

C 6068 F

DIE SPRACHHEILARBEIT

35. Jahrgang 1/90
Februar

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

Inhaltsverzeichnis

Auf ein Wort	Seite
Manfred Grohnfeldt	1

Hauptbeiträge

<i>Alfons Welling, Hamburg</i> »Therapieheft« — ein nützliches Hilfsmittel zur gemeinsamen Dokumentation von Sprachlern- prozessen?	4
<i>Uwe Förster, Hannover</i> Die Untersuchung aphasie- behinderter Menschen in alltäglichen Kommunikationssituationen	13
<i>Dietrun Freiesleben, Lüneburg</i> Die Myofunktionelle Therapie als unterstützende Maßnahme in der Sprachtherapie	23

Magazin

Im Gespräch	Seite
<i>Hans Wilhelm, Essen, und Roswitha Zörnig, Essen</i> Interessengemeinschaft Sprach- behinderter und ihrer Angehörigen in Essen; ein Rückblick auf zehnjährige Gruppentherapie mit Aphasikern	30
Personalien	33
dgs-Nachrichten	34
Weitwinkel	35
Aus-, Fort- und Weiterbildung	39
Rezensionen	43
Buch- und Zeitschriftenhinweise	43
Tagungen und Kongresse	45
Richtlinien und Hinweise für die Autoren	48
Vorschau	49

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 Platjenwerbe
Hamburg Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 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 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein Ingeburg Steffen, Glojenborg 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 2 A, 2723 Scheeßel
Telefon (04263) 88 88
OSRin 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 8,50 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 51,— DM zuzüglich 6,— DM Portokosten.

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

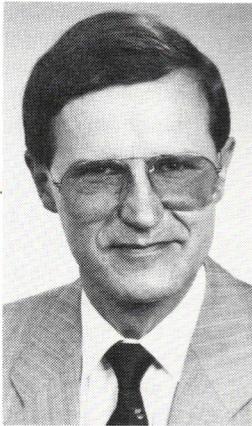
Beilagenhinweis: Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegen Prospekte folgender Verlage bei: Gustav Fischer Verlag, Stuttgart; Verlag Sigrid Persen, Horneburg; Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg.

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.



Manfred Grohnfeldt

Auf ein Wort

Sprachbehindertenpädagogik im Wechsel der Zeiten

Es gibt Zeiten, da wechseln die Einstellungen und Stimmungen in der Bevölkerung — schnell, Modeströmungen folgend und wenig nachhaltig. Das ist nicht ungewöhnlich, da der Wandel Ausdruck menschlichen Lebens ist. Es gibt aber auch Zeiten, die das Ende eines epochalen Abschnitts unseres Denkens einleiten und durchschreiten. Sie werden als Gezeitenwechsel im Ablauf der Geschichte empfunden.

Befinden wir uns in der Sprachbehindertenpädagogik in oder vor einer derartig herausgehobenen Phase unserer fachspezifischen Geschichte, die als Umbruchzeit, zuweilen geradezu als »Wende« bezeichnet werden kann?

Zunächst deutet zumindest einiges darauf, daß nach einer langen Phase des stetigen Ausbaus des Sonderschulwesens das Ende einer stringent verlaufenden Entwicklung zu erwarten ist. So kann es nicht immer weitergehen. Die Sprachheilpädagogik folgt hier mit zeitlicher Verzögerung einem Trend, der in der Sonderpädagogik bereits seit langem zu beobachten ist:

— Es ist ein *Ende des Sonderschulbaus* zu verzeichnen, an dem die Sprachbehindertenpädagogik — entgegen dem allgemeinen Trend sinkender Schülerzahlen — in besonderem Maße partizipierte. Allein in Nordrhein-Westfalen erhöhte sich die Anzahl der Sprachheilschulen in den letzten 15 Jahren von fünf auf 64! Ist die heute auch in der Sprachheilpädagogik verstärkte einsetzende Integrationsdebatte nicht nur Ausdruck eines veränderten Bewußtseins in der Bevölkerung, sondern auch Gegenreaktion zu einer geradezu überschießenden Entwicklung? Die pädagogische Perspektive erlaubt besondere Möglichkeiten, da sie den Menschen in den Mittelpunkt stellt, engt jedoch ein, sobald sie sich auf Schule reduziert.

— Davon nicht unabhängig sind *Änderungen im Behinderungsbegriff* zu verzeichnen. Ist es ein Zufall, daß nach zwei Jahrzehnten der Sprachbehindertenpädagogik jetzt der ursprüngliche Begriff der Sprachheilpädagogik wieder verstärkt an Bedeutung gewinnt und vielerorts die Bezeichnung der »Schule für Sprachbehinderte« wieder offiziell in »Sprachheilschule« umgeändert wird bzw. werden soll? — Der Pendelschlag der Geschichte erscheint unaufhaltsam, und man wundert sich eher, wie schnell manche unumstößlich geglaubten Auffassungen sich wandeln können.

— Äußeres Zeichen dieser Entwicklung ist der derzeit ablaufende bzw. bevorstehende *Generationenwechsel* in den Schulen und Universitäten. Aufgrund der Altersstruktur der in der Expansionsphase in den Schul- oder Hochschuldienst eingetretenen Stelleninhaber ist jetzt und in nächster Zeit eine erhebliche Fluktuation zu erwarten. Sicher, die Sprachbehindertenpädagogik befindet sich nicht in einer Zerreißprobe wie die Hörgeschädigtenpädagogik, wo innerhalb kürzester Zeit drei führende Ver-

treter (*Jussen, Kröhnert, Löwe*), die die Entwicklung der letzten Jahrzehnte wesentlich mitbestimmt haben, aus dem aktiven Dienst austreten und die Nachfolgediskussion entscheidende Weichenstellungen für das Selbstverständnis der Disziplin beinhaltet — Lautsprache und/oder Gebärde? Und dennoch: Auch bei einem weniger dramatischen Übergang werden in den nächsten Jahren in der Sprachbehindertenpädagogik bedeutensame Überlegungen zum Fortgang der Disziplin angestellt werden müssen.

Wie geht es weiter? Alte Gewißheiten wanken, neue Markierungslinien zeichnen sich erst schemenhaft ab. Der Wandel findet zuerst in den Köpfen statt — oder werden wir von der Wirklichkeit überholt? Eine derartig offene Übergangsphase macht ein flexibles Eingehen auf neue Anforderungen notwendig, erfordert aber auch klare Vorstellungen von dem, was man anstrebt. Wo stehen wir? Was wollen wir? Und nicht zu vergessen: Warum sind wir so geworden?

Die derzeitige Situation ist durch konkrete Herausforderungen und Aufgabenstellungen gekennzeichnet, zu denen die Sprachbehindertenpädagogik differenziert Stellung beziehen muß. Zu nennen wären hier neben den bekannten Aufgaben in der Frühförderung, Sprachheilschule und Erwachsenenarbeit u. a.

- Fragen der schulorganisatorischen Integration,
- die Konsequenzen des europäischen Binnenmarktes für den Standort von Sprachheilpädagogen (Lehramt/Diplom) in sprachtherapeutisch tätigen Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin
- und schließlich — obwohl von regional unterschiedlichem Interesse — eine Korrektur der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen, die eine Abqualifizierung der sprachtherapeutischen Arbeit von Pädagogen beinhaltet.

Das Arbeitsfeld von Sprachheilpädagogen wird sich im nächsten Jahrzehnt sicher wandeln — ob wir es wollen oder nicht. Dazu ist die Sprachbehindertenpädagogik zu sehr in bildungspolitische, gesellschaftliche und demographische Veränderungen eingebunden.

Ist es vollkommen unreal, unter Beibehaltung und Verbesserung des Angebots in der Sprachheilschule nach Möglichkeiten der Verbindung von Sprachtherapie und Unterricht unter Regelschulbedingungen zu suchen?

Ebenso werden wir — in Abstimmung mit Logopädenvertretern — frühzeitig Position zur Stellung von Sprachheilpädagogen im europäischen Binnenmarkt beziehen müssen. Das Jahr 1992 mit seiner EG-weiten Anerkennung von vergleichbaren Hochschulzertifikaten auf der Grundlage gleichwertiger Eingangsvoraussetzungen könnte hier einen heilsamen Zwang für kooperative Gespräche ausüben. Vielleicht ergibt sich dabei auch die Möglichkeit, über das Problem von Krankenkassenzulassungen nachzudenken — als Relikt standespolitischer Machtansprüche, aber auch vergangener Versäumnisse. Der je nach Bundesland unterschiedliche Interessendruck darf nicht verhindern, daß hier nach einheitlichen und zukunftsweisenden Lösungen gesucht wird.

Die genannten, punktuell herausgehobenen Fragestellungen mögen zunächst als Ausdruck des aktuellen Tagesgeschäfts erscheinen. Letztlich beziehen sie sich aber auf die zugrunde gelegte *Standortbestimmung* unserer Disziplin und damit auf eine übergeordnete *Zielproblematik*, deren Beantwortung zur Voraussetzung für die strukturierte Gestaltung zukünftiger Aufgaben wird.

Lassen Sie mich zum Ausgangspunkt meiner Überlegungen zurückkommen. Der Wechsel vollzieht sich im Ablauf von Kontinuität und Wandel nahezu unmerklich. Erst spät kommt es zum qualitativen Sprung — für die meisten unvorbereitet. Sind wir wirklich in einer Wendezeit? Die Beachtung historischer Dimensionen verweist darauf, daß vieles vermeintlich Neue Ausdruck einer zyklenmäßig wiederkehrenden Beschäftigung mit grundlegenden Themenstellungen ist — eine Wende ohne Ende, deren spiralförmiger Kreislauf in einer Momentaufnahme verdichtet und punktuell herausgehoben wird, wenn das subjektive Erleben vieler als Ausdruck einer Umbruchsituation gedeutet wird und/oder objektive Daten eine Richtungsänderung nahelegen.

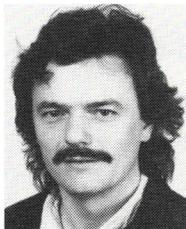
Geschichte ist nicht vorhersehbar. Ob wir uns in der Sprachbehindertenpädagogik wirklich in oder vor einer »Wende« befinden, wird sich letztlich erst später herausstellen. Viele Zeichen sprechen derzeit zumindest dafür, daß sich unsere Disziplin in einer wesentlichen, vielleicht sogar kritischen Übergangsphase ihrer Entwicklung befindet, die den Mut zu Entscheidungen erfordert. Es gilt, die Unsicherheit der Stunde als Chance zu nutzen

und zu agieren statt zu reagieren. Eines nämlich dürfte sicher sein: Es besteht Handlungsbedarf — jetzt!

Ih
M. Grohnfeldt

(Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt ist Direktor des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln.)

HAUPTBEITRÄGE



Alfons Welling, Hamburg

»Therapieheft« — ein nützliches Hilfsmittel zur gemeinsamen Dokumentation von Sprachlernprozessen?

Grundzüge eines Konzeptes zur Begründung einer Methode

Zusammenfassung

Die vorliegende Betrachtung handelt von einem spezifischen methodischen Möglichkeitsbereich praktischer Therapiearbeit, reflektiert also keine bestimmte Sprachstörung (wie z. B. »das Stammelnen«). Es werden Bedingungen gekennzeichnet und Voraussetzungen angesprochen, die beim Einsatz eines verbreiteten Hilfsmittels, des »Therapieheftes«, beachtet bzw. hergestellt werden sollten. Die vorgestellte Methode wird zum Anlaß genommen, einige wesentliche Grundgedanken eines Förderkonzeptes zu umreißen, dessen Tauglichkeit sich in der Analyse von pädagogisch gedeuteten Handlungszusammenhängen und damit auch von sprachtherapeutischen Methoden allgemein bewähren muß. Seine Hauptcharakteristik ist psychologisch bzw. psycholinguistisch mit den Kategorien der Kommunikation und Repräsentation sowie der Vergegenständlichungsprozesse von Sprache und Grafik umschrieben; handlungstheoretisch wird davon ausgegangen, daß der gemeinsame Gebrauch von methodischen Hilfsmitteln in der Sprachtherapie von Zielen bestimmt und begrifflich geleitet sowie wertorientiert und normbezogen ist. Für die konkrete pädagogische Gestaltung von Situationen im Rahmen einer kooperativen Sprachtherapie besitzen zumindest die Bedingungen »Alter des Kindes«, »Spezifität der Situation« und »Biographie der Betroffenen« hohe methodologische Relevanz. Diese Begriffsstruktur wird in ihrer Einheitlichkeit beispielartig erläutert, um sodann Schlußfolgerungen hinsichtlich einer angemessenen Handhabung der Methode zu ziehen.

1. Fragestellung

Bekanntlich sind die in der sprachtherapeutischen Praxis gebräuchlichen Hilfsmittel so unterschiedlich, vielförmig und vielfältig wie das (therapeutische) Alltagsleben selbst. In

gewissem Widerspruch dazu werden Materialien häufig danach ausgewählt und ihr Nutzen danach bemessen, ob sie in einer Art »direkter Entsprechung« zu einer der klassifizierten Sprachstörungen stehen. So werden dann »Spiele für Dysgrammatiker«, »Bilder für Stammerler« oder »Wortkarten für Wortschatzschwache« entworfen und gekauft, ohne zu bedenken, daß es per se keine »Spiele ... Bilder ... oder Wortkarten für ...« geben kann. Jedes solcher Materialien läßt nämlich ganz andere Handlungen zu, und keines von ihnen ist zur erfolgreichen Durchführung einer Sprachtherapie nötig.

Es stellt sich also die Frage nach dem konzeptionellen Bezugssystem, das eine wirklichkeitsangemessene Bewertung von Materialien und Methoden erlaubt. Ein Therapiekonzept, welches auf kooperative Veränderung von Handlungsbedingungen setzt, lenkt den »therapeutischen Blick« nicht nur auf isolierte Störungen und Materialien, sondern zieht den lebendigen Alltag der Betroffenen in Betracht — unter Einschluß der Sprachstörung und der verwendeten Materialien. Einige der meines Erachtens wesentlichen Grundzüge eines solchen Konzeptes werden im folgenden erläutert und im Hinblick auf ein ausgewähltes Hilfsmittel präzisiert.

2. »Therapieheft« als Hilfsmittel

Es scheint immer wieder das gleiche zu sein: Gegenstände und Personen werden gemalt, Bilder, Fotos und Embleme eingeklebt, skizzenhaft erweitert, farbig ausgemalt, mit therapeutisch anscheinend »wichtigen« Wör-

tern, Sätzen oder Texten beschrieben; und zwischendurch etwas Erheiterndes aus dem »Privatleben« des Kindes. »Therapieheft« des Kindes: Was sehen wir? Sprechende Köpfe, einfliegende Hubschrauber, aktuelle Fernsehgrößen, gering geöffnete Zahnreihen (ohne Zunge), trampelnde Pferde, fotografierte Kinder, markierte Buchstaben, gereimte Bildgeschichten, geschmückte Weihnachtsbäume, Bildmontagen ... Was hören wir? »Versuch mal, geh der Reihe nach, fang immer oben an, mach noch mal, wollen gute Sätze bauen, Mutti nachher sagen, zeigen, denk immer dran, machen wir nächstes Mal weiter, gleich fertig, noch nicht aufhören, haben viel gemacht, am besten vor dem Spiegel, hat Paul gemalt, nicht ganz einfach, immer dran denken, will dir was zeigen, schenk ich dir.« Alles durchsetzt mit zahllosen Personennamen, Zeit- und Ortsangaben.

Spontan nennen Kinder einen solchen Gegenstand meistens »Buch«, »Tagebuch« oder »Heft«. Um im folgenden seine pädagogische bzw. förderdiagnostische Funktion zu kennzeichnen, nenne ich es hier vorläufig (in Ermangelung eines besseren Ausdrucks) »Therapieheft«, zumal es auf den Namen ja gar nicht ankommt, sondern auf die Begründung der mit seinem Gebrauch verbundenen Methode und seine tatsächliche Verwendung in praxi.

Ein »Therapieheft« in den skizzierten möglichen Gebrauchsformen impliziert also eine Fülle von Handlungen, die in der Zusammenarbeit mit (sprachlich beeinträchtigten) Kindern und deren Bezugspersonen lebendig werden. Naturgemäß sind es wohl die auf die grafischen Produktionen gerichteten sprachlichen Äußerungen sowie die grafischen Zeichen selbst, die im wesentlichen sowohl als Mittel als auch als Gegenstand in der Kommunikation und Repräsentation fungieren.

Wem aber nützt es? Der therapeutischen Fachkraft, die in solchen Aktivitäten eine geeignete Hilfe sehen mag, den Therapieverlauf zielgerichtet zu begünstigen und die häuslichen Bezugspersonen (meistens die Eltern) als übungsfleißige Ko-Therapeuten in die Verantwortung zu nehmen? Den Eltern, mit der Möglichkeit einer wirkungsvollen Kontrolle über die therapeutischen Fortschritte

ihres Kindes? Dem Kind, das sich damit vielleicht zum kommunikativen Sprachgebrauch herausgefordert fühlt, sich vielleicht sprachlich auch eher zurückhält, da mit der Dokumentation gemeinsamer Erfahrungen und Überlegungen bereits »alles gesagt« ist, dem also »nichts mehr hinzuzufügen« wäre?

Solche Fragen verweisen auf theoretische Begründungszusammenhänge, ein Problemfeld, das mit der Wahl von Methoden allgemein verbunden ist: So richtet sich der Wert auch der hier vorgestellten Methode nach dem Zweck, den sie erfüllt, und dieser liegt in der Funktion als brauchbares Hilfsmittel für und in der therapeutischen Praxis begründet. Ob und wie weit dieses Hilfsmittel schließlich wirklich brauchbar ist, wird sich danach bemessen lassen, ob es von den vom pädagogischen Prozeß Betroffenen bedürfnisbezogen und angemessen, d.h. wirklichkeitsgerecht verwertbar ist.

3. Begründungszusammenhang

3.1. Zur zugrunde gelegten Handlungstheorie

Nach traditionell vorherrschender Sichtweise im Bezugssystem medizinischer Kategorien (»medizinisches Modell«) ist in Fachkreisen innerhalb der Sprachbehindertenpädagogik in der Vergangenheit eine fruchtbare Diskussion in Gang gekommen. Diese beruft sich mehr und mehr auf solche aus dem entwicklungstheoretischen Paradigma gewonnenen Hypothesen, die die konstruktive Aktivität des spracherwerbenden Kindes betonen. Diese an sich sehr nützliche Veränderung in der sprachbehindertenpädagogischen Konzeptbildung ist fraglos zu begrüßen, und ihre Konsequenzen sind weiter zu reflektieren. Bei dem Versuch aber, sprachtherapeutisches Handeln pädagogisch zu begründen, wird ein wesentliches Problem meines Erachtens immer noch viel zu wenig bedacht: Wie gelangen wir von entwicklungstheoretisch fundierten Hypothesen zu pädagogischer Kompetenz in konkreter therapeutischer Situation?

Eine solche Fragestellung ist theoretisch und in praktisch-konkreter Hinsicht plausibel; denn wie die Medizin oder die sogenannten

Neuro-Wissenschaften, so sind bekanntlich auch die Psycholinguistiken oder die Spracherwerbtheorien an sich noch keine Sprachbehindertepädagogik; und ein in der Therapie pädagogisch angeleiteter Sprachlernprozeß rekapituliert ja nicht einfach theoretisch wohl begründete Annahmen über normale oder pathologische Entwicklungsverläufe. Verallgemeinert gesehen, hat es jede therapeutische Fachkraft somit mit einem Problemfeld zu tun, das durch das Verhältnis von Allgemeinem (in der Entwicklungstheorie gewonnenen Erkenntnissen) und je Besonderem (konkreter kindlicher Entwicklungsprozesse) in der (therapeutischen) Wirklichkeit bestimmt ist.

Man hat eine Menge guter Gründe an der Hand, wenn man sowohl bei solchen allgemeinen Problemstellungen als auch bei der Wahl und Handhabung recht spezieller Methoden in der Therapie (wie im gegebenen Beispiel des »Therapieheftes«) von einer handlungstheoretischen Position aus argumentiert, zumal beide Handlungsformen, sprachliches und grafisches Darstellen, ihren Ursprung im sensumotorischen Handeln haben (vgl. *Piaget* und *Inhelder* 1977). Eine pädagogisch motivierte Handlungstheorie ist in der Regel einerseits umfassender und weitergehend als verschiedene Fachdisziplinen, die allenfalls als fachwissenschaftliche Fundierung und Ausfütterung einer Handlungstheorie dienen können (worauf letztere wiederum immer angewiesen sein wird). Andererseits kann sie pädagogisch nützliche Anhaltspunkte über Erfahrungen und Konstrukte liefern, mit denen die vom pädagogischen Prozeß Betroffenen die Gegebenheiten ihrer Alltagswelt wahrnehmen und interpretieren.

Indem nun eine solche Theorie nicht die Technologie des methodenorientierten Sprachlehrens oder Therapierens, sondern die Kompetenzen der Lernenden (Kinder, Eltern und therapeutische Fachkräfte) und die Veränderung der Lernbedingungen in ihr Zentrum stellt, eröffnet sie eine Möglichkeit, dem real existierenden Spannungsverhältnis von auf Sprachnormen und Leistungen bezogener Therapiearbeit auf der einen und individueller Handlungsfähigkeit der einzelnen

auf der anderen Seite produktiv zugunsten einer Selbstentfaltung zur Selbstbestimmung aufzuheben und praktisch gerecht zu werden. Daß diese Individuation nur als Sozialisation möglich ist und Selbstentfaltung der angemessenen Förderung bedarf — Subjektivität sich also nur im Verein mit anderen bildet —, ist eine unüberholbare Einsicht spätestens seit der Bildungsreform.

3.2. Zur Frage der Angemessenheit einer Methode

Bei der Frage nach der pädagogischen Angemessenheit des Begründungszusammenhangs einer Methode kommt meines Erachtens zumindest folgenden drei Bedingungen hohe methodologische Relevanz zu, wie in einer soeben fertiggestellten Studie gezeigt werden konnte (vgl. *Welling* 1990): dem Alter des Kindes, der konkreten therapeutischen (oder unterrichtlichen) Situation und den biographischen Besonderheiten der Betroffenen.

Erstens: Das Alterskriterium impliziert, daß die für eine Tätigkeit erforderlichen Strukturen entwickelt sein müssen. Deshalb gilt das Postulat, daß das sprachliche Handeln von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen zwar von Gleichwertigkeit, aber nicht von Gleichartigkeit bestimmt ist. Obwohl es bei beiden Personengruppen einerseits dieselben zwei wichtigen psychologischen Funktionen erfüllt (die der Kommunikation und der Repräsentation, vgl. 4.2.) und sich andererseits durch zunehmende Vergegenständlichungsprozesse auszeichnet (Sprache und Zeichnung als Gegenstand des Wissens), gibt es unterschiedliche Niveaus, auf denen dies vonstatten geht (vgl. zusammenfassend *Bronckart* und *Sinclair* 1978).

Zweitens: Es liegt auf der Hand, daß die Betroffenen von solchen Niveaus aus auch die situativen Gegebenheiten in und außerhalb der Therapie beurteilen und bewerten. Allerdings gibt es keine therapeutische Situation »als solche«, in ihrer Vereinzelung. Jede Einzelsituation hat ihre Geschichte und verweist auf Zukunft. Eine handlungstheoretische Analyse einer Therapiesituation und der in ihr verwendeten Hilfsmittel zieht deshalb notwendigerweise die im sozialen Zusammen-

hang entwickelten wertschaffenden Interessen und wertorientierten Einstellungen gegenüber Personen, Dingen, Ereignissen wie auch gegenüber Sprache und Sprechfähigkeit in Betracht, ebenso Gefühle der Selbst- und Fremdbewertung, wechselseitige und einseitige Hoch- und Geringschätzungen usw. Kurzum: Jede einzelne Therapiesituation hat eine wertschaffende Seite; ihr gehen Erfahrungen der einzelnen mit anderen ebenso voraus, wie diese solche nach sich ziehen.

Drittens: Es ist also ein ungerechtfertigter Reduktionismus, wenn man »Therapie« als Aneinanderreihung von therapeutischen Situationen betrachtet, ohne deren Verschachtelungen zu einem ganzheitlichen Prozeß zu begreifen, sowohl aus der spezifischen kindlichen Betrachtungsweise als auch aus der der Erwachsenen. Genau so hat — beinahe selbstredend — die Lebensgeschichte insgesamt eine »historische« Komponente, die mit einer Aufzählung anamnestischer Daten keinesfalls bewältigt werden kann. Notwendigerweise muß man über eine situative Analyse einer Sprachtherapie immer wieder hinausgehen und die jeweilige Biographie der Beteiligten explorieren (wie es in praxi in der Regel wohl geschieht). Erst so werden die gegenwärtigen Handlungsformen in der Therapie als Resultante der Beziehungen des jeweiligen konkreten Kindes zu Personen, Ereignissen und Gegenständen seiner Lebenswelt verstehbar und im pädagogisch angeleiteten Therapieprozeß veränderbar. Situative und biographische Analyse schließen sich dabei nicht aus, sondern ergänzen sich notgedrungenemaßen, allerdings nur dann, wenn man Biographie als Struktur versteht (und nicht als Summation von Einzelereignissen). Bei einer solchen Analyse kann und muß man sich sogar auf Situationen beziehen, sie theoriegeleitet beurteilen und im Sinne einer »Möglichkeitenverallgemeinerung« auf ein und dasselbe Individuum verallgemeinern (vgl. *Holzkamp* 1983).

Diese Überlegungen können hier nicht weiter entfaltet werden. Soviel sollte aber durchscheinen: Hier soll keiner Methodenpädagogik oder einer partikulären »Pädagogik des gemeinsamen Heftes« das Wort geredet wer-

den. Vielmehr wird davon ausgegangen, daß Probleme des Sprachlernens von beeinträchtigten Kindern auf eine problematische Kommunikations- und Kooperationsstruktur zwischen dem Kind und den erwachsenen Bezugspersonen zurückzuführen ist. Eine spezifische sprachliche und grafische Dokumentation (als Arbeit mit dem skizzierten Hilfsmittel) ist somit Ausdruck eben dieser ganz spezifischen und einmaligen Struktur. Sie läßt Schlußfolgerungen hinsichtlich problematischer Entwicklungsbedingungen zu, wobei zumindest die Kriterien Alter des Kindes, pädagogisch gestaltete (Therapie-)Situation und biographische Besonderheiten der Beteiligten wesentliche Anhaltspunkte darstellen. Insofern sie darüber hinaus aber auch Möglichkeiten kommunikativer Verständigung und kooperativen Verstehens im gemeinsamen Produktionsprozeß eröffnet, ist sie ein geeignetes Bezugssystem im förderdiagnostischen Prozeß.

4. *Sprachgebrauch und grafische Darstellung als Funktion kooperativer Problembewältigung*

4.1. Zu Bestimmungsmerkmalen menschlichen Handelns

Bevor in diesem Abschnitt die Grundzüge dieses Konzeptes anhand eines Beispiels erläutert werden, sollen drei wesentliche Bestimmungsmerkmale menschlichen Handelns kurz dargestellt und in bezug auf die vorliegende Fragestellung erläutert werden: Was bedeutet es im gegebenen Zusammenhang, daß alle am therapeutischen Prozeß Beteiligten an Zielen ausgerichtet sind, nach Maßgabe ihrer kognitiven Kompetenz (also begrifflich geleitet) handeln und sich an entwickelten Werten orientieren und auf Normen beziehen?

4.1.1. An Zielen ausgerichtet

Die Beteiligten gebrauchen ihre Sprache und entwickeln grafische Gebilde je nach Zielsetzung; entsprechend gestalten sie um, verändern bzw. verbessern sie, fügen etwas hinzu usw. Dabei scheinen sie über die eine oder andere gestaltete oder zu gestaltende Form nachzudenken. Sie verwerfen bereits vollzogene Linienführungen oder Farbgebungen,

korrigieren andere oder machen Vorschläge für eine bestimmte grafische Darstellungsform. Zugleich wird dabei deutlich, daß die Kinder und Erwachsenen ebenfalls auch über ihre sprachlichen Produktionen nachdenken. Sowohl spontan als auch als Antwort auf Fragen äußern sie sich zu Aussprache und Morphologie, zu Inhalt und Form und produzieren sogar hin und wieder Wortspiele genauso wie Kritzeleien »aus Spaß«.

4.1.2. Durch Begriffe strukturiert

Aus zwei Gründen können solche gleichermaßen auf sprachliche wie auf grafische Problemfelder bezogenen Meta-Aktivitäten innerhalb des allgemeinen Rahmens kognitiver Aktivitäten betrachtet werden: zum einen vor allem, weil Sprache und grafische Bilder durch ihre eigene Natur ein Produkt menschlicher Wahrnehmung sowie symbolische Systeme sind, die das Kind reorganisieren und rekonstruieren muß und deren Gebrauch es erlernt (bei der grafischen Darstellung vor allem in raum-zeitlicher Hinsicht, beim Sprachgebrauch beispielsweise hinsichtlich einer Beziehung zwischen den einzelnen sprachlichen Ebenen und besonders bei den Bedeutungskonstruktionen); zum anderen, weil die Tatsache der wissensmäßigen Vergegenständlichung sprachlicher und grafischer Zeichen eine Manifestation der generellen Wissensstrukturierung ist, die während der kognitiven Entwicklung stattfindet (vgl. *Bertoud-Papandropoulou* 1978, *Bronckart* und *Sinclair* 1978, *Karmiloff-Smith* 1978, 1979).

Auf dem Hintergrund dieser allgemeinen psycholinguistischen, kognitions- und wahrnehmungspsychologischen Annahmen lassen sich die mit der Gestaltung eines »Therapieheftes« hauptsächlich zusammenhängenden Aktivitäten (Sprachgebrauch und grafische Darstellungen) als zwei Repräsentationsformen neben anderen (z. B. innere Bilder, Phantasiespiele, Schriftsprache) aspekthaft beleuchten. Um aber in der Analyse der Voraussetzungen dieser Methode zu pädagogisch bzw. sprachbehindertenpädagogisch verwertbaren Erkenntnissen zu gelangen, reichen bekanntlich solcherart Hypothesen nicht aus, obgleich sie eine wichtige Grundlage hierfür darstellen.

4.1.3. An Werten orientiert, auf Normen bezogen

Pädagog(inn)en haben es bekanntlich mit Menschen zu tun, die — konkret — ihren Alltag leben, in dem die therapeutischen Hilfestellungen ihre Wirkungen nicht verfehlen sollen. Welche Ziele jeweils — konkret — sich finden und verwirklichen lassen und welches Denken zur Geltung kommen kann, hängt anscheinend auch mit den Werten zusammen, an denen sich die vom pädagogischen Prozeß Betroffenen orientieren, und mit den Normen, auf die sie sich implizit oder explizit beziehen. Und umgekehrt: Die aktualisierten Werte und Normen in der sprachlichen und außersprachlichen Kommunikation bestimmen die konkreten Zielsetzungen und -verwirklichungen der Beteiligten und verhindern oder ermöglichen bestimmte (Re-)Konstruktionen. Ein Kind beispielsweise, dessen sprachliche und grafische Produktionen ausschließlich an außerindividuellen Normen bewertet werden, ohne ihre individuellen Entstehungsbedingungen zu bedenken, wird die angelegten Bewertungsmaßstäbe möglicherweise schwerlich nachvollziehen können und sein Interesse an seinen eigenen Produktionen nach und nach verlieren — ein pädagogisch problematisches Bedingungsfeld (vgl. Beispiele bei *Welling* 1990, S. 462 ff.).

Sprachliche und ästhetische Normen sind anscheinend allgegenwärtig, also auch in jeder Therapiesituation. Soweit sie Individuum und Gesellschaft einander verpflichten, haben sie denselben Realitätsstatus wie andere Normen: soziale, moralische oder technische Normen u. a. m. Wenn auch technische Normen ihrem Wesen nach etwas anderes sind als sogenannte Handlungsnormen, so lassen sie sich allesamt dennoch unter einem Oberbegriff subsumieren und als »gedankliche Festsetzungen« verstehen. Diese beziehen sich, wie *Hartung* (1977) in einem hinreichend allgemeinen Sinn weiter feststellt, auf menschliche Handlungen und besitzen aktuell gewisse kollektive Verbindlichkeiten, zielen somit auf eine Regulation im sozialen Austausch.

Von welchen Normen man sich in praxi leiten läßt, scheint zu einem beträchtlichen Teil vom Wertkonzept der einzelnen und von der Be-

wertung der Situation abhängig, in der sie gelten. Und dies wiederum wird auch von der sozialen Stellung, dem entsprechenden Erfahrungshintergrund und somit von den biographischen Besonderheiten des einzelnen determiniert.

4.2. Handlungsveränderungen als Bedingung einer Situation — Analyse eines Beispiels

Die strukturellen Wurzeln der Schwierigkeiten sprachlich beeinträchtigter Kinder liegen nicht in einer irgendwie gearteten Sprachstörung als solcher, sondern in der problematischen inter- und intraindividuellen (d. h. der kooperativen) Beziehung der Betroffenen (welche die Sprachstörung einschließt). Entsprechend ist ein »Therapieheft«, mittels dessen gemeinsame Erfahrungen dokumentiert werden, so »gut« oder so »schlecht«, wie die Erfahrungen selbst sind, die mit einem solchen Hilfsmittel gemacht werden (können). Je nach Beziehung zum Material und zu den Personen, die damit umgehen, kann es zu einem mehr oder weniger interessanten Gegenstand und wertvollen Hilfsmittel für die Beteiligten werden.

Diese Thesen sollen anhand eines Beispiels belegt werden.

In der ersten Begegnung mit Mark (5;2) biete ich ihm ein großes Heft (»Tagebuch«) an mit der Ankündigung, daß wir dieses bei unseren weiteren Begegnungen benutzen werden, um etwas hineinzumalen, hineinzukleben usw. Mark äußert den Wunsch, allein zu malen. Aus dem Ergebnis kann ich aber nicht ohne weiteres entnehmen, was es bedeuten soll. Währenddessen entwickelt sich das dokumentierte Gespräch. Mark: Ja Hau, Hau ma. A. W.: Was meinst du mit Hau? Mark: Den Ma den Ma ne ... Den ne Ma. (Er schüttelt seinen Kopf.) A. W.: Ist kein Mann? Mark: Nee! A. W.: Eine Frau? Mark: Nee, Hau, Hau ... A. W. (verweist auf das Zimmer): Zeig mir das mal, Hau. (Mark zeigt etwas am Fenster.) A. W.: Draußen? Mark: Hau! A. W.: Das Haus? Mark (ärgerlich): Ja!

In der Analyse dieser Beobachtung möchte ich zunächst — eher deduktiv — verdeutlichen, wie und wo die psycholinguistischen Kategorien hier realisiert sind. Sodann soll unter dem handlungstheoretischen Postulat der Kooperation diese Interpretation vertieft und in pädagogischer Hinsicht präzisiert werden.

Psycholinguistisch ist bedeutsam, daß die psychologischen Funktionen der Repräsentation und Kommunikation sowie die Gegenständlichung von Sprache (und Zeichnung) unter *einer* Perspektive verknüpft werden. Die Sinneinheit beginnt mit der Mitteilung des Jungen, daß er ein Haus malt. Schon oberflächlich betrachtet, treten dann allerdings Kommunikationsschwierigkeiten zutage, weil der Erwachsene diese Äußerungen nicht versteht: ein Erwachsener also, der die Bedeutungen der Worte und grafischen Zeichen nicht entschlüsseln kann, weil sie nicht seinem Wissen über Sprache und gezeichneten Gegenstand entsprechen; ein Kind, das seinem Wissen mittels seiner Sprache und seiner Grafik nicht Ausdruck verleihen kann, weil sie aufgrund seiner Ausspracheschwierigkeiten und grafischen Gestaltungsformen nicht den Konventionen entsprechen, die einen Austausch begünstigen würden. Um dem Erwachsenen verständlich zu machen, daß er ein »Haus« malt, entäußert Mark sein Wissen über die Zusammenhänge, soweit er sie verstanden hat und kommunizieren möchte: zum einen über eine Art Ausschlußverfahren (»Mann ist kein Haus« und umgekehrt); zum anderen über eine Art Einschlußverfahren (»Fenster gehört zum Haus«). Er bringt seinen erwachsenen Gesprächspartner also mit seinen Mitteln sozusagen auf den richtigen Weg, bis dieser ihn und das, was er »bedeuten« möchte, endlich versteht (nicht »Mann«, nicht »Frau«, nicht »draußen«, sondern »Haus«).

Diese aspekthafte Interpretation bringt aber erst die eine Kategorie zum Ausdruck (Mittel-Funktion). Unabdingbar ist mit dieser eine zweite Kategorie verbunden: die Fähigkeit des Menschen, seine Sprache, seine grafischen Produktionen und sich selbst zu erkennen, sie als mehr oder minder wertvoll zu erleben und sie immer wieder in der Anpassung zu verändern. Diese gegenständliche Seite menschlichen Handelns kann anhand der Beobachtung ebenfalls verdeutlicht werden. Der Erwachsene ist offenbar ständig bemüht, aus den Äußerungen des Kindes auf ihm vertraute Bedeutungen zu schließen. Auf welchem Wege sonst sollte er dies tun, als seine Aufmerksamkeit auf die veräußerlichte

Sprache und auf das seitens des Kindes Dargestellte selbst zu lenken? Daß er dies z. B. unter Aktualisierung seines semantischen und phonetisch-phonologischen Wissens tut, sei nur am Rande erwähnt; denn er »weiß«, daß das Phonem /au/ möglicherweise auch in dem zu erkundenden Wort relevant ist. So vermutet er zunächst, daß das Phonem /h/ ersetzt sein könnte durch /f/ und konstruiert unter Berücksichtigung artikulatorisch bedingter Auslassung des /r/ aus dem »Hau« das Wort /frau/ und seine Bedeutung. Auch das Kind lenkt seine Gedanken vermutlich von Beginn der aufgetauchten Kommunikationsschwierigkeiten an auf die produzierten und interpretierten Äußerungen und Skizzierungen. Das unwillige Kopfschütteln und das stark betonte »Ja« könnten Indizien für diese Annahme sein. Man könnte sinnvollerweise sogar behaupten, daß es hier gerade diese offensichtliche Kommunikationsstörung ist, die die Gesprächspartner ihren jeweiligen Möglichkeiten gemäß nach geeigneten, bedürfnisbezogen verwertbaren Mitteln der Verständigung suchen läßt (hervorgerufen durch das Ungleichgewicht zwischen den Zielen, inneren Bildern und den Begriffen der Gesprächspartner in ihrer Auseinandersetzung mit einem Problem).

Wie nun könnten die Bedingungen des kommunikativen Austausches in der Kooperation der beiden Betroffenen interpretiert werden? Handlungstheoretisch ist bereits in den vorangegangenen Abschnitten deutlich gemacht worden, daß zwei Gesprächspartner ihr Wissen über situative (und nach Möglichkeit biographische) Zusammenhänge, über Sprache und Zeichnung aktualisieren, daß sie bei ihrer Suche nach Verstehen und Verständigung an Zielen ausgerichtet sind und daß sich in jedem kommunikativen Austausch auch wertschaffendes Interesse und wertorientierte Einstellungen kundtun. Die gegebene Beobachtungssituation kann nun dahin gehend interpretiert werden, daß beide ihre Aufmerksamkeit auf das außersprachliche Ziel der Herstellung einer Zeichnung und der Vermittlung ihres Sinns und ihrer Bedeutung an den Kommunikationspartner richten sowie auf das sprachliche Ziel der Analyse und Kategorisierung der verwendeten sprachlichen

Zeichen. In der Äußerung beispielsweise »Was meinst du mit Hau?« finden diese beiden Seiten der Zielverwirklichung ihren wahrnehmbaren Ausdruck. Der erwachsene Kommunikationspartner (A. W.) erwartet vom Angesprochenen (Mark) eine Antwort darauf zu erhalten, was er malt, und gleichzeitig darauf, was »Hau« hier bedeutet. Mark darf dabei sein außersprachliches Ziel (Zeichnung) nicht aus dem Auge verlieren; zudem muß er sich dabei einerseits seiner selbst als Sprecher und Hörer bewußt werden, indem er einen »Abstand« zu seinen eigenen sprachlichen Aktivitäten gewinnt, und andererseits muß er die ins Spiel gebrachten Wortformen (»Frau«, »Mann«, »draußen«) als Gegenstand seines Erkennens von der Wirklichkeit, für die sie stehen, trennen. Diese implizite doppelte abstrahierende Aktivität findet sich ebenso auf der Ebene der intra- und interindividuellen Werte. Beide müssen die beidseitige Hochschätzung des zeichnerischen Produktes aufrecht erhalten und dürfen gleichzeitig keine größere Abneigung gegen die offensichtlichen Kommunikationsschwierigkeiten und ihre gegenständliche Seite empfinden, um weiterhin moralisch zur »Verwertung« der angebotenen Hilfen bereit zu sein. Die ärgerliche Antwort am Ende der Sequenz mag ein Indiz dafür sein, daß Mark diese Situation allmählich als belastend empfindet.

Ist Mark, so könnte man weiterfragen, ein sprachbehindertes Kind? Eine Beantwortung dieser handlungstheoretisch so falsch gestellten Frage würde jegliche Dynamik verkennen, die auch in dieser Situation enthalten ist; sie würde lediglich zur Zuschreibung von Eigenschaften führen, von denen man nicht wüßte, wie und zu welchem Ziel sie in einem pädagogisch strukturierten Prozeß veränderbar sein sollten. Der Dynamismus der Handlung auch dieses Kindes verträgt offenbar keine »statistische« Betrachtung. Mark erlebt sich und sein sprachliches Handeln vermutlich als erfolgreich. So gesehen, findet er hier Bedingungen vor, die es ihm ermöglichen, seine von ihm für wertvoll erachteten Ziele mit seinen sprachlichen und zeichnerischen Mitteln sowie seinem sprachlichen und zeichnerischen Wissen zu verwirklichen. Seine Handlungen gelingen ihm auch des-

halb, weil die erwachsene Bezugsperson — in dieser Situation jedenfalls — seine Leistungen nicht ausschließlich nach außerindividuellen Normen bemißt und ihm so gewisse Minderwertigkeiten zuschreibt — insgesamt also ein Beispiel situativ gelungener Kooperation? Sicherlich, Mark ist sprachlich auffällig, mehr noch, er ist stark beeinträchtigt. Ob er in seiner Entwicklung behindert wird oder ist, läßt sich hier nicht beantworten. Dies zu ermitteln, müßte man notwendigerweise über diese situative Analyse hinausgehen und seine Biographie explorieren. Erst so würden die jetzigen Handlungsformen als Resultante der Beziehungen dieses Kindes zu den Personen, Gegenständen und Ereignissen seiner Lebenswelt verstehbar und veränderbar.

5. *Schlußfolgerungen*

Eine der Leitfragen im Rahmen einer pädagogisch begründeten Sprachtherapie scheint folgende zu sein: Von welcher Art ist der Prozeß, bei dem bestimmte Menschen (Kinder, pädagogische Bezugspersonen und therapeutische Fachkräfte) in einer bestimmten Phase ihrer Entwicklung aufeinander einwirken (also miteinander handeln), dabei ihren Sprachgebrauch und ihr Sprachwissen zielgerichtet, begrifflich strukturiert und wertorientiert verändern?

Mit dieser Leitfrage sei die Notwendigkeit und Fruchtbarkeit der genetischen Perspektive für eine sprachbehindertenpädagogische Konzeptbildung betont, d. h. die Verflechtung des (Sprach-)Lernprozesses mit der Entwicklung. Ihre objektivierten Formen in der Therapie haben aus handlungstheoretischer Sicht bestimmten Ansprüchen zu genügen. Unter der gegebenen Problemstellung können folgende allgemeine Empfehlungen gegeben werden:

- rekonstruieren, mit welcher »Handlungstheorie« das Kind und die jeweiligen pädagogischen Bezugspersonen einem Problem gegenüberstehen und es lösen;
- die pädagogisch gedachten Ziele der Therapie aufgrund der geplanten und realisierten Wege verstehen und beurteilen und die pädagogisch angeleiteten Wege von den

Zielen der Beteiligten her reflektieren und strukturieren;

- bei der Durchführung und Gestaltung von therapeutischen Situationen berücksichtigen, daß die Ziele und die damit vorbestimmten Tätigkeiten der Beteiligten genauso von ihrer begrifflichen Strukturierungsfähigkeit abhängen wie von entwickelten Wertkonzepten und normativen Bezugssetzungen;
- erkennen, daß eine klassifizierte Sprachstörung per se weder spezifische Materialien noch bestimmte Methoden in der Therapie erfordert;
- sich bei der Wahl und dem Gebrauch von Materialien sowie dem Einsatz von Methoden der impliziten Handlungstheorien (»Alltagstheorien«) bewußt werden und sie in der Anpassung an das Problem verändern;
- in Betracht ziehen, daß, wie jede Methode, auch die der gemeinsamen Dokumentation von Sprachlernprozessen in Form objektivierter Darstellungen im »Therapieheft« nicht vom Gegenstand und der Theorie der Betroffenen zu trennen ist;
- die Voraussetzungen dafür erkennen, daß ein »Therapieheft« dann ein nützliches Hilfsmittel ist und sein Gebrauch in der Therapie dann eine nützliche Methode darstellt, wenn es bei der gemeinsamen Tätigkeit der am sprachtherapeutischen Prozeß Beteiligten so gestaltet und verwendet wird, daß es jederzeit im Dienste gemeinsamer Problemlösung und Zielverwirklichung stehen kann;
- sich bei der gemeinsamen Gestaltung eines »Therapieheftes« nicht auf die sprachlichen und grafischen Zeichen »an sich« konzentrieren und diese »für sich« beurteilen, sondern darauf, was sie den Betroffenen bedeuten;
- verhindern, daß die Beteiligten zum Gegenstand »Therapieheft« unter dem ausschließlichen Gesichtspunkt der Leistung (als eine bestimmte Form normierten Handelns) in eine Beziehung treten, die nicht so sehr von seinem Inhalt und seiner Bedeutung für die Betroffenen, sondern vielmehr vom Charakter der ausschließlichen Produktorientiertheit geprägt ist;
- die Bedeutungskonstruktionen der Beteiligten aktiv unterstützen und zielgerichtet mo-

derieren sowie beim Einsatz des »Heftes« realisieren, daß das Kind und die pädagogischen Bezugspersonen nur das üben können, was sie können können, und nicht das, was sie können müßten;

— Aufgaben und besondere Anforderungen pädagogisch so organisieren und methodisch so arrangieren, daß den Beteiligten eine sinnvolle sprachliche und grafische (Mit-)Gestaltung ermöglicht ist.

6. Schlußbemerkung

»Gutes Sprechen« und »schöne Bilder« können offensichtlich nicht diktiert werden; eine von Therapeut(inn)en und pädagogischen Bezugspersonen aufgezwungene Gestaltung ist keine. Unter der Voraussetzung der psycholinguistisch fundierten Annahme, daß Kinder nicht »Sprache an sich« oder »Wortbedeutungen an sich« lernen und begreifen, sondern vielmehr Worte in Situationen sinnvollerweise verwenden, Bedeutungen selbst aufbauen und verändern, (verfügbare) Begriffe sprachlichen Formen zuordnen und umgekehrt Begriffe mittels sprachlicher Formen und Funktionen weiter entwickeln und differenzieren, müssen Materialien und Methoden in der Sprachtherapie in den Dienst eben eines solchen Prozesses gestellt werden. Deshalb berücksichtigt eine pädagogisch begründete Sprachtherapie — mit einem »Therapieheft« als einem Hilfsmittel von vielen möglichen — die funktionalen und prozessualen Aspekte sprachlichen und grafischen Handelns.

Literatur

- Bertoud-Papandropoulou, J.: An experimental study of children's ideas about language. In: Sinclair, A., Jarvella, R. J., und Levelt, W. J. M. (Hrsg.): The child's conception of language. Berlin, Heidelberg, New York 1978, S. 55—64.
- Bronckart, J. P., und Sinclair, H.: Genfer Untersuchungen zur genetischen Psycholinguistik. In: Steiner, G. (Hrsg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VII. Zürich 1978, S. 975—991.
- Hartung, W.: Zum Inhalt des Normbegriffs in der sprachlichen Kommunikation. In: Hartung, W., et al.: Normen in der sprachlichen Kommunikation. Berlin (DDR) 1977, S. 9—69.
- Holzcamp, K.: Grundlegung der Psychologie. Frankfurt, New York 1983.

Karmiloff-Smith, A.: The interplay between syntax, semantics and phonology in language acquisition processes. In: Campbell, R. N., und Smith, P. T. (Hrsg.): Recent advances in the psychology of language: language development and mother-child interaction. New York 1978, S. 1—23.

Karmiloff-Smith, A.: Micro- and macrodevelopmental changes in language acquisition and other representational systems. Cognitive Science 3 (1979), S. 91—118.

Piaget, J., und Inhelder, B.: Die Psychologie des Kindes. Frankfurt a. M. 1977.

Welling, A.: Zeitliche Orientierung und sprachliches Handeln. Handlungstheoretische Grundlagen für ein pädagogisches Förderkonzept. Frankfurt a. M., Bern, New York, Paris 1990.

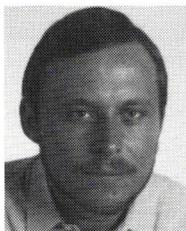
Anschrift des Verfassers:

Dr. Alfons Welling
 Institut für Behindertenpädagogik
 Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13
 Dipl.-Päd. Dr. Alfons Welling ist Hochschulassistent am Institut für Behindertenpädagogik der Universität Hamburg; mehrjährige Tätigkeit als Grund-, Haupt- und Sonderschullehrer und als Sprachtherapeut (in freier Praxis).

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied
 der dgs sind:
 Bitte, benachrichtigen Sie bei
 Anschriftenänderungen
 unmittelbar den Verlag:

Verlag
 Wartenberg & Söhne GmbH,
 Theodorstraße 41 w,
 2000 Hamburg 50.



Uwe Förster, Hannover

Die Untersuchung aphasiebehinderter Menschen in alltäglichen Kommunikationssituationen

Zusammenfassung

In der Sonderpädagogik und somit auch in der sprachtherapeutischen Praxis zeigt sich durch den sogenannten Paradigmenwechsel eine Verschiebung des Schwergewichts: weg vom Diagnostizieren und konventionell-medizinischen Versorgen, hin zum Nachvollziehen, Verstehen, Akzeptieren bestimmter Krankheitsaspekte und geplanter Nachsorge. Dies führt auch weg von der Alternative: entweder vollständige Heilung oder Dauerbehandlung als chronischer Patient — hin zu einem Akzeptieren abweichender Verhaltensformen und Unterstützung produktiver Aspekte. Somit ergibt sich die Erweiterung des (sprach-)therapeutischen Denkens um den Versuch der gezielten (Um-)Gestaltung sozial fremder Lebenswelten mit dem Ziel zunehmender Autonomie des behinderten Menschen. Für den Bereich der Aphasiediagnostik muß das bedeuten, erst einmal Informationen über den sprachbehinderten Menschen und sein soziales Umfeld zu erhalten. Dazu ist es erforderlich, nicht nur die sprachliche Symptomatik mittels Tests zu erfassen, sondern das Augenmerk auch auf das betroffene Individuum zu richten. Insbesondere die Kenntnis über die individuellen — alltags-sprachlichen — Anforderungen an den aphasiebehinderten Menschen ist von diagnostischer Relevanz. Erst dadurch wird das Ziel, zunehmende Autonomie für den Behinderten zu erreichen, therapeutisch umsetzbar.

1. Problemstellung

Es stellt sich die Frage, wie ein von Aphasie betroffener Erwachsener lernen kann, mit seiner Lebenswelt (z. B. Familie, Arbeit usw.) — auch mit ihren unveränderbaren Bedingungen — umzugehen. Es muß nach Möglichkeiten gesucht werden, wie (sprach-)behindernde Faktoren in der jeweiligen Lebenswelt beseitigt oder verändert werden können (z. B. durch alltagspraktische Hilfen). Dies ist therapeutisch-pädagogisch nur adäquat vorzubereiten, wenn entsprechende Informationen über die betreffende Lebenswelt beste-

hen. Ein Diagnostiker, der die Lebens- oder besser: *Alltagswelt* von sprachbehinderten Menschen untersucht, muß diese möglichst wie seine eigene Welt, aus der er stammt, kennenlernen.

Nach *Knura* (1980, S. 55 f.) sollte sprachbehindertenpädagogische Diagnostik darauf abzielen,

- »— die jeweilige Sprachstörung in ihrer Struktur und Regularität, in ihrem Bedingungsgefüge und ihrer Entwicklungsdynamik möglichst genau zu erkennen,
- ihre Bedeutung für das individuelle Erleben und Verhalten des betroffenen Menschen, für seine personale und soziale Entwicklung und für seine kommunikativen Möglichkeiten sorgfältig zu erschließen,
- pädagogische Notwendigkeiten in bezug auf Therapie, Erziehung und Unterricht plausibel abzuleiten und Wege für ihre Realisierung vorzuschlagen«.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es notwendig, medizinische Informationen über Ätiologie und Genese der Erkrankung und linguistische Methoden bei der Sprachanalyse einzubeziehen; denn:

»Die pädagogische Sichtweise erfordert es, Sprachstörungen nie isoliert, sondern nur zusammen mit ihrer Bedeutung für den betroffenen Menschen und seine sozialen Bezüge zu betrachten. Aus dieser umfassenden Vorflochtenheit von Sprachstörungen mit Persönlichkeit, Erleben und Verhalten des Betroffenen leitet sich die besondere Erziehungsbedürftigkeit des Sprachbehinderten ab. Die therapeutische Verantwortlichkeit des Sprachheilpädagogen ist deshalb nicht auf die isolierte Behebung des Sprachproblems beschränkt« (*Knura/Neumann* 1980, S. 165).

Der vorliegende Beitrag geht davon aus, daß Sprachdiagnostik nicht nur die jeweilige Sprachstörung zu erkennen, sondern vor allen Dingen ihre Bedeutung für das individuelle Erleben und Verhalten des betroffenen

Menschen, für seine personale und soziale Entwicklung und für seine kommunikativen Möglichkeiten sorgfältig zu erschließen hat (vgl. Knura 1980, S. 3).

2. Aphasiediagnostik

Aphasieformen können kausal, deskriptiv oder kommunikativ klassifiziert werden, »je nachdem, ob die zugrundeliegende Störung, das sprachliche Erscheinungsbild oder die Wirkung auf einen Kommunikationspartner in den Blick genommen wird« (Peuser 1978, S. 271). Bei der pragmalinguistischen Betrachtung steht der soziale Aspekt von Sprache, also Sprache in ihrer Funktion als Mittel der Kommunikation, im Vordergrund. Im Falle der Aphasie führen Sprachstörungen zu Problemen der sprachlichen/sozialen Handlungsfähigkeit. Im Blickpunkt des diagnostischen Interesses steht die Interdependenz neurologischer und interaktional-sozialer Systeme, d. h., inwieweit sich z. B. die hirnorganische Störung Aphasie auf die Bewältigung alltäglicher Kommunikationssituationen auswirkt und umgekehrt. Die zweifelsfrei notwendige medizinische und linguistische Diagnose muß in einen größeren Zusammenhang gestellt werden, als es üblicherweise bisher der Fall gewesen ist.

Eine aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht beschriebene Diagnostik beruht neben formalen Tests zunehmend mehr auf der mittels Beobachtung gewonnenen Datenbasis für eine deskriptive Erfassung des Sprach- und Kommunikationsverhaltens. Die Beobachtung, daß das sprachliche Ausdrucksvermögen keine absolute und damit intersubjektiv meßbare Größe darstellt, muß dazu führen, eine streng klassifizierende Diagnose-Methodik zu hinterfragen und Überlegungen zu einem anderen methodischen Zugang Raum zu lassen. Man kann sich sicherlich der Meinung von Green (1981) anschließen, die trotz beschriebener Beeinträchtigungen auf Aphasietestbatterien nicht verzichten möchte, da sie eine wichtige Rolle in der Diagnose und Behandlung spielen. Allerdings sollten sie nicht nur die *einzig*e Methode der Diagnostik sein, sondern durch andere Verfahren ergänzt werden, die den Blickpunkt mehr auf die betreffenden Perso-

nen und ihre Kommunikation innerhalb der alltäglichen Umgebung richten.

2.1. Forderungen an die Aphasiediagnostik

a) Die klinische, labormäßig durchgeführte Aphasiediagnostik muß um das Element der Feldforschung ergänzt werden. Damit verbindet sich eine Veränderung des Status und der Rolle des Untersuchers. Das Verstehen im Diagnoseprozeß ist zweckgerichtet, also ein Verstehen, um zu ... therapieren. Dem beobachtenden Untersucher stellt sich folgende grundlegende Frage: Wofür stehen die beobachteten Anzeichen?

b) Diagnose und Therapie sollten zwei sich ergänzende Prozesse sein. Zum einen sind die mittels Diagnose erhobenen Daten Voraussetzung für eine therapeutische Intervention, zum anderen aber durchdringen sich beide Maßnahmen: Diagnose wird als Verlaufsdiaagnose verstanden, die nie abgeschlossen ist, sondern den gesamten Therapiezeitraum überdauert. Im Verlauf des Diagnoseprozesses geht es zunächst um eine möglichst ganzheitliche Erfassung und unverfälschte Beschreibung von Alltagswelten sowie der in diesen Welten enthaltenen subjektiven Erfahrungen.

c) Aphasiediagnostik muß (zunächst) feststellen, wie die individuelle Alltagswelt eines von Aphasie Betroffenen determiniert ist. Zunächst muß sie erfaßt und bezüglich gemachter Erfahrungen untersucht werden. Es soll demgemäß alltägliches Verhalten in der alltäglichen Umwelt als komplexes Geschehen beobachtet und erklärt werden. Es ist von hoher Relevanz, die Sinnstrukturen der Individuen, ihre Welt- und Selbstsicht sowie ihre Interaktionskompetenz situativ zu erschließen. Für den Untersucher ist es wichtig zu beobachten, wie diese genannten Fähigkeiten in alltäglichen interaktiven Prozessen generiert, eingesetzt bzw. modifiziert werden.

d) Aphasiediagnostik muß — wenn möglich — ein bzw. mehrere Mitglied(er) des sozialen Umfeldes in die Untersuchung als Informanten einbeziehen. Im Prozeß des Verstehens durch Miterleben kommt es darauf an, diagnostisches Erfahrungsmaterial in einen Bedeutungskontext zu stellen, der sich in der Alltagswelt fundiert. Es ist relevant zu unter-

suchen, wie der Partner des sprachbehinderten Menschen Sinn in dessen Handeln einlegt. Er ist es, der aufgrund des Zusammenlebens Informationen über den behinderten Menschen in all seinen sozialen Bezügen, seiner individuellen Situation sowie in seinen spezifischen Problemen geben kann. Das soziale Umfeld kann allerdings nicht nur als direkter Informationsgeber verstanden werden, sondern muß darüber hinaus zum Gegenstand der Untersuchung werden. Aphasie verursacht auch Krisen der Umgebung, die wiederum auf den Betroffenen zurückwirken.

e) Aphasiediagnostik darf sich nicht nur auf den als Aphasiker geltenden Menschen selbst richten, sondern muß um die Untersuchung des sozialen Umfeldes erweitert werden. Erst durch diese Dimension wird Aphasie aus ganzheitlicher Sicht als Ursache für eine Beeinträchtigung des gesamten (familiären) Kommunikationssystems verstehbar.

2.2. Diagnose als Rekonstruktion der Alltagswelt

Für die Sprachbehindertenpädagogik erscheint die Rekonstruktion der Alltagswelt ihrer Klientel insbesondere da von eminenter Bedeutung, wo Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen nur im Rahmen spezifischer Kontexte auftreten bzw. situative Momente den Grad der Störungen bedingen. In diesem Sinne werden einige Störungen häufig nur erklärbar und/oder verstehbar, wenn sie aus der Perspektive des Symptomträgers rückverfolgt und interpretiert werden. Um diese Informationen zu erhalten, muß der Schritt von der diagnostisch-klinischen Laborsituation zur *Feldstudie* erfolgen: Der Untersucher sollte möglichst vielfältige (Kommunikations-) Situationen mit seinem Klienten gemeinsam erleben und versuchen, aus dessen Perspektive das Geschehen zu rekonstruieren. Somit kann es gelingen, den Blick auf die soziale Realität und die Lebensprobleme zu richten.

Der Aphasie-Diagnostiker ist aufgrund der Kommunikationsprobleme des zu Untersuchenden auf eigene Beobachtung und auf Informationen von Dritten angewiesen, um die Alltagswelt des erwachsenen Aphasikers zu

rekonstruieren. Die Notwendigkeit einer derartigen Rekonstruktion ergibt sich aus der Schwierigkeit, daß sich die Aphasie — analog zum Stottern — als sehr abhängig von den die Kommunikation begleitenden Umständen erweist, sich also dynamisch und prozeßhaft zeigt. Das bedeutet, daß sich auch die Untersuchungsmethoden als flexibel erweisen müssen, um diesem prozeßhaften Charakter der Störung gerecht zu werden. Da sich das aphasisch gewordene Individuum und seine Bezugspersonen — und ihr Verhältnis zueinander — kontinuierlich verändern, kann auch die Sprache bzw. ihre Symptomatik nicht unbeeinflußt davon bleiben.

In der Alltagswelt kommen keine Störungen vor, alles geht seinen gewohnten Gang, das eigene Handeln ist problemlos gesteuert, alles fügt sich mit Selbstverständlichkeit ineinander. Die lebensweltliche Ungestörtheit sichert den direkten Realitätskontakt, die alltägliche Routine, das angstfreie Weiterleben (vgl. *Sommer* 1980). Sprache formt die Alltagswelt. Daher zeigt sich die Alltagswelt wesentlich als eine sprachlich verfaßte Welt, in der sie die Realität konstituiert. Gegenstände und Ereignisse, Subjekte und Handlungen werden durch Sprache zu dem, was sie sind. Sprache begründet eine alltägliche Intersubjektivität, indem sie Interaktionen ermöglicht und steuert. Folgende Merkmale werden als für die Alltagssprache konstitutiv erachtet:

- Kommunikationsfähigkeit ist wichtiger als Sprachrichtigkeit
- Weitgehender Verzicht auf (sprachlich vermittelte) Informationen, die dem Gesprächspartner aufgrund des Kontextes bekannt sind
- Gute Rückmeldungsmöglichkeit der Kommunikationspartner, z. B. bei fehlendem Verständnis
- Möglichkeit, Erweiterungen und Modifikationen während des kommunikativen Prozesses vorzunehmen.

3. Alltagsorientierte Aphasiediagnostik

3.1. Basis-Untersuchung

3.1.1. Teilnehmende Beobachtung

Mit ihr kann es am ehesten gelingen, menschliche Erfahrungen, fremdes Denken

Abbildung 1: (Möglicher) Ablauf einer alltagsorientierten Aphasiediagnostik

	A) <i>Teilnehmende Beobachtung</i>	B) <i>Interview</i>	C) <i>Fragebogen</i>
I. Basis-Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> — Ansatz zur Beschreibung von Kommunikationssituationen — Beobachtung funktioneller Kommunikation aphasischer Erwachsener — Funktionelle Lebensskala — Profil der kommunikativen Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> — Critical Incident Technique 	<ul style="list-style-type: none"> — Themenbereiche zur Erfassung der voraphasischen Kommunikation — Fragebogen zum Überblick über den persönlichen und kommunikativen Stil — Erhebung kommunikativer Bedürfnisse
	A ₁) Neuropsychologisch-hirnpathologische Untersuchung	B ₁) Porch Index of Communicative Ability	
II. Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten in alltäglichen Kommunikationssituationen	<ul style="list-style-type: none"> A) — Funktionell communication profile — Communicative effectiveness test B) — Freie Sprachproben → (Konversationsanalyse) C) — Untersuchung nonverbaler Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> — Communicative abilities in daily living — Sprachliches-Vermögen-im-Alltag-Test 	

Fallstudie

Anmerkung: Innerhalb der Basis-Untersuchung (I) ist aus den Methoden A bis C jeweils mindestens ein Verfahren heranzuziehen; gleiches gilt für den Bereich A₁ und B₁. Aus diesen Daten ergeben sich Hinweise für die Auswahl eines Verfahrens aus dem Komplex II/A. Abschließend sollte die verbale (B) und die nonverbale Kommunikation (C) untersucht werden. Alle erhobenen Daten münden in die Fallstudie ein.

und Fühlen, andere Realitätskonstruktionen und Sinnzusammenhänge nicht nur logisch rational zu verstehen, sondern auch emotional nachzuvollziehen. Dieser Methode fallen die ersten entscheidenden Aufgaben innerhalb der Diagnosefindung zu, sie muß die konkreten Problemstellungen des Denkens und Handelns, mit denen sich die untersuchten Personen alltäglich befassen, ermitteln und formulieren (vgl. *Eberwein et al.* 1984, S. 369 ff.). Man geht von der Prämisse aus, daß das, was unausgesprochen bleibt, weil es die Handelnden als selbstverständlich voraussetzen, dennoch am ehesten durch Beobachtung ihrer Alltagshandlungen in möglichst vielfältigen situativen Kontexten erschlossen werden kann. Innerhalb der Sozialforschung ist die teilnehmende Beobachtung die Methode, die durch eine besondere Nähe zu der im Alltagshandeln natürlicherweise praktizierten Erfahrungsgewinnung zu kennzeichnen ist. Über Beobachtungen durch die Sinnesorgane wird dem (als Diagnostiker tätigen) Menschen der Zugang zur Welt — in diesem Falle des von Aphasie be-

troffenen Individuums — vermittelt. Darüber hinaus können Teilnahme und Beobachtung als Basiselemente menschlicher Kommunikation betrachtet werden.

Versteht man die teilnehmende Beobachtung als Methode, die die konkreten Problemstellungen des (sprachlichen) Handelns einer von Aphasie betroffenen Person ermittelt, so können daraus Indikatoren für die Auswahl weitergehender differenzierter Untersuchungsverfahren ermittelt werden. Das würde bedeuten, daß nicht jeder Mensch, der als Aphasiker gilt, mit dem gleichen Diagnoseschema untersucht wird, sondern daß im wohlverstandenen Sinne des Wortes eine Differentialdiagnose mit einem differenzierten Untersuchungsdesign erfolgen könnte. Für jeden einzelnen Fall werden also die erforderlichen Verfahren so zusammengestellt, daß sie der individuellen Problemstellung des von Aphasie Betroffenen gerecht werden. Methodische Voraussetzung wäre, daß der Untersucher im Sinne der unvollständig teilnehmenden Beobachtung z. B. am (klinischen) Alltag

seines Klienten teilnimmt und dessen alltägliche Erfahrungen und Erlebnisse teilweise auf Video bzw. Kassette aufzeichnet. Es wird zunächst das Verhalten des Beobachteten beschrieben, was keine Probleme aufwerfen dürfte. Schwieriger dürfte sich die Notierung der dem Verhalten beigemessenen Bedeutung gestalten, da hier der Untersucher erstmalig die Perspektive des Beobachteten einzunehmen hat.

Als Beispiel ist das Beobachtungsverfahren von *Holland* zu nennen: Die Beobachtung funktioneller Kommunikation aphasischer Erwachsener; *Holland* (1982) entwickelte ein Instrument zur Beobachtung funktioneller Kommunikation aphasischer Erwachsener. Es ist ein Versuch, die Nützlichkeit systematischer Beobachtungen in alltäglichen Umgebungen als Mittel zur Erweiterung des Verständnisses für behinderte Sprecher zu erfassen. Ziel ihrer Studie war, Informationen über aphasische Kommunikation durch die Beobachtung der tagtäglichen Interaktion im Hause der Personen zu gewinnen. Die Beobachter zählten einfach die tatsächlich beobachteten Verhaltensweisen, die für sie von Interesse waren, und trugen sie entweder als Erfolg oder als Mißerfolg in die jeweiligen Spalten des Beobachtungsbogens ein; z. B. wurde auf die Frage »Wo ist der Schraubenzieher?« die Antwort des Patienten »gut« als Mißerfolg eingestuft. Der Beobachter mußte also eine Reihe von Fragen über die Qualität der Interaktion beantworten und dazu Strategien, die die aphasische Person bei der Bewältigung kommunikativer Probleme benutzt hatte, auflisten und Beispiele geben.

Weitere Möglichkeiten, alltägliche Kommunikationssituationen von aphasiiebehinderten Erwachsenen zu beobachten, bieten die »Funktionelle Lebensskala« (vgl. *Sarno* 1973) und das »Profil der kommunikativen Umgebung des erwachsenen Aphasikers« (vgl. *Lubinski* 1981). Alle Verfahren zeichnen sich dadurch aus, daß sie

- überwiegend Merkmale der Feldforschung tragen,
- direkte therapeutische Maßnahmen nach sich ziehen können,
- Aspekte der Alltagswelt im Sinne des sozialen Umfeldes der von Aphasia Betroffene

nen beschreiben — vor allem hinsichtlich der kommunikativen Bedingungen,

- Mitglieder des sozialen Umfeldes nicht nur als Informanten für, sondern auch zu Subjekten der Untersuchung machen. Die Beobachtungen beziehen sich also nicht nur auf den aphasiiebehinderten Menschen, sondern auf ihn als Mitglied eines Systems.

3.1.2. Das Interview

Es hängt vom jeweiligen Interviewtyp ab, inwieweit dessen Regeln formalisiert sind: So lassen sich das standardisierte Interview vom klinischen sowie vom offenen sozialwissenschaftlichen Interview unterscheiden. Im standardisierten Interview der Sozialwissenschaften wird die Kommunikation auf ein einseitiges Frage- und Antwortspiel beschränkt. Die Aktivität des Interviewers beschränkt sich dabei auf die vorab festgelegte Vorgabe einer Reihe von standardisierten Stimuli. Darüber hinaus richtet sie sich nach dem Initialangebot des einen Erzählanreizes hier ausschließlich auf die Aufrechterhaltung des Gesprächs, wobei auch hier schon auf das Gesagte verstehend eingegangen werden muß, um das Gespräch fortsetzen zu können.

Das Interview ist ein nahezu durchgängig anzutreffendes Element der Aphasiediagnostik. Insbesondere zur Evozierung der sogenannten Spontansprache wird das Interview als Untersuchungsmethode eingesetzt. Damit wird dann häufig das Ausmaß der Kommunikationsstörung eingeschätzt. In den deutschsprachigen Verfahren werden z. B. in der Neuropsychologisch-hirnpathologischen Untersuchung von *Leischner* (1979) Fragen gestellt, durch die nicht vorhandene Spontansprache provoziert werden soll. Es sollte ein Gespräch entstehen, in dem der Untersucher nur Sprechanregungen gibt.

Im Aachener Aphasietest (AAT) (vgl. *Huber* et al. 1982) wird ein semi-standardisiertes Interview geführt, um über die (Untersuchung der) Spontansprache einen kommunikativen Kontakt zum Patienten aufzubauen. Die Kommunikation wird auf ein einseitiges Frage- und Antwortverhalten beschränkt, die Aktivität des Interviewers reduziert sich dabei auf die vorab festgelegte Vorgabe einer Reihe von standardisierten Stimuli. Es wird beim Inter-

view im AAT davon ausgegangen, den Einfluß des Untersuchers auf den interviewten Erwachsenen mit Aphasie möglichst genau zu kontrollieren.

Als Beispiel eines methodologisch alternativen Vorgehens wird die Technik von *Flanagan* (1954) beschrieben: Die Critical Incident Technique (CIT). Die CIT gilt als ein Verfahren, um relevante Daten hinsichtlich des Verhaltens in definierten Situationen zu sammeln. Sie benötigt eine detaillierte Beschreibung der Situation, des Ereignisses oder der Aktivität. Im Zusammenhang mit der Untersuchung von Erwachsenen mit Aphasie wurde die CIT angewendet, um eine Anzahl von Beschreibungen der Interaktion eines jeden Probanden mit den Ehepartnern, sowohl vor als auch nach der Erkrankung, zu erhalten. Von diesen Beschreibungen sollten dann Rückschlüsse auf Änderungen im Rollenverhalten und in den Verhaltensmustern gezogen werden. Die angewandten Interviewformen hängen im wesentlichen von dem Gebrauch offener Fragen und leitender Aussagen ab. Zum Beispiel könnte eine Ehefrau gefragt werden: »Wie haben Sie und Ihr Ehemann Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Erziehung Ihrer Kinder gelöst?«, oder sie könnte dazu bewegt werden, durch eine einleitende Bitte wie z. B.: »Erzählen Sie mir, was passierte, wenn Sie mit Ihrem Ehemann über die Erziehung der Kinder uneinig waren«, Informationen zu geben. Die CIT befaßt sich demgemäß mit der Kommunikation zwischen Ehepartnern. Jeder Proband wird gebeten, zwei Ereignisse zu beschreiben, in denen er seine kommunikative Interaktion mit seinem aphasischen Ehepartner vor Beginn der Aphasie darstellt. Dann wird er aufgefordert, mindestens zwei Ereignisse zu beschreiben, die die gegenwärtige kommunikative Interaktion mit dem aphasischen Ehepartner darstellen. Die Interviewer bitten die Probanden, spezifische Details des Zeitpunkts, des Orts, der beteiligten Personen und dessen, was im berichteten Ereignis gesagt wurde, zu beschreiben. Wenn die Probanden Schwierigkeiten bei der Beschreibung eines Ereignisses haben oder wichtige Informationen auslassen, forscht der Interviewer nach weiteren spezifischen Details.

Wenn die Probanden nicht in der Lage sind, nach drei zusätzlichen Ansätzen des Interviewers zusätzliche Details über ein bestimmtes Ereignis zu liefern, unterbricht der Interviewer seine Nachforschungen und bittet den Probanden, das nächste Ereignis zu beschreiben. Jedes Interview ist auf etwa eine Stunde beschränkt; die Hälfte davon wird benutzt, um Beschreibungen der kommunikativen Interaktion vor der Aphasie, und die restliche Zeit, um Beschreibungen über die gegenwärtige kommunikative Interaktion zu erhalten.

Das Interview wird ebenso wie die (teilnehmende) Beobachtung als Basisuntersuchung, als Einstieg des Diagnostikers in die individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles betrachtet. Nicht zuletzt durch die Gegenüberstellung von kommunikativen Leistungen, die vor, und solchen, die nach der Erkrankung bestehen, kann sich der Untersucher einen adäquaten Eindruck von der Gesamtsituation verschaffen.

3.1.3. Fragebogen

Ihre Relevanz im Rahmen der Aphasie-Diagnostik ergibt sich aus denselben Gesichtspunkten, die bereits für die Beobachtung und das Interview genannt wurden, nämlich Vertrautwerden des Diagnostikers mit der Person und dem sozialen Umfeld des zu Untersuchenden und Informationen über prä-morbide, kommunikative Fähigkeiten und Bedürfnisse usw.

Als ein Beispiel wird der Fragebogen von *Swindell* et al. (1982) vorgestellt: Ein Fragebogen zum Überblick über den persönlichen und kommunikativen Stil. Mit der Untersuchung von Variablen, die die Prognose von Aphasikern beeinflussen können, befaßt sich der Fragebogen von *Swindell* et al. (1982). Sie entwickelten ein Inventar von Merkmalen, die quantitativ mit der kommunikativen Restitution korrelierten und die nicht von den Patienten als Informanten abhingen. So erarbeiteten sie einen Fragebogen für Familien. Die erste Erhebung bewertet den sogenannten persönlichen Stil. Dazu wird eine Fünf-Punkte-Skala benutzt, um den Patienten in den Bereichen Humor, Flexibilität, Problemlösung usw. einzuschätzen: z. B. »er/sie ist ein Perfektionist« oder »er/sie ist tolerant gegen-

über Unvollkommenheit«. Wenn er/sie tatsächlich ein Perfektionist ist, wird ein Punkt gegeben, ist er/sie tolerant gegenüber Unvollkommenheit, werden fünf Punkte gegeben. Die zweite Erhebung will den Kommunikationsstil des Patienten erfassen. Es wurden Aussagen entwickelt, die den aphasischen Patienten als Kommunikationspartner in den Bereichen Schreiben, Lesen, Sprechen, Hören und nonverbales Verhalten zu beschreiben versuchen. Es wird ein Pluszeichen gegeben, wenn die Aussage den Patienten beschreibt, ein Minuszeichen, wenn sie dies nicht tut. Die Autoren konstatieren, daß die so gewonnenen Daten sich dahin gehend interpretieren lassen, daß es unterschiedliche kommunikative Stile gibt und daß sie durch andere Personen zuverlässig eingeschätzt werden können.

Weitere Fragebogen wurden u. a. von *Green* (1984, »Themenbereiche zur Erfassung der voraphasischen Kommunikation«) und von *Greitemann* (1987, »Erhebung kommunikativer Bedürfnisse«) vorgelegt.

Der Einsatz von Fragebogen im Sinne einer Basisuntersuchung kann die Grundlage zu einem (besseren) Verständnis des Diagnostikers für den aphasieliefernden Menschen sein. Insbesondere Informationen über die voraphasische kommunikative und soziale Situation können mögliche Hinweise auf den vom Betroffenen empfundenen Schweregrad seiner Aphasie ergeben. Abschließend bleibt festzuhalten, daß Fragebogen als komplementäre, an den Beginn weiterreichender, differenzierter Untersuchungen gestellte Verfahren einsetzbar sind.

Nach der einleitenden Erhebung breit gefächerter Daten kann sich nun eine eingeschränkte Fragestellung und somit auch eine reduziertere Datenauswahl anschließen. Als methodischer zweiter Schritt nach dem Vertrautwerden mit dem sozialen Feld des von Aphasie betroffenen Erwachsenen kann sich die Untersuchung mehr auf die Aphasie im engeren Sinne konzentrieren. Hier geht es also um Klassifikation, Symptombeschreibung usw. Zwei Verfahren, die als »Zwischenschritt« von einer allgemeinen Datenerhebung hin zur Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten in alltäglichen Kommunikations-

situationen eingesetzt werden können, sind die »Neuropsychologisch-hirnpathologische Untersuchung« (vgl. *Leischner* 1979) und der »Porch Index of Communicative Ability« (vgl. *Porch* 1967); auf sie soll aber nicht näher eingegangen werden.

3.2. Die Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten in alltäglichen Kommunikationssituationen

Als möglicher nächster Schritt einer prozeßhaften Aphasiediagnostik sollten nun die kommunikativen Fähigkeiten einer von zentralbedingter Sprachstörung betroffenen Person in alltäglichen Kommunikationssituationen untersucht werden.

Unter Berücksichtigung der bereits genannten Prämissen einer alternativen Untersuchungsmethode (Feldforschung; Therapie-relevanz; Alltagsorientierung; Angehörige als Informationsgeber; Einbezug des Umfeldes) wird die Kommunikationsfähigkeit eines aphasieliefernden Individuums erfaßt, beschrieben und analysiert. Die Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten in alltäglichen Kommunikationssituationen soll u. a. aus folgenden Gründen als Mittelpunkt der Aphasiediagnostik betrachtet werden:

- Über gemeinsames — kommunikatives — Handeln entsteht ein Zugang zum anderen.
- Alltag als Rahmen von Untersuchungen impliziert Feldforschung.
- Das Therapieziel (Erweiterung der kommunikativen Fähigkeiten) setzt die diagnostische Beschreibung des Ist- und Soll-Zustandes voraus.

Als Beispiel für ein Verfahren zur Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten wird das FCP vorgestellt.

3.2.1. Functional Communication Profile (FCP)

Das FCP wurde von *Sarno* (1969) mit der Intention entwickelt, die intakten Sprachfunktionen von Aphasikern zu erfassen. Im Rahmen der Entwicklung des FCP konzentrierte man sich schwerpunktmäßig auf die Frage: *Wie* kommuniziert der Patient? Es sollten also die kommunikativen Fähigkeiten während einer Interaktion beurteilt werden. *Sarno* ging dabei von folgender Prämisse aus: Es

gibt eine Dimension sprachlicher Leistung — die funktionelle Leistungsfähigkeit — außerhalb der formalen Testdiagnostik. Diese Dimension spiegelt den Sprachgebrauch in alltäglichen Kommunikationssituationen wider.

Das FCP besteht aus 45 Parametern, welche kommunikative Verhaltensweisen sowie gewöhnliche Tätigkeiten erfassen. Alle Testpunkte beziehen sich auf das alltägliche Leben in der Stadt: z. B. »mit Geld umgehen«, »telefonieren«, »begrüßen« und »Stockwerke im Fahrstuhl angeben«. Die Absicht hierbei ist, auf einfache und sichtbare Art und Weise möglichst viele Informationen über die noch verbliebenen Kommunikationsfähigkeiten des Patienten zu erhalten. Testziele sind:

- die individuellen kommunikativen Fähigkeiten eines Patienten zu beschreiben und im Rahmen einer Punkteskala zu bewerten,
- den aktuellen Gebrauch der verbliebenen kommunikativen Fähigkeiten im alltäglichen Kontext zu erfassen.

Es können alle aphasischen Schweregrade erfaßt werden, z. B. auch die Kommunikationsfähigkeit eines Patienten, der zu keiner sprachlichen Äußerung mehr fähig ist, sich aber über Gestik und Mimik verständlich machen kann. Als Grundlage zur Beurteilung der einzelnen Testunterpunkte dient ein funktionales Interview, in dem u. a. die Themenbereiche Krankenhausaufenthalt, Familie, Arbeit usw. angesprochen werden können. Während des Gesprächs soll der Untersucher für alle Verhaltensweisen des Patienten sensibel sein. Dies gilt für jegliches Verhalten, das auf eine individuelle Kommunikationsfähigkeit hinweist, z. B. ob der Patient Dinge bemerkt, die sich im Raum befinden, Blickkontakt herstellt, verstört oder beunruhigt ist. Während der Kontakte ist eine Testatmosphäre zu vermeiden, und der Untersucher sollte keine schriftlichen Aufzeichnungen vornehmen. Die Rahmenbedingungen für die Untersuchung werden also individuell entsprechend den Möglichkeiten des Patienten und des Untersuchers hergestellt.

Es ist möglich, die Überprüfung im Park, im Krankenzimmer, auf dem Balkon, auf der Station oder in den Therapieräumen vorzunehmen.

Die Ergebnisse werden im Anschluß an die Interviews entlang einer Punkteskala von null bis normal eingetragen, wobei die Ergebnisse einmal als einzelne Ergebnisse für jede kommunikative Modalität ausgedrückt oder als Gesamtergebnis erfaßt werden. Dieses Gesamtergebnis reflektiert die noch verbliebene totale Kommunikationseffektivität, d. h., ein Gesamtergebnis von 62 Prozent weist z. B. darauf hin, daß die totale Kommunikationseffektivität des Patienten 62 Prozent seines prämorbidem Niveaus entspricht (vgl. Peuser 1978, S. 84).

Weitere, dem FCP entsprechende Verfahren sind der »Communicative Abilities in daily Living Test« (Holland 1980), der »Communicative Effectiveness Test« (Green 1982) und der »Sprachliches-Vermögen-im-Alltag-Test« (Blomert 1986). Eines der genannten Verfahren sollte zur Untersuchung kommunikativer Fähigkeiten in alltäglichen Kommunikationssituationen herangezogen werden. Darüber hinaus sollte auch die verbale Kommunikation eines von Aphasie Betroffenen exploriert werden; dies kann auf der Basis der Erhebung freier Sprachproben und ihrer Auswertung mittels Konversationsanalyse geschehen.

3.2.2. Die Untersuchung verbaler Kommunikation (Freie Sprachproben)

Bei der Untersuchung verbaler Kommunikation geht es darum, die systematischen Zusammenhänge zwischen aphasischer Symptomatik und spezifischen Formen sprachlicher Interaktion aufzudecken. Ausgangspunkt dafür ist u. a. die Analyse freier Gespräche. Durch dieses Vorgehen versucht man, sich dem Interaktionszusammenhang von Menschen, die als Aphasiker gelten, und deren Familien methodisch zu nähern. Es gilt also unter anderem, die Auswirkungen der aphasischen Symptome auf die Verständigungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Gesprächspartner zu ermitteln. Dabei ist es erforderlich, die sprachlichen Äußerungen der beiden Gesprächsteilnehmer in ihrer gegenseitigen inhaltlichen und formalen Abhängigkeit zu betrachten. Von außerordentlicher Relevanz ist auch die unmittelbare Antwort oder Reaktion des aphasiebehinderten Menschen auf die Aktivitäten des Gesprächs-

partners. Dies gibt Aufschlüsse darüber, wie der von Aphasie Betroffene z. B. mit sprachlichen Problemsituationen (Fehlern, Verständigungsproblemen) umgeht bzw. ob er diese Situationen wahrnimmt. Darüber hinaus ergeben sich Hinweise, ob er z. B. spontan selbst Fehler zu korrigieren versucht, ob das Individuum sich bei der Fehlerkorrektur auf eine Kooperation mit dem Therapeuten einläßt oder ob Fehlerkorrektur und Verständnissicherung gänzlich ausbleiben. Diese Beobachtungen decken auch Ansatzpunkte für individuell adäquate kompensatorische Techniken und Strategien (Umwegleistungen) auf. Das dazu erforderliche Datenmaterial sollte in Situationen gewonnen werden, die folgende Merkmale (freier Sprachproben) aufweisen: Interaktion zweier oder mehrerer Interaktionspartner; die Teilnahme ist freiwillig; die Kommunikation ist eingebunden in Handlungsabläufe; der sprachliche Austausch läßt den Teilnehmern mehr als eine sprachliche Verhaltensmöglichkeit offen; Materialien können vorgegeben sein, dürfen aber Themen und Handlungsverlauf nicht total festlegen; die Kommunikationspartner können institutionellen Zwängen (wie z. B. Therapieeinrichtungen) unterworfen sein (vgl. *Füssenich/Heidtmann* 1984, S. 12).

Es ist *Auer* (1981) zuzustimmen, der die Analyse der folgenden sprachlichen Situationen für vordringlich hält:

- Konversation zwischen Therapeuten und Aphasikern,
- Konversation zwischen Aphasikern und deren unmittelbaren Bezugspersonen (z. B. Ehepartnern),
- Konversation zwischen Aphasikern und ihnen unbekanntem und im Umgang mit ihnen unerfahrenen Normalsprechern.

Zur Auswertung bzw. Interpretation derartiger Situationen kann die Konversationsanalyse herangezogen werden. Unter Konversationsanalyse versteht *Kallmeyer* (1976, S. 4) die »empirische Erforschung von sprachlichen Texten, die in natürlichen Kommunikationssituationen hervorgebracht, mit elektronischen Mitteln aufgezeichnet und gespeichert sowie unter dem Gesichtspunkt der Strukturen des Kommunikationsablaufes, der Aktivitäten der beteiligten Interaktionspartner

und/oder der von diesen getätigten Bedeutungsvoraussetzungen und -zuschreibungen transkribiert und analysiert werden.«

3.2.3. Die Untersuchung nonverbaler Kommunikation

War bisher insbesondere von sprachlichen/verbalen (Un-)Fähigkeiten des von Aphasie Betroffenen und deren Auswirkungen auf die Kommunikation die Rede, so sollten auch die nonverbalen kommunikativen Fähigkeiten in der Diagnostik berücksichtigt werden.

Es ist zu untersuchen, inwieweit der nonverbale Bereich von der neurologischen Grunderkrankung mitbeeinträchtigt ist, ob er z. B. sprachkompensatorisch einzusetzen ist und somit die kommunikativen Fähigkeiten eines aphasiiebehinderten Menschen erweitern kann. Geht man von der Prämisse aus, daß der Interaktions- bzw. Lebenskontext das (nonverbale) Verhalten eines Menschen erst ermöglicht, wenn nicht sogar generiert, dann muß das Hauptaugenmerk der Betrachtung auf eben diesen Kontext gerichtet werden. Eine Analyse nonverbaler Verhaltenssollte nie aus den Augen verlieren, inwieweit sich nichtsprachliche Reaktionen und vorausgegangene Situation bedingen. Auch die Beurteilung, ob eine nonverbale Reaktion verbales Verhalten adäquat kompensieren kann, ist erst auf dieser Basis möglich. Es sollte den Diagnostiker nicht nur interessieren, *daß* eine nonverbale Informationsübermittlung erfolgreich war, sondern auch, *warum* deren Sinn verstanden wurde. Weitergehende Ausführungen zu diesem Bereich finden sich in den Arbeiten von *Blunk* (1985) und *Smith* (1987).

Nach den genannten Schritten der Datenerhebung muß sich deren Interpretation anschließen. Wie die Interpretation der aus der Alltagsforschung hervorgegangenen Dokumente vorgenommen werden kann, läßt sich nur andeutungsweise darstellen, weil vieles vom konkreten Forschungsfeld und den spezifischen Zielsetzungen abhängt. Mit *Koekleis-Stangl* (1980, S. 358 ff.) sollen unter Interpretation nur jene Verfahren verstanden werden, die bemüht sind, sich zunächst mit der *Gesamtkonstellation* des Materials über je eine Person zu beschäftigen. Als Möglichkeit dazu wird die Fallstudien-Arbeit angesehen.

3.3. Die Fallstudie

In Anlehnung an *Möckel* (1987, S. 296 f.) kann das Besondere der Fallstudie von zwei Aspekten her betrachtet werden:

1. Jede Fallstudie geht auf das Einmalige und Besondere ein.
2. Mit der Fallstudie gelangt man zum individuellen Menschlichen, also dahin, wo das Besondere durch Behinderung nur noch ein Teil-, jedoch nicht das ganze Thema ist. Es sollen das Menschlich-Einmalige eines bestimmten Schicksals möglichst genau erfaßt und die wissenschaftlich interessierenden Momente nachgezeichnet werden. Fallstudie meint aber auch immer die Nacherzählung einer Erfahrung.

Die Fallstudie versteht sich aus dieser Perspektive heraus als Klammer, die die jeweiligen Einzelergebnisse der Untersuchungen zueinander in Verbindung zu setzen versucht. Das heißt, erst aus der Gesamtheit der evaluierten Informationen wird ein verstehender Zugang zum Individuum möglich, da die Rekonstruktion seiner (kommunikativen) Handlungsstrategien und -möglichkeiten eine möglichst umfängliche und ganzheitliche Daten-Interpretation erfordert. Im Sinne des mathematischen Theorems, daß das Ganze mehr sei als die Summe der Teile, wird die Summe der Einzelresultate erst dadurch zur Fallstudie, daß ein gemeinsames Bezugssystem herangezogen wird, das mögliche Interdependenzen der erhobenen Daten aufdeckt.

4. *Schlußbemerkungen*

Im Rahmen der Aphasieforschung ist die Sprachbehindertenpädagogik bisher überwiegend durch Zurückhaltung aufgefallen; dies mag sehr unterschiedliche Gründe haben. Durch diesen Beitrag sollte noch einmal unterstrichen werden, daß man deutlich über die Sprachbehinderung »Aphasie« hinausblicken muß, um mit den davon betroffenen Menschen angemessene Lernprozesse initiieren zu können. Es wäre zu wünschen, daß die Sprachbehindertenpädagogik ihre diesbezügliche Sachkompetenz zukünftig deutlicher machen könnte.

Literatur

- Auer, J. C. P.: Wie und warum untersucht man Konversation zwischen Aphasikern und Normal-sprechern? (Zur Anwendung der Konversationsanalyse in der Aphasitherapieforschung.) In: Peuser, G., und Winter, S. (Hrsg.): *Angewandte Sprachwissenschaft*. Bonn 1981, S. 480—512.
- Blomert, L., Koster, Ch., Van Mier, H., und Kean, M.-L.: *Verbal Communicative Abilities of Aphasia Patients: The Everyday Language Test*. Nijmegen 1986.
- Blunk, R.: Möglichkeiten und Grenzen mimisch-pantomimischer Kommunikationshilfen bei Aphasie. In: Springer, L., und Kattenbeck, G. (Hrsg.): *Aphasie*. München 1985, S. 173—204.
- Eberwein, H., und Köhler, K.: Ethnomethodologische Forschungsmethoden in der Sonder- und Sozialpädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik* 30 (1984) 3, S. 363—380.
- Flanagan, J. C.: The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* 51 (1954), S. 327—358.
- Förster, U.: *Aphasiediagnostik als Verstehensprozeß: Qualitativ-orientierte Verfahren zur Untersuchung alltäglicher Kommunikationssituationen*. Diss. Hannover 1989.
- Füssenich, I., und Heidtmann, H.: Bedeutung und Anwendung der Gesprächsanalyse innerhalb von Sprach- und Kommunikationsdiagnostik. *Sonderpädagogik* 14 (1984) 2, S. 49—62.
- Green, G.: Aiming for functional Generalisation in the Treatment of the severe Dysphasic. Paper presented at the AASH Conference. Brisbane 1981.
- Green, G.: Measuring Communicative Effectiveness between Aphasics and their communicative Partners: Implications for Applied Linguistics. Paper presented at the 7th Annual Congress of the Applied Linguistics Association of Australia. Perth 1982.
- Green, G.: Language Usage in Aphasia Management. Paper presented at the AASH Conference. Adelaide 1984.
- Greitemann, G.: *Kommunikative Bedürfnisse der Aphasiker*. Unveröffentl. Manuskript. München 1987.
- Holland, A. L.: *Communicative Abilities in daily Living (CADL)*. Baltimore 1980.
- Holland, A. L.: Observing functional Communication of Aphasic Adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 47 (1982), S. 50—56.
- Huber, W., Poock, K., Weniger, D., und Willmes, K.: *Der Aachener Aphasietest*. Göttingen 1982.
- Kallmeyer, W.: Konversationsanalyse. *Studium Linguistik* 20 (1976) 1, S. 1—28.
- Knura, G.: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten*.

- Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7. Berlin 1980, S. 3—64.
- Knura, G., und Neumann, B.: Methoden der Sprachtherapie. In: Knura, G., und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7. Berlin 1980, S. 161—173.
- Koeckeis-Stangl, E.: Methoden der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K., und Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim, Basel 1980, S. 321—370.
- Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.
- Lubinski, R.: Environment Language Intervention. In: Chapey, R. (Hrsg.): Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. London 1981, S. 223—245.
- Möckel, A.: Die Fallstudie und ihre Bedeutung für die Ausbildung von Sonderpädagogen. In: Eberwein, H. (Hrsg.): Fremdverstehen sozialer Randgruppen. Berlin 1987, S. 290—312.
- Peuser, G.: Aphasie. München 1978.
- Porch, B. E.: Porch Index of Communicative Ability. Palo Alto 1967.
- Sarno, M. T.: The functional Communication Profile: Manual of Directions. New York 1969.
- Sarno, J. E., Sarno, M. T., und Levita, E.: The functional Life Scale. *Archive Phys. Med. Rehab.* 54 (1973), S. 214—220.
- Smith, L.: Nonverbal Competency in Aphasic Stroke Patients' Conversation. In: *Aphasiology* Vol. 1 (1987) 2, S. 127—139.
- Sommer, M.: Der Alltagsbegriff in der Phänomenologie und seine gegenwärtige Rezeption in den Sozialwissenschaften. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogik und Alltag. Stuttgart 1980, S. 27—43.
- Swindell, C. S., Pashek, G., und Holland, A.: A Questionnaire for Surveying Personal and Communicative Style. In: Brookshire, R. H. (Hrsg.): *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Minneapolis 1982, S. 50—64.

Anschritt des Verfassers:

Dr. Uwe Förster
 Universität Hannover
 Bismarckstraße 2, 3000 Hannover 1

Dr. Uwe Förster ist als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hannover, Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik, tätig.

Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 1, S. 23—29



Dietrun Freiesleben, Lüneburg

Die Myofunktionelle Therapie als unterstützende Maßnahme in der Sprachtherapie

Zusammenfassung

An der Verwirklichung der Aussprache sind Organe beteiligt, die nur zum Zweck der Sprachlautbildung zusammenwirken, sonst aber in der biologischen Funktion des menschlichen Organismus andere Aufgaben zu erfüllen haben, z. B. beim Atmen, Saugen, Kauen, Schlucken. Störungen im Vitalbereich können sich auf die Lautproduktion auswirken, da die Funktionen des orofazialen Systems sich gegenseitig beeinflussen. Gebißanomalien, Mundatmung, abweichendes Schlucken mit Zungenpressen, gestörte orale Sensibilität und Aussprachestörungen sind daher nicht isoliert zu betrachten, sondern in Funktion zum gesamten Störungsbild orofazialer Beeinträchtigungen für die sprachtherapeutische Diagnose und Therapie zu

reflektieren. Es werden Symptome der orofazialen Dysfunktion benannt und die wichtigsten Behandlungsschritte der »Myofunktionellen Therapie« auf der Grundlage »klassischer« amerikanischer Konzepte dargestellt. Dabei wird auf die Notwendigkeit gut koordinierter interdisziplinärer Zusammenarbeit verwiesen.

1. Einleitung und allgemeine Überlegungen zur Therapie

Theoretische Grundlegung und Theoriekonzepte im Formenkreis myofunktioneller Störungen sind aufwendig, kompliziert, seit ihrem Aufkommen befürwortet wie umstritten und immer interdisziplinär angelegt. Seit den

Anfängen um die Jahrhundertwende sind neben der »klassischen« Myofunktionellen Therapie (MFT) amerikanischer Schule ergänzende und erheblich weiterführende Therapieformen entwickelt worden, die die individuellen Belange der Betroffenen je nach Alter, körperlicher oder geistiger Befindlichkeit differenziert berücksichtigen (z. B.: Orofaziale Regulationstherapie nach *Castillo-Morales*, Neurosensorielle Therapie nach *Dahan* et al. [zit. b. *Hahn* 1988]). Sprachheilpädagogen/Logopäden werden bei allen Programmen dieser Art oft auf Übungsformen stoßen, die in der Sprachtherapie immer schon angewandt wurden und der allgemeinen Verbesserung motorischer Fertigkeiten dienen sollten. Ein deutlicher Unterschied zur üblichen Vorgehensweise liegt jedoch in der Präzisierung des erstrebten Behandlungszieles, wonach eine harmonische Wechselbeziehung zwischen allen Teilen des orofazialen Systems im Mittelpunkt der Myofunktionellen Therapie steht, d. h.: alle Symptome müssen in ihrer Wechselwirkung erkannt und berücksichtigt werden.

Bei Kindern liegt die wesentliche Aufgabe der MFT darin, die Entwicklung der Vitalaufgaben Saugen, Beißen, Kauen, Schlucken, Atmen in physiologisch wünschenswerte Bahnen zu lenken, um damit Reifungsprozesse nachzuholen und Entwicklungsrückstände in Wahrnehmung und Motorik, vornehmlich im Mundbereich, zu überwinden. Bei Erwachsenen wird es darum gehen, den durch die muskuläre Dysfunktion eingetretenen Schaden im Mundraum und Kieferbereich zu lindern oder zu begrenzen. Die MFT wird damit als ein geschlossenes Konzept charakterisiert, das immer eingebettet ist in einen strukturierten Behandlungsplan kieferorthopädischer, zahnmedizinischer, mund- und gesichtschirurgischer, pädiatrischer und/oder sprachheilpädagogischer/logopädischer Maßnahmen. Oft überschneiden sich dabei mehrere Fachgebiete. Für die Sprachbehindertenpädagogik konstatiert *Hahn* die Erfordernisse interdisziplinären Vorgehens und damit die Berücksichtigung der MFT innerhalb der Behandlungsansätze bei Dyslalien, Dysglossien, Rhinolalien, LKG-Spalten und anderen Sprachstörungen, die mit

einem abweichenden Schluckmuster und funktionellen sensorischen Einschränkungen vergesellschaftet sind.

Die verschiedenen Behandlungskonzepte, mit deren Hilfe Störungen der Bewegungsabläufe der Mund- und Gesichtsmuskulatur überwunden werden sollen, verbinden im Kern einige theoretische Grundannahmen, auf deren Darstellung ich mich beschränken möchte, um dann zum klassischen Therapieprogramm der amerikanischen Schule zu kommen. Dabei werde ich mich auf die Konzepte von *Garliner* und *Bolten* stützen, die beide auf den Programmen von *Rogers* und *Straub* aufbauen und auf Erweiterungen verweisen, die die MFT durch *Dahan* und *Hahn* erfahren hat. *Hahn* sieht in der Verbesserung der oralen Sensibilität einen wesentlichen Faktor für den erfolgreichen Verlauf der Therapie, weil dadurch ein verändertes Bewußtsein für kinästhetische Prozesse geschaffen wird.

Die Therapieplanung setzt eine gründliche Anamnese zur geistigen, körperlichen und psychischen Entwicklung des Kindes, seiner Familiensituation, seiner Umwelt und seiner Gewohnheiten voraus. Auch während der Therapie müssen immer wieder pädagogisch-psychologische Überlegungen zur betroffenen Person angestellt werden, um aufbauendes und weiterführendes Lernen zu ermöglichen. Die pädagogische Zielsetzung der MFT strebt Reifung und Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit durch selbständiges Üben und Handeln an. Am Ende einer Therapie läßt sich nach intensiver gemeinsamer Arbeit immer wieder ein gesteigertes Selbstwertgefühl bei Kindern und auch bei Erwachsenen feststellen. Die Möglichkeiten, innerhalb der MFT zu erfahren, daß Gesundheit und Wohlbefinden in erheblichem Maße eigenverantwortlich gesteuert werden können, scheint erstaunliche Kräfte freizusetzen.

2. Das orofaziale System als interdisziplinäres Arbeitsfeld

Die MFT, auch Muskelfunktionstherapie oder Orale Myotherapie genannt, ist interdisziplinär angelegt und nur interdisziplinär zu bewältigen, wenn sie sich nicht auf die Korrektur eines muskulären oder sprachlichen

Oberflächensymptoms auf der Basis eines linearen Ursache-Wirkung-Schemas beschränken will. Die MFT strebt eine harmonische Wechselbeziehung im orofazialen System an, das im wesentlichen den Strukturen des Ansatzrohres entspricht, je nach beabsichtigter Funktion jedoch unterschiedlich koordiniert und innerviert wird. Störungen des orofazialen Systems müssen nach *Treutenfels* auch in Relation zu gestörten Grundfunktionen wie Haltung, Bewegung, Atmung, Verdauung gesehen werden. Die Funktionen des orofazialen Systems faßt *Schumacher* wie folgt zusammen:

- mastikatorische Funktionen; sie dienen der Aufnahme, Zerkleinerung, Verarbeitung und dem Transport der Nahrung,
 - sensitive und sensorische Funktionen; sie dienen der Rezeption von Tastempfindungen (Berührung, Druck, Stellung, Bewegung), der Schmerz- und Temperaturwahrnehmung sowie der Aufnahme von Geschmacksreizen,
 - phonetische Funktionen; sie dienen der Sprache,
 - ästhetisch-physiognomische Funktionen; sie nehmen Einfluß auf den Gesichtsausdruck,
 - respiratorische Funktionen wie Atmen, Husten, Niesen usw.
- (vgl. *Schumacher* 1985, S. 26).

Er vergleicht die komplizierten Abläufe dieses Systems mit einem biologischen Funktionskreis, bei dem Form und Funktion eine dialektische Einheit bilden. Alle Funktionen unterliegen psychisch-emotionalen Einflüssen und sind in ihrer Funktionsweise von der jeweiligen Persönlichkeit nicht zu trennen.

3. Die Muskeln des orofazialen Systems im Überblick

Im Zentrum des orofazialen Systems, dessen Muskeln eng zusammenwirken, steht die Zunge. Ihr wird für die morphologische Entwicklung der oralen Skelettstrukturen eine formende Rolle zugesprochen. Die Position der Zunge bewegt sich mit zunehmendem Alter von einer »infantilen« vorderen zu einer »reifen« hinteren Position im Munde. Nach *Bigenzahn* et al. erreicht sie ihre endgültige Größe im Alter von acht Jahren. Als hoch-

empfindliches Tast- und Geschmacksorgan übt die Zunge Kontrolle über die Nahrung aus und dient damit der räumlichen Orientierung in der Mundhöhle. Fremdkörper können exakt bestimmt und vergrößert wahrgenommen werden und dadurch in der Regel am Eindringen in den Atem- und Verdauungstrakt gehindert werden; als an der Artikulation beteiligtes Organ dient sie der Aussprache. In der Ruhelage hat der vordere Teil der Zunge mit dem vorderen Teil des harten Gaumens leichten Kontakt; der Mund ist dabei geschlossen.

Schumacher gliedert die orofaziale Muskulatur in zwei große Gruppen: 1. Mimische Muskeln, 2. Muskeln für die Unterkieferbewegung. Die mimische Muskulatur gruppiert sich um Mund- und Nasenöffnung, Lidspalten und das Ohr. Ihre Funktion ist vielgestaltig, insbesondere als physiognomisches Ausdrucksorgan für körperliche und seelische Empfindung. Zu den Muskeln, die den Unterkiefer bewegen, zählen die Schließer (Kieferadduktoren) mit dem großen Kaumuskel, dem Schläfenmuskel, den medialen und lateralen Flügelmuskeln und die Öffner (Abduktoren) mit den oberen und unteren Zungenbeinmuskeln sowie einigen Hals- und Nackenmuskeln.

In funktioneller Hinsicht lassen sich nach *Tränkmann* zwei Funktionskreise aufstellen: äußerer Funktionskreis mit mimischer Muskulatur und Kaumuskulatur; innerer Funktionskreis mit Zungenmuskeln (äußere Muskeln und Eigenmuskeln) und oberen Zungenbeinmuskeln. Als Dyskinesien aus dem äußeren Funktionskreis werden z. B. Lippen-saugen, -beißen, -pressen genannt. Zu den Dyskinesien aus dem inneren Funktionskreis zählt vor allem das abweichende Schlucken mit lateralem oder frontalem Zungenpressen.

4. Die Wechselbeziehung zwischen Form und Funktion im orofazialen Bereich

Auf funktionelle Zusammenhänge zwischen auffälliger Zungenbewegung und der Entstehung von Zahn- und Kieferanomalien wie auch vergesellschafteter Artikulationsstörung verwiesen Kieferorthopäden und Phoniatler schon zu Anfang des Jahrhunderts, häufig jedoch unter Überbewertung der Zahnstellungsanomalie als Ursache für eine

gestörte Aussprache; diese Meinung läßt sich nach heutigem Verständnis nur in ganz wenigen Fällen aufrechterhalten. Unter konsequent funktionellem Verständnis, das von der Wechselwirkung zwischen allen Teilen des orofazialen Systems ausgeht, ändern sich die Vektoren: Der Aktivität von Kaumuskel, mimischen Muskeln, der Bewegung der Zunge und ihrer Ruhelage werden in bestimmten Fällen die prägenden Kräfte zugeschrieben, die sich primär neben genetischen und anderen Faktoren auf die Form des Mundraumes wie auch auf Zahn- und Kieferstellung auswirken können. Dann wird auch denkbar, daß z. B. die lateralen Zungenbewegungen beim Schlucken und beim Sprechen (lateraler Sigmatismus) mit dazu beitragen, eine Zahnfehlstellung aufrechtzuerhalten. Eine symptomorientierte Sprachtherapie würde in ein zwar unerwünschtes, in sich aber stimmiges Gefüge eingreifen und in der Regel ein Übermaß an Kompensation verlangen.

In der Kieferorthopädie wurde auf der Basis funktioneller Einsichten eine Behandlungsmethode entwickelt, die die 1893 von dem Physiologen *Roux* aufgestellte Theorie der funktionellen Reize auf die Kieferorthopädie übertrug. Die Besonderheit der funktionellen Reize, die durch die Organtätigkeit entstehen, hatte *Roux* als gewebebildend, gewebeformend, gewebeumformend und formerhaltend beschrieben. Die funktionsorientierte Kieferorthopädie macht sich diese Erkenntnisse zunutze, indem sie in ihrem Behandlungsplan u. a. positive funktionelle Reize setzt und negative, die Zahn- und Knochenstruktur deformierende, von den Zähnen fernhält, um so einen harmonischen Wachstumsprozeß zu steuern (vgl. *Rakosi*). Dies geschieht in erster Linie durch den Einsatz von kieferorthopädischen Geräten und, je nach Indikation und Überzeugung des Kieferorthopäden, durch eine die apparative Behandlung flankierende MFT.

Es ist in diesem Sinne nicht denkbar, daß im synergistisch miteinander funktionierenden orofazialen System ein Organ krank und die dazugehörige Funktion gesund sein kann und umgekehrt. Dennoch ist zu betonen, daß die Zunge als hochsensibles und äußerst bewegliches Organ Abweichungen von der nor-

malen Entwicklung und Funktion im orofazialen Bereich, insbesondere auf artikulatorischer Ebene, gut kompensieren kann. Der Möglichkeit, zu kompensieren, sind aber Grenzen gesetzt; diese können im beschriebenen Gefüge von Ursache und Wirkung liegen, in weiteren intrapersonellen Faktoren (Intelligenz, Motivation, allgemeine motorische Fähigkeit), in nichtberücksichtigten anderen Störungen, die im sprachlichen Bereich z. B. auf phonologischer Ebene liegen können, oder im psychosozialen Bereich. Oft verweisen Störungen wie Zungenpressen oder Lippenbeißen auf eine massive Belastung aus dem sozialen Umfeld. *Balters* sah in der Zunge »ein Barometer der Seele«. Auch *Fleischer-Peters/Scholz* sehen im psychosomatischen und im psychosozialen Bereich wichtige Fragestellungen, an denen die Kieferorthopädie nicht vorbeikommt.

Die Forderung von *Middeldorf, Hahn* und vielen anderen Autoren, die die MFT kennen und anwenden, nämlich daß Gebißanomalien in Funktion zum gesamten Störungsbild orofazialer Beeinträchtigung für die sprachtherapeutische Diagnose und Therapie im individuellen Fall zu reflektieren seien, ist zu unterstützen. Nach allen bisherigen Untersuchungen fällt fast jedes zweite Kind mit diagnostiziertem Zungenpressen im Einschulungsalter durch eine gestörte s-Bildung auf. In der Untersuchung von *Hahn* hatte ein gutes Drittel dieser Kinder bereits eine Sprachtherapie durchlaufen. *Schlentner* erinnert in diesem Zusammenhang an die sogenannten therapieresistenten Kinder.

5. Orale Wahrnehmung — Störungen und ihre Folgen

Als für die Sprachproduktion und Sprachwahrnehmung besonders bedeutsam erwähnt *Homburg* neben dem Gesichtssinn und dem Gehör die somato-viszerale Sensibilität. Dieser Bereich findet wenig Beachtung in der Fachdiskussion; die gesamte Propriozeption und damit die automatisierte Sprechbewegung wird durch die somato-viszerale Sensibilität gesteuert. Diese Leistung, die in den Bereich der sogenannten oralen Stereognose fällt, bezeichnet *Dahan* (1985) als eine der raffiniertesten Cerebralfunktio-

nen des Menschen. Gemeint ist die Fähigkeit zur Formenerkennung mittels des Tastsinnes der Haut und der Stellungsempfindung der Glieder. Die Formenerkennung beruht auf dem kinästhetischen Sinn (Empfindung der Bewegung), dem propriozeptiven Sinn (Lagegefühl) und dem taktilen Sinn (Berührung und Druckempfindlichkeit) in Verbindung mit zentral integrierenden Prozessen, Gedächtnisinhalten usw. Eine Trennung der Wahrnehmungsleistung von den motorischen Vollzügen ist nicht möglich, da die Qualität der sensorischen Funktion im engen Zusammenhang mit der Qualität der oralen motorischen Fähigkeit steht. Zungen-, Lippen- und Kieferbewegung treten gemeinsam auf, um das Erkennen zu erzielen. Die Berührungsempfindlichkeit beruht auf Tastrezeptoren, die in der Mundhöhle unterschiedlich verteilt sind. Die Zungenspitze, mit einer Lupenfunktion ausgestattet, ist sensiblen Reizen gegenüber am empfindlichsten; es folgen Unterlippe, Alveolarrand, Zungenrücken und -rand, Wangenschleimhaut, weicher Gaumen, Gaumenbögen (vgl. *Hahn* 1988, S. 157).

Kinder mit Zungenpressen und abweichendem Schluckmuster haben eine verminderte orale Sensibilität und Stereognosefähigkeit und benötigen eine erhöhte Ausübungskraft und Zeit bei stereognostischen Aufgaben (vgl. *Hahn* 1988, *Dahan* 1985). Aus kieferorthopädischer Sicht können sich diese Kräfte — insbesondere beim sehr jungen Kind — auf den im Wachstum befindlichen Knochen und die Zähne auswirken und Formabweichungen verursachen. In einer verbesserten Stereognose sieht *Dahan* (1981) eine Schlüsselfunktion zur Einstellung von normalen Funktionen im Munde.

Für die Sprachtherapie ist zu berücksichtigen, daß viele Bewegungsmuster normaler Artikulation mit wichtigen Bewegungsmustern eines physiologisch richtigen Schluckmusters gleich verlaufen. Die meisten Rezeptoren zur Tast- und Berührungsempfindlichkeit liegen im Bereich der zweiten Artikulationszone. Das gilt für das artikulierende Organ, für die Artikulationsstelle und deckt sich mit dem Ausgangspunkt für eine korrekte Schluckbewegung. Geht man weiter davon aus, daß Sprechbewegungen kom-

plex, schnell und nach dem Gesetz des kleinsten Kraftaufwandes ablaufen, daß die Positionszeit bei Konsonanten teilweise unter der Tonerkennungszeit liegt und nach *Lindner* dann durch die Bewegung der Organe und die Modifikation der vorangehenden und nachfolgenden Laute erkannt wird, dann ist zu vermuten, daß Kinder mit abweichendem Schlucken Schwierigkeiten bekommen, weil sie mehr Zeit und mehr Kraft bei der Sprachproduktion und beim Rückkopplungsprozeß brauchen und u. U. falsche oder ungenaue motorische Wortengramme bilden. *Hahn* (1988) und *Dahan* (1985) empfehlen einen Formendiskriminationstest im Rahmen einer Differentialdiagnose.

6. Abweichendes und korrektes Schluckverhalten in Gegenüberstellung

Das abweichende Schluckverhalten ist nicht eigentlich falsch; es bezeichnet nichts anderes als den frühkindlichen Schluckreflex. Dieser Schluckakt — in allen Phasen ein Reflexgeschehen mit Zungen-/Lippenkontakt, der für den zahnlosen Säugling mit einer im Verhältnis zum Mund sehr großen Zunge physiologisch richtig ist — entwickelt sich jedoch mit dem Kinde und wird, beginnend mit dem Durchbruch des Milchgebisses, ein anderer; genaue Zeitangaben sind nicht möglich. Der nun erforderliche sogenannte somatische Schluckakt ist dadurch gekennzeichnet, daß die Zungenspitze hinter den oberen Schneidezähnen, im Gebiet der ersten Gaumenfalten, gegen den vorderen Teil des harten Gaumens drückt, anschließend die Zahnreihen geschlossen werden, um eine stabile Unterlage für den Schluckvorgang zu erhalten, und der mittlere Zungenabschnitt durch Ansaugen am harten Gaumen einen Unterdruck für den Transport der Speise schafft; der hintere Teil der Zunge drückt gegen den weichen Gaumen, der sich reflektorisch spannt und mit dem Passavantschen Wulst den Nasenrachenraum abschließt. Dieser Vorgang beschreibt die orale Phase, die willentlich steuerbar ist. Die pharyngeale und die oesophageale Phase laufen unwillkürlich mit rein reflektorischen Muskelbewegungen ab.

Bei Fixation des frühkindlichen Schluckens zeigt sich folgendes Bild: Die Zungenspitze

preßt gegen die oberen/unteren Frontzähne — sie sucht ja eigentlich Lippenkontakt —, oder sie preßt seitlich gegen die Zahnreihen, oder aber sie sucht sich den Weg durch die Zahnreihen, die nicht geschlossen sind, um sich doch noch an den Lippen abzustützen. Der Mittelteil der Zunge kollabiert. Die gesamte Tendenz der Zungenbewegung ist nach vorn gerichtet und übt erheblichen Druck auf die Zahnreihen aus. Die Speise wird unter Mitbewegung der mimischen Muskulatur aktiv in den Speisetrakt gezwungen. Die Lippen sind krampfartig verschlossen.

7. Symptome einer orofazialen Dysfunktion und Maßnahmen

Symptome für das Vorliegen einer orofazialen Dysfunktion in verkürzter Aufzählung:

- a) Intraorale Merkmale
 - frontales/laterales Zungenpressen
 - verkürztes Zungenbändchen / Ankyloglossie
 - Impressionen am Zungenrand
 - hoher Gaumen
 - scharf ausgebildete Gaumenfalten
 - Zahnfehlstellungen, z. B. offener Biß
 - Hypersalivation.
- b) Extraorale Merkmale
 - fehlender Lippenschluß
 - schwacher Lippenmuskel
 - Zungenlage (interdental)
 - Mundatmung
 - hyperaktive mimische Muskulatur beim Schlucken
 - überwiegend hypoaktiver Kaumuskel
 - Aussprachefehler (überwiegend Sigmatismen).
- c) Weitere Symptome
 - Lutschgewohnheiten und andere orale Habits
 - eingeschränkte orale Stereognose
 - Haltungsfehler
 - Bruxismus.

Zu den vermuteten Ursachen für die Beibehaltung des frühkindlichen Schluckens mit Zungenpressen zählen u. a.:

- Flaschennahrung (unnatürlich geformte Sauger)
- orale Habits wie ausgedehntes Daumenlutschen, Nägelkauen usw.

- Mundatmung
- Ankyloglossie
- skelettale Anomalien von Kiefer und Gaumen
- HNO-Befunde (spezifische)
- pathologische Haltungsmuster
- cerebrale Bewegungsstörungen
- Störungen der oralen Sensibilität
- genetische Faktoren.

Der Behandlungsplan zur Überwindung des falschen Schluckens umfaßt (im Überblick):

- Überwindung von Gewohnheiten, wie z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Lippenbeißen
- Verbesserung der oralen Sensibilität und Stereognose
- Stärkung bestimmter Muskeln bzw. Muskelgruppen bei gleichzeitiger Rückbildung muskulärer Überkompensation zur Wiederherstellung einer ausgeglichener Muskelspannung
- Hinführung zur korrekten Ruhelage der Zunge
- Überwindung der Mundatmung
- Anbahnung des korrekten Schluckens
- Automatisierung und Übernahme des neuen Schluckmusters.

Die aufgeführten sieben Schritte müssen eingebettet werden in ein abwechslungsreiches Übungsrepertoire, das sensorische, motorische und kognitive Lernprozesse anregt. Die Übungsvorschläge von *Garliner* werden damit erheblich erweitert, sind aber als Grundlage für die individuelle Therapieplanung wichtig und nicht zu unterschätzen. Die beschriebenen Lernprozesse und Therapieziele können nur in fein abgestimmter Interaktion mit dem Klienten selbst, seinen Bezugspersonen und den Mitbehandlern angegangen werden. Der Beginn der im engen Sinne sprachheilpädagogischen Maßnahmen wird im Ermessen des Pädagogen liegen, läßt sich aber nach eingehender fachspezifischer Diagnose schon sehr früh in den Behandlungsplan integrieren. Es können Übungen zur Atemführung, Lautdiskrimination oder Sprachlauterzeugung angeboten werden, bevor die Arbeit an der Artikulation selbst im Mittelpunkt steht. Die korrekte Ruhelage der Zunge sollte zu diesem Zeitpunkt allerdings schon weitgehend gesichert sein,

weil durch diese Korrektur die Überwindung der häufig anzutreffenden multiplen Interden-talität bei der Aussprache überhaupt erst möglich wird.

Literatur

- Balters, W.: Eine Einführung in die Bionaturheil-methode. Ausgewählte Schriften und Vorträge. Hrsg. von C. Herrmann. Heidelberg 1973.
- Barret, R. H., und Hanson, M. L.: Oral Myofunctional Disorders. Saint Louis ²1973.
- Bigenzahn, W., et al.: Orofaciale Dysfunktionen im Kindesalter. Der Sprachheilpädagoge 21 (1989) 2, S. 22—37.
- Castillo-Morales, R., et al.: Die Behandlung von Kau-, Schluck- und Sprechstörungen bei behinderten Kindern mit der orofazialen Regulationstherapie nach Castillo-Morales: Aufgabe für Pädiater und Zahnärzte. Zahnärztliche Mitteilungen 75 (1985) 9, S. 935—951.
- Dahan, J.: Orale Stereognose und neuromuskuläre Dynamik des Kausystems. Fortschritte der Kieferorthopädie 42 (1981) 3, S. 233—246.
- Dahan, J.: Orale Wahrnehmung und Motorik. Fortschritte der Kieferorthopädie 46 (1985) 6, S. 442—460.
- Fleischer-Peters, A., und Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie. München 1985.
- Garliner, D.: Myofunctional Therapy in dental practice. Brooklyn ³1974.
- Hahn, V.: Myofunktionelle Therapie. München 1988.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinder-ten: grundlegende Überlegungen. Rheinstetten 1978.
- Kregcjk, K.: Übungs- und Spielideen zur Mundmo-torik. Der Sprachheilpädagoge 21 (1989) 2, S. 54—59.
- Lindner, G.: Der Sprechbewegungsablauf. Eine phonetische Studie des Deutschen. Berlin 1975.
- Middeldorf, V.: Das Phänomen Zungenpressen — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie. Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 4, S. 165—172.
- Rakosi, T.: Funktionelle Therapie in der Kieferorthopädie. München 1984.
- Schlentner, S.: Ansätze der Myofunktionellen Therapie aus sprachheilpädagogischer Sicht. Der Sprachheilpädagoge 21 (1989) 2, S. 40—52.
- Schumacher, G.-H.: Funktionelle Anatomie des orofazialen Systems. Heidelberg 1985.
- Tränkmann, J.: Orofaziale Dyskinesien. Zahnärztliche Praxis 11 (1982), S. 474—484.
- Treuenfels, H. von: Orofaziale Dyskinesien als Ausdruck einer gestörten Wechselbeziehung von Atmung, Verdauung und Bewegung. Fortschritte der Kieferorthopädie 46 (1985) 3, S. 191—206.

Anschrift der Verfasserin:

Dietrun Freiesleben
Heiligengeiststraße 40, 2120 Lüneburg
Dietrun Freiesleben ist Sonderschullehrerin mit dem Hauptfach Sprachbehinderten-pädagogik und an einer Schule für Geistigbehinderte tätig. Seit zehn Jahren beschäftigt sie sich mit dem Arbeitsfeld »Myofunktionelle Therapie«; Praxis-Kurse und Seminare als Lehrbeauftragte an der Universität Hannover.

MAGAZIN

Im Gespräch



Hans Wilhelm, Essen
Roswitha Zörnig, Essen

Interessengemeinschaft Sprachbehinderter und ihrer Angehörigen in Essen; ein Rückblick auf zehnjährige Gruppentherapie mit Aphasikern

Zusammenfassung

In diesem Erfahrungsbericht wird über die zehnjährige Gruppentherapie von Aphasikern in der Interessengemeinschaft Sprachbehinderter und ihrer Angehörigen in Essen berichtet. Die Entstehung und die Entwicklung der Interessengemeinschaft wird ebenso dargestellt wie die Motivation der Mitglieder zur Gruppenzugehörigkeit.

1. Einleitung

Die Interessengemeinschaft Sprachbehinderter und ihrer Angehörigen in Essen blickte im November 1989 auf ein zehnjähriges Bestehen zurück. Dieses Jubiläum nehmen wir zum Anlaß, um über die Entstehungsgeschichte, therapeutische Intentionen und Erfahrungen, die sich im Verlauf zehnjähriger Gruppentherapie mit aphasischen Patienten und deren Angehörigen sammeln ließen, zu berichten.

Gruppentherapie nimmt bei der Sprachtherapie aphasischer Patienten einen immer größeren Stellenwert ein. Unterscheiden lassen sich dabei eine spezifische Sprachtherapie in kleinen Gruppen, bei der Effekte der Gruppentherapie — etwa beim Rollenspiel — für die Aphasietherapie benutzt werden, von einer unspezifischen Gruppentherapie, bei der neben der Schaffung sprachanregender Bedingungen die speziellen psychischen und sozialen Faktoren eines Aphasikers in das therapeutische Geschehen mit einbezogen werden. Die regelmäßigen Treffen der Interessengemeinschaft Sprachbehinderter und ihrer Angehörigen in Essen sind als unspezifische Gruppentherapie konzipiert.

2. Zur Entstehungsgeschichte der Interessengemeinschaft

Ende der siebziger Jahre bestand im Raum Essen — wie im gesamten Bundesgebiet — eine akute therapeutische Unterversorgung aphasischer Patienten, die sich besonders im ambulanten Bereich auswirkte. Patienten nach Akutversorgung und Rehabilitationsaufenthalt wandten sich verzweifelt an die damalige Sprachtherapeutin der Neurologischen Universitätsklinik. Es wurde deutlich, daß die eigentlichen Probleme, die die Sprachstörung mit sich bringt, wie der Prozeß der Krankheitsbewältigung, der Auseinandersetzung mit der Berentung und der Anpassung im familiären und Bekanntenkreis, erst nach der Entlassung aus der Anschlußheilbehandlung auf die Patienten zukommen. Es ging also darum, eine therapeutische Hilfestellung während der Übergangsphase nach Entlassung aus dem kommunikativen Schonraum Klinik in die familiäre und gesellschaftliche Wirklichkeit anzubieten. Zielsetzung war dabei eine familiäre und soziale Reintegration des aphasischen Patienten mit den ihm zur Verfügung stehenden sprachlich-kommunikativen Mitteln. Dafür bot sich eine unspezifische Gruppentherapie an, die möglichst die Probleme des Alltagslebens der aphasischen Patienten aufgriff und ihnen Möglichkeiten aufzeigte, am kulturellen Leben der Stadt teilzunehmen. Die Initiatorin der Interessengemeinschaft, die damalige Sprachtherapeutin der Neurologischen Universitätsklinik, Frau Bren, war deshalb von Anfang an bemüht, möglichst viele Mitarbei-

ter und Referenten verschiedener kultureller und sozial-öffentlicher Einrichtungen zur Mitarbeit zu gewinnen. Dank der ideellen und materiellen Unterstützung und der aktiven Mitarbeit Angehöriger der Evangelischen Kirchengemeinde Essen-Kray und der finanziellen Hilfe der Stadt Essen aus der Freibettenstiftung ließ sich dieses Konzept auch über zehn Jahre verwirklichen.

3. Entwicklung der Interessengemeinschaft

3.1. Aktivitäten der Gruppe

Seit Entstehung der Gruppe findet einmal im Monat an einem Samstagnachmittag für 2½ Stunden ein Zusammentreffen statt, zu dem alle Mitglieder mit ihren Familienangehörigen schriftlich eingeladen werden. Das Gruppentreffen beginnt stets mit einem ersten Austausch zwischen Aphasikern, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern in einer gemütlichen Gesprächsrunde bei Kaffee und Kuchen. Der zweite Teil des Nachmittages sieht therapeutische Angebote für die Sprachbehinderten und einen Gesprächskreis für Angehörige vor.

Für einen Teil der Aphasiker werden Gespräche in kleinen Gruppen angeboten, in denen Probleme verschiedenster Art diskutiert werden. Die Teilnehmer setzen sich hier z. B. über Kommunikationsschwierigkeiten, Sprachbehinderung, aber auch über alltägliche Aktivitäten, Freizeitgestaltung oder aktuelles Zeitgeschehen auseinander. Alternativ dazu findet als Angebot insbesondere für die schwerer sprachbehinderten Mitglieder handwerkliches Arbeiten statt. Sie kommen auf diese Art ebenso zu themenbezogenem sprachlichen Handeln.

Die Familienangehörigen — in der Regel sind es die Ehepartner der Aphasiker, wesentlich seltener sonstige Verwandte oder Freunde — können sich währenddessen unter der Gesprächsführung einer der ehrenamtlichen Betreuer über ihr Zusammenleben mit dem behinderten Lebenspartner austauschen. Sie geben ihren Ängsten, Sorgen, Unsicherheiten und persönlichen Grenzen Ausdruck. Sie vergleichen ihr Handeln mit dem anderer Ehepartner, und damit helfen und unterstützen sie sich gegenseitig auf der Basis ihrer

eigenen Erfahrungen. Nach längerer Zeit der Teilnahme können wir den Äußerungen der Angehörigen neben besserem Verständnis für das eigene Verhalten und das des Aphasikers auch flexibleren Umgang mit der veränderten Lebenssituation und stärkere emotionale Entlastung entnehmen.

Außerdem nutzen wir die monatlichen Zusammenkünfte auch als Informationsnachmittage, zu denen Referenten verschiedener Fachrichtungen wie Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Übungsleiter des Behindertensports usw. geladen werden. Sie geben Auskunft über die Art der neurologischen Grunderkrankungen, die vielfältigen Aspekte der Behinderung und über mögliche Maßnahmen der Rehabilitation.

Durch Eigeninitiativen der Aphasiker entwickelten sich im Verlaufe der Jahre zusätzliche kleinere Gruppen: Gesprächsrunden, Kegelclub, Sportgruppe für Hemiplegiker, gegenseitige Besuche und gemeinsame private Unternehmungen. Diese Unternehmungen werden von einzelnen aphasischen Mitgliedern der Gruppe organisiert, und die Treffen finden über den Monat verteilt statt.

Um auf die Probleme der Aphasiker aufmerksam zu machen, wirkte die Interessengemeinschaft bei überregionalen Behindertentreffen mit und stellte Kontakte zu anderen Bevölkerungsgruppen her. Über die Presse und öffentliche Medien machten die Sprachbehinderten auf ihre spezielle individuelle und soziale Situation aufmerksam.

3.2. Personelle Entwicklungen

Die Interessengemeinschaft begann mit einer Mitgliederzahl von zehn Aphasikern und deren Angehörigen im Oktober 1979. Bis 1986 wuchs die Zahl der Mitglieder kontinuierlich auf ein Maximum von 47 an. Seither bewegt sich die Gruppengröße recht gleichmäßig bei ca. 45 Mitgliedern. Es zeigt sich, daß — bedingt durch die Kapazität der Räume, aber auch durch finanzielle und personelle Gegebenheiten — damit eine obere Grenze erreicht ist.

Das Team der ehrenamtlichen Betreuer und Mitarbeiter bestand zunächst aus einer Sprachtherapeutin, einer Studentin der Diplompädagogik, einem Neuropsychologen

und einem Pfarrer. Im Laufe des zehnjährigen Bestehens der Interessengemeinschaft hat sich dieses Team auf zwölf Mitarbeiter erweitert. Heute unterstützen insgesamt sieben Sprachtherapeutinnen, zwei Laienhelferinnen, eine Ergotherapeutin, ein Pfarrer und ein Neuropsychologe die Gruppenarbeit. Die Teilnehmerzahl an dem monatlichen Treffen pendelte sich seit 1983 auf ein konstantes Jahresmittel von 28 Teilnehmern ein. Mit dieser Teilnehmerzahl sind die räumlichen Kapazitäten, die für die Treffen zur Verfügung stehen, ausgelastet.

3.3. Zur Motivation der Teilnehmer

Durch eine Anfang 1989 unter den Gruppenteilnehmern durchgeführte Befragung erhielten wir detailliertere Angaben über die Vermittlung der Sprachbehinderten zur Interessengemeinschaft und vor allem über ihre Motivationen zur Gruppenzugehörigkeit.

Die Auswertung ergab, daß 44,5 Prozent unserer Mitglieder durch ihre behandelnden Sprachtherapeuten oder Logopäden von der Existenz der Interessengemeinschaft in Kenntnis gesetzt wurden. 27,8 Prozent kamen auf Vermittlung durch die Neurologische Universitätsklinik. 16,7 Prozent erhielten von Freunden oder Bekannten, je 5,5 Prozent von anderen Aphasikern bzw. durch öffentliche Medien Informationen über die Gruppe.

Die Angehörigen nehmen zu 50 Prozent auf Wunsch des sprachbehinderten Ehepartners und zu 37,5 Prozent auf eigenen Wunsch hin an den Treffen der Interessengemeinschaft teil. In 12,5 Prozent der Fälle sind beide Partner gleichermaßen am Gruppentreffen interessiert.

In der Frage der Erwartungen an die Gruppenarbeit bei Eintritt in die Interessengemeinschaft räumten die Aphasiker dem Austausch mit Gleichbetroffenen und der Geselligkeit mit je 35,7 Prozent einen gleich hohen Stellenwert ein. Einer Abwechslung im Alltag (16,7 Prozent) und der regelmäßigen Sprachtherapie (7,1 Prozent) wurde demgegenüber weit weniger Bedeutung beigemessen. 4,8 Prozent der Aphasiker nannten sonstige Erwartungen, so z. B. mehrere Treffen pro Monat.

Mit 83,3 Prozent sieht der größte Teil unserer Mitglieder seine Erwartungen erfüllt. 16,7 Prozent der Teilnehmer sehen ihre Erwartungen nur teilweise erfüllt.

Im Vergleich dazu hat für die Familienmitglieder der Austausch mit anderen Angehörigen herausragende Bedeutung (42,1 Prozent). Anregungen für den Umgang mit dem sprachbehinderten Lebenspartner sind für 31,6 Prozent der Befragten wichtig. An letzter Stelle rangiert in dieser Gruppe die Geselligkeit (26,3 Prozent). Ein Viertel der Angehörigen bejahen die Frage nach der Erfüllung ihrer Erwartungen mit Einschränkung, drei Viertel uneingeschränkt.

Die bevorzugten therapeutischen Angebote der Interessengemeinschaft wurden von den Aphasikern in dieser Reihenfolge gewählt: Bildungsfahrten in die Umgebung (22,7 Prozent), Gesprächskreise (18,1 Prozent), Informationsveranstaltung und handwerkliche Arbeiten (je 16,7 Prozent), Konzerte oder kulturelle Veranstaltungen (10,6 Prozent), Gesang und Tanz (je 6,1 Prozent), Sonstiges (3 Prozent). Die Wünsche nach häufigerer Berücksichtigung der genannten Angebote erbrachten eine ähnliche Rangfolge: Bildungsfahrten, Gesprächskreise und Informationsveranstaltungen (je 19 Prozent), handwerkliches Arbeiten (12 Prozent), Konzerte und Gesang (je 9,5 Prozent), Tanz (4,8 Prozent) und Sonstiges (7,2 Prozent).

Die Ehepartner wählten unter den bevorzugten Aktivitäten Gesprächskreise an erster Stelle (27,6 Prozent). Bildungsfahrten und Informationsveranstaltungen (je 17,2 Prozent), Gesang (13,8 Prozent), Konzerte und kulturelle Veranstaltungen (10,4 Prozent), handwerkliches Arbeiten und Tanz (je 6,9 Prozent) folgten in der genannten Reihenfolge. Diese Wertung spiegelt sich in der Liste der zukünftig gewünschten Angebote wider: Gesprächskreise und Bildungsfahrten (je 28,6 Prozent), Informationsveranstaltungen und Konzerte (je 14,2 Prozent), handwerkliches Arbeiten und Tanz (je 7,2 Prozent).

4. Erfahrungen und Schlußfolgerungen

Die während des zehnjährigen Bestehens der Interessengemeinschaft gesammelten

Erfahrungen lassen sich schlagwortartig auf folgenden Nenner bringen: Nicht der Verlust der Sprache, sondern der Verlust der Möglichkeit, in der gewohnten Form mittels Sprache zu kommunizieren, stellt für den aphasischen Patienten das eigentliche Problem dar. Um neue Formen der Kommunikation auf dem Niveau verbliebener Sprachfähigkeit aufzuzeigen und ein Gefühl der sozialen Zugehörigkeit zu vermitteln, ist eine breite Palette therapeutischer Angebote in unspezifischer Gruppentherapie geeignet. Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, wurden die in der Interessengemeinschaft praktizierten vielfältigen Möglichkeiten von den aphasischen Patienten und deren Angehörigen gleichermaßen angenommen. Der weitaus größte Teil der Mitglieder sieht seine Erwartungen nach Kontakten, Austausch mit Gleichbetroffenen und Informationen erfüllt.

Fazit auch für die Einzeltherapie ist, schon in der Akutphase einer neurologischen Krankheit die sogenannte störungsspezifische Aphasietherapie auf eine umfassendere Therapie der Kommunikationsfähigkeit des aphasischen Patienten auszuweiten.

5. Ausblick auf die weitere Entwicklung der Interessengemeinschaft

Die bisher durchgeführte Konzeption setzt neben einem starken Engagement der ehrenamtlichen Helfer auch die oben aufgeführten Unterstützungen voraus. Um der Interessengemeinschaft zukünftig einen rechtlich geschützteren Rahmen zu geben, wird derzeit von allen Mitgliedern die offizielle Gründung eines gemeinnützigen eingetragenen Vereins diskutiert. Außerdem sollen Kontakte zu Aphasiegruppen der Nachbarstädte zwecks eines Austausches von Erfahrungen und Ideen intensiviert werden. Schließlich bleibt ein Thema der Interessengemeinschaft die stärkere Einbindung von aphasischen Patienten bei der Auswahl und Strukturierung der Gruppenaktivitäten.

Literatur

Budny, J., und Efmert, A.: Aphasietherapie in der Gruppe als Vorbereitung auf die Alltagskommunikation. *Die Sprachheilarbeit* 34 (1989), S. 71—76.

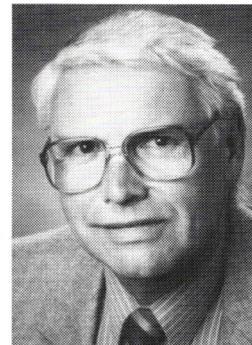
Hinckeldey, S. von: Kommunikationstraining und Rollenspiel in einer Gruppentherapie für Aphasiker. *Sprache—Stimme—Gehör* 7 (1983), S. 101—105.

Mickeleit, U.: Die Situation der Angehörigen von Aphasikern. In: Symposium des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Tagungsbericht. Würzburg 1989, S. 22—24.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Hans Wilhelm
Neuropsychologe
Roswitha Zörnig
Dipl.-Pädagogin (Sprachheilpädagogin)
Neurologische Universitätsklinik
Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1

Personalia



Professor Dr. Alfred Zuckrigl verläßt die Pädagogische Hochschule Heidelberg

Ende März 1990 scheidet Prof. Dr. Zuckrigl — infolge Erreichens der Altersgrenze — aus dem Dienst an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Damit geht ein »Mann der ersten Stunde« aus der Heidelberger Sprachbehindertenpädagogik in Pension.

Geboren 1924 in Brünn, erwarb er in Berndorf N. Ö. die Hochschulreife, war noch 1945 bei der Luftwaffe, anschließend landwirtschaftlicher Hilfsarbeiter im Allgäu und Clerk beim amerikanischen Postamt in Kitzingen. Seine Lehramtsprüfungen legte Alfred Zuckrigl 1950/53 in Würzburg ab und arbeitete anschließend an Regelschulen der dortigen Region. Das Sonderschullehrerexamen folgte 1958 in München, wo er dann bis 1964 an Sonderschulen für Lernbehinderte und Sprachbehinderte unterrichtete. Parallel zu dieser Berufstätigkeit studierte Alfred Zuckrigl in Würzburg sowie München weiter und wurde 1964 an der Ludwig-Maximilians-Universität, München, zum Dr. phil. promoviert. Im Jahre 1965 folgte der Ruf — zu-

nächst als Dozent — an das damalige Institut für Hör-, Sprach- und Sehgeschädigtenpädagogik in Heidelberg. Hier wurde er dann Professor für Sprachbehindertenpädagogik mit dem Schwerpunkt Sonderpädagogik.

Weit über die Grenzen Baden-Württembergs hinaus fand Professor Zuckrigl in Fachkreisen Beachtung, nicht zuletzt durch die von ihm maßgeblich gestalteten »Richtlinien« des Landes aus dem Jahre 1970 »für Erziehung und Unterricht in der Sonderschule für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche«. Als Landesvorsitzender Baden-Württembergs der dgs organisierte er 1972 in Heidelberg deren 10. Arbeitstagung mit, die unter dem Thema stand »Behandlung, Bildung, Erziehung Sprachbehinderter«.

Das Heidelberger »Institut« war zwischenzeitlich als Fachbereich Teil der Pädagogischen Hochschule geworden. Für die nun auch dort angesiedelte Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik wurde Alfred Zuckrigl einer der Initiatoren zum heutigen Ausbaustand. Nach seiner für die damalige Zeit und ihren Erkenntnisstand hierzu sicher bemerkenswerten Dissertation »Sprachschwächen. Der Dysgrammatismus als heilpädagogisches Problem« (1964) fanden seine Veröffentlichungen in den folgenden Jahren im In- und Ausland immer wieder Beachtung, wovon hier stellvertretend diejenigen zur Lateralität und Linkshändigkeit (1967, 1981, 1986) genannt sein sollen.

Die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik der Pädagogischen Hochschule Heidelberg dankt dem nun aus dem Dienste scheidenden Kollegen. Wir wünschen ihm noch viele Jahre bei guter Gesundheit im Kreise seiner Familie. Es ist unsere feste Überzeugung, daß das jetzt beginnende Außer-Dienst-Sein für Alfred Zuckrigl noch lange kein Ruhestand sein wird.

Lothar Werner

dgs-Nachrichten

Mitgliederversammlung der Landesgruppe Rheinland

Am 25. Oktober 1989 traf sich die Landesgruppe Rheinland im Düsseldorfer Gesundheitsamt zur jährlichen Mitgliederversammlung. Nach dem Tätigkeitsbericht des Vorsitzenden und den Berichten der Rechnungs- und Kassenprüfer wurde dem Vorstand die Entlastung erteilt. Danach erfolgte die Neuwahl des Vorstandes. Heribert Gathen wurde im Amt des Vorsitzenden bestätigt, weiterhin Theo Borbonus als zweiter Vorsitzender und Birgit Kirk als Schriftführerin. Da die bisherige Rechnungsführerin Eva Jungjohann aus dem Amt schied,

wurde Thomas Kiepe zu ihrem Nachfolger gewählt. Der Vorstand dankte Frau Jungjohann an dieser Stelle herzlich für ihre ausgezeichnete Mitarbeit. Ein neu geschaffenes Amt im Vorstand ist das des Referenten für Fortbildung und Veranstaltungen, in das Reiner Bahr gewählt wurde. Zum Referenten für die kommunale Sprachbehindertenhilfe wurde Gregor Heinrichs wiedergewählt. Als Kassenprüfer stellten sich Ursula Platz-Dümas und Theo Schaus zur Verfügung.

Anschließend fand eine Diskussion zur gegenwärtigen Situation der Sprachheilpädagogik statt. Theo Borbonus gab einen Überblick über die Veränderungen, die in den letzten Jahren im System der verschiedenen sprachheilpädagogischen Hilfen stattgefunden und auch dessen Fachkräfte beeinflusst haben. Es zeige sich, so führte Theo Borbonus aus, daß die Anzahl der Schulen für Sprachbehinderte und die Anzahl der freien Praxen seit 1975 enorm zugenommen habe, jedoch das Netz der Ambulanzen der kommunalen Sprachbehindertenhilfe in den letzten Jahren — erst recht seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes — ausgedünnt worden sei. Die Ursachen der Veränderungen seien in drei verschiedenen Bereichen zu erkennen:

1. *Kostenträger:* Das Rehabilitationsangleichungsgesetz habe Sprachtherapie als eine medizinische Leistung deklariert, womit eine Gewichtsverlagerung vom Kultusminister bzw. Sozialhilfeträger auf die Krankenkassen als Kostenträger für Sprachtherapie stattgefunden habe.

2. *Leistungserbringer:* Bis 1964 seien ausschließlich Sprachheillehrer und sogenannte Taubstummenlehrer für Sprachtherapie verantwortlich gewesen. Mittlerweile hätten Logopäden in diesem Berufszweig einen festen Platz eingenommen und seien für alle genannten Kostenträger tätig.

3. *Betroffene:* Eltern sprachbehinderter Kinder hätten sich für Veränderungen stark gemacht, besonders hinsichtlich integrativer Betreuung; außerdem würden sich Sprachbehinderte selbst in Gruppen organisieren und eine verbesserte Betreuung anstreben.

Auch Impulse aus anderen Bereichen, vornehmlich aus der Wissenschaft und der Politik, würden Veränderungen im System der sprachheilpädagogischen Hilfen bewirken.

Herr Borbonus ging auch auf zu erwartende zukünftige Entwicklungen hinsichtlich der Integration und einer Kassenzulassung von Sprachheilpädagogen ein.

1. *Integration:* Es werde sowohl die eine als auch die andere Betreuungsform geben; das bedeute, daß das bestehende System von Sprachheilschulen bestehenbleibe, wobei integrative Maßnahmen

eingeflochten würden. In Nordrhein-Westfalen sei die Integration noch im Stadium des Schulversuchs. Langfristig werde sich durch integrative Maßnahmen auch das Tätigkeitsfeld des Sprachbehindertenlehrers verändern.

2. *Kassenzulassungen* von Sprachheilpädagogen: Herr Borbonus berichtete, daß die Situation von Sprachheilpädagogen, die eine Praxis eröffnen möchten und deshalb eine Zulassung durch die Krankenkassen anstreben, im Moment ungünstig sei. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hätten in ihren Empfehlungen beschlossen, daß Sprachheilpädagogen für Sprachtherapie nicht qualifiziert seien; im Einzelfall und unter bestimmten Bedingungen seien sie jedoch wieder qualifiziert, was einen Widerspruch darstelle. Die Empfehlungen sähen vor, zur Überprüfung der Qualifikation ggf. phoniatische Institutionen heranzuziehen, die aber wiederum Ausbilder von Logopäden seien. Ein neutrales Urteil über die Qualifikation erscheine somit kaum möglich.

Daß auch politische Lösungen dieses speziellen Konfliktes angestrebt werden, zeigten die anschließenden Ausführungen von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt. Herr Grohnfeldt berichtete, daß er eine umfangreiche Stellungnahme zur Ausbildung von Sprachheilpädagogen an der Universität dem Bundesarbeitsminister Blüm zugeschickt habe. Es solle erreicht werden, daß Pädagogen insbesondere in Fragen der Kassenzulassung nicht mehr benachteiligt werden. Herr Grohnfeldt erläuterte die wichtigsten Fakten aus seiner Stellungnahme:

1. *Ausbildung*: Sprachbehindertenpädagogik sei das größte Lehrgebiet an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln, die wiederum die größte Ausbildungsstätte ihrer Art in Europa sei. Es umfasse 1200 Studenten (darunter 200 Diplomanden). Im Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik würden im Semester 60 Veranstaltungen angeboten; dabei würden sämtliche Sprachstörungen abgedeckt.

2. *Praxisorientierung*: Ein Vorwurf der Krankenkassen an die Adresse der Sprachheilpädagogen sei der der mangelnden Praxisorientierung. Herr Grohnfeldt hielt dem entgegen, daß von den 60 Veranstaltungen nahezu die Hälfte (28) praxisorientierte Veranstaltungen seien. Die Studenten hätten Gelegenheit, zunächst theoretische Kenntnisse sich anzueignen und dann unter Supervision praktisch tätig zu werden. Dieses Programm werde durch eine Anzahl von Lehrbeauftragten ermöglicht, die selbst praktisch tätig seien, sowie durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter, die mit den Studenten die praktische Arbeit vor- und nachbereiteten.

Zum Abschluß der Versammlung gab Herr Gathen einen Überblick über die *Entwicklung der Schulen für Sprachbehinderte in Nordrhein-Westfalen*. Er wies auf die anachronistische Situation hin, daß die Schülerzahlen in den Sonderschulen insgesamt rückläufig seien, während die Schülerzahlen der Schule für Sprachbehinderte gestiegen seien: Seit 1975 sei eine Zunahme von durchschnittlich rund 390 Schülern in jedem Schuljahr zu verzeichnen (vgl. Tabelle).

Jahr	Schulen	Schüler	Klassen	Lehrer
1950	1	51	3	3
1951	2	64	4	4
1958	3	200	11	11
1965	4	368	27	28
1967	5	405	31	35
1975	9	1067	91	101
1978	15	1356	122	132
...				
1987	60	5708	541	760
1988	64	6074	565	804

Bettina Scheidegger

Weitwinkel

Die UNESCO setzt sonderpädagogische Akzente

Die Weltorganisation UNESCO hat vor kurzem zwei bemerkenswerte Beiträge zur internationalen Förderung und Entwicklung der Sonderpädagogik geleistet: Zum einen hat sie mit einer *Umfrage* bei den Mitgliedsländern weltweit die aktuelle Situation auf diesem Gebiet untersucht (UNESCO 1988) und damit die frühere Enquete von 1971 auf den neuesten Stand gebracht. Zum anderen hat sie 26 verschiedene Experten zu *Beratungen* nach Paris eingeladen (UNESCO 1988 a), um Vorschläge für ihr mittelfristiges Aktionsprogramm 1990 bis 1995 im Bereich Sonderpädagogik zu erhalten.

Nachfolgend seien (vgl. auch *Bürli* 1989) die *Perspektiven und Empfehlungen* zusammengefaßt, welche die von der UNESCO beigezogenen Experten aufgrund ihrer Analyse der sonderpädagogischen Entwicklungen der letzten zehn Jahre formulierten.

a) *Allgemeine Prinzipien*

Das Recht auf Bildung ist als Grundrecht jedes Menschen bereits feierlich anerkannt worden. Dementsprechend muß auch das Recht auf eine den besonderen Bedürfnissen und Bedingungen *angepaßte* Bildung jedes Kindes, welches auch immer seine Behinderungen sind, respektiert werden. Die Mittel, die für die Bildung zur Verfügung

gestellt werden, müssen für alle Kinder reichen, seien sie behindert oder nicht. Behinderte Menschen haben ein Anrecht auf eine *umfassende* und kontinuierliche Schulung, die von der Früherfassung bis ins Erwachsenenalter reicht. Sie haben ferner Anrecht auf eine Bildung, die ihren Bedürfnissen entspricht und weniger von der Art ihrer Behinderung abhängig ist. Sie haben Anrecht auf eine *gute* Erziehung und Schulung, wobei sich die Qualität an folgenden Kriterien messen läßt: Teilhabe an Gruppenaktivitäten, innerhalb derer sie etwas lernen und leisten können; Zunahme ihrer Autonomie im Rahmen des Erziehungssystems; Mitbeteiligung an der Gestaltung der Bildungsprogramme; Aufgehobensein in einem Erziehungsmilieu, welches der Familie, der Umwelt und der Öffentlichkeit Rechnung trägt.

Das Erziehungssystem als Ganzes muß die *Verantwortung* für die Sonderschulung übernehmen. Wenn es gelingt, innerhalb des *allgemeinen Schulsystems* tatsächlich gute Lernbedingungen für behinderte Personen zu schaffen, dann ist auch der Weg frei für ideale Unterrichtsverhältnisse für alle Schüler. Beim gegenwärtigen Stand, auf welchem sich die meisten der Mitgliedstaaten der UNESCO zur Zeit befinden, scheint es jedoch nötig zu sein, die Sonderpädagogik als abgrenzbare administrative Einheit innerhalb des allgemeinen Schulsystems auszuweisen, um Mittel und Unterstützung zu erhalten. Die Fachleute, die auf diesem Gebiet arbeiten, müssen wachsam sein, damit Fragen der Sonderpädagogik bei Schulreformen nicht vergessen werden.

Die Früh- und *Vorschulerziehung* spielt eine entscheidende Rolle für die Entwicklungsförderung behinderter Kinder. Erziehung schließt alles ein, was den Kindern hilft, sich zu entwickeln; Frühmaßnahmen sind im wesentlichen erzieherische Prozesse. Effiziente Früherziehung setzt auch, unter Berücksichtigung ihrer Kultur und ihres Umfeldes, eine direkte Unterstützung der Eltern voraus, denn sie spielen eine bedeutende Rolle in der Erziehung ihrer behinderten Kinder. Damit die Arbeit der Fachleute einen maximalen Wirkungsgrad erreicht, muß sie in die kontinuierliche Sorge der Eltern eingebettet sein.

Die Bildung darf mit dem Ende der Schulpflicht auch bei behinderten Menschen nicht aufhören. Nach der vorschulischen und schulischen Erziehung muß der Berufsbildung und Erwachsenenbildung die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden.

b) Tendenzen und Hindernisse

Aus den Basisdokumenten schälten die Experten folgende *Tendenzen* heraus: Ein bemerkenswertes Anwachsen der rechtlichen Verankerung von Son-

derpädagogik ist erkennbar. Die Anzahl der Erziehungsministerien, welche die Verantwortung für die Sonderpädagogik übernehmen, nimmt zu. Sondereinrichtungen gehen langsam zurück; Kinder mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen werden zunehmend dem allgemeinen Erziehungssystem zugewiesen, welches immer mehr allen Kindern gerecht zu werden versucht.

Als *Lücken* lassen sich feststellen, daß die Vorschulerziehung behinderter Kinder fast oder gänzlich inexistent und die nachschulische Erziehung relativ bescheiden ausgebaut ist. Einige Kategorien von Behinderten sind nach wie vor von der Bildung ausgeschlossen, vor allem Personen mit schweren und komplexen Behinderungen. Die Eltern spielen in der Praxis noch immer eine bescheidene Rolle im Bildungsprozeß ihrer behinderten Kinder. In verschiedenen Ländern besteht das Bedürfnis, Informationen über verschiedene Aspekte und Erfahrungen im Bereich der Sonderpädagogik auszutauschen.

Hindernis sonderpädagogischer Verbesserungen ist oft die Unbeweglichkeit gesetzlicher Grundlagen und administrativer Verfahren, die schwerfällig sind und die Verwendung der Mittel nach Behinderungsart vorsehen, was oft den konkreten Bedürfnissen der Betroffenen nicht entspricht. In gewissen Ländern herrscht weiterhin die Auffassung von Sonderpädagogik als einem karitativen Unternehmen, einem Sozialhilfeprogramm unter Ausschluß der Bildungsverantwortlichen. Vielerorts wird an der administrativen und fachlichen Unterscheidung zwischen den zwei getrennten Bildungssystemen »Sonderpädagogik« und »allgemeine Erziehung« festgehalten.

c) Gesetzgebung

Es ist auffallend und bemerkenswert, wie viele Gesetze zur Sonderpädagogik in den verschiedenen Ländern erlassen wurden oder noch erlassen werden sollen. Meistens wird der Gesetzgeber dazu durch zwei Beweggründe motiviert: einerseits angesichts der Spannweite der Unterschiede zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern, andererseits im Hinblick auf die Sicherstellung der sonderpädagogischen Angebote durch die entsprechenden gesetzlichen Erlasse. Diese gesetzgeberischen Aktivitäten haben offensichtliche Vorteile, sie halten z. B. das Recht auf Chancengleichheit und angemessenen Unterricht fest; sie garantieren die Finanzierung und geben den sonderpädagogischen Einrichtungen einen offiziellen und gesicherten Status. Dieser *legislative Aktivismus* birgt insbesondere zwei Gefahren in sich, nämlich vom tatsächlichen Bereitstellen der nötigen sonderpädagogischen Angebote abzulenken und zur Annahme zu verleiten, daß durch den

Erlaß von Gesetzestexten automatisch die entsprechenden Dienstleistungen sichergestellt werden. Gesetzliche Grundlagen können aber auch schädlich sein, wenn sie z. B. auf überholten Vorstellungen und inadäquaten Modellen basieren.

Sonderpädagogische Gesetzgebungen haben in gewissen Ländern zu einem Schritt nach vorne geführt. Durch geeignete Gesetzesgrundlagen können Hilfen und Mittel erreicht oder die Mentalität in der Bevölkerung beeinflusst werden. Gesetze können auch die sonderpädagogischen Angebote denen gegenüber, die sie brauchen, legitimieren. Die Personen, die bei der Ausarbeitung von Gesetzen beteiligt sind, müßten hinreichend über die Entwicklungen auf diesem Gebiet, die aktuellen Tendenzen und Konzeptionen sowie die möglichen Formen sonderpädagogischer Angebote informiert sein. Auch behinderte Personen sollten beigezogen werden, damit ihre allgemeinen und besonderen Bedürfnisse berücksichtigt sind.

d) *Integration*

Auf der ganzen Welt steht die Integration im Zentrum der Aufmerksamkeit, wenn es um die Organisation der Sonderpädagogik geht. Die Bedeutung, die ihr im Hinblick auf Chancengleichheit und Nicht-Aussonderung zugemessen wird, ist sehr zu begrüßen. Dennoch sind einige warnende Bemerkungen am Platz: Erstens ist die Integration ein dermaßen offensichtlich positives Postulat, daß sie sich sehr gut als Slogan oder leere Phrase eignet. Es ist auch zu simpel, die Integration in die Regelschule als gut und die Sonderschulung als schlecht hinzustellen. Solche und ähnliche Vereinfachungen schaden dem Konzept der Integration. Zum zweiten bedeutet Integration nicht in allen nationalen Schulsystemen das gleiche. Das Wort Integration ist eine Kurzformel für einen langen, umfassenden und dynamischen Prozeß der Schulreform und für das Bereitstellen adäquater pädagogischer Angebote für alle Kinder. Die verschiedenen Länder sind in diesem Prozeß offensichtlich unterschiedlich weit fortgeschritten. In der Tat sind aber jene Länder selten, in denen die Integration als Prozeß der allgemeinen *Schulreform* verstanden wird. Meistens wird sie als ein Problem gesehen, das eine bestimmte Gruppe von Schülern betrifft, die anders sind und deshalb oft segregiert werden. Integration ist dann vor allem wirkungsvoll, wenn die allgemeine Schule in Frage gestellt wird. Integration im Sinne von Schulreform setzt sich zum Ziel, eine Schule für alle zu schaffen, die mit ihren differenzierten Angeboten den unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung trägt.

e) *Terminologie der Behinderung*

Mehr als die Hälfte der Länder unterscheiden in ihren Gesetzgebungen verschiedene *Behinderungs-*

kategorien. Wiederum die Hälfte davon verwenden die sieben großen Kategorien: Verhaltensstörungen, geistige Behinderung, Körperbehinderung, Sehbehinderung, Hörbehinderung, Sprachstörungen und Lernbehinderung. Gewisse Kategorien sind allerdings rechtlich nicht festgelegt, insbesondere die Lernbehinderung, aber auch die Verhaltensstörungen und die Sprachstörungen. Hör- und Sehbehinderungen fehlen jedoch nie. In den 29 Ländern, in welchen eine formelle Umschreibung von Behinderung fehlt, ist entweder das sonderpädagogische Angebot schlecht ausgebaut, oder es wurde in wenigen Ausnahmefällen bewußt auf eine Umschreibung verzichtet.

Es mag ziemlich beunruhigend sein, daß sich die Sonderpädagogik in den meisten Ländern noch auf eine Terminologie von Behinderung bezieht, die im Grunde genommen überholt und kontraproduktiv ist: Sie ist negativistisch und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Unfähigkeiten statt auf die Fähigkeiten; sie betont die Unterschiede zwischen den behinderten und nichtbehinderten Kindern; sie basiert auf einem irreführenden Modell von Lernstörungen, als ob diese ausschließlich individuumsabhängig wären und mit Umweltfaktoren nichts zu tun hätten; vor allem aber verleitet sie zur pädagogischen Strategie, daß nämlich die traditionellen Behinderungskategorien die Organisation und Struktur des pädagogischen Angebotes fälschlicherweise zu stark bestimmen. Das Aufgeben dieser veralteten Terminologie geht nicht ohne Änderung des Blickwinkels und der Einstellung: eine echte Respektierung des Individuums, die Vermeidung von unnötigen negativen Zuschreibungen, die Berücksichtigung der erzieherischen Bedürfnisse, der Respekt vor der Einmaligkeit des menschlichen Wesens.

f) *Planung, Organisation und Verwaltung*

Sonderpädagogik kann nicht isoliert entwickelt werden. Die Programme und Angebote auf diesem Gebiet sind nur wirksam, wenn sie eine natürliche Ergänzung des erzieherischen und kulturellen Systems des betreffenden Landes sind. Die Mittel und Angebote können sehr stark variieren und müssen den kulturellen *Kontext* berücksichtigen. Die sozialen und kulturellen Werte, die Einstellungen gegenüber Behinderten, die Traditionen des Umgangs mit den Bedürfnissen der Behinderten, dies alles sind wichtige Aspekte, die es bei Unternehmungen auf diesem Gebiet zu berücksichtigen gilt. Die konkreten Modalitäten sonderpädagogischer Angebote sind aber auch abhängig vom geographischen Rahmen, von den administrativen Infrastrukturen, der Art des allgemeinen Bildungswesens, der Größe der Klassen, der Ausbildung und Kompetenz des Personals.

Trotz der großen Fortschritte auf sonderpädagogischem Gebiet ist das Fehlen nationaler Planungen beunruhigend. Angesichts knapper werdender Ressourcen sollten die nötigen organisatorischen und administrativen Strukturen festgelegt werden, um ein qualitatives und effizientes Angebot sicherzustellen. Auch wenn die Innovationsmechanismen in jedem Land verschieden sind, ist bei nationalen Entwicklungsplänen der Einbezug der höchsten Erziehungsverantwortlichen wichtig und für den Erfolg entscheidend. Da die Ressourcen vermutlich nicht ausreichen, um alle Verbesserungen gleichzeitig einzuführen, müssen konkrete Ziele festgelegt und Prioritäten gesetzt werden.

g) Strategien

Welche Strategien und Aktionsweisen müssen angewandt werden, um eine möglichst große Anzahl behinderter Personen und Familien zu erreichen?

Die UNESCO-Umfrage hat zwei wichtige Charakteristika an den Tag gebracht: In zwei Dritteln der Länder liegt der Erfassungsgrad behinderter Kinder unter 1 Prozent; ferner sind die Sondereinrichtungen noch bei weitem das häufigste sonderpädagogische Angebot, gefolgt von Spezialklassen in allgemeinen Schulen. Um künftig mehr behinderte Personen sonderpädagogisch erfassen zu können, sollte nicht nur das Prinzip der Normalisierung und der Integration angewandt werden, es sollten gleichzeitig auch Sondereinrichtungen bereitgestellt werden. Diese *beiden Strategien* müssen sich, weltweit angewandt, ergänzen. Die Bildungsbedürfnisse der meisten behinderten Personen können aber wahrscheinlich nicht durch Sonderschulen und sonderpädagogische Zentren allein befriedigt werden. Sonderschulen sollten in der heutigen Zeit als Spezialzentren zur Unterstützung externer Programme, der Fortbildung der Regelschullehrer, als nebenschulische Stützdienste für Familien und behinderte Kinder und schließlich dem pädagogischen Stützunterricht für behinderte Kinder an Regelschulen dienen.

In einigen Ländern hat sich die Bildung von *Schulzentren* als nützlich erwiesen, um alle sonderpädagogisch unentbehrlichen Hilfsmittel zur Verfügung zu halten. Das spezialisierte Fachpersonal (Schulberater, Schulpsychologe, Sonderschullehrer) kann auf diese Weise effizienter seine Arbeit leisten.

Frühmaßnahmen sind ein anderes wichtiges Gebiet, dem ein höherer Stellenwert zukommen muß. Die Auswirkungen einer Behinderung sind oft schwerwiegender als die direkten Folgen einer Schädigung.

Nach dem Prinzip »Bildung für alle« müssen in erster Linie die *allgemeinen* Erziehungsstrukturen den behinderten Personen zugänglich gemacht

werden. Die Unterrichtsweise, das didaktische Material und die Schulgebäude sollen den sehr unterschiedlichen Bedürfnissen der Kinder Rechnung tragen. Sonderpädagogik soll individualisiert und lokal angesiedelt sein sowie zu einer produktiven Arbeit führen.

i) Technologien

Die technologischen Hilfsmittel, die in der Sonderpädagogik angewandt werden können, sind ziemlich fortgeschritten und umfassen vor allem Prothesen, Mittel zur Kompensation funktioneller Defizite, Lern-, Kommunikations- und Informationshilfen. Diese Technologien spielen eine zunehmend wichtige Rolle in unserer Gesellschaft und in der Sonderpädagogik im besonderen. Es ist wichtig, daß sich die Mitgliedsländer bewußt werden, damit den behinderten Menschen helfen zu können, brauchbare Kenntnisse zu erwerben und ein autonomes Leben zu führen. Die neuen Technologien können mithelfen, daß mehr behinderte Kinder den Zugang zur Schulbildung finden und darin bessere Resultate erreichen.

Literatur

Bürli, A.: Sonderpädagogik — weltweit. (Diese umfassendere Darstellung der Umfrageergebnisse und der Empfehlungen der UNESCO erscheint demnächst in der Zeitschrift für Heilpädagogik. Das Manuskript kann beim Autor angefordert werden.)

UNESCO: Examen de la situation actuelle sans le domaine de l'éducation spéciale. Paris 1988.

UNESCO: Consultation sur l'éducation spéciale. Rapport final. Paris 1988 a.

(Die beiden letztgenannten Dokumente sind in französischer oder englischer Sprache erhältlich bei der UNESCO, 7, place de Fontenoy, F-75700 Paris.)

Anschrift des Verfassers:
Dr. Alois Bürli
Schweizerische Zentralstelle
für Heilpädagogik (SZH)
Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern

Aus-, Fort- und Weiterbildung

17. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie in Brixen

Der 17. Internationale und interdisziplinäre Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie »Hilfe für das behinderte Kind« in Brixen/Norditalien vom 24. bis 31. August 1989 wurde wiederum vom Direktor des Kinderzentrums München Prof. Dr. Dr. h. c. Th. Hellbrügge und seinen Mitarbeitern hervorragend organisiert. Teilnehmer aus über 14 Ländern Europas, Amerikas und Asiens — Ärzte, Zahnärzte, Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz, verschiedenste Therapeuten, Lehrer, Psychologen und Hersteller von Therapiematerialien — vereinte das interdisziplinäre Gespräch über die bestmögliche Behandlung und Betreuung der unterschiedlich kranken und gestörten Kinder. Diese Offenheit für ganz verschiedene Therapien und für die Erfahrungen der Therapeuten aus Nachbardisziplinen und anderen Ländern wurde wesentlich befördert durch die im Kinderzentrum praktizierte kollegiale Zusammenarbeit der verschiedensten Fachgebiete unter einem Dach zum Wohle des geschädigten Kindes. Das kameradschaftliche Klima des Kongresses wurde natürlich durch die Vielfalt der Veranstaltungen — etwa 25 Plenumsreferate, vier interdisziplinäre Morgenbesprechungen vorgestellter Fälle, ca. sechs Filmvorführungen, diverse Videopräsentationen, rund 35 über mehrere Tage laufende ein- bis dreistündige Workshops, an denen stets der gleiche Personenkreis teilnahm, ein Kindernachmittag, lebhaft frequentierte Ausstellungen von Spiel- und Therapiematerialien und Büchern sowie viele Möglichkeiten des Gedanken- und Erfahrungsaustausches — erst ermöglicht. Und die lebenswürdigen Brixener, ihre wunderschöne Stadt, die liebliche nähere und fernere Umgebung sowie einige gemeinsame gesellige Veranstaltungen und Unternehmungen taten ein übriges.

Über das im Bericht zum 16. Brixener Herbstkongreß über die Vielfalt und Komplexität der verschiedensten Behandlungsmethoden einschließlich ihrer Diagnostik Gesagte hinaus (Die Sprachheilarbeit, Heft 2/1989, S. 100) sollen im folgenden nur die für den Sprachtherapeuten relevanten Veranstaltungen kurz referiert werden. Das aus unterschiedlichster Ätiopathogenese schwer und schwerst geschädigte Kind ist stets auch sprachgestört. In solchen Fällen müssen der Sprachtherapie bzw. -anbahnung unbedingt komplexe Stimulationstherapien vorausgehen, über die der Sprachtherapeut Bescheid wissen muß bzw. die er auch

bei den »Erfindern« erlernen kann. In Brixen ging es vor allem um die frühkindlichen Prozesse der Entwicklung der Motorik, Wahrnehmung und kognitiven Fähigkeiten, die durch solche Verfahren wie die Vojta-Therapie (Frau Heidi Orth [Bremen] — Vortrag und Seminar), die neuromotorische Entwicklungstherapie und Frühbehandlung mundmotorischer Störungen nach Castillo Morales (Prof. Castillo Morales und Dr. J. Brondo [beide Cordoba/Argentinien] — Referate und Seminare), Therapie von Sprech- und Sprachstörungen bei zerebralen Bewegungsstörungen nach Bobath auf der Grundlage der Eßtherapie (Gertraud Fendler [Leonding/Österreich] — Vortrag und Seminar), die Mototherapie (Michael Passolt [München] — Seminar) und das Konzept der konduktiven Erziehung nach Petö (Budapest) (Professor Haberfellner [Innsbruck/München] — Vortrag und Seminar) gefördert werden. Für mehrfach geschädigte, aber intellektuell altersgerecht entwickelte Kinder stellte das Ehepaar Dr. Renate Clausnitzer mit Vortrag und Dr. V. Clausnitzer (beide Halle/DDR) im Seminar das von ihnen zusammengestellte System der Orofazialen Muskelfunktionstherapie vor. Sie behandeln damit kombiniert auftretende Dysgnathien, orofaziale Dysfunktionen, Dyslalien und Wahrnehmungsstörungen.

Auch die Veranstaltungen des Psychologen D. Kehl (St. Gallen) zur Behebung von Wahrnehmungsstörungen nach Affolter, der Audiopädagogin S. Schmid-Giovannini (Zürich) zur musikalisch-rhythmischen Erziehung bei hörgeschädigten Kindern und des Paters Dr. A. M. J. van Uden (Niederlande) zur Erziehung hörgeschädigter Kinder waren für jeden Sprachtherapeuten von großem Gewinn.

Volkmar Clausnitzer

9. Europäischer Kongreß für Myofunktionelle Therapie (MFT) in Dortmund (10. und 11. November 1989)

Wieder waren Vertreter verschiedenster Berufe aus unterschiedlichen Ländern Europas und Amerikas zu lebhaften Diskussionen über die wissenschaftlichen Grundlagen sowie diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen der MFT versammelt, in Dortmund 1989 in größerer Anzahl als 1988 in Würzburg. Das entsprach dem weitergewachsenen Ansehen und vielfältigen interdisziplinären Einsatz dieser Therapiemethode in Stomatologie, Pädiatrie, HNO-Heilkunde, Sprachtherapie und Rehabilitationsmedizin und -pädagogik. Das hohe wissenschaftliche Niveau und die große Praxisnähe des Kongresses zeigten sich in den acht Plenumsreferaten und fünf Workshops sowie in vielfältigen Gesprächen. Am Rande des Kongresses wurden in einer Vollversammlung des Arbeitskreises MFT e.V. wichtige praktische Weichenstellungen beraten.

Unter der Hauptthematik »Neuromotorische Koordinationsstörungen und Auswirkungen auf die orofaziale Muskulatur« sollte die wissenschaftliche Fundierung der myofunktionellen Therapie von neurophysiologischer und -pathologischer Seite her und ihre Anwendung bei schwer und schwerst Geschädigten gegeben werden.

Dazu wurden grundlegende Referate und Workshops veranstaltet: Neuhäuser (Gießen) ordnete in seinem Referat »Orofaziale Funktionsstörungen bei infantiler Cerebralparese« vor allem die Schluck- und Sprechstörungen und deren komplexe Therapie in die Gesamtsymptomatik der Zerebralparese ein. Praxisbezogener war Hahn (München) mit ihrem außerordentlich wichtigen Seminar »Orale Stereognose«, das die gestörte orale Wahrnehmung und deren Behandlung sowohl für den MF-Therapeuten, den Sprachtherapeuten als auch den Zahnarzt aufbereitete. Die Referentin stützte sich dabei auf eigene wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen.

Clausnitzer (Halle/DDR) bezog sich in seinem einleitenden Referat »Erfahrungen mit myofunktioneller Therapie bei schwer und schwerst geschädigten Kindern« in der hirnphysiologischen Begründung der von ihm vertretenen Orofazialen Muskelfunktionstherapie OMF auf Lurijas »funktionelle Architektur des Gehirns« und das darauf basierende funktionelle Modell der Handlungen des Organismus, in dem die Stereognose und deren Störungen ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle spielt. Fallbeispiele und davon abgeleitete praktische Erfahrungsgrundsätze forderten zur Diskussion heraus.

Wesentlichen theoretischen und praktischen Erkenntniszuwachs garantierten auch weitere Referate und Workshops zum Einsatz der MFT bei Krankheits- und Störungsbildern auf zentraler Basis und entsprechende therapeutische Erfahrungsberichte: Limbrock (München) gab einen gründlichen Überblick über die »Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales« anhand des Down-Syndroms und des Möbius-Syndroms. Diesen Überblick über deren komplexe Therapie spezifizierte Hoyer (Hamburg) aus zahnärztlicher Sicht »Zahnärztliche Aspekte der Gaumenplattenbehandlung«. Hoyer konnte über vielfältige Erfahrungen bei über 400 behandelten Patienten berichten.

Mübig (Erlangen) beschäftigte sich im Referat und im Workshop »Mund — Raum — Funktion: Zusammenhänge am Beispiel von Kindern mit Wiedemann-Beckwith-Syndrom« auf der Grundlage profunder Kenntnisse der pränatalen und frühkindlichen Gesamtentwicklung und deren Störungen mit der kieferorthopädischen und physiotherapeutischen Behandlung der genannten schweren Schädigungen. Ebenso überzeugend konnte Codoni

(Basel) die »Möglichkeiten der MFT bei Tetraspastikern: Dokumentation einer Fallstudie« nachweisen. Über vier Jahre hinweg wurden Videoaufnahmen gemacht, die den Teilnehmern die frappierenden Fortschritte des Jungen nahebrachten.

Ein aufwendiges, aber überzeugendes diagnostisches Verfahren stellte Wein (Aachen) in seinem Vortrag »Gestörte Zungenbewegung im sonographischen Bild« vor. Der Ultraschall eignet sich sehr gut für die Dokumentation bei Schluck- und Sprachstörungen. — Rossaint (Aachen) bot weitere diagnostische und therapeutische Anregungen aus kinesiologischer Sicht in seinem Referat »Die energetische Mund-Innen-Massage (MIM) und Mund-Außen-Massage (MAM) als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel zur Stabilisierung der orofazialen Muskulatur«.

Zwei verdiente Autoren äußerten sich zu ihren MFT-Systemen: Garliner (USA) bot in seinem »Überblick über Entwicklungen in der MFT in den USA, Europa und Asien« nichts wesentlich Neues. Dagegen konnte Padovan (Brasilien) mit der Vorstellung ihres »Myofunktionellen Behandlungskonzeptes bei orofazialen Störungen« auch dem Sprachtherapeuten sehr viele praktische Anregungen vermitteln (Referat und Workshop; Übersetzer von Treuenfels).

Für 1990 sind im März in Hamburg ein Workshop zur Interdisziplinarität in der MFT und im November in Aachen zur Ultraschall-Diagnostik in der MFT geplant. Der 10. Europäische MFT-Kongreß findet am 9./10. November 1991 in München statt.

Volkmar Clausnitzer

Integration im Kindergarten

Kurzbericht über den REHA-Kongreß vom 25. bis 27. September 1989 in Düsseldorf.

In einem ausgezeichneten Grundsatzreferat wies Frau Bundestagspräsidentin Süssmuth darauf hin, daß es in der Bundesrepublik, was die Fragen der Integration Behinderter angeht, noch sehr viel zu tun gäbe. Auch der Kindergartenbereich sei hier nicht ausgenommen. Den derzeitigen Diskussionsstand trug im Anschluß daran Herr Dr. Früh auf, Lebenshilfe Marburg, vor. Er stellte auch einige Forderungen auf, die ebenfalls in den leider parallelverlaufenden Arbeitsgemeinschaften eine Rolle spielten, z. B.:

Integration akzeptiere bewußt Ungleichheiten. — Eine Unterscheidung zwischen »integrierbare« und »nicht integrierbare« Kinder sei nicht tragbar. — Integrative Pädagogik sei eine Kombination von sonderpädagogischen und regelpädagogischen Elementen mit dem Schwerpunkt der Individualisierung. — Integration beziehe alle Lebensbereiche im Wohngebiet mit ein. — Integration verlange Wohnortnähe. — Integrative Erziehung dürfe den

Anspruch des behinderten Kindes auf Rehabilitation nicht schmälern.

In diesem Zusammenhang stellte er mit Genugtuung fest, daß sich bereits viele Sondereinrichtungen nun auch für nichtbehinderte Kinder geöffnet hätten. Fünf Arbeitsgemeinschaften wurden angeboten, von denen die ersten beiden jedoch zusammengelegt wurden:

1. Konzeptionen und Praxis
2. Modellvarianten: Kriterien zur Beurteilung innovativer Praxis
3. Situation und Rolle der Familie
4. Das System der Hilfen: Gesetzgeberische und administrative Rahmenbedingungen
5. Veränderungs- und Durchsetzungsstrategien.

In der ersten Gruppe wurde deutlich, daß es viele Integrationsversuche gibt, z. B.

- Integration in Sonderkindergärten. Dort sei gewöhnlich der Anteil der Behinderten größer als der Teil der Nichtbehinderten, was sicherlich auch mit Eingruppierungsmerkmalen gemäß BAT zusammenhängen kann.
- Integration von Kindern mit einer bestimmten Behinderungsart. Als Beispiel wurde der integrierte Sprachheilkindergarten Düsseldorf-Garath genannt.
- Bei diesen speziellen Integrativen Einrichtungen sei die Forderung nach Wohnortnähe zwar besser als bei reinen Sonderkindergärten erfüllt; den Nachteil der noch mangelnden Wohnortnähe nähme man jedoch gegenüber den guten Möglichkeiten zur Rehabilitation dieser Kinder in Kauf.
- Dagegen steht das Modell der sogenannten Grauen Integration. Hier handelt es sich um Regeleinrichtungen, die behinderte Kinder aufnehmen, ohne ihnen heilpädagogische und therapeutische Hilfen anbieten zu können. Die Eltern müssen sich selbst um entsprechende Therapien bemühen.

Normalerweise würde bei integrierten Gruppen von einer auf 15 reduzierten Gruppenstärke ausgegangen: Davon seien zehn Kinder nichtbehindert. Es gäbe jedoch einzelne behinderte Kinder, für die auch eine derartige Gruppenreduzierung noch eine Überforderung darstellte. Flexibilität sei daher von der Einrichtung gefordert, und zwar hinsichtlich der Raumgestaltung, des Tagesablaufs und der pädagogischen Angebote.

Was die Familiensituation angeht, so wurde u. a. auf folgende Beobachtung hingewiesen: Eltern, die ihre nichtbehinderten Kinder in eine integrierte Einrichtung schickten, stammten vorwiegend aus einem gehobenen Mittelstand. Sie hätten oft einen hohen Anspruch hinsichtlich der von integrativen Einrichtungen bevorzugten situationsbezogenen

Pädagogik und erhofften sich für ihre Kinder Vorteile durch die kleinere Gruppe (15 statt 25). Somit sei häufig ein soziales Gefälle zwischen den Eltern der behinderten und der nichtbehinderten Kinder feststellbar, was in den gemeinsamen Angeboten für Eltern berücksichtigt werden müsse.

Im Zusammenhang mit Rahmenbedingungen wurde auf folgende wichtige Schriften hingewiesen: 1. Beschluß der Jugendministerkonferenz vom 18./19. Mai 1989, erhältlich beim MAGS Düsseldorf, Horionplatz 2, 4000 Düsseldorf. 2. Bundestagsdrucksache 11/4455.

Am Beispiel des Landes Hessen wurde deutlich gemacht, daß die Kosten für integrative Gruppen wie folgt aufgeteilt werden:

Nichtbehinderte Kinder fallen wie bei einem Regelkindergarten unter die Jugendhilfe: Die Kosten werden durch Elternbeiträge und Anteile der Kommune, des Trägers und des Landes nach dem jeweiligen Kindergartengesetz gedeckt.

Behinderte Kinder fallen unter den Bereich Sozialhilfe. Für diese Kinder ist der integrierte Kindergarten eine teilstationäre Einrichtung, in der die Kosten durch den jeweiligen Pflegesatz vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe ggf. abzüglich des Landesanteils nach dem Kindergartengesetz gedeckt werden. Zusätzliche ärztliche Therapie (verordnete) fällt in die Kostenträgerschaft der Krankenkassen. Für integrierte Sprachheilkindergärten ist jedoch noch auf folgenden Rechtsstandpunkt der Krankenkassen hinzuweisen:

Demnach beziehen sich die Ausführungen in der Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen auch »auf sogenannte Sprachheilkindergärten, wo diejenigen sprachgestörten Kinder untergebracht sind, bei denen ambulante logopädische Maßnahmen nicht mehr greifen. Die dort nach den Bestimmungen des BSHG durchgeführte heilpädagogische Behandlung fällt absolut nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen.«

Gregor Heinrichs

Bericht über den 8. Kongreß der ÖGS

Die Vorbereitungen für den 8. Kongreß der ÖGS vom 25. bis 29. September 1989 im Kongreßzentrum der Hofburg in Wien mit dem Thema »Sprache und Lernen — Lernen und Sprache« begannen bereits am letzten Tag des 7. Kongresses in Linz 1987. Von diesem Tag an gab es Beratungen über Thema und Ort, Referenten und Rahmenprogramm, schließlich auch über Finanzen; es zitterte diesmal nicht nur, wie bei solchen Anlässen üblich, der Kassier, sondern mit ihm auch unser gesamter geschäftsführender Vorstand, dessen Mitglieder mit ihrem Privatvermögen für den Fall eines möglichen Flops hafteten. All das und eine fast unüber-

schaubare Vielzahl von organisatorischen »Kleinigkeiten« mußten berücksichtigt werden, um bis zum Beginn des Kongresses zu kommen.

Einen Tag vor der Eröffnung war es schließlich soweit: Unmögliches war möglich geworden. So sollen einige Kongreßteilnehmer zur gleichen Zeit bei bis zu drei der traditionellerweise am Vortag des Kongresses stattfindenden Unterrichtsvorführungen gesichtet worden sein! Auch die am Mittwochnachmittag angebotene Stadtführung erfreute sich regen Zuspruchs. Am Abend fand dann in mehreren Sälen des Restaurants »Am Kahlenberg« ein »zauberhafter« Begrüßungsabend statt ...

Am Donnerstag wurden bereits ab 5 Uhr morgens die Ausstellungen in den Kongreßräumen aufgebaut; ab 7.30 Uhr stürmten die Kongreßteilnehmer das Kongreßbüro in der Antekammer der Wiener Hofburg; es kamen über 1000 Leute! Die musikalische Begrüßung aller Teilnehmer erfolgte im Thronsaal der Neuen Burg, und zwar durch eine Kindergruppe der Ganztagsvolksschule 1100 Wien, Carl Prohaskaplatz. Anschließend begrüßte die 1. Vorsitzende der ÖGS, Frau SD Inge Frühwirth, unsere Ehrengäste: Herrn Dr. Gruber und Frau Dr. Springer vom BMfUKS, Herrn LSI Dr. Beranek vom SSRfWien, Herrn BSI Tuschel vom Land Wien, Landes- und Bezirksschulinspektoren aus den Bundesländern, die Leiterin des schulärztlichen Dienstes, Frau Dr. Lucius, Abteilungsvorstände der Pädagogischen Akademien, den 1. Vorsitzenden der dgs, Herrn Bielfeld, Herrn Prof. Dr. Frank, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie, und die Ehrenvorsitzenden der ÖGS, die Herren OSR Aschenbrenner und OSR Hinteregger. Besonders herzlich wurden die Pensionisten begrüßt, »weil man zwar als Lehrer in Pension gehen kann, nicht aber als Sprachheillehrer oder als Freund der Wiener Sprachheilschule oder auch der ÖGS — das bleibt man für immer«; stellvertretend für diese Personengruppe wurde Herr Hofrat Sretenovic genannt.

Die »Hausfrau für drei Tage« drückte ihre Freude über das Mitwirken der Referenten und über die Anwesenheit aller Kongreßteilnehmer aus: Inge Frühwirth betonte, daß die Wiener Hofburg auch für Wiener nicht irgendein Veranstaltungsort ist, und hob die Herausforderung heraus, den Kongreß in historischen Räumen mit den klingenden Namen »Antekammer«, »Rittersaal«, »Radetzky-appartements«, »Marmorsaal«, »Zeremoniensaal«, ja sogar »Thronsaal« abzuwickeln. Der ÖGS wurden Grußworte von Herrn Bielfeld (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik), von Herrn Prof. Dr. Frank (Österreichische Gesellschaft für Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie), von Herrn BSI Tuschel (Stadt Wien, Stadtschulrat für

Wien) und von Herrn Dr. Gruber (BMfUKS) überbracht.

Dr. Gruber eröffnete den Kongreß. Die Inhalte der einzelnen Referate und Arbeitskreise werden den Kongreßteilnehmern in Form eines vom Verlag Jugend und Volk gedruckten Kongreßberichts zugesandt und aus diesem Grund von uns hier nicht kommentiert.

An diesem Abend fand dann in der Geheimen Ratsstube des Wiener Rathauskellers das ebenfalls zur Tradition gewordene Treffen der geschäftsführenden Vorstände von dgs und ÖGS in sehr herzlicher Atmosphäre statt. Anschließend gab es für alle Kongreßteilnehmer einen festlichen Empfang im Wiener Rathaus, zu dem der Bürgermeister der Stadt Wien eingeladen hatte.

Auch die Kongreßfahrt war sehr gelungen. Ziel war die Stadt Geras im Waldviertel. Nach kurzer Einker bei einem Heurigen waren die Leute sehr kreativ in diversen Kursen, hatten die Gelegenheit, ein Orgelkonzert in der Stiftskirche zu genießen und anschließend einer Führung durch das Prämonstratenserstift Geras beizuwohnen. Den Abschluß bildete ein gemütliches Beisammensein bei Bordunmusik. Auch dabei gab es die Möglichkeit, sich frei für angebotene Programmpunkte zu entscheiden: Devise »Tanz oder Nagelbrett«. Der letzte Tag des 8. Kongresses war für den Vorstand der ÖGS zugleich Startzeichen für die Organisation des 9. Kongresses ... Wir freuen uns auf ein Wiedersehen im Herbst 1991 in Innsbruck!

*Konrad Kregcjk
Wilhelm Willner*

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

Rezensionen



Friedel Schalch: Schluckstörungen und Gesichtslähmung. Therapeutische Hilfen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/New York 1989. 182 Seiten. 44 DM.

Bei diesem Buch der Schweizer Logopädin Friedel Schalch handelt es sich um die zweite Auflage ihres Werkes von 1983, das neu bearbeitet und erweitert wurde. Bereits äußerlich fällt die Ringbindung auf, die ein Hinweis darauf sein könnte, daß die durch 96 Fotos und 34 Zeichnungen veranschaulichten Übungen nicht als festgelegtes Therapieprogramm zu verstehen sind, sondern nach den jeweiligen individuellen Bedürfnissen zusammengestellt werden müssen. Inhaltlicher Ausgangspunkt ist die Tatsache, daß Schluck- und Kaustörungen sowie Gesichtslähmungen und Behinderungen des mimischen Ausdrucksvermögens zu Problemen bei der Nahrungsaufnahme und der Kommunikation — insbesondere beim Sprechen — führen.

An den Beginn ihrer Ausführungen stellt die Autorin anatomische und physiologische Grundlagen in komprimierter, aber doch sehr übersichtlicher und verständlicher Form. So werden beispielsweise der Eßvorgang und die Schluckmuster einer differenzierten Betrachtung unterzogen. Daran schließen sich die Abschnitte an, die sich mit den pathologischen Gegebenheiten auseinandersetzen: Es werden u. a. Anzeichen von Eß- und Schluckstörungen genannt, Dysarthrien als mögliche Ursachen für o. g. Störungen diskutiert und grundsätzliche Überlegungen zur Befunderhebung und Therapie angestellt. Die beiden letzten Drittel des Buches geben anschaulich erläuterte Übungsvorschläge zur Förderung der Muskulatur und Nervenbahnung, die zum Teil durch Ansätze der englischen Sprachpathologin Kay Coombes angeregt wurden. Die vorgestellten Therapieelemente zeichnen sich vor allem durch ihre Pragmatik aus, ohne aber in

einen überstürzten Pragmatismus zu verfallen. Selbstverständlich wird der auf diesem Gebiet praktizierende Therapeut diese zunächst funktionellen Übungen so zusammenstellen und anwenden müssen, daß der zu Behandelnde nicht zum Objekt gemacht wird, an dem und nicht *mit* dem gehandelt wird. Diesen Anspruch erhebt auch Schalch in ihrer Schlußbetrachtung: »Ein wesentlicher Faktor in der Therapie allgemein, und nicht nur in derjenigen für Gesicht und Mund, ist die Anleitung und Motivation zur Mitarbeit von Angehörigen und/oder Pflegepersonal« (S. 173).

Somit bleibt abschließend eine Empfehlung für dieses Buch auszusprechen, das auch für Sprachbehindertenpädagogen, die in der Therapie aussprachegestörter Kinder tätig sind, gut geeignet erscheint.

Uwe Förster

Buch- und Zeitschriftenhinweise

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

Nr. 4, 1989

Lothar Pickenhain, Leipzig/DDR: N. A. Bernstein und die moderne Neurophysiologie der Bewegungen. S. 374—381.

Hier geht es unter anderem um die Einheit von Wahrnehmen und Bewegen und über die Bedeutung interner Vorgänge für die Entstehung zielgerichteter, gesteuerter Bewegungen. Die Ergebnisse *Bernsteins* und der heutigen Neurophysiologie haben sicher auch in der Untersuchung der Motorik Sprachgestörter eine Rolle zu spielen.

Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahresschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik, Wien/Österreich

Nr. 3, 1989

Rahmenthema des Heftes: Hörbehindertenpädagogik.

Nr. 4, 1989

Rahmenthema des Heftes: Integration.

Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, Graz/Österreich

Nr. 4, 1989

Rahmenthema des Heftes: »end-wertet«.

Die teilweise dramatisch geschilderte Entwertung der alten Menschen in Krankenhäusern und Heimen trifft zum Teil auch in unserem Bereich, z. B. bei Personen mit Nachfolgeschäden der Aphasie, zu.

Nr. 5, 1989

Karl-Heinz Berg, Mainz: Die Geruchswahrnehmung als Lernhilfe. S. 5—9.

Der Autor plädiert für die Einbeziehung der Düfte besonders beim Training der Gedächtnisleistung. Wir erinnern, daß in der Sprachanbahnung bei Geistigbehinderten schon seit Jahren auch die Geruchswahrnehmung in unseren Kommunikationsspielen berücksichtigt wird, und freuen uns, daß nunmehr auch von wissenschaftlich-theoretischer Warte unser Tun bestätigt wird.

Felix Mattmüller, Basel: Hintergründige Überlegungen zu Spiel und Kommunikation. S. 29—34.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 6, 1989

Karla Röhner, Berlin-Ost/DDR: Sprachliche Führung — Kernstück logopädischer Erzieherstätigkeit. S. 335—344.

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

Nr. 6, 1989

G. Friedrich, Graz/Österreich, u. a.: Die Computertomographie des Larynx in der Stimmdiagnostik: Untersuchungen zur Methodik und Maßgenauigkeit. S. 283—291.

Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, Marburg/Lahn

Nr. 2, 1989

Irmhild Wiebel-Engelbrecht, München: Kurzdarstellung des Bobath-Konzeptes. S. 141—143.

Kommen Sprachbehinderungen in Verbindung mit Cerebralpareesen und anderen zentral- oder peripherbedingten sensomotorischen Störungen vor, ist Sprachtherapie in enger Zusammenarbeit mit Krankengymnastik möglich. Die hierbei wohl bekannteste Gymnastikmethode ist die neurophysiologische Entwicklungsbehandlung nach *Bobath*, die hier knapp, aber gut informierend dargestellt wird.

Hörgeschädigtenpädagogik, Heidelberg

Nr. 5, 1989

W. H. Claussen, Hamburg: Reizwort »Integration«. Zur gegenwärtigen Krise der Schwerhörigen-schule. S. 280—290.

Nr. 6, 1989

E. M. Kammerer, Münster: Überlegungen zur Sprachförderung im Sonderschulkindergarten — aus der Sicht einer mitarbeitenden Lehrerin. S. 368—371.

logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande

Nr. 11, 1989

Gesamtthema: XXI. Congres van de International Association of Logopedics and Phoniatrics.

Motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie, Schorndorf

Renate Zimmer, Osnabrück: Soziale Erfahrungen in Sport und Spiel. S. 86—92.

Für die Sprachtherapie und Sprachförderung sind die Hinweise auf die sprachliche Reflexion der Spiele bedeutsam. »Gefühle, Motive und Bedürfnisse des eigenen Verhaltens sowie des Verhaltens der anderen werden bewußt gemacht, indem man über Spielerlebnisse und Spielvoraussetzungen sprechen lernt.«

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

Nr. 4, 1989

Christel Rittmeyer, Düsseldorf: Lautgebärden: Formen, Systeme und Einsatzmöglichkeiten im Unterricht. S. 129—148.

Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik, Mainz

Nr. 10, 1989

Armin Löwe, Heidelberg: Noch mehr »Lärm um Lärm«? Ergänzende Bemerkung aus der Sicht der Pädagogischen Audiologie zum Thema »Lärmbekämpfung in Schulen«. S. 704—710.

Nr. 11, 1989

Heinz Süß-Burghart und Ingo W. Hoffmann, München: Erfolgskontrolle von psychologischen Sprachtherapien mit psychometrischen Testverfahren und der Mittleren Äußerungslänge in Morphemen. S. 766—771.

Arno Schulze

*Wir bitten um Beachtung des
dieser Zeitschrift beiliegenden
Bestellzettels für Lehrmittel
und Schriften zur Sprachheil-
pädagogik.*

Der Verlag

Tagungen und Kongresse



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).

Integrationskongreß der GEW

Die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft im DGB veranstaltet am 9. März 1990 um 10.00 Uhr in der Duisburger Mercatorhalle einen Integrationskongreß zum Thema »Gemeinsam spielen, lernen, leben — Behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam in Kindergarten und Schule«. Neben einem Einführungsreferat und sieben Foren findet u. a. auch eine Podiumsdiskussion mit Eva Rühmkorf (Kultusministerin des Landes Schleswig-Holstein), Rosemarie Raab (Schulsenatorin Hamburg) und Hans Schwier (Kultusminister des Landes

Nordrhein-Westfalen) statt. Nähere Informationen und Auskünfte: GEW, Landesverband Nordrhein-Westfalen, Nünningstraße 11, 4300 Essen 1.

Ferienkurse der Schule Schlaffhorst-Andersen

finden 1990 im Jugenddorf Bad Nenndorf zu folgenden Terminen statt: 28. März bis 5. April; 11. bis 19. Juli; 15. bis 23. August; 24. Oktober bis 1. November; Kurzkurse: 25. bis 27. Mai und 7. bis 9. September. Weitere Auskünfte erteilt das Sekretariat der Schule Schlaffhorst-Andersen, Bornstraße 20, 3052 Bad Nenndorf, Telefon (05723) 31 23.

3. Fortbildungsveranstaltung »Aphasie« im Saarland

Veranstalter: Saarbrücker Regionalgruppe für Aphasiker und Logopädenlehranstalt/Saarbrücken. Zeitpunkt: 27. bis 29. April 1990. Ort: Friedrich-Ebert-Stiftung in Saarbrücken. Schwerpunktthemen: Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Aphasien. Zielgruppe: Therapeuten mit Erfahrung in der Aphasiebehandlung. Tagungsgebühr: 100 DM (einschließlich Unterkunft und Verpflegung). Ohne Unterkunft und Verpflegung: 80 DM bzw. 70 DM. Anzahl der Teilnehmer: bis 55 Personen. Für Teilnehmer, die nicht berücksichtigt werden können, ist der Bezug eines Tagungsberichtes (ca. 25 DM) möglich. Anfragen und Anmeldung an: Ingo Kroker, Alter Mühlenweg 37, 6601 Bischmisheim, Telefon (0681) 89 72 42.

Sonnenberg-Tagungen

Auch im Jahr 1990 finden wieder mehrere internationale Sonnenberg-Tagungen zum Themenkreis »Rehabilitation der Behinderten« statt. Informationen und Unterlagen sind erhältlich bei: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Bankplatz 8, Postfach 2940, 3300 Braunschweig.

Seminar auf Kreta

Das Psychologische Zentrum für Nordgriechenland e.V. in Thessaloniki veranstaltet in Verbindung mit dem Pädagogischen Rehabilitationszentrum in Heraklion im Juni 1990 auf Kreta ein Seminar »Kreativität und Innovationsaspekte in der Heilpädagogik«. (Das Zentrum in Thessaloniki, das auf langjährige Verbindungen mit der Heil- und Sonderpädagogik der Universität Marburg und der dgs-Landesgruppe Hessen zurückblicken kann, ist eigentlich eine pädagogische Einrichtung zur Förderung meist mehrfachbehinderter Kinder; dabei ist die Sprachheilpädagogik ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation.) Interessenten wenden sich um nähere Informationen an Frau Dr. Tutula Nana-

kos, Aghiou Serafimstraße 9, GR-564 43 Thessaloniki, Griechenland.

VII. Europäischer Kongreß für Laryngektomierte

Vom 5. bis 8. September 1990 findet in Amsterdam der VII. Europäische Kongreß für Laryngektomierte statt. Kongreßunterlagen und Informationen: Kongreß-Sekretariat, c/o RAI Organisatie Bureau Amsterdam bv, Europaplein 12, NL-1078 GZ Amsterdam, Holland.

Bremer BLISS-Tagung

Freitag, 9., bis Sonntag, 11. März 1990. Villa Ichon, Goetheplatz 4, 2800 Bremen 1.

Die BLISS-Symbol-Kommunikationsmethode hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik wie weltweit eine weite Verbreitung und Anerkennung erfahren. Pädagogen, Therapeuten und Eltern sind inzwischen ausgebildet und wenden diese Kommunikationsmethode für nichtsprechende Menschen auf verschiedensten Gebieten mit Erfolg an. Demgegenüber besteht noch ein großer Bedarf an theoretischer Aufarbeitung und Dokumentation der BLISS-Kommunikationsmethode.

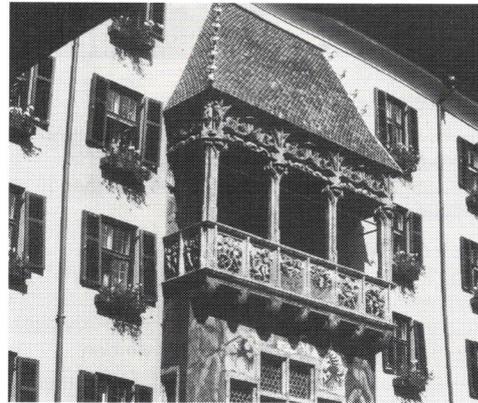
In Zusammenarbeit mit dem Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte, Düsseldorf, soll mit dieser Tagung des Paritätischen Bildungswerks, LV Bremen, die Möglichkeit gegeben werden, Grundlagen zu einigen Aspekten der Arbeit mit BLISS neu zu erarbeiten, neue Entwicklungen vorzustellen und die praktische Arbeit zu dokumentieren. Die Tagung gibt keine Einführung in die BLISS-Kommunikationsmethode, sie sollte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bekannt sein.

Anmeldung und genaues Programm: Paritätisches Bildungswerk, Lissaer Straße 7, 2800 Bremen, Telefon (0421) 61 57 54.

Elementare Musik — Spiel und Bewegung

Der Mühlberger Arbeitskreis der Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland veranstaltet einen Fortbildungslehrgang in der Zeit vom 19. bis 22. April 1990 im Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern. Themen: Elementare Musik und Sprechübung — Wahrnehmung und Ausdruck — Kommunikationsspiel — Rhythmische Gymnastik — Improvisations- und Spielformen (Klang — Bewegung — Sprache — Bild — Licht — Szene). Anmeldung bis 15. März 1990 über Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, 8032 Lochham bei München.

Der Arbeitskreis bietet ferner einen Kurs mit dem Thema »Elementare Sprech- und Bewegungserziehung« (Elementare Sprechübung — Stimm- und Sprechbildung — Sensomotorische Übung — Fehlspannung und Spannungsausgleich — Rhythmische Spielformen — Bewegungstraining — Chorisches Sprechen und polyästhetische Montagen) in der Zeit vom 2. bis 4. November 1990 im Haus Weißer Berg, 5450 Neuwied-Niederbieber, an. Auskunft und Anmeldung bis 1. September 1990 bei C. Thomas, Allmendstraße 4, 7640 Kehl 22, Telefon (07854) 4 50.



9. Kongreß der ÖGS in Innsbruck

Die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik veranstaltet ihren 9. Kongreß von Samstag, 19., bis Dienstag, 22. Oktober 1991 in Innsbruck.

Arbeitsthema: »Theoretische Ansätze und deren Umsetzung in der sprachheilpädagogischen Arbeit«.

Ort: Kongreßhaus Innsbruck.

Der Vorstand der Österreichischen Gesellschaft lädt ein, zu diesem Thema Hauptreferate und/oder Arbeitskreise zu gestalten. Interessenten werden gebeten, ein kurzes, schriftliches Konzept ihres geplanten Beitrages an den Sitz der ÖGS, A-1100 Wien, Erlachgasse 91, zu richten.

Einsendeschluß: 15. Mai 1990.

Der Vorstand der ÖGS behält sich vor, über die Aufnahme der angebotenen Beiträge in das Programm des 9. Kongresses zu entscheiden.

Kurse in »Myofunktioneller Therapie (MFT)«

Leitung: Anita Kittel, Logopädin. Kursdatum: 19. Mai 1990 (Grundkurs). Kursort: 7410 Reutlingen.

Anmeldungen unter Angabe des Berufes und der Telefonnummer bei Anita Kittel, Hornschuchstraße 12, 7400 Tübingen, Telefon (07121) 32 09 66.

Fortbildungsprogramm des Aktionskreises Psychomotorik e.V.

Der Aktionskreis Psychomotorik e.V. hat für 1990 wieder ein umfangreiches Fortbildungsangebot zusammengestellt. Das Programm ist erhältlich bei: Aktionskreis Psychomotorik e.V. (Geschäftsstelle), Kleiner Schratweg 32, 4920 Lemgo 1, Telefon (05261) 7 23 21.

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

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

1. Die Beiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturverzeichnis). Sie sind unter Beachtung der in Heft 1 eines jeden Jahrganges niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden.
2. Jedem Beitrag soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend nummeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z. B.: (Sovák).

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

Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (Heese 1965, S. 72).

9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens.

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

z. B.: Führung, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 1970.

Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:

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

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

z. B.: Knura, G.: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.

10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.
11. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.
12. Dem Verfasser werden 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und spätestens mit der Korrekturrückgabe beim Verlag zu bestellen.
13. Abbildungen, Grafiken und Tabellen werden, je nach Erfordernis und Möglichkeit, ein- oder zweispaltig abgedruckt (Abdruckbreite: 63 mm bzw. 131 mm). Um nicht zu unzutraglichen Verkleinerungen zu gelangen, sind die entsprechenden Vorlagen unter Berücksichtigung der beiden in Frage kommenden Breiten anzufertigen.

Die Redaktion

Keine Freie Arbeit ohne Bergedorfer Klammerkarten!

Ein völlig neu konzipiertes Lernmittel mit Selbstkontrolle zur Differenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Ab sofort die ersten 10 Titel für Deutsch u. Mathematik zum Einführungspreis!

! Bergedorfer Kopiervorlagen: !
Jetzt Neuerscheinungen Jan. '90

Lehrmittelservice: Gollwitz-Titel, Lernpuzzles, Magnetbuchstabierspiel, Sensory-Programm u.a.

Prospekt anfordern bei:

Persen Verlag Sigrid Persen
Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg / N.E.
Tel. 0 41 63 / 67 70 ☎

Vorschau

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

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. Crämer 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 —.

D. Eggert, B. Lütje und A. Johannknecht: Die Bedeutung der Psychomotorik für die Sprachbehindertenpädagogik.

O. Dobschlaff: Untersuchungen zum Sprechverhalten von Pädagogen und zu den Auswirkungen auf das Sprechverhalten physisch-psychisch geschädigter Schulkinder.

H. Günther und W. Günther: Verborgene Defizite bei sprachauffälligen Kindern.

B. Hogger: Schrift als therapeutisches Mittel bei Hörgeschädigten.

D. Bonnie und H. Küster: Nico oder der Versuch integrativer Förderung.



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 Reihengehöruntersuchungen.

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



Die
Heimstatt-Clemens-August
Clemens-August-Stift in 2846 Neuenkirchen

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die sprachliche Förderung geistig behinderter Kinder in der Tagesbildungsstätte eine(n)

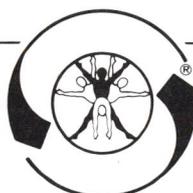
**Logopädin(en) oder
Mitarbeiter(in)**

mit vergleichbarer Qualifikation (Sprachheillehrer/in).

Die Vergütung erfolgt nach AVR (ähnlich BAT). Außerdem gewähren wir die üblichen Sozialleistungen.

Die Bewerbung ist zu richten an die

Heimleitung der Heimstatt-Clemens-August
Postfach 1105, 2846 Neuenkirchen, Telefon (05493) 6 71.



KLINIK BERLIN

Die Klinik Berlin, eine Rehabilitationsklinik in privater Trägerschaft mit 230 Betten in den Fachbereichen Neurologie und Orthopädie, sucht zum 1. 4. 1990 oder früher

**Logopäde/in
Sprachheiltherapeut/in**

Schwerpunktmäßig umfaßt das Aufgabengebiet die Diagnostik und Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien bei Erwachsenen.

Wir erwarten von unseren Mitarbeitern persönliches Engagement und die Bereitschaft, selbständig zu arbeiten.

Wir bieten neben einem zukunftsorientierten, sicheren Arbeitsplatz interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten sowie die Integration in ein freundliches Team.

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen mit Lichtbild senden Sie bitte an die

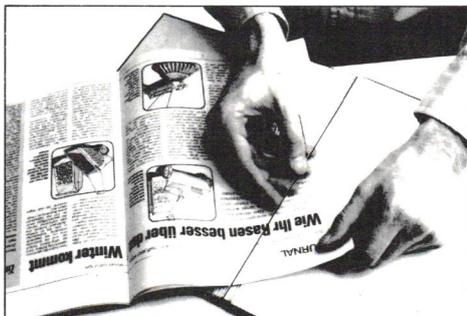
KLINIK BERLIN

Personalleitung Frau John, Kladower Damm 223, 1000 Berlin 22.

*So einfach
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metall-schiene 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

Diplom-Sprachheilpädagogin

1. Staatsex. Sonderschull., 28 J.,
1 1/2jährige Berufserfahrung in einer
Sprachheilpäd. Praxis, sucht eine
Stelle, in der sie im sprachheiltherap.
Bereich tätig sein kann (sprachheil-
therap. Praxis o. Institution, Früh-
förderung, [Sonder-]Kindergarten
u. ä.).

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

**Sozialarbeiter / Sozialpädagoge/in
mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung**
als Vertretung für die
Leitung eines Sprachheilkindergartens
ab 15. April 1990 gesucht.

Schriftliche Bewerbungen sind zu richten
an den Kirchenvorstand der St. Lamberti-
Kirchengemeinde, Neustädter Markt 37,
3200 Hildesheim.

Institut für Erziehungstherapie
sucht zum frühestmöglichen Zeitpunkt
Dipl.-(Sprachheil-)Pädagoge(in)

als freie(r) Mitarbeiter(in) in sprach-
therapeutischer Praxis im Raum
Viersen/Düsseldorf.

Bewerbungen bitte richten an:

EREW-Institut
zu Hd. Dr. Eva-Maria Saßenrath-Döpke
Lessingstraße 33, 4060 Viersen 1.

Wir suchen für sofort oder später

Sprachtherapeut/in

und/oder

Logopäden/in

als Mitarbeiter/in in unserer Praxis.

Bewerbungen erbeten an:

Logopädische Praxisgemeinschaft
M. Dahlhoff-Klaus Ch. Anczykowski
Grandweg 46, 4770 Soest,
Telefon (02921) 1 40 37.



Wir suchen für das

**Neurologische
Rehabilitationszentrum für
Kinder und Jugendliche**

für sofort oder später halbtags
eine/n

Sprachheilpädagogen/in

für die interdisziplinäre
Behandlung von jungen Menschen
mit erworbenen Schäden des
zentralen Nervensystems.

Erfahrungen mit Dysarthrien,
Aphasien und Apraxien sind
erwünscht.

Vergütung nach MTV-Ange-
stellte/AVH. Wohnmöglichkeit
besteht auf dem Gelände der
Klinik.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie
bitte an die

**Stiftung Hamburgisches Kranken-
haus Edmundsthal-Siemerswalde**
Personalabteilung, z. Hd. Frau Seibig
Johannes-Ritter-Straße 100,
2054 Geesthacht,
Telefon (04152) 171-427.

Die *Lebenshilfe Grafschaft Hoya e. V.*
sucht ab sofort eine(n)

Sprachtherapeutin(en)

für die Förderung der Kinder in ihren
Einrichtungen in Syke und Hoya.

Kassenzulassung ist vorteilhaft,
jedoch nicht Bedingung.

Wir bieten einen interessanten Arbeits-
platz mit einer Vergütung nach BAT.

Zuschriften an:

*Lebenshilfe für geistig Behinderte
Kreisvereinigung Grafschaft Hoya e. V.*
La-Chartre-Straße 10, 2808 Syke.



DAS URGESUNDE KURERLEBNIS

Für unsere Rehabilitationsklinik für Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen suchen wir zum baldmöglichsten Eintritt

Logopäden/innen

Das Aufgabengebiet umfaßt das gesamte Spektrum der Erwachsenentherapie im phoniatriisch-logopädischen Team.

Wir bieten eine tariflich geregelte Arbeitszeit, eine zusätzliche Altersversorgung und einen modern eingerichteten Arbeitsplatz.

Bad Rapp nau liegt verkehrsgünstig an der BAB 6 zwischen Heidelberg und Heilbronn.

Bewerbungen richten Sie bitte an die Personalabteilung der

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rapp nau GmbH,
Salinenstraße 30, 6927 Bad Rapp nau.



Die redaktionelle Vorbereitung des Buches

Einrichtungen für Sprachbehinderte

in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin

1990

hat sich erneut verzögert.

Wie uns von der dgs mitgeteilt wurde, soll die Auslieferung
im April dieses Jahres erfolgen.

Die uns vorliegenden Bestellungen werden unmittelbar
nach Eintreffen der Bücher von uns zum Versand gebracht.

Wartenberg & Söhne, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

Logopädin Sprachtherapeutin

sofort in Dauerstellung gesucht für
freie Praxis in Südniedersachsen.
20 Std./Woche. Bezahlung in
Anlehnung an BAT.

Gesche Mützky, Praxis für Sprachtherapie,
Bahnhofstraße 2, 3418 Uslar 1,
Telefon (05571) 78 78 (privat 75 10).

Praxis für Sprachtherapie
Regina Schumacher
Flach-Fengler-Straße 112,
5047 Wesseling (bei Köln)
Telefon (02236) 4 63 90

sucht für sofort:

Sprachtherapeutin
(Teilzeitkraft auf Honorarbasis).

Das Heilpädagogische Institut der Universität Freiburg/Schweiz sucht für seine
Abteilung Logopädie

wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in

(Stellenantritt nach Vereinbarung)

Aufgabenbereich:

- Mitarbeit in Planung und Durchführung theoretischer und praktisch-therapeutischer Lehrveranstaltungen
- Mitarbeit in Beratung und Korrektur schriftlicher Studienarbeiten
- Mitarbeit in Planung und Durchführung von Forschungsprojekten
- Mithilfe in der Organisation des Studienganges Logopädie

Bewerber sollen einen akademischen Studienabschluß in Pädagogik, Heilpädagogik, Psychologie oder Linguistik vorweisen mit zusätzlicher Logopädenausbildung oder guten Kenntnissen der Problematik Sprachbehinderter. Berufspraxis ist erwünscht.

Die Stelle ist auf fünf Jahre befristet (Dipl.-Assistenten-Stelle) und ermöglicht die Vorbereitung auf ein Doktorat.

Nähere Auskünfte erteilt: Dr. Hans-Joachim Motsch,
Leiter der Abteilung Logopädie, Telefon (037) 21 97 40.

Bewerbungen bis spätestens 1. Mai 1990 an: Prof. Dr. Urs Haebelin,
Direktor des Heilpädagogischen Institutes der Universität Freiburg,
Petrus-Kanisius-Gasse 21, CH-1700 Freiburg.