

Die Sprachheilarbeit

3/92

Auf ein Wort

Heinz Neukäter

Hauptbeiträge

- Erwin Breitenbach, Würzburg*
Strukturwandel in der Schülerschaft an Sprachheilschulen – Tatsache oder Einbildung? 111
- Beate Kolonko, Freiburg/Schweiz,
Inge Katharina Krämer, Hannover*
Sprachbehindertenpädagogik und „Integration“
– ein ambivalentes Verhältnis 119

Magazin

- Im Gespräch*
Jürgen Gössel, Bodman-Ludwigshafen
Entwicklungsförderung und Elternarbeit – Praktische
Beispiele aus der Arbeit mit LKG-Kindern 128
- Roswitha Harth, Jülich-Koslar*
Kooperation mit der Grundschule
– Ein Erfahrungsbericht 136

Einblicke • Echo • Rezensionen • Materialien und Medien • Aus-,
Fort- und Weiterbildung • Buch- und Zeitschriftenhinweise •
Vorschau • Beihefter „Kongreßprogramm Würzburg“ 15.–17.10.92

37. Jahrgang/Juni 1992

dgs

ISSN 0584-9470

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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
Anschrift des Geschäftsführenden Vorstandes:
dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

Peter Arnoldy, Wartbergstraße 40, 7100 Heilbronn

Bayern:

Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
8721 Schwebheim

Berlin:

Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 1000 Berlin 41

Brandenburg:

Monika Paucker, Wilhelm-Pieck-Straße 29,
O-7560 Guben

Bremen:

Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
2863 Platjenwerbe

Hamburg:

Volker Plaß, Gryphiusstraße 3, 2000 Hamburg 60

Hessen:

Hans Fink, Burgackerweg 6A, 6301 Staufenberg 1

Mecklenburg-Vorpommern:

Dirk Panzner, Eschenstraße 5, O-2500 Rostock

Niedersachsen:

Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus
Lindenbrunn, Postfach 11 20, 3256 Coppenbrügge 1

Rheinland:

Marianne Gamp, Beringstraße 18, 5300 Bonn 1

Rheinland-Pfalz:

Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
6580 Idar-Oberstein

Saarland:

Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 6601 Holz

Sachsen:

Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29,
O-7022 Leipzig

Sachsen-Anhalt:

Regina Schleiff, Am Sauerbach 6,
O-4303 Ballenstedt

Schleswig-Holstein:

Harald Schmalfeldt, Golfstr. 5, 2057 Wentorf

Thüringen:

Gotthard Häser, Brennerstraße 3 a, O-5300 Weimar

Westfalen-Lippe:

Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 4426 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39 - P.O.Box 10 05 55,
D-4600 Dortmund 1, Telefon (02 31) 12 80 08,
Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 1/1992. Anzeigenleiterin: Christel Adam.

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Frangenheimstraße 4, 5000 Köln 41, Telefon
(02 21) 40 07 31 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf, Telefon (0 51 52) 29 50

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 dem Namen der Autoren gekennzeichneten 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.

Erscheinungsweise:

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.

Bezugsbedingungen:

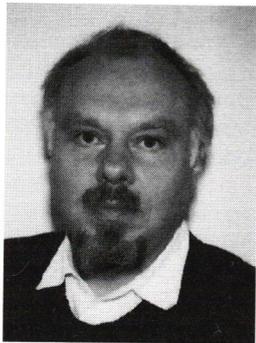
Jahresabonnement DM 57,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei Adressenänderungen die Deutsche Bundespost, Postdienst, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright:

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck - auch von Abbildungen - , Vervielfältigungen auf fotomechanischem Wege oder im Magnettonverfahren - auch auszugsweise - bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden.



Heinz Neukäter

Auf ein Wort

Kooperation und Kommunikation

Heute ergreife ich als fachfremder Vertreter das Wort und wende mich an Sie, liebe Leserin, lieber Leser, um Sie zu ermutigen, mit mir über die verwandtschaftlichen Beziehungen zweier sonderpädagogischer Fachrichtungen nachzudenken, die je als eigenständige Disziplin sich entwickelt haben, dennoch aber viele gemeinsame Schnittpunkte aufweisen. Sprachbehindertenpädagogik wie die Pädagogik bei Verhaltensstörungen sind Disziplinen, die erst in den letzten Jahrzehnten unter das schützende Dach der Sonderpädagogik eingemeindet wurden, obwohl immer wieder Zweifel genährt werden, ob es sich hier tatsächlich um behindertenpädagogische Disziplinen handelt. Zwar sind die Gesetzgeber sich darin einig, daß Sprachbehinderungen wie Verhaltensauffälligkeiten solche Ausmaße annehmen können, daß ambulante Hilfen oder gar eine Sonderbeschulung angezeigt sind, wobei diese mit der Auflage verbunden werden, für eine schnelle Rückschulung umgehend Sorge zu tragen. Zusammen mit der Schule für Kranke sind die beiden Sondereinrichtungen für sprachbehinderte und verhaltensauffällige Kinder die einzigen sonderpädagogischen Einrichtungen mit gesetzlich formuliertem Durchgangscharakter der Schule. Das kann schon nachhaltig Zweifel an der Ernsthaftigkeit einer sonderpädagogischen Problematik wecken. Sie dagegen als Fachfrau oder Fachmann wissen nur allzu genau, welche tiefgreifende Störungen in der Gesamtpersönlichkeit und -entwicklung des Kindes bei nicht erfolgter Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen sich aufbauen können. Sicherlich ist es für Sie nicht fremd, daß beziehungsgestörte Kinder und Jugendliche für sich und andere ein so großes Problem darstellen können, daß die Aneignung des kulturellen Erbes erheblich gefährdet erscheint. Die meisten von Ihnen werden das auch mit eigenen Erfahrungen belegen können. Ob nun eine effektive Behandlung der Kommunikationsstörungen unter dem gemeinsamen Dach der Sonderpädagogik stattfindet oder eine Pädagogik ohne institutionelle Aussonderung realisiert wird, ist meines Erachtens sekundär. Wichtig scheint mir, daß im Interesse der betroffenen Kinder gemeinsam in den beiden Disziplinen nach besseren Theorien und daraus abzuleitenden Handlungsansätzen Ausschau gehalten werden muß.

Wenn ich nun noch einmal auf die gemeinsamen Schnittpunkte der beiden Fachrichtungen zu sprechen kommen darf, so möchte ich daran erinnern, daß es Personengruppen unter den als sprachbehindert klassifizierten gibt, die nachweislich hohe Angstpotentiale aufweisen. Das trifft z.B. für Kinder mit psychogenem Mutismus bzw. einer Stottersymptomatik zu. Die in der klinischen Psychologie entwickelten, von der Pädagogik bei Verhaltensstörungen aufgenommenen und auf Unterricht übertragenen Verfahren der Entspannung und Desensibilisierung sind gewiß einem erfahrenen Sprachbehindertenpädagogen nicht fremd.

Gemeinsame Sozialisationsmerkmale wie z.B. soziale Deprivation, Vernachlässigung der Kinder, mißlungenes Modellverhalten der Erwachsenen oder auch Wertewirrwarr in der Gesellschaft

bestimmen heute weitgehend die Lernumwelt vieler Kinder und Jugendlicher. Ergo werden Sie in Schulen für Sprachbehinderte zunehmend Kinder finden, die Anzeichen von Orientierungslosigkeit und Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Rechtfertigt das nicht, über die eigenen Grenzen hinauszuschauen, aufeinander zu hören und voneinander zu lernen?

Schon seit langer Zeit sind in der Sprachbehindertepädagogik Ambulanzen, Einzelfallarbeit und Kleingruppenarbeit feste Bestandteile pädagogischer Einflußnahme. Das weit ausgebaute ambulante Netz der Hilfen und Fördermaßnahmen bei Sprachstörungen, das gewiß noch verbesserungs- und ausbauwürdig ist, wird erst in jüngster Zeit von den Fachvertretern der Verhaltensgestörtenpädagogik zur Kenntnis genommen. Sie hoffen, durch das Studium ambulanter Hilfen Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie man die Einzelfallhilfe zur Vermeidung von massiv ausgeprägten Verhaltensstörungen verbessern kann. Vielfältige Bemühungen zielen darauf ab, das Netz von präventiven Diensten enger zu knüpfen, um Sonderbeschulung und Heimerziehung zu vermeiden. Ein weiteres Beispiel für gegenseitiges Lernen.

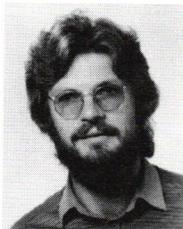
Schließlich möchte ich darauf verweisen, daß beide Fachrichtungen einen gemeinsamen Auftrag haben, nämlich die Arbeit mit kommunikationsgestörten Kindern und Jugendlichen. Diese Kommunikationsstörungen, seien sie als Sprachstörungen oder Verhaltensstörungen zu beschreiben, bereiten den betroffenen Kindern wie den sie umgebenden Personen große Probleme. In gegenseitiger Akzeptanz und Lernbereitschaft können die beiden pädagogischen Disziplinen ihre Theorien und Behandlungsmethoden verbessern, um letztendlich angemessene Kommunikationsmöglichkeiten für von Behinderung bedrohte Kinder zu eröffnen und sie so zu rehabilitieren. Dazu mögen auch die nachfolgenden Artikel in diesem Heft beitragen.

Ihr

Heinz Neukäter

(Prof. Dr. Heinz Neukäter lehrt an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Sonderpädagogik, Prävention und Rehabilitation, das Fach 'Pädagogik bei Verhaltensstörungen')

HAUPTBEITRÄGE



Erwin Breitenbach, Würzburg

Strukturwandel in der Schülerschaft an Sprachheilschulen – Tatsache oder Einbildung?

Zusammenfassung:

Einleitend werden Forschungsergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum zusammengetragen, die auf einen Strukturwandel insbesondere an den Sprachheilschulen hinweisen. Daran anknüpfend wird eine eigene Untersuchung referiert, in der Daten von Schülern, die in den Jahren 1980 bis 1983 die Sprachheilgrundschule verließen, verglichen werden mit den Daten der Schüler, die zwischen 1988 und 1991 aus der Sprachheilgrundschule entlassen wurden. Das Ergebnis der Untersuchung stützt die Annahme, daß bei den heutigen Schülern der Sprachheilgrundschule vielfältigere und komplexere Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsauffälligkeiten zu beobachten sind als bei den Schülern zu Beginn der 80iger Jahre. Ein Strukturwandel innerhalb der Sprachheilschulen scheint sich tatsächlich zu vollziehen.

1. Einleitung

In den letzten Jahren klagen immer mehr Pädagogen sowohl an Einrichtungen für Behinderte als auch an Regelschulen und Regelkindergärten darüber, daß die zu betreuenden Kinder „schwieriger“ oder „auffälliger“ würden. Im Bereich der Sprachheilschulen spricht man regelrecht von einem Strukturwandel.

In pädagogischen und psychologischen Fachzeitschriften nehmen Veröffentlichungen zu, die den aus der praktischen Arbeit gewonnenen Eindruck über die Veränderungen bei Schulkindern zu bestätigen scheinen.

1.1 Untersuchungen im Bereich der Regelschule

Daten zum Umfang und Ausmaß spezifischer Lernstörungen in der Schule sind in Deutschland rar. Die wenigen vorliegenden Untersuchungen wurden vor fast 20 Jahren durchge-

führt und besitzen wegen ihrer sehr kleinen selektierten Stichproben einen geringen Aus-sagewert (*Thalmann 1968, Steuber 1973, Schmidt-Klügelmann u. Scherg 1975, Frederking 1975 a, b*).

Eine Ausnahme bilden zwei Untersuchungen neueren Datums von *Bach et al. (1984)* sowie von *Bäuerlein et al. (1988)*. Die Befragung der Lehrkräfte bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Schüler von *Bach et al. (1984)* umfaßte sämtliche Schulformen und erstreckte sich auf ganz Rheinland-Pfalz. Unkonzentriertheit, Ungenauigkeit, Faulheit, motorische Unruhe, mangelndes Interesse, verbale Aggression und mangelndes Selbstvertrauen waren die meistgenannten Auffälligkeiten. Die schulartspezifische Auswertung ergab, daß die erhobenen Auffälligkeiten mit wenigen Ausnahmen bei weitem am häufigsten in Sonderschulen anzutreffen waren. *Bäuerlein et al. (1988)* führten an Grundschulen im Raum Bamberg ebenfalls eine Lehrerbefragung durch. Die rund 200 Lehrkräfte beobachteten an 47,7 Prozent ihrer Schüler Lern-schwierigkeiten. Konzentrationsschwäche, motorische Unruhe und Passivität im Unterricht wurden am häufigsten genannt, wobei im Durchschnitt bei den Schülern etwa 3 Auffälligkeiten gleichzeitig registriert wurden. Bei 5,3 Prozent der Schüler waren die Lern-schwierigkeiten so massiv, daß nach Meinung der Lehrkräfte eine schulpsychologische Beratung angezeigt wäre.

1.2 Untersuchungen aus dem Bereich der Sonderschulen

Während bei den Untersuchungen aus dem Regelschulbereich eher sozial-emotionale

Schwierigkeiten im Mittelpunkt des Interesses stehen, zielen die Studien aus dem Sonderschulbereich schwerpunktmäßig eher auf Entwicklungsprobleme, die unter den Begriff der Teilleistungsstörungen subsumiert werden könnten.

Zu erwähnen sind hier zunächst zwei bayerische Schulversuche (KEsT, INTEKIL) in den sogenannten Diagnose- und Förderklassen. Im Schulversuch KEsT (Konzeption zur Eingliederung sprachbehinderter Kinder mit Teilleistungsstörungen), der ausschließlich an Sprachheilschulen durchgeführt wurde, kam man zu dem Ergebnis, daß die Kinder in diesen Diagnose- und Förderklassen neben diversen Sprach- und Sprechauffälligkeiten deutliche Entwicklungsverzögerungen in Wahrnehmung und Motorik zeigen. Alle untersuchten Kinder erreichten unterdurchschnittliche Ergebnisse bei Aufgaben zur Überprüfung der visuellen Wahrnehmung, 75 Prozent bei solchen aus dem auditiven Bereich. 50 Prozent verfügten über kein altersgemäßes Körperschema. Probleme im Bereich der Fein- und Grobmotorik konnten bei 70 Prozent diagnostiziert werden (*Frey-Flügge* 1989). Ähnliches ist bei *Dietel* (1987, 1988, 1989) in seinen Berichten über die Ergebnisse des an Sonderschulen für Lernbehinderte durchgeführten Schulversuchs INTEKIL (Integration teilleistungsgestörter Kinder, die von Lernbehinderung bedroht sind) zu lesen. 15-39 Prozent der Schüler haben Schwächen im auditiv-verbale, 12-28 Prozent im visuellen und 37-68 Prozent im taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsbereich. Nicht altersgemäß entwickelt ist das Körperschema bei 25-40 Prozent, die Feinmotorik bei 12-29 Prozent sowie die Neuromotorik bei 59 Prozent.

Geissler (1989) fand in seiner Studie mit schwerhörigen Kindern fast 40 Prozent mit neurogenen Lernstörungen. Hinter dem Begriff neurogene Lernstörung verbergen sich im wesentlichen drei Störungsbilder:

- die mentale Repräsentationsschwäche,
- die Dysregulation der Prozesse der Aufmerksamkeits-, Programm- und Handlungssteuerung sowie
- die Störung des auditiven Kurzzeit- und Ultrakurzzeitgedächtnisses mit einer

schlechten Automatisierung sprachlicher Strukturen.

Von einer Befragung der Lehrkräfte an 259 Klein- oder Sonderklassen des Kantons Zürich berichtet *Strasser* (1987). In dieser Untersuchung beobachteten die Lehrkräfte bei 57 Prozent der Kinder Sprach- und Sprechstörungen, Clownereien bei 34 Prozent, erhöhte Ermüdbarkeit bei 25 Prozent, feinmotorische Störungen bei 23 Prozent, grobmotorische Probleme bei 17 Prozent sowie motorische Unruhe bei 15 Prozent. Insgesamt konnten 26 unterschiedliche Auffälligkeiten registriert werden. Bei 17 dieser Kategorien lag die Auftretenshäufigkeit über 10 Prozent.

Hermann und *Nay-Cramer* (1990) untersuchten 52 Kinder aus Kleinklassen im Kanton Solothurn. Sie registrierten bei 39 Prozent Sprachschwierigkeiten, bei 52 Prozent Hinweise auf Teilleistungsstörungen sowie bei 25 Prozent einen allgemeinen Entwicklungsrückstand.

1.3 Untersuchungen im Bereich der Sprachheilschule

Gieseke und *Harbrucker* (1991) befragten Sonderpädagogen aus den vier Westberliner Sprachheilschulen, die Kinder im Grundschulbereich betreuten. Sie kommen aufgrund dieser Befragung zu dem Ergebnis, daß ein hoher Prozentsatz der Schüler und Schülerinnen eine umfängliche und schwerwiegende Sprachstörung aufweist. Kinder mit isolierten Artikulationsproblemen waren selten anzutreffen. Zusätzlich registrierten die Lehrkräfte bei 35 Prozent ihrer Kinder kognitive Lernstörungen. Im einzelnen werden Störungen der Merkfähigkeit, der Wahrnehmung in verschiedenen Sinnesbereichen, der Motorik, der Ausdauer, der Konzentration sowie Rechen- und Lese-Rechtschreibschwächen angegeben. Nach Meinung der Lehrkräfte ist bei 28 Prozent der Kinder das Lernen aufgrund emotionaler Gegebenheiten deutlich beeinträchtigt. In der Kategorie der emotionalen Lernstörungen sind übermäßige Aggressivität, Ängstlichkeit, Distanzlosigkeit, Kontaktarmut, Einnässen, Hyperaktivität usw. zusammengefaßt. Die Auftretenshäufigkeiten schwanken hier von 5 bis 29 Prozent. Beeindruckend ist ebenfalls der Anteil der sprach-

behinderten Kinder mit zusätzlichen gesundheitlichen Problemen. Fast 9 Prozent sind in ihrem Hörvermögen und fast 16 Prozent in ihrem Sehvermögen beeinträchtigt. Geburtschäden sind bei 17,5 Prozent der Kinder bekannt. Diese Daten belegen auf beeindruckende Weise die Annahme, daß in den Westberliner Sonderschulen für Sprachbehinderte Kinder mit sehr komplexen und vielschichtigen Auffälligkeiten betreut werden.

Die von den Autoren hineininterpretierte „Veränderung der Struktur der Schülerschaft“ (Gieseke/Harbrucker 1991, S. 170) läßt sich aus den vorgelegten Daten jedoch nicht ableiten. Dies gilt übrigens auch für alle anderen bisher zitierten Studien. Sie erfassen alle nur den momentanen Zustand. Ein Vergleich zwischen älteren und neueren Studien verbietet sich wegen der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen in den einzelnen Untersuchungen.

Dem Anspruch, tatsächlich Veränderungen zu messen, werden dagegen zwei andere Untersuchungen aus dem Bereich der Sprachbehindertenpädagogik gerecht. Diese beiden Studien haben noch einen weiteren Vorteil. Sie beschränken ihre Methodik nicht nur auf das diagnostische Urteil von Fachleuten, sondern versuchen die Veränderungen in ihrer Klientel auch anhand von Ein- und Umschulungsdaten zu erfassen.

Mühlhausen (1986) bezieht sich in einem ersten Schritt auf die Einschulungsdaten in der Stadt Flensburg und vergleicht diesbezüglich die Jahrgänge 1973 und 1983 miteinander. Im Jahr 1973 wurden von den 1550 Schulanfängern 3,1 Prozent in die Sprachheilschule eingeschult. Im Jahr 1983 ging die Gesamtzahl der Schulanfänger auf 800 zurück, der Anteil der Kinder, die in die Sprachheilschule eingeschult wurden, stieg jedoch auf 5,3 Prozent an. Sowohl am Einschulungsprozedere als auch am Untersuchungsinstrumentarium hat sich angeblich im Zeitraum von 1973 bis 1983 nichts geändert und kann somit für den prozentualen Anstieg der Sprachbehinderten nicht verantwortlich gemacht werden. Der zweite Analyseschritt befaßte sich mit den „Erfolgsquoten“ der Flensburger Sprachheilschule. Im Jahr 1973 konnten nach vierjährigem Besuch der Sprachheilgrundschule 99,4

Prozent der Schüler als „geheilt“ bezeichnet werden. 1983 konnte man das nur noch von 97,5 Prozent sagen. Da innerhalb der schulischen und unterrichtlichen Bedingungen ebenfalls keine nennenswerten Veränderungen zu registrieren waren, wertet Mühlhausen (1985) diese Daten sowie die veränderten Einschulungszahlen als Hinweis für einen Strukturwandel der Schülerschaft in der Sprachheilschule. Auch für ihn hat das Spektrum der Auffälligkeiten deutlich zugenommen, ist das Störungsausmaß bei vielen Kindern angestiegen.

Ausgangspunkt der Studie von Breitenbach/Plahl (1990) war die Hypothese, „daß die Kinder, die in den Jahren 1986 bis 1989 aus der Schulvorbereitenden Einrichtung (SVE) entlassen wurden, signifikant schwerwiegender und komplexer in ihrer Entwicklung verzögert und beeinträchtigt sind als diejenigen, die in den Jahren 1980 bis 1983 aus der SVE entlassen wurden“ (Breitenbach/Plahl 1990, S. 172). Um diese Annahme zu überprüfen, analysierten die Autoren das Aktenmaterial von 553 Kindern einer Sprachheilschule nach bestimmten Gesichtspunkten. In den Jahren 1980-1983 wurde die Mehrzahl der SVE-Kinder, nämlich über 56 Prozent, bereits nach einem Jahr aus dieser Einrichtung entlassen. Nur knapp 35 Prozent blieben für zwei Jahre. Dieses Verhältnis hatte sich in den Jahren 1986-1989 umgekehrt. Nun wurde die Mehrzahl der Kinder nach zweijährigem SVE-Besuch entlassen (51 Prozent) und nur noch knapp 38 Prozent verließen die SVE nach einem Jahr. Der Anteil der Kinder, die die SVE drei Jahre lang besuchten, blieb annähernd gleich.

Eine solche Trendumkehrung war auch bei der Einschulung zu beobachten. Im Zeitraum von 1980-1983 wurden fast 54 Prozent der SVE-Kinder in die Regelschule und etwa 34 Prozent in die Sprachheilschule eingeschult. Von 1986 bis 1989 gingen dagegen 54 Prozent in die Sprachheilschule und nur noch 39 Prozent in die Regelschule. Der Anteil der SVE-Kinder, die an eine Sonderschule für Lernbehinderte überwiesen wurden, stieg leicht um 5 Prozent. Die gefundenen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Statistisch hoch signifikant waren jedoch die Daten beim Vergleich der Untersuchungsgruppen bezüglich Sprache, Wahrnehmung, Motorik und intellektueller Leistungsfähigkeit. Durchgehend zeigte sich eine bedeutsame Zunahme der Komplexität (mehrere Auffälligkeiten treten gleichzeitig auf) sowie ein Anstieg im Auftreten der einzelnen Auffälligkeiten.

Breitenbach/Plahl (1990) führen die beobachteten Phänomene auf zwei Faktoren zurück. Einmal sind die registrierten Veränderungen Ausdruck einer tatsächlichen Veränderung im Erscheinungsbild der Kinder. Zum anderen können sie als Folge eines Zuwachses an Wissen über Entwicklungsauffälligkeiten interpretiert werden, aufgrund dessen die Schwierigkeiten der Kinder heute differenzierter und umfassender erkannt werden. Auch die Ergebnisse von *Breitenbach/Plahl* (1990) lassen die Hypothese vom Strukturwandel der Schülerschaft in den Sprachheilschulen plausibel erscheinen. Zumindest widerlegen sie diese Annahme nicht und berechtigen zur weiteren Aufrechterhaltung derselben.

Auf dem Hintergrund der referierten Untersuchungsergebnisse schien es uns sinnvoll, die Hypothese vom Strukturwandel innerhalb der „Sprachheilschülerschaft“ einer weiteren Überprüfung zu unterziehen. Nun interessierte uns speziell, wie sich die Kinder weiterentwickeln, wenn sie aus der SVE in unsere Sprachheilgrundschule aufgenommen wurden. Auch in dieser Untersuchung sollte wieder wie bereits in der Studie von *Breitenbach/Plahl* (1990) überprüft werden, inwieweit Veränderungen in der Klientel im Zeitraum von 1980 bis 1991 nachzuweisen sind.

2. Methoden

2.1 Hypothesen

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Hypothese, daß die Kinder, die in den Jahren 1988 bis 1991 aus der Sprachheilgrundschule entlassen wurden, signifikant schwerwiegender und komplexer in ihrer Entwicklung verzögert und beeinträchtigt sind als diejenigen, die in den Jahren 1980 bis 1983 die Sprachheilgrundschule verließen.

Im einzelnen wurde erwartet,

- ★ daß der Anteil der Tagesstättenkinder (besuchen am Nachmittag bis 16.00 die Tagesstätte der Sprachheilschule) bei denjenigen, die im Zeitraum von 1988 bis 1991 entlassen wurden, signifikant größer ist als bei denen, die in den Jahren 1980 bis 1983 die Sprachheilgrundschule verließen (H1),
- ★ daß im Zeitraum von 1988 bis 1991 verglichen mit den Jahren 1980-1983 weniger Schüler aus der Sprachheilgrundschule an die Regelschule wechselten (H2),
- ★ daß unter den Kindern, die in den Jahren 1988-1991 entlassen wurden, mehr Kinder zu finden sind, die eine Klasse wiederholt haben, als bei denen, die die Sprachheilschule in den Jahren 1980-1983 verlassen haben (H3),
- ★ daß von den Wiederholern, die in den Jahren 1988-1991 entlassen wurden, weniger Kinder in die Regelschule übertraten, als dies in den Jahren 1980-1983 der Fall war (H4).

2.2 Population

Um der oben beschriebenen Fragestellung nachzugehen analysierten wir die Unterlagen von Kindern, die innerhalb bestimmter Zeiträume unsere Sprachheilgrundschule (SHS) verlassen haben.

Gruppe 1: Unterlagen der Kinder, die unsere SHS in den Jahren 1980 bis 1983 verlassen haben.

Gruppe 2: Unterlagen der Kinder, die unsere SHS in den Jahren 1988 bis 1991 verlassen haben.

In den Jahren 1980 bis 1983 verließen insgesamt 74 Kinder unsere SHS; in den Jahren 1988 bis 1991 waren es 162. Die Gesamtpopulation unserer Untersuchung umfaßte somit 236 Kinder. 35 Prozent waren davon im Zeitraum 1980-1983 Mädchen und 65 Prozent Jungen. In den Jahren 1988 bis 1991 bestand die Untersuchungspopulation zu 26 Prozent aus Mädchen und zu 74 Prozent aus Jungen. Der Anteil der Jungen ist im Zeitraum 1988-1991 signifikant größer ($p < .05$; Chi-Quadrat-Test).

2.3 Durchführung

Die erforderlichen Daten über Wiederholung, Tagesstättenbesuch und Schulwechsel wurden den Akten der entsprechenden Kinder entnommen und inferenzstatistisch auf Gruppenunterschiede hin untersucht. Da sich alle Daten auf Nominalskalenniveau bewegten, fiel die Wahl für die inferenzstatistische Überprüfung auf den Chi-Quadrat-Test.

2.4 Ergebnisse

Kinder unserer Sprachheilschule mit schweren Sprachstörungen sowie mit zusätzlichen Entwicklungsdefiziten besuchen in der Regel zusätzlich die Tagesstätte, da hier eine Reihe von Fachkräften wie Logopäden, Psychologen, Heilpädagogen für ihre Betreuung zur Verfügung stehen. Die Analyse der Akten ergab, daß der Anteil dieser Tagesstättenkinder in den Jahren 1988-1991 verglichen mit dem Zeitraum 1980-1983 um 27 auf 67 Prozent anstieg. Dieser Unterschied ist statistisch hoch signifikant ($p < .01$; Chi-Quadrat-Test).

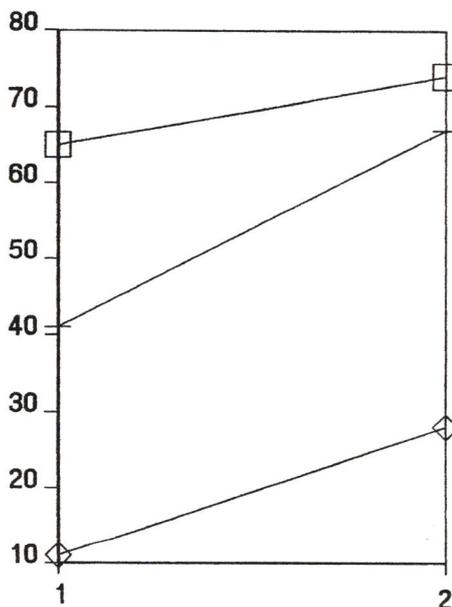


Abbildung 1: Veränderungen in der Klientel der Sprachheilschule (Angaben in Prozent). ■ = Jungen, ◇ = Wiederholer, - = Tagesstättenkinder. 1 = Untersuchungsgruppe 1980-1983, 2 = Untersuchungsgruppe 1988-1991.

Im Zeitraum von 1980 bis 1983 wechseln fast 76 Prozent der Schüler aus der Sprachheilgrundschule an die Regelschulen. Dieser Prozentsatz verringert sich in den Jahren 1988 bis 1991 signifikant auf knapp 55 Prozent ($p < .01$; Chi-Quadrat-Test). Der Anteil der Schüler, der an die Sonderschule für Lernbehinderte überwiesen wird, nimmt im Verlauf der 11 Jahre leicht um 3 Prozent zu. 19 Prozent bleiben weiter an der Sprachheilschule und besuchen die 5. Klassen, die im Zeitraum 1980-1983 noch nicht existierten. Die Schüler, die an die Sonderschulen für Schwerhör-

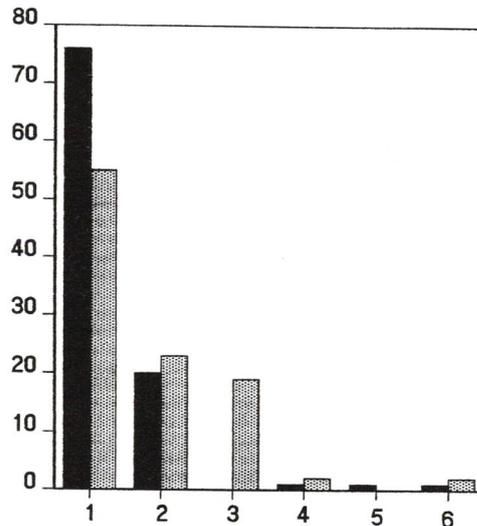


Abbildung 2: Entlassung der Sprachgrundschüler in andere Schulen (Angaben in Prozent). 1=Regelschule, 2=Sonderschule für Lernbehinderte, 3=Sprachheilschule, 4=Sonderschule für Erziehungsschwierige, 5=Gymnasium, 6=Sonderschulen für Schwerhörige und Sehbehinderte. ■ = Untersuchungsgruppe 1980-1983, □ = Untersuchungsgruppe 1988-1991.

ge und Sehbehinderte übertreten, werden geringfügig um 0.6 Prozent mehr.

Von 1980 bis 1991 nimmt die Anzahl der Kinder, die in der Sprachheilgrundschule eine Klasse wiederholen, deutlich zu. Unter den Schülern, die die Sprachheilgrundschule von 1980 bis 1983 verlassen, finden sich knapp 11 Prozent Wiederholer. Bei den Entlaßschü-

lern aus den Jahren 1988-1991 steigt der Anteil der Wiederholer auf 28 Prozent an. Die inferenzstatistische Überprüfung weist diesen Unterschied als hoch signifikant aus ($p < .01$; Chi-Quadrat-Test).

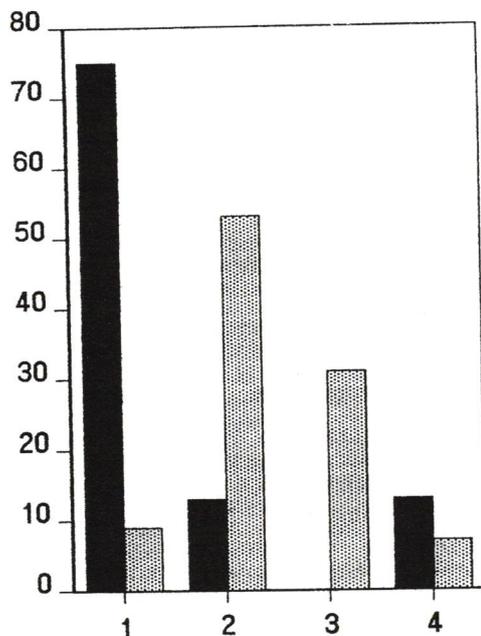


Abbildung 3: Entlassung der Wiederholer in andere Schulen (Angaben in Prozent) 1= Regelschule, 2= Sonderschule für Lernbehinderte, 3= Sprachheilschule, 4= Sonstige.
 ■ = Untersuchungsgruppe 1980-1983,
 ▨ = Untersuchungsgruppe 1988-1991.

Analysiert man nur die Gruppe der Wiederholer, so zeigt sich, daß die Chancen dieser Schüler, an eine Regelschule zu wechseln, in der Zeit von 1980 bis 1991 drastisch sinken. 75 Prozent der Wiederholer aus Untersuchungsgruppe 1 (1980-1983) besuchen nach der Sprachheilgrundschule die Regelschule. Von den Wiederholern aus Untersuchungsgruppe 2 (1988-1991) tun dies nur noch knapp 9 Prozent. Der Anteil der Wiederholer, die von der Sprachheilschule in die Sonderschule für Lernbehinderte wechseln, ist von 12 auf 53 Prozent extrem angestiegen. Die berichteten Gruppenunterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < .01$; Chi-Quadrat-Test).

Muß ein Schüler eine 3. oder 4. Klasse der Sprachheilschule wiederholen, so verringern sich seine Chancen, den Anschluß an die Regelschule zu finden, noch weiter. Fast 73 Prozent der Wiederholer aus den 3. und 4. Klassen bleiben an der Sprachheilschule oder wechseln an die Sonderschule für Lernbehinderte. Diese Tendenz ist in erster Linie bei den Entlassschülern aus den Jahren 1988 bis 1991 zu erkennen. Innerhalb der Schülergruppe, die im Zeitraum von 1980-1983 entlassen wird und eine 3. oder 4. Klasse wiederholt hat, können noch über 86 Prozent an Regelschulen übertreten. Dieser Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ist ebenfalls statistisch hoch signifikant ($p < .01$; Chi-Quadrat-Test).

2.5 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse aus dem Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Der Anteil der Kinder, die zusätzlich zur Sprachheilschule auch noch die Tagesstätte besuchen, nimmt bedeutsam zu.
2. Der Anteil der Kinder, die aus der Sprachheilgrundschule an die Regelschule wechseln, sinkt signifikant ab.
3. Die Anzahl der Kinder, die im Verlauf der Sprachheilgrundschule eine Klasse wiederholen, steigt überzufällig stark an.
4. Die Chancen eines Wiederholers, doch noch den Anschluß an die Regelschule zu gewinnen, nehmen drastisch ab.

Damit kann keiner der anfänglich formulierten Hypothesen widersprochen werden. Sie werden alle beibehalten. Anders formuliert: Die „Erfolgsbilanz“ der Sprachheilgrundschule fällt in den Jahren 1988-1991 offensichtlich magerer aus als im Zeitraum von 1980-1983. Bei immer weniger Schülern gelingt eine Rehabilitation, eine Wiedereingliederung in den Regelbereich.

Welche Erklärungen bieten sich für diese Veränderungen an? Da ein rapides Verkümmern didaktisch-methodischer sowie pädagogischer Fähigkeiten auf seiten vieler Sprachheillehrer recht unwahrscheinlich ist, bleiben unseres Erachtens nur zwei andere Interpretationsmöglichkeiten:

1. Schulorganisatorische, strukturelle Bedingungen wie z.B. Klassenstärke, Lehrerstunden, Raumsituation usw. haben sich verschlechtert. Die Untersuchung von *Strasser* (1987) zeigt, wie wichtig solche Bedingungen für das wirkungsvolle Arbeiten einer Lehrkraft sind. Aus der Sozialpsychologie sind die negativen Auswirkungen auf die Effektivität einer Gruppe sowie die Veränderungen im Führungsstil, die z.B. eine Gruppenvergrößerung mit sich bringt, hinlänglich bekannt (*Secord/Backmann* 1976). Welche ungünstigen Folgen das Leben in beengten räumlichen Verhältnissen mit sich bringen kann, ist bei *Larbig* (1980) nachzulesen.
 2. In den Sprachheilklassen sitzen heute viele Kinder, deren Förderbedürfnisse nicht mehr mit dem ehemals für „Nur-Sprachbehinderte“ konzipierten Schul- und Tagesstättenangebot befriedigt werden können. An die Stelle der „Nur-Sprachbehinderten“ sind nämlich inzwischen Schüler mit komplexen und umfassenden Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen getreten. Die in der Einleitung referierten Untersuchungsergebnisse sowie die deutliche Zunahme der Tagesstättenkinder – also von Kindern, die zusätzlich zur Sprachheilschule logopädische, psychologische oder heilpädagogische Hilfen benötigen, – weisen diese zweite Interpretation der Ergebnisse ebenfalls als begründet aus.
- Beide Erklärungsansätze gemeinsam scheinen das bewirkt zu haben, was allgemeinhin unter dem „Strukturwandel innerhalb der Sprachheilschule“ verstanden wird. Auch die in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse können als weiterer Beleg für das tatsächliche Vorhandensein einer solchen Veränderung angesehen werden.
- Literatur
- Bach, H., Knöbel, R., Arenz-Morch, A., Rosner, A.:* Verhaltensauffälligkeiten in der Schule. Statistik, Hintergründe, Folgerungen. Mainz 1984.
- Bäuerlein, U., Berg, D., Strauch, T.:* Häufigkeiten von Lernschwierigkeiten in der Grundschule aus der Sicht des Klassenlehrers. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie 2 (1988), S. 179-184.
- Breitenbach, E., Plahl, C.:* Veränderungen im Störungsbild sprachbehinderter Vorschulkinder innerhalb der letzten 10 Jahre. Heilpädagogische Forschung 16 (1990), S. 172-177.
- Dietel, B.:* Eingangsdiagnostik. In: *Rumpler, F.* (Hrsg.): Zur Theorie und Praxis sonderpädagogischer Diagnose- und Förderklassen. Erlangen 1987, S. 82-104.
- Dietel, B.:* Bewegung und Sprache im bayerischen Schulversuch „Sonderpädagogische Diagnose- und Förderklassen“. Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. In: *Irmischer, T., Irmischer, E.* (Red.): Bewegung und Sprache. Schorn-dorf 1988, S. 85-95.
- Dietel, B.:* Besondere Schüler aus der Sicht des Teilleistungsmodells. Diagnose- und Förderklassen. In: *Staatsinstitut für Schülerpädagogik und Bildungsforschung* (Hrsg.): Förderung besonderer Schülergruppen in Bayern. Aktuelle Herausforderung für die Schulpädagogik. München 1989, S. 69-110.
- Frederking, U.:* Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen 10jähriger Schulkinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 24 (1975a), S. 204-213.
- Frederking, U.:* Emotionale Bedingungen von Verhaltensstörungen 10jähriger Schulkinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 24 (1975b), S. 258-265.
- Frey-Flügge, E.:* Der Modellversuch „Konzeption zur Eingliederung sprachbehinderter Kinder mit Teilleistungsstörungen“. In: *Frey-Flügge, E., Fries, A.* (Hrsg.): Kinder mit Teilleistungsschwächen in der Schule für Sprachbehinderte. Modellversuch: Diagnose- und Förderklassen. München 1989, S. 116-243.
- Geissler, G.:* Spezielle Ergebnisse zu neurogenen Lernstörungen des Spracherwerbs bei schwerhörigen Schülern. In: *Landesverband Baden-Württemberg im Bund Deutscher Taubstummenlehrer* (Hrsg.): „Nur“ hörgeschädigt? Heidelberg 1989, S. 116-128.
- Gieseke, T., Harbrucker, F.:* Wer besucht die Schule für Sprachbehinderte? Die Sprachheilarbeit 36 (1991), S. 170-180.
- Hermann, R., Nay-Cramer, D.:* Einschulungsklassen zur Prävention von Lernstörungen. In: *Brunsting, M., Keller, H., Steppacher, J.* (Hrsg.): Teilleistungsschwächen. Prävention und Therapie. Biel 1990, S. 131-145.
- Larbig, W.:* Ökologische Faktoren. In: *Wittling, W.* (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie. Bd. 3. Hamburg 1980, S. 368-400.
- Mühlhausen, G.:* Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschule geändert? Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 37-38.

Schmidt-Klügelmann, R., Scherg, B.: Verhaltensstörungen bei Viertklässlern im Spiegel einer standardisierten Befragung. Öffentliches Gesundheitswesen 37 (1975), S. 310-317.

Secord, P.F., Backmann, C.W.: Sozialpsychologie. Frankfurt 1976.

Steuber, H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 22 (1973), S. 246-250.

Strasser, U.: Die Sonderklasse. Lehrer, Schüler und Unterricht in den Kleinklassen des Kantons Zürich. Luzern 1987.

Thalmann, H.C.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Stuttgart 1971.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Erwin Breitenbach, Dipl.-Psych.
Felix-Dahn-Str. 11
8700 Würzburg

Dr. Erwin Breitenbach arbeitet an der Maria-Stern-Schule in Würzburg.



Beate Kolonko, Freiburg/Schweiz,
Inge Katharina Krämer, Hannover

Sprachbehindertenpädagogik und „Integration“ – ein ambivalentes Verhältnis

Zusammenfassung

Der folgende Artikel versteht sich als Beitrag zur Ausweitung der Diskussion um die gemeinsame Erziehung von (sprach-)behinderten und nichtbehinderten Kindern. Wir legen unseren Ausführungen ein erweitertes Verständnis von „Integration“, verstanden als Nichtaussonderung im Sinne von *Milani-Comparetti*, *Roser* und *Schöler* zugrunde.

Im Anschluß an die Klärung terminologischer Fragen geben wir eine Einführung in die zur Diskussion gestellte Thematik. Es folgt ein kurzer Überblick über Positionen zur „Integrationsdiskussion“ aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht. Anschließend informieren wir über die Entwicklung der gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung in Deutschland. Schließlich werden Leitideen einer nicht-aussondernden Erziehung referiert und den theoretischen Positionen zur „Integration“ aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht entgegengestellt. Im Schlußteil des Aufsatzes geben wir Denkanstöße zur Nichtaussonderung sprachbehinderter Kinder aus der allgemeinen Schule.

1. Terminologie

Innerhalb der pädagogischen Diskussion sind mit dem Terminus „Integration“ verschiedene Vorstellungen verbunden. Die Verwendung des Begriffes „Integration“ setzt bereits voraus, daß Menschen aufgrund bestimmter Merkmale außerhalb der Gesellschaft stehen. Wir vertreten die Auffassung, daß „Integration“ Separation voraussetzt, oder anders ausgedrückt, daß erst die Aussonderung eines bestimmten Personenkreises aus den alltäglichen sozialen Bezügen eine spätere „Integration“ notwendig macht. Im Rahmen dieser Veröffentlichung stellen wir das Konzept der Nichtaussonderung vor, das nach unserer Meinung die konsequenteste Form der gemeinsamen Erziehung und Bildung darstellt. Wenn unsere Perspektive wiedergegeben wird, sprechen wir von Nichtaussonderung; ansonsten steht der Terminus „Integration“ in Anführungsstrichen.

Mit dem Begriff „sprachbehindert“ bezeichnen wir alle Kinder mit Förderbedarf im sprachlich-kommunikativen Bereich. Eingeschlossen sind damit auch Kinder, bei denen aufgrund unterschiedlicher Behinderungsarten Schwierigkeiten im Erwerb sprachlich-kommunikativer Kompetenzen bestehen und die folglich einen Anspruch auf Sprachförderung haben. Analog zu *Jantzen* verstehen wir Behinderung als das Ergebnis eines pathogenen Sozialisationsprozesses und nicht im Sinne eines dem Individuum innewohnenden Defektes (vgl. *Jantzen* 1974).

2. Problemstellung

Wie noch ausgeführt wird, hatte die Diskussion um die Nichtaussonderung innerhalb der Sprachbehindertenpädagogik bislang keinen großen Stellenwert. *Homburg* bezeichnete noch 1988 beim bundesweiten Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Mainz die Diskussion um die gemeinsame Erziehung behinderter und nicht-behinderter Kinder als Modeerscheinung.

Heute bestimmen mehr denn je Fragen der nichtaussondernden Erziehung die pädagogische Diskussion; die Möglichkeiten zur gemeinsamen Erziehung in Schule und Kindergarten erweitern sich in fast allen „Altbundesländern“ (vgl. Abb. 1, auf S. 120).

Ein Strukturwandel innerhalb vorschulischer und schulischer Einrichtungen, der auch für SprachbehindertenpädagogInnen¹ veränderte und erweiterte Aufgabengebiete mit sich bringt und bringen wird, findet statt. In diesen neuen Arbeitsfeldern tätige PraktikerInnen können bisher noch nicht auf theoretische

¹ Wenn wir diese Schreibweise benutzen, sind damit Männer und Frauen bezeichnet

Abb. 1:

**Zieldifferente schulische Integrationsmaßnahmen in den alten Bundesländern
Deutschlands - Stand: Schuljahr 1991/92**

Land	I-Klassen I-Schulen	Schulform Schulstufe	SchülerInnen m. Förderbedarf	Einschränkungen Sonstiges
BW	—	—	—	—
BY	—	—	—	nur private Montessori-Modell- schule
BE	187 I-Klassen 13 I-Klassen	Primarbereich Sek I	443 39	gemeinsamer Schulbesuch Re- gelform; SchülerInnen m. geisti- ger Beh. ausgeschlossen; Antragsrecht der Eltern
BR	12 I-Klassen	Primarbereich Sek I	Anzahl nicht genannt	keine Behinderung ausgeschlossen
HA	60 I-Klassen 30 I-Klassen 27 IR-Klassen	Primarbereich Sek I IGS	Anzahl nicht genannt	keine Behinderung ausgeschlossen
HE	12 Schulen	Primarbereich Sek I	500	Wohnortnahe Integration Antragsrecht der Eltern
ND	24 I-Klassen 5 I-Klassen	Primarbereich Sek I	Anzahl 84	keine Behinderung ausgeschlossen; Haushaltsvorbehalt
NW	80 Grundsch. 3 Schulen	Primarbereich Sek I IGS	480 120	keine Behinderung ausgeschlossen; Kostenneutralität
RP	3 I-Klassen 2 Grundsch.	Primarbereich	7	—
SA	keine Angaben	alle Schulformen und -stufen	202	gemeinsamer Schulbesuch Regelform
SH	keine Angaben	alle Schulformen und -stufen	ca.2000	keine Behinderung ausgeschlos- sen; Haushaltsvorbehalt; Antragsrecht der Eltern

Informationsquelle: Schriftliche Auskunft der zuständigen Länderministerien. Für Berlin: Pädagogisches Zentrum

IR – Integrative Regelklasse für SchülerInnen, die vorher in Förderklassen, Sprachheilschulen und Schulen für Verhaltensgestörte unterrichtet wurden.

Konzepte zur nichtaussondernden Sprachförderung zurückgreifen.

3. Positionen der Sprachbehindertenpädagogik zur „Integrationsdiskussion“

Mitbedingt durch die vielfach beschworene Sonderstellung der Sprachheilschule im Feld der Sonderschulen durch deren Kennzeichnung als „Durchgangsschule“ wird im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik die „Integrationsdiskussion“ nur zögernd geführt. Die Schule für Sprachbehinderte – so lautet die vielzitierte These – sei ein Modell für „Integration“, da sie den SchülerInnen nach Überwindung der Störung eine volle „Integration“ ermögliche (vgl. *Homburg* 1986). Allerdings wird auch erkannt, daß die Veränderungen und neuen Tendenzen im Bereich des Sonderschulwesens nicht ohne Auswirkungen auf die Schule für Sprachbehinderte bleiben kann. So fordert *Werner*, daß sich „(...) die Sprachbehindertenpädagogik dieser Diskussion verstärkt stellen und (...) ohne bildungspolitische Scheuklappen ihre Positionen dazu mehr einbringen“ sollte (*Werner* 1989, S. 182). Im folgenden soll versucht werden, die verschiedenen Positionen der Sprachbehindertenpädagogik zur „Integrationsdiskussion“ darzustellen und zentrale Argumentationslinien herauszuarbeiten.

Erste Ansätze einer Auseinandersetzung mit Fragen der „Integration“ sprachbehinderter SchülerInnen finden in den 70er Jahren im Zusammenhang mit der Gesamtschuldiskussion statt. *Teumer* geht der Frage nach, ob sprachbehinderte Kinder in die Gesamtschule „integrierbar“ sind und nimmt eine definitorische Abgrenzung der Begriffe Sprachschädigung, Sprachfehler, Sprachstörung, Sprachbehinderung vor (*Teumer* 1972). Während Sprachfehler und Sprachstörungen vorübergehender Natur und durch gezielte Behandlung zu beheben seien, werden Sprachbehinderungen als „prognostisch nicht überschaubar und in den meisten Fällen irreparabel“ dargestellt (*Teumer* 1972, S. 3f). Der Zusammenhang zur „Integrationsdiskussion“ stellt sich dann wie folgt dar: Kinder mit (reparablen) Sprachstörungen sind in die Gesamtschule „integrierbar“, während Kinder mit Sprachbehinderungen aufgrund der Komplexität der Behinderung als „nicht integrierbar“

eingestuft werden (ebenda S. 11). Die angenommene Vielfalt und Heterogenität der Begleit- und Folgesymptome einer Sprachbehinderung im Sozial- und Leistungsbereich wird zur Meßlatte der „Integrationsfähigkeit“ der betroffenen Kinder.

Im Zusammenhang mit der Schwere und Komplexität einer Sprachbehinderung warnt *Orthmann* vor einer „Isolation durch Integration“, da die notwendige intensive therapeutische Betreuung dieser Kinder in der Gesamtschule nicht möglich sei (*Orthmann* 1972, S. 100).

Auch *Knura* sieht in der „individuellen Sprachbehinderung des einzelnen Kindes“ Grenzen der schulischen „Integration“. Zur Variable „individuelle Sprachbehinderung“ gehören „Art und Grad seiner Fehlleistungen und Funktionsausfälle in den sprachlichen und nichtsprachlichen Bereichen, der Grad der Behebbarkeit sowie die Art und das Ausmaß der Folgebehinderungen“ (*Knura* 1973, S. 9f).

Eine Außenseiterposition in der damaligen Diskussion nimmt *Keller* ein, der eine „Integration“ sprachbehinderter Kinder in die Gesamtschule befürwortet. *Keller* kritisiert an der Sprachheilschule die „lebensfremde Situation für den Sprachbenutzer“ und gibt zu bedenken, daß „Therapie im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte kaum getrieben wird oder getrieben werden kann“ (*Keller* 1972, S. 15). Demgegenüber hebt er hervor, daß die „Integrierte Gesamtschule eine Annäherung an die Realsituation der Kommunikation darstellt“, und verweist zudem auf die Möglichkeit, Sprachheillehrer an Integrierten Gesamtschulen einzusetzen (ebenda S. 16). Seine Position findet keinen Eingang in die weitere Diskussion innerhalb der Sprachbehindertenpädagogik.

Den genannten Beiträgen ist die Orientierung am individuellen Defekt des Kindes gemeinsam; zentrales Merkmal ist eine Differenzierung in „integrierbar/nicht integrierbar“. So beschreibt *Grohnfeldt* analog zu *Heese* 4 Stufen der „Integrationsfähigkeit“: 1. Kinder, die voll integriert werden können; 2. Schüler, die weiterhin separiert unterrichtet werden müssen; 3. Schüler, die nach zeitweiliger Separation voll integriert werden können und schließlich 4. Kinder, für die eine Teilintegration in

Frage kommt (vgl. *Grohnfeldt* 1983, S. 267). Nach dieser Auffassung wird eine „Integrations“ nur für Kinder mit leichten Sprachstörungen für praktikabel und verantwortbar angesehen (vgl. auch *Zander* 1972; *Braun* 1985, 1991).

Eine Umkehrung dieser Argumentationsweise nimmt *Homburg* vor, indem er aus der „Logik des Unveränderbaren“ die Forderung nach „Integration“ ableitet (*Homburg* 1986, S. 208). *Homburg* konstatiert die Unveränderbarkeit von Behinderung und sieht in der „integrativen“ Erziehung eine Möglichkeit, die betroffenen Kinder auf ein Leben mit der Behinderung vorzubereiten. Für Kinder, bei denen Aussicht auf eine Überwindung der Behinderung besteht, legitimiert sich die zeitweilige Separation, ja sie wird sogar zu einer Maßnahme der „Integration“, indem sie eine spätere volle Wiedereingliederung in Aussicht stellt.

Generell ist festzustellen, daß der Integrationsbegriff innerhalb der sprachbehindertenpädagogischen Diskussion mit wechselnder Bedeutung verwendet wird. Definitionsversuche, wie z.B. von *Homburg*, *Braun* oder der *Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (dgs), sind sehr allgemein gehalten und beziehen sich nahezu ausschließlich auf formale Aspekte, ohne eine pädagogisch inhaltliche Orientierung zu bieten. *Homburgs* Begriffsbestimmung lautet: „Integration ist – gemeinsam (mit Behinderung) leben, gemeinsam (mit Behinderung) lernen“ (*Homburg* 1986, S. 208). Eine derart weit gesteckte definitorische Festlegung bringt die Gefahr der Beliebigkeit in der Auslegung des Begriffes mit sich: Unter „Integration“ können dann alle Maßnahmen subsumiert werden, die dem Ziel des „gemeinsamen Lebens und Lernens“ in irgendeiner Weise dienlich sind, also auch – wie skizziert – Maßnahmen der Separation.

Braun beschränkt sich in seiner Begriffsklärung auf den Terminus „Integration in der Praxis“, die er als „(...) praktische Organisation und Durchführung eines gemeinsamen Unterrichts sprachbehinderter und nichtbehinderter Kinder in der Schule“ kennzeichnet (*Braun* 1991, S. 210). Ähnlich unscharf ist auch die Begriffsbestimmung der dgs; „Integration wird definiert als: „Gemeinsam leben,

gemeinsam lernen; sich aufeinander zubewegen, bei Anerkennung der jeweiligen Eigenart“ (dgs 1988, S. 125). Bei dieser Festlegung bleibt offen, wer wohin „integriert“ werden soll, mit welchem Ziel und unter welchen institutionellen Rahmenbedingungen.

Neben den skizzierten theoretischen Beiträgen zur „Integrationsdiskussion“ erschienen in den vergangenen Jahren einige von Praktikern abgefaßte Berichte, in denen die Durchführbarkeit nichtaussondernder Förderung anschaulich dokumentiert wird (vgl. u.a.: *Gross/Müller* 1983; *Freise/Menk* 1986; *Rodust/Schinnen* 1985; *Heinrichs* 1984). Allerdings kritisieren *Ahrbeck/Schuck/Welling* an diesen Berichten zu Recht die „(...) noch nicht immer befriedigend gelungene theoretische Fundierung praktisch durchaus erfolgreicher Versuche der Integration Sprachbehinderter“ (*Ahrbeck/Welling/Schuck* 1990, S. 171).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß von seiten der Sprachbehindertenpädagogik ein Mangel an differenzierten und theoretisch fundierten Beiträgen zur aktuellen „Integrationsdiskussion“ besteht. Dies gilt insbesondere für pädagogische Konzepte zur „Integration“ sprachbehinderter Kinder; ein erster Ansatz zur Überwindung dieses Defizits kann in den Überlegungen von *Ahrbeck/Welling* (1991) zu einer „pädagogischen Perspektive der Integrationspädagogik“ gesehen werden.

Die meisten Stellungnahmen zur Integration aus sprachbehindertenpädagogischer Sicht sind gekennzeichnet durch eine defizitorientierte Sichtweise, nach der der individuelle Ausprägungsgrad und die Komplexität einer Behinderung über die Möglichkeit schulischer Integration entscheiden. Vernachlässigt werden biographische und soziale Aspekte, wie z.B. die Auswirkung von Schulwechseln auf die Entwicklung des Kindes.

4. Ausgangspunkte und Entwicklung der „integrativen“ Erziehung in den alten Bundesländern

Die Auseinandersetzung um und mit der „integrativen“ Erziehung hat in der Bundesrepublik mittlerweile eine zwanzigjährige Geschichte. Im Zusammenhang mit der Entstehung von Gesamtschulen fand zwischen 1970 und 1973 eine Diskussion über die Möglichkeit der

„Integration“ einzelner Behinderungsgruppen statt. Mit der Veröffentlichung des Bildungsratsgutachtens „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ im Jahre 1973 wurde erstmals von staatlicher Seite der Auffassung widersprochen, daß behinderten Kindern und Jugendlichen am besten mit besonderen Maßnahmen in abgeschirmten Einrichtungen geholfen werden könne. Nach Maßgabe des Bildungsrates sollten eine weitestmögliche gemeinsame Unterrichtung, ein abgestuftes System von Fördermaßnahmen und kooperative Schulzentren angestrebt werden. Der bisher praktizierten schulischen Isolation Behinderter sollte deren „Integration“ entgegengestellt werden (vgl. Deutscher Bildungsrat 1973, S. 15).

Die ersten Schulversuche mit Integrationsklassen an Grundschulen entstanden in der Flämingschule in Berlin und in Bonn-Friesdorf. Es waren im wesentlichen Eltern behinderter Kinder sowie einige LehrerInnen und WissenschaftlerInnen, die durch ihr Engagement die Weiterentwicklung der gemeinsamen Erziehung forcierten. Die Mitglieder der hiesigen Elterninitiativen sahen sich in ihren Aktivitäten gegen die Aussonderung ihrer Kinder in Sonderschulen dadurch bestärkt, daß 1977 in Italien die Sonderschulen per Gesetz abgeschafft wurden.

Als weiterer Kulminationspunkt ist das Jahr 1982 zu nennen, in welchem die Uckermark-Grundschule in Berlin ihre Arbeit aufnahm: Erstmals wurde eine ganze Schule in ein „Integrationskonzept“ einbezogen. Wesentliche Merkmale dieses „Integrationsmodells“ sind:

- wohnortnahe „Integration“ (d.h. alle Kinder des Einzugsbereiches unabhängig von der Schwere der Behinderung, außer Kinder mit geistiger Behinderung, besuchen diese Schule)
- Klassenfrequenz 20 SchülerInnen (in der Regel benötigen 2 Kinder pro Klasse besondere pädagogische Betreuung)
- jeder Jahrgangsstufe (3 Parallelklassen) steht ein(e) SonderschullehrerIn zur Verfügung
- verbale Beurteilung anstelle von Ziffernzensuren (vgl. Heyer/Zielke/Preuß-Lausitz 1990).

Mit der Einrichtung einer Grundschule ohne Aussonderung war ein neues organisatorisches und konzeptionelles Niveau erreicht.

Der Tabelle (Abb. 1, auf S.120) ist der heutige Stand der integrativen Entwicklung (Schuljahr 1991/92) in den alten Bundesländern zu entnehmen (vgl. auch: Demmer-Dieckmann 1989; Hentze 1990; Podlesch 1989). Mit dieser Tabelle möchten wir lediglich einen zahlenmäßigen Überblick bieten; Rückschlüsse auf die Qualität der gemeinsamen Erziehung können daraus nicht gezogen werden. Derzeit ist es noch nicht möglich, Angaben über die Situation in den neuen Bundesländern zu machen; bedingt durch den mit dem Zusammenschluß beider deutscher Staaten verbundenen gesellschaftlichen Veränderungsprozeß haben andere Probleme Priorität. Einen europaweiten Trend zur gemeinsamen schulischen Erziehung und Bildung von behinderten und nichtbehinderten Kindern dokumentiert die „Entschließung über die Eingliederung von behinderten Kindern und Jugendlichen in allgemeine Bildungssysteme“, die im Juni 1990 von den europäischen Bildungspolitikern verabschiedet wurde (vgl. Schöler 1989).

5. Leitideen und Intentionen einer nichtaussondernden Erziehung

Die Idee einer nichtaussondernden Erziehung geht von der prinzipiellen Gleichheit und Gleichberechtigung aller Menschen aus und hat das Ziel, Hierarchien zwischen Menschen abzubauen. Einschränkunglos resultiert daraus das Recht, von Beginn des Lebens an in der sozialen Gemeinschaft der Familie und des Wohngebietes aufzuwachsen und alle notwendigen Hilfen zur Entwicklung dort zu erhalten. Das Recht, sich nach dem individuellen Tempo zu entwickeln, zu lernen und in seiner eventuellen Andersartigkeit akzeptiert zu werden, ist mit dem Besuch des wohnortnahen Kindergartens, der wohnortnahen Schule sowie den kulturellen Einrichtungen verbunden. Behinderung wird nicht als ein individuelles Problem angesehen; ihre gemeinsame Bewältigung ist die Aufgabe einer humanen Gesellschaft.

In Europa hat die Diskussion um die Nichtaussonderung ihren Ursprung in Italien und

den skandinavischen Ländern (vgl. Lambert 1989; Schöler 1987). Im Zusammenhang mit der italienischen Gesundheitsreform Ende der 60er Jahre wurde massive Kritik an traditionellen Rehabilitationskonzepten formuliert. *Milani-Comparetti* und *Roser* (1982) werfen der zugrunde liegenden Medizin, Heilpädagogik und Psychologie in ihrem Vorgehen „fachliche Teilhaftigkeit“, „Entwicklungsfeindlichkeit“ und die Nichtbeachtung der sozialen Beziehungen des zu Rehabilitierenden vor (ebenda S. 79). Kritisiert wird vor allem die Defektorientiertheit, welche dazu führt, daß im Rahmen des Rehabilitationsprozesses ausschließlich die „kranken“ Teile des Menschen beachtet werden. Vor dem Hintergrund der trügerischen These „mehr Therapie = mehr Resultate“ wird die Tatsache der Zugehörigkeit eines Menschen mit einer Behinderung zur sozialen Außenwelt vernachlässigt. Nach Auffassung der genannten Autoren entsteht die eigentliche Behinderung erst durch den sozialen Ausschluß (vgl. *Milani-Comparetti/Roser* 1982, *Milani-Comparetti* 1980, 1987).

Als Alternative schlägt *Milani-Comparetti* vor, den Dialog mit dem Kind aufzunehmen, der aus Vorschlägen des Kindes und Gegenvorschlägen des Erwachsenen im Sinne einer offenen Spirale entwickelt werden kann: „Das Individuum ist vornehmlich ein problemlösendes und die Welt explorierendes Wesen (...) und wir glauben, daß in diese erneute Würdigung der Fähigkeit zum Handeln weitere Aspekte einbezogen werden müssen, nämlich die Fähigkeit des Vorwegnehmens, die kreative Kraft des Denkens und des Wünschens, jene Qualität also, die wir als propo-netische Kompetenz (beurteilend-vorschlagende Fähigkeit) bezeichnen könnten...“ (ebenda S. 80).

Die italienische Theorie und Praxis nichtaussondernder Erziehung wurde der deutschen Öffentlichkeit hauptsächlich durch die Arbeiten *Schölers* zugänglich (vgl. *Schöler* 1986; 1987; 1989). *Schölers* Verdienst liegt u.a. in der Umsetzung der pädagogischen Idee der Nichtaussonderung besonders in den Schulen Gesamtberlins und Brandenburgs. Ausgangspunkt jeglicher pädagogischer Überlegung ist nach ihrer Auffassung – in Anlehnung an *Milani-Comparetti* und *Roser* – die Diagno-

se der kindlichen Fähigkeiten; diese Kompetenzen gilt es zu ermitteln und aus den Ergebnissen Konsequenzen für den Förderprozeß zu ziehen. Die übliche sonderpädagogische Vorgehensweise wird auf den Kopf gestellt, indem nicht die „Integrationsfähigkeit“ des einzelnen Kindes, sondern die des pädagogischen Feldes im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Die von *Schöler* geforderte integrative Pädagogik bezieht sich sowohl auf die Lebenswelt eines Kindes (hinsichtlich biographischer und sozialer Aspekte) als auch auf die schulorganisatorische Seite und – wie bereits erwähnt – die individuellen Voraussetzungen des Kindes. Einer vollen Teilhabe am „normalen“ Leben wird therapeutische und rehabilitative Wirkung zugeschrieben; spezielle therapeutische Maßnahmen sollen in Spiel- und Lernsituationen eingebettet werden, an denen auch Kinder ohne Behinderungen teilhaben (vgl. *Schöler* 1988).

Mit dem grob skizzierten Konzept einer nicht-aussondernden Erziehung sind weitreichende Veränderungen verbunden; diese werden u.a. auf folgenden Ebenen wirksam:

- innerpsychische Ebene des einzelnen Individuums
- interaktionelle Ebene zwischen verschiedenen Personen
- institutionelle Ebene der Schulorganisation (*Wocken* 1988, S. 123, vgl. auch *Milani-Comparetti* 1987).

Im Zusammenhang mit der *innerpsychischen Ebene* ist die Angst angesprochen, die durch den Anblick von und die Konfrontation mit Behinderung bei sog. Nichtbehinderten ausgelöst wird und deren Handeln maßgeblich bestimmen. *Milani-Comparetti* analysiert diese psychischen Mechanismen aus psychoanalytischer Sicht:

„Jedermann, der ein behindertes Kind sieht, hat Angst. Gegen diese Angst kann jedermann eine omnipotente Verteidigung aufbauen, die es leichter macht, diese Angst zu ertragen. Das Übel soll auf diese Weise ausgetrieben werden durch Negation (Verleugnung) oder Aggression“ (*Milani-Comparetti* 1987, S. 229).

In diesem Zusammenhang bezieht er kritisch Stellung zu den Erziehungs- und Therapiefor-

men, deren primäres Ziel es ist, Defekte beiseite zu wollen, ohne das normale kindliche Leben in die therapeutischen Prozesse einzubeziehen. Aussonderung wird u.a. als eine Form der gesellschaftlichen Bearbeitung dieser Ängste angesehen. Somit sind die persönliche Auseinandersetzung und die Überwindung der Abwehrmechanismen, besonders bei PädagogInnen und Eltern, wesentliche Voraussetzungen für die Nichtaussonderung.

Roser umschreibt die Auswirkungen der Nichtaussonderung auf der *interaktionellen Ebene* wie folgt: „... mit dem Behinderten in der realen Umwelt leben und wirken erfordert ein ständiges Überdenken und Suchen, erfordert Kreativität, Flexibilität, Auseinandersetzung“ (Roser 1987, S. 80). Im Umgang mit behinderten Menschen, in dem nicht die Behandlung und Bearbeitung des Defizites im Vordergrund steht, werden uns Erfahrungen von Gleichheit und Verschiedenheit ermöglicht. Berührungspunkte und Unterschiede werden deutlich und ermöglichen den sog. Nichtbehinderten einen anderen Blick auf eigene Schwächen und einen neuen Umgang damit. Heterogenität in Schulklassen wird nicht als Nachteil, sondern als Chance für die Sozial- und Lernentwicklung der SchülerInnen angesehen. „Die Unterschiedlichkeit der Schüler, das Anderssein, kann als positive Anregung dienen, die der Sozialentwicklung aller Kinder zugute kommt. Behinderte wie nichtbehinderte Kinder können in ihrem gemeinsamen Tun wechselseitig Modellfunktion füreinander erhalten. Durch die Neuartigkeit der Anforderungen, die andere Kinder an sie stellen, kann die Kommunikationskompetenz der behinderten und nichtbehinderten Kinder erhöht werden“ (Maikowski/Podlesch 1988, S. 275; vgl. auch Feuser/Meyer 1987, S. 160f).

Aus dem gemeinsamen Schulbesuch behinderter und nichtbehinderter Kinder resultieren nahezu zwangsläufig Veränderungen auf der *institutionellen Ebene* der Schulorganisation. Wenn Kinder mit unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen die allgemeine Schule besuchen, dann muß die Schule als Institution ihre Orientierung an Durchschnittswerten, an „Normalität“ als höchster Maxime überdenken und zu einer neuen Definition des Lei-

stungsbegriffes finden. Zensuren und viergliedriges Schulsystem als Mittel zur frühzeitigen Verteilung gesellschaftlicher Chancen verlieren an Bedeutung zugunsten einer Orientierung an individuellen Lern- und Förderbedürfnissen und einer Veränderung der Schule zu einem humanen Lern- und Lebensraum für alle Kinder.

6. Perspektiven

Auf die Frage, welche Perspektiven sich für die Sprachbehindertenpädagogik im Bereich einer nichtaussondernden Förderung ergeben, soll nun aspekthaft eingegangen werden.

Nichtaussonderung (sprach)behinderter Kinder strebt keineswegs eine Entprofessionalisierung oder Enttherapeutisierung in dem Sinne an, diesen Kindern Förderangebote vorzuenthalten oder – wie Ahrbeck/Schuck/Welling formulieren – die Therapie „mit dem integrativen Bade“ auszuschütten (Ahrbeck/Schuck/Welling 1990, S. 169).² Sander (1974, S. 98) und Schöler (1989, S. 16) gehen davon aus, daß im Zusammenhang mit nichtaussondernder Erziehung der Bedarf an besonderer pädagogischer Betreuung höchstwahrscheinlich größer sein wird, als er bisher durch bestehende Sonderschulen abgedeckt wird. Diese Annahme ist durch langjährige Erfahrungen in Dänemark belegt; Eltern und LehrerInnen sind demnach viel eher bereit, ihre Zustimmung einer schulinternen besonderen Förderung zu geben als einer Umschulung in eine Sonderschule zuzustimmen. Zudem erstrecken sich Fördermaßnahmen in der Regelschule auch auf Kinder mit zeitlich umgrenzten Entwicklungsstörungen. Theoriegeleitete Sprachförderung ist somit auch im Kontext nichtaussondernder Erziehung gefordert (vgl. auch Feuser 1982, S. 98).

Analog zu Holste vertreten wir die Auffassung, daß Therapie und Therapieerfolg nicht länger eine Vorbedingung für die Teilhabe (sprach)behinderter Kinder am gemeinsamen

² In diesem Zusammenhang darf pointiert die Frage gestellt werden, ob nicht in Anbetracht der derzeitigen Studienbedingungen an deutschen Hochschulen eine Entprofessionalisierung im sprachbehindertenpädagogischen Bereich längst stattgefunden hat bzw. stattfindet.

sozialen Alltag mit nichtbehinderten Kindern darstellen sollten (Holste 1991). Vielmehr sind die aktuellen kommunikativen Kompetenzen des sprachbehinderten Kindes als Ausgangspunkt einer Förderung innerhalb alltäglicher Kommunikationssituationen anzusehen. Im Zusammenhang mit dem Auftreten einer Sprachbehinderung, die als Ergebnis eines pathogenen Sozialisationsprozesses im Sinne Jantzens verstanden wird, treten Erschwernisse im kommunikativen Prozeß auf, an denen die normalsprechenden Kommunikationspartner beteiligt sind. Diese Behinderungen sind nur dann sinnvoll zu beheben, wenn die Kommunikationspartner – also auch die MitschülerInnen und die LehrerInnen des Kindes – in die Förderung miteinbezogen werden.

Im Rahmen des regulären Schulalltages sollen daher Förderprozesse initiiert werden, die nicht normorientiert sind, sondern ausgehend vom aktuellen sprachlichen Entwicklungsstand des Kindes eine Verbesserung sprachlich-kommunikativer Handlungskompetenzen anstreben. Sprachförderung meint die Anregung von Lernprozessen, welche auf der Eigenaktivität des Kindes basieren und dem kindlichen Entwicklungsniveau und -tempo angepaßt sind. Handlungsleitend für die Sprachbehindertenpädagoginnen und -pädagogen ist das elementare Bedürfnis des Kindes, auf der Basis gemeinsamer Tätigkeit erfolgreiche kommunikative Austauschprozesse zu realisieren.

Wir sind der Meinung, daß die Erkenntnisse der Sprachbehindertenpädagogik in ihrer Umsetzung zukünftig nicht nur für die Arbeit in Sonderinstitutionen relevant sein sollen; Sprachförderung ist an allen Orten, in allen Institutionen durchführbar. In diesem Sinne wäre zu prüfen, wie bestehende Ansätze zu Diagnose und Förderung sprachbehinderter Kinder im Rahmen nichtaussondernder Sprachförderung umgesetzt werden können.

Literatur

Ahrbeck, B., Schuck, K.D., Welling, A.: Integrative Pädagogik und Therapie. Die Sprachheilarbeit 35 (1990), S. 165-172.

- Ahrbeck, B., Welling, A.: Sprachbehindertenpädagogik und Integrationspädagogik. Eine pädagogische Perspektive. Arbeitskreis kooperative Pädagogik e.V. (Hrsg.): Jahrbuch zur Kooperativen Pädagogik. Band 2. Frankfurt, Bern, New York 1991, S. 16-58.
- Braun, O.: Integration sprachbehinderter Kinder in der Praxis. Die Sprachheilarbeit 36 (1991), S. 209-219.
- Braun, O.: Integrative Sprachtherapie bei Kindern mit Sprech- und Sprachhemmungen im Rahmen der Schule. Die Sprachheilarbeit 30 (1985), S. 1-8.
- Demmer-Dieckmann, I.: Zum Stand der Realisierung „schulischer Integration“ im Schuljahr 1987/88 in der Bundesrepublik Deutschland und West Berlin. Behindertenpädagogik 28 (1989), S. 49-98.
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs): Sprachbehinderte und Integration. Die Sprachheilarbeit 33 (1988), S. 125-127.
- Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Bonn 1973.
- Eberwein, H.: Zum Stand der Integrationsentwicklung und -forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Zeitschrift für Heilpädagogik 35 (1984), S. 677-691.
- Feuser, G.: Integration = Die gemeinsame Tätigkeit (Spielen, Lernen, Arbeit) am gemeinsamen Gegenstand/Produkt in Kooperation von behinderten und nichtbehinderten Menschen. Behindertenpädagogik 21 (1982), S. 86-105.
- Feuser, G., Meyer, H.: Integrativer Unterricht in der Grundschule – Ein Zwischenbericht. Solms-Oberbiel 1987.
- Freise, H., Menk, M.: Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 259-264.
- Grohnfeldt, M.: Störungen der Sprachentwicklung. Berlin 1983.
- Gross, F., Müller, K.: Modellversuch der Integration sprachbehinderter Kinder in Kindertagesstätten mit Kindern normaler Sprachentwicklung. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983, S. 41-48.
- Heinrichs, G.: Integration sprachbehinderter Kinder in einem Regelkindergarten. Die Sprachheilarbeit 29 (1984), S. 286-288.
- Hentze, Th.: Integration in den Bundesländern der Bundesrepublik. In: Bönsch, M. (Hrsg.): Integration – Zur gemeinsamen Schule für behinderte und nichtbehinderte Kinder und Jugendliche. Hannover 1990, S. 162-201.
- Heyer, P., Zielke, G., Preuß-Lausitz, U.: Wohnortnahe Integration – gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder in der Uckermarkgrundschule in Berlin. Weinheim, München 1990.

- Homburg, G.: Integration – die falsche Priorität? Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 208-213.
- Holste, U.: Was verstehen wir unter integrierter bzw. integrativer Sprachheilarbeit? In: Viebrock, H., Holste, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch. Bremen 1991, S. 60-69.
- Jantzen, W.: Sozialisation und Behinderung. Gießen 1974.
- Keller, P.: Schule für Sprachbehinderte versus Integrierte Gesamtschule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 12-17.
- Knura, G.: Möglichkeiten und Grenzen schulischer Integration sprachbehinderter Kinder. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Behandlung, Bildung, Erziehung Sprachbehinderter. Hamburg 1973, S. 7-14.
- Lambert, F.: Zur historischen Einordnung der Entwicklung nichtaussondernder Erziehung in Dänemark. In: TU Berlin (Hrsg.): Ansätze zur Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in den Ländern der EG. Berlin 1989, S. 25-33.
- Maikowski, R., Podlesch, W.: Zur Sozialentwicklung behinderter und nichtbehinderter Kinder in der Grundschule. In: Eberwein, H. (Hrsg.): Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam – Handbuch der Integrationspädagogik. Weinheim, Basel 1988, S. 275-281.
- Milani-Comparetti, A.: Integration – Wunsch und Wirklichkeit. In: Buch, A., Heinecke, B. u.a.: An den Rand gedrängt. Hamburg 1980.
- Milani-Comparetti, A.: Grundlagen der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in Italien. Behindertenpädagogik 26 (1987), S. 227-234.
- Milani-Comparetti, A., Roser, O.: Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation – Voraussetzung für die reale Anpassung behinderter Menschen. In: Wunder, M. (Hrsg.): Sie nennen es Fürsorge: Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Berlin 1982, S. 77-97.
- Orthmann, W.: Zum Thema Integration – Isolation sprachbehinderter Schüler. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 99-101.
- Podlesch, W.: Fortschritte und Widerstände auf dem Weg zur Schule ohne Aussonderung – Zum Stand der Integrationsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West). Die Grundschulzeitschrift 27 (1989), S. 39-44.
- Rodust, H., Schinnen, M.: Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule. Die Sprachheilarbeit 30 (1985), S. 285-289.
- Roser, O.: Gegen die Logik der Sondereinrichtungen. In: Schöler, J. (Hrsg.): Italienische Verhältnisse. Berlin 1987, S. 72-81.
- Sander, A.: Ausweitung der Sonderpädagogik. Bemerkungen zur gegenwärtigen Lage der Behindertenerziehung und Theorie in Westdeutschland. Sonderpädagogik 4 (1974), S. 95-104.
- Schöler, J.: Der mühevollte Weg zur Autonomie I.: Nadja. Päd. extra (1986), S. 42-45.
- Schöler, J. (Hrsg.): Italienische Verhältnisse insbesondere in den Schulen von Florenz. Berlin 1987.
- Schöler, J.: An den Fähigkeiten des behinderten Kindes müssen wir uns orientieren. Päd. extra & demokratische Erziehung 1 (1988), S. 11-26.
- Schöler, J.: Kinder mit Behinderung nicht aussondern! ... und was haben die Nichtbehinderten davon? Unveröff. Vortragsmanuskript, Berlin 1989.
- Schöler, J.: Gemeinsame Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderungen ist Normalität. Die Sonderschule 3 (1991), S. 11-26.
- Teumer, J.: Zur Struktur der Schule für Sprachbehinderte. Oder: Sind Sprachbehinderte in die Gesamtschule integrierbar? Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 1-12.
- Werner, L.: Sprachtherapie im Schulalter. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1. Berlin 1989, S. 161-191.
- Wocken, H.: Integrative Prozesse. In: Rosenberger, M. (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung. Heidelberg 1988, S. 123-129.
- Zander, K.: Gesamtschule und Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 17-22.

Anschrift der Verfasserinnen:

Dipl.-Päd. Beate Kolonko
Heilpädagogisches Institut der Universität
Freiburg Abt. Logopädie
Petrus-Kanisius-Gasse 21, CH 1700 Freiburg

Dipl.-Päd. Inge Krämer
Universität Hannover Fb. EW
Bismarckstr. 2, DW 3000 Hannover 1

Frau Dipl.-Päd. Beate Kolonko ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Logopädie des Heilpädagogischen Instituts der Universität Freiburg/Schweiz.

Frau Dipl.-Päd. Inge Krämer arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik an der Universität Hannover.



Jürgen Gössel, Bodman-Ludwigshafen

Entwicklungsförderung und Elternarbeit – Praktische Beispiele aus der Arbeit mit LKG-Kindern

Zusammenfassung

Grundlage der Abhandlung sind Untersuchungen, die eine teilweise defizitäre Informationspraxis und Betreuung der Eltern von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte nachweisen. Hieraus ableitbare Motivationsprobleme in der durch die Eltern dringend notwendigen Unterstützung der Frühförderung dieser Kinder werden diskutiert. Darüber hinaus werden Ansätze für Lösungsvorschläge dargestellt.

1. Problemstellung

Eine Aufgabe im Rahmen der Frühförderarbeit an Beratungsstellen für Sprachbehinderte bzw. logopädischen Praxen ist die Betreuung von Kindern mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (nachfolgend LKG bezeichnet), die nach Kisse (1985) mit einer Rate von 1:500 – 900 zu den häufigsten angeborenen Mißbildungen zählt.

Die Einsicht in die Notwendigkeit einer frühen Förderung dieser Kinder, d.h. nach dem Verschuß der Lippenspalte bzw. am Ende des 1. Lebensjahres, ist heute nicht mehr strittig. So ist das Training wichtiger, den Spracherwerb voraussetzender Funktionsbereiche mindestens ebenso wichtig, wie die therapeutische Betreuung während des Spracherwerbs.

Mit diesem notwendigen frühen 'Therapiebeginn' sind jedoch häufig vielschichtige Probleme verbunden, die es u.a. gilt, in einem von der dgs (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik) zusammen mit der WRG (Wolfgang-Rosenthal-Gesellschaft) initiierten interdisziplinären Arbeitskreis zu bearbeiten (vgl. Die *Sprachheilarbeit* 6/90, S. 334).

Ziel dieses Arbeitskreises ist, sich aus fachpädagogischer Sicht mit offenen Fragen der Menschen mit LKG zu befassen und zu ihrer

Lösung beizutragen. Im folgenden sollen deshalb nur einige Probleme dargestellt und Lösungsmöglichkeiten angesprochen werden, die ihrerseits nicht den Anspruch auf Vollständigkeit haben sollen und können.

2. Schockbewältigung

Die elterliche Unterstützung bei der therapeutischen Betreuung eines LKG-Kindes ist von großer Bedeutung für deren Erfolg, insbesondere in den ersten zwei bis drei Lebensjahren. Kann dies von den Eltern ohne weiteres erwartet oder gar realisiert werden?

Die meisten Eltern haben die schockierende Realität der Tatsache einer Mißbildung bei ihrem Kind noch nicht überwunden – obwohl in der Mehrzahl der Fälle mindestens ein Jahr seit der Geburt und Monate seit dem Verschuß der Lippenspalte vergangen sind. Bedingt durch unterschiedliche Operationstechniken sind häufig Kiefer- und Gaumenspalte noch nicht geschlossen. Aus vielerlei Gründen können sich zwischenzeitlich jedoch deutliche Motivationsprobleme bezüglich der notwendigen Förderung des Kindes ergeben, die sich in unterschiedlichsten Reaktionen und Handlungen äußern und die therapeutischen Bemühungen bzw. Erfolge somit negativ beeinflussen.

Zwar erfolgte in vielen Fällen innerhalb der ersten Tage nach der Geburt ein Informationsgespräch in der Klinik, das die therapeutischen Möglichkeiten und das weitere Vorgehen verdeutlichen sollen, doch sind beim ersten Besuch in der Beratungsstelle nicht selten elterliche Reaktionen wie Schock, Enttäuschung, Wut, Verzweiflung und Ratlosigkeit,

Trauer, Schuldgefühle etc. zu beobachten. Häufig befinden sich die Eltern noch in einer der ersten Phasen der Schockbewältigung, wie sie von mehreren Autoren beschrieben wird (vgl. hierzu *Chwalek et al.* 1990, S. 50).

Dies ist nicht verwunderlich, wenn man sich die Ergebnisse einer Untersuchung von *Chwalek* (1990) betrachtet, die insgesamt 154 betroffene Mütter befragte. So wurde zwar mit ca. 85% der Mütter ein Aufklärungsgespräch geführt. Ausmaß und Inhalt dieses Gespräches wurde jedoch meist als unzureichend empfunden. Problembereiche, die bereits kurz nach der Geburt auftreten, wie die erschwerte Nahrungsaufnahme oder Sinn und Handhabung einer Mund-Nasen-Trennplatte, Behandlungsmöglichkeiten medizinischer und sprachtherapeutischer Art etc. kamen entweder nur bei einem geringen Teil, unzureichend oder – in den überwiegenden Fällen – nicht zur Sprache.

Ähnliche Ergebnisse erzielte eine Untersuchung von *Lenjer* (1990). Wie in Abbildung 1 zu sehen, stellte sie fest, daß 78% der Eltern nach der Geburt ihres Kindes in der Klinik wenig bzw. gar nicht über medizinische und therapeutische Maßnahmen informiert wurden (vgl. *Lenjer* 1990, S. 32).

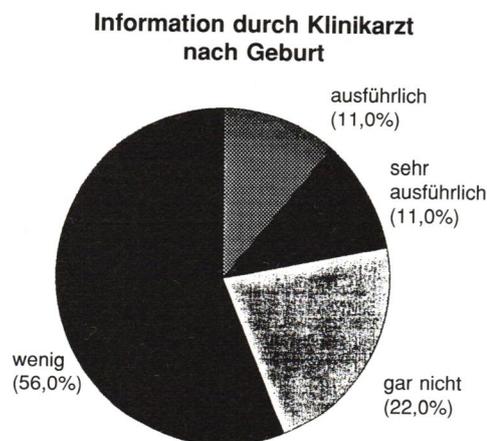


Abbildung 1

Es kann somit bei der überwiegenden Zahl der Fälle nicht von einem auch nur annähernd

angemessenen Eingehen auf die emotionale Betroffenheit der Eltern und den hieraus resultierenden Folgen gesprochen werden. Letzteres ist nahezu regelmäßig auch noch nach Monaten beim erstmaligen Besuch einer Beratungsstelle festzustellen.

Nur in wenigen Fällen wurden die Eltern **nach ihren Aussagen** in ihrer hilflosen und für sie fassungslosen Situation durch ausführliche, nach positiven Zukunftsperspektiven orientierten Informationen und/oder diesbezüglich geeignetem Bildmaterial (*Gössel* 1989a) etc. unterstützt. Hierdurch geprägte Motivationen für eine die Therapie notwendige und sinnvolle Unterstützung durch die Eltern sind somit selten anzutreffen.

3. Die Entwicklung des Kindes

Welchen psychischen Belastungen und Sorgen um die Zukunft ihres Kindes die Eltern bei dem meist unvermittelten Anblick ihres Spalten-Kindes nach der Geburt ausgesetzt waren – auch noch im ersten Lebensjahr durch manch vertröstende Worte –, kann nur der ermesen, der ein gleiches oder ähnliches Erlebnis hat oder hatte.

So ist das Aussehen des Kindes der zunächst dominierendste Bereich der Schädigung, der – auch im Interesse einer Schockbewältigung – zuerst einer medizinischen Behandlung bedarf. Die konkrete Entwicklung ihres Kindes jedoch ist betroffenen Eltern trotz oder auch unter Zuhilfenahme der nahezu ausschließlich unter medizinischen Aspekten vorhandenen Literatur nur schwer vorstellbar. Ihnen werden bald auch andere mit der LKG in Zusammenhang stehende Probleme, z.B. der späteren Sprachentwicklung, bewußt.

Aussagen über Ängste und Sorgen belegen hierbei, daß dieser Bereich in der Information und Beratung durch Mediziner – mit Klinikarzt, Kieferchirurgen und Kinderarzt ist diese Berufsgruppe sinnvoller Weise in den meisten Fällen der erste, häufig für Monate leider auch einzige Ansprechpartner der Eltern – ebenfalls mit Abstand völlig ungenügend bzw. nicht zur Sprache kommt.

Dies betrifft, wie aus Abbildung 2 ersichtlich, auch die Information durch den behandelnden Kieferchirurgen (*Lenjer* 1990, S. 33).

Information durch Kieferchirurg

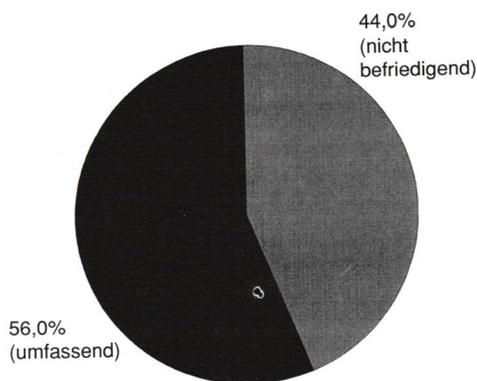


Abbildung 2

So ist es nicht verwunderlich, aber höchst bedenklich, daß nach *Lenjer* (1990, S. 39) bei 44% der Eltern noch bis ins 2. Lebensjahr des Kindes hinein große Ängste und Sorgen bezüglich der Sprachentwicklung bestehen.

Ängste und Sorgen der Eltern

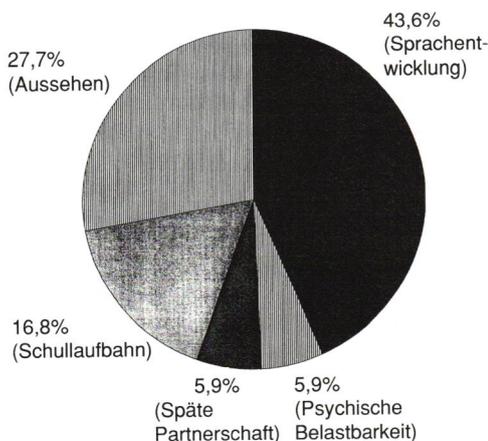


Abbildung 3

In der Untersuchung von *Chwalek* (1990) ist dieser Prozentsatz sogar noch höher. Nach ihren Ergebnissen wurden weniger als 50% der befragten Mütter bezüglich möglicher Schwierigkeiten, die beim Spracherwerb und der Sprachentwicklung auftreten können, sowie über entsprechende Maßnahmen oder

gar deren Ergebnisse unterrichtet. Die Eltern fallen somit immer wieder in Situationen starker und überstandener geglaubter emotionaler Belastungen zurück.

Nach *Lenjer* (1990, S. 43) bezieht sich dieses von den Müttern bemängelte Informationsdefizit aber auch auf einfache Alltagssituationen mit dem Neugeborenen, wie z.B. der Nahrungsaufnahme und damit in Zusammenhang stehender Probleme.

4. Differenziertes Therapiematerial

Der überwiegende Teil der Förderung von LKG-Kindern kann, wie eingangs bereits erwähnt, bis zum eventuell notwendigen Eintritt in den Sprachheilkindergarten sinnvoller Weise nahezu ausschließlich nur durch die Eltern erfolgen. Die Arbeit des Sprachheilpädagogen/Logopäden muß sich zunächst auf Hausbesuche in größeren zeitlichen Abständen beschränken, bei denen den Eltern entsprechende Hinweise für die differenzierte häusliche Förderung gegeben werden. Neben dem Problem des 'Kotherapeuten' durch die Eltern fehlen in diesem Zusammenhang jedoch häufig geeignete und einfache Materialien und Möglichkeiten, die den Eltern zur spielerischen Förderung ihres Kindes an die Hand gegeben werden können. Die Folgen hiervon sind in den unterschiedlichsten Bereichen festzustellen und reichen von Ratlosigkeit und Frustration bis zu einer immer geringer werdenden Motivation der Eltern hinsichtlich der Übernahme und Unterstützung von notwendigen Förderprogrammen.

5. Folgerungen

Um eine positive, sich auf den Bewältigungsprozeß auswirkende und gleichzeitig eine damit in Zusammenhang stehende Unterstützung der Eltern bei der sich anbahnenden sprachtherapeutischen Arbeit zu erhalten, sind somit u.a. folgende Änderungen dringend notwendig:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizinern und Sprachtherapeuten/Logopäden.

Primär im medizinischen Bereich sind grundlegende Änderungen in der aufklärenden Information betroffener Eltern nö-

tig (vgl. *Chwalek* et al. 1990), die z.T. und sinnvoller Weise in Zusammenarbeit mit den am Therapieprozeß beteiligten Berufsgruppen – hier insbesondere mit Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden – erfolgen müssen.

Auch auf die Gefahr hin, scheinbar sog. 'trivialen' Forderungen zu unterliegen, ist der Ruf nach Interdisziplinarität m.E. so lange gerechtfertigt, wie o.a. Untersuchungsergebnisse noch anzutreffen sind.

Neben ersten differenzierten Gesprächen des Mediziners mit den Eltern kann der Beginn dieser interdisziplinären Arbeit z.B. ein gemeinsam erstelltes Informationsblatt, verbunden mit einem Zeit- und Besuchsplan sein, mit dessen Hilfe sich Eltern nicht nur darüber informieren können, wer sich wann und in welchem Kindesalter mit dem Kind näher beschäftigt, sondern auch den Eltern das Gefühl vermittelt, weitere Ansprechpartner – evtl. auch eine Betroffenengruppe – zu haben und mit ihrem Problem nicht allein zu sein.

- Weitergehende, über medizinische Probleme hinausreichende Informationen und evtl. präventive Maßnahmen, die sich auf den Alltag mit einem LKG-Kind beziehen.

Hierzu zählt z.B. auch der Umgang mit häufig durch die LKG des Kindes auftretenden Partnerkonflikten (nach *Lenjer* in mindestens 33% der Fälle); emotionalen Belastungen durch erwartete bzw. tatsächlichen Reaktionen der Umwelt etc. ...

- Ausführliche Informationen, die Hinweise auf notwendige, schon im vorsprachlichen Stadium beginnende sprachtherapeutische Maßnahmen beinhalten. Dies trifft insbesondere für Übungen der zum Spracherwerb und zur Sprachentwicklung notwendigen Funktionsbereiche zu. In diesem Zusammenhang müssen den Eltern Materialien zur Hand gegeben werden, die es ihnen in *spielerischer Form* ermöglichen, mit ihrem Kind gezielt und sinnvoll tätig zu sein.

Eine Beratungsstelle für sprachbehinderte und von Sprachbehinderung bedrohten Kindern bzw. der Logopäde kann diese Aufgabe nicht alleine übernehmen, sondern nur im

Verbund mit anderen Berufsgruppen, die sich ebenfalls mit Spaltkindern beschäftigen (vgl. hierzu *Gösse* 1989b, S. 149ff). Erste, nach strukturellen Gesichtspunkten orientierte Ansatzpunkte für eine diesbezüglich praktikable Lösung sind m.E. in einer in Baden-Württemberg geplanten neuen Konzeption der Frühbetreuung und -förderung gegeben (vgl. *Trost* 1991). Hiermit sind beispielhafte organisatorische Voraussetzungen geschaffen, die einer inhaltlichen Füllung nach o.a. Kriterien bedürfen.

Letzteres ist jedoch – wie immer bei der Forderung nach Interdisziplinarität – von den jeweiligen Persönlichkeiten abhängig.

6. Zur praktischen Umsetzung

Im folgenden werden zu den zuvor erhobenen Forderungen einige Beispiele gegeben. Der Verfasser ist sich hierbei der Problematik einzelner Bereiche (z.B. eines Informationsblattes) durchaus bewußt. Aus diesen Gründen sind Teile der angegebenen Beispiele vielmehr als Ausgangspunkt und Anregung für diesbezüglich grundlegende Überlegungen zu verstehen und können bzw. wollen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

6.1 Zur Elterninformation

Neben ausführlichen, differenzierten und persönlichen Gesprächen mit den Eltern, unterstützt durch geeignetes Bildmaterial, das einzelne Stufen der therapeutischen Betreuung anschaulich und nachvollziehbar dokumentiert (vgl. *Gösse* 1988), sollte von den an der Therapie beteiligten Berufsgruppen eine Informationsschrift erstellt werden. Neben Aussagen zur Entwicklung des Kindes könnte diese Information, bezogen auf die jeweiligen regionalen Vorstellungen und Verhältnisse, auch einen Zeit- und Verlaufsplan der einzelnen therapeutischen Schritte sowie die Anschriften der daran beteiligten Personen beinhalten.

Erfahrungsgemäß sind – neben den bereits erwähnten ausführlichen Gesprächen – solche zukunftsorientierenden Bild- und Schriftmaterialien für Betroffene gerade in der ersten Zeit von besonderer Bedeutung, u.a.

auch, um in sogenannten 'einsamen' Situationen sich erneut 'aufbauen' zu können.

Beispiel einer Informationsschrift (eine – teilweise ähnliche – schriftliche Information wird von einigen im Bereich Konstanz ansässigen Mediziner bereits benützt):

Elterninformation

Wenn Kinder mit Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalten (LKG-Spalten) auf die Welt kommen, so ist dies für die betroffenen Eltern zunächst immer sehr belastend.

Sie müssen jedoch wissen, daß diese Fehlbildung heute durch eine umfassende Betreuung in jeder Weise korrigiert werden kann.

Hierbei handelt es sich **nicht nur** um die Lösung des kosmetischen Problems – diese Schritte sind in den nächsten ... Monaten/2 – 3 Jahren (je nach Operationsmeth.) abgeschlossen –, **sondern auch** um die Verhinderung bzw. Abbau von anfänglich begleitenden Trinkschwierigkeiten, Schwerhörigkeiten oder Sprechstörungen.

Wichtig dabei ist, daß die Fehlbildung mit all ihren Folgen nicht auf einmal beseitigt werden kann, sondern in mehreren, z.T. sich gegenseitig überschneidenden Etappen, vorgenommen wird und von Ihnen unterstützt werden kann und muß.

Insgesamt werden hierfür – u.a. abhängig von der Art der Spalte sowie ihrer Unterstützung – zwischen 3 – 6 Jahren benötigt.

In dieser Zeit werden Sie von verschiedenen erfahrenen Fachkräften beraten und Ihr Kind betreut. Wie Sie hierbei die Arbeit dieser Fachkräfte mit Ihrem Kind unterstützen können, wird Ihnen jeweils erklärt. Keine Angst – es wird nicht schwer werden, aber etwas Ausdauer und Geduld erfordern. Wichtig ist dabei der beständige persönliche Kontakt mit uns.

Zunächst muß Ihr Kind ohne Sondennahrung lernen, wie jedes andere Kind zu saugen. Danach erfolgt das Einsetzen einer Mund-Nasen-Trennplatte (nur bei Kindern, deren knöcherner Gaumen offen ist). Dies dient verschiedenen Funktionen, z.B. der Steuerung des Wachstums und Annäherung der gespaltenen Oberkieferknochen, der Verbesserung der Nasenatmung, der Korrektur der Zungen-

lage, Erleichterung des Schluckens etc. Die Schließung der Spalten erfolgt operativ, beginnend bereits nach 6 Monaten mit dem Lippenanschluß (je nach regionaler Operationsmethode sind hier Ergänzungen bzw. Änderungen nötig).

Durch die Fehlbildung bei Ihrem Kind besteht die Gefahr, daß der Flüssigkeitsabfluß aus dem Mittelohr gestört ist und zu Hörproblemen führt. Deshalb muß das Gehör und eine eventuelle Mittelohrentzündung besonders gut überwacht werden. Ein gutes Gehör ist auch wichtig für eine normale Sprachentwicklung. Letztere muß durch eine/n Sprachtherapeut/in oder Logopäde/in unterstützt werden, wobei die Betreuung bereits kurz nach der 1. Operation mit spielerischen Übungen zur Sprachanbahnung beginnt. Besonders diese spielerischen Übungen im Vorfeld des eigentlichen Sprechens sind für die Sprachanbahnung wichtig. In manchen Fällen sollte mit drei Jahren der Besuch eines Sprachheilkindergartens erfolgen.

Es werden sich in den folgenden Jahren also Kieferchirurgen, Sprachtherapeuten/Logopäden, HNO-Arzt und Kinderarzt in der Betreuung ihres Kindes bemühen, mit dem Ziel, die angeborene Fehlbildung zu korrigieren – ähnlich einem behebbaren Schönheitsfehler.

Ihre sicher zahlreichen Fragen sollten sie offen mit dem jeweiligen Spezialisten besprechen. Eine kurze und umfassende schriftliche Darstellung der Problematik (z.B. auch Ursachen der Fehlbildung; Wiederholungsgefahr bei weiteren Kindern sowie deren Verhinderungsmöglichkeiten etc.) ist kaum möglich, kann und soll aber im persönlichen Gespräch erfolgen, zu dem wir alle bereit sind. Letzteres kann nicht durch den beiliegenden kurzen 'Behandlungs- oder Therapiefahrplan' ersetzt werden.

Anschließend folgen – ähnlich einer Checkliste – Angaben über die zeitliche Abfolge der therapeutischen Betreuung und welche Berufsgruppe jeweils zuständig ist. Dies könnte nach folgendem Beispiel aufgebaut sein: (siehe S. 133).

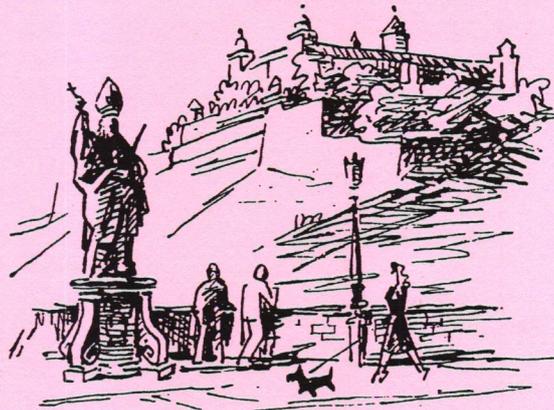
Zum Schluß werden alle Adressen der regional zuständigen Beratungsstellen, Berufsgruppen und Elternkontaktkreise aufgeführt.

Tagungsprogramm

XX. Arbeits- und
Fortbildungstagung
der
Deutschen
Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik e.V.

Sprache
Verhalten
Lernen

15.-17.10.1992
Würzburg



Julius-Maximilians-Universität
Sanderring 2, 8700 Würzburg

Tagungsprogramm

Donnerstag, 15.10.1992

9⁴⁵ Uhr: Eröffnung des Kongresses
Festsaal der Neubaukirche
Grußworte der Bayr. Staatsregierung, der Stadt Würzburg, der Universität, der ÖGS u.a.

10³⁰ - 12⁰⁰ Uhr: Festvortrag:
Prof. Dr. Dr. Christian von Deuster, Universitäts-HNO-Klinik Würzburg
Kurzreferate von Fachvertretern für Lernbehindertenpädagogik, Erziehungsschwierigenpädagogik, Sprachheilpädagogik

14⁰⁰ - 18⁰⁰ Uhr:
Vorträge - Arbeitskreise - Diskussionen zum Kongreßthema - Materialien- und Medianausstellung

Freitag, 16.10.1992

9⁰⁰ - 12⁰⁰ Uhr: Vorträge - Arbeitskreise - Diskussionen zum Kongreßthema - Materialien- und Medianausstellung

14⁰⁰ - 17³⁰ Uhr: Vorträge - Arbeitskreise - Diskussionen zum Kongreßthema - Materialien- und Medianausstellung

Samstag, 17.10.1992

9⁰⁰ - 13³⁰ Uhr: Vorträge - Arbeitskreise - Diskussionen zum Kongreßthema - Materialien- und Medianausstellung

14³⁰ Uhr: Zusammenschau - Statements - Schlußwort

Referenten

Dr. Stefan Baumgartner (Grafrath)
Kinder lernen sprechen: Vom (un-)aufhalt-samen Weg in die Sprechflüssigkeit

August Bergmann (Hamburg)
Kinesiologie – Körperenergie – Energie-blockade – Ausgleich

Prof. Otto Braun (Berlin)
Veränderungen der sprachheilpädagogischen Theorie und Praxis im Rahmen ganzheitlicher sonderpädagogischer Förderung

Prof. Dr. K. Bundschuh (Würzburg)

Die Bedeutung emotionaler Prozesse für Lernvorgänge unter besonderer Berücksichtigung des Spracherwerbs

Irene Bauer/Martina Ochoko-Stastny (Wien)

Beobachtungen des kindlichen Verhaltens in einem sprachheilpädagogisch konzipierten Diagnosespiel

Prof. Dr. Rudolf Castell und Team (Erlangen)

- 1) Die motorische Entwicklung bei Lernbehinderten
- 2) Auditive Aufmerksamkeit und Sprache bei Lernbehinderten
- 3) Psychiatrische Diagnose - abnorme psychosoziale Lebensumstände bei Lernbehinderten
- 4) Mehrfachbelastungen bei Lernbehinderten

Dr. Friedrich M. Dannenbauer (Augsburg)

Wie spezifisch sind spezifische Sprachentwicklungsstörungen?

Dr. Arno Deuse (Bremen)

„Ganzheitliche“ Sprachtherapie?

- Theoretisches Modell zur Integration „ganzheitlicher“ und „funktioneller“ Verfahren
- Praktische Beispiele

Karin Deuse (Bremen)

Ganzheitliche senso-/psychomotorische Therapie mit sprachbehinderten Kindern

Dr. Walter Dirnberger (Würzburg)

Fördernde und hemmende Einflußfaktoren auf den kindlichen Lauterwerb

Christa Endter-Damm (Achim)

Sprachförderung durch Musik

Konzept und Szenen einer ganzheitlich orientierten Sprachförderung auf rhythmisch-musikalischer Grundlage

Dr. Alfred Fries (Würzburg)

Aufmerksamkeits-Training

Anna Fischer-Olm (Königsbrunn)

Alle Sinne helfen mit - Zur Bedeutung des Tanzes in der Sprach- und Bewegungsförderung und der Verhaltensbeeinflussung

- Prof. Dr. Iris Füssenich* (Reutlingen)
Wie verhalten sich sprachgestörte Kinder, wenn ihnen Wörter fehlen, oder wie lernen sie neue Wörter?
- Giselher Gollwitz* (Bad Abbach)
Die Praxis einer ganzheitlichen Sprachförderung
- Johannes Graichen* (Tübingen)
Die Steuerung des Verhaltens aus neuropsychologischer Sicht
- Prof. Dr. Klaus-B. Günther* (Hamburg)
Lese/Schreibförderprogramm Fundamentum
- Gerda und Michael Gräven* (Wien)
Vergleichende Darstellung des Erlernens von Lesen und Schreiben und des Verhaltens bei Lern- und Sprachbehinderten sowie Volksschülern
- Dr. Herbert Günther/Dr. Willi Günther* (Holz-Zeltingen)
Wahrnehmung und Sprache
Hören-können, eine unabdingbare Einganggröße für das Sprechen, Lesen und Schreiben
- Cornelia Hintermayer/Lore Beck* (Linz)
„Zwei im alten Baum“
Bilderbuchsprache/Dialog-Verhalten-Lernen?
- Inge Holler-Zittlau* (Marburg)
Sprach- und Lernstörungen durch Unterricht?!
Auswirkungen unterschiedlicher Formen der Lernorganisation auf das Sprach- und Lernverhalten
- Dr. Nitzka Katz-Bernstein* (Zürich)
Gruppentherapie mit sprachgestörten Kindern -
Ein Bindeglied zwischen Einzeltherapie und Alltag
- Barbara Kleinert-Molitor* (Bremen)
Das sonderpädagogische Förderzentrum – Entwicklungslinien und Aufgabenfelder
- Ulrike Kocks* (Düsseldorf)
Stotterertherapie in der Schule -
- Eine persönlichkeitsorientierte Stotterertherapie auf der Basis der Individualpsychologie Alfred Adlers
- Prof. Dr. E. Kotten-Sederqvist* (München)
Aspekte der Sprachauffälligkeit
- Peter-Alfred Kreuels* (Inzell)
Stationäre Sprachheiltherapie
- Prof. Dr. Dieter Kroppenberg* (Marburg)
Emotionale Förderung - ein notwendiges Angebot für Kinder mit (sprachlichen) Beeinträchtigungen.
Der Beitrag der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie zur (Sprachbehinderten-) Pädagogik
- Konrad Kregcjk/Axel Holtz* (Wien-Hinterdenkental)
Sprachlernen unter erschwerten Lernbedingungen
Ausführungen zum Ansatz der Themenorientierten Sprachförderung
- Prof. Friederike Meixner* (Mödling)
Sprachtherapie - aber WIE?
- Ulrike Marx/Gabriele Steffen* (Rosengarten-Hamburg)
Mehrdimensionales Lernen - ein Beitrag zur sensorischen Integration
- Eva-Maria von Netzer* (Waldshut)
Elternhaus, Kindergarten und Schule: Beratung bei zentralbedingten Sprachstörungen. Methodisch-didaktische Maßnahmen bei Störungen der Artikulation - kritisch betrachtet
- Heiner Nondorf/Reiner Bahr* (Detmold-Düsseldorf)
Sprach-Handlungs-Spielräume in der pädagogischen Sprachtherapie
- Dr. Irmtraud M. Oskamp* (Bayreuth)
Kinder- und Jugendbücher im Deutschunterricht an Sonderschulen
- Uwe Pape* (Wentorf)
Stotterertherapie mit Sprechformen nach Uwe Pape
- Prof. Dr. Otto Speck* (München)
Autonomie, Lernen und Pädagogische Förderung -

Dr. Elmar Schaar/Siegfried Heilmann (München-Schwabheim)

Arbeitskreis Diagnose- und Förderklassen

Dr. E. Seemann/Dr. Lutz-Pflanz (Jüterbog)

Zur Differenziertheit gestörten Sprechverstehens bei Aphasie und daraus resultierender therapeutischer Konsequenzen

Dr. Ralph Weigt (Berlin)

Praxisorientierte Ansätze zur Förderung von Kindern mit Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb

Dr. Hans Weiß (Würzburg)

Zur Neuorientierung der Frühförderung unter besonderer Berücksichtigung (sprach-)entwicklungsverzögerter Kinder - Konsequenzen für die Praxis

Dipl. Psych. Karl-Heinz Weiß (Wilhelmshaven)

Förderung sprach- und lernbehinderter (mehrfachbehinderter) Kinder

Marianne Wiedenmann (Frankfurt)

Sprachförderung zwischen Grund- und Sonderschule

Dr. Elisabeth Wildegger-Lack (München)

Die Bedeutung der Regelspiele im Rahmen der Laut- und Schriftsprachtherapie

Prof. Willi Willner/Eduard Voss (Wien)

Umweltbezogenes Erstlesen - Möglichkeiten des individualisierenden Erstlesens in einer Integrationsklasse

Margarethe Winkler/Ingrid Pöllner (Wien)

Sprache - Verhalten - Lernen

Beobachtungen der gegenseitigen Bedingungen beim Kleinkind

Änderungen vorbehalten!

Rahmenveranstaltungen

Dienstag, 13.10.1992

15⁰⁰ Uhr: Geschäftsführender Vorstand
Hotel „Franziskaner“

16⁰⁰ Uhr: Hauptvorstand
Hotel „Franziskaner“

Mittwoch, 14.10.1992

10⁰⁰ Uhr: Delegiertenversammlung
Saalbau „Heilig Kreuz“ - Hartmannstraße
29, 8700 Würzburg

19³⁰ Uhr: Begrüßungsabend
Gesandtenbau der Residenz zu Würzburg

Donnerstag, 15.10.1992

19⁰⁰ Uhr: Ökumenischer Gottesdienst in der
Residenzkirche

Freitag, 16.10.1992

19³⁰ Uhr: Fränkischer Kulturabend

- 1) Im Gartenpavillon des Julius-Spitals
- 2) Im „Toscanaaal“ der Residenz zu Würzburg

Klavierkonzerte - Quartette - Folklore
Ausführende: Preisträger und Dozenten
der Hochschule für Musik
Teilnehmerbeitrag: DM 20,-

Täglich:

Stadtführung - Residenzführung (Eintritte
extra am Ort)

Riemenschneiderfahrten:

- 1) *Donnerstag, den 15.10.92*
(Rimpar-Maidbronn-Maria im Weingarten bei Volkach)
- 2) *Freitag, den 16.10.92*
(Creglingen im Taubertal)

Buchung und Beitrag direkt im Kongreßbau beim veranstaltenden Reisebüro.

Informationen

Tagungsbüro

Mittwoch

ab 9¹⁵ - 11³⁰ Uhr bei der Delegiertenversammlung

Donnerstag-Freitag-Samstag
ab 8¹⁵ Uhr in der Neuen Universität zu
Würzburg

Studenten/Referendare DM 80,-
Mitglieder aus den NBL DM 90,-
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder aus NBL DM 130,-
(incl. Tagungsbericht)
Tageskarte DM 70,-

Tagungsbeitrag

a) Bei Voranmeldung

Mitglieder DM 140,-
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder DM 200,-
(incl. Tagungsbericht)
Studenten/Referendare DM 70,-
Mitglieder aus den NBL DM 80,-
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder NBL DM 110,-
(incl. Tagungsbericht)
Tageskarte DM 70,-

Tagungskonto

Städt. Sparkasse Würzburg
Konto Nr. 226 2608
BLZ 790 500 00
Kennwort: „Kongreß 1992“

Anmeldungen bis zum 25.9.92 erbeten

b) Anmeldung Tageskasse

Mitglieder DM 150,-
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder DM 210,-
(incl. Tagungsbericht)

Anmeldungen, Planung und Durchführung

dgs - Landesgruppe Bayern e.V.
Herbert B. Freisleben
Günterslebener Straße 29
W-8709 Rimpar
Tel. 0 93 65/93 29
FAX 0 93 65/51 77

WÜRZBURG	
VERANSTALTUNG: dgs 15.-17.10.92	
Ich bestelle verbindlich:	
_____ Einbettzimmer	_____ Zweibettzimmer
<input type="checkbox"/> mit Garage	<input type="checkbox"/> mit Garage
<input type="checkbox"/> ohne Garage	<input type="checkbox"/> ohne Garage
Lage der Unterkunft:	
<input type="checkbox"/> Innenstadt	<input type="checkbox"/> Übriges Stadtgebiet
<input type="checkbox"/> Vorort	
INKLUSIVPREIS Zimmer und Frühstück	Einzel
<input type="checkbox"/> Ohne Bad / Dusche	<input type="checkbox"/> ab ca. 50 DM
<input type="checkbox"/> mit Bad / Dusche und WC	<input type="checkbox"/> ab ca. 80 DM
	<input type="checkbox"/> ab ca. 120 DM
	<input type="checkbox"/> ab ca. 120 DM
	<input type="checkbox"/> ab ca. 180 DM
	<input type="checkbox"/> ab ca. 180 DM
	<input type="checkbox"/> ab ca. 250 DM
ab _____	für _____
	Nacht/Nächte
Voraussichtliche Ankunft _____	Uhr mit Wagen / Bahn
Datum _____	Unterschrift
ABSENDER bitte Schreibmaschine oder Druckschrift	
Herr / Frau _____	
Straße _____	
PLZ _____	Ort _____
Telefon _____	

Ergänzende Hinweise

Genehmigung:

Der Kongreß ist vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst unter folgender Nummer genehmigt worden: **IV/11-P 8100-4/14 936**

Dienstbefreiung erhalten Lehrer (Sammelbegriff) an Sprachheilschulen und *erstmalig* Lehrer, an deren Einrichtung *Diagnose- und Förderklassen* bestehen. Dies bedeutet, daß Bedienstete *aller Schulen für Behinderte und Kranke* teilnehmen können.

Zimmerbestellung:

Es wird erneut darauf hingewiesen, daß der *Oktober in Franken die Hauptreisezeit* ist. Daher ist gerade zu unserer Kongreßzeit die Zimmersituation sehr angespannt.

Also bitte gleich Zimmer reservieren!

Teilnehmer aus den NBL:

Es wird versucht, gerade für diese Teilnehmergruppe kostengünstige Zimmer ausfindig zu machen. Daher ist es notwendig, daß gerade diese Teilnehmer sich möglichst umgehend beim Fremdenverkehrsamt melden. Die Kultusministerien der NBL wurden von dem Kongreß unterrichtet.

Fragen: Sollten Unklarheiten bestehen, können Sie gerne anrufen oder FAXEN.

Würzburg in Bayern freut sich auf Ihre Teilnahme.

Ihr Herbert B. Freisleben
Kongreßdirektor



Bei Tagungen wird gebeten, den Meldeschluß einzuhalten.

Bei Zimmerreservierungen tritt das Fremdenverkehrsamt Würzburg ausschließlich als Vermittler auf. Ihre Zimmerbestellung sollte hier so rechtzeitig eintreffen, daß uns für die Erledigung und Ihre Benachrichtigung genügend Zeit bleibt (in der Regel eine Woche).

Zimmerzuweisungen für »Spätanmelder« werden bei der
TOURIST INFORMATION am Hauptbahnhof,
Telefon 0931/37436 hinterlegt.
Öffnungszeiten
Mo – Sa 8.00 – 20.00 Uhr

Für diese Bestellung berechnen wir Ihnen DM 3.– als Vermittlungsgebühr.
Dieser Betrag wird von dem Hotel, in dem Sie übernachten, für uns erhoben.
Wir bitten um Ihr Verständnis.

Bitte
frankieren

Postkarte

Fremdenverkehrsamt
Palais am Congress Centrum

D-8700 Würzburg

Teilnahmekarte

XX. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs
vom 15.-17.10.92 in Würzburg

Name: _____

Anschrift: _____

Tagungsbeitrag bei Voranmeldung

Mitglieder..... à DM 140,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder..... à DM 200,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Studenten/Referendare..... à DM 70,- _____ DM
Mitglieder aus den NBL..... à DM 80,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder NBL..... à DM 110,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Tageskarte..... à DM 70,- _____ DM

Der **Tagungsbericht** wird jedem Teilnehmer nach der Tagung kostenlos zugesandt, soweit die Kosten im Tagungsbeitrag enthalten sind (s.o.).

Fränkischer Kulturabend am 16.10.1992

- 1) Im Gartenpavillon des Julius-Spitals
 - 2) Im „Toscanasaal“ der Residenz zu Würzburg
- Klavierkonzerte - Quartette - Folklore
Ausführende: Preisträger und Dozenten der Hochschule für Musik
Personen à DM 20,- _____ DM

Überweisung des Tagungsbeitrages

bis zum 25.9.92 unter dem Kennwort „Kongreß 1992“ auf Konto:
dgs, Landesgruppe Bayern, Kto-Nr. 226 2608,
Stadt, Sparkasse Würzburg (BLZ 790 500 00).

Wirksamkeit der Anmeldung

Die Anmeldung wird erst durch die Überweisung des Teilnehmerbeitrages wirksam.

Quartierbestellung

bitte mit anhängender Karte beim Fremdenverkehrsamt Würzburg.

Teilnahmekarte

XX. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs
vom 15.-17.10.92 in Würzburg

Name: _____

Anschrift: _____

Tagungsbeitrag bei Voranmeldung

Mitglieder..... à DM 140,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder..... à DM 200,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Studenten/Referendare..... à DM 70,- _____ DM
Mitglieder aus den NBL..... à DM 80,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Nichtmitglieder NBL..... à DM 110,- _____ DM
(incl. Tagungsbericht)
Tageskarte..... à DM 70,- _____ DM

Der **Tagungsbericht** wird jedem Teilnehmer nach der Tagung kostenlos zugesandt, soweit die Kosten im Tagungsbeitrag enthalten sind (s.o.).

Fränkischer Kulturabend am 16.10.1992

- 1) Im Gartenpavillon des Julius-Spitals
 - 2) Im „Toscanasaal“ der Residenz zu Würzburg
- Klavierkonzerte - Quartette - Folklore
Ausführende: Preisträger und Dozenten der Hochschule für Musik
Personen à DM 20,- _____ DM

Überweisung des Tagungsbeitrages

bis zum 25.9.92 unter dem Kennwort „Kongreß 1992“ auf Konto:
dgs, Landesgruppe Bayern, Kto-Nr. 226 2608,
Stadt, Sparkasse Würzburg (BLZ 790 500 00).

Wirksamkeit der Anmeldung

Die Anmeldung wird erst durch die Überweisung des Teilnehmerbeitrages wirksam.

Quartierbestellung

bitte mit anhängender Karte beim Fremdenverkehrsamt Würzburg.

Absender:

Bitte
frankieren

An

Dt. Ges. f. Sprachheilpäd.

Herbert B. Freisleben

Günterslebener Straße 29

W – 8709 Rimpar



Absender:

Bitte
frankieren

An

Dt. Ges. f. Sprachheilpäd.

Herbert B. Freisleben

Günterslebener Straße 29

W – 8709 Rimpar

Betreuung der Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bis zum Schulalter			
Alter	Maßnahme	Therapeut	Datum
1. Woche	U2: kinderärztl. Unters. genetische Beratung, Prophylaxe	Kinderarzt	
3./4. Woche	U3: kinderärztl. Unters. Kariesprophylaxe kieferchirurg. Behandlung: Gaumenplatte, Kontrolle nach	Kinderarzt Kieferchirurg	
3. Monat	U4: kinderärztl. Unters.	Kinderarzt	
—	—	—	
—	—	—	
—	—	—	
1/2 Jahr	Operation: Lippenspalte, Naseneingang Nachkontrolle alle	Kieferchirurg	
3/4 Jahr	1. Beratung zu Sprech- und Hörübungen	Sprachth./Logop.	
1.-2. Jahr	U6: kinderärztl. Unters., gegebenenfalls Audiometrie in pädaudiolog. Institut	Kinderarzt	
1 1/2 Jahre	Verschuß des weichen Gaumens	Kieferchirurg	
1 1/2 Jahre	Beginn der sprachth. Betreuung	Sprachth./Logop.	
—	—	—	
—	—	—	
—	—	—	
3 Jahre	evt. Aufnahme in Sprachheilkindergarten		
etc.	etc.	etc.	

6.2 Übungen/Spiele für einzelne Funktionsbereiche

Allgemeine Vorbemerkungen:

— Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, daß entsprechend der jeweiligen Spalte unterschiedliche Bereiche in ihrer sensorischen, motorischen, taktil-kinästhetischen und/oder auditiven Entwicklung beeinträchtigt sein können und somit frühzeitig, d.h. bereits im vorsprachlichen Stadium zu fördern sind. Deshalb sind – wie in anderen Therapiebereichen auch – bei der Therapie eines LKG-Kindes folgende Fragestellungen zu beachten und vorab abzuklären:

a, Um welche Form der Spalte handelt es sich?

b, Wann beginne ich, welchen funktionalen Bereich zu therapieren (hier insbesondere in Absprache mit dem behandelnden Mediziner)?

c, Welche Übung ist für welchen Bereich geeignet?

d, Wie kann ich die gefundenen Übungen in eine/n handlungsorientierte/n Situation/Sprachgebrauch einkleiden?

e, Welche Übung kann auch von den Eltern spielerisch und im Sinne von Punkt d, mit dem Kind durchgeführt werden?

Punkt d und e gelten umso mehr, je jünger das Kind ist.

- Die Co-Therapeutenrolle der Eltern ist jeweils neu abzuklären bzw. zu hinterfragen.
- Grundsätzlich sollten die den Eltern zugeordneten Spiele diesen in der praktischen Durchführung *mit dem Kind* gezeigt werden.

Da die Entwicklung der Kinder individuell verläuft, sind die angegebenen Übungen/Spiele einerseits ohne Altersangabe und andererseits – getrennt für die jeweiligen Funktionsbereiche – als exemplarische, ungeordnete Auflistung zu sehen. Sie hat folglich nur beispielhaften Charakter und kann/muß vielfältig erweitert werden (vgl. hierzu auch *Lenjer* 1990). Die für Eltern gefundenen und geeigneten Spiele sind ebenfalls individuell auszuwählen.

Bei der Auswahl kam es dem Verfasser darauf an, vornehmlich Beispiele für den Altersbereich von 0-3 Jahren anzuführen, da generell für diesen Bereich kaum Anregungen zur Verfügung stehen. In der Literatur selbst ist der Schwerpunkt im wesentlichen auf den Altersbereich des Kindergartenkindes beschränkt.

Insbesondere im Hinblick auf die Problematik der Ko-Therapeutenrolle der Eltern ist bei Spielen, die diese zu Hause mit ihrem Kind durchführen sollen/können, nicht nur die Phantasie des Therapeuten gefragt, sondern auch die Kenntnis der Bedingungen und Umsetzungsmöglichkeiten im Elternhaus.

Zur Lippenmotorik:

Ziel: Die durch die Operationsnarbe beeinträchtigte Beweglichkeit der Oberlippe, deren Funktionstüchtigkeit für die Bildung der Explosiv- und Zischlaute, für eine gute Vokaldifferenzierung sowie der Klangfülle notwendig ist, soll gefördert werden.

Geeignete Aktivitäten (passiv, aktiv oder als Spiel):

- Dem Kind geeignete Gegenstände wie Beißringe etc. geben, die es in den Mund stecken kann.
- Oberlippe mit einem Stäbchen leicht massieren.

- Mit verschiedenen Gegenständen (z.B. Eisstückchen, Feder, weicher Pinsel, Zahnbürste etc.) über die Oberlippe des Kindes entlangfahren, um diese dadurch zu sensibilisieren.
- 'Ich habe meine Mami lieb'. Lippen spitzen und Küßchen geben.
- 'Wer kann besser halten?' Das Kind/die Mutter hält Papier etc. durch Aufeinanderpressen der Lippen fest. Die Mutter/das Kind versucht, es mit den Lippen an sich zu nehmen.
- 'Große Fische – kleine Fische'. Wechsel von großer und kleiner Lippenrundung.
- 'Ich kann ohne Hände essen'. Gummibärchen, Negerküsse, Kekse, Brothäppchen etc. nur mit den Lippen aufnehmen.

Zur Zungenmotorik:

Ziel: Förderung der Zungenmuskulatur und -motorik (wichtig bei der späteren Bildung verschiedener Laute) sowie Vermeidung einer Rückverlagerung des Zungengrundes. Gleichzeitig werden hierbei teilweise Lippenmuskulatur und -motorik gestärkt.

Geeignete Aktivitäten:

- Gaumenplatte mit Knopf
Der Knopf an der Gaumenplatte hat die vergleichbare Funktion eines kleinen Apfelstückchens zwischen den Zähnen beim Erwachsenen. Es wird ständig mit der Zunge versucht, das kleine Stück zu entfernen.
- Schnuller
Das Kind spielt unwillkürlich mit der Zunge am Schnuller.
- Zunge seitlich drücken/massieren etc. (überlegen, wie dies aktiv/passiv durchgeführt werden kann). Durch Druck wird Gegendruck erzeugt.
- Ohne Mithilfe der Hände mit Lippen und Zungenunterstützung einen Bindfaden, an dessen Ende ein Bonbon befestigt ist, in den Mund ziehen.
- Beim Kochen, Backen ... Löffel, Schneebesen, Teller etc. ablecken lassen.

- Verschiedene Speisen mit der Zunge am Geschmack erraten lassen.

Zur Atemführung:

Ziel: Mit diesen Übungen soll das Atemvolumen gesteigert und die gezielte Atemführung gefördert werden. Gleichzeitig werden Bereiche der Lippenmotorik bzw. -muskulatur gestärkt.

Geeignete Aktivitäten:

- Generell können Blasinstrumente aller Art, zunächst mit großem Mundstück und leicht anblasbar, später mit kleinerem Mundstück und schwerer anblasbar angeboten werden. Jahrmärkte sind hierfür geeignete Fundgruben.
- Gegen einen Spiegel hauchen; verblühten Löwenzahn abpusten; Luftballon wegblasen; Watte mit oder ohne Röhrchen durch einen Parcours aus Bauklötzen blasen; Kerze nur anblasen, daß Flamme flackert/ in bestimmte Richtung flackert/nur eine von mehreren Kerzen flackert; eine Kerze mit/ohne Röhrchen ausblasen/nur eine von mehreren ausblasen (Vorsicht Haare!); brennende Schwimmkerzen durch Blasen über eine Wasseroberfläche/einen Hafen treiben, wobei Flamme nicht ausgehen soll.

Mit etwas Phantasie und Spielwitz können große Teile der bisher genannten Übungen auch von den Eltern übernommen werden.

Zur Beweglichkeit des Gaumensegels:

Ziel: Durch die Stärkung des Gaumensegels soll ein besserer Gaumenabschluß erreicht und somit dem offenen Naseln entgegengewirkt werden. Darüberhinaus unterstützt eine vortrainierte Muskulatur insgesamt den Erfolg der operativen Therapie.

Geeignete Aktivitäten:

- Sämtliche Box-, Schlag- und Stoßbewegungen des Kindes wirken sich positiv auf die Gaumensegelbeweglichkeit aus. (Wulff, J. und H., 1981). Sie sollten gesamtkörperlich durchgeführt werden, wie

z.B. Halten des Kindes unter den Achseln, damit es sich von der Unterlage/vom Schoß der Mutter etc. mit den Beinen abstoßen kann; Fortstoßen eines großen Balles mit den Füßen/Händen; auf dem Bauch über einen Pediball rollen und mit den Händen auf der Unterlage leicht abstützen lassen; Werfen eines kleinen Balles; mit der Faust auf den Tisch klopfen lassen, damit Bauklötzttürme umfallen; gemeinsam über Kissen krabbeln; auf der Matratze hüpfen; sich gegenseitig mit Händen/Füßen wegdrücken; das Kind an den Händen vorsichtig zum Sitzen hochziehen bzw. langsam herunter lassen; mit dem Kind albern und scherzen und es somit zum Lachen bringen; kneten; hämmern.

Sämtliche Übungen können leicht von den Eltern übernommen werden.

Zur auditiven Wahrnehmung:

Ziel: Förderung/Verbesserung der auditiven Wahrnehmung, die durch die Spalte beeinträchtigt sein kann.

Geeignete Aktivitäten (insbesondere für Eltern):

- Dem Kind Gegenstände zum Spielen geben, die unterschiedliche Geräusche erzeugen (Klapper, Rassel, Glöckchen, Quietschtiere etc.); die eigene Stimme durch lautes, leises Sprechen, Flüstern, summen etc. variieren; mit dem Kind unterschiedliche Papierarten zerknüllen, zerreißen etc.; Tierstimmen nachahmen und raten lassen; verschiedene Geräusche erzeugen und raten lassen, wie z.B. Fenster/Tür öffnen, Wasser tropfen lassen, Rolladen schließen, Schublade aufziehen, diverse Bälle hüpfen lassen

Weitere Anregungen lassen sich aus der Literatur der Schwerhörigenpädagogik entnehmen.

Weitere Beispiele zu einzelnen Funktionsbereichen sind bei Lenjer (1990, S. 50ff) angeführt, können aber mit etwas Phantasie und Spielwitz vielfältig selbst gefunden und weitergeführt werden.

Literatur:

Chwalek, W.: Erfahrungen von Müttern nach Geburt ihres Spaltkindes mit dem Klinikpersonal. In: *Wolfgang Rosenthal Gesellschaft* (Hrsg.): Spaltträger-Forum 2 (1990), S. 13-14.

Chwalek, W., et al.: Bewältigungsverhalten und ärztliche Informationsvermittlung – eine Studie an Müttern, die ein Kind mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte geboren haben. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1 (1990), S. 49-55.

Gössel, J.: Lars – jetzt ein ganz normaler Junge. Konstanz 1989a.

Gössel, J.: Früherfassung und Frühförderung (sprach-)behinderter und von (Sprach-)Behinderung bedrohter Kinder. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Band 1, Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989b, S. 135-160.

Kisse, B.: Berufliche Sozialisation von Patienten mit Lippen-, Lippen-Kiefer-, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten sowie deren Vätern. Deutsche Zeitschrift für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie 9 (1985), S. 113-125.

Lenjer, V.: Frühbetreuung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Situation. Unveröffentlichte wissenschaftliche Hausarbeit an der Universität Berlin (1990).

Trost, R.: Frühförderung in Baden-Württemberg. In: *Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg* (Hrsg.): Politik für Behinderte, Band 5, Stuttgart 1991.

Wulff, J. u. H.: Sprachliche, funktionelle und psychosoziale Entwicklungsschäden bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und ihre Beseitigung. In: *Pfeifer, G.* et al: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, München 1981.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jürgen Gössel
Im Gröblen 5a, 7762 Bodman-Ludwigshafen

Jürgen Gössel ist Diplompädagoge und seit kurzem Schulrat am Staatlichen Schulamts Sindelfingen. Neben einem Lehrauftrag am Sonderpädagogischen Institut Reutlingen war er lange Jahre Rektor einer Sonderschule für Sprachbehinderte, Leiter mehrerer Beratungsstellen sowie Fachberater für Sonderpädagogik.

Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 3, S. 136–142

Im Gespräch



Roswitha Harth, Jülich-Koslar

Kooperation mit der Grundschule – Ein Erfahrungsbericht

Zusammenfassung:

Ein sonderschulbedürftig sprachbehindertes Mädchen wurde in der Grundschule kooperativ von der Schule für Sprachbehinderte betreut. Die Kooperation wurde angemessen und in guter Abstimmung zwischen der Grundschule und der SfSB durchgeführt. Zum Aufbau und zur Unterstützung der sonderpädagogischen Maßnahmen wurde eine Förder- und Verlaufsdiagnose erstellt. Trotz umfassender Förderung konnte ein Nachlassen der schulischen Gesamtleistung, welches im wesentlichen auf die umfassende Sprachbehinderung zurückgeführt wurde, nicht verhindert werden. Nachdem der Leistungsrückstand gegenüber den Mitschülern immer größer geworden war, erfolgte mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten eine Umschulung in die SfSB. Dort bestehen umfassendere spezifische Fördermöglichkeiten.

Die Ausgangssituation

Mitte November wurde die Schule für Sprachbehinderte um Beratung im Fall der 7;4jährigen Schülerin A. gebeten.

Beim ersten Besuch der Sprachheillehrerin in der Grundschule hätte diese am liebsten sofort eine Umschulung A.s in die SfSB vorgeschlagen. Der erste Eindruck von der Schülerin war: A. ist eine sonderschulbedürftige, sprachbehinderte Schülerin.

Das Mädchen besuchte damals die 1. Klasse der Heimatgrundschule. Die Diagnose der Sprachüberprüfung lautete: partielle bis multiple Dyslalie; verwaschene, undeutliche Arti-

kulation; leichter bis mittlerer Dysgrammatismus; Wortfindungsstörung; eingeschränkter Wortschatz. Die Intelligenz wurde mit dem CFT 1 von *Cattell/Weiß/Osterland* überprüft. Mit diesem Test erreichte A. einen IQ von 96 (+- 10), was einer durchschnittlichen Intelligenz entspricht. Insgesamt wurde eine sprachliche Entwicklungsverzögerung festgestellt, die mit einer Verzögerung im sozialen und emotionalen Bereich einherging.

Mitte Januar meldete die Grundschule sich erneut und bat um Hilfe. Mitte Februar begannen die kooperativen Maßnahmen mit dem Ziel der Rehabilitation der Schülerin.

Die Schülerin und ihre Familie

Die erste Kontaktaufnahme mit A. verlief in einer ruhigen, freundlichen Atmosphäre. Das Mädchen genoß es offensichtlich, daß sich jemand mit ihr alleine beschäftigte.

A. ist ein hübsches, körperlich altersgemäß entwickeltes Mädchen. Bereits im Kindergarten besuchte A. eine logopädische Therapie. Aus den unterschiedlichsten Gründen fiel die Sprachtherapie wohl immer wieder aus, so daß sie keinen Erfolg bringen konnte. Wegen einer Haltungsschwäche besuchte A. eine Zeitlang eine Krankengymnastik. Ihre 9jährige Schwester besucht z.Z. das 3. Schuljahr. A. hat auch noch eine jüngere, ca. 4jährige Schwester. Die Eltern sind geschieden, die Mutter hat das Sorgerecht für die Kinder. Während der Kooperationszeit heiratete die Mutter einen wesentlich älteren Mann, mit dem sie schon längere Zeit zusammenlebte. Dieser Mann wird von den Kindern als Vater akzeptiert.

In der Familie sind unterschiedliche Sprachauffälligkeiten zu finden: die Mutter stotterte als Kind (Restsymptome treten gelegentlich noch auf), außerdem ist ihre Sprache als verwaschen, unartikuliert und überhastet zu bezeichnen. Beide Schwestern weisen ebenfalls Sprachauffälligkeiten auf. Die ältere Schwester spricht auch undeutlich und verwaschen. Ihre schulischen Leistungen sind schwach und die Versetzung in die nächste Klasse ist gefährdet. Die jüngere Schwester wird wegen ihrer umfassenden Sprachschwierigkeiten in einem Sonderkindergarten betreut.

Die Mutter bemüht sich um ihre Kinder, ist aber mit der Erziehung überfordert. Sie leidet unter Asthma und Migräne. In der Familie wird viel über Krankheiten gesprochen.

Zur schulischen Situation

Die Grundschule liegt in einem Ort, in dem überwiegend Bergleute wohnen. Die Zahl der ausländischen (meist türkische und marokkanische) Schüler in dieser Grundschule ist besonders hoch. Von den 18 Schülern der ersten Klasse war ca. die Hälfte deutsch. Viele der Mitschüler verfügen über einen geringen bzw. mangelnden Wortschatz und ungenügende Deutschkenntnisse. Aus diesem Grunde ist zu vermuten, daß das Arbeitstempo in der Klasse eher geringer als im Schuldurchschnitt war. Aus Beobachtungen und aus den Gesprächen mit der Klassenlehrerin war zu entnehmen, daß A. in den Klassenverband integriert war. Nach ihren eigenen Erzählungen hatte sie keine feste Freundin, sondern wechselnde Freundschaften. Im Unterricht war sie ruhig und bemüht. Jedoch mußte A. öfter gebeten werden, ihre Antworten noch einmal zu wiederholen, da weder Lehrer noch Mitschüler sie verstanden. Andererseits mußte auch A. gelegentlich nachfragen, da sie nicht verstanden hatte. Im Bereich Sprache lagen wohl die größten schulischen Schwierigkeiten. So fiel der Klassenlehrerin auf, daß sie sich die eingeführten Buchstaben/Laute nicht merken konnte. Solange im mathematischen Bereich im Zahlenraum bis 10 gearbeitet wurde, traten dort keine Auffälligkeiten bzw. Ausfälle auf.

Zur Kooperation mit der Grundschule

Bei der Frage nach dem geeigneten Förderort galt es folgendes zu berücksichtigen: In der ersten Phase der Gespräche mit der Grundschule im November war die Mutter noch nicht mit einer Umschulung in die SfSB einverstanden. Außerdem umfaßte die Eingangsklasse der SfSB bereits 15 Schüler. Ein weiterer Schüler wäre nicht mehr trag- und zumutbar gewesen. Aus diesem Grunde wurden gemeinsam mit der Klassenlehrerin innerschulische Fördermaßnahmen überlegt. Außerdem wollte die Lehrerin sich um eine Hausaufgabenhilfe bemühen und die Mutter noch einmal dringend auffordern, regelmäßig

mit A. eine Sprachtherapie zu besuchen. Die Lehrerin war auch bereit, die Mutter anzuhalten, bei A. eine gründliche HNO-ärztliche Untersuchung durchführen zu lassen, um eine Hörstörung auszuschließen. Weiterhin wurde vereinbart, wenn bis Januar keine Fortschritte erkennbar wären, die SfSB davon zu unterrichten.

Zwei Monate später, Mitte Januar, meldete sich die Grundschule erneut. Im sprachlichen Verhalten der Schülerin hatte sich nichts verändert. Eine Sprachtherapie war – aus welchen Gründen auch immer – nicht besucht worden. Die innerschulischen Maßnahmen in der Grundschule reichten nicht aus, da sich am Symptomkomplex nichts geändert hatte und sich nun auch noch die Defizite im schulischen Bereich eingestellt bzw. vergrößert hatten.

Für eine Kooperation lagen überwiegend günstige Bedingungen vor. Die Grundschule – Schulleiterin, Klassenlehrerin sowie auch die übrigen Lehrer – standen der Zusammenarbeit positiv gegenüber. Man kooperierte bereits mit der Schule für Erziehungsschwierige. Von seiten der SfSB konnten für die Kooperation 5 Wochenstunden – verteilt auf zwei Wochentage – zur Verfügung gestellt werden. Die Schülerin war hochmotiviert, neben der Klassenförderung nun auch noch Einzelförderung zu erhalten, und gerne bereit, ggf. auch länger als die Mitschüler in der Schule zu bleiben. Diese Motivation hielt während der gesamten Kooperationszeit an. Auch A.s Mutter erklärte sich mit dieser Maßnahme einverstanden. Jedoch ließ sich aus den bis dahin gemachten Erfahrungen und dann noch einmal bestätigt durch einen Hausbesuch ableiten, daß mit einer Hilfe von dieser Seite nicht zu rechnen sei.

Mitte Februar wurde die gemeinsame Arbeit der Kooperation dann aufgenommen.

Förderdiagnose und ihre Ergebnisse

Um A. besser kennenzulernen – ihre Stärken und Schwächen – wurde neben Sprachtherapie und Arbeit im schulischen Bereich eine Förderdiagnose durchgeführt. Folgende Tests wurden u.a. dazu eingesetzt:

- Psycholinguistischer-Entwicklungstest (PET) (19.2.90; 21.2.90; 28.2.90): Wegen

A.s Konzentrationsschwäche mußte dieser Test auf drei Sitzungen verteilt werden. Der durchschnittliche T-Wert betrug 42. Dabei lagen die positiven Abweichungen fast ausschließlich auf der Repräsentationsstufe. Beim Bilder-Deuten erreichte A. einen T-Wert von 55 und beim Gegenstände-Handhaben einen T-Wert von 63. Die negativen Abweichungen befanden sich alle auf der Integrationsstufe. Beim Laute-Verbinden erreichte sie einen T-Wert von 24 und beim Zahlenfolgen-Gedächtnis nur einen T-Wert von 21 (Siehe Abbildung 1, S. 139).

- Allgemeiner Wortschatztest (AWST 3-6) (14.3.90): Dieser Test ist für 3-6 jährige Kinder konzipiert. A. erreichte mit ihren inzwischen 7;6 Jahren einen PR von 38.
- Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW) (26.3.90): Die Ergebnisse der Untertests:
 - Visuo-motorische Koordination = Normwert 33
 - Figur-Grund-Unterscheidung = Normwert 14
 - Formkonstanz-Beachtung = Normwert 24
 - Erkennen der Lage im Raum = Normwert 100
 - Erfassen räumlicher Beziehungen = Normwert 95

Dies entspricht einem Gesamtwert von 21.

- Bremer-Laut-Differenzierungstest (23.5.90): Bei 7 Wortpaaren unterliefen A. Fehler.
- Diagnosebogen zur Erfassung von Sprachstörungen (Verlag Persen). Prüf-sätze (19.3.90):
 - Ich habe einen bunten Vogel = is hab einen bunten vogel.
 - Das Telefon klingelt laut.
 - Peter hat einen grünen Roller = peter at ein grünen roller.
 - Karin sitzt auf der Fensterbank = karin sitzt auf die fensterbank.
 - Uschi trinkt mit dem Strohhalm Brause = ussi trinkt von stro alm mit brause.

Psycholinguistische Profilanalyse PET

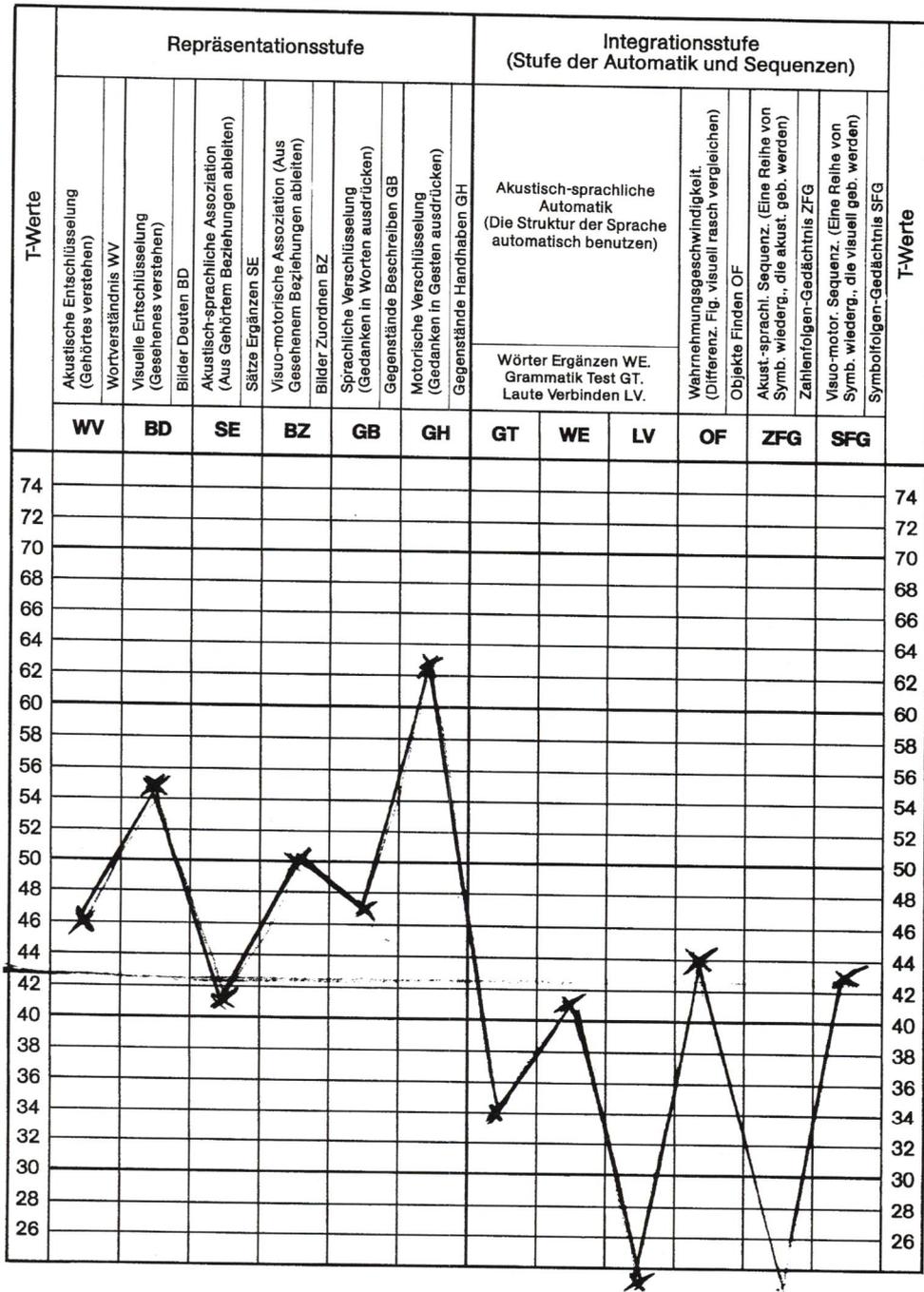


Abbildung 1: Ergebnisse des PET

- Nacherzählen einer Geschichte (22.10.90):

„Das Auto fährt auf der Straße. Die Ampel zeigt rot. Der Autofahrer bremst. Das Auto bleibt stehen. Jetzt gehen die Kinder über die Straße. Die Kinder haben gut aufgepaßt.“ „Die müssen erst wenn das kleine Männchen grün ist gehen.“ Nach Aufforderung ist A. bereit, die Geschichte zu erzählen: „Ein Auto hat gefahren und das hat rot gezeigt. Dann sind die Kinder übergegangen. Die haben sehr gut aufgepaßt.“

- Nachbauen von Würfelmustern (28.5.90):
A. konnte die Muster nicht aus dem Gedächtnis, jedoch nach Vorlage nachlegen.
- Phonematische Differenzierung (6.6.90):
Von den 10 Wortpaaren wurden folgende (die Hälfte) verändert:
Kamm – Kahn = Kamm – Tann
Drachen – krachen = Drache – Drache
Krank – trank = trank – trink
Tasse – Tasche = Tasse – Tasse
Busch – Bus = Bus – Bus
- Motorische Koordination (6.6.90):
Die Übungen gelingen. Nur bei der Aufgabe: Rückwärtsgehen und die Fußspitze genau hinter die Ferse setzen, hat A. leichte Schwierigkeiten.

Kinderärztliche und audiologische Untersuchung (3.8.90; 15.8.90):

Auf Empfehlung und Drängen der Sprachheillehrerin wurde A. einem Kinderarzt vorgestellt (3.8./15.8.90). Das Ergebnis der Untersuchung: Keine neurologischen und organischen Auffälligkeiten. Das Hören und Sehen sollte noch fachärztlich abgeklärt werden.

In einem Telefonat äußerte der Arzt, daß A. auf ihn sehr angepaßt und infantil wirke. Evtl. läge eine MCD vor. Es wäre zu überlegen, ob A. nicht besser in der SfSB gefördert würde.

Untersuchung im Audiologischen Zentrum (19.9.90):

Ergebnis der Untersuchung: Im Tonschwellenaudiogramm fand sich links ein normales Hörvermögen, rechts zwischen 1 und 2 kHz ebenfalls ein normales Hörvermögen. Im tief-

und hochfrequenten Bereich rechts (unter 500 und oberhalb von 4000 Hz) besteht ein leichter Hörverlust (Hörschwelle jeweils um 15 dB), der HNO-ärztlich überprüft werden sollte. (Ob die Mutter eine solche Überprüfung durchführen ließ, ist nicht bekannt.)

Die Klassenlehrerin war bereit, sich um einen Termin beim Augenarzt zu bemühen und ggf. Mutter und Tochter dorthin zu begleiten.

Förderbereiche, die u.a. während der Kooperation berücksichtigt wurden

Die Sprachüberprüfung, die Förderdiagnostik und natürlich die Gespräche mit der Klassenlehrerin gaben wichtige Hinweise, auf welchen Gebieten A. spezielle Förderung brauchte. Bedingt durch die Bedürfnisse der Schülerin und Lage der Kooperationsstunden wurde überwiegend Einzelförderung durchgeführt. Es war aber auch Hospitation und ggf. Mitarbeit im Unterricht der Klasse vorgeesehen.

Die Bereiche der Förderung sollen hier exemplarisch aufgeführt werden. Es wurden berücksichtigt: Artikulation, Wortschatz, akustisch-auditiver Bereich, visueller Bereich, taktiler Bereich, Gedächtnis, schriftsprachlicher Bereich, gelenkte und freie Gespräche, motorischer Bereich, Bildgeschichten legen und erzählen, Konzentration, Wiederholung bzw. Festigung des Lese- und Schreiblehrganges.

Während der Kooperationszeit wurden im Lese-/Schreiblehrgang folgende Buchstaben/Laute erarbeitet: A-a, E-e, I-i, O-o, U-u, Au-au, Ei-ei, D-d, F-f, H-h, L-l, M-m, N-n, S-s, T-t. Diese Buchstaben/Laute lernte A. in fast allen Verbindungen relativ sicher lesen und in lauttreuen kleinen Wörtern mit Hilfe von Handzeichen auch schreiben sowie richtig artikulieren. Die korrekte Artikulation des /s/ und die Realisierung des /h/ gelangen aber noch nicht immer in der Spontansprache.

Gespräche mit der Klassenlehrerin

Nicht nur in den festgesetzten Stunden wurde über die Schülerin A., ihre Probleme, Fortschritte usw. gesprochen, sondern auch noch in den Unterrichtspausen und außerschulischen Telefonaten. Auf diese Weise beka-

men Grundschul- und Sprachheillehrerin ständig neue Informationen und Hinweise. So machte z.B. die Klassenlehrerin gleich beim ersten Besuch in der Grundschule darauf aufmerksam, daß A. stets das h beim Sprechen ausließ. A. sagte z.B.: 'und' statt Hund, 'ier' statt hier usw. Außerdem konnte sie die Wörter 'Lokomotive' (Mokotive) und 'Indianer' (Jindianer) nicht nachsprechen. Weiterhin war ihr aufgefallen, daß A. keine Buchstaben behalten konnte. Einen gerade eingeführten Buchstaben konnte sie am Ende der Stunde nicht mehr benennen. Oft war sie im Unterricht abwesend und bedurfte einer besonderen Ansprache und Zuwendung. Beim Erzählen fiel der Kollegin die fehlerhafte Aussprache auf und daß A. selten in zusammenhängenden Sätzen erzählte; ebenso, daß der Schülerin viele Begriffe fehlten, die sie dann umschreibend erklärte.

Für die Klassenlehrerin waren die Gespräche notwendig und wichtig, damit die in den Förderstunden erreichten Teilziele im Klassenunterricht gefestigt und weitergeführt werden konnten. Das in der Einzelförderung Erarbeitete konnte so sinnvoll im Unterricht aufgenommen und gefestigt werden.

Beendigung der Kooperation

Trotz des Elans von allen Seiten konnte nicht verhindert werden, daß A.s Lernrückstände zu ihren Klassenkameraden immer größer wurden. Auch durch Einzeltherapie, Einzelförderung und differenzierende Maßnahmen im Unterricht konnten die Lernrückstände im sprachlichen, schriftsprachlichen und später auch mathematischen Bereich nicht aufgeholt bzw. verhindert werden. Wie aus der Förderdiagnose zu ersehen ist, hatte A. besonders im auditiven Bereich erhebliche Schwierigkeiten. Durch den natürlichen Geräuschpegel in einer Eingangsklasse konnte A. sich nicht konzentrieren. Die Vermutung liegt nahe, daß viele Dinge, darunter auch die Anweisungen und Erklärungen der Klassenlehrerin, an ihr „vorbeirauschten“. Bedingt durch das umfassende Störungsbild brauchte A. ständige Förderung in einer Kleingruppe, mit steter persönlicher Ansprache und Zuwendung.

Bereits Ende des Schuljahres 89/90 wurde gemeinsam mit der Klassenlehrerin und der

Schulleiterin die weitere Schullaufbahn des Mädchens beraten. Eine Wiederholung der ersten Klasse wurde von allen Seiten als z.Z. nicht sinnvoll angesehen. Hoffend auf eine Erholung und Stabilisierung in den Sommerferien, sollte die Kooperation vorläufig bis zu den Herbstferien fortgesetzt werden. Neben den kooperativen Maßnahmen sollte A. nach den Sommerferien innerschulisch im Bereich Sprache an den Förderkursen der Erstkläßler teilnehmen. Sollte sich dann das Leistungsdefizit im sprachlichen Bereich – mündlich wie auch schriftlich – nicht abgebaut haben, sollte eine Umschulung in die Schule für Sprachbehinderte vorgesehen werden. Die Mutter war inzwischen mit dieser Maßnahme einverstanden.

Ein weiterer Grund für die Beendigung der Kooperation war die Tatsache, daß die SfsB in absehbarer Zeit keine Stunden für die Kooperation mehr zur Verfügung hatte.

Nach den Herbstferien wurde A. in die erste Klasse der Schule für Sprachbehinderte eingeschult.

Für A. war der Wechsel an die SfsB zum Glück kein Problem. Sie freute sich vielmehr, an die Schule „ihrer“ Sprachheillehrerin zu kommen. In kurzer Zeit konnte sie in den neuen Klassenverband integriert werden. Aber auch hier (1. Schuljahr) mußte sie im schulischen Bereich einiges nachholen. Inzwischen kann A. aber ohne besondere Förderung im Klassenverband mitarbeiten.

Rückblick und Erfahrungen

Die Kooperation dauerte insgesamt vom 19.2.90 bis zum 22.10.90. An 37 Tagen war die Sprachheillehrerin in der Grundschule. Außerdem machte sie Hausbesuche und begleitete A. mit ihrer Mutter zum Kinderarzt. Nur relativ selten fiel die Kooperation aus.

Die Schülerin A. war während dieser Zeit in die Grundschulklasse integriert gewesen. Die durchgeführten sonderpädagogischen Maßnahmen verliefen im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten relativ optimal. Trotzdem mußte ein kontinuierlicher Abfall der schulischen Leistungen festgestellt werden, der auf die umfassende Sprachstörung und deren Begleit- und Folgestörungen zurückzuführen

war. Eine Integration in die Klassengemeinschaft der Grundschule und damit in die Gemeinschaft der nichtbehinderten Schüler war zwar gegeben, aber eine anspruchsgerechte, hinreichende schulische Förderung und eine Behebung der Sprachstörung – insbesondere im schriftsprachlichen Bereich – konnte in der Grundschule durch die kooperativen Maßnahmen nicht erreicht werden.

Mit der Umschulung in die SfSB erfolgte zwar eine „Separierung“ der sprachbehinderten Schülerin von ihren nichtbehinderten Grundschulern. Diese spezielle Beschulung soll jedoch nur eine vorübergehende Maßnahme sein, denn Aufgabe der SfSB ist es, die Sprachstörungen ihrer Schüler durch die zur Verfügung stehenden komplexen und differenzierten sprachtherapeutischen Maßnahmen zu beseitigen oder soweit wie möglich zu mildern mit dem Ziel einer möglichst frühzeitigen Rückschulung (vgl. Knura 1980, S. 413 ff). Diese ist dann vorgesehen, wenn eine Rehabilitation der Sprachbehinderten so weit erfolgt ist, daß die Schüler in der Regelschule (wieder) hinreichend gefördert werden können. Diese Rehabilitation wird als Grundlage für eine der Persönlichkeit der Schüler gerecht werdenden, dauerhaften Integration in Schule, Beruf und Gesellschaft angesehen.

Die angestrebte Rehabilitation der sprachbehinderten Schülerin A. war durch die Kooperation mit und in der Grundschule nicht erreicht worden. Trotzdem kann die geleistete Arbeit als sinnvoll angesehen werden. Die Schülerin wurde umfassend gefördert und wichtige Untersuchungen wurden initiiert. Jedoch konnten wir mit der Kooperationsmaßnahme dem berechtigten Anspruch des Kin-

des auf Rehabilitation nicht gerecht werden. In diesem Fall war der angemessenere Weg der Besuch der Schule für Sprachbehinderte.

Der Sonderschullehrerin ermöglichte die Kooperation einen guten Einblick in die Grundschularbeit. Die gelegentliche Arbeit mit den nichtbehinderten Grundschulern war eindrucksvoll und interessant. Die gemeinsame Arbeit mit den Kollegen der Grundschule hat hoffentlich auf beiden Seiten positive Erkenntnisse und Erfahrungen hinterlassen.

Ein weiterer positiver Aspekt der Arbeit in der Grundschule war: Immer wieder wurden Schüler mit (leichteren?) Auffälligkeiten im sprachlichen, Wahrnehmungs- oder in anderen Bereichen geschildert und vorgestellt. Leider konnte aus zeitlichen Gründen an dieser Stelle nur beraten werden und/oder die Schüler an die Sprachheilambulanz oder eine logopädische Praxis verwiesen werden. Bei einigen Schülern wären kooperative Maßnahmen sicher sinnvoll und erstrebenswert. Man muß sich jedoch klar sein, daß diese positive Ergänzung in vermehrtem Maße qualifizierte Sonderschullehrer erfordert.

Literatur:

Knura, G., Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7, Berlin 1980.

Anschrift der Verfasserin:

Roswitha Harth
Leisartstraße 35, 5170 Jülich-Koslar
Sonderschullehrerin für Sprachbehinderte

Im Gespräch

Theo Borbonus, Wuppertal

„Nicht jeder sprachtherapeutische Förderbedarf eines Kindes führt zu einer sonderschulbedürftigen Sprachbehinderung“

Das Telefon in der Sprachheilschule Wuppertal klingelt. Die Lehrerin einer Grundschule meldet sich und schildert ihr Problem.

Es betrifft Nicole.

Die Lehrerin berichtet:

„Nicole ist nun im 2. Schuljahr. Sie hatte von Anfang an Schwierigkeiten mit dem Sprechen. Wenn sie etwas erzählen soll, bekommt sie keine drei Sätze richtig zusammen. Da sie von den Mitschülern oft nicht verstanden wird, meldet sie sich inzwischen auch nicht mehr von selbst.“

Ihr Sprachverhalten hat sich, seitdem sie in der Schule ist, nicht verändert.

Beim Lesenlernen hatte sie große Mühe. Sie kennt mittlerweile die meisten Buchstaben, aber sie kann sie nicht zusammenziehen. Sie kann also auch nicht sinnentnehmend lesen.

Abschreiben von der Tafel kann sie, aber wenn ihr Wörter diktirt werden, versagt sie.

Mathematik kann sie gut, wenn jetzt aber Textaufgaben kommen, schafft sie die nicht mehr.

Ich kann Nicole nicht angemessen fördern. Ich habe vor, der Mutter vorzuschlagen, sie zum Schulhalbjahr in die Klasse 1 zurückzuversetzen. Was kann ich sonst tun?"

An Nicole konnte ich mich noch gut erinnern. Sie war der Sprachheilschule zu Beginn ihrer Schulpflicht vorgestellt worden. Ihre Sprache war dysgrammatisch, ihr Wortschatz eingeschränkt. Nach intensivem Gespräch war unser Kollegium derzeit der Auffassung, daß die sprachlichen Auffälligkeiten nicht den im Sonderschulnahmeverfahren (SAV) genannten Kriterien entsprachen und somit keine Aufnahme in die Sprachheilschule möglich war.

Für das Kind wurde eine ambulante Sprachtherapie vorgesehen, die über das Gesundheitsamt der Stadt Wuppertal durchgeführt werden sollte. Auf Rückfrage stellte sich heraus, daß für Nicole ein Sprachkursus vorgesehen war, daß die Mutter aber die Termine nicht wahrgenommen habe, weil ihr der Weg zu weit gewesen sei.

Anrufe von Grundschulen, wie sie oben geschildert wurden, sind nicht selten, die Problematik den meisten sicher bestens bekannt. Sie lassen zumindest diese Schlußfolgerung zu: Hier ist etwas schief gelaufen.

Die Grundschullehrerin ist überfordert, die Mutter möglicherweise auch, möglicherweise nicht interessiert, das Rehabilitationssystem ist – vorsichtig formuliert – löchrig.

Die angeschnittene Problematik gewinnt deshalb an Bedeutung, weil in Nordrhein-Westfalen augenblicklich der Förderort Sprachheilschule beim Kultusministerium nicht sehr hoch im Kurs steht.

In einem Erlaß, eigens für diesen Sonderschultyp herausgegeben, wird bemängelt, daß die Schülerzahlen zu hoch seien. Sprachheilschulen seien kein Sammelbecken für alle möglichen Behinderungsarten.

Wie könnte der Lehrerin bzw. Nicole geholfen werden?

Möglich wäre z.B.

- Beratung der Grundschullehrerin durch die Sprachheilschule;
- für Nicole sprachtherapeutische Förderung und Hilfen beim Leselehrgang innerhalb der Grundschule;

Doch diese Formen sonderpädagogischer Intervention sind zur Zeit in Nordrhein-Westfalen außerhalb genehmigter Schulversuche nicht möglich.

Bleibe noch die Möglichkeit, Nicole erneut in die Sprachheilschule einzuladen, um zu überprüfen, ob nun diese Schule der richtige Förderort für sie sei.

Auch diese Möglichkeit wird verworfen. Der o.g. Erlaß läßt eine solche Maßnahme nicht zu.

Während mir Nicole durch den Kopf geht, fällt mir ein Schreiben aus dem Kultusministerium in die Hand, mit dem ein Brief des Landesverbandes der Eltern sprachbehinderter Kinder beantwortet wurde. Dort lese ich folgenden Satz:

„Nicht jeder sprachtherapeutische Förderbedarf eines Kindes führt zu einer sonderschulbedürftigen Sprachbehinderung.“

Bei der Suche nach einer Lösung für Nicole macht mich eine solche Aussage rat- und hilflos.

Der aufmerksame Leser ist wahrscheinlich schon beim Lesen der etwas merkwürdigen Überschrift stutzig geworden und hat den Denkfehler entdeckt. Der Kultusbeamte war bei der Abfassung des Antwortschreibens vielleicht unter Zeitdruck, möglicherweise hat er sich auch über das Schreiben der Eltern geärgert, und so ist ihm dieser Fehler unterlaufen.

Dies wäre nun sicher verzeihlich, wenn in Nordrhein-Westfalen von staatlicher Seite alternative Angebote aufeinander abgestimmter Hilfen gemacht würden.

Dem ist nicht so!

Auch das so bedeutsame Thema des gemeinsamen Unterrichts behinderter und nichtbehinderter Kinder scheint sich augenblicklich in einer Diskussion um Begriffe wie z.B. „Förderzentrum“, „Enttypisierung“ zu erschöpfen.

Bis auf einen Antrag der SPD-Landtagsfraktion „Zur Weiterentwicklung der sonderpädagogischen Förderung“, in dem Absichtserklärungen und allgemeine Leitlinien zu finden sind, gibt es bis Anfang 1991 keine offiziellen Konzepte, die belegen, wie Integration in Nordrhein-Westfalen zu verwirklichen sei.

Insbesondere ist nicht zu erkennen, wie die Lehrer der allgemeinen Schulen auf dieses Problem vorbereitet werden.

Ein kaum ermutigendes Beispiel läuft zur Zeit ab:

Seit Juli 1991 sind neue Bestimmungen zur Förderung lese-rechtschreibschwacher Kinder in Kraft getreten. Die Fördermaßnahmen finden nun nicht mehr in zusätzlichen Kursen, sondern vornehmlich innerhalb des Klassenunterrichts statt. Aber erst seit Anfang 1992 liegen Materialien für pädagogische Konferenzen vor, anhand derer Lehrer auf diese zusätzliche Aufgabe vorbereitet werden sollen.

Wenden wir uns noch einmal der kultusministeriellen Aussage zu.

Natürlich setzt der sprachtherapeutische Förderbedarf voraus, daß eine Sprachbehinderung vorliegt.

Was aber versteht man in Nordrhein-Westfalen unter Sprachbehinderung?

- Ist Sprachbehinderung eine Krankheit?
- Ist Sprachbehinderung ein Symptom oder Syndrom?
- Ist Sprachbehinderung ein zeitliches oder strukturelles Problem?
- Ist Sprachbehinderung nicht vor allem eine Kommunikationsstörung?
- Gibt es überhaupt eine Sprachbehinderung?

Mediziner sagen: Sprachbehinderung ist eine Krankheit. Sie müssen dies sicher auch so vertreten; denn nur wenn Sprachbehinderung eine Krankheit ist, kommt Krankenkasse als Kostenträger in Frage.

Es gibt nordrhein-westfälische Bildungspolitiker, die behaupten: Es gibt überhaupt keine Sprachbehinderung; denn der Begriff „Behinderung“ löst einen auf Segregation gerichteten Automatismus aus.

Zwischen diesen Extrempositionen suchen Fachleute nach differenzierten Lösungen, wobei manchmal der Eindruck entsteht, daß bei der Diskussion um den Syndromcharakter von Sprachbehinderung Sprachbehinderung als herausragendes Symptom vergessen wird.

Peter Puppe, Bremen

Sprachheilschule im Überfluß

Ich muß da irgendetwas falsch verstanden haben, oder?

Als ich vor 16 Jahren in meiner ersten Sprachheilschule anfang, weihte mich mein Schulleiter in das Berufs-„Geheimnis“ unserer Sprachheillehrer-Zunft ein:

„Unsere vornehmste Aufgabe ist es,“ meinte er vielsägend lächelnd, „uns selber überflüssig zu machen!“ Und er führte aus: „Die Sprachheilschule als Durchgangsschule ist stolz darauf, ihre Schüler zum frühestmöglichen Zeitpunkt an die Regelschule zurückgeben zu können – anders als die Lernbehindertenschule zum Beispiel.“

Ich hatte begriffen – oder wähnte, begriffen zu haben.

Der praktische Schulalltag führte in Grenzbereiche und warf widersprüchliche Fragen auf:

- War es berechtigt, Schulanfänger in die Sprachheilschule aufzunehmen, deren Förderbedarf sich vielschichtig darstellte – zumindest vordergründig und schwergewichtig nicht im engeren Bereich der Sprachheilpädagogik lag (Verdacht auf Lernbehinderung oder erhebliche Verhaltensproblematik)?

Ähnliches können wir uns fragen, wenn es um die Ermittlung des sprachtherapeutischen Förderbedarfs und den geeigneten Förderort geht.

Es ist sicherlich lobenswert, daß eine förderortbezogene Eingangsdagnostik zu einer förderbedarfsorientierten Diagnostik weiterentwickelt wird. Dadurch wird der Blick zunächst von der institutionellen Versorgung weggenommen und auf das einzelne Kind gerichtet.

In amtlichen Verlautbarungen, wie etwa dem o.g. SPD-Antrag, ist aber nirgendwo zu lesen, daß auch die Förderbedürftigkeit des Kindes zu berücksichtigen ist. Obwohl doch eigentlich die Bedürftigkeit des Kindes nach Hilfe Ausgangspunkt unserer Überlegungen sein sollte.

Vergessen wir über der ganzen Diskussion nicht das sprachbehinderte Kind mit seiner Förderbedürftigkeit, dessen Förderbedarf wir Sprachheilpädagogen ermitteln. Vermitteln wir den Förderhilfe Suchenden den richtigen Förderort, wo professionelle Förderer eine möglichst erfolgreiche Förderung durchführen; denn:

Erfolgreiche Förderung erst legitimiert den Förderort.

Was geschieht nun mit Nicole?

Theo Borbonus

ist Sonderschulleiter der Sprachheilschule in Wuppertal

- War es richtig, Schüler in ihrer Sprachheilklasse zu belassen, die sich im Verlaufe einiger Schuljahre als lernbehindert oder stark verhaltensgestört zeigten?
- War es pädagogisch sinnvoll, „aussondernde“ Sprachheilpädagogik über die Grundschule (1.-4. Klasse) hinaus anzubieten und sich dafür stark zu machen?
- War es im Interesse unserer Schüler, wenn auch nur für wenige, ihnen den Hauptschulabschluß (oder gar Realschulabschluß) an der Sprachheilschule zu ermöglichen? Sollte die „Bewährungszeit“ – mit einer Sprachbehinderung zu leben – nicht bereits während der Schulzeit einsetzen?

Die lebendige Sprachheilschule in ihrer Flexibilität – viel zu oft wird ihr ungerechtfertigter Weise Konservatismus vorgeworfen – entwickelte sich zum sonderpädagogischen „Förderzentrum“, lange bevor dieser Begriff von Sonderpädagogen beansprucht wurde, die sich besonders progressiv wähen.

Dabei verlor die Sprachheilschule ihre vornehmste Aufgabe (siehe oben) und ihren sprachheilpädagogischen Schwerpunkt nie aus den Augen. Der Wirklichkeit gerecht zu werden, bedeutete aber selbstverständlich, sich nicht zu verschließen gegenüber dem

Schüler im Grenzbereich zur Lernbehinderung und dem Schüler mit erheblicher Verhaltensproblematik. So veränderte sich für uns das Bild vom idealtypischen „sprachentwicklungsverzögerten“ Schüler, wie wir ihn nach unserer Ausbildung zunächst im Sinne hatten.

Aber viele von uns gingen mutig noch einen Schritt weiter: Durch verstärkte Arbeit im ambulanten Bereich – oft genug unzureichend abgesichert, ausgestattet, nicht flächendeckend und im Grenzbereich zwischen haushaltsrechtlicher Legalität und Illegalität – verfolgten wir unsere vornehmste Aufgabe, uns selber – als Sprachheilschule – überflüssig zu machen, also das Kind auch vor der zeitweiligen Aussonderung zu bewahren.

Ich fürchte, wir haben uns einen Bären dienst erwiesen!

Die ambulante sprachheilpädagogische Arbeit ersetzt natürlich keineswegs das „Förderzentrum“ Sprachheilschule. Ambulante Behandlung berücksichtigt Kinder, die aufgrund ihres sprachheilpädagogischen Förderbedarfs im Grenzbereich zwischen Grundschule und der sonderpädagogischen Einrichtung Sprachheilschule stehen.

Unsere Aktivität in dieser Richtung leistete aber offensichtlich der Ansicht Vorschub, wir hätten uns als Sprachheilschule selbst für überflüssig erklärt.

Ich möchte mich nicht in die Diskussion um integrative Förderung lernbehinderter Kinder in der Grundschule einmischen. Aber wohin steuern wir, wenn es zum Beispiel im „Länderbericht zur schulischen Förderung Behinderter in Bremen“ (Stand: Oktober 1991) heißt:

„Zur Zeit wird überlegt, dieses Vorhaben (gemeint ist die integrative Förderung lernbehinderter Kinder in der Grundschule) unter Einschluß sprach- und verhaltensauffälliger Kinder zu regionalisieren und damit die Schulen für Lern-, Sprach- und Entwicklungsstörungen langfristig umzuwandeln in Förderzentren.“

Aufgepaßt:

Gemeint ist die Förderung von lernbehinderten, sprachauffälligen und verhaltensgestörten Kindern in einem Förderzentrum!?

Welche Nische unseren sprechscheuen und gehemmten Kindern in einem solchen Konstrukt noch verbleibt, mag sich jede erfahrene Kollegin und jeder Kollege selbst ausmalen ...

Ich muß da irgendetwas falsch verstanden haben, oder?

Peter Puppe

ist Sonderschulkonrektor der Sprachheilschule Bremen-Nord und ausgebildet als Sprachheillehrer und Verhaltensgestörtenpädagoge.

Einblicke

Friedrich Fröbels Allgemeine Deutsche Erziehungsanstalt – heute eine Sonderschule für Sprachbehinderte

Friedrich *Fröbel*, der vor allem als Begründer des Kindergarten bekannt wurde, gründete 1817 in Keilhau, „einem kleinen Dörfchen zwei Stunden von Rudolstadt entfernt ...“, seine Allgemeine Deutsche Erziehungsanstalt (*F. Seidel*, „Menschenerziehung“ S. XIV).

Keilhau zeigt sich auch heute nach nunmehr 175 Jahren als ein idyllisch gelegenes Dorf im abschließenden Kessel eines Nebentales der Saale. Hochauf ragen ringsum die Vorberge des Thüringer Waldes. Dieser Anblick faszinierte den Thüringer Reformpädagogen Friedrich Wilhelm August *Fröbel* in dem Maße, daß er ausrief: „Was für ein Erziehungstal!“

Hier, im damaligen Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt, arbeitete der große Pädagoge mit seinen Gesinnungsgefährten und Mitstreitern *Middendorf*, *Lange-thal*, später auch mit *Barop* sowohl wissenschaftlich-theoretisch als auch praktisch an neuen Methoden, Kinder (Schulkinder) zu erziehen und zu bilden. Die Umsetzung der Idee von der Erziehung freier, denkender, selbsttätiger Menschen konnte beginnen.

In ihrer Blütezeit zählte die Keilhauer Anstalt ca. fünfzig Zöglinge. Friedrich *Fröbel* suchte stets den unmittelbaren Kontakt zum Kind. Grundlage seiner Unterrichtsmethodik bildete der Weg vom Einfachen zum Schweren, vom Bekannten zum Unbekannten, von der Anschauung zum Begriff. Die Bildung und Erziehung vollzog sich in Einheit von charakterlicher Ausprägung, Aneignung theoretischen Wissens und vielfältigster Formen praktischer und manueller Tätigkeiten.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse flossen in sein Hauptwerk „Die Menschenerziehung“ ein, welches in Keilhau entstand und 1826 herausgegeben wurde. Beschäftigt man sich mit dieser Schrift, läßt sich ein unentbehrlicher Quell für die Arbeit mit sprachlich behinderten Kindern entdecken, den es gilt, immer mehr auszuschöpfen. Besonders seit 1965 beziehen wir die *Fröbelschen* Spielgaben sowie den überaus großen Fundus der niedergeschriebenen Mutter- und Koselieder, die Bastel-, Flecht- und Prickeltechniken in den Unterricht sowie die Beschäftigungen mit ein, denn auf jenem historischen Boden, der ältesten noch bestehenden *Fröbelschen* Bildungseinrichtung überhaupt, befindet sich seit 1956 – bis dahin wurden die Schul- und Internatsräumlichkeiten immer zum Zwecke der

Beschulung von Kindern und Jugendlichen genutzt – eine Sonderschule für sprachlich Behinderte.

Heute lernen und leben in der Einrichtung neunzig Schüler, die von Schulleiterin Gabriele *Wächter*, fünfzehn Lehrern und vierzehn Erziehern in familiärer und anheimelnder Atmosphäre sprachlich betreut, erzogen und nach dem allgemeingültigen Lehrplan der Grund- und Regelschule beschult werden. Die sprachlich behinderten Kinder, die in den Klassenstufen eins bis sechs unterrichtet werden, besuchen im Normalfall zwei Jahre unsere Einrichtung; wir sind eine Durchgangs- und Angebotsschule.

Zusammen mit den Schülern bereiten wir das 175jährige Jubiläum des Bestehens unserer Einrichtung vor, denn es soll das pädagogische Ereignis des Jahres 1992 für ganz Deutschland und zum Ansehen Thüringens werden.

Um *Fröbels* Nachlässe erlebbar zu machen und dem Besucher/Betrachter nahezubringen, soll ein Museum eingerichtet werden, dessen Gestaltung in Eigenleistung der Kollegen vorgenommen wird.

Das sogenannte Unterhaus, das historische und älteste Gebäude aus der Zeit *Fröbels*, welches nach einem Jahr Rekonstruktion im Juni dieses Jahres seiner

Bestimmung übergeben wird, soll die Museums- und Therapieräume, einen Vortragsraum und Gästezimmer beherbergen.

Eine Festschrift, in der namhafte Wissenschaftler, Sonderpädagogen sowie Gymnasialschüler Beiträge verfassen, wird herausgegeben.

Die Festwoche beginnt am 19.06.1992 mit einer repräsentativen Festveranstaltung, zu der *Fröbels* Forscher und Gäste aus ganz Deutschland sowie aus Japan, Schweden und Norwegen ihre Teilnahme zusagten.

Auf einer Fachtagung für die Sprachheilpädagogen Thüringens werden Herr Prof. Dr. *Homburg* (Bremen) zur „Diagnostik und methodische Behandlung von sprachentwicklungsrückständigen Kindern“ sowie Frau Sonderschullehrerin i.H. *Ingrid Olbrich* (Köln) zum Thema „Psychomotorisch orientierte Sprachentwicklungsförderung in Theorie und Praxis“ sprechen.

Unseren Gästen und uns wünschen wir für das Gelingen der Festlichkeiten in *Fröbels* Erziehungstal viel Erfolg und daß die aus dem Gedankenaustausch gewonnenen neuen Erkenntnisse zur Rehabilitation der uns anvertrauten Kinder umgesetzt werden können.

Birgit Modl

Echo

Leserinnenbrief zu Grohnfeldt, M./ Homburg, G./Teumer, J.:

Ansatzpunkte einer veränderten Sprachheilpädagogik in Deutschland

Die Sprachheilarbeit 36 (1991), S. 252-269

- I. Insgesamt sind die Bemühungen um die inhaltliche Neuorientierung der Ausbildung von Sprachheilpädagogen auf dem Hintergrund eines sich wandelnden beruflichen Selbstverständnisses zu begrüßen.

Wie schwierig eine Neuorientierung ist, verdeutlicht nicht zuletzt der vorliegende Artikel, der eine Neudefinition des beruflichen Standortes versucht und dabei nach meiner Auffassung die Grenzen pädagogischen und therapeutischen Handelns verwischt.

Vermißt wird eine deutliche Abgrenzung dieser beiden Bereiche. Es entsteht der Eindruck, daß pädagogisches Handeln therapeutischem Handeln entspricht (Darstellung fachlicher Entwicklungen S. 257/8; „individuelle Erziehungs- und Therapiebedürfnisse“ sprachgestörter Menschen S. 261). Diesem muß mit allem Nachdruck widersprochen werden.

Der Einbezug pädagogischer, d.h. didaktisch-methodischer Grundlagen in sprachtherapeutische Arbeit drückt sich formal im Bereich von Therapieplanung (Inhalt = Schwerpunktsetzung/Zielformulierung/methodisches Vorgehen) aus.

Therapiedurchführung geschieht dann mit entsprechend therapeutischer Qualifikation, die sich aus zwei Teilbereichen zusammensetzt, die bei der Formulierung von Ausbildungsvoraussetzungen und -inhalten nach meiner Auffassung entsprechende Berücksichtigung finden sollten:

1. Individuelle Voraussetzungen, die ein Sprach-Sprech- und Stimmtherapeut mitbringen sollte:
 - Psychische Stabilität (Kontaktfähigkeit)
 - Rhythmisch-musikalische Kompetenz
 - Belastungsfähige Stimme
 - Fähigkeit zur dialektneutralen Artikulation
 - Schriftsprachliche Kompetenz
2. Erworbene therapeutische Voraussetzungen:
 - Gesprächsführungskompetenz
 - Anwendung therapeutischer Verfahren: Verhaltenstherapie/Rollenspielarbeit/Psycho drama u.ä.
 - Reflexion eigenen therapeutischen Verhaltens auf der Grundlage wissenschaftstheoretisch fundierter Therapiekonzepte
 - Supervisionskompetenz

- II. Die Schwierigkeiten, die sich aus den bildungspolitischen Veränderungen („schulorganisatorische Integration“) für eine berufliche Perspektive von Sprachheilpädagogen ergeben, werden deutlich gemacht.

Im gleichen Kontext werden hier jedoch sozialpolitische Veränderungen zitiert, die nicht erst jüngeren Datums sind: „Logopädengesetz, seit dem 1. Oktober 1980“. Es wird hier der Eindruck vermittelt, daß durch das Inkrafttreten des Gesetzes vor allem ein Nachteil für die Berufsausübung der Sprachheilpädagogen entstanden sei; unberücksichtigt bleibt die Tatsache, daß eine bis zu diesem Zeitpunkt ohne Berufsgesetz arbeitende Berufsgruppe endlich eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung und vor allem eine definiert verbindliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung erhielt, die im Interesse einer sprachtherapeutischen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland nur von Vorteil sein konnte. Es wird nicht versucht aufzuzeigen, wie sich die Veränderung und der hier formulierte Anspruch zur Berufsausübung entwickelt hat. Zum Zeitpunkt des Logopädengesetzes war die Diskussion um Integration nicht in vergleichbarer Weise gediehen, so daß von Seiten der Sprachheilpädagogik durchaus eine berufliche Orientierung in dem Sinne bestand, wie sie von Ihnen im „Bild eines idealtypischen Schülers“ (S. 259) formuliert worden ist.

Die hier vorgeschlagene „Novellierung des Logopädengesetzes“ mit der Zielsetzung der Existenzsicherung spezifischer Therapeutengruppen kann nicht unwidersprochen bleiben. Die Konsequenzen einer solchen Erweiterung wären unübersehbar, eine verbindliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung, die momentan europäischen und internationalen Vergleichen durchaus standhält, wäre nicht mehr gewährleistet.

- III. Die notwendigen nationalen Veränderungen, die sich durch den europäischen Binnenmarkt ergeben, werden von Ihnen in einem Kontext dargestellt, der dem Leser die Notwendigkeit zur Veränderung der logopädischen Ausbildung nahelegt. Die Ausführungen entbehren der Darstellung der eigentlichen Sachlage, nämlich, daß die deutschen Logopäden als entsprechende Berufsgruppe im europäischen Ausland (CPLOL) anerkannt ist, und zwar aufgrund ihrer nachweislichen Ausbildungsinhalte und ihres Berufsprofils. Die von Ihnen an anderer Stelle erwähnten „unangemessenen Eingangsvoraussetzungen“ stehen stattdessen im Mittelpunkt ihrer Darstellung. Darüber hinaus ist Ihnen bekannt, daß der DBL mit allem Nachdruck gegenüber den politischen Institutionen eine Anhebung der Eingangsvoraussetzungen auf Abiturniveau fordert, was letztlich den Realitäten an den bestehenden Lehranstalten entsprechen würde.

Ihr Vorschlag, es den französischen Kollegen gleich zu tun, ist positiv zu werten, da die allgemein

verbindliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung der „Orthophonistes“ mehr als nur Verwandtschaft mit der LogAPro aufweist. Darüberhinaus sind die im Kontext Schule arbeitenden „Orthophonistes“ (die im übrigen die gleiche Ausbildung wie ihre therapeutisch arbeitenden Kollegen aufweisen) in Frankreich in einem gesonderten Berufsverband organisiert (FOF – Fédération des Orthophonistes français) und gehören nicht dem CPLOL an!

- IV. Die „Vernetzung sprachheilpädagogischer Einrichtungen in einem flexiblen Verbundsystem“ (S. 261) sieht vor, daß ein „Sprachheilpädagogisches Zentrum“ als „Leiteinrichtung“ für alle Bereiche der Logopädie dienen soll. Konkretisiert werden die Aufgabenbereiche einer Beratungsstelle im Bereich der Sprachentwicklungsstörungen.

Der hier formulierte Anspruch, es allen Patientengruppen recht machen zu können, erscheint mir weit überzogen. Die Vielfältigkeit der unterschiedlichen Störungsbereiche der Logopädie, die sich in spezifischen Reha-Einrichtungen dokumentiert, erscheint zusammengefaßt in einer Einrichtung nicht realisierbar und legt den Schluß nahe, daß die dort tätigen Sprachheilpädagogen Fachleute allgemein für alle Bereiche sein könnten. Dabei wird von Ihnen neben einer breitgefächerten Grundausbildung (im Entwurf) gerade die Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete als das besondere Plus der akademischen Ausbildung hervorgehoben.

- V. Die Zielsetzung des Studiums zur Sprachheilpädagogik umfaßt den schulischen und außerschulischen Bereich, der nach unserer Auffassung (s.o.) eher zu trennen ist.

Bei der von Ihnen „multidimensional“ angelegten therapeutischen Arbeit vermissen wir den Bereich der Linguistik (als Ausbildungsstandard in Europa unbestritten) sowie die Formulierung von Studiovoraussetzungen (s.o.) und Studieninhalten therapeutischer Qualifikation.

Positiv werte ich Ihre Absicht, die Ausbildungsinhalte stärker, als dies bisher der Fall ist, zu reglementieren sowie die Praxisanteile des Studiums zu vergrößern.

- VI. Ihren Überlegungen zu einer Harmonisierung, d.h. Ansiedlung der Logopädenausbildung im Bereich der Hochschule („Sprachheilpädagogik“) geht ein Passus voran, der indirekt die Qualität der Arbeit von Sprachheilpädagogen und Fachschulabsolventen gewichtet.

Auch Logopäden, Sprachtherapeuten und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer arbeiten selbstverantwortlich und erfüllen nicht delegierte Aufgaben von Ärzten, sondern sind wie Sprachheilpädagogen auf Rezepte des Facharztes bei freier Praxistätigkeit angewiesen. Es besteht trotz akademischen Abschlusses bei freier Praxisausübung kein Unterschied in der Kassenabrechnung. Dies mag sehr ärgerlich sein, geht aber von der Voraussetzung

aus, daß alle Berufsgruppen in gleicher Weise therapeutisch arbeiten.

Vielleicht geben diese Anmerkungen Anregungen zur Auseinandersetzung in weiteren Gesprächen auf Verbandsebene. Sie sollten als konstruktive Kritik begriffen werden, in der sich z.T. auch Ärger und Betroffenheit darüber äußert, welche Einstellungen nach wie vor gegenüber der Berufsgruppe der LogopädInnen bestehen.

*Dietlinde Schrey-Dern,
Aachen*

Stellungnahme zum Leserinnenbrief von Dietlinde Schrey-Dern

Die Verfasser begrüßen es prinzipiell, daß durch ihren Beitrag eine Diskussion ausgelöst wurde. Sie erhoffen sich weitere Rückmeldungen.

Angesichts der Breite und Bedeutung angesprochener Problembereiche und der offenbar vorhandenen Mißverständnisse wird im folgenden in gebotener Kürze auf den o.a. Leserbrief von Frau Schrey-Dern eingegangen, bei dem es sich offensichtlich um ein persönliches Meinungsbild und um keine offizielle Stellungnahme von Seiten des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (DBL) handelt. Die vorgenommene Gliederung entspricht der Vorlage.

Zu I. Frau Sch. plädiert für eine „deutliche Abgrenzung“ zwischen pädagogischem und therapeutischem Handeln. Im Beitrag der Verfasser würden die diesbezüglich notwendigen Grenzen verwischt.

Die als wesentlich herausgehobene Unterscheidung erscheint uns schwerpunktmäßig aus standespolitischem Interesse heraus formuliert. Aus fachwissenschaftlicher Sicht konkretisiert sie das historisch gewachsene Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik ebenso wie die praktische Tätigkeit der Kollegenschaft vor Ort. Sprachheilpädagogische Arbeit ist immer pädagogisch und therapeutisch zugleich (vgl. auch die Verknüpfung im Wort: Sprachheilpädagogie). Eine idealtypische Trennung führt in der Sache nicht weiter. Nicht nachvollziehbar ist zudem die Verengung der pädagogischen Anteile in der Tätigkeit auf formale Aspekte der Therapieplanung.

Zu II. Frau Sch. vermutet aus den bildungspolitischen Veränderungen (schulorganisatorische Integration) Schwierigkeiten für die berufliche Perspektive von Sprachheilpädagogen.

Im Artikel der Verfasser ist dieser Zusammenhang nicht hergestellt worden. Er wäre auch nicht richtig. Vielmehr wird darauf aufmerksam

gemacht, daß „sprachheilpädagogische Institutionen nicht mehr per se als notwendig anerkannt werden“ (S. 254). Fachleuten aus der Sonderpädagogik ist bekannt, daß mit dem Abbau spezieller Einrichtungen nicht zugleich (und auch in der Folge nicht!) die fachlichen Kompetenzen überflüssig werden. Jüngste Erfahrungen zeigen, daß wohl eher das Gegenteil richtig ist: Der Nachfragebedarf steigt; Personallücken sind zu befürchten.

Übersehen wird von Frau Sch., daß die mit dem Logopädengesetz bewirkten Veränderungen sachlich (und sogar in der von ihr gewünschten Weise) dargestellt worden sind (siehe S. 254). Dennoch sollten neben den Vorzügen auch die Nachteile nicht außer acht bleiben. Inwiefern eine „Novellierung des Logopädengesetzes“ die Standards und Verbindlichkeit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung nicht mehr gewährleisten sollte, ist schlechterdings nicht nachzuvollziehen. Der Verfasserin des Leserbriefs ist sicher bekannt, daß derzeit Bemühungen seitens des Bundesministers für Gesundheit eingeleitet worden sind, für bestimmte Berufsgruppen von Sprachheilpädagogen aus der früheren DDR die Möglichkeit zur Führung der Berufsbezeichnung Logopäde/Logopädin zu schaffen. Es wird dabei aus rechtlicher Sicht zu entscheiden sein, ob diese Zielsetzung eine Novellierung erforderlich macht. Für die Sprachheilpädagogen in den neuen Bundesländern ist wichtig, entsprechend ihrer Qualifikation im schulischen und eben auch außerschulischen Bereich tätig sein zu können. Neben der beruflichen und damit nicht zuletzt sozialen Absicherung würde dadurch zugleich die therapeutische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Die Verfasser können sich nicht vorstellen, daß es über diese Notwendigkeiten einen Dissens gibt.

Zu III. Frau Sch. verweist darauf, daß die deutschen Logopäden im europäischen Ausland „aufgrund ihrer nachweislichen Ausbildungsinhalte und ihres Berufsprofils“ anerkannt seien.

Die Verfasser haben diese Einschätzung nicht in Frage gestellt. Dennoch darf wohl nicht übersehen werden, daß diese Anerkennung auf Dauer nicht ohne den vergleichbaren Ausbildungsnachweis bestehen bleiben kann. Daß seitens des DBL entsprechende Initiativen eingeleitet worden sind, zeigt doch nur zu gut die gegenwärtige Problemlage auf. Akademische Ausbildungsstandards, ganz gleich, ob sie über Fachhochschul- oder Universitätsstudiengänge angestrebt werden, lassen aber die Ausbildungsstrukturen nicht unberührt.

Zu IV. Frau Sch. unterliegt hier möglichen Mißverständnissen, indem sie das sogenannte

Sprachheilpädagogische Zentrum als Einheit und Super-Zentrum sieht. Sie übersieht dabei, daß es sich im Augenblick noch weitgehend um ein Denk- und Planungsmodell handelt, dessen Struktur und Funktion offen sind.

Zu V. Frau Sch. vermißt in den Hinweisen zu Ausbildung und Studium den als notwendig angesehenen Bereich der Linguistik. Sie übersieht, daß es sich in diesem Teil des Beitrags um eine komprimierte Textfassung handelt. Die Verfasser haben sich ausführlich mit den Veränderungen des Studiums an anderer Stelle befaßt (siehe *Die Sprachheilarbeit* 36 [1991] 3, Seite 118-214) und dort selbstverständlich die Linguistik als notwendigen Inhaltsbereich einbezogen.

Zu VI. Die in diesem Zusammenhang aus dem Beitrag herausgelesene Abwertung der Tätigkeit von Logopäden bzw. anderen Berufsgruppen entspricht nicht der Intention der Verfasser.

Der Beitrag ist grundsätzlich auf Kooperation bzw. auf die notwendige Auslotung neuer Möglichkeiten angelegt. So gesehen ist auch die geäußerte Betroffenheit über vermutete Einstellungen nicht ganz nachvollziehbar.

Wichtig ist, den aktuellen Veränderungsbedarf als Chance aufzufassen, als Aufgabe, die Verhältnisse auf dem Sektor der Sprachheilpädagogik/Logopädie neu zu ordnen. An dem eingeleiteten Diskussionsprozeß sollten sich alle Interessierten in sachbezogener und konstruktiver Weise beteiligen. Das setzt Offenheit über Absichten und Ziele voraus. Sprachheilpädagogen haben dazu seit Jahren ihre Bereitschaft bekundet. Der Beitrag der Verfasser sollte ein Beleg dafür sein.

Manfred Grohnfeldt, Köln
Gerhard Homburg, Bremen
Jürgen Teumer, Hamburg

Rezensionen



Horst Gundermann (Hrsg.): Die Krankheit der Stimme – Die Stimme der Krankheit. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart/Jena/New York 1991. 253 Seiten. 69 DM.

Der vorliegende Sammelband umfaßt die Beiträge eines Symposiums, das im Rahmen der Bad Rappenauer Kommunikationsmedizinischen Tage gehalten wurde. Die Tatsache, daß die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Stimme sich nicht in enge Fachgrenzen einbinden läßt, spiegeln die Namen der Autoren wider, die aus den Bereichen der Physiologie, Psychologie, Pathologie, Sprechwissenschaft, Gesangspädagogik, Soziologie und Ästhetik kommen. Natur- und Kulturwissenschaftler waren also in gleicher Weise mit einer Thematik befaßt, die den Bogen von der Gesundheitsbildung und -erziehung bis zur Krankheitslehre spannt.

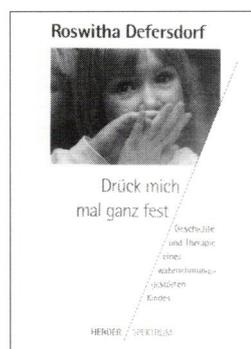
Eine mögliche Konsequenz dieser Diskussionen könnte die Herausbildung einer sogenannten arts-medicine sein, eine Form von Medizinästhetik, die die Konflikte und Nöte, aber auch die Umstimmung aus den Klangbildern herauszuhören versteht und bei dieser Aufgabe auch auf das praktische Wissen von Sprechkünstlern und Sängern zurückgreift (vgl. Vorwort, V).

Es würde den Rahmen dieser Buchbesprechung sprengen, alle 46 Beiträge zu nennen bzw. zusammenfassen zu wollen. Deshalb seien nur einige Beispiele von Arbeiten genannt, die insbesondere für Sprachbehindertenpädagogen von Interesse sein könnten. So beschäftigt sich die pädaudiologische Sprachtherapeutin Marianne *Holm* mit der „Stimme des Hörgeschädigten – Eine logopädische Herausforderung“, bevor der Mediziner G. *Kluge* über die „stimmlich-sprachliche Rehabilitation Laryngektomierter anhand eigener Beobachtungen“ berichtet. Beachtenswert ist auch der Beitrag der Stimm- und Sprachheillehrerin Susanne *Köhler*, die „zum Berufserfolg stimmgestörter Pädagogen“ referiert. Hervorzuheben sind ebenso die Ausführungen von M.F. *Pedersen* vom Zentrum für Rehabilitation von Hirngeschädigten der Kopenhagener Universität, der eine „Pilot-Studie der Stimmfunktion vor und nach Behandlung von Hirngeschädigten“ vorstellt; Eva-Maria *Pfau* berichtet über „Untersuchungen zur Abhängigkeit der Stimmfunktions-Therapie von Sozialbeziehungen des Stimmgestörten“ und Maria *Weuffen* verweist auf „Zeichnungen stotternder Kinder als Hilfe für therapeutische Maßnahmen“.

Das vorliegende Buch dokumentiert die Vielschichtigkeit des Themas, wobei nicht der Anspruch erhoben werden kann, ausführliche Abhandlungen vorzufinden; es handelt sich vielmehr um Übersichtsreferate, die thematisch sehr heterogen sind und sicherlich unterschiedliche Leserkreise ansprechen dürften. Insbesondere werden sich diejenigen dieses Buch zulegen, die an den Ergebnissen wissenschaftlicher Arbeit interessiert sind. Aber auch Leser, die sich für einen neuen bzw. „alternativen“ Zugang zum Thema Stimmstörungen interessieren, werden in dem Buch interessante Impulse bekommen, die durch die zum Teil ausführlichen Literaturlisten im Anhang des jeweiligen Artikels zu einer weitergehenden Bearbeitung einladen.

Es handelt sich um ein interessantes Werk, das im Zusammenhang mit dem Themenbereich der Stimmstörungen deutlich macht, wie notwendig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sein kann bzw. muß, um so einem komplexen Phänomen wie dem der Stimme gerecht werden zu können. Es wäre zu wünschen, daß sich eine derartige Vorgehensweise auch auf andere Bereiche der Sprach- und Sprechstörungen übertragen ließe.

Uwe Förster



Roswitha Defersdorf: Drück mich mal ganz fest. Geschichte und Therapie eines wahrnehmungsgestörten Kindes. Herder Verlag, Freiburg/Basel/Wien 1991. 205 Seiten. 16,80 DM.

In dem zu besprechenden Buch schildert die Mutter eines wahrnehmungsgestörten Jungen, welche Konsequenzen sich aus der Behinderung ihres Sohnes für sie selbst, für ihre Familie und nicht zuletzt für das betroffene Kind selber im Alltag ergeben: die Ehegemeinschaft, das Verhältnis zur Schwester, das zeitweilige Zukurzkommen der nichtbehinderten Tochter – die psychosozialen Schwierigkeiten erscheinen geradezu grenzenlos.

Nicht zuletzt das Unverständnis der Umwelt, der Nachbarn, Freunde und Bekannten, machen deutlich,

was es bedeutet, ein Kind zu haben, das nicht so ist wie andere Kinder.

Wie vielleicht schon jetzt deutlich geworden ist, handelt es sich um kein Fachbuch im wissenschaftlichen Sinne. Aber es könnte eines sein für Fachleute, die erfahren möchten, wie eine Mutter zur „Fachfrau“ für ihr eigenes Kind wird. Es ist allen Therapeutinnen und Therapeuten zu empfehlen, die ihre „Patienten“ nur einmal wöchentlich während der ambulanten Behandlung sehen und eine Vorstellung davon erhalten möchten, wie der Tages-, Wochen- und Monatsablauf einer Familie mit einem behinderten Kind aussieht. Es wird eine Vorstellung davon vermittelt, was es für die Eltern bedeutet, für ihr Kind das Notwendige, das Richtige tun zu wollen und auf diesem Weg von „Pontius zu Pilatus“ geschickt zu werden. Als Leser wird man Zeuge des Marsches durch die verschiedenen Institutionen, das Suchen nach der richtigen Therapieform. Daß dabei Irrwege und Sackgassen nicht ausgeschlossen werden können, ist nur allzu verständlich.

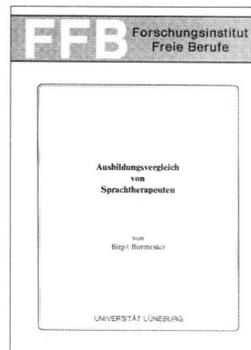
In diesem mühseligen Prozeß wird die Mutter zu einer Art „Ko-Therapeutin“, d. h. die Mutter wächst in die sich ihr neu gestellte Rolle hinein, was natürlich nicht ohne persönliche Veränderungen erfolgen kann. „Nach dem Mittagessen legten wir ein Tierlotto und nannten die Namen aller Tiere. Daniel sagt: „Mama, und bei Frau Bach müßte ich immer einen ganzen Satz sagen. Das mag ich nicht.“ Ich antwortete: „Ich bin nicht Frau Bach. Ich bin deine Mama. Bei mir darfst du einfach spielen.“ Die Rollenverteilung war Daniel klar. Ich war seine Mama und keine Logopädin. Unsere therapeutischen Beschäftigungen machten Daniel Spaß. Er ist nie auf die Idee gekommen, in ihnen die Therapie zu sehen. So blieb das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn unbelastet“ (S. 173).

Zur Darstellungsform ist noch zu erwähnen, daß der Eindruck einer langatmigen, zu ausführlichen Schilderung von Details entstehen kann. Aber wahrscheinlich wird gerade durch den gewählten Stil deutlich, daß Eltern behinderter Kinder einen „langen Atem“ haben müssen, nicht ermüden dürfen, um den Therapieerfolg nicht aus den Augen zu verlieren. Der mögliche Versuch, aus diesen Gründen das Buch aus der Hand zu legen, wird durch das Interesse am Fortgang des Geschehens zumeist gleich wieder aufgegeben.

Neben dem menschlichen Aspekt, der dieses Buch für Fachleute wie Betroffene interessant macht, ist auch in fachlicher Hinsicht die Darstellung des Zusammenhanges von gestörter Wahrnehmung und gestörter Sprachentwicklung von Interesse. Auch die Interdependenz von verbesserter Sprachfähigkeit und Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten ist gewiß einer weiteren Betrachtung wert.

Abschließend ist dieses Buch all denjenigen zu empfehlen, die durch ein erweitertes Verständnis für die Familien behinderter Kinder die Selbst-Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns untermauern möchten.

Uwe Förster



Forschungsinstitut Freie Berufe der Universität Lüneburg Birgit Burmester: „Ausbildungsvergleich von Sprachtherapeuten“. Lüneburg 1991. 112 Seiten, 20 DM

Geahnt haben wir es schon lange, jetzt erst verfügen wir über die gesicherte Erkenntnis: Äpfel und Birnen sind nicht identisch.

Ebensowenig – auch das ist zu erahnen und wird von vielen von uns täglich in mehr oder minder direkter Form erfahren – sind es die verschiedenen sprach-, sprech- und stimmtherapeutisch tätigen Berufsgruppen.

Aber: Sind die Ausbildungen von Sprachheilbehandlern mit unterschiedlichen Berufsbezeichnungen wenigstens vergleichbar?

Mit dieser Fragestellung hat die dgs ein Forschungsprojekt an der Uni Lüneburg in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse sind jetzt in einem Gutachten erschienen, das zu beziehen ist über die dgs Landesgruppe Niedersachsen bei Herrn W. Scheuermann, Postfach 1120, 3256 Copenbrügge.

Lesenswert sind zunächst die einleitenden Bemerkungen zur Entstehungsgeschichte des Gutachtens, in denen die Verfasserin mit detailliertem Hintergrundwissen die geschichtliche Entwicklung der Sprachheilpädagogik/Logopädie sowie die Ungleichbehandlungen verschiedener sprach-, sprech- und stimmtherapeutischer Berufe darstellt. Die Autorin bemüht sich dann um eine sorgfältige quantitative Vergleichsanalyse von Ausbildungsinhalten und -gewichtungen in den einzelnen Berufen zunächst in den alten und neuen Bundesländern und dann in den weiteren EG-Staaten. Sie kommt schließlich unter Einbeziehung aktueller Entwicklungen zu Vorschlägen für eine mögliche zukünftige Gestaltung der Ausbildung von Sprachheilbe-

handlern in Europa. Qualitative Analysen werden leider nur am Rande angestellt.

Auf diese Weise kann die abschließende Zusammenfassung einerseits nur bekannte Ausbildungsverschiedenheiten bestätigen. Endlich finden die längst gängigen Klischees und Stereotypen ihre wissenschaftliche Bestätigung!

Eine weitere Vorstellung und Zusammenfassung der Publikation vermeidend – dieser Überblick findet sich auf den Seiten 58 ff. – greife ich nur wenige mir wesentlich erscheinende Punkte auf:

Die Verfasserin räumt ein, daß „... die einzelnen Ausbildungsgänge aufgrund unterschiedlicher Strukturierungen und Zielsetzungen im Grunde nicht vergleichbar“ seien. Die Fachschulausbildungen, sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern, seien eher darauf ausgerichtet, die Absolventen mit einem soliden Fachwissen auszustatten und sie zu praktischer Tätigkeit anzuleiten, während die Hochschulen in ganz Deutschland neben der Vermittlung eines Grundwissens zu selbständigem Wissenserwerb und verantwortlichem und flexiblem Handeln befähigen.

Das bedeutet, daß eine Ähnlichkeit der Ausbildung, bedingt durch die Kulturhoheit der Länder sowie durch verschieden strukturierte Ausgestaltung des Studiums nur im Einzelfall nachweisbar ist. Soll nun etwa jeder Sprachheilpädagoge, der die Kassenzulassung beantragt, sein Studienbuch vorlegen? Nein! Hier sind die Vertreter von Politik, Hochschulen und Verbänden aufgefordert, eine darstellbare Vereinheitlichung zu schaffen, ohne die Freiheit von Forschung und Lehre zu beschneiden.

Von dem Gutachten war vom Auftraggeber eine Argumentationshilfe erhofft worden für Zulassungsverfahren, politische Verhandlungen, finanzgerichtliche Verfahren u.a. Als Ergebnis bleibt nach meiner Lesart allerdings leider genau das Gegenteil.

Vielleicht sollten wir in Zukunft die mühseligen, immer wieder an formalen Grenzen zurückgewiesenen Versuche aufgeben, Hochschul- mit Fachschulabsolventen zu vergleichen. Mein Vorschlag für das nächste Forschungsprojekt:

Vergleich von Ausbildung und Tätigkeit von Diplom-Sprachheilpädagogen mit denen von Diplom-Psychologen. Eine derartige Studie wäre für das zu beauftragende Institut sicher leichter zu erstellen, denn dann könnten immerhin – um in die Eingangsmetapher zurückzukehren – „Boscop“ und „Cox-Orange“ verglichen werden auch, wenn die eine Apfelsorte momentan und der Umstände halber als Birnen firmiert.

Thomas Babbe

Materialien und Medien

Werscherberger Sprachtrainingsmappen wieder vorrätig

Der Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt Weser-Ems weist aus gegebenem Anlaß darauf hin, daß die „Werscherberger Sprachtrainingsmaterialien“ wieder angefordert werden können.

Dank der Unterstützung der Aktion Sorgenkind werden die Materialien, die sich nach wie vor großer Nachfrage erfreuen, nunmehr bereits in 9. Auflage hergestellt.

Anfragen sind zu richten an das Referat Sprachheilarbeit (D. Hacker), Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V., Klingenbergstr. 73, 2900 Oldenburg.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildungsveranstaltung der Schule Schlaffhorst-Andersen

Die diesjährige Fortbildungstagung findet vom 24.-27.9.92 in der Familienferienstätte Dorfweil/Taunus statt.

Thema: Einblicke in Sprachtherapie und Sprachgestaltung.

Richten Sie bitte weitere Anfragen an das Sekretariat der Schule Schlaffhorst-Andersen, Bornstr. 20, 3052 Bad Nenndorf, Tel. (05723) 31 23.

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Freiburg/ Schweiz

Nr. 4/1991

Umfangreiches, von *Hans Grisse* herausgegebenes Heft mit sehr lesenswerten Beiträgen der Arbeitstagung des Verbandes der heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz vom März 1991 im Schloß Münchenwiler; Schwerpunktthemen: Ausbildungsinnovationen, Forschungsprobleme – Forschungsmethodik, Integrationsbegründungen – Integrationserfahrungen, Erarbeitung sonderpädagogischer Arbeitsmittel, Praxisreflexionen. U.a.:

Hans Joachim Motsch, Nitza Katz-Bernstein: Handlungsfeldbezogene Gruppensupervision in der Heilpädagogik – Erfahrungen eines Pilotprojektes im Handlungsfeld Logopädie/Sprachbehindertenpädagogik. S. 434 – 444.

Urs Conradi: Vom Spezialisten zum Generalisten. Eine Gegenentwicklung? S. 402 – 409.

Judith Hollenwenger: Die Schweizer Version des Heidelberger Sprachentwicklungstests – Erste Forschungsergebnisse im Hinblick auf förderdiagnostische Funktionen. S. 469 – 480.

Walter Spiess: Die „neuen“ Körpertherapien in der heilpädagogischen Lehre: Kompetenzerweiterung für Fachleute in der Praxis oder Verbreitung von Scharlatanerie? – Desiderate zur Evaluationsforschung. S. 481 – 494.

Peter Lienhard: Ertaubung im Sprachbesitz – Beitrag zur Erfassung einer zu wenig erforschten Lebenskrise. S. 500 – 508.

Marianne Wildberger: Der Schulversuch „Versuchsmodelle im Sonderklassenwesen im Kanton Zürich“ auf dem Hintergrund des Standes der Integrationsforschung im deutschsprachigen Raum. S. 519 – 532.

Meja Kölliker Funk: Profilanalyse für Sprachentwicklungsstörungen schweizerdeutsch sprechender Kinder als förderdiagnostisches Instrument I – Wünsche und Forderungen der logopädischen Praxis an die linguistische Grammatikerwerbsforschung. S. 539 – 545.

Zvi Penner, Hansmartin Zimmermann: Profilanalyse für Sprachentwicklungsstörungen schweizerdeutsch sprechender Kinder als förderdiagnostisches Instrument II – Dysgrammatismus, Grammatiktheorie und Diagnostik. S. 546 – 553.

Astrid Kehl-Fecker: „Brumm und Patschi“. Leselehrgang für die Einführungsklasse – Theoretische Grundlagen und Konzeption. S. 554 – 564.

Nr. 1/1992

Rahmenthema: Schwerstbehinderung

Martin Sassenroth, Regula Heggli: Arbeiten nach dem Spracherfahrungsansatz in der Lernwerkstatt. S. 124 – 125.

Zeitschrift für Heilpädagogik, Nürnberg

Heft 11/1991

Ulrich Bleidick: Die Sprache in der Behindertenpädagogik. S. 759 – 776.

Birgit Hogger: Zur Sprache der Schwerhörigen – Sprachwissenschaftliche Begründung einer behinderungsspezifischen Didaktik. S. 737 – 745.

Monika Wetzel, Marlen Bauer: Zur Kommunikation und Sprache anarthrischer Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Bliss-Symbol-Kommunikationsmethode. S. 746 – 758.

Elmar Schaar, Bruno Schor: Das Sonderpädagogische Förderzentrum – ein wirklichkeitsnahes Integrationsmodell. S. 780 – 788.

Heft 2/1992

Ellen Schwarzborg: Die Bedeutung des Spracherfahrungsansatzes für den Schriftspracherwerb körperbehinderter Kinder. S. 84 – 99.

Der Sprachheilpädagoge, Wien

Heft 4/1991

Antoine M.J. van Uden, Monika Verdoes-Spinell: Zum Begriff „Wortblindheit“ – Behandlung von schweren Lesestörungen. S. 1 – 21.

Bernd Dietel, Hildegard Kassel: Diagnostik von Teilleistungsstörungen – Neuropsychologisch orientierte Diagnose und Therapie von Lese-Rechtsschreibschwächen. S. 22 – 40.

Barbara Ornelas-Hesse: Was ist los im Sprechen von Kleinkindern: Das „Stopping“-Phänomen. S. 41 – 48.

Heft 1/1991

Friedrich Michael Dannenbauer: Von der Sprachproduktion zum Multiperformanzprinzip.: Der Stellenwert der Spontansprechanalyse für die Dysgrammatismustherapie. S. 1 – 24.

Irene Bauer, Martina Ochoko-Stastny: Mehrdimensionale Diagnose des sprachbeeinträchtigten Kindes. S. 25-40.

Michael Gräven: Psychodiagnostik: Non-verbale (kulturfreie) Tests und Tests für die Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen. S. 41 – 51.

Erziehung und Wissenschaft, Frankfurt

Heft 4/1992

Dieter Gers: Das sonderpädagogische Förderzentrum. S. 34-35.

Die Redaktion

Vorschau

Vorschau:

J. Schulze: Konzept über eine mehrdimensionale Therapie von Dysphonien im Kindesalter.

D. Dalhoff: Grundzüge einer allgemeinen Theorie und Therapie des Stotterns.

W. Gebhard: Die Assoziationsmethode nach McGinnis.

C. Heller-Merschroth: Versuch einer Integration sprachbehinderter Kinder in die Regelklasse 5/6 einer Hauptschule.

Kurse in „Myofunktionelle Therapie“

Kurs in: 7410 Reutlingen (19./20.6.92)
3000 Hannover (17./18.7.92)
1000 Berlin (10./11.7.92)!

Leitung: Anita Kittel, Logopädin

Anmeldungen unter Angabe des Berufes und Telefon (dienstlich und privat):

**Anita M. Kittel,
Hornschnuchstr. 12, 7400 Tübingen**

Bergedorfer Kopiervorlagen

„**Lesenlernen mit Hand und Fuß**“ – der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen von Ulrike Marx und Gabriele Steffen. Jetzt neu: Die **Mitmach-Texte**, das Textbuch zum Leselehrgang.

Bergedorfer Klammerkarten: Ein völlig neu konzipiertes Lernmittel mit Selbstkontrollverfahren zur Differenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Für das 1. bis 4. Schuljahr. Große Auswahl verschiedener Titel für Deutsch und Mathematik. **NEU: Übungen zum Grundwortschatz.**

Lehrmittelservice: Gollwitz-Titel, Lernpuzzles, Sensory-Programm u. v. m., **Info** anfordern:



Verlag Sigrid Persen

Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg / N.E.
Tel. 0 41 63 / 67 70 Fax 0 41 63 / 78 10



Das **Amt für Soziale Dienste, Bremen** sucht umgehend für die integrativen Kindertagesheime und Horte

Sprachheillehrer/-innen.

Wir wünschen uns eigenständige Mitarbeiter/-innen, die der Teamarbeit und dem integrativen Konzept gegenüber aufgeschlossen sind. Die Vergütung erfolgt nach BAT.

Bewerbungen bitte schriftlich an:

Amt für Soziale Dienste/Süd
Frau Seidler – Abteilung 450 -71-3 (Tel.: 0421/3015-59772) Neuenlander Str. 10, 2800 Bremen 1.

HNO-Arzt in Bayern

sucht für einen oder mehrere Tage/
Woche

Logopädin oder Sprachheilpädagogin

für seine Praxis.

Chiffre: SP29200

Für unsere freie Praxis (Praxisgemeinschaft) in Südniedersachsen suchen wir zum 01.08.92 oder später eine/n

Logopäden/in

Aufgabengebiet: Sprech-, Sprach- und Stimmtherapie bei Erwachsenen und Kindern. Neben der Betreuung in den Praxisräumlichkeiten werden auch Hausbesuche durchgeführt.

Wir bieten:

- übertariff. Bezahlung u. 13. Monatsgehalt
- weitgehend selbständiges Arbeiten bei flexibler Arbeitszeitgestaltung
- Unterstützung bei der beruflichen Fortbildung
- Sozialleistungen
- großzügige Urlaubsregelung
- angenehme Arbeitsatmosphäre in gut ausgestatteten Räumen
- Hilfe bei der Wohnungssuche

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:

Praxis f. Sprach- u. Bewegungstherapie,
G. Mützky / R. Sommer
Bahnhofstr. 2, 3418 Uslar 1,
Tel. (0 55 71 / 78 78).

Wir sind eine Rehabilitationsklinik und AHB-Klinik mit den Abteilungen Innere Medizin, HNO, Gynäkologie und Orthopädie, in privater Trägerschaft.

Zur Erweiterung der Sprachtherapie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachtherapeuten/in oder Logopäden/in

Das Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik, Beratung und Behandlung von stimm-, sprech- und sprachgestörten erwachsenen Patienten im stationären Bereich.

Schwerpunktmäßig behandeln wir Patienten mit Zustand nach totaler Laryngektomie. Teilresektionen, Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien. Berufserfahrung oder Ausbildungsschwerpunkte in diesen Arbeitsbereichen wären von Vorteil.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT und richtet sich nach Ausbildung und Berufserfahrung. Eine Teilzeitbeschäftigung ist möglich.

FORTBILDUNG wird bei uns groß geschrieben.

Bad Ems hat ca. 12000 Einwohner und liegt in landschaftlich reizvoller Lage an der Lahn, etwa 17 km von Koblenz entfernt. Weiterführende Schulen (z.B. Gymnasium) sind am Ort vorhanden. Hoher Freizeitwert ist gegeben.

Zur Vorabinformation steht Ihnen Herr Frahm unter Telefon (02603) 7 52 01 gern zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Deutsch-Ordens-Hospital GmbH
Römerstraße 45/46, 5427 Bad Ems.

Für unseren in Walsrode einzurichtenden Sprachheilkindergarten suchen wir Fachkräfte, die es reizt, eine neue Teileinrichtung der Lebenshilfe mit aufzubauen.

Wir stellen ein: 1 Sprachheiltherapeutin (Logopädin)

Voraussichtlicher Einstellungstermin: 1.8.1992

Wir bieten: Vergütung nach BAT
Zusatzversorgung
Engagiertes Team
Hilfe bei der Wohnungssuche

Walsrode ist ein attraktiver Anziehungspunkt am Rande der Lüneburger Heide mit vielen Freizeitmöglichkeiten. Sämtliche Schulzweige sind am Ort vorhanden.

Bitte richten Sie aussagefähige Bewerbungsunterlagen an folgende Adresse:

Lebenshilfe für Behinderte e.V.
Kreisvereinigung Fallingbostal
Hermann-Löns-Straße 7,
3030 Walsrode 1

Suche ab August

SPRACHHEILPÄDAGOGIN/ DIPLOM-SPRACHHEILPÄDAGOGIN

als freie Mitarbeiterin in meiner Praxis

**Fachpraxis für Sprach-
und Lernstörungen**
Dorothee Lichtner-Linde

Molkereistr. 13

2370 Zeven

Tel.: 0 42 81 - 41 24

Ein vielfältiges Arbeitsgebiet, in einer wohnlichen Gegend, für eine

Logopädin od. Logopäden

Eine langjährige Mitarbeiterin verläßt uns aus beruflichen Gründen.

Bei uns arbeiten Sie selbständig, sind verantwortlich für die Erfassung und Behandlung von Sprachauffälligen Kindern, in einzelnen Schulgemeinden. Sie haben auch ein umschriebenes Pensum in einer Sonderschule für verhaltensauffällige und lernbehinderte Schüler. (Iddaheim Lütisburg)

Der Stellenantritt erfolgt idealerweise auf den Beginn des neuen Schuljahres, am 17. August 1992, oder nach Vereinbarung. Wir können die Anstellungsbedingungen, wie sie die Sonderklassenlehrer im Kanton St. Gallen haben, bieten.

Interessiert Sie diese Aufgabe? Fühlen Sie sich angesprochen? Gerne lernen wir Sie kennen und geben Ihnen Einblick in unseren Dienst. Nähe Wil, St. Gallen, Schweiz.

Auskünfte erteilen:

Frau B. Ebnetter, Gähwil, Logopädin, Tel. 0041 73 31 47 07 und Hans Grob, Berlig, 9613 Mühlrüti, Präsident, Tel. Büro, 0041 73 33 26 33, an den Sie auch Ihre Bewerbung senden.

KAMILLUS — KLINIK

5464 Asbach/Ww.

Zum nächstmöglichen Termin stellen wir ein:

LOGOPÄDE / LOGOPÄDIN

Wir suchen einen/eine Mitarbeiter/in, der/die bereit ist, in einem jungen Team mitzuarbeiten. Auch Teilzeitkräfte können berücksichtigt werden.

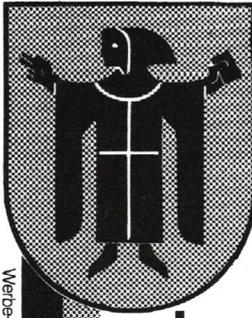
Unser Haus verfügt über 121 Betten in der neurologischen Abteilung mit einem vielfältigen Patientengut sowie eine internistische Abteilung mit 53 Betten. Regelmäßige Teambesprechungen sowie Gelegenheit zur Fortbildung sollen Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen.

Die Vergütung erfolgt nach AVR (BAT angeglichen) mit den üblichen Sonderleistungen.

Asbach ist durch die nahegelegene BAB 3 verkehrsgünstig an Bonn (ca. 30 Min.) und Köln (ca. 45 Min.) angebunden. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir Ihnen behilflich.

Sollten Sie an einer Mitarbeit in unserem Hause Interesse haben, bitten wir um Übersendung der Bewerbungsunterlagen an:

Kamillus-Klinik, Verwaltung, Hospitalstraße 6, 5464 Asbach



Verstärken Sie unser Team!

Wir suchen für die Internistische Fachklinik der Landeshauptstadt München im Zentralkrankenhaus Gauting für den Fachbereich Geriatrie ab sofort

Logopädinnen/Logopäden.

Unsere Fachklinik ist mit ihrer Zieleinrichtung und mit ihrem medizinisch-pflegerischen Konzept bisher einmalig im südbayerischen Raum. Ziel des pflegerisch-therapeutischen Teams der Geriatriischen Abteilung ist es, ältere Patienten (keine Pflegefälle) in ihrem Gesundheitszustand wieder so zu festigen, daß sie in ihrer eigenen Wohnung selbständig leben können.

Wenn Sie

- Interesse am Aufbau einer völlig neuartigen Klinik haben
 - gerne kreativ in einem jungen Team arbeiten
 - Verantwortung nicht scheuen
 - und die Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegedienst, Ergotherapeuten und Krankengymnasten schätzen,
- dann sollten Sie sich am besten noch heute bewerben.

Auf Sie wartet bei uns eine sichere Dauerstellung mit einer Bezahlung bis zur Vergütungsgruppe Vb BAT. Daneben erhalten Sie eine „München-Zulage“ in Höhe von mindestens DM 152,— monatlich sowie die Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Wir gewähren Ihnen einen Zuschuß zu Umzugskosten und sind Ihnen bei Bedarf auch gerne bei der Wohnungssuche sowie der Vermittlung eines Kinderbetreuungsplatzes behilflich; auch eine Zuzugsprämie von DM 5000,—/DM 8000,— ist möglich!

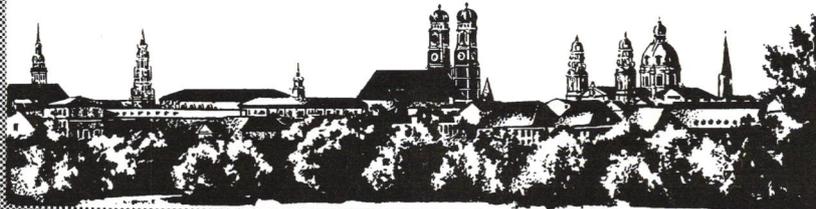
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Richten Sie Ihre Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugniskopien über Berufsausbildung und berufliche Tätigkeiten) bitte an die

**Landeshauptstadt München
Personalreferat - P 2421
Postfach, 8000 München 1**

oder rufen Sie einfach unter der Telefonnummer (089) 2 33 - 9 22 72
(Frau Wild) bei uns an.

Der Personalreferent Dr. Hans-Joachim Frieling



Anmeldung ab
sofort möglich

REHAB '92

Karlsruhe

16. - 19. September 1992

7. Internationale Fachausstellung
- Hilfen für Pflege, Rehabilitation, Integration -

Auszug aus dem Fortbildungskongreß-Programm

**Die besondere Bedeutung der auditiven Wahrnehmung für den
Sprach- und Schriftspracherwerb (C 1812)**

- Theoret. Grundlagen und praktische Konsequenzen -
Dipl.-Päd. Peter Arnoldy

**Frühe Erkennung, Frühtherapie und Frühförderung hörgeschädigter Kinder
aus der Sicht des Pädäudilogen (C 1652 a)**

Univ.-Prof. Dr. med. Manfred Heinemann

**Früherfassung und Frühförderung hörgeschädigter Kinder aus der
Sicht des Sonderpädagogen (C 1652 b)**

Werner Salz

**Absehkurse - eine wichtige Rehabilitationsmaßnahme für
Schwerhörige und Ertaubte (C 1712)**

Silke Treue

**Computerunterstütztes Lesen- und Schreibenlernen bei Schülern mit erheb-
lich eingeschränkten Ausdrucksmöglichkeiten (F 1715)**

Catherine Gbur, Rainer Stadler

Lebensräume für Menschen mit Behinderungen im Alter (B 1851)

Peter Leifeld

Hörgeschädigte Kinder mit Mehrfachbehinderungen (C 1852)

Jürgen Siebeck,

Therapeutische Effizienzsteigerung bei Kindern (E 1654)

Rega Schaeffgen

**Mototherapie in der stationären Behandlung erwachsener Patienten
mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (C 1752)**

Karl-Heinz Homburg

das ausführliche Kongreßprogramm erhalten Sie von der

KKA

- Karlsruher Kongreß- und Ausstellungsgesellschaft -

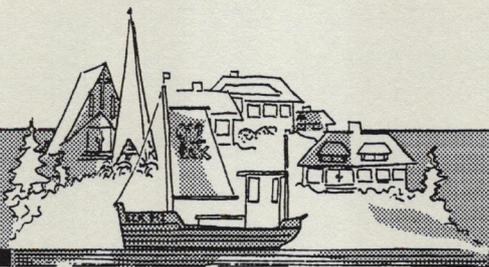
Festplatz 1

D - 7500 Karlsruhe

Tel.: (0721) 37 20-104 FAX : (0721) 37 20-124

L 11772 F
Die Sprachheilarbeit

verlag modernes lernen
P.O.Box 10 05 55 • 4600 Dortmund 1



DAS HEILPÄDAGOGIUM an der Ostsee

Heilpädagogische Einrichtungen für Jugendhilfe, Rehabilitation und Eingliederungshilfe

Heilpädagogische Erziehung und therapeutische Förderung für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige zur Behandlung von Entwicklungsstörungen und Behinderungen
Zur **logopädischen Grundförderung und Sprachheiltherapie** für verhaltensgestörte, neurotisch-entwicklungelke und grenz-debile Kinder und Jugendliche suchen wir eine/n

LOGOPÄDIN/-EN

oder **SPRACHHEILTHERAPEUTIN/-EN**

Wenn Sie an einer dauerhaften Mitwirkung unserer heilpädagogischen Arbeit interessiert sind, rufen Sie uns bitte an oder bewerben Sie sich schriftlich mit Ihren vollständigen Bewerbungsunterlagen.

Telefonische Auskünfte erteilt 0 43 51 / 9 00 90 oder 3181.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

DAS HEILPÄDAGOGIUM an der Ostsee
Stiftungen für christlich-soziale Dienste
Brennofenweg 4 · 2330 Eckernförde