, und muß daher bei sprachentwicklungsgestörten Kindern zunächst in einem Vorkurs aufgebaut werden. Gezielte Vorübungen zur Silbenuntergliederung (Silbensprechen, Silbenklatschen, Silbensprechen) bieten nach meinen Beobachtungen eine Chance, den Schriftspracherwerb wirkungsvoll zu unterstützen. Über die Sprechsilben können innerhalb des Unterrichts häufige Sprechmuster eingeübt werden, besonders dann, wenn diese durch Lautgebärden (*Dummer-Smoch* 1989) sichtbar bzw. nachvollziehbar gemacht werden. Hinzuweisen bleibt abschließend auf Versuche, die Silbenstrategie auch für ältere Schüler nutzbar zu machen und über die Aufgliederung eines Textes in Sprechsilben die Leseleistungen von lese-rechtschreibschwachen Schülern zu verbessern (*Kossow* 1979).

Die Anwendung eines Silbenschemas dagegen erscheint mir aufgrund der völligen Abstraktion vom kommunikativen Zusammenhang problematisch. Die Silben sind ohne den Wortzusammenhang sinnlos; es besteht die Gefahr, daß beim silbenweisen Lesen von Einzelwörtern Vokallängen und Beto-

nungsunterschiede verfälscht (z. B. [Pu:] — [pe:]) und mehrgliedrige Grapheme künstlich geteilt (z. B. >pp< in »Puppe«) werden. Die stringente Anwendung der Silbengliederung muß auf lange Sicht außerdem negative Auswirkungen auf die Leseflüssigkeit haben und zu einer skandierten, gedehnten Sprechweise führen.

3.4. Strukturierung durch »Signalgruppen«

Der Begriff *Signalgruppe* umschreibt optisch prägnante Teilstrukturen von Wörtern, »bei denen als Gedächtnisresiduen eine eindeutige Zuordnung zwischen optischer Zeichengruppe und Lautgruppe besteht« (Warwel 1975, S. 315). Beispiele sind einsilbige mit einem Vokal beginnende Buchstabengruppen, im Beispielsatz »ind«, »und«, »upp« und »ein«, die bereits von Zweit- und Drittkläßlern in tachistoskopischen Leseexperimenten als Klangeinheit erkannt wurden.

Von allen hier referierten Strukturierungen erscheint mir die Signalgruppe für die Arbeit mit sprachauffälligen Kindern am wenigsten geeignet. Die Signalgruppen sind für die Leseanfänger nur schwer aus den Beispielwör-

tern herauszulösen, die Wörter selbst von ihrer Lautstruktur so komplex, daß sie als Grundwortschatz für sprachauffällige Schüler ausscheiden. Für Kinder mit verbosenso-motorischen Differenzierungsschwächen muß nicht zuletzt auch die visuelle bzw. phonematische Ähnlichkeit vieler Signalgruppen (z. B. »upp« — »epp«, »ind — ing — und«, »och — ock«) zum Problem werden.

These 3: Der Leseanfänger muß Strategien entwickeln, um komplexe Wortgestalten in kleinere Bausteine (Grapheme, Morpheme, Silben, Signalgruppen) zu zergliedern, und diese flexibel anwenden lernen.

4. Prozeßorientierter Ansatz

Eine theoriegeleitete Konzeption des Lesens muß neben der Sachstruktur des Lerngegenstandes Schriftsprache immer auch die Handlungsstruktur, d. h. die Tätigkeit des Lesers, im Auge behalten, um einen adäquaten Zugang zum Lesen zu finden. Vielleicht probieren Sie einmal selbst, welche Strategien Sie beim »Lesen« der folgenden Übungsaufgaben anwenden:

ÜA1: a) _e_e_ i_ ei_e a_i_e _u_e _a_ I_o_a_io_.
 b) L_s_n _st _n_ _kt_v_ S_ch_ n_ch _nf_rm_t_n.

ÜA2: (Arbeitsgruppe Leseförderung, S. 298)
 ... daß (c) die eigenen Informationsinteressen mit mög-
 lichst wenig Aufwand zureichend befriedigt werden können.
 (b) die Besonderheiten des Textes abzustimmen,
 (a) seine Zugriffsweise so auf
 der geübte Leser verfügt die die Fähigkeit,

ÜA3: a) ... wenn man Leseschwierigkeiten nicht nur als Entwicklungsproblem, sondern auch als
 b) ... von dem Stand ihrer Sprachentwicklung ab." (GOODMAN, S. 264).

Abbildung 1

Die Beispiele zeigen, daß schriftsprachliche Äußerungen in mehrfacher Hinsicht und unterschiedlichem Umfang redundant sind. Sie bleiben auch dann identifizierbar, wenn gewisse Teile des Schriftbildes fehlen (ÜA1b, ÜA3b) oder das Lesen durch eine unge-

wohnte Darstellungsweise erschwert wird (ÜA2), wobei es nicht willkürlich ist, welche Information vom Leser ergänzt werden muß (vgl. ÜA1a, ÜA3a).

Die auf *Goodmans* Leseauffassung aufbauende psycholinguistische Leseforschung

geht der Frage nach, welche Hinweissysteme und Taktiken der geübte Leser beim Dekodieren eines geschriebenen Textes ausnutzt. Der Arbeitskreis Leseförderung (EVI CIEL) unterscheidet drei komplexe Bedingungsgefüge, die in die »Strategie des Lesens« eingehen, nämlich

1. ein bestimmtes Repertoire an Rekodierungsleistungen (hier: Ausnutzen von Sinnstützen, Wortteilgestalten, syntaktischen und semantischen Beschränkungen usw.),
2. den Text mit allen spezifischen Merkmalen der geschriebenen Sprache (hier: Schriftart, Umbruch, Interpunktion, Groß- und Kleinschreibung, strukturelle Vorgaben der Syntax, Häufigkeit und Vertrautheitsgrad der Schriftbilder, Fremdwörter, Fachjargon usw.),
3. das subjektive Interesse am Dekodierungsvorgang (hier: eventuell extrinsisch durch Einkleidung in Denksportaufgabe geweckt).

Der geübte Leser verfügt also über verschiedene Lesestrategien, mit deren Hilfe er Hypothesen zum Text aufbaut, die im Laufe des weiteren Leseprozesses geprüft, bestätigt oder verworfen und durch andere ersetzt werden. Die Dekodierungsmuster variieren je nach Lesefähigkeit im engeren Sinne, subjektiven Vorerfahrungen sowie der Struktur des Textes.

Für das Lesenlernen sind der Aufbau und die anschließende Verzahnung verschiedener Strategien notwendig. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von sprachlichem Vorwissen in bezug auf Syntax, Morphologie und Lexikon, wie sie für sprachentwicklungsgestörte Kinder mit dysgrammatischen Symptomen typisch ist, muß daher notwendig zu einer unflexiblen Lesetaktik führen. Reif und Wenzel (1987, S. 281) konstatieren: »Wer die grammatischen Regeln und Strukturen seiner Muttersprache nicht im Kopf hat, kann sie auch nicht zur Konstruktion der Vermutungen über den weiteren Verlauf des erlesenden Textes einsetzen.« Troßbach-Neuner (1989) weist darauf hin, daß sprachentwicklungsgestörte Kinder in der Regel das Fehlen sprachbezogener Lesetaktiken durch eine Orientierung an Einzelelementen kompensieren. Der da-

mit verbundene erhöhte perzeptive Aufwand führe jedoch häufig nicht zum gewünschten Erfolg und veranlasse das Kind zur Suche nach Möglichkeiten, sich diesem Problemdruck zu entziehen.

These 4: Lesen ist eine aktive Suche nach Informationen (ÜA1). Wenn nun Leseanfänger ihre Kompetenz entwickeln, so hängt dies ... von dem Stand ihrer Sprachentwicklung ab (ÜA2).

5. Didaktische Konsequenzen

These 5: Die lautsprachlichen und sensorischen Vorbedingungen für einen erfolgreichen Schriftspracherwerb sind schon vor Beginn des Leselehrgangs diagnostisch abzuklären und im Anfangsunterricht durch sonderpädagogische Maßnahmen gezielt aufzubauen.

In der schulischen Überprüfungspraxis geschieht dies zur Zeit vor allem durch funktionsanalytische Prüf- bzw. Testverfahren (z.B. Differenzierungsprobe von Breuer/Weuffen, graphomotorische Testbatterie, FEW, verschiedene Schulreife-tests usw.), in denen das Leistungsniveau bezüglich bestimmter Teilqualifikationen für den Leselehrgang überprüft wird. Diese Verfahren sind notwendig zu ergänzen durch prozeßanalytische Lernbeobachtungen (z.B. Kritzelbriefe, Segmentierungsaufgaben, Leseaufgaben, Buchstabenlisten, Wortdiktate usw.), aus denen der individuelle Zugang des Kindes zum Lerngegenstand Schriftsprache sichtbar wird.

These 6: Aufgabe der Schule für Sprachbehinderte ist es, dem Entstehen von Leselernproblemen, Leistungsversagen und Überforderungssituationen durch eine besondere Unterrichtsgestaltung entgegenzuwirken.

Der Erfolg beim Leselehrgang ist zum einen eng mit den Fortschritten im lautsprachlichen Bereich verbunden. Lautsprachförderung innerhalb der Sprachtherapie und Lesen innerhalb des Anfangsunterrichts müssen aufeinander bezogen werden und sich gegenseitig befruchten. Sprachauffällige Schüler benötigen zum anderen besondere Hilfen beim Aufbau sprachbezogener Lesetaktiken, für die ich nun einige Beispiele auflisten möchte:

5.1. Einsicht in die Funktion und Struktur der Schriftsprache

- Lesen und Erfinden von Piktogrammen
- Schilder in der Schulumgebung entschlüsseln
- Geheimsprache ausdenken
- Malen und »Vorlesen« von Bildfolgen zu aktuellen Ereignissen
- Führen eines Hausaufgabenheftes mit Symbolschrift
- Spielerischer Umgang mit Bild-Wortkarten bzw. Bild-Wörterbuch
- Schreiben von Etiketten, Merkzetteln, Kritikbriefen, Namenskarten usw.
- Erlernen von Kinderversen
- Beim Vorlesen von Bilderbüchern mit den Fingern Text verfolgen
- Körpersprache und Mimik in Rollenspielen erkennen und anwenden
- Singen von Leseliedern
- Geschichten zum Lesenlernen.

5.2. Aufmerksamkeit und Lesemotivation

- Schaffen von gruppenspezifischen Leseanlässen (Arbeitsaufträge, Spielregeln, Pflegeanleitungen auf Karten festhalten)
- Umgestaltung des Klassenraums in einen »Leseraum« (durch Infobrett, Stundenplan, Geburtstagskalender, Klassenpostamt, Buchstabenplakate)
- Häufige Variation und Individualisierung der Lesematerialien
- Einsatz tachistoskopischer Übungsformen
- Arbeit mit Lesepeil
- Arbeit mit Unsinnstexten bzw. zerschnittenen Texten
- Sinnantizipation durch Bilder, Ausgliedern von Stützwörtern, Schaffen von Vermutungssituationen.

5.3. Stützung der verbosensomotorischen Differenzierungsleistungen

- Rhythmisierung von Sprache durch körpereigene Instrumente, Gehen usw.
- Hörtraining mit verschiedenen Geräuschen, Klängen, Lauten und Lautfolgen
- Funktionstraining zu den neu eingeführten Lauten
- Anbieten von Sprech- und Merkversen zu neu erarbeiteten Lauten

- Konsequenter Einsatz von Handspiegeln, Mundabsehbildern, Lautgebärden
- Ständiges Anregen zum Mitartikulieren
- Gezielte Übungen zur Phonemanalyse
- Besondere Markierung von Unter- und Überlängen
- Buchstaben durch Veränderung der Raumlage verzaubern
- Untergliederung von Wörtern in Wortbausteine (durch Lücken, verschiedene Farbgebung, Zerschneiden usw.)
- Silbensprechen, -klatschen, -klopfen usw.
- Auswahl des Grundwortschatzes unter Beachtung von Steilheitsgrad und Übungsfrequenz der Laute.

5.4. Schulung der Graphomotorik

- Einüben der richtigen Körper-, Sitz- und Schreibhaltung
- Abstimmung von Schreibgerät, Schreibmaterial und Schriftgröße
- Schwungübungen, Erfinden von Ornamenten, grafisches Umsetzen von Bewegungsfolgen, Kritzeln, Spuren schreiben zu Musik
- Markierung des Bewegungsablaufs durch Punkte und Pfeile
- Unterstützung des Bewegungsablaufs durch rhythmisches Sprechen oder plastisches Nachgestalten mit anderen Materialien (Schnüre, Knete, Sandpapier usw.)
- Individuelles Ausgestalten von Schreibblättern
- Gezielte Auswahl der Schulschrift.

These 7: Schüler mit Schwierigkeiten im Bereich der Graphomotorik benötigen eine Schulschrift, die die Merkfähigkeit für das Geschriebene erhöht, die klar strukturiert und gegliedert ist und deren Grundformen und Bewegungsabläufe leicht erlernbar sind (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung, München 1988, S. 4 f.).

Ich persönlich plädiere für einen Schreibbeginn mit Schreibdrucken und empfehle als verbundene Schrift die vereinfachte Ausgangsschrift (Heinrichs 1980).

5.5. Wortschatz und Wortbildung

- Arbeit mit einem Grundwortschatz
- Spiele mit Wort-Bild-Karten
- Wiedererkennen von Wörtern in verschiedenen Schrifttypen

- Spiele mit Wortketten (z.B. Bandwurmdomino)
- Erstellen individueller Wortkisten
- Sätze aus Wörtern stecken oder legen
- Wörter aus fabrigen Bausteinen (Buchstaben, Silben, Morpheme) aufbauen
- Wörter durch Austausch einzelner Bausteine verzaubern
- Bewertung von sinnvollen/unsinnigen Sätzen.

Bei der Auswahl des Grundwortschatzes ist darauf zu achten, daß die Wörter dem aktiven Wortschatz der meisten Schüler angehören, handlungspraktische bzw. kommunikative Bedeutung haben, wichtige Phoneme bzw. Grapheme repräsentieren und vielseitig in Texten anwendbar sind (Probst/Wacker 1986).

5.6. Satzbau

- Gezielte Auswahl der Lesetexte unter Berücksichtigung der darin enthaltenen Satzmuster (keine Ellipsen, keine Babysprache, keine stereotypen Sätze)
- Modellgeleitetes Einüben von Verbalisierungen
- Analogiebildungen und Arbeit mit Satzreihen
- Lesen mit verteilten Rollen
- Arbeit mit Lückentexten
- Satzbruchstücke zu ganzen Sätzen kombinieren
- Auswendiglernen kurzer Kindergedichte.

5.7. Gedächtnisfunktionen

- Enge Koppelung von Lese- und Schreiblehrgang
- Versprachlichung wichtiger Lernschritte
- Multisensorielles Lernen in bezug auf die Grapheme (Einbeziehung von Tasten, Fühlen, Schreiben, Drucken, Nachspüren, Sprechen)
- Bereitstellen von Kontextinformationen in Form von Bildern
- Anlegen individueller Merkhefte mit schwierigen Wörtern
- Arbeit mit Alphabettabelle (z.B. Anlauttabelle bzw. Bankaufkleber).

These 8: Dem erhöhten zeitlichen Aufwand beim Erfüllen dieser Aufgaben sollte durch die Vorschaltung eines Lese- und Schreibvor-

kurses und durch die Erhöhung des Stundenanteils im Fach Deutsch Rechnung getragen werden.

Bei allem Augenmerk auf die eher kognitiven bzw. strukturellen Lernhilfen darf die Förderung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes und dessen sozialen Umfelds nicht außen vor bleiben. Oberstes Ziel des Anfangsunterrichts ist die emotionale Stabilisierung des Schülers, damit dieser nicht zu Notfallreaktionen gezwungen wird. Ich halte es außerdem für problematisch, wenn für den Erstleseunterricht mit sprachauffälligen Schülern vorwiegend gelenkte, direkte Unterrichtsmethoden empfohlen werden (Troßbach-Neuner 1989). Die Erfahrung des letzten Schuljahres hat mir gezeigt, daß eine Öffnung des Unterrichts allen Schülern (auch den schwachen) neue Lernchancen eröffnet, wenn die Lernangebote nicht zufällig ausgewählt, sondern auf die besonderen Schwierigkeiten der Schüler zugeschnitten sind.

Ich möchte meine Ausführungen daher mit einer letzten These abschließen:

These 9: Es ist eine umfassende Herangehensweise an das Lernfeld notwendig, die es dem Kind ermöglicht, sich in Abhängigkeit von der eigenen Spracherfahrung und dem sozialen Umfeld aktiv mit Schriftsprache auseinanderzusetzen, und die trotz vorgegebener Systematik auch Spontaneität zuläßt (Probst/Wacker 1986).

Literatur

- Arbeitsgruppe Leseförderung (EVI CIEL): Taktiken des Lesens — Zugriffsweisen im Leseprozess. In: Grundschule 7 (1978), S. 299—303.
- Becker, R., u. a.: Die Lese-Rechtschreib-Schwäche aus logopädischer Sicht. Berlin (Ost) 1985.
- Bergk, M.: Leselernprozeß und Erstlesewerke. Bochum 1980.
- Bierwisch, M.: Schriftstruktur und Phonologie. In: A. Hofer (Hrsg.): Lesenlernen: Theorie und Unterricht. Düsseldorf 1976, S. 50—81.
- Blöcher, E.: Schwierigkeiten beim Schreibenlernen. Ulm 1983.
- Born, L.: Lesenlernen unter erschwerten Bedingungen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 35 (1984), S. 280—286.
- Breuer, H., und Weuffen, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Berlin (Ost) 1986.

- Brügelmann, H.: Die Schrift entdecken. Konstanz 1984.
- Brügelmann, H.: Kinder auf dem Weg zur Schrift — eine Fibel für Lehrer und Laien. Konstanz 1986.
- Dehn, M.: Lernschwierigkeiten beim Schriftspracherwerb. In: Zeitschrift für Pädagogik 30 (1984) 1, S. 93—114.
- Dehn, M.: Lernprozeßbeobachtungen bei Lese- und Schreibanfängern. In: dgs-Landesgruppe Rheinland (Hrsg.): Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Hamburg 1987, S. 62—84.
- Dummer-Smoch, L.: Lautgebärden im Erstleseunterricht. In: dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Förderung Sprachbehinderter — Modelle und Perspektiven. Hamburg 1989, S. 44—56.
- Ebel, I.: Zur Frage des Zusammenhanges zwischen auditiver Wahrnehmung, Rechtschreibleistung und Sprachstörung. In: Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 257—266.
- Göbel, H., und Panten, D.: Lehrbrief: Entwicklung der Handgeschicklichkeit. Lemgo 1986.
- Goodman, K. S.: Lesen — ein psycholinguistisch-kognitives Probiervverhalten. In: Schwartz, E. (Hrsg.): Fibern und Erstleserwerke II. Frankfurt 1977, S. 295—309.
- Günther, K.-B.: Probleme beim Schriftspracherwerb für Kinder mit lautsprachlichen Entwicklungsstörungen. In: dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Förderung Sprachbehinderter — Modelle und Perspektiven. Hamburg 1989, S. 103—127.
- Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle (Saale) 1929.
- Heinrichs, G.: Vergleich der Rechtschreibleistungen von sogenannten Legasthenikern, sprachunauffälligen Grundschulern und sprachbehinderten Kindern in qualitativer Hinsicht. In: Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 149—156.
- Heinrichs, G.: Anregungen für die Praxis des Erstlese- und Schreibunterrichts in der Schule für Sprachbehinderte. In: Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 6, S. 239—243.
- Knura, G.: Beitrag zum Erstleseunterricht in der Schule für Sprachbehinderte. In: Die Sprachheilarbeit 15 (1970), S. 65—70.
- Kossow, H.-J.: Zur Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche. Berlin (Ost) 1979.
- Niemeyer, W.: Über sprachliche Fähigkeitsausfälle bei Kindern mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Hamburg 1971, S. 162—170.
- Piaget, J.: Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. Stuttgart 1969.
- Probst, H., und Wacker, G.: Lesenlernen. Ein Konzept für alle. Solms-Oberbiel 1986.
- Reif, S., und Wenzel, J.: Lesenlernen mit dysgraphisch sprechenden Kindern. Gießen 1987.
- Rothe, K. C.: Die Umerziehung. Halle (Saale) 1929.
- Scholz, H.-J.: Schriftspracherwerb bei sprachbehinderten Kindern — Ein Beitrag zur Didaktik sprachlichen Verhaltens. In: Der Sprachheilpädagoge 13 (1981), S. 2—11.
- Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (ISB) (Hrsg.): Erstschriften: Handreichung für Diagnose- und Förderklassen. Würzburg 1988.
- Troßbach-Neuner, E.: Aspekte des Lesenlernens an der Schule für Sprachbehinderte — Konsequenzen für den Unterricht. In: Die Sprachheilarbeit 34 (1989), S. 17—24.
- Trümner, H., und Wiedenmann, M.: Probleme des Lesenlernens bei Stammlern. In: Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 57—64.
- Valtin, R.: Schwierigkeiten beim Schriftspracherwerb — Möglichkeiten ihrer Vermeidung und Überwindung. In: vds-Landesverband Berlin (Hrsg.): Lesen und Schreiben unter erschwerten Bedingungen. Berlin 1987, S. 5—19.
- Warwel, K.: Signalgruppen und strukturgemäßes Lesenlernen. In: Die Grundschule 7 (1975), S. 311—316.
- Welling, A.: Aussprachestörung und Schriftspracherwerb. In: Sonderschule in Niedersachsen (1988), Nr. 1, S. 54—66.

Anschrift der Verfasserin:

Helga Kalkowski,
Am Grewenkamp 1, 4500 Osnabrück

Helga Kalkowski arbeitet als Sonderschullehrerin an der Schule für Sprachbehinderte in Osnabrück und hat einen Lehrauftrag an der Universität Hannover mit dem Schwerpunkt: didaktisch-methodische Fragestellungen des Unterrichts an der Schule für Sprachbehinderte.

MAGAZIN

Personalia

Miloš Sovák verstorben**15. April 1905 — 29. September 1989**

Der Nestor der europäischen Sprachheilpädagogik, der emeritierte Professor an der Karls-Universität zu Prag, der Doktor der gesamten Heilkunde und Doktor der Philosophie, Miloš Sovák, Doktor der Wissenschaften (Dr. Sc.), ist in seiner Heimatstadt im Alter von nahezu 85 Jahren einer heimtückischen Krankheit erlegen.

In der Bundesrepublik wurde er u. a. durch das gemeinsam mit K. P. Becker verfaßte »Lehrbuch der Logopädie« bekannt. Logopädie wird dort als pädagogische Wissenschaft bezeichnet und mit Sprachheilpädagogik gleichgesetzt.

Sováks in deutscher Sprache vorliegende Monographie, »Pädagogische Probleme der Lateralität«, wird oft zitiert. Besonders auf diesem Gebiet bestand eine enge fachliche Zusammenarbeit mit der Ehefrau, Dr. rer. nat. Marta Sováková. Sie leitete jahrzehntelang die Beratungsstelle für Linkshänder in Prag. Sováks weiteres Buch »Methodik der Erziehung von Linkshändern« wurde jüngst von Helene Koschabek zur vollsten Zufriedenheit des Autors übersetzt, so daß mit einer deutschen Ausgabe bald gerechnet werden darf.

Deutsch erschien ferner 1987 das Buch »Spracherziehung im Kindesalter«. Unter der Überschrift »Ein Großer in der Sprachheilpädagogik« habe ich als Vorspann zu dieser Schrift ausführlicher über Leben und Werk von Miloš Sovák berichtet. Der Gewürdigte hat diese Darstellung selbst überprüft, so daß sie als authentische Quelle der Fachgeschichte dienen könnte. Unter den wissenschaftlichen Arbeiten und Fachartikeln wurden die englischen und deutschen Titel genannt und auf Sováks 34 Buchveröffentlichungen, darunter acht Monographien, verwiesen. Seine gesamte wissenschaftliche Arbeit und die aus ihr resultierenden Publikationen standen unter dem Leitgedanken einer Synthese zwischen natur- und geisteswissenschaftlichen Fragestellungen, besonders in den Bereichen Medizin und Sonderpädagogik. In erster Linie bemühte er sich um eine wissenschaftliche Grundlage für die Logopädie oder Sprachbehindertenpädagogik, wobei die Reflextheorie oder Biologie des Verhaltens in seinem Denken von besonderer Bedeutung war.

Miloš Sovák referierte auf internationalen Fachtagungen in aller Welt. Dies gelang trotz der Tatsa-

che, daß ihm viele Jahre das Ausreisevisum verweigert wurde, weil seine beiden Söhne nach Amerika geflüchtet waren und weil er sich nicht der herrschenden Partei anschloß.

Der Nachruf der »Tschechischen Logopädischen Gesellschaft«, deren Begründer und Ehrenvorsitzender Prof. Sovák war, steht unter folgendem Motto: »Er lebte, um anderen zu einem Leben in Würde zu verhelfen.« Weiter heißt es dort u. a.: »Gedenken wir unseres Lehrers, welcher der tschechoslowakischen Sonderpädagogik das wissenschaftliche Fundament gab, der an der Pädagogischen Fakultät der Karls-Universität einen Lehrstuhl für Sonderpädagogik begründete, der eine gesamtstaatliche Organisation der logopädischen Betreuung schuf, der unseren Berufsstand begründete und seine Position im Bereich des Schul- und Gesundheitswesens ausbaute.«

Der Aufruf zum Gedenken erinnert ferner an Prof. Sováks Verdienste um die Hörgeräteversorgung in seinem Lande, um die moderne Erziehung und Betreuung von Linkshändern und Stotternden. Die »Gesellschaft« gedenkt der »Vielseitigkeit des Wissenschaftlers ... eines seltenen, kostbaren Menschen«. Sie will sein Andenken ehren und schätzen und in seinem Werk fortschreiten.

Besonders viele Freunde gewann Miloš Sovák in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich als Wissenschaftler, als Ratgeber der Sprachheillehrer, als liebenswerter Mensch mit zündendem Humor, dem man anmerkte, daß er sich als Mitbürger in einem gemeinsamen europäischen Haus fühlte und gab, lange bevor Politiker diese Gesinnung entdeckten.

Er war Gastprofessor in Kiel (1969, 1978, 1985), sprach u. a. in Heidelberg, Werscherberg, Ravensburg. Er war wiederholt Referent auf Kongressen der Deutschen sowie der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Besonders verbunden war er mit dem Kollegium des Sprachheilzentrums Calw-Stammheim, wo er in den letzten Jahren oft über längere Zeit mit seiner Gattin Fortbildungsseminare anbot.

Ein Ausdruck der Wertschätzung und Freundschaft, über den sich das Ehepaar Sovák sehr freute, war die feierliche Namensgebung der Sprachheilschule des Erftkreises, die seit zwei Jahren »Milos-Sovak-Schule« heißt. Ein Kollege dieser Schule hat 1988 ein Interview auf Videoband festgehalten. Sein Wortlaut wurde in das vorliegende Heft aufgenommen und vermag diesen Nachruf lebendig zu ergänzen.

Die vielen Freunde in unserem Lande berührt der Tod Prof. Sováks schmerzlich, denn noch vor kurzem hatten sie gehofft, ihn an der Seite seiner Frau in diesem Jahre wiederzusehen. Das Ehepaar wollte von hier nochmals in die USA und nach Kanada reisen, um die beiden Söhne wiederzusehen, die dort als Wissenschaftler leben. Unser Freund sprach fernmündlich noch vor wenigen Wochen mit mir vom Abschiednehmen in Deutschland und drüben.

Die schmerzhaft Strahlenbehandlung war vergebens, eine Operation aussichtslos. Vom Krankenhaus über die Wochenenden beurlaubt, wurde er von seiner Frau liebevoll umsorgt. Seinen Söhnen ermöglichte das Telefon, die Verbindung aufrechtzuerhalten. Lange »philosophische Gespräche« führte sein Sohn Milosch von Kalifornien aus mit dem Vater noch kurz vor dem Ende. Als er mir von Übersee den Tod seines geliebten Vaters, meines verehrten Freundes, mitteilte, sprach er gefaßt davon, daß ihm der Stellenwert der Möglichkeit zu kommunizieren durch die Abschiedsgespräche erlebnishaft klar wurde: »Was bleibt, ist Kommunikation.«



Prof. Dr. Miloš Sovák, hier mit seiner Ehefrau Dr. Marta Sováková.

Wie tröstlich schließt sich doch der Kreis: Der Mensch, dessen Lebenswerk letztlich darin bestand, anderen Kommunikationsfähigkeit zu erhalten oder diese zu optimieren, der Mensch, der selbst offen auf den Mitmenschen zuing, er war — welch tröstlicher Gedanke — zur Mitteilung, zum Dialog, zur Gemeinsamkeit im Gedanken, bis zuletzt fähig.

Er verstarb in den Armen seiner Frau Marta ohne Anzeichen von Schmerz am Abend des 29. September 1989.

Er lebt in den Herzen der vielen, die sich ihm verbunden wissen.

Alfred Zuckrigl

Im folgenden drucken wir ein Interview ab, das einen charakteristischen Einblick in die Persönlichkeit von Prof. Sovák gibt. Die Redaktion

Interview während der Tagung in Werscherberg — November 1988

Es handelt sich um ein Interview zwischen Herrn Prof. Dr. Sovák und Herrn W. Kästel. Das Ziel dieses Interviews war es, für Eltern und Schüler der Milos-Sovak-Schule das Bild des Mannes, der der Namensträger dieser Schule ist, lebendig zu halten.

Herr Kästel: Herr Professor Sovák, am 26. September 1987 wurde unsere Schule in Hürth-Stotzheim auf Ihren Namen Miloš Sovák getauft. Schüler und Lehrer, die erlebten, wie Sie liebevoll, mit Witz und Humor den Schülern begegnet sind, werden Sie in guter Erinnerung behalten. Aber für Schüler, Eltern und Lehrer und für die Förderer und Freunde der Milos-Sovak-Schule, die Sie noch nicht erlebt haben, soll in diesem Gespräch ein lebendiges Bild von Ihnen, Herr Sovák, festgehalten werden. Herr Professor Sovák, Sie gelten in der ČSSR als Begründer der Logopädie. Sie waren langjähriger Inhaber des Lehrstuhls für Medizin und später für Sprachheilpädagogik an der Karls-Universität Prag. Durch Vortragsreisen, Gastprofessuren und über 180 wissenschaftliche Veröffentlichungen wurden Sie in der Bundesrepublik bekannt.

Herr Prof. Sovák: Es entspricht nicht der Realität. Dazu muß ich richtig sagen, 230 Veröffentlichungen, fach- und wissenschaftliche Veröffentlichungen und 34 Monographien — Bücher. Vorträge von Moskau bis Washington, am meisten aber in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch in England, Dänemark, Jugoslawien, Polen, Österreich und Schweiz. Zu Hause mindestens 1000 Vorträge, Ausbildung der logopädischen Kräfte, es waren mindestens 2000 Leute in acht Jahren.

Herr Kästel: Wie haben Sie das alles geschrieben, und wann haben Sie das gemacht?

Herr Prof. Sovák: In meinem Leben. Für die Vorträge benutzte ich die Ferien. Weil die Lehrer Ferien hatten und die Kurse besuchen konnten, habe ich dazu meinen Urlaub gewidmet. Ich habe acht Jahre keinen Urlaub gehabt.

Herr Kästel: Sie haben auch erzählt, daß Sie einen Garten haben, wo Sie auch die Wiese gemäht haben. Sie erzählten, daß Sie die Wiese lieber gemäht haben, als zu schreiben.

Herr Prof. Sovák: Wenn man mäht und dann die Haufen vom gemähten Gras sieht, wenn man Holz spaltet und sieht dann die Haufen Holz, also effektive Arbeit, dann fühlt man eine gewisse Genugtu-

ung von der gemachten Arbeit. Diese Genußnutzung erzielt man sehr selten bei der wissenschaftlichen Arbeit.

Herr Kästel: Auf mehr als eine halbhundertjährige Arbeit im Fach Sprachheilpädagogik blicken Sie zurück. Sie haben dabei nie den Menschen aus dem Blick verloren. Gibt es einen besonderen Anlaß, ein besonderes Motiv, warum Sie von der Medizin zur Sonderpädagogik überwechselten?

Herr Prof. Sovák: Wissen Sie, über Motiv usw. ist sehr schwer zu sprechen. In der Literatur liest man, daß ein Mensch schon von der Embryonalzeit bestimmt wurde für eine bestimmte Tätigkeit im Leben, daß es schon in den Genen angelegt sei. Es ist nicht so. Es kommt ein Zufall von zwei Kräften zusammen: Erbanlage und eine Situation. Ich erzähle, wie ich zur Medizin gekommen bin. Mein Vater hat mich mit Koffer und 300 Kronen nach Prag geschickt, um Jura zu studieren. Zwei Monate war ich an der Juristischen Fakultät. Danach bin ich zur Naturwissenschaftlichen Fakultät gewechselt, obwohl mein älterer Bruder schon Mediziner war. Als ich fertig war mit Medizin, ging ich im Park spazieren und traf einen Kollegen. Der Kollege hat mir angeboten, als Assistent in der Phoniatrie zu arbeiten. Es war nicht nur die Phoniatrie, sondern die gesamte Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. So habe ich doppelte Spezialisierung auf diese Weise bekommen. Dann war ich Doktor der Phoniatrie und Dozent. Es kam wieder ein Zufall. Es war Krieg, und ich wurde Schularzt in Prag. Da habe ich eine ganz andere Welt kennengelernt und habe ganz andere Horizonte erlebt und deshalb Pädagogik studiert. Ich saß hinten in der Klasse, hörte zu, was der Lehrer machte und wie er es machte, und überlegte, ob ich es auch so oder anders machen würde. So sammelte ich Erfahrungen und studierte. Nach dem Krieg habe ich an der Philosophischen Fakultät studiert. Dann habe ich ein Schulambulatorium für Sprach- und Hörstörungen eingerichtet. 20 000 Fälle wurden untersucht und behandelt pro Jahr. Wir hatten sehr gute Verbindungen mit den Wissenschaftlern der Welt. Ungefähr 400 Hospitanten der Welt kamen zu uns. Dieses Institut wurde dann liquidiert. Ich wurde an die neugegründete Pädagogische Fakultät als Dozent berufen, später als Professor. Ich war der einzige parteilose Vorstand des Lehrstuhls. Heute bin ich Rentner und widme meine Kräfte den Leuten, denen es willkommen ist. Meine Arbeit richtet sich an gute Freunde in der Bundesrepublik.

Herr Kästel: Sie kritisieren die modernen gesellschaftlichen Wissenschaften, die mehr problematisieren als informieren. Daß es an Humor und Witz fehlt, haben Sie auch heute wieder im Vortrag gesagt. An optimistischer Stimmung fehlt es auch in der Erziehungsarbeit. Sie waren bei uns an der

Schule in Hürth-Stotzheim und haben etwas von der Atmosphäre mitbekommen. Welchen Eindruck haben Sie gewonnen? Kann man das übertragen von der wissenschaftlichen Arbeit auf die schulische Arbeit?

Herr Prof. Sovák: In der Schule in Hürth-Stotzheim bekommt man einen Eindruck von Freundschaft, Freundlichkeit, Gemütlichkeit und sehr guten sozialen Beziehungen zu den Kindern, das heißt, es gibt in Ihrer Schule alle 4 H — das heißt *Hirn* = Wissenschaft, wissenschaftliche Grundlage, was ich in den Klassen beobachtet habe: Ich habe Augen zum Sehen und Ohren zum Hören. Was habe ich gesehen? Die wissenschaftliche Bearbeitung zum Beispiel von der anthroposophischen Lehre, von der Montessori-Lehre wird in der Schule angewandt, das Gehirn regiert alles. Was man fühlt in den Kontakten mit den Schülern, das ist *Herz*. Herz, das heißt kein Mitleid, sondern positives Gefühl. Wenn es nicht so profan wäre, sage ich das Wort Liebe: Die Kinder akzeptieren und zu den Kindern mit Gefühlen hinzutreten und auch von den Kindern positives Gefühl zu gewinnen. *Hand* ist Bewegung. Nicht nur kleine Fertigkeiten, sondern auch größere Bewegungen. Man hat wissenschaftlich begriffen, daß durch die Bewegung auch die Sprache und mit der Sprache alle geistigen Fähigkeiten unterstützt werden. Durch Bewegung, wie Tanz und andere Bewegungen, ist alles gebunden mit elementarer Begleitung, das heißt Rhythmus, und aus dem Rhythmus ist entstanden die Melodie, das heißt Musik. Musik wird dort gepflegt. In der Gesamtheit macht alles einen sehr, sehr guten Eindruck. *Hirn, Herz, Hand* und *Humor*. Man braucht keinen exklusiven Humor, nein, Humor ist eine entspannte Gelassenheit, auch gute Laune, gute Stimmung. Man sieht Lehrer und Kinder, die lächeln, nicht auslachen. Sie haben Freude. Man sieht, daß sie gerne leben. Das ist die größte Aufgabe der Schule. Man sieht, daß alle 4 H herrschen.

Herr Kästel: Gibt es etwas zu kritisieren an unserer Schule, eine Kritik, die uns vielleicht weiterbringt?

Herr Prof. Sovák: Ich bin nicht lange genug in der Schule gewesen, um zu kritisieren. Wenn ich etwas zu kritisieren hätte, würde ich es sicher mit dem betreffenden Lehrer besprechen.

Herr Kästel: Können Sie sich vielleicht an eine traurige und eine lustige Situation aus Ihrer Kindheit erinnern?

Herr Prof. Sovák: Es war damals eine ganz andere Zeit, ein ganz anderes Leben. Heute könnte man es schwierig begreifen. Wir waren sieben Kinder. Ich war das letzte Kind. Wir wohnten in einem kleinen Haus. Mein Vater war Professor an der Kerami-

schen Schule. Wir wohnten in einem kleinen gemieteten Haus mit zwei Zimmern und einer dunklen Küche. Dort war auch kein Hof bei dem Haus. Wir spielten draußen auf der Straße. Ich erinnere mich zuerst an meine Mutter. Meine Mutter kniete am Fenster, und hinter ihr knieten wir Kinder und beteten. Meine Erinnerung geht zurück zu der Zeit um Weihnachten. Früh morgens, man kann sagen, noch in der Nacht, es hatte geschneit, und wir gingen mit Laternen mit der Mutter in die Kirche zur Lichtfeier. Die Sterne waren so nahe, daß man sie berühren konnte. Mit der Laterne bin ich später dann gelaufen bis zum Bahnhof. Dort konnte ich sie zurücklassen, weil ich mit der Elektrischen Bahn eine halbe Stunde zum Gymnasium gefahren bin. Diese acht Jahre habe ich jeden Tag vier Stunden verloren für Hin- und Rückweg zur Schule. Ich bin um vier Uhr morgens aufgestanden, und trotzdem habe ich es gemacht.

Herr Kästel: Sie haben auch zwei Kinder, zwei Söhne. Können Sie etwas Lustiges von Ihren Söhnen erzählen, als diese klein waren?

Herr Prof. Sovák: Einmal hat mir der Jüngere geholfen, als ich meinen alten Volkswagen, es war ein Kampfwagen aus dem Krieg, aus der Garage auf die Straße fahren wollte. Er hat mich eingewiesen: »Vati, noch ein Stücklein; Vati, noch ein Stücklein; Vati, noch ein Stücklein. Ja und jetzt komm und schau, was du getan hast.« Damals hatte ich eine eigene Praxis als Facharzt. Der Ältere war damals sehr jung, drei oder vier Jahre. Es wurde den Kindern verboten, dorthin zu kommen. Trotzdem ging der Ältere ins Wartezimmer und erzählte den Leuten: »Gut, daß sie hierher kommen, unser Vater hat goldene Hände.« Die Jungen waren auf dem Land. Dort haben sie gelernt, mit starken Aussprüchen zu sprechen. Ein Bekannter, er war der bekannteste Tenor der National-Opera, fragte den Jüngeren, wie es ihm in der Schule gefällt. Dieser äußerte sich negativ in der Dorfsprache und bekam dafür fünf Kronen vom Sänger.

Herr Kästel: Ein Sohn von Ihnen hat begeistert Theater gespielt.

Herr Prof. Sovák: Es war der jüngere. Schon als er an der Technischen Hochschule studierte und später mit Kollegen. Sie haben eine Theater-Gruppe gegründet mit dem Namen »Antitalent«. Sie spielten Stücke, die sie selber ausgedacht haben, und auch die Kulissen hat mein Sohn zu Hause gemacht. Einmal bin ich dort hingegangen. Ich saß hinten im Publikum. Als mein Sohn auf die Bühne trat, um seine Rolle zu spielen, rief ihm ein Kollege zu: »Moimir, spiel ordentlich, dein Vater ist da.«

Herr Kästel: Wie war die Reaktion Ihres Sohnes?

Herr Prof. Sovák: Was konnte er machen, er mußte weiterspielen. Er war solche Geschehnisse

gewöhnt. Es war eine Gruppe von guten Kameraden. Viele von ihnen leben heute im Ausland. Es ist ein Unglück für unsere Nation. Lauter Emigranten, und immer die besten gehen.

Herr Kästel: Vielleicht können Sie zum Abschluß den Kindern unserer Schule für die Zukunft etwas sagen.

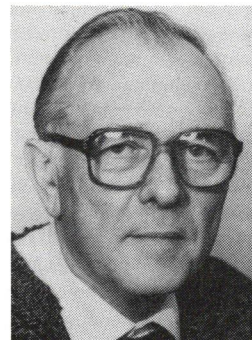
Herr Prof. Sovák: Am Anfang möchte ich dem einen Jungen, ich weiß nicht seinen Namen, wünschen, daß er erzielt, was er sich wünscht. Beim Gespräch, als ich dort in der Schule war, konnten die Kinder mit mir und meiner Frau sprechen. Ein Kind ist zu mir gekommen, und die Rektorin der Schule fragte ihn: »Willst du vielleicht auch mal ein Professor sein?« Der Junge spreizte sich dagegen und sagte mit allem Stolz: »Niemals in meinem Leben! Ich will ein Fußballstar sein.« Dem Jungen wünsche ich, daß er Fußballstar wird, und allen Kindern wünsche ich alles Gute. Nicht das Beste, sondern alles Gute. Ich wünsche ihnen, daß es ihnen in der Schule gefällt und daß sie glücklich dort sind. Ich hoffe, daß die Kinder als Erwachsene begreifen, was für ein Glück es war, daß sie eine solche Schule besuchen durften.

Herr Kästel: Vielen Dank, Herr Professor Sovák. Darf ich Ihre Gattin bitten, sich hierhinzusetzen. Vielleicht sagen Sie auch noch etwas zu den Kindern.

Frau Sováková: Ich bin sehr froh, daß ich diese Schule sehen konnte, und es ist eine sehr große Ehre, daß die Schule den Namen meines Mannes trägt. Wir sind sehr glücklich, daß wir heute wieder einen Besuch in der Schule machen konnten.

Anschrift des Verfassers:

Werner Kästel
Sprachheillehrer der Milos-Sovak-Schule
Plektrudisstraße 9, 5030 Hürth-Stotzheim



Nachruf für Gottfried Kluge

Wenn man älter wird, ist zu beobachten, wie im Fluß der täglichen Begebnisse die Bilder der Vergangenheit immer drängender an die Oberfläche

steigen. Sie tauchen unabweichlich auf, sehr plastisch und merkwürdig gegenwartsnah — im Verblässen lassen sie oft Schwermut zurück.

Ich stehe am Parterrefenster der Sprachabteilung an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik in Greifswald, blicke auf die Straße und erwarte jemanden. Man schreibt das Frühjahr 1966. Und plötzlich sehe ich den Erwarteten: Gottfried Kluge. Er geht, was man gemessenen Schrittes nennt, mit gesenkten Augen. Ich weiß, daß er eine Lebenskrise durchleidet.

Dann ist er in meinem Arbeitszimmer — ein ziemlich fester Händedruck. Die ersten Worte, eine weiche Stimme mit leisem Spott gefärbt, Skepsis anmeldend.

Noch heute habe ich diesen unverkennbaren Klang in den Ohren, der in persönlichen und fachlichen Gesprächen bestimmend, aber nicht überheblich wirkte.

Die Greifswalder Phoniatische Klinik suchte damals einen wissenschaftlichen Mitarbeiter. Ein Glücksfall, daß wir Gottfried Kluge gewinnen konnten. Er hatte sich bereits in Dresden, wo er in der Phoniatischen Abteilung der HNO-Klinik der »Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus« tätig war, einen ausgezeichneten Ruf erworben, im Sommer 1961 den Gustav-Lesemann-Preis mit einer Arbeit über »Das rhesusgeschädigte Kind als heilpädagogisches Problem« erhalten und viel beachtetes und benutztes Therapiematerial (Lautprüfmittel) entwickelt.

Für uns beide folgten Jahre enger, fruchtbarer, freundschaftlicher Zusammenarbeit. Das besondere Interesse galt den Kindern mit sensorischen Dyslalien, d. h. der Abgrenzung der Dysphasien von den Dyslalien, so wie den Sprachstörungen der hörgeschädigten Kinder. Hier war im Ostseeggebiet bis Neubrandenburg hinunter Pionierarbeit zu leisten. Am Aufbau der Pädaudiologie hat Gottfried Kluge entscheidenden Anteil. Davon zeugen die praktischen Arbeitsergebnisse ebenso wie die theoretischen Darlegungen in vielen auch gemeinsamen wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Kluge ist auch die Kontaktaufnahme und die Kooperation mit den Schwerhörigen-, Gehörlosen- und Sprachheilschulen in Lychen, Putbus, Ludwigslust, Güstrow und Eberswalde zu verdanken.

Nach meinem Weggang prägte seine Persönlichkeit und sein fachliches Können im Verein mit einer unermüdlichen Einsatzbereitschaft das Gesicht der Sprach- und Hörabteilung in Greifswald. Ein enormer Fleiß, gepaart mit einem analytischen Verstand, befähigte ihn, zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften zu verfassen, Tagungsreferate zu halten, auch an Weiterbildungskursen im Sprachheil-

wesen und Aufbau-Lehrgängen im Fach Phoniatrie mitzuwirken.

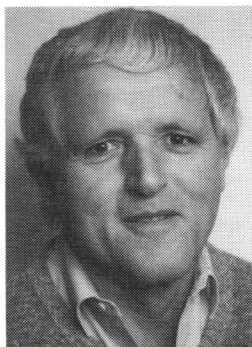
Die Themenkreise lassen die Interessenvielfalt erkennen: »Differentialdiagnostische Erwägungen bei schwerhörigen Kindern«, »Längsschnitt-Untersuchungen über Sprach- und Hörstörungen sowie psychische Auffälligkeiten bei frühgeborenen Kindern«, »Sprachstörungen bei Kindern mit Halbseitenlähmungen«, »Zur Eigenart sprachlicher Auffälligkeiten bei Hilfsschülern aus historischer und gegenwärtiger Sicht«, »Die bisherige Bedeutung der objektiven Audiometrie (ERA) für die sonderpädagogische Praxis und die heilpädagogische Forschung«. Gerade der letzte Titel macht deutlich, wie er stets bemüht war, sich in die neuesten Forschungszweige einzuarbeiten. Daß die Betreuung von Dissertationen und die Ausbildung der Phoniatisch-Logopädischen Assistenten ebenfalls zu seinen Aufgabengebieten gehörte, steht hier nicht als eine Randbemerkung, gibt vielmehr Aufschluß über die ungewöhnliche Arbeitsfülle. So erregt es kaum noch Erstaunen und ist eher bezeichnend, daß er 1983 mit »Vergleichenden Untersuchungen zur frühkindlichen Entwicklung, zur Häufigkeit und Art von Sprach- und Hörstörungen bei verschiedenen Gruppen von frühgeborenen Kindern« zum Dr. paed. promovierte.

Ich wußte, daß es mit seiner Gesundheit nicht zum besten stand. Über die schwere Erkrankung in den letzten Jahren haben wir nicht mehr miteinander sprechen können, und in den Briefen dominierten die Arbeitsberichte, nicht die persönlichen Daten. Daß er nicht mehr voll arbeiten konnte oder besser durfte, weil die Ärzte es forderten — nur noch zwei Stunden täglich, das war die einzige intime Klage.

Für die III. Kommunikationsmedizinischen Tage im April 1990 in Bad Rappenau hat er einen Vortrag angemeldet: »Die stimmlich-sprachliche Rehabilitation der Laryngektomierten anhand eigener Beobachtungen.« Wir haben uns alle auf diese Begegnung, auf dieses Wiedersehen gefreut. Nun wird seine Stimme, die mich immer auf merkwürdige Weise beeindruckt hat, nicht mehr zu hören sein. Doch werden uns seine Gedanken bewegen, wenn — wie ich hoffe und wünsche — sein Tagungsbeitrag verlesen wird. Es ist eine Würdigung, die an seinem Beispiel nicht vergessen lassen soll, zu welchen hohen Leistungen eine betrogene und geschädigte Kriegsgeneration — Gottfried Kluge hat bittere Jahre der Kriegsgefangenschaft durchgestanden — trotz allem fähig war.

Horst Gundermann

Direktor Stöckle in den Ruhestand verabschiedet



Mit Ende des vergangenen Schuljahres wurde Direktor Otmar Stöckle, Leiter der Hör-Sprachbehinderten-Schule Ravensburg, in den Ruhestand verabschiedet.

1953 übernahm der damals 27jährige Taubstummenlehrer die Leitung der Gehörlosenschule Wilhelmsdorf. Eine seiner ersten Aufgaben sah er darin, für die gehörlosen Schüler, die in Schule und Heim noch unzureichend untergebracht waren, neue Räumlichkeiten zu schaffen. In den folgenden Jahrzehnten gelang ihm der Ausbau eines differenzierten Heimsonderschulwesens mit vier räumlich getrennten Schulabteilungen:

- Die Gehörlosenschule mit Heim und Kindergarten in Wilhelmsdorf.
- Die Schule für mehrfachbehinderte Hör- und Sprachgeschädigte mit Heim und Kindergarten in der Haslachmühle.
- Das Sprachheilzentrum mit Heim, Kindergarten und pädoaudiologischer Beratungsstelle in Ravensburg. Hier initiierte er auch den Aufbau von Stotterer-Intensivkursen und richtete ambulante Sprachheilkurse ein, in denen inzwischen etwa 300 Kinder in 35 ambulanten Kursen sprachtherapeutisch betreut werden.
- Die vierte Schulabteilung in Altshausen steht schwerhörigen Kindern zur Verfügung.

Als Vorsitzender des Verwaltungsrates der Zieglerischen Anstalten — der Trägerverein der Hör-Sprachbehinderten-Schule — stellte Herr Dekan Döffinger in seiner Ansprache während der offiziellen Verabschiedungsfeier drei unverwechselbare Wesenszüge von Otmar Stöckle in den Mittelpunkt seiner Rede: sein Lachen, seine Kreativität und die Konsequenz seines Handelns. Manche ernste Sache sei mit seinem Lachen leichter zu bewältigen gewesen. Kreativität habe Direktor Stöckle sowohl bei der pädagogischen Konzeption der Hör-Sprachbehinderten-Schule als auch bei der Übersetzung des inhaltlichen Konzepts ins Architektonische bewiesen. Schließlich: die »Stöcklesche Konsequenz«. Dazu Dekan Döffinger: »Was Herr Stöckle glaubte wollen zu sollen und tun zu müs-

sen, das hat er in der ihm eigenen Beharrlichkeit auch erreicht.« Mit Konsequenz hielt er am Grundgedanken der Heimsonderschule mit ihrer Möglichkeit zur ganzheitlichen Erziehung fest. Hör-Sprachbehinderung sah er nie aufgespalten in drei eigene Disziplinen, für ihn stand vielmehr das Gemeinsame, Übergreifende im Vordergrund.

Über 250 Mitarbeiter aus allen Schulabteilungen und allen Arbeitsbereichen verabschiedeten ihren Chef bei einem grandiosen Sommerfest. Die vielen Einlagen während des Festes zeigten die enge Verbundenheit der Mitarbeiter mit ihm. Dankbar konnten viele auf ein teilweise jahrzehntelanges, vertrauensvolles Zusammenarbeiten zurückblicken.

Da sich niemand vorstellen kann, daß der immer aktive Otmar Stöckle, jetzt, nach 37jähriger Tätigkeit als Schulleiter, tatsächlich im Ruhestand die Ruhe pflegt, fragten wir ihn, was er denn nun vorhabe. Nach mehreren Vermutungen unsererseits sagte er verschmitzt: »Vielleicht mache ich was ganz Neues, ganz anderes, vielleicht mach ich eine Kneipe auf.« Mit seiner Konsequenz würde er es sicher schaffen; und einen kreativen, lachenden Wirt hinter dem Schanktisch! — wer könnte sich etwas Besseres wünschen. Welche Ideen er auch verwirklichen wird, wir wünschen ihm und seiner Gattin noch viele gesunde und kreative Jahre.

Sein Nachfolger, Karl Wollmann, übernahm am 1. August 1989 die Leitung der Hör-Sprachbehinderten-Schule. Ihm wünschen wir eine glückliche Hand und alles Gute für seine neue Aufgabe.

P. Grziwotz-Buck
R. Mörike

dgs-Nachrichten

Arbeits- und Fortbildungstagung der Landesgruppe Niedersachsen

Vom 12. bis 14. Oktober 1989 fand die turnusmäßige Tagung der LG Niedersachsen in Göttingen statt, an der 150 Kolleginnen und Kollegen teilnahmen.

Am ersten Abend fand eine Gesprächsrunde mit dem Thema »Probleme bei der Versorgung Sprachbehinderter im Raum Göttingen« statt. Behandler, Ärzte und Politiker trafen sich zu einem angeregten Meinungs- und Informationsaustausch, dem sich konkrete Maßnahmen anschließen sollen.

Der zweite Tag stand zunächst ganz im Zeichen der Fortbildung, die vom Kollegium des Lehrgebiets Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover gestaltet wurde. Themenschwerpunkte

abgestimmten Positionen und vorheriger Abstimmung mit dem ZVL. Sofern dieses nicht erreichbar sei, fordern diese Gruppen einen Sitz als Vollmitglied unter Federführung der dgs, ersatzweise einen Status als Beobachter.

Herr Roustit hat der Delegation zugesichert, die »Deutsche Frage« im nächsten Plenum im Januar 1990 vorzutragen, hielt aber einen Sitz wegen der Tendenz für problematisch, Doppelrepräsentationen anderer Länder abzubauen. Er riet den Deutschen nach einer Vereinheitlichung von Ausbildung und Tätigkeit nach französischem Muster. In Frankreich haben sich 1983 alle bisher konkurrierenden Berufsgruppen auf ein einheitliches Konzept geeinigt.

Angesichts der Öffnung der Berliner Mauer während der HV-Sitzung und der EG-Harmonisierung möchte der Berichterstatter hier seine persönlichen Ansichten zur *Perspektive* vorstellen. Er rät allen Hochschulen, die ein Diplomstudium anbieten, den Abschluß *Diplom-Logopäde* zu nennen. Erwägenswert ist eine Integration der Kapazität der heutigen Logopädenlehranstalten in diese Studiengänge bei gleichzeitiger Beendigung der Diskrimination der sogenannten Nichtlogopäden beim Abschluß von Krankenkassenverträgen. Eine akademische Aufwertung liegt durchaus im Interesse der Logopäden, deren Studienanfänger heute schon faktisch alle über die Hochschulreife verfügen.

Dieser Plan findet gegenwärtig seine Grenze in den Interessen von Krankenkassen und Phoniatern. Die ersten wollen eine billige Versorgung, die letzteren sind offenkundig eher an Mitarbeitern interessiert, über die sie leicht verfügen können, als an solchen mit gleichem akademischen Rang. Sind sich die logopädischen Berufsgruppen einig und können sie ihre Forderungen zusätzlich auf europäische Standards stützen, können wie heute die Berliner Mauer morgen andere Hürden überstiegen werden.

Der HV der dgs hat auf seiner Sitzung in Berlin zunächst einen Antrag auf Mitgliedschaft im CPLOL und eine Abstimmung mit dem ZVL beschlossen.

Gerhard Homburg

Im Gespräch

Gesundheitsreform — Krankenkassen — Sprachheilpädagogen

»Sozialpolitik 1989 (Reform des Gesundheitswesens)« lautete eine Arbeitstagung, die vom 21. bis

22. Oktober 1989 in der Katholischen Akademie Schwerte stattfand.

Im Mittelpunkt stand natürlich das Gesundheitsreformgesetz (GRG), das am 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist und in Zukunft das Sozialgesetzbuch als Fünftes Buch (SGB V) ergänzt.

In einem Eingangsreferat erläuterte Ministerialdirektor Karl Jung aus dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn die Entstehung, Anwendung und Umsetzung dieses umfangreichen Gesetzeswerkes.

Der Sprachheilpädagoge war natürlich besonders interessiert, Hinweise zu bekommen, die die so widersprüchliche und mit vielen Ungereimtheiten versehene Entwicklung im Bereich der Leistungserbringung von Sprachtherapie besser verstehbar machen konnten.

Hinweise konnten vor allem den Ausführungen zu der Gruppe der Leistungserbringer entnommen werden.

Herr Jung führte aus, daß unter dem Stichwort »Finanzierbarkeit« von Seiten des Gesetzgebers vor allem eine Begrenzung der Zahl der Leistungserbringer anzustreben sei.

Die steigende Zahl von Leistungserbringern kommt zum einen durch nachdrängende Berufsanfänger in schon bestehenden Berufsgruppen zustande. Hier wurden Zahlen z. B. bei der Ausbildung von Ärzten genannt. Zum anderen versuchen neue Berufsgruppen, in den Bereich medizinischer Versorgung zu drängen. Hier wurden z. B. die Psychologen und deren Leistungserbringung durch Psychotherapie erwähnt.

Diesen Ausführungen ist zu entnehmen, daß der Gesetzgeber und das zuständige Ministerium bestrebt sind zu verhindern, daß in den Bereich der Leistungserbringer neue Berufsgruppen drängen.

Nun bilden die Sprachheilpädagogen keine neue Berufsgruppe. Sie erbringen sprachtherapeutische Leistungen seit über 100 Jahren. Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) als der sie vertretende Verband z. B. besteht seit 1927.

Kostenträger für sprachtherapeutische Maßnahmen waren im wesentlichen der Sozialhilfeträger und der Kultusminister.

Erst durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz, das in den siebziger Jahren verabschiedet wurde und das im § 10 Sprachtherapie als medizinische Leistung aufführt, wurde die Krankenkasse eindeutig »primärer« Kostenträger.

Sprachheilpädagogen blieben weiterhin Behandler, doch in der Zwischenzeit war eine »neue« Berufsgruppe, die der Logopäden, entstanden. Erst kürzlich feierte der Zentralverband für Logopädie sein 25jähriges Bestehen.

In der Folgezeit zeigten sich folgende Entwicklungen:

1. Es wurde versucht abzugrenzen, wann die Krankenkasse als Kostenträger aufzukommen habe. Die Begutachtungsanleitung für Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Sie erschien erstmalig 1978.
2. In diesem Zusammenhang wurde versucht, bei Sprachstörungen zwischen medizinischer und sozialer Indikation zu unterscheiden, um eine eindeutige Zuordnung zum Kostenträger zu erreichen.
3. Die Berufsgruppe der Phoniater versuchte, die im Bereich der Rehabilitation Sprachbehinderter tätigen sprachtherapeutischen Fachkräfte den einzelnen Kostenträgern zuzuordnen, insbesondere dem Kostenträger Krankenkasse.
4. Der Sozialhilfeträger als subsidiärer Kostenträger versuchte, Kosten auf die Krankenkasse als primärem Kostenträger abzuwälzen.
5. Das Gesetz über das Berufsbild des Logopäden wurde 1980 verabschiedet. Nur auf dem oben grob skizzierten historischen Hintergrund ist der Beschluß des Deutschen Bundestages zum Logopädeengesetz zu verstehen (Bundestagsdrucksache 8/2185). In diesem Beschluß erklärt der Deutsche Bundestag, »daß mit Inkrafttreten des Gesetzes über den Beruf des Logopäden nicht zugleich eine Entwicklung eingeleitet werden soll, die die den Logopäden verwandten Berufsgruppen aus dem Gesamtbereich der Therapie von Stimm-, Sprach- und Hörstörungen verdrängt«.

Diese Entwicklungsprozesse wurden nun durch das Gesundheitsreformgesetz beeinflusst, insbesondere durch den § 124, der die Zulassung der Leistungserbringer von Heilmitteln regelt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zwischenzeitlich die nach dem § 124 Absatz 4 geforderten gemeinsamen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen erlassen. Danach sind Sprachheilpädagogen keine qualifizierten Behandler. Eine umfangreiche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) fand keine Berücksichtigung.

Unsere massive Kritik richtet sich nicht gegen das Gesundheitsreformgesetz, sondern gegen die Krankenkassen, die das Gesundheitsreformgesetz benutzen, um z. B. in den gemeinsamen Empfehlungen die Sprachheilpädagogen als Leistungserbringer auszuschließen.

Unsere Kritik zielt vornehmlich auf folgende zwei Punkte dieser Empfehlungen:

1. Auf der Seite 5 werden Sprachheilpädagogen als nicht qualifiziert genannt. In dem darauffolgenden Abschnitt aber werden Bedingungen konstru-

iert, unter denen Sprachheilpädagogen in Stellvertreterfunktion doch qualifiziert sind. Es kann doch jemand eigentlich nur qualifiziert oder nicht qualifiziert sein. Eine stellvertretende Qualifikation kann es doch nicht geben.

2. Der letzte Satz des oben erwähnten Abschnittes lautet: »Die Voraussetzungen für eine therapeutische Tätigkeit sind gutachterlich durch eine phoniatische Institution zu überprüfen.« Phoniater sind in der Regel Leiter von Logopädenlehranstalten, also Ausbilder einer konkurrierenden Berufsgruppe. Folglich können sie doch keine neutralen Gutachter sein, da sie durch ihre Tätigkeit befangen sind.

Es sei kurz die augenblickliche Realität geschildert:

1. Von den ca. 10 000 im Bereich der Rehabilitation Sprachbehinderter tätigen Fachleuten sind ca. 6500 Sprachheilpädagogen, ca. 2000 Logopäden.
2. Knapp zwei Drittel der für den Kostenträger Krankenkasse tätigen Leistungserbringer von Sprachtherapie sind Sprachheilpädagogen.
3. Sprachheilpädagogen arbeiten bundesweit in allen Institutionen, in denen Sprachtherapie angeboten wird (stationär, teilstationär, ambulant).
4. Es besteht bundesweit ein Mangel an Leistungserbringern von Sprachtherapie. Betroffene müssen Wartezeiten bis zu neun Monaten in Kauf nehmen, um in den Genuß von Sprachtherapie zu kommen.
5. Selbst wenn man einmal die historischen Gesichtspunkte außer acht lassen würde, ist eine Sicherstellung sprachtherapeutischer Leistungen ohne die Sprachheilpädagogen auf viele Jahre unmöglich.

Es besteht zur Zeit eine große Unruhe unter den Sprachheilpädagogen. Sie können nicht verstehen, daß sprachtherapeutische Kompetenz offensichtlich vom Kostenträger abhängig sein soll. Viele Kolleginnen und Kollegen, die seit Jahren sprachtherapeutisch tätig waren, sollen nach dem Willen der Krankenkassen keine Zulassungen mehr erhalten. Krankenkassen schränken willkürlich die Tätigkeitsfelder von Sprachheilpädagogen ein. Krankenkassen kürzen willkürlich vereinbarte Gebührensätze.

Die Unruhe macht sich auch schon unter Betroffenen breit.

Im Rahmen seines Vortrages sprach Herr Jung im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform von einem Konzept der flexiblen Anpassung an historische Entwicklungen.

Wie den oben gemachten Ausführungen zu entnehmen ist, trifft dieses Konzept auf den Bereich der Sprachtherapie nicht zu.

Theo Borbonus

Einblicke

40 Jahre Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen

Im Jahre 1949 beschlossen einige der Lehrerinnen, die seit 1916 bei Clara Schlaaffhorst und Hedwig Andersen in Rotenburg a. d. Fulda ausgebildet worden waren, eine eigene Vereinigung zu gründen. Neben der »Gesellschaft der Freunde der Schule Schlaaffhorst-Andersen« sollte dies eine Vereinigung sein, der nur Personen beitreten durften, die die Ausbildung bei Schlaaffhorst und Andersen abgeschlossen hatten. So entstand vor 40 Jahren der Berufsverband der heute staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

»Der Verein macht es sich zur Aufgabe, die Arbeit von Clara Schlaaffhorst und Hedwig Andersen weiter zu entwickeln und die berufliche Anerkennung seiner Mitglieder zu fördern«, so stand es 1949 und so steht es 1989 immer noch in der Satzung der Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen.

Was ist nun in den 40 Jahren geschehen?

Weiterentwicklung der Arbeit von Clara Schlaaffhorst und Hedwig Andersen, eine Aufgabe, die sich der Berufsverband immer neu gestellt hat. Hier war vor allem Zusammenarbeit mit der Ausbildungsstätte gefragt.

Die Schule Schlaaffhorst-Andersen, 1916 in Rotenburg a. d. Fulda gegründet, mußte häufig ihren Standort wechseln. Von Rotenburg über Hustedt in der Heide, Lieme/Lippe, Eldingen bei Celle, ist sie schließlich seit 1984 in Bad Nenndorf bei Hannover ansässig geworden.

Von wenigen Schülerinnen und noch viel weniger Schülern der ersten Jahre, hat sich die Zahl der Auszubildenden ständig erhöht. Zur Zeit besuchen 96 Schülerinnen und Schüler die dreijährige Berufsfachschule.

Bei steigender Quantität nicht die Qualität zu verlieren, war gemeinsames Anliegen von Berufsverband und Ausbildungsstätte. Nicht nur der für die Ausbildung nach Schlaaffhorst-Andersen unverzichtbare Einzelunterricht in vier Bereichen ist seit den Anfängen gleich geblieben, ebenso der Kleingruppenunterricht mit maximal 10 Schüler/innen in den »Schlaaffhorst-Andersen-Fächern«. Verändert und dadurch verbessert hat sich allerdings das Theorieangebot. Gingen doch die Gründerinnen davon aus, daß allein das eigene Erlernen der richtigen Atem- und Stimmfunktionen den Schüler befähigt, dieses Erlebte weiterzugeben, so hat nicht zuletzt der Berufsverband während seiner 40jährigen Existenz immer wieder darauf verwiesen, daß nur mit fundiertem Fachwissen der Berufsalltag zu

bestehen ist. Ca. 400 Mitglieder der Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen beweisen nun tagtäglich, daß sie für ihre unterschiedlichen Arbeitsbereiche qualifiziert ausgebildet worden sind.

Die vordringliche Aufgabe für die Zukunft wird sein, eine widersprüchliche Entwicklung zu stoppen: Auf der einen Seite werden seit vielen Jahren die Ausbildungsbedingungen verbessert, die Absolventen besser für ihren späteren Beruf qualifiziert, auf der anderen Seite werden den staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrern die Arbeitsmöglichkeiten erschwert.

So bleibt nur, der Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen zu ihrem 40jährigen Jubiläum weiterhin viel Kraft, Engagement und Erfolg zu wünschen.

Margarete Saatweber

Aus-, Fort- und Weiterbildung

ÖGS — dgs Gemeinsame Arbeitstagung 1990

Die Reihe der gemeinsamen Arbeitstagungen der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik wird fortgesetzt. Das Tagungsthema 1990 lautet: »Die Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder.«

Fördermaßnahmen in schulvorbereitenden Einrichtungen und in der Schule, diagnostische Verfahren, Möglichkeiten ambulanter Therapie und Präventionsmaßnahmen werden Inhalt der einzelnen Veranstaltungen sein. Neben Beiträgen aus Wissenschaft und Praxis sollen intensive Diskussionen und der Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmer/innen im Vordergrund stehen. Tagungsort: München. Termin: 16. bis 19. Mai 1990.

Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, einen Beitrag zu diesem Themenkreis anzubieten, senden ihre Meldung und eine Kurzfassung ihrer Beiträge bitte bis 31. Januar 1990 an die unten angegebene Adresse. Wer einfach nur teilnehmen und seine Erfahrungen einbringen bzw. Anregungen für seine zukünftige Tätigkeit erhalten möchte, sollte sich ebenfalls bis zu diesem Termin dort anmelden, da aufgrund der örtlichen Gegebenheiten nur die Teilnahme von etwa 50 Personen möglich ist.

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und ein kleines Rahmenprogramm betragen ca. 280 DM (etwa 1950 ÖS).

Die Anmeldungen sind an folgende Anschrift zu richten: Herbert B. Freisleben, Günterslebener Straße 29, 8709 Rimpf.

Die staatliche Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung ist in die Wege geleitet.

Fortbildungsprogramm im Sprachheilzentrum Werscherberg: Die Akzentmethode

Die Akzentmethode ist eine Ganzheitsmethode, eine dynamische Stimm-, Sprech- und Bewegungstherapie, die alle respiratorischen sowie phonatorischen Muskeln mit einbezieht. Sie wurde ursprünglich von Prof. Dr. phil. Svend Smith entwickelt. Kirsten Thyme hat viele Jahre mit Svend Smith zusammengearbeitet. Die Akzentmethode läßt sich bei funktionellen Stimmstörungen und bei Stottern anwenden.

Referenten: Kirsten Thyme/Prof. B. Frokjaer-Jensen. Termine: Grundkurs, Montag, 2. April, bis Freitag, 6. April 1990. Fortsetzungskurs 12. bis 16. November 1990. Teilnahmegebühr: 500 DM je Kurs (für Mitarbeiter der Arbeiterwohlfahrt Kostenreduzierung). Tagungsort (Tagungsanschrift): Sprachheilzentrum Werscherberg, Postfach 1134, 4516 Bissendorf 1.

Unterbringung: Für die Unterbringung müssen die Teilnehmer selbst sorgen. Für eine begrenzte Teilnehmerzahl stehen Einzelzimmer und Vollverpflegung für 35 DM zur Verfügung. Anmeldung: Die Anmeldung muß verbindlich mit einer Anzahlung von 100 DM unter dem Stichwort »Akzentmethode« erfolgen (mit Adressenangabe). Bankverbindung: Raiffeisenbank Bissendorf, Konto Nr. 1903803, Bankleitzahl 26564906. Teilnehmerzahl: Mindestens 20, höchstens 30.

Ansprechpartnerin: Vera Schwarz, Telefon (05402) 405-0 (Vermittlung), Telefon (05402) 405-45 (Direkt-durchwahl).

Kurse in »Myofunktioneller Therapie« (MFT)

Leitung: Anita Kittel, Logopädin. Kursdaten: 27. Januar 1990 / 17. Februar 1990 (zwei separate Kurse). Kursort: 7410 Reutlingen. Anmeldungen unter Angabe des Berufes und Telefon (dienstlich und privat): Anita Kittel, Hornschuchstraße 12, 7400 Tübingen.

Neugründung der Arbeitsgruppe »Sprachförderung bei Mehrfachbehinderten«

Wir, eine kleine Gruppe von Sprachheilpädagogen, haben uns getroffen, um Erfahrungen in der Arbeit mit Geistigbehinderten auszutauschen.

Da das Interesse groß ist, die Gruppe weiterzuführen, haben wir weitere Treffen vereinbart. Der nächste Termin ist am 13. Januar 1990 um 10 Uhr im Raschplatz-Pavillon Hannover (Interessenten können sich bei Elisabeth Scholz, Fillerbrunnen 25, 3380 Goslar, melden).

Themenschwerpunkte sollen unter anderem sein: Nonverbale Kommunikationsförderung bei Geistigbehinderten, Elternarbeit, Förderung von Gesprächsanlässen und deren Bezug zum Alltag bei Geistigbehinderten.

Tagungen und Kongresse

Internationales Symposium in Bad Rappenau

»Die Krankheit der Stimme — die Stimme der Krankheit.« 27./28. April 1990. Anfragen und Anmeldungen erbeten an: Rehabilitationsklinik für Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen — Stimmheilzentrum —, Waldstraße 9, 6927 Bad Rappenau, Telefon (07264) 88600 oder 88550.

Absolvententreffen des Instituts für Heil- und Sonderpädagogik der Philipps-Universität Marburg

Vom 18. bis zum 19. Mai 1990 findet in Marburg ein Absolvententreffen statt.

Es soll am Freitagmittag mit einer Rückschau auf die Geschichte des Instituts beginnen, viel Freiraum für Begegnungen und Unterhaltungen bieten. Am Samstagvormittag wird die Möglichkeit geboten, sich mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten der Mitarbeiter vertraut zu machen. Nachmittags ist die Bildung von Gesprächskreisen über die Entwicklung und Organisation des Sonderschulwesens in verschiedenen Bundesländern vorgesehen. Gleichzeitig werden Stadt- und Schloßführungen angeboten. Der Samstag endet mit einer geselligen Veranstaltung am Buffet.

Wir bitten dringend alle Interessenten um eine vorläufige Voranmeldung (Postkarte genügt). Wer an der Programmgestaltung mitwirken möchte, wird um Vorschläge gebeten.

Prof. Dr. Karl H. Bönner, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Heil- und Sonderpädagogik der Philipps-Universität, Schwanallee 50, 3550 Marburg.

Einladung zur Mitarbeit

bei den XIX. Arbeits- und Fortbildungstagen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. vom 27. bis 29. September 1990 in Marburg

Unter dem Motto »Sprache — Behinderung — Pädagogik« soll in grundlegenden wissenschaftlichen Referaten und darauf bezogenen Praxisveranstaltungen der pädagogische Aspekt der Rehabilitation Sprachbehinderter dargestellt werden.

Der Schwerpunkt der Tagung wird bei den theoretisch kurz begründeten und dann praktisch tätigen Arbeitsgruppen liegen. Eine Ideenbörse und ein Methodenmarkt werden kreativen Kolleginnen und Kollegen Gelegenheit geben, ihre Verfahren und Materialien darzustellen.

Für die gesamte Programmgestaltung bitten wir noch um Vorschläge und Beteiligungsanmeldungen.

Kontaktadressen:

Eric Heller, Fronhofschule, Schulstraße 14, 3550 Marburg/Lahn. Telefon (06421) 20 12 39 (vormittags an Schultagen).

Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. Telefon (06422) 28 01 (19 bis 20 Uhr).

Dem Leser wird mit diesem Band ein inhaltsreiches Spektrum an Informationen vermittelt. Dadurch ergibt sich eine Fülle von Möglichkeiten zu Reflexion und Anknüpfungspunkten für das eigene Arbeitsfeld, wobei das ausführliche Literaturverzeichnis weitere Hilfen zum Selbststudium erschließen kann.

Renate Schnura

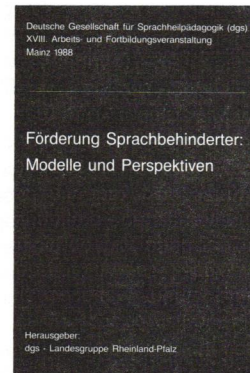
Rezensionen



Tilo Irmischer / Eva Irmischer (Hrsg.): Bewegung und Sprache. Reihe Motorik, Bd. 7. Verlag Hofmann, Schorndorf 1988. 198 Seiten. Kartoniert. 29 DM.

Der Bericht vom Symposium »Bewegung und Sprache« dokumentiert durch eine Vielfalt von Beiträgen verschiedener auf diesem Gebiet tätiger Autoren den gegenwärtigen Stand in Theorie und Praxis zu obiger Thematik.

Die Veröffentlichung ist in vier Themenbereiche gegliedert. Der erste Teil stellt neurologische, neuropsychologische, entwicklungspsychologische und fachdidaktische Grundlagen vor, während der zweite Teil über motorisch orientierte Sprachförderansätze informiert, die bereits längerfristig erprobt wurden. Der dritte Teil zeigt an Beispielen aus der Praxis, welche Möglichkeiten sich durch Einbeziehung von Musik in den bewegungsorientierten Unterricht eröffnen. Im Schlußteil wurden Beiträge zur Thematik bei Kindern mit geistiger Behinderung zusammengestellt.



Förderung Sprachbehinderter: Modelle und Perspektiven. Tagungsbericht der XVIII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs vom 22. bis 24. September 1988 in Mainz. Hrsg.: dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz. Wartenberg & Söhne, Hamburg 1989. 590 Seiten. 34 DM.

Seit fast 30 Jahren (seit 1960) wird die Entwicklung der deutschen Sprachheilpädagogik von einer in seltener Kontinuität erscheinenden Buchreihe begleitet, den Sammelbänden zu den Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Sie sind zu einem unentbehrlichen Nachschlagewerk für Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz in allen vier deutschsprachigen Ländern und darüber hinaus geworden.

Um es vorwegzunehmen: In diese gute verlegerische Tradition reiht sich der von R. P. Broich und Dr. D. Kroppenberg besorgte Sammelband der Referate der Mainzer Tagung von 1988 würdig ein. Er zeichnet das etwas zwiespältige Wesen dieses Kongresses richtig nach, der ein Kongreß der Bestandsaufnahme, des Vergleichs verschiedener Modelle der Betreuung Sprachbehinderter, leider weniger der kontroversen Auseinandersetzung und der deutlichen Impulse für zukünftige Konzeptionen (oder kam das im Buch nicht deutlich genug heraus?) war. Die ursprünglich geplante Beschränkung der Kongreßthematik auf die »Integration Sprachbehinderter« wurde glücklicherweise aufgegeben, wäre wohl auch kein realistisches Spiegelbild der tatsächlichen Situation der Betreuung Sprachgestörter in der Bundesrepublik Deutschland gewesen.

Es wird eine Vielzahl von guten Erfahrungen gemeinsamer Erziehung und Förderung sprachlich auffälliger und nichtauffälliger Kinder in verschiedenen Referaten und Workshops gebracht. Der Kongreß verdeutlichte aber auch, daß der Sprachheilpädagoge Rehabilitation anstreben muß, daß er nicht bei der Integration stehenbleiben kann. Sie bietet in vielen Fällen die Möglichkeit, ein solides sozialpsychisches Fundament einer Behebung der Sprachstörung zu legen bzw. den Transfer der neu erlernten Fähigkeit in die allgemeine Umwelt abzusichern. Aber die Integration zeigt ihre Grenzen dort, wo der Sprachtherapeut intensiv an einzelnen sprachlichen, motorischen, stereognostischen usw. Fertigkeiten mit dem Kind arbeiten muß. Viele Referate machten deutlich, daß weder die »Neue Allgemeine Schule« als Zukunftsvision eine Lösung der Gegenwart sein kann, noch, daß sofort flächendeckend die »Integration im strengen, engeren Sinne« besteht bzw. realisiert werden kann. Ich glaube, die von den Kollegen der Wiener Sprachheilschule vorgetragene vorsichtige Form der Verbindung von »echter sprachtherapeutischer Arbeit« mit dem bestehenden Schulsystem ist allen streng dogmatischen Vorschlägen vorzuziehen.

Daher macht die Veröffentlichung der vielen anderen praktizierten Verfahren, Therapien und Erfahrungen schulischer Betreuung von Sprachbehinderten den großen Wert dieses Sammelbandes aus. Er zeigt die in verschiedenen Einrichtungen und verschiedenen Bundesländern erprobten Modelle bei der Behandlung unterschiedlichster Störungsbilder und damit auch die Notwendigkeit der Beherrschung vielfältiger Techniken und Einzelverfahren durch den Sprachbehindertenpädagogen.

Dazu gehört z. B. der zweite Schwerpunkt des Kongresses, die sensomotorische bzw. rhythmisch-musikalische Erziehung. Dabei scheint sich die Durchführung des Kongresses in 34 Arbeitsgemeinschaften neben nur zwei Plenumsvorträgen vorzüglich bewährt zu haben. Leider wird das bis auf einige protokollartige Wiedergaben des Verlaufs und die Erwähnung und Beschreibung von Videos im Sammelband zu wenig deutlich. Wenn auch nicht alle Diskussionsbeiträge aufgenommen werden konnten, so hätten doch Zusammenfassungen der Diskussionen eines jeden Workshops ein lebendigeres Bild der Tagung vermittelt.

Vielen Beiträgen ist eine komplexe Sicht der multifaktoriellen Ätiopathogenese vieler Sprach- und Stimmstörungen zu entnehmen. Eine Reihe von in den letzten Jahren erkannten Ursachen, z. B. in den gestörten interpersonellen Beziehungen des Menschen der achtziger Jahre, wurden aufgearbeitet und schlugen sich in gründlicheren und veränderten Diagnose- und Therapiekonzepten nie-

der. Dazu gehört auch die Erkenntnis von der Vielfalt der Wechselwirkungen einzelner Ursachen und von der veränderten zahlenmäßigen Verteilung der einzelnen Störungen im Gesamtbestand der Patienten bzw. Schüler. Darauf beruhen ja auch die Schlußfolgerungen für die Struktur der Sprachbehindertenbetreuung, wie sie oben schon im Zusammenhang mit der Integration angedeutet wurden. Das Studium des Sammelbandes macht einen entsprechenden Haupttrend deutlich: Es besteht eine Vielfalt therapeutischer und organisatorischer Konzepte, und das muß auch so sein und hat sich bewährt.

Damit wären weitere Trends angesprochen, die sich in vielen Beiträgen abzeichnen. So gewinnen ganzheitliche Auffassungen sowohl in der Ursachenforschung als auch in darauf basierenden therapeutischen Konsequenzen Platz. Man wird an die diesbezüglichen Erkenntnisse von Johannes Wulff oder Hans Krech in den fünfziger und sechziger Jahren erinnert, die in vielen Veröffentlichungen und vor allem im praktischen Handeln ganzheitliche Positionen verfochten. Die Erfordernisse der gegenwärtigen Praxis und viele wissenschaftliche Forschungsergebnisse haben uns wohl allen die Augen für solche Auffassungen geöffnet. Das zeigt sich z. B. im Postulat von »offenen Systemen« der Sprachbehindertenbetreuung, wo jeder Therapeut bzw. Lehrer an die ganz »persönliche Verantwortung« ohne den Schutz von Institutionen erinnert wird. Aber nur so werden wir dem sprachgestörten *Menschen* gerecht und behandeln nicht irgendeine Krankheit oder Behinderung.

Dieser ganzheitliche Trend ist auch aus einer neu sich durchsetzenden Erkenntnis der Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit von pädagogischen, medizinischen und psychologischen Fachgebieten bei der Betreuung von Sprach- und Stimmgestörten zu ersehen. Von diesen verschiedenen Seiten sind Beiträge mit entsprechenden diagnostischen, therapeutischen und organisatorischen Erfahrungen vertreten.

Ein Gedanke, eine Denkrichtung, die sich in verschiedenen Beiträgen artikuliert, erscheint mir noch erwähnenswert: Schon in der Diskussion des Übergangs vom »Fehlermodell« zum »Fähigkeitsmodell« in der Sprachtherapie zeigt sich die Anerkennung der Bedeutung der sprachlichen Kompetenz des Kindes. Damit werden auch die aktive Rolle des Säuglings und Kleinkindes vom ersten Lebenstag an und die Wichtigkeit der Interaktionen akzeptiert, was sich vor allem auf viele theoretische Ansätze und praktische therapeutische Schlußfolgerungen auswirkt.

Insgesamt gesehen ist dem Werk ein hohes wissenschaftliches Niveau von ebenso hoher Praxisrelevanz zu bescheinigen, das sowohl die »Zei-

chen der Zeit« (Von den Aufgaben der Sprachtherapie/Sprachbehindertenpädagogik bis zu globalen Menschheitsproblemen) als auch die verschiedensten Seiten der Arbeit mit Sprach- und Stimmbehinderten einschließlich der daran beteiligten Wissenschaften berücksichtigt. Ebenso ist die gute Ausstattung und übersichtliche Gliederung des Werkes anzuerkennen. *Volkmar Clausnitzer*

Errata

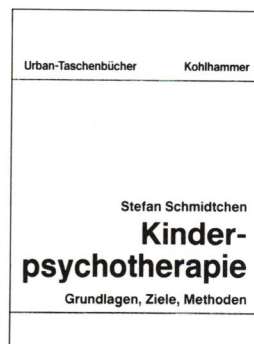
Nachfolgende Berichtigungen haben bei Drucklegung des Tagungsberichtes der XVIII. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung Mainz 1988 der dgs mit dem Titel »Förderung Sprachbehinderter: Modelle und Perspektiven« leider nicht mehr aufgenommen werden können:

Autor des Beitrages auf S. 149 »Sprachentwicklungsstörungen aus phoniatischer Sicht« ist Prof. Dr. Manfred Heinemann.

Der Titel des Artikels von Prof. Dr. M. Grohnfeldt auf S. 172 des Tagungsberichtes muß richtig lauten: »Zur Abgrenzung ‚normaler‘ und gestörter Spracherwerbsprozesse«.

Darüber hinaus müssen Aufnahme im Inhaltsverzeichnis finden die Beiträge von Prof. Dr. M. Grohnfeldt mit dem Titel »Zur Abgrenzung ‚normaler‘ und gestörter Spracherwerbsprozesse« ab S. 172 bis 184 und Egon Dahlenburg »Alternative Angebote für Eltern sprachentwicklungsgefährdeter Kinder in Bremen-Stadt«, S. 185 bis 199.

Darüber hinaus haben wir eine Häufung von Satzfehlern und gelegentlich auch orthographischen Fehlern feststellen müssen. Wir bitten dies zu entschuldigen. *Landesgruppe Rheinland-Pfalz*



Stefan Schmidtchen: Kinderpsychotherapie.

Urban-Taschenbücher Nr. 394.

Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 1989.

260 Seiten. 28 DM.

Inwiefern kann ein Buch über Kinderpsychotherapie für den Sonderschullehrer, insbesondere für den Sonderschullehrer und Diplompädagogen für

Sprachbehinderte, von Interesse sein? Die Antwort lautet: Das in diesem Buch umfassend dargestellte philosophisch-pädagogische Psychotherapiekonzept leitet sich von der ursprünglich griechischen Bedeutung des Psychotherapiebegriffes ab. Es sieht die Psychotherapie als die Aufgabe eines Philosophen oder Pädagogen an: »Der Seele zu dienen.« Das heißt Hilfe bei der individuellen seelisch-geistigen Entwicklung zu geben, möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen und entstandene Fehlentwicklungen zu korrigieren.

In der Sonderpädagogik, insbesondere der Sprachheilpädagogik, bemühen wir uns um die Anwendung genau solcher Konzepte, vor allen Dingen dann, wenn wir überzeugt sind, daß Sprachbehinderung immer den psychosozialen Hintergrund mitberücksichtigen sollte. Erziehung und Umerziehung der uns anvertrauten Kinder ist wesentlicher Auftrag der Sprachheilpädagogik. Dieses Buch gibt dazu Handreichungen bzw. Handlungsanweisungen für Praktiker.

Vom Autor werden die wichtigsten Störungsbilder geistig-seelischer Entwicklung vorgestellt. Viele dieser Störungsbilder beschäftigen auch die sonderpädagogischen Einrichtungen (z. B. Sprachbehinderungen). Bei den Störungserklärungskonzepten hält sich der Autor an: biopsychologische, entwicklungspsychologische, psychoanalytische, informationstheoretische, lerntheoretische und interaktionistische Ansätze. Für den Sprachheilpädagogen ist es in diesem Zusammenhang von Bedeutung, daß der Autor die Sprachstörungen unter die psychosomatischen Symptome einordnet, was einer rein organmedizinischen Sichtweise widerspricht (siehe dazu auch *Remschmidt* 1979).

Von zentraler Bedeutung sind in diesem Buch die Abschnitte, welche sich mit den wichtigsten Methoden der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie auseinandersetzen. Es werden folgende Psychotherapieverfahren für Kinder, Jugendliche und deren Eltern vorgestellt: Familientherapie, Eltern- bzw. Erziehungsberatung, Paartherapie, Spieltherapie, Verhaltenstherapie, Psychotherapie für Jugendliche, Gruppenpsychotherapie und stationäre Psychotherapie.

Ganz besonders wichtig für den Praktiker ist, daß pro Methode eingehende Informationen über die Indikation und Zielsetzung, das strategische und technische Vorgehen und, noch wichtiger, die Effektivität der einzelnen Methoden unter die Lupe genommen werden.

Alle Informationen werden handlungsorientiert und damit praxisnah gegeben. Zum Abschluß des Buches werden Regeln an die Hand gegeben zur möglichen Kombination verschiedener Psychotherapiemethoden. Berufspolitische Betrachtungen

am Ende des Buches über die Chancen des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland stimmen eher traurig, ganz ähnliche Probleme haben auch Diplompädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik. Wer als Sprachheilpädagoge seinen Auftrag zur Erziehung und Umerziehung seiner Klientel ernst nimmt, sollte zu diesem Buch greifen.

Otto-Friedrich von Hindenburg

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Behindertenpädagogik. Vierteljahresschrift für Behindertenpädagogik in Praxis, Forschung und Lehre und Integration Behinderter. Solms/Lahn

Nr. 3, 1989

Wolfgang Jantzen, Bremen: Bemerkungen zum Verhältnis von Behinderung und Faschismus anlässlich 50 Jahre Reichsschulpflichtgesetz. S. 237—257.

Jantzen sieht bei der Bearbeitung des Themas bisher drei Etappen: 1. 1933 bis 1938 die Zwangssterilisation, 2. 1939 bis 1941 Übergang zu einer Politik der Vernichtung (Euthanasie), 3. 1942 bis 1945 Vernichtung durch Arbeit.

Besonders in den Vorbereitungsjahren zu 3. ging es schon um den Wert der Arbeitskraft von Behinderten gegenüber den Nichtbehinderten. Behinderte bringen letztlich keinen Gewinn für Gesellschaft und Kapital (!), also seien die Sonderschulen eigentlich auch ein Verlustgeschäft. Somit kam es auch bald zu dem Begriff der »Bildungsunfähigkeit«, der dann im Reichsschulpflichtgesetz dazu diente, auch noch das Recht auf Sonderbeschulung zu nehmen. In unserer heutigen, wie Jantzen sagt, »bürgerlichen Gesellschaft« setzen bei der Postulierung sogenannter Nicht-Integrationsfähiger solche ideologischen Tendenzen wieder ein.

Folia Phoniatica. Internationale Zeitschrift für Phoniatrie, Logopädie und Kommunikationspathologie, Basel/Schweiz

Nr. 2/3, 1989

XXIst Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatics, Prag. 6. bis 10. August 1989. Hauptreferate.

Nr. 4/5, 1989

Abstracts/Zusammenfassungen.



Technische Geräte
für die Sprachtherapie

Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

- SVG 1/2: Tragbare Sprechhilfen im Zigarettenschachtelformat
- SVG 3: Digitaler Laborverzögerer für die ambulante Behandlung

Unsere kostenlose Broschüre gibt Hinweise für Anwendung und Therapie.

S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung des stimmhaften und stimmlosen »s«-Lautes.

S-Meter-Eisenbahnkoffer

Modelleisenbahn im Transportkoffer zum Anschluß an das »S-Meter«. Die Eisenbahn fährt, wenn das »s« richtig gesprochen wird.

Sprach-Trainer

Übungsgerät zur Sprachaufzeichnung und -wiedergabe in Digitaltechnik, 2 Spuren.

Audiotest AT 6.000

Preiswerter quick-check Audiometer zur Überprüfung des Sprachgehörs.

Audiotest AT 8.000

Mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihen-gehöruntersuchungen.

Außerdem folgende Geräte:

Sprachstudienrecorder, Kassettenrecorder, Sprachpegelmesser, Zubehör.

NEG NOVEL elektronik GmbH

Hattinger Straße 312, 4630 Bochum 1
Telefon (0234) 45 19 00
Telefax (0234) 45 19 01

Hörgeschädigtenpädagogik, Heidelberg

Nr. 3, 1989

H. und W. Günther, Zeltlingen-Raetig: Auditive Wahrnehmung und Sprachentwicklung — Ein Operationalisierungsversuch anhand des neuropsychologischen Konzepts der funktionalen Systeme. S. 123—135.

Nr. 4, 1989

H. Bach, Mainz: Neuere Entwicklungen im Bereiche der Sonderpädagogik. S. 190—195.

W. H. Claussen, Hamburg: Reizwort »Integration« (I) — Zur gegenwärtigen Krise der Schwerhörigen-schule —. S. 195—208.

Logopädie. Forum des Zentralverbandes für Logopädie e.V., Köln (Einlage in der Zeitschrift »Sprache — Stimme — Gehör«)

Nr. 3, 1989

U. Breuer: 25 Jahre Zentralverband für Logopädie, S. IX—XI.

E. Becker und S. Daniel, Aachen: Logopädische Therapie nach Cochlea — Implantation. S. XI—XII.

D. Schrey-Dern (AG Europa): Mitarbeit in der AG Europa / Sektion Therapieforschung. S. XII.

Sonderpädagogik. Vierteljahresschrift über aktuelle Probleme der Behinderten in Schule und Gesellschaft, Berlin-West

Nr. 1/2, 1989

J. R. Schultheis, Kiel: Aphasie — Behinderungsarten, Behandlungsformen, Integrationsfragen. S. 21—32.

Sprache — Stimme — Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen, Stuttgart

Nr. 3, 1989

W. S. Behrend, W. Pascher, V. Schmidt: Motivation und Widerstand des Patienten bei der Diagnostik psychisch mitverursachter funktioneller Stimmstörungen. Erfahrungen aus der phoniatischen Teamarbeit. S. 95—100.

L. Jäncke: Stimmeinsatz und Phonationsdauer bei stotternden und nichtstotternden Personen. S. 101—106.

G. S. Godbersen, M. Gross: Befunddokumentation — Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Hörfähigkeit und sprachliche Leistung. S. 119—122.

H. Amorosa, G. Scheimann: Sprechmotorische Defizite bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. S. 123—126.

Arno Schulze

Vorschau

A. Welling: »Therapieheft« — ein nützliches Hilfsmittel zur gemeinsamen Dokumentation von Sprachlernprozessen?

U. Förster: Die Untersuchung aphasiiebehinderter Menschen in alltäglichen Kommunikationssituationen.

D. Freiesleben: Die Myofunktionelle Therapie als unterstützende Maßnahme in der Sprachtherapie.

I. Krämer: Der Einsatz von Atem- und Entspannungsübungen in Schule und Therapie.

H. Wilhelm und R. Zörnig: Interessengemeinschaft Sprachbehinderter und ihrer Angehörigen in Essen, ein Rückblick auf zehnjährige Gruppentherapie mit Aphasikern.

H. Kalkowski und H. Sieling: Die Arbeit in den schulischen Einrichtungen für Sprachbehinderte: Vorschläge zur Beschulung sprachbehinderter Schüler in Niedersachsen.

I. Füssenich: »Ich weiß nicht, was soll es bedeuten!« Analyse kindlicher Äußerungen in der Interaktion.

D. Hacker: Eine Entdeckungsreise nach L 1 oder: Wie M. sich der Phonologie des Deutschen nähert.

C. Krämer und G. Schumann: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Entwicklung und Entwicklungsprobleme der Lese- und Schreibfähigkeit aus der Sicht des Spracherfahrungsansatzes.

B. Kolonko: Stottern als ansteckende Krankheit? — Ein Beitrag zur Ideengeschichte der Sprachbehindertenpädagogik.

I. Oskamp: Beurteilung von Erstlesewerken im Hinblick auf die Verwendung in der Schule für Sprachbehinderte — Zur Sprache der Fibel —.

ENDLICH die richtigen Programme!

Bergedorfer Förderprogramme und Arbeitsmittel für Sonderpädagogik und Sprachtherapie.

Bergedorfer Kopiervorlagen für alle Fächer! Für Freie Arbeit, Fördermaßnahmen und differenzierende Übungsphasen in Grund- und Sonderschulen.

Neu (im Vertrieb): Sämtliche Titel von Giselher Gollwitz zur Sprachtherapie sofort lieferbar. Laufend interessante Neuheiten! Prospekt anfordern bei:



**Verlag
Sigrid Persen**

Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg / N.E.
Telefon: 04163 / 6770 von 0 bis 24 Uhr

*So einfach
ist es:*

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

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



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

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 21,— DM zuzügl. Porto.

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

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je _____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen
1989/90, 1987/88, 1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

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

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum

Wir suchen für unsere sprachtherapeutische Praxis in Köln eine/n

**Sprachtherapeuten/in
Logopäden/in**

mit Berufserfahrung
ganztätig in Dauerstellung.

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

Zur Mitarbeit in meiner Sprachheilpraxis (Raum 28) suche ich eine/n

**Sprachheilpädagogin/en
Sprachtherapeutin/en
Logopädin/en**

(auch Teilzeitkraft — auf Honorarbasis). Wohnmöglichkeit (Appartement) vorhanden.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 02/06 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

**Achtung! Studenten der
Sprachheilpädagogik**

Alle Hefte der »Sprachheilarbeit« vom Jahrgang 1 (1956), Heft 1, lückenlos bis Jahrgang 1986 (31. Jg.) zu verkaufen. Abgabe nur insgesamt.

Angebote unter Chiffre Nr. 03/06 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Arbeiten, wo andere Urlaub machen,
in Wasserburg/Inn, der Perle des Inntals.

In meiner Praxis ist zum 1. Jan. 1990
die Stelle einer/es

Logopädin/en

neu zu besetzen. Zur Behandlung kommen sämtliche anfallenden Störungsbilder. Bezahlung in Anlehnung an den BAT. Urlaub: 30 Tage+3 Tage Fortbildung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Marianne Roth, staatl. anerkannte Logopädin
Ledererzeile 44, 8090 Wasserburg/Inn

Alle Hefte älterer Jahrgänge

der Fachzeitschrift

Die Sprachheilarbeit

können wir an Interessenten liefern.

Verlag Wartenberg & Söhne

Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Sonderschule Wetzikon (Schweiz, Kanton Zürich)

Für die logopädische Betreuung unserer körper- oder geistigbehinderten Schüler suchen wir zum baldmöglichsten Eintritt in unser Team eine(n)

Logopädin oder Logopäden

für 28 Wochenstunden. Wir sind eine Tagesschule und können Anstellungsbedingungen nach den Richtlinien des Zürcher Berufsverbandes der Logopäden anbieten.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne der Schulleiter Heini Dübendorfer,
Aemmetweg 14, CH-8620 Wetzikon, Telefon (00411) 930 31 57 (9 bis 15 Uhr),
an den auch die Bewerbungen zu richten sind.

Bei der Pädagogischen Hochschule Heidelberg ist zum 1. Oktober 1990 eine

C4-Professur Pädagogik der Sprachbehinderten

mit dem Schwerpunkt Sonderpädagogik zu besetzen.

Voraussetzungen: Hochschulabschluß, Promotion, Habilitation oder vergleichbare wissenschaftliche Qualifikation, Lehrbefähigung für die Schule für Sprachbehinderte, Schulerfahrung, einschlägige Veröffentlichungen.

Bewerbungen werden bis 15. Februar 1990 erbeten an das
Rektorat der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, Keplerstraße 87, 6900 Heidelberg.

Für die Arbeit in den Kindertagesstätten der Stadt Rüsselsheim suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine(n)

Logopädin(en)

möglichst mit Berufserfahrung.

Wir bieten: abwechslungsreiche selbständige Tätigkeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gutes Betriebsklima, Vergütung nach dem BAT.

Interessent/innen können sich an Herrn Brandt oder Frau Wagner wenden.
WfB Rhein-Main e.V., Elsa-Brandström-Allee, 6090 Rüsselsheim, Telefon (06142) 3 10 10.



CALW-STAMMHEIM (Nordschwarzwald)

Das SPRACHHEILZENTRUM CALW-STAMMHEIM sucht zum
1. Februar 1990

und zum
Schuljahresbeginn 1990/91

mehrere Sonderschullehrer/innen

der Fachrichtung Sprachbehinderten- und Gehörlosen-, Schwerhörigen- bzw. Lernbehindertenpädagogik.

Im Sprachheilzentrum Calw-Stammheim werden schwer sprachbehinderte Kinder und Jugendliche in den Abteilungen

- Sprachheilkindergarten
- Internatskindergarten für Sprachbehinderte
- Sprachheilschule
- Internatsschule für Sprach- und zugleich Lernbehinderte

in enger Kooperation von Sonderschullehrern und Erzieherinnen sonder- und sozialpädagogisch gefördert.

Bewerbungen erbitten wir ab sofort an:

SPRACHHEILZENTRUM CALW-STAMMHEIM, Kinderdorfstraße 27,
z. Hd. Herrn Dr. Carstens, 7260 Calw-Stammheim.

Telefonisch können Sie uns unter der Nummer (07051) 165-103 (Dr. Carstens) erreichen.

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

Bitte benachrichtigen Sie in einem solchen Fall umgehend Ihre Landesgruppe der dgs.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

1.—18. Folge mit Übungstexten, 21.—23. Folge mit Bildern

Tagungsberichte

der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. 1960—1988

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

SMS Strukturierte Materialien-Sammlung

Informative Beschreibung von rund 300 Spiel- und Übungsmaterialien

Beratungsschriften für Eltern

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

Das Deutsch-Ordens-Hospital Zentrum für Ambulante Rehabilitation GmbH, Bad Ems, sucht zur Neueröffnung einer Logopädischen Abteilung eine/n

Sprachtherapeuten/in oder Logopäden/in

Das Aufgabengebiet besteht u. a. aus der Therapie von stimm-, sprach- und sprechgestörten Patienten.

Ferner sind teilweise Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien zu behandeln.

Berufserfahrung oder Ausbildungsschwerpunkt in diesen Arbeitsbereichen sind von Vorteil.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT und richtet sich nach Ausbildung und Berufserfahrung.

Bad Ems hat ca. 12 000 Einwohner und liegt in landschaftlich reizvoller Lage an der Lahn, etwa 17 km von Koblenz entfernt. Weiterführende Schulen (z. B. Gymnasium) sind am Ort vorhanden. Hoher Freizeitwert ist gegeben.

Zur Vorabinformation steht Ihnen die Geschäftsführerin Frau Edda Doeppner unter Telefon Nr. (02603) 75-237 gern zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Deutsch-Ordens-Hospital Zentrum für Ambulante Rehabilitation GmbH,
Römerstraße 40, 5427 Bad Ems.



HTZ

Das

Heilpädagogisch-Therapeutische Zentrum

ist eines von sieben Frühförderzentren in Rheinland-Pfalz, bestehend aus Tagesförderstätte, Sonderkindergarten und Ambulanz.

Zur Erweiterung seines interdisziplinären Teams, bestehend aus Ärzten, Beschäftigungstherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten, Heilpädagogen und Psychologen, suchen wir zwei

Logopäden/innen

zum 1. April 1990.

Schriftliche Bewerbungen erbeten an:

Heilpädagogisch-Therapeutisches Zentrum
z. Hd. der Geschäftsführung — Wilbert Peifer —
Beverwijker Ring 2 · 5450 Neuwied 1 · Telefon (02631) 5 49 95

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

WSS 007823 *00023*
SCHILLING-SCHULE F. SPRACHBE-
HINDERTE U. KOERPERBEHINDERTE
PASTER-BEHRENS-STR. 81

1000 BERLIN 47

essen

■ Einkaufsstadt ■ Messestadt ■ Universitätsstadt
■ Industriestadt ■ Energiestadt ■ Verwaltungsstadt

Die Stadt Essen sucht für ihren Sonderkindergarten für Sprachbe-
hinderte

Logopäden/Logopädinnen

im Rahmen einer

- Teilzeitbeschäftigung von 19,5 Wochenstunden, die sich auf 2 1/2 Arbeitstage verteilen
- Vollbeschäftigung (39 Wochenstunden).

Die Aufgabengebiete sind nach der Verg.Gr. V c/V b BAT bewertet.

Im Sonderkindergarten werden Kinder mit schweren Sprach- und Entwicklungsverzögerungen betreut. Die Einrichtung steht unter der Leitung einer Kinderärztin mit neuropädiatrischer Zusatzausbildung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind unter Angabe der Kennziffer 53/54 zu richten an

Stadt Essen · Personalamt · Rathaus · 4300 Essen 1

mit 630 000 Einwohnern fünftgrößte Stadt der Bundesrepublik

Die Evangelische Kirchengemeinde Wahlscheid sucht für ihr integratives zweigruppiges Montessori-Kinderhaus (Kindertagesstätte) für behinderte und nichtbehinderte Kinder zum 1. Januar 1990

eine(n) Logopädin(en) oder Sprachheilpädagogin(en) oder Sonderschullehrerin(er) mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik.

Die Stelle hat **30 Wochenstunden**. Die Besoldung erfolgt nach dem BAT/KF.

Bewerbungen sind zu richten an das
Presbyterium der Ev. Kirchengemeinde Wahlscheid,
Bartholomäusstraße 6, Postfach 2108, 5204 Lohmar 21.
Wahlscheid liegt im Großraum Köln—Bonn.

