

Die Sprachheilarbeit

5/93

Auf ein Wort

Heiko Rodenwaldt

Hauptbeitrag

*Christian Klicpera, Michael Graeven, Alfred Schabmann,
Barbara Gasteiger-Klicpera, Wien*

Wieweit haben sprachentwicklungsgestörte Kinder
spezielle Probleme beim Lesen und Schreiben?

Ein Vergleich mit guten und schwachen Lesern in der
Grundschule sowie lernbehinderten Kindern 231

Magazin

Uwe Förster, Hess. Oldendorf

Zur Relevanz einer Erfassung der prämorbid
kommunikativen Kompetenz für die Therapie von
Erwachsenen mit zentral-bedingten Sprach- und
Sprechstörungen 245

Andreas Starke, Hamburg

Ansichten zur therapeutischen Aufgabe „Stottern“ 250

Fred Warnke, Wedemark

Ordnungsschwelle und Sprachtherapie 255

dgs-Nachrichten • Rezensionen • Aus-, Fort- und Weiter-
bildung • Materialien und Medien • Weitwinkel • Buch- und
Zeitschriftenhinweise

38. Jahrgang/Oktober 1993

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, 12349 Berlin;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:
Peter Arnoldy, Wartbergstraße 40, 74076 Heilbronn

Bayern:
Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
97525 Schwebheim

Berlin:
Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 12159 Berlin

Brandenburg:
Monika Paucker, Berliner Straße 29,
03172 Guben

Bremen:
Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe

Hamburg:
Volker Pläß, Gryphiusstraße 3, 22299 Hamburg

Hessen:
Hans Fink, Burgackerweg 6A, 35460 Staufenberg

Mecklenburg-Vorpommern:
Dirk Panzner, Eschenstraße 5, 18057 Rostock

Niedersachsen:
Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus
Lindenbrunn, Postfach 11 20, 31863 Coppenbrügge

Rheinland:
Marianne Gamp, Beringstraße 18, 53115 Bonn

Rheinland-Pfalz:
Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein

Saarland:
Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 66265 Holz

Sachsen:
Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29,
04155 Leipzig

Sachsen-Anhalt:
Regina Schleiff, Am Sauerbach 6,
06493 Ballenstedt

Schleswig-Holstein:
Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 21465 Wentorf

Thüringen:
Gottthard Häser, Brennerstraße 3 a, 99423 Weimar

Westfalen-Lippe:
Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39
D-44139 Dortmund
Telefon (02 31) 12 80 08, Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 2/1993. 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, Klosterstraße 79b, 50931 Köln, Telefon
(02 21) 40 07 31 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 28199 Bremen, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 31840 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:

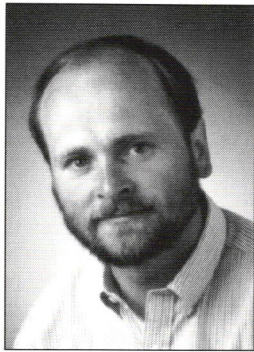
Jahresabonnement DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahres-schluß 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 aufgefördert 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.



Heiko Rodenwaldt

Auf ein Wort

Mut zur Veränderung

Während eines Traumes erlebte ich eine kleine Schule, in der die Kinder mit den unterschiedlichsten oder auch nicht vorhandenen Beeinträchtigungen, Störungen, Behinderungen und Problemen gemeinsam lebten und lernten. Sie wurden nicht zum Zeitpunkt ihrer Schulbesuchspflicht aufgeteilt nach dem entsprechenden Angebot an bestehenden Sonderschulformen, sondern setzten ihre gemeinsame vorschulische Lern- und Lebensumwelt in der Schule fort. Dort fanden sie keine geschlossenen Türen und Betonwände vor, sondern offene Ein- und Ausgänge sowie Holz- und Glaswände. Es gab keine getrennten Pausenhöfe, sondern gemeinsame Spiel- und Entspannungsräume. Es gab keine vertikalen Strukturen von Sonderschullehrern und pädagogischen Fachkräften, sondern ein horizontal arbeitendes, interdisziplinäres Team, in das die Fachkräfte ihre unterschiedlichsten Fähig- und Fertigkeiten sowie Kompetenzen zum Wohle der Kinder einbrachten.

Nicht funktions- und symptomorientierte Maßnahmen wurden umgesetzt, sondern die Interventionen spiegelten eine Orientierung an ökologisch und systemisch ausgerichtete Ansätze wider. Keine therapeutischen Konzepte einer additiven Therapie wurden realisiert, sondern die pädagogische Tätigkeit war Ausdruck einer integrierten Förderarbeit mit weitestgehendem Bezug zur Unterrichtsthematik. Kein überwiegend verbalisierender Unterricht war zu beobachten, sondern methodisch-didaktische Vorgehensweisen, die ein Lernen mit Herz, Hirn, Hand und Humor ermöglichten, prägten die unterrichtlichen und therapeutischen Situationen. Es gab keine Lern- und Methodengleichheit, sondern eine Lernziel- und Methodendifferenzierung. Nicht Homogenität, sondern Heterogenität war das Charakteristikum der Gruppen.

So half der sprachbehinderte Peter der körperbehinderten Sabine beim Öffnen der Schultasche, die sich unauffällig entwickelnde Martina dem lernbehinderten Klaus beim Lösen der Rechenaufgaben, der verhaltensauffällige Wolfgang dem sprachbeeinträchtigten Gerd beim Zusammensetzen der Haupt- und Nebensätze, der entwicklungsunauffällige Max der geistigbehinderten Johanna beim gemeinsamen Frühstück, der körperbehinderte Axel der verhaltensgestörten Claudia beim Zuordnen der Bildkarten. Während der Suche nach der – in traditionellen Schulformen dominierenden Lehrkraft – ertönte das Pausenzeichen und ich erwachte.

Während einer letztjährigen Tagung in Kiel sagte der Amerika-Chef von Sony, Ron Sommer: „Unternehmen müssen fähig sein, Träume in die Welt zu setzen und reifen zu lassen. Ihre führenden Köpfe müssen zu Träumen fähig sein und fähig, diese in Ziele zu übersetzen. Ein Management, das dazu nicht fähig ist, verwaltet nur noch. Es konserviert die Ziele von gestern und erarbeitet nichts für die Zukunft.“ Diese Aussage gilt sicherlich auch für unsere 'Bildungsunternehmen' Schule und Hochschule, denn auch die Sonderpädagogik – und somit gleichfalls die Sprachbehindertenpädagogik – muß den Mut haben, in die Zukunft zu blicken.

Sie bzw. ihre Vertreter in schulischen und universitären Institutionen, aus der Theorie und Praxis, müssen erkennen, daß die Ant-

worten auf die Fragen von gestern nicht mehr die Antworten auf die Probleme von heute und morgen sein können. Nur durch den Mut, neue Antworten zu finden, läßt sich die Zukunft gestalten. Dazu müssen langfristige Entwicklungstrends untersucht und Empfehlungen für konkretes Handeln abgeleitet werden.

Um das Problem des Auseinanderdriftens von Personengruppen, die professionell im pädagogisch-therapeutischen Bereich tätig sind, zu vermeiden, muß das Gespräch, der Dialog, mehr als bisher notwendiger Bestandteil der interdisziplinären Kommunikation sein. Ansonsten werden die Situationen zunehmen, in denen z.B. die Sprachheilpädagogen die Grundschullehrer nicht verstehen, die pädagogischen Fachkräfte sich über die Sonderpädagogen ärgern, die Hauptschullehrer den Kopf über den Schulpsychologen schüttern, die Schulleiter mit den Lehrern unzufrieden sind und das Kollegium den Verwaltungsbeamten mit seinen Rechtsgrundlagen nicht versteht (und sich alle über die Politiker erboßen). So versteht einer kaum mehr den anderen, wie es in der beruflichen Lebenswirklichkeit des anderen zugeht. Oft beharrt jeder auf seinem Standpunkt, statt gemeinsam mit dem oder den Gesprächspartnern nach besseren Lösungen und neuen Ideen zu suchen. Statt kreativem Denken wird oft reaktiv-kritisches Denken gepflegt. Dabei wird verkannt, daß ständiges kritisches Denken ein kreatives Denken (und Handeln) blockieren und somit eine Gefahr für positive Veränderungen darstellen kann. Konsensfähige und akzeptable Innovationen lassen sich nicht durch das Beharren auf dem eigenen Standpunkt erzielen, vielmehr sind der Austausch sowie die Dis-

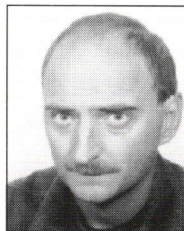
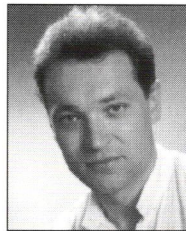
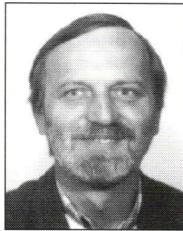
kussion von Meinungen und Einstellungen notwendig.

Kommunikatives Verhalten darf sich aber nicht als Einbahnstraße verstehen, es bedeutet nicht nur Reden, sondern auch aktives Zuhören. Es bedeutet zwischenmenschliche Verständigung, gemeinschaftliches Handeln, aktive Beteiligung, aufrichtige Rückkopplung – eben Dialog. Gerade in der Fähigkeit, eine Verständigung über langfristige Zielsetzungen sowie deren koordinierter Umsetzung zu erzielen, liegt die Chance, Antworten auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen zu finden und Träume Wirklichkeit werden zu lassen. Benötigt werden sowohl klare Konzepte und neue Impulse als auch der Mut zu unkonventionellen Lösungen und zum Umdenken. Die „Neuen Sonderpädagogischen Fragen“ beinhalten eine Vielzahl von Herausforderungen, die nicht durch Resignation, Gleichgültigkeit und tiefen Pessimismus zu beantworten sind. Meine Gedanken möchte ich in der Hoffnung abschließen, daß sie den Leserinnen und Lesern dieser Fachzeitschrift zum kreativen Denken und folglich zu einer Veränderung der sowohl intra-/interpersonellen als auch -institutionellen Realität ermutigen werden.



(Dr. Heiko Rodenwaldt leitet eine Praxis für Sprach- und Entwicklungstherapie in Bad Kreuznach. Zudem ist er Lehrbeauftragter am Institut für Sonderpädagogik der Universität Mainz)

HAUPTBEITRAG



Christian Klicpera, Michael Graeven, Alfred Schabmann,
Barbara Gasteiger-Klicpera, Wien

Wieweit haben sprachentwicklungsgestörte Kinder spezielle Probleme beim Lesen und Schreiben?

Ein Vergleich mit guten und schwachen Lesern in der Grundschule
sowie lernbehinderten Kindern

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stand die Frage, welche Teilfertigkeiten des Lesens und Schreibens bei lese- und schreibschwachen Schülern sowie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern vor allem beeinträchtigt und wieweit Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben durch die sprachlichen Fähigkeiten und die Begabung der Kinder vorherzusagen sind. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Leistungen im Lesen und Schreiben von sprachentwicklungsgestörten Kindern der Wiener Sprachheilschule, lernbehinderten Schülern der Allgemeinen Sonderschule sowie von guten und schwachen Lesern der Grundschule in der 4. Klasse näher analysiert. Es zeigte sich, daß sich sowohl das Leistungsniveau als auch das Leistungsprofil der Gruppen im Lesen und Schreiben deutlich unterscheidet. Sprachentwicklungsgestörte Kinder haben zwar beträchtliche Schwierigkeiten beim segmentweisen Erlesen (phonologischen Rekodieren) von Wörtern, verwenden diese Strategie jedoch häufiger als leseschwache Kinder der Grundschule. Im Rechtschreiben fielen die Schwierigkeiten dieser Kinder bei der Analyse komplexerer Phonemfolgen auf. Die deutlichsten Schwächen zeigten sich jedoch bei der schriftlichen Wiedergabe eines Textes. Die Analyse der Lernvoraussetzungen wies einen eindeutigen Zusammenhang der Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens mit dem phonematischen Bewußtsein und der schriftlichen Ausdrucksschwierigkeiten mit Mängeln im Wortschatz und der grammatikalischen Kompetenz nach.

1. Allgemeines

Die Tradition der Sprachheilpädagogik faßt Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten als eine besondere Form von Sprachentwicklungsstörung auf. In der Tat werden bei vielen Kindern mit Leseschwierigkeiten retrospektiv Verzögerungen in der Sprachentwicklung berichtet, und es finden sich bei ihnen häufig leichtere sprachliche Auffälligkeiten wie Schwierigkeiten beim Benennen von Bildern, beim Verständnis und bei der Wiedergabe grammatikalisch komplexerer Sätze etc. (vgl. Klicpera 1985). Auf der anderen Seite konnte gezeigt werden, daß Kinder mit einer verzögerten Sprachentwicklung häufiger Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens haben (vgl. Bishop/Adams 1990; Fundudis/Kolvin/Garside 1979; Richman/Stevenson/Graham 1982; Silva McGee/Williams 1983; Silva/Williams/McGee 1987). Unter Kindern mit schwereren Sprachentwicklungsstörungen, wie sie im deutschen Sprachraum typischerweise in Sprachheilschulen unterrichtet werden, wurden bei einem Viertel bis der Hälfte deutliche Schwierigkeiten bei der Aneignung der Schriftsprache beobachtet (vgl. Becker 1985).

Die bisherigen Angaben über Häufigkeit und Ausmaß der Lese- und Schreibschwierigkeiten sind allerdings zumeist sehr allgemein und lassen kaum eine Aussage darüber zu, welche Teilfertigkeiten in welchem Ausmaß betroffen sind. Auch wurde unserem Wissen nach bisher die Frage kaum untersucht, wie weit sich die Art der Lese- und Schreibschwierigkeiten schwacher Schüler der Grundschule ohne ausgeprägte Sprachbehinderung von jener sprachentwicklungsge störter und lernbehinderter Kinder unterscheidet.

Bei der Analyse der Leseschwierigkeiten bietet das heute weit verbreitete Modell eine Orientierung, wonach die mündliche Leseentwicklung durch die Ausbildung von zwei Teilfertigkeiten bzw. Lesestrategien bestimmt wird, die der Verarbeitung unterschiedlicher Informationen dienen (z.B. Adams 1990, Barron 1981, Lovett 1981, Perfetti 1985). Dabei handelt es sich einerseits um die Entwicklung von Kenntnissen über die Graphem-Phonem-Korrespondenzen und die Fähigkeit, die Buchstaben- bzw. Graphemfolge von Wörtern aufgrund dieser Kenntnisse phonologisch zu rekodieren, also segmentweise zu erlesen, andererseits um die Entwicklung wortspezifischer Lesekenntnisse, der Geläufigkeit im Wiedererkennen einzelner Wörter. Als weitere Teilfertigkeit kann die Fähigkeit zur Wortgliederung bzw. die Bildung größerer Einheiten beim Lesen bezeichnet werden, wobei diese Fähigkeit eng mit dem Wissen um die Regelmäßigkeiten im Aufbau unserer Schriftsprache zusammenhängt und sich in einem Ausnutzen der (orthographischen) Redundanz speziell bei längeren Wörtern ausdrückt.

Auch beim Rechtschreiben können, nach einem ähnlichen Modell, verschiedene Teilfertigkeiten unterschieden werden, von denen – parallel zum Lesen – einerseits die Fähigkeit zur Aufgliederung der Phonemfolge und zum segmentweisen Rekodieren der Phoneme in Grapheme, andererseits das Wissen um die spezifische Schreibweise einzelner Wörter sowie die Vertrautheit mit den orthographischen Konventionen besonders wichtig sind.

Als spezifische Hürde beim Lesen- und Schreibenlernen und somit als Ursache für

die Entstehung von Lese- und Rechtschreibschwächen werden nach diesen Modellen das Erfassen der Gliederung der Lautfolge in Phoneme (phonematisches Bewußtsein) und das Erlernen der Phonem-Graphem-Zuordnung bzw. des phonologischen Rekodierens angesehen (u.a. Goswami/Bryant 1990; Snowling 1991; Rack et al. 1992).

Unter den Erklärungsansätzen für Lese- und Schreibschwierigkeiten verdienen heute zwei Theorien besondere Beachtung: Einmal die allgemeinere Theorie, daß Lese- und Schreibschwierigkeiten Folge einer weniger effizienten sprachlichen Verarbeitung sind (verbal efficiency theory – vgl. Perfetti 1985); zum anderen jene Theorie, daß diesen speziell phonologische Verarbeitungsschwächen zugrundeliegen (vgl. Wagner/Torgesen 1987). Beide Theorien stützen sich allerdings zum Großteil auf sehr ähnliche Beobachtungen, nämlich den Zusammenhang von Benennungs- sowie verbalen Gedächtnisschwierigkeiten mit Lese- und Rechtschreibschwächen, die allerdings unterschiedlich interpretiert werden.

Nach der verbalen Effizienztheorie dürfte die Geschwindigkeit bzw. Effizienz, mit der auf intern gespeicherte verbale Informationen zugegriffen werden kann, für die Lesefähigkeit von Bedeutung sein (vgl. Perfetti 1985). Vereinfachend wurde daher als eine der Ursachen der Legasthenie eine Wortfindungsstörung angenommen (vgl. Wolf 1984; Klicpera 1985). Die Leseschwierigkeiten würden nach dieser Hypothese auf Schwierigkeiten beim Abruf von Informationen aus dem internen Lexikon beruhen, und diese würden sich nicht nur beim Lesen, sondern auch beim Benennen von Gegenständen zeigen.

Als Ursache für die Benennungsschwierigkeiten können jedoch auch Schwierigkeiten in der phonologischen Kodierung vermutet werden (vgl. Wagner/Torgesen 1987). In Theorien über den Aufbau des inneren Lexikons wird angenommen, daß Wortbedeutungen und Namen, d.h. die Phonemfolge, aus der der Begriff aufgebaut ist, getrennt gespeichert werden (vgl. Levelt 1989). Das Benennen von Gegenständen ist demnach nicht nur vom Vorhandensein eines entsprechenden lexika-

lischen Eintrags für das Wiedererkennen eines Gegenstands und dessen Abrufbarkeit abhängig, sondern auch davon, daß von diesem Eintrag aus die zugehörige Phonemfolge sicher aktiviert werden kann. Wortfindungsschwierigkeiten können deshalb entstehen, wenn der Zugriff auf den phonologischen Kode erschwert oder dieser weniger gut ausgebildet ist.

Auch Beobachtungen über eine mangelnde grammatikalische Kompetenz leseschwacher Kinder werden zum Teil auf Probleme beim phonologischen Kodieren von Informationen und die dadurch entstehende Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses zurückgeführt. Zudem könnte die mangelnde grammatikalische Kompetenz ein Indikator für eine allgemeine Schwäche bei der Aneignung von Regelsystemen sein (vgl. Morrison 1984). Wenn leseschwache Kinder deshalb scheitern, weil sie die Regeln der Zuordnung zwischen Schrift und Lautbestand der Sprache nicht erlernen, dann ist anzunehmen, daß sie auch beim Erlernen der grammatikalischen Regeln Mühe zeigen.

Einen zentralen Baustein der Hypothese einer phonologischen Verarbeitungsschwäche bei leseschwachen Kindern kommt den Beobachtungen über ihre mangelnde Einsicht in den Phonemaufbau der Sprache zu. Die Einsicht in den Aufbau von Wörtern als einer Folge von Phonemen (phonematisches Bewußtsein) dürfte eine wichtige Voraussetzung für das Erlernen einer alphabetischen Schrift sein. Die Fertigkeit der Kinder, Manipulationen an der Phonemfolge vorzunehmen, wird allerdings durch den Leseunterricht wesentlich gefördert, und es ist umstritten, wieweit ein Mangel an diesen Fertigkeiten auch noch für ältere leseschwache Kinder charakteristisch ist.

Vieles spricht dafür, daß für das Leseverständnis und das schriftliche Ausdrucksvermögen andere Teilfertigkeiten von Bedeutung sind als für das mündliche Lesen und das Rechtschreiben. Ein wichtiger Einflußfaktor dürfte die Differenziertheit des Wortschatzes und das sich darin spiegelnde Wissen sein. Auch der grammatikalischen Kompetenz kommt vor allem in den Phasen, die dem Worterkennen nachgeordnet sind, Bedeutung

zu, da sie das Verständnis der Textaussagen ermöglicht. Sie bildet aber auch für das Erlernen der Rechtschreibung und das schriftliche Ausdrucksvermögen eine wichtige Voraussetzung.

2. Fragestellungen der Untersuchung

In der folgenden Untersuchung wurden die Lese- und Schreibfähigkeit von Kindern der 4. Klassenstufe in den Wiener Sprachheilschulen mit jener lernbehinderter Kinder in der Allgemeinen Sonderschule sowie schwacher und durchschnittlicher Leser in der Grundschule verglichen. Zusätzlich wurden auch einige wichtige Voraussetzungen für das Erlernen des Lesens und Schreibens im sprachlichen Bereich erfaßt. Dabei sollte die Frage geprüft werden, wieweit sich die Lese- und Schreibfähigkeit sprachgestörter Kinder im Niveau von jener durchschnittlicher Schüler der gleichen Klassenstufe und qualitativ (in der Art der Lese- und Schreibschwierigkeiten) von jener jüngerer durchschnittlicher und gleichaltriger schwächerer Schüler in der Grundschule und der Sonderschule unterscheidet.

2.1 Untersuchungsmethode

Untersuchungsgruppen in der Sprachheilschule und in der Allgemeinen Sonderschule: Von 38 Kindern, die im Schuljahr 1989/90 in der 4. Klassenstufe unterrichtet wurden, konnten 30 am Ende des Schuljahres in die Untersuchung einbezogen werden. Zum gleichen Zeitpunkt konnten in 3 Allgemeinen Sonderschulen alle 35 Kinder (mit deutscher Muttersprache) der 4. Klassenstufe getestet werden.

Untersuchungsgruppe in der Grundschule: Als Teil einer Querschnittsuntersuchung wurden an einer Schule des 21. Wiener Gemeindebezirks mit einem Einzugsgebiet, das überwiegend der unteren Mittelschicht zuzuordnen ist, aus jeweils drei Klassen der 1. und 4. Klassenstufe 69 bzw. 56 Kinder getestet. Die Kinder wurden (unter Berücksichtigung sowohl der Lesezeit wie der Lesefehler) auf dem Individuellen Lesetest jeweils in zwei Gruppen unterteilt: schwache (Kinder mit einem Prozentrang unter 15; N = 8 bzw. 7) und gute bzw. durchschnittliche Leser (Prozentrang

über 30; N = 38 bzw. 33). Zusätzlich wurden im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung über die Entwicklung der Lesefähigkeit an 10 Schulen des gleichen Bezirks alle Kinder der 4. Klassen mit standardisierten Lese- und Rechtschreibtests getestet und 200 Kinder (neben allen schwachen Schülern auch eine Zufallsstichprobe durchschnittlicher Schüler) intensiver mit Einzeltests untersucht. Aus der Gesamtgruppe der Kinder, die an dieser Einzeltestung teilnahmen, wurden nach den gleichen Kriterien wie für die Querschnittsuntersuchung durchschnittliche (N = 42) und schwache Leser (N = 47) ausgewählt.

Testung der mündlichen Lesefähigkeit: Den Kindern wurde jeweils in einer Einzeltestung der Zürcher Lesetest (Linder/Grissemann 1980) und ein spezieller Lesetest (Individualer Lesetest) vorgegeben, der aus 6 Wortlisten zu je 15 Wörtern bestand, in denen die Faktoren Worthäufigkeit, Wortlänge und Bestandteil der deutschen Sprache systematisch variiert wurden.

- a. *Worthäufigkeit:* Als häufig wurden Wörter aus dem Kernwortschatz und dem engeren Grundwortschatz nach Plickat (1983) bezeichnet, als selten Wörter aus dem erweiterten Grundwortschatz.
- b. *Wortlänge:* Zur Bestimmung des Einflusses der Wortlänge wurden Listen von einsilbigen Wörtern und Listen dreisilbiger Wörter verglichen.
- c. *Bestandteil der deutschen Sprache (richtige Wörter gegen Pseudowörter):* Den richtigen Wörtern – alles Nomina – wurden sinnlose Silben bzw. Pseudowörter mit hoher orthographischer Regularität gegenübergestellt.

Die 6 von den Kindern zu lesenden Listen waren Listen von Wörtern oder Pseudowörtern, die nach den eben definierten Merkmalen homogen waren. Diese Listen bestanden somit aus häufigen bzw. seltenen einsilbigen Wörtern ohne Konsonantenhäufung (Liste 1 und 3), häufigen bzw. seltenen dreisilbigen Wörtern ohne Morphemzusammensetzung (Liste 2 und 4) und einsilbigen bzw. dreisilbigen Pseudowörtern (Liste 5 und 6). Der Untersucher bestimmte, für jede Liste getrennt, die benötigte Zeit und die Anzahl der von den

Kindern falsch gelesenen Wörter. Die Testung sollte nicht länger als eine halbe Stunde dauern, bei schwachen Lesern wurde nach einer halben Stunde unterbrochen und am folgenden Tag fortgeführt.

Testung der Rechtschreibfähigkeit: Zur Prüfung der Rechtschreibfähigkeit wurde ein Lückentextdiktat zusammengestellt, wobei einmal die Häufigkeit der kritischen Wörter (häufige versus seltene Wörter), zum anderen das Vorkommen bestimmter Problemstellen für das Rechtschreiben (Wörter ohne Problemstellen, Wörter mit einer zu markierenden Vokaldehnung, Wörter mit Konsonantenverbindungen zu Wortbeginn) kontrolliert wurden. Unter den insgesamt 75 zu schreibenden Wörtern wurden 6 Subgruppen mit jeweils 5 einsilbigen Wörtern, in denen die genannten Faktoren systematisch variiert waren, näher analysiert. Der Test wurde als Gruppentest in zwei Sitzungen vorgegeben.

Testung der schriftlichen Ausdrucksfähigkeit: Den Kindern wurde eine Geschichte zum Lesen gegeben, die schriftlich zusammengefaßt werden sollte. Sowohl die Lesezeit als auch die Bearbeitungszeit konnte von den Kindern selbst bestimmt werden.

- * Als allgemeine Maße und Indikatoren wurden die Textlänge (Anzahl der Wörter, der Sätze, der Satzgerüste) und die Güte der Geschichtenwiedergabe, also die Verständlichkeit (aufgrund einer subjektiven Beurteilung der Auswerter als Leser) herangezogen.
- * Für die inhaltliche Auswertung wurden die Einzelinformationen in Hauptinhalte und Details gegliedert, wobei als Hauptinhalte jene Aussagen definiert wurden, denen eine für den Ablauf der Geschichten wesentliche Bedeutung zukommt.
- * Die sprachliche Auswertung berücksichtigte diverse formale Konstruktionsmittel, etwa den Prozentanteil an Nebensätzen, weiterhin die Zahl der rückbezüglichen Ausdrücke, der koordinierenden sowie der logisch-semanticen Konnektoren.

Beurteilung der Sprachstörung durch die Lehrer: In der Sprachheilschule beurteilten die Sprachheillehrer für jedes Kind die Stärke der Beeinträchtigung in verschiedenen sprachli-

chen Funktionsbereichen (z.B. grammatikalische Kompetenz, Wortschatz, Artikulation, Lautdifferenzierung). Eine Faktorenanalyse ergab, daß dieses Urteil zwei Dimensionen enthält, deren erster Faktor allgemeine Sprachentwicklungsbeeinträchtigung genannt wurde und deren zweiter Faktor umschriebene Beeinträchtigungen der Artikulation sowie der Lautdifferenzierung umfaßte.

Sprach- und Begabungstests:

- a. *Aktiver Wortschatz:* Auf Grund von Vortests wurden 62 Bilder des Boston Naming Test (BNT) (Kaplan et al. 1978) so ausgewählt und zum Teil umgezeichnet, daß die Gegenstände im Deutschen eine eindeutige Bezeichnung haben und die Abbildungen als kennzeichnend für die zu benennenden Gegenstände empfunden werden.
- b. *Beherrschung der Grammatik:* Der sprachliche Entwicklungsstand in diesem Teilbereich wurde mit drei Untertests des Heidelberger Sprachentwicklungstests (HSET) (Grimm/Schöler 1978) erfaßt (Verstehen grammatikalischer Strukturformen VS, Imitieren grammatikalischer Strukturformen IS, Satzbildung SB).
- c. *Textgedächtnis:* Mit diesen Untertests des Heidelberger Sprachentwicklungstests (HSET) wird die Fähigkeit zur mündlichen Wiedergabe einer Geschichte geprüft. Diese Aufgabe stellt somit eine Kontrolle für die Leistungen bei der schriftlichen Zusammenfassung einer Geschichte dar.
- d. *Sprachanalysetest:* In dem Sprachanalysetest, der nach dem Vorbild eines Testverfahrens von Rosner/Simon (1971) zusammengestellt wurde, soll aus einem Wort bzw. einem Pseudowort ein Einzelauslaut oder eine Silbe weggelassen und das restliche Wort genannt werden. Der wegzulassende Wortteil wird den Kindern genannt. Bei den richtigen Wörtern ergibt sich auch nach dem Weglassen des Wortteils wieder ein richtiges Wort. Bei den Wörtern handelte es sich um häufige, den Kindern vertraute Wörter, sie waren dem Grundwortschatz nach Plickat (1983) entnommen. Die Pseudowörter waren durch Umstellen der Wörter gebildet, bei ihnen war auch die restliche Lautfolge (nach Weglassen der bezeichneten Laute) kein richtiges Wort, sondern ein Pseudowort. In den Aufgaben wurde die Position und die Anforderung an die Sprachanalyse variiert: Die erste Aufgabengruppe verlangte das Weglassen von Einzelkonsonanten, die zweite das Weglassen von Konsonanten aus einer Konsonantenverbindung am Wortanfang. In der letzten Aufgabengruppe sollte eine Silbe aus der Wortmitte von mehrsilbigen Wörtern bzw. Pseudowörtern weggelassen werden.
- e. *Subtests des Psycholinguistischen Entwicklungstests (PET) (Angermaier 1974):* Zwei Subtests des PET überprüfen ebenfalls Aspekte des phonematischen Bewußtseins, nämlich der Subtest Wortergänzung und der Subtest Laute-Verbinden. Der Subtest Wortergänzung besteht aus 36 Wörtern, in denen ein oder mehrere Laute ausgelassen sind. Die Kinder sollen die vollständigen Wörter raten. Beim Subtest Laute-Verbinden werden 24 Wörter und 9 Pseudowörter in Form von unverbunden nacheinander gesprochenen Einzellaute vorgesagt. Die Kinder sollen die Wörter nennen, die sich ergeben, wenn man die Einzellaute miteinander verbindet.
- f. *Kognitiver Fähigkeitstest (KFT4-13+, Heller et al. 1985):* Dieser Test erlaubt die Schätzung der Allgemeinbegabung der Kinder. Aus Zeitgründen werden nur 4 Untertests vorgegeben: Quantitative Relationen (Q2), Zahlenreihen (Q3), Figurenalogietest (N1), Figurenklassifikationstest (N2). Die verbalen Untertests wurden auch wegen der starken Abhängigkeit dieser Untertests von der Lesefähigkeit ausgeschlossen. Die Durchführung dieser 4 Untertests nimmt etwa eine Unterrichtsstunde in Anspruch. Für die beiden Untertests Q2 + Q3 und N1 + N2 können in dem Testhandbuch jeweils klassenstufenspezifische Normen ermittelt werden, die zu einem Gesamtwert als Indikator für die nonverbale Intelligenz gemittelt wurden.

2.2 Ergebnisse

Leistungsstand im Lesen und Schreiben: Der Leistungsstand der Kinder in der Sprachheil-

schule lag sowohl beim Lesen wie beim Schreiben deutlich unter jenem durchschnittlichen Schüler in der Grundschule (vgl. Tab.1). Die größten Schwierigkeiten zeigten die sprachentwicklungsgestörten Kinder bei den schriftlichen Leistungen, sowohl beim Rechtschreiben als auch im schriftlichen Ausdruck. Wenn man als Kriterium für das Vorhandensein eines deutlichen Rückstands im Lesen oder Schreiben Leistungen nimmt, die mehr als eine Standardabweichung unter den durchschnittlichen Leistungen von Kindern aus den regulären Grundschulklassen und damit unter einem Prozentrang von 15 liegen, dann weisen etwa 40 bis 50 Prozent der Kinder in der Sprachheilschule markante Schwächen im Lesen auf, etwa 75 Prozent im Rechtschreiben und fast 90 Prozent im schriftlichen Ausdruck.

fische Kenntnisse. Die Länge der Wörter übt ebenfalls einen wesentlichen Einfluß aus ($F(1,148)=155.3$; $p<0.001$), wobei dieser Einfluß bei seltenen Wörtern größer ist als bei häufigen ($F(1,148)=14.5$; $p<0.001$). Kindern gelingt es also bei einem geringen Leistungsstand im Lesen leichter, die Redundanz längerer Buchstabenfolgen auszunutzen, wenn es sich um häufige Wörter handelt.

Deutliche Unterschiede bestanden auch zwischen den vier Gruppen. Schwache Leser in der 4. Klasse Grundschule lasen noch immer etwas unsicherer als die durchschnittlichen Leser der 1. Klasse ($F(1,148)=4.4$; $p<0.05$). Dieser Unterschied war darauf zurückzuführen, daß sowohl seltene ($F(1,148)=13.9$; $p<0.001$) als auch Pseudowörter ($F(1,148)=31.1$; $p<0.001$) bei den schwachen

	GS-gut	GS-schwach	SHS	ASO
ZLT-Listen Wpm	103.7 (22.5)	60.6 (19.8)	64.5 (25.0)	41.1 (23.7)
ZLT-Listen % Fehler	1.0 (1.4)	6.3 (5.4)	6.5 (8.3)	21.5 (20.9)
DRT3 % Fehler	30.9 (16.3)	48.4 (23.0)	59.5 (22.3)	80.9 (19.5)
Schreiben % Hauptinhalte	36.0 (15.8)	27.5 (16.1)	12.1 (11.6)	—

Tab. 1: Leistungsstand im Lesen und Schreiben von guten bzw. durchschnittlichen und schwachen Lesern in der Grundschule, sprachentwicklungsgestörten und lernbehinderten Kindern (Mittelwerte; in Klammern: Standardabweichungen)

Differenzierte Testung der Lesefähigkeit: Mit Hilfe der Wortlisten des Individuellen Lesetests sollten die besonderen Merkmale der Leseschwierigkeiten von schwachen Lesern in der Grundschule, sprachentwicklungsgestörten und lernbehinderten Kindern analysiert werden. Dazu wurden in einer multivariaten Varianzanalyse die Leistungen der Gruppen mit jenen von durchschnittlich lesenden Kindern in der 1. Klasse verglichen und der Einfluß der bei der Zusammenstellung der Wortlisten systematisch variierten Faktoren auf die Leseleistungen bestimmt.

Lesefehler: Alle Gruppen zusammengekommen wird die Fehlerzahl beim Lesen deutlich von der Vorkommenshäufigkeit der Wörter bestimmt (häufige gegen seltene Wörter: $F(1,148)=173.6$; $p<0.001$; seltene Wörter gegen Pseudowörter: $F(1,148)=137.3$; $p<0.001$) (vgl. Abb. 1). Das Lesen der Kinder stützt sich somit in einem hohen Ausmaß auf wortspezi-

Lesern zu einem weitaus stärkeren Anstieg der Fehlerzahl führten (vgl. Abb. 1). Man kann also sagen, daß für die Lesesicherheit der schwachen Leser die Vertrautheit mit den Wörtern von wesentlich größerer Bedeutung war. Dies bedeutet, daß sie sich weniger auf ein segmentweises Erlesen bzw. phonologisches Rekodieren stützen konnten.

Die sprachentwicklungsgestörten Kinder zeigten insgesamt eine den schwachen Lesern in der Grundschule vergleichbare Lesesicherheit, der einzige Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand darin, daß schwache Leser in der Grundschule noch größere Schwierigkeiten beim Lesen von Pseudowörtern zeigten ($F(1,148)=4.7$; $p<0.05$). Dies deutet darauf hin, daß die sprachgestörten Kinder zwar ebenfalls Schwierigkeiten beim phonologischen Rekodieren hatten, daß diese Schwierigkeiten nach vier Jahren Leseunterricht aber nicht

Fehlerprozent

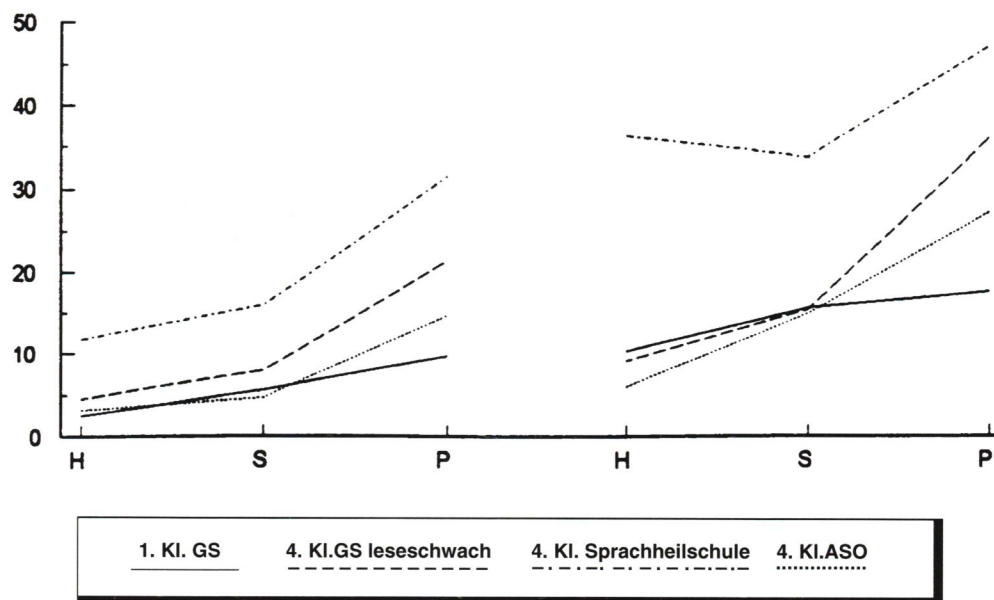


Abb. 1: Prozentsatz falsch gelesener Wörter (linke Hälfte der Abbildung: kurze Wörter; rechte Hälfte: lange Wörter); bei den Wortlisten des Individuellen Lesetests (H=häufige, S=seltene, P=Pseudowörter): Vergleich von durchschnittlichen Lesern der 1., schwachen Lesern der 4. Klasse Grundschule sowie von sprachentwicklungsgestörten Kindern aus der Sprachheilschule und lernbehinderten Kindern aus der Allgemeinen Sonderschule.

ganz so stark ausgeprägt waren wie bei den leseschwachen Kindern in der Grundschule.

Die lernbehinderten Kinder wiesen die geringste Sicherheit beim Lesen auf und unterschieden sich in der Fehlerzahl deutlich von den sprachentwicklungsgestörten Kindern ($F(1,148)=25.4$; $p<0.001$). Sie waren auch am wenigsten in der Lage, die Redundanz in längeren Wörtern auszunutzen, ihre Fehlerzahl stieg deshalb bei den längeren Wörtern stärker an ($F(1,148)=8.4$; $p<0.005$) (vgl. Abb. 1).

Lesezeit: Die Einflüsse auf die Lesegeschwindigkeit waren jenen auf die Lesefehler ähnlich, allerdings bestanden Unterschiede in ihrem relativen Gewicht (vgl. Abb. 2). Von den Wortmerkmalen übte erwartungsgemäß die Wortlänge den größten Einfluß aus ($F(1,148)=169.0$; $p<0.001$), allerdings war

auch der Einfluß der Vorkommenshäufigkeit der Wörter relativ stark ($F(1,148)=83.7$; $p<0.001$), und es bestand ein beträchtlicher Unterschied zwischen seltenen Wörtern und Pseudowörtern ($F(1,148)=22.9$; $p<0.001$). Bedeutsam war darüber hinaus die Interaktion zwischen Wortlänge und Worthäufigkeit ($F(1,148)=6.4$; $p<0.05$) bzw. Wortart ($F(1,148)=8.2$; $p<0.005$). Diese Ergebnisse deuten ebenfalls, wie jene über die Lesefehler, darauf hin, daß häufige und seltene Wörter von den Kindern etwas anders gelesen werden. Häufige Wörter können zum Teil bereits als Einheiten aus einem inneren Wortspeicher abgerufen werden, wodurch der Unterschied zwischen kurzen und längeren Wörtern geringer ausfällt als bei seltenen Wörtern. Das Lesen von Pseudowörtern als gänzlich unbekannten Buchstabenfolgen bereitet

den Kindern selbst dann, wenn sie kurz sind, große Mühe und erfordert eine langsame Synthese.

darauf hin, daß die schwachen Leser relativ große Mühe beim Erlesen unbekannter Wörter hatten und danach trachteten, sich – so

Lesezeit

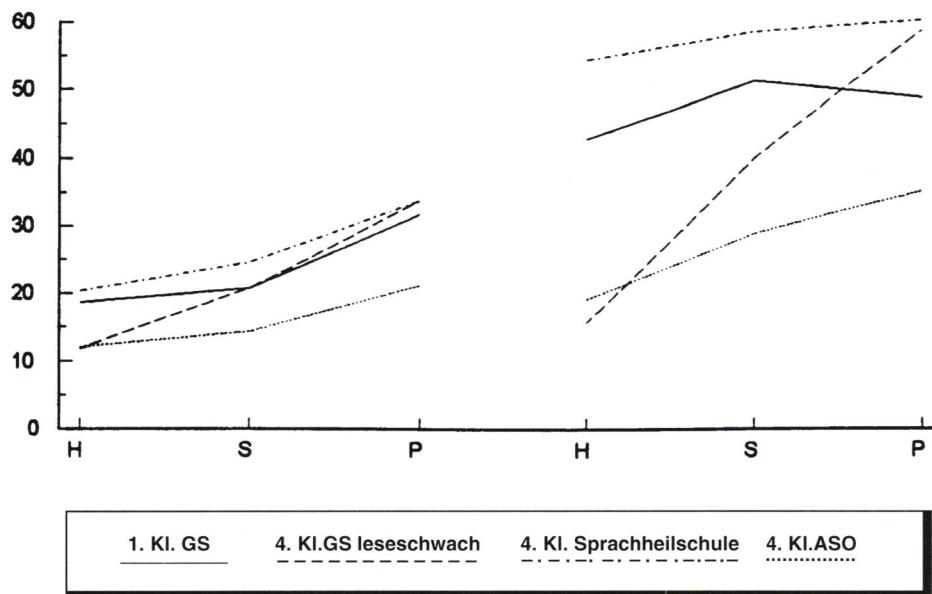


Abb. 2: Lesezeit in Sekunden für die Wortlisten des Individuellen Lesetests (H=häufige, S=seltene, P=Pseudowörter; linke Hälfte: kurze Wörter; rechte Hälfte: lange Wörter): Vergleich von durchschnittlichen Lesern der 1., schwachen Lesern der 4. Klasse Grundschule sowie von sprachentwicklungsgestörten Kindern aus der Sprachheilschule und lernbehinderten Kindern aus der Allgemeinen Sonderschule.

Auch in der Lesegeschwindigkeit zeigten sich deutliche Unterschiede im Leistungsprofil der vier Gruppen (vgl. Abb. 2). Die schwachen Leser lasen in der 4. Klasse etwa gleich rasch wie die guten Leser Ende der 1. Klasse. Wie bei den Lesefehlern waren die Unterschiede zwischen häufigen und seltenen Wörtern ($F(1,148)=27.1$; $p<0.001$) bzw. zwischen den seltenen und den Pseudowörtern ($F(1,148)=7.4$; $p<0.01$) bei den leseschwachen Kindern stärker ausgeprägt als bei den jüngeren guten Lesern. Bei den jüngeren Kindern war auf der anderen Seite ein größerer Anstieg der Lesezeit mit zunehmender Wortlänge zu beobachten ($F(1,148)=3.8$; $p<0.05$). Ähnlich wie bei den Lesefehlern deutet dies

weit möglich – auf ihre wortspezifischen Lesefertigkeiten zu stützen.

Die sprachentwicklungsgestörten Kinder lasen die Wortlisten insgesamt etwas rascher als die schwachen Leser in der Grundschule ($F(1,148)=4.2$; $p<0.05$). Dies war auf den geringeren Anstieg der Lesezeit unter den sprachentwicklungsgestörten Kindern beim Lesen von selteneren Wörtern ($F(1,148)=18.4$; $p<0.001$) und von Pseudowörtern ($F(1,148)=4.1$; $p<0.05$) zurückzuführen, ein Hinweis darauf, daß sich diese Kinder trotz ihrer Schwierigkeiten insgesamt stärker auf das segmentweise Erlesen stützten und dieses auch bei den häufigeren Wörtern vermehrt einsetzten.

Die lernbehinderten Kinder lasen deutlich stockender als die sprachentwicklungsgestörten ($F(1,148)=19.1$; $p<0.001$). Erneut zeigte sich, daß sie am wenigsten in der Lage waren, die Redundanz in längeren Wörtern auszunutzen, ihre Lesezeit stieg deshalb bei den längeren Wörtern stärker an ($F(1,148)=15.7$; $p<0.001$) (vgl. Abb. 2).

Differenzierte Testung der Rechtschreibfähigkeit: Zum Vergleich mit den Rechtschreibleistungen der sprachentwicklungsgestörten und der lernbehinderten Kinder wurden jeweils einer Klasse in der 1. und 4. Klassenstufe Grundschule unterschiedlich zusammengestellte Wortlisten in Form eines Lückentextdiktats zum Schreiben vorgegeben. Der Unterschied zwischen diesen Gruppen und der Einfluß der Listenmerkmale auf die Rechtschreibleistung wurde in einer multivariaten Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft. Die Worthäufigkeit erwies sich dabei für alle Schüler als wesentlicher Einflußfaktor auf die Rechtschreibleistungen ($F(1,96)=107.8$; $p<0.001$). Ebenso waren Wörter, in denen die Vokallänge durch Dehnungszeichen zu markieren war, schwerer zu schreiben als einfach aufgebaute Wörter ($F(1,96)=119.9$; $p<0.001$). Das gleiche galt für Wörter mit Konsonantenverbindungen am Wortanfang ($F(1,96)=12.3$; $p=0.001$).

Wie zu erwarten, waren in der Grundschule die Leistungen von Schülern in der 4. Klasse deutlich besser als jene von Schülern der 1. Klasse ($F(1,96)=15.7$; $p<0.001$). Kinder der 1. Klasse wurden in ihren Leistungen auch wesentlich stärker von den Merkmalen der Wortlisten beeinflusst, dies gilt sowohl für die Worthäufigkeit ($F(1,96)=14.4$; $p<0.001$) als auch für das Vorhandensein von Dehnungszeichen ($F(1,96)=50.3$; $p<0.001$).

Dabei wurden Wörter mit Dehnungszeichen ebenso wie Wörter mit Konsonantenverbindungen besonders oft falsch geschrieben, wenn es sich gleichzeitig um seltenere Wörter handelte ($F(1,96)=10.6$; $p<0.005$ bzw. $F(1,95)=5.6$; $p<0.05$).

Die Schüler der 4. Klasse Sprachheilschule begingen beim Schreiben der Wortlisten ähnlich viele Fehler wie die Schüler der 1. Klasse Grundschule, wurden dabei jedoch weniger von der Worthäufigkeit beeinflusst ($F(1,96)=3.9$; $p=0.05$). Auch die Wiedergabe von Wörtern mit Dehnungszeichen bereitete ihnen weniger zusätzliche Schwierigkeiten als den jüngeren Kindern aus der Grundschule ($F(1,96)=34.1$; $p<0.001$), wobei dies vor allem bei den selteneren Wörtern auffällig war ($F(1,96)=6.7$; $p<0.01$). Im Vergleich zu jüngeren Kindern auf dem gleichen Rechtschreibniveau haben die sprachentwicklungsgestörten Kinder somit bereits mehr Kenntnisse über orthographische Konventionen. Auf der anderen Seite fällt ihnen die korrekte Wiedergabe von Wörtern mit Konsonantenverbindungen schwerer als den jüngeren Kindern, wobei dies vor allem bei den häufigen Wörtern auffällig ist ($F(1,96)=9.4$; $p<0.005$). Dies legt die Vermutung nahe, daß diesen Kindern die phonematische Aufgliederung von Wörtern, für die Wörter mit Konsonantenverbindungen eine besondere Schwierigkeit darstellen, recht schwer fällt.

Die lernbehinderten Kinder aus der Allgemeinen Sonderschule lagen in ihren Leistungen nochmals deutlich unter jenen der sprachentwicklungsgestörten Kinder ($F(1,96)=10.9$; $p<0.001$), wobei besonders auffällig war, daß die lernbehinderten Kinder selbst bei einfachen häufigen Wörtern viele Fehler begingen ($F(1,96)=10.3$; $p<0.005$).

	GS-4.Kl.	GS-1.Kl.	SHS	ASO
Häufige W., einfach	1,6	9,5	18,0	41,3
Seltene W., einfach	16,8	24,8	43,3	51,3
Häufige W., Dehnung	12,6	38,1	38,0	51,3
Seltene W., Dehnung	14,7	80,9	56,7	74,0
Häufige W., Kons.kluster	7,4	14,2	32,6	46,0
Seltene W., Kons.kluster	12,6	40,0	44,0	65,3

Tab. 2: Prozentsatz falsch geschriebener Wörter bei dem differentiellen Rechtschreibtest der 4. und der 1. Klasse Grundschule sowie bei Kindern der 4. Klasse aus der Sprachheilschule und der allgemeinen Sonderschule.

Differenzierte Testung der schriftlichen Ausdrucksfähigkeit: Besonders große Mühe hatten die sprachentwicklungsgestörten Kinder bei der schriftlichen Zusammenfassung einer Geschichte. Nach dem subjektiven Eindruck waren nur 30 Prozent der Geschichtenwiedergaben für den Leser verständlich und gaben die Geschichte in ihrem Grundablauf wieder. Neben dem Mangel an Inhalten und der damit zusammenhängenden Kürze der Geschichtenwiedergabe fiel auch die geringe Verwendung von sprachlichen Ausdrucksmitteln auf, mit denen der innere Zusammenhang von Geschichtsteilen angezeigt werden kann. Um den sprachlichen Ausdruck näher analysieren zu können, wurden die Geschichtenwiedergaben der sprachentwicklungsgestörten Kinder mit jenen von Kindern der 4. Klasse Grundschule verglichen, die als gut bzw. mittelmäßig und als schwach beurteilt worden waren. Von den Inhalten der Geschichten wurde von den sprachentwicklungsgestörten Kindern ein noch geringerer Teil wiedergegeben als von den Kindern, die in der Grundschule die Geschichte ebenfalls unzureichend wiedergegeben hatten. Die Kinder der Sprachheilschule hatten auch größere Schwierigkeiten bei der Beantwortung von Multiple-Choice-Fragen zum Text.

Wie Tab. 3 zeigt, wurde in der 4. Klasse selbst von Kindern der Grundschule noch wenig Gebrauch von komplexeren sprachlichen

Ausdrucksmitteln gemacht, die Satzlänge sowie der Anteil an Nebensätzen an allen Satzgerüsten waren noch gering und Konnektoren, die den inneren, logischen Zusammenhang von Einzelaussagen anzeigen, wurden relativ selten verwendet. Trotzdem zeigt sich in diesen Merkmalen ein deutlicher Unterschied sowohl zwischen den Grundschulern, die die Geschichte gut oder schwach wiedergaben, als auch zwischen den Grundschulern und den Schülern der Sprachheilschule. Nur im Einsatz von rückbezüglichen Ausdrücken (Pronomina und Adverbien) zum Ausdruck der Identität von Referenten und des Zusammenhangs zwischen den Aussagen wurde von allen Kindern reichlich Gebrauch gemacht. Man kann daraus folgern, daß auch sprachliche Ausdrucksmängel zu den geringen Leistungen bei der schriftlichen Wiedergabe einer Geschichte beitragen.

Ergebnisse der Sprach- und Begabungstests:

Der Vergleich der Leistungen der sprachentwicklungsgestörten Kinder mit jenen von Schülern der Grundschule einerseits sowie der lernbehinderten Kinder andererseits zeigt einmal, daß die sprachentwicklungsgestörten Kinder, entsprechend der Intention der Sprachheilschule, im nonverbalen Bereich der Intelligenz durchschnittlichen Schülern der Grundschule vergleichbar und somit nicht minderbegabt sind. Die Sprachtests weisen außerdem die erwarteten Schwierigkeiten bei

	GS-Gut		GS-Schwach		SHS	
% Hauptinhalte	41.8	(10.5)	21.2	(12.2)	12.1	(11.6)
% Details	15.5	(7.7)	8.4	(4.7)	4.0	(3.7)
% richtige MC-Fragen zum Text	92.8	(8.6)	83.3	(15.8)	75.4	(19.3)
Satzlänge	9.6	(1.8)	8.9	(1.9)	8.4	(2.1)
% Nebensätze	10.3	(7.4)	8.8	(11.0)	4.8	(6.0)
% Satzgerüste mit rückbezügl. Ausdrücken	47.0	(13.8)	47.2	(22.2)	45.2	(26.9)
% Satzgerüste koord. Konnektoren	19.6	(9.5)	18.1	(12.2)	11.6	(13.3)
% Satzgerüste log.-semant. Konnektoren	10.4	(7.0)	7.1	(8.9)	6.2	(8.4)

Tab. 3: Inhaltliche und sprachliche Auswertung der schriftlichen Geschichtenwiedergabe: Prozentsatz an wiedergegebenen Hauptinhalten und Details der Geschichte sowie an richtig beantworteten Multiple-Choice-Fragen zum Text; durchschnittliche Satzlänge; Prozentsatz an Nebensätzen; Prozentsatz an Satzgerüsten, in denen Kohäsionsmittel (Rückbezügliche Ausdrücke, Konnektoren) Verwendung fanden. Verglichen werden Schüler mit guten bzw. mittelmäßigen und schwachen Wiedergaben in der Grundschule sowie sprachentwicklungsgestörte Kinder in der Sprachheilschule (jeweils die Mittelwerte und in Klammern die Standardabweichungen).

der Beherrschung grammatikalischer Strukturen sowie einen geringeren aktiven Wortschatz dieser Kinder nach. Deutliche Schwierigkeiten bei diesen Tests lassen allerdings auch die lernbehinderten Kinder erkennen. Schwache Leser in der Grundschule erzielten hingegen zwar auf dem Kognitiven Fähigkeitstest schlechtere Werte, waren also etwas schwächer begabt, unterschieden sich jedoch in den meisten sprachlichen Fähigkeiten nur gering von den durchschnittlichen Schülern.

Als Lernvoraussetzung für das Lesenlernen von besonderer Bedeutung dürfte – wie einleitend festgestellt – das phonematische Bewußtsein sein. Vor allem der Sprachanalysetest zeigte starke Unterschiede zwischen den Gruppen in der Fähigkeit, Operationen an Phonemen vorzunehmen, an. Durchschnittliche Leser hatten bei diesem Test kaum Schwierigkeiten, sie führten in der 4. Klasse 90 Prozent der Aufgaben aus. Anfang der 3. Klasse, als wir den Kindern der Längsschnittuntersuchung die gleichen Aufgaben stellten, wurden von den guten Lesern bereits 82 Prozent der Aufgaben richtig gelöst, von den schwachen Lesern jedoch nur 72 Prozent (vgl. Klicpera et al. 1993). Der Sprachanalysetest differenziert somit sowohl zwischen guten und schwachen Lesern in der Grundschule als auch zwischen Schülern der Grund-, der Sprachheil- und der Allgemeinen Sonderschule und scheint eng mit dem Leistungsstand im Lesen zusammenzuhängen.

Im Sprachanalysetest wurde die Ausgliederung von Einzelkonsonanten mit jener von Konsonanten aus einer Konsonantenverbindung am Wortanfang sowie die Ausführung dieser Aufgaben an richtigen Wörtern sowie an sinnlosen Silben verglichen. Dabei zeigte sich, daß die sprachentwicklungsgestörten Kinder bei der Ausführung dieser Aufgaben an Pseudowörtern deutlich mehr Schwierigkeiten hatten, während die Leistung der guten Leser nur gering abfiel. Die sprachgestörten Kinder stützten sich bei den Aufgaben somit auf ihr Wissen um die Schreibweise einzelner Wörter und hatten Mühe, wenn diese Stütze wegfiel. Den sprachgestörten Kindern bereitete es zudem – ähnlich wie den lernbehinderten Kindern – wesentlich mehr Mühe, Konsonanten aus einer Konsonantenverbindung wegzulassen und das restliche Wort zu sagen, als die gleiche Aufgabe an einer einfacheren Phonemfolge auszuführen. Hier stimmt die Art ihrer Schwierigkeiten somit mit den beim Rechtschreiben beobachteten Problemen überein.

Um den Zusammenhang zwischen den sprachlichen Teilfertigkeiten sowie der Allgemeinbegabung und dem Leistungsstand im Lesen und Schreiben auch innerhalb der Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder zu überprüfen, wurden die Testergebnisse bzw. das Lehrerurteil über die Sprachschwierigkeiten der Kinder miteinander korreliert. Dabei zeigte sich ein klarer Zusammen-

	GS-gut	GS-schwach	SHS	ASO
Kognit.Fähigkeitstest	45.6 (6.6)	40.4 (8.5)	44.2 (10.4)	—
HSET-Textgedächtnis	57.2 (12.3)	51.1 (14.2)	43.7 (13.2)	33.7 (9.5)
HSET-VS+IS+SB	44.9 (8.0)	44.5 (8.7)	34.3 (9.0)	29.8 (8.9)
BNT-Aktiver Wortschatz	56.9 (6.1)	—	47.3 (7.5)	41.4 (11.5)
Sprachanalysetest	90.0 (6.0)	—	71.6 (16.9)	37.0 (25.7)
PET-Wörter Ergänzen	57.7 (8.4)	54.8 (9.5)	48.5 (10.9)	46.7 (14.0)
PET-Laute Verbinden	54.8 (8.3)	53.9 (7.2)	48.8 (7.4)	—

Tab. 4: Ergebnisse auf den sprachlichen Testverfahren für gute bzw. durchschnittliche und schwache Leser in der Grundschule, sprachentwicklungsgestörte und lernbehinderte Kinder (bei allen Tests außer dem Sprachanalysetest und dem BNT handelt es sich um T-Werte nach den Testnormen, kursiv gedruckte Werte sind in der Längsschnittuntersuchung Ende der 2. Klasse erhoben worden).

hang sowohl zwischen dem Lehrerurteil über das Ausmaß der Sprachstörung bei den Kindern als auch den Testergebnissen und dem Leistungsstand im Lesen und Schreiben in der Sprachheilschule. Von den beiden Faktoren des Lehrerurteils korrelierte allerdings nur der Faktor Ausmaß des allgemeinen Sprachentwicklungsrückstands mit den Leistungen im Lesen und Schreiben, nicht die Angaben über das Ausmaß der Schwierigkeiten in der Artikulation und der Lautdiskrimination.

Unter den schriftsprachlichen Fertigkeiten waren die Leistungen bei der schriftlichen Wiedergabe am klarsten durch die Testergebnisse vorherzusagen. Auch die Rechtschreibleistungen zeigten einen deutlichen Zusammenhang mit dem Großteil der Sprachtests. Erstaunlich ist allerdings, daß die nonverbale Intelligenz der Kinder (Kognitiver Fähigkeitstest) auf die Fortschritte sprachgestörter Kinder im Lesen und Schreiben keinen bedeutsamen Einfluß hatte. Hervorzuheben ist auch, daß der Leistungsstand im mündlichen Lesen nur mit den Leistungen auf den Tests korreliert, die das phonematische Bewußtsein erfassen, also dem Sprachanalysetest und den beiden Subtests des Psycholinguistischen Entwicklungstests.

3. Diskussion

Die Ergebnisse dieser Untersuchung können helfen, die hier erneut aufgezeigten beträchtlichen Schwierigkeiten vieler sprachentwicklungsgestörter Kinder beim Erlernen des Lesens und Schreibens besser zu verstehen. Zunächst ist festzuhalten, daß die Schwierigkeiten dieser Kinder nicht alle Aspekte des Schriftspracherwerbs in gleicher Weise betreffen, sowohl das Rechtschreiben als auch das Schreiben sind weit stärker betroffen als das Lesen.

Wenn wir uns zunächst dem mündlichen Lesen zuwenden, so konnten wir zeigen, daß nahezu alle Kinder mit einem beträchtlichen Rückstand in der Leseentwicklung – sowohl sprachentwicklungsgestörte als auch lernbehinderte Kinder und schwache Leser in der Grundschule – im Vergleich zu jüngeren durchschnittlichen Schülern spezielle Schwierigkeiten beim Lesen gänzlich unbekannter Wörter und somit nach dem Prozeßmodell des Lesens Probleme beim Erlernen des phonologischen Rekodierens haben. Trotzdem unterscheidet sich das Leistungsprofil dieser drei Gruppen deutlich voneinander:

	Lz-ZL	Lf-ZL	Lz-IL	Lf-IL	Rs-DR	Rs-WL	Schr.
Lehrer:Allg.Sprachstörung	.46*	.49*	.16	.53*	.65*	.50*	.63*
Lehrer:Artikulation	.10	.11	.08	.30	.20	.34	.01
BNT-Aktiver Wortschatz	.23	.18	.03	.35	.50*	.32	.54*
HSET-Grammatiksubtest	.19	.29	.10	.38*	.47*	.39*	.69*
HSET-Textgedächtnis	.32	.22	.01	.24	.30	.30	.62*
Sprachanalysetest	.43*	.39*	.38*	.59*	.59*	.53*	.37*
PET-Wörter Ergänzen	.25	.34	.12	.45*	.53*	.63*	.54*
PET-Laute Verbinden	.38*	.37*	.33	.42*	.38*	.40*	.49*
Kognitiver Fähigkeitstest	.12	.11	.09	.03	.09	.07	.11

Tab. 5: Korrelation des Lehrerurteils über das Ausmaß der Sprachstörung (unterteilt in die beiden Faktoren des Lehrerurteils: Ausmaß des allgemeinen Sprachentwicklungsrückstands und der Beeinträchtigung von Artikulation und Lautdiskrimination) sowie der Testergebnisse bei den Sprachtests in der Sprachheilschule mit den Leistungen im Lesen (Lesezeit=Lz und Lesefehler=Lf beim Zürcher Lesetest=ZL und Individuellen Lesetest=IL) und Schreiben (Rechtschreiben: Fehler beim DRT3=Rs-DR, Fehler bei den speziellen Wortlisten=Rs-WL; Schr=Anzahl an wiedergegebenen Hauptinhalten bei der Geschichtennacherzählung) (*= $p < 0.05$; *= $p < 0.01$).

- * Lernbehinderte Kinder haben nicht nur absolut die größten Schwierigkeiten beim Lesen, ihnen bereitet es zudem besondere Mühe, die orthographische Redundanz auszunutzen bzw. eine längere Buchstabenfolge in kleinere Einheiten zu gliedern.
- * Schwache Leser in der Grundschule stützen sich zur Kompensation der Schwierigkeiten beim phonologischen Rekodieren stärker auf die Vertrautheit mit häufiger vorkommenden Wörtern und zeigen daher sowohl bei den Lesefehlern als auch bei der Lesezeit den größten Unterschied zwischen häufigen, seltenen und gänzlich unbekannten Wörtern.
- * Sprachentwicklungsgestörte Kinder scheinen demgegenüber trotz ihrer Schwierigkeiten ein Erlesen der Wörter durch phonologische Rekodierung zu versuchen, so daß sie im Leistungsprofil zwischen den jüngeren durchschnittlichen und den schwachen Lesern der gleichen Klassenstufe in der Grundschule liegen.

Auch im Rechtschreiben gleicht das Leistungsprofil der sprachentwicklungsgestörten Kinder nicht einfach jenem jüngerer Kinder mit einem ähnlichen Leistungsstand. Die sprachentwicklungsgestörten Kinder beginnen besonders viele Fehler beim Schreiben von Wörtern mit komplexeren Phonemfolgen, was darauf hindeutet, daß sie Schwierigkeiten bei der Phonemanalyse haben. Auf der anderen Seite zeigt der Rechtschreibtest, daß sie weniger von der Worthäufigkeit beim Schreiben beeinflusst werden und sich somit trotz ihrer Schwierigkeiten vermutlich mehr auf ein segmentweises Rekodieren stützen.

Die Ergebnisse der Sprachtests bestätigten und ergänzten die bei der Analyse der Lese- und Rechtschreibleistungen gewonnenen Einsichten. Ähnlich wie beim Rechtschreiben hatten die sprachentwicklungsgestörten Kinder besondere Probleme bei der Analyse komplexerer Phonemfolgen mit Konsonantenverbindungen. Die Leistungen auf dem Phonemanalysetest unterschieden zudem nicht nur die Gruppen mit unterschiedlichem Leistungsstand im Lesen und Rechtschreiben voneinander, sondern korrelierten auch innerhalb der Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder sehr deutlich mit den

schriftsprachlichen Fertigkeiten. Ein Mangel an phonematischem Bewußtsein stellt somit auch bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern ein Hemmnis für das Erlernen des Lesens und Schreibens dar. Es wäre daher zu empfehlen, der Förderung dieser Fertigkeiten im Unterricht der Sprachheilschule größeren Raum zu geben.

In der Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder, aber auch unter den Kindern der Grundschule zeigte sich nur ein geringer Zusammenhang der nonverbalen Intelligenz mit den Leistungen im Lesen und Schreiben. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß sich in diesen Gruppen kaum Kinder mit einem schwerwiegenden Begabungsmangel befanden. Lernbehinderte Schüler wiesen zudem den größten Rückstand im Lesen und Rechtschreiben auf, was für einen Einfluß der Allgemeinbegabung auf das Erlernen dieser Fertigkeiten spricht. Die qualitativen Unterschiede im Leistungsprofil zwischen den lernbehinderten und den übrigen Kindern deuten zudem darauf hin, daß mit einer geringen Allgemeinbegabung zusätzliche Probleme entstehen, Schwierigkeiten beim Behalten der speziellen Schreibweise von Wörtern sowie bei der Ausnutzung der Redundanz bzw. der Regelmäßigkeiten im Wortaufbau.

Von Bedeutung ist auch, daß nach dem Lehrerurteil kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Artikulationschwierigkeiten und dem Leistungsstand im Lesen und Rechtschreiben bestand. Dies bestätigt frühere Beobachtungen, daß isolierte Artikulationsstörungen das Erlernen des Lesens und Schreibens nicht wesentlich erschweren (vgl. Bishop 1985; Bishop/Adams 1990).

Besonders auffällig war der Rückstand der sprachentwicklungsgestörten Kinder bei der schriftlichen Wiedergabe einer Geschichte. Die Analyse der Texte deutete darauf hin, daß die Schwierigkeiten bei der Nacherzählung – ähnlich wie bei Kindern mit schwachen schriftlichen Leistungen in der Grundschule – auch mit einer mangelnden Beherrschung sprachlicher Ausdrucksmittel zusammenhängen. Für den Unterricht bedeutet dies, daß die Förderung des schriftlichen Ausdrucks in der Sprachheilschule stärker im Mittelpunkt ste-

hen sollte. Hilfen bei der Analyse des Textaufbaus, bei der Satzanalyse sowie eine stärkere Schwerpunktsetzung auf Erweiterung des Wortschatzes und Anleitung zur Verwendung von Konnektoren, die den inneren Zusammenhang von Aussagen anzeigen, wären hier notwendig.

Literatur

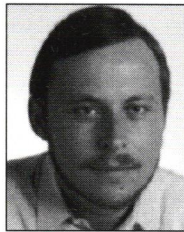
- Adams, M.J.: Beginning to read: Thinking and learning about print. Cambridge 1990.
- Angermaier, M.M.: Psycholinguistischer Entwicklungstest. Manual. Weinheim 1974.
- Barron, R.W.: Development of visual word recognition: A review. In: MacKinnon, U.E., Waller, T.G.: (Hrsg.) Reading research. Advances in theory and practice, Vol.3. New York 1981.
- Becker, R.: Die Lese-Rechtschreib-Schwäche aus logopädischer Sicht. Berlin 1985.
- Bishop, D.V.M.: Spelling ability in congenital dysarthria: Evidence against articulatory coding in translating between phonemes and graphemes. Cognitive Neuropsychology 2(1985), 229-251.
- Bishop, D.V.M., Adams, C.: A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. Journal of Child Psychology and Psychiatry 31(1990), 1027-1050.
- Fundudis, T., Kolvin, I., Garside, R.: Speech retarded and deaf children: Their psychological development. London 1979.
- Goswami, U.C., Bryant, P.: Phonological skills and learning to read. Hillsdale, N.J. 1990.
- Grimm, H., Schöler, H.: Heidelberger Sprachentwicklungstest. Braunschweig 1978.
- Heller, K., Gaedecke, A.K., Weinländer, H.: Kognitiver Fähigkeits-Test KFT 4-13+. Deutsche Bearbeitung des „Cognitive Ability-Test“ von Thorndike, R.L., Hagen, E. Weinheim 1985.
- Kaplan, E.F., Goodglass, H., Weintraub, S.: Boston Naming Test, Experimental Edition 1978.
- Klicpera, C.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. Heidelberg 1985.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., Schabmann, A.: Lesen und Schreiben – Entwicklung und Schwierigkeiten. Die Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Schreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit. Bern 1993.
- Levelt, W.J.M.: Speaking. From intention to articulation. Cambridge, MA 1989.
- Linder, M., Grisseman, H.: Zürcher Lesetest. Bern 1980.
- Lovett, M.W.: Reading skill and its development: Theoretical and empirical considerations. In MacKinnon, G.E., Waller, T.G. (Hrsg.): Reading research. Advances in theory and practice, Vol. 3. New York 1981.
- Morrison, F.J.: Reading disability: A problem in rule learning and word decoding. Developmental Review, 4(1984), 36-47.
- Perfetti, C.A.: Reading ability. New York 1985.
- Plickat, H.: Der deutsche Grundwortschatz. Weinheim 1983.
- Rack, J.P., Snowling, M.J., Olson, R.K.: The nonword reading deficit in developmental dyslexia: A review. Reading Research Quarterly, 27(1992), 29-53.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P.: Preschool to school. A behavioral study. London 1982.
- Silva, P.A., McGee, R., Williams, S.: Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age seven. Developmental Medicine and Child Neurology 25(1983), 783-793.
- Silva, P.A., Williams, S., McGee, R.: A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behaviour problems. Developmental Medicine and Child Neurology, 29(1987), 630-640.
- Snowling, M.J.: Developmental reading disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(1991), 49-77.
- Wagner, R., Torgesen, J.: The nature of phonological processing and its causal role in the acquisition of reading skills. Psychological Bulletin, 101(1987), 192-212.
- Wolf, M.: Naming, reading and the dyslexias: A longitudinal overview. Annals of Dyslexia, 34(1984), 87-115.

Anschrift der Autoren:

Doz. DDr. C. Klicpera
Abteilung für angewandte
und klinische Psychologie
Gölsdorfasse 3/6
A-1010 Wien

MAGAZIN

Im Gespräch



Uwe Förster, Hess. Oldendorf

Zur Relevanz einer Erfassung der prämorbid kommunikativen Kompetenz für die Therapie von Erwachsenen mit zentral-bedingten Sprach- und Sprechstörungen¹

Insbesondere die linguistische Forschung hat wesentlich zu einer differenzierten Betrachtung der zentral-bedingten Sprachstörungen beigetragen – die davon betroffenen Individuen blieben aber nicht selten dahinter zurück.

Die Aphasiediagnostik im deutschsprachigen Raum ist mit Erscheinen des Aachener Aphasietests (AAT) immer subtiler geworden – das ist positiv zu sehen, denn erst dadurch wird eine exakte sprachwissenschaftliche Beschreibung von aphasischen Symptomen möglich. Die Dysarthrie-Problematik befindet sich daran gemessen noch in den wissenschaftlichen Anfängen und kann daher auch hier nur eine marginale Besprechung erfahren.

Mit Grohnfeldt (1989) und Motsch (1989) wird die Auffassung vertreten, daß neben der unbestrittenen diagnostischen Aufgabe, die Sprach- und Sprechstörungen an sich zu untersuchen, es ebenso notwendig erscheint, das Störungserleben und die subjektive Lebensbedeutsamkeit für das betroffene Individuum zu ermitteln. Es sollte also der in seiner sozialen und personalen Existenz behinderte Mensch gesehen werden, zumal das Ausmaß seiner kommunikativen Behinderung oft weniger mit der objektiven Einschränkung verbaler Informationsübermittlung, als vielmehr mit der subjektiven Belastung des Sprachbehinderten und seiner Kommunikationspartner zusammenhängt. Sprach- und Sprechstörungen können sich auf dem individuellen biographischen Hintergrund lediglich als Beeinträchtigung bis hin zu massiv empfundenen Behinderungen auswirken. Dies gilt es diagnostisch zu ermitteln. So erlebt z.B. eine

einstmals aufgeschlossene, kommunikationsfreudige Person durch eine objektiv geringfügige Restaphasie eine „performative Behinderung“ (Kobi 1992), womit Behinderungen bezüglich der Art und Weise, wie ein Individuum sich darzustellen oder einzubringen vermag, gemeint sind.

Der Erwachsene, der nach abgeschlossenem Spracherwerb von einer Sprach- und/oder Sprechstörung durch einen Insult oder ein Trauma betroffen wird, ist als kommunizierendes Individuum also keine „tabula rasa“. Jahrzehntlang hat er ein Leben als Sprecher und Hörer geführt – hat in diesen Bereichen Erfahrungen gesammelt, positive wie negative, hat sich als Mensch entwickelt, als Persönlichkeit, mit Vorlieben, Abneigungen, Stärken und Schwächen – auch in kommunikativer Hinsicht. Wir haben es also mit einem einzigartigen Menschen zu tun, der den berechtigten Anspruch darauf hat, in seiner Einzigartigkeit erkannt und anerkannt zu werden.

Wie könnten sich diese Überlegungen diagnostisch umsetzen lassen?

Fragt man nach der Zielsetzung der Diagnostik, so wird überwiegend die Erhebung therapierelevanter Daten im Mittelpunkt des Interesses stehen. Es ist davon auszugehen, daß der jeweilige fachspezifische therapeutische Zugang, die damit verbundene Therapie-Methodik und das angestrebte Therapieziel Einfluß auf die vorausgehende Diagnostik haben dürften.

¹Vortrag: IALP-Kongreß, Hannover 1992

Von welchem therapeutischen Grundverständnis nimmt nun die sprachpädagogische Diagnostik ihren Ausgang?

Sprachtherapeutisches Handeln sollte „nicht auf eine depersonalisierte Idealform sprachlicher Kompetenz hin orientiert (werden), sondern auf das jeweils individuell Mögliche ... und bedeutsam Erlebte“ (Motsch 1986, 98).

Sprachtherapie wird erst dann erfolgreich und für den Sprachbehinderten lebensbedeutsam, wenn sie zur Verbesserung seiner kommunikativen Fähigkeiten führt, d.h., wenn die verbesserte Sprache für den Betroffenen funktional verfügbar wird.

Unter kommunikativer Kompetenz wird im folgenden die Fähigkeit verstanden, Mitteilungen kontextangemessen zu verstehen und zu produzieren. Maßstab dabei ist, daß die Informationen beim Kommunikationspartner ankommen, ohne Berücksichtigung des dabei verwendeten Mediums.

Zusammenfassend ist bisher festzustellen, daß die Erfassung und Bewertung des sprachlichen Status quo nur eine Ebene des diagnostischen Prozesses sein sollte, die um eine subjekt-orientierte Dimension ergänzt werden muß. Hierbei ist das von einer Sprach- und/oder Sprechstörung betroffene Individuum in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken, und zwar unter besonderer Berücksichtigung seiner prämorbid kommunikativen Einzigartigkeit.

Die Erfassung der prämorbid kommunikativen Kompetenz, die auch Persönlichkeitsmerkmale beinhaltet, erscheint insbesondere aus folgenden Gründen bedeutsam:

Das Therapieziel „Erweiterung der kommunikativen Kompetenz“ kann nur individuumbezogen operationalisiert werden, wenn die prämorbid kommunikativen Kompetenz einer Einschätzung unterzogen wurde. Die bereits erwähnten kommunikativen Beeinträchtigungen können die Gesamtpersönlichkeit des Sprachbehinderten belasten, was sich u.a. in einer veränderten Motivation zur Kommunikation (Vermeidungsverhalten etc.) ausdrücken kann. Ein verändertes Selbst- und Fremdbild sowie eine beeinträchtigte soziale Wahrnehmung sind unter Umständen Folgen, die nur

im Vergleich zur prämorbid Situation aufgedeckt werden können.

Darüber hinaus ist es therapeutisch relevant, mögliche Informationen über Änderungen im Rollenverhalten und in Verhaltensmustern sowie Anhaltspunkte über die vor-aphasische Kommunikation zu erhalten, sich einen Überblick über den persönlichen und kommunikativen Stil zu verschaffen und kommunikative Bedürfnisse zu ermitteln, die nur im Kontext prämorbid Verhaltensweisen zu verstehen sind.

Zur eigentlichen Datenerhebung ist zu sagen, daß sie im Gegensatz zum überwiegend quantitativen Vorgehen – wie z.B. in Sprachtests – qualitativ orientiert ist; das heißt, daß sie im Feld des Alltags angesiedelt ist und sich an forschungsmethodischen Grundsätzen hermeneutisch-interpretativer Untersuchungsverfahren orientiert. Als Methoden werden insbesondere die Beobachtung und die Befragung in ihren unterschiedlichen Varianten herangezogen. Dieser sozialwissenschaftliche Zugang entfernt sich bewußt von der klassischen Empirie und der Untersuchung umfänglicher Populationen; er mißt der Einzelfallstudie, also kasuistischer Forschung, größere Bedeutung zu.

Im folgenden sollen nun einige Methoden der Datenerhebung skizziert werden.

1. Die critical incident technique (CIT)

Die CIT (Flanagan 1954; Webster et al. 1982) ist ein Verfahren, mit dessen Hilfe bestimmte Daten hinsichtlich des Verhaltens in genau definierten Situationen gesammelt werden können.

Die CIT benötigt eine detaillierte Beschreibung der Situationen, des Ereignisses bzw. der Interaktion eines jeden Probanden mit den Ehepartnern, sowohl vor als auch nach der Erkrankung. Von diesen Beschreibungen sollten dann Rückschlüsse auf Änderungen im Rollenverhalten und bezüglich Verhaltensmustern gezogen werden. Z.B. könnte eine Ehefrau gefragt werden: „Wie haben Sie und ihr (aphasischer) Ehemann Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Erziehung ihrer Kinder gelöst?“ Anschließend wird die Person aufgefordert, Ereignisse zu beschrei-

ben, die die gegenwärtige Interaktion mit dem aphasischen Partner darstellt.

Durch die CIT können also Elemente der kommunikativen Kompetenz eingeschätzt werden, die ohne Zweifel in Abhängigkeit vom nichtbehinderten Partner gesehen werden müssen. Bezüglich der Datenauswertung und -analyse ist anzumerken, daß der Autor keine konkreten Hinweise darauf gibt. Eine derartige Erhebung geht aber auch davon aus, daß der Diagnostiker eine kontrollierte Interpretation qualitativer Daten vornehmen muß.

2. Themenbereiche zur Erfassung der vor-aphasischen Kommunikation

Dieser Fragebogen von Green (1984) kann sowohl dem von Aphasie betroffenen Erwachsenen als auch einer Person des sozialen Umfeldes – oder auch beiden – vorgelegt werden. Die kommunikative Kompetenz wird anhand von 12 Parametern beschrieben: Fremdsprachen, Sprache, Stil, Typ, Personen, Themen, Umgebung, Verständnis, Lesen, Schreiben, Gestik.

Zur Be- bzw. Auswertung gilt die bereits oben getroffene Feststellung.

Themenbereiche zur Erfassung der voraphasischen Kommunikation

1. *Fremdsprachen*: Wie viele Sprachen sprach/verstand/las/schrieb er/sie? Welche sind das? Wo wurde die Sprache gesprochen? (z.B. Italienisch zu Hause)
2. *Sprache*: Hatte er/sie zuvor irgendwelche Sprachprobleme? Beschreiben Sie sie. Was tat er/sie, wenn er/sie bei einem Wort steckenblieb?
3. *Stil*: War er/sie gesprächig/ruhig/argumentativ/erwidernd auf geselliges Geplauder/ein Schnellsprecher/ein guter Zuhörer/bestimmt/rücksichtsvoll/dominant/unschlüssig/passiv/verständlich/vergeßlich für Namen/ein schlechter Zuhörer?
Machte er/sie folgendes: nuscheln/laut sprechen/leise sprechen/Dinge immer wiederholen/schnell sprechen/langsam sprechen/Fragen stellen/häufig den Gesprächsfaden verlieren/das Gespräch an sich reißen/selten das Gespräch in Gang bringen/leicht das Gespräch eröffnen/Spaß am Gespräch mit Menschen haben/sorgfältig auf das achten, was gesagt wird/Sprache anderer Leute verbessern/fluchen?
4. *Typ*: *Macht er/sie folgendes*: am Telefon antworten/mit Leuten telefonieren/die Tür öffnen/Sprechen in: Geschäften, Kneipen, Bussen, Banken, Autos, Kirchen, beim Essen, spielt Brett- oder Kartenspiele/führt öffentliche Unterredungen/gibt Interviews/betet laut/singt/besucht Versammlungen? Zwischen Ihnen beiden, wer gewöhnlich: beginnt das Gespräch/führt das Gespräch/beendet das Gespräch?
5. *Zeit*: Wann sprach er/sie am meisten? Gab es eine bestimmte Zeit, z.B. nach der Arbeit, zum Frühstück, wann wollte er/sie sprechen? Gab es eine Zeit, in der er/sie selten sprechen wollte? Wann sprach er/sie am meisten mit Ihnen?
6. *Personen*: Mit wem sprach er/sie: Nachbarn/Frau/Sohn/Tochter/Enkelkinder/Freunde/Arbeitskollege/Chef/zu Fremden?
Zu wem sprach er/sie am häufigsten?
Sprach er/sie immer zu speziellen Gruppen von Menschen/bestimmte Gruppengröße/Typ der Menschen/Themen und Situationen?
7. *Themen*: Worüber sprach er/sie am liebsten: Nachrichten/Fernsehen/eigene Ideen/Zukunftspläne/Arbeit/Politik/Religion?
Wie war sein/ihr Standpunkt dazu? Worüber sprach er/sie nicht gern? Über welche Dinge sprach er/sie mit Ihnen? Über welche Dinge sprachen Sie mit ihm/ihr?
Wie drückte er/sie Gefühle und Emotionen aus?
8. *Umgebung*: In welcher Umgebung sprach er/sie lieber: geräuschvoll/ruhig/groß-klein/öffentlich-privat/bei Insidern-Outsidern? Wo sprach er/sie am meisten: Bei der Arbeit/zuhause/in der Kneipe?
9. *Verständnis*: Sah er/sie fern/hörte er/sie Radio/hörte er/sie Vorlesungen/Predigten/ging er/sie ins Theater, Kino?
10. *Lesen*: Las er/sie? Wenn ja, was: Briefe, Einkaufszettel, Postkarten, Formulare, Geschichten?
11. *Schreiben*: Schrieb er/sie? Wenn ja, was: Briefe, Einkaufszettel, Postkarten, Formulare, Geschichten? An wen/wie oft/über was?
12. *Gestik*: Wie gebrauchte er/sie seine/ihre Hände oder das Gesicht, wenn er/sie sprach?

3. Fragebogen zum Überblick über den persönlichen und kommunikativen Stil

Der Fragebogen von *Swindell et al. (1982)* bewertet in seiner ersten Erhebung den sogenannten persönlichen Stil. Dazu wird eine 5-Punkte-Skala benutzt, um den Patienten in den Bereichen Humor, Flexibilität, Problemlösungsfähigkeit etc. einzuschätzen. Die zweite Erhebung intendiert, den (prämorbid) Kommunikationsstil zu erfassen.

Es wurden Aussagen entwickelt, die den von Aphasie Betroffenen als Kommunikations-

partner in den Bereichen Schreiben, Lesen, Sprechen, Hören und nonverbales Verhalten zu beschreiben versuchen. Es wird ein Pluszeichen gegeben, wenn die entsprechende Aussage den Betreffenden charakterisiert, ein Minuszeichen, wenn sie dies nicht tut.

Wenn es auch den Autoren insbesondere darum geht, den Therapieerfolg bzw. die Restitutionsfähigkeit prognostizieren zu können, stellt der Fragebogen eine Interdependenz zwischen Persönlichkeit und Kommunikation in bezug auf Vergangenheit und Gegenwart her.

Fragebogen zum Überblick über den persönlichen und kommunikativen Stil

Untersuchungsbogen

1. Persönlicher Stil (Persönlichkeit):

Umkreisen Sie eine der Nummern von 1 bis 5 der folgenden Aussagen, die am besten auf Ihr Familienmitglied zutreffen. Z.B. könnte die Aussage lauten:

häuslicher Typ 1, 2, 3, 4, 5 immer auf dem Sprung

Wenn er/sie tatsächlich immer auf dem Sprung ist, umkreisen Sie die 5, oder wenn er/sie wirklich ein häuslicher Typ ist, umkreisen Sie die 1. Wenn Sie meinen, Ihr Familienmitglied ist irgendwo dazwischen anzusiedeln, umkreisen Sie die entsprechende Nummer dazwischen (2, 3 oder 4).

a) Perfektionist	1 2 3 4 5	Tolerant gegenüber Unvollkommenheit;
b) ist leicht beeinflussbar	1 2 3 4 5	Neigt zur Übernahme der Leitung;
c) Sieht immer nur eine Lösung des Problems	1 2 3 4 5	Sieht viele Wege, ein Problem zu lösen;
d) Abhängig	1 2 3 4 5	Unabhängig;
e) Bleibt für sich allein	1 2 3 4 5	Geht häufig aus;
f) Zeigt nicht viel Humor	1 2 3 4 5	Hat einen guten Sinn für Humor;
g) Mangel an Selbstvertrauen	1 2 3 4 5	Hat Selbstvertrauen;
h) Zu selbstkritisch	1 2 3 4 5	Angemessen selbstkritisch;
i) Erwartet das Schlechteste	1 2 3 4 5	Erwartet das Beste;
j) Überwältigt von Problemen	1 2 3 4 5	Herausgefordert und stimuliert durch Probleme;
k) Kennt sich selbst nicht gut	1 2 3 4 5	Kennt sich selbst sehr gut;
l) Starr	1 2 3 4 5	Flexibel;
m) Leicht aus dem Gleichgewicht geworfen	1 2 3 4 5	Bewältigt die Dinge mühelos;
n) Denkt, daß sich alles zum Schlechten wendet	1 2 3 4 5	Denkt, daß sich alles zum Guten wenden wird;

2. Kommunikativer Stil:

Bitte lesen die nachfolgende Aussagen. Nachdem Sie jede einzelne gelesen haben, entscheiden Sie, ob sie Ihr Familienmitglied beschreibt. Wenn sie sie/ihn beschreibt, schreiben Sie ein + Zeichen; wenn es sie/ihn nicht beschreibt, schreiben Sie ein - Zeichen in die Lücke neben der Aussage.

1. Bei Wegbeschreibungen würde sie/er eher eine Landkarte zeichnen, als die Richtung verbal zu beschreiben.
2. Bei Gedankenverlorenheit neigt sie/er eher dazu, Figuren (Menschen und Tiere, Objekte) und geometrische Formen zu zeichnen, als Wörter zu schreiben.
3. Sie/er malt oder zeichnet als Teil seiner Arbeit oder in seiner Freizeitbeschäftigung.
4. Sie/er kann gewöhnlich aufgrund mimischer Ausdrücke sagen, wie andere sich fühlen.
5. Sie/er kann mit ihren/seinen Händen reden.
6. Sie/er ist eine künstlerische oder kreative Person.
7. Sie/er benutzt Zeigegestik, um etwas zu erklären.
8. Sie/er unterhält eine Korrespondenz mit mindestens einer anderen Person.
9. Wenn sie/er eine Beschwerde hat, würde sie/er eher einen Brief schreiben, als einen Anruf tätigen.
10. Sie/er macht regelmäßig Listen (bezüglich der Dinge, die zu tun sind).
11. Sie/er hinterläßt Notizen für andere.
12. Ihre/seine Arbeit beinhaltet eine Menge Papierarbeit (wenn pensioniert, beziehen Sie sich auf die am längsten getätigte Arbeit).
13. Beim Versenden von Grußkarten würde sie/er dazu neigen, einige Mitteilungen über die Signatur mit einzuschließen.
14. Sie/er besitzt und benutzt einen Terminkalender.
15. Sie/er verläßt sich auf Zeitungen und Zeitschriften, um über aktuelle Geschehnisse auf dem Laufenden zu bleiben.

Welche Konsequenzen können aus dem Gesagten für sprachtherapeutisches Handeln gezogen werden?

Die Therapie sollte sich nicht auf die Korrektur der aphasischen und/oder dysarthrischen Symptome beschränken, sondern auf eine umfassende psycho-soziale Beeinflussung des betroffenen Erwachsenen gerichtet sein. Die Verbesserung der linguistischen Kompetenz des zentral-bedingten sprach- oder sprechbehinderten Erwachsenen muß ein elementares Ziel therapeutischen Handelns bleiben, wird aber erst dann von subjektiver Bedeutung werden, wenn sie zur Erleichterung des (kommunikativen) Alltags beiträgt.

Ein derartiger therapeutischer Ansatz macht ein komplexes diagnostisches Vorgehen erforderlich, er scheint es aber auch zu rechtfertigen.

Literatur:

- Flanagan, J.C.: The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(1954), 327-358.
- Förster, U.: Aphasiediagnostik als Verstehensprozeß – Qualitativ-orientierte Verfahren zur Untersuchung alltäglicher Kommunikationssituationen. Diss. Hannover 1989.

Green, G.: Language Usage in Aphasia Management. Paper presented at the AASH Conference. Adelaide 1984.

Grohnfeldt, M.: Merkmale der pädagogischen Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 13-31.

Kobi, E.: Performative Behinderungen. *Bulletin* 1(1992), 1-3.

Motsch, H.-J.: Arbeiten mit Sprachbehinderten. In: Spiess, W./Motsch, H.J.: Heilpädagogische Handlungsfelder I. Bern/Stuttgart 1986, 73-124.

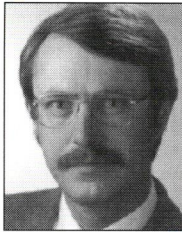
Motsch, H.-J.: Sprach- oder Kommunikationstherapie? In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 73-95.

Swindell, C.S. et al.: A Questionnaire for Surveying Personal and Communicative Style. In: Brookshire, R.H. (ed.): Clinical Aphasiology Conference Proceedings. Minneapolis 1982, 50-64.

Webster, E.J. et al.: Descriptions of Husband-Wife Communication Pre- and Post-Aphasia. In: Brookshire, R.H. (ed.): Clinical Aphasiology Conference Proceedings. Minneapolis 1982, 64-74.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Uwe Förster
Tulpenstr. 4
31840 Hess. Oldendorf



Andreas Starke, Hamburg

Ansichten zur therapeutischen Aufgabe „Stottern“

Zusammenfassung

Ausgehend von einer kurzen Darstellung seiner Arbeit erläutert der Autor den u.a. durch Charles Van Riper herbeigeführten Paradigmenwechsel in der Behandlung des Stotterns. Das Therapieziel, „bestmöglich zu stottern“, wird dargestellt und auf die regelmäßig zu beobachtende Nebenwirkung der drastischen Verminderung der Stotterrate hingewiesen. Damit erweist sich der Van Ripersche Ansatz als eine Umwegstrategie. Nach Auffassung des Autors ist es jedoch möglich, daß eines Tages der für flüssiges Sprechen kritische Basisprozeß genauer bestimmt werden kann, so daß die Lösung des therapeutischen Problems „Stottern“ schließlich vielleicht doch in einer Übungstherapie gefunden wird.

1. Einleitung

Dieser Aufsatz beruht auf einem Vortrag, den ich auf der 2. Stotterkonferenz der Interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie e.V. 1992 in Gernersheim gehalten habe. Ziel der Veranstaltung war, Vertreter von verschiedenen Therapieeinrichtungen zu Wort kommen zu lassen, um ihre Standpunkte darzustellen und ihnen Gelegenheit zu geben, ihre kontroversen Meinungen zu diskutieren und ihre Übereinstimmungen deutlich zu machen.

2. Das Van-Riper-Programm als intensive Intervalltherapie

Seit 1987 führe ich zusammen mit der Logopädin Angelika Engert bzw. mit dem Sprachheilpädagogen Bernd Koppenhagen eine Therapie für stotternde Erwachsene durch, die ich „Van-Riper-Programm als intensive Intervalltherapie“¹ genannt habe. Diese Arbeit hat mich veranlaßt, einige grundsätzliche Positionen, die ich bezüglich der therapeutischen Aufgabe „Stottern“ einnehme, zu überdenken und an dieser Stelle zusammenzufassen.

Das Therapieprogramm besteht aus vier Therapieperioden von jeweils fünf Tagen, die in Abständen von etwa sechs bis acht Wochen stattfinden. Das Programm wird als Gruppentherapie durchgeführt, die Gruppe besteht aus zwölf Patienten und zwei Therapeuten. In der Therapie orientieren wir uns im wesentlichen an dem von Charles Van Riper vorgeschlagenen Vorgehen. Die erste Woche ist der Identifikation gewidmet, die zweite Woche der Desensibilisierung, und in der dritten und vierten Woche arbeiten wir an der Modifikation. Die Stabilisierung wird am Ende der vierten Woche bearbeitet und an einem weiteren Wochenende, das nach einer längeren Pause von etwa zehn bis zwölf Wochen auf das Grundprogramm folgt. Für die Absolventen des Programms besteht die Möglichkeit, nach Bedarf an „sogenannten“ Offenen Wochenenden teilzunehmen. Davon wird allerdings nur geringer Gebrauch gemacht.

3. Der Paradigmenwechsel

Der Therapieansatz, den Charles Van Riper 1973 in seinem Buch „Die Behandlung des Stotterns“ beschreibt, stellt einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von stotternden Erwachsenen dar. Nicht das stotterfreie Sprechen „um jeden Preis“ wird als das Ziel der Bemühungen betrachtet, sondern der Erwerb der Fertigkeit, ohne Vermeidung und Anstrengung zu stottern.

Dieser Paradigmenwechsel, d.h. diese grundsätzliche Umorientierung in der Auswahl des

1) Das Van-Riper-Programm als intensive Intervalltherapie – Ein Therapieangebot für stotternde Erwachsene. Merkblatt des Vereins zur Förderung des Sprachheilwesens e.V., c/o Andreas Starke, Höperfeld 23, 21033 Hamburg. 1991.

Weges, auf dem die Lösung des Problems zu suchen ist, wurde notwendig angesichts der – soweit das dokumentiert ist, jahrzehntelangen – frustrierenden Erfahrung mit ständigen neuen Patentrezepten, wie der Stotterer zu heilen sei. Unter Heilung wurde, und wird vielfach auch heute noch, die Beseitigung des Stotterns „um jeden Preis“ verstanden, auch um den Preis einer abnormen Sprechweise, abartiger Hilfsbewegungen, der Anforderung, sich ständig auf einen bestimmten Vorgang beim Sprechen zu konzentrieren, und was dergleichen Dinge mehr sind.

Tatsächlich kann man ein solches Therapieergebnis nicht als Heilung bezeichnen. Ein Stotterer, dem es gelingt, bei Beachtung gewisser Regeln stotterfrei zu sprechen, kann nicht als „geheilt“ im engeren Sinne bezeichnet werden. Eine Heilung im engeren Sinne liegt nur dann vor, wenn jemand, der einmal gestottert hat, (1) nicht mehr stottert und (2) keinerlei Maßnahmen ergreift, um Stottern zu verhindern, seien es Übungen zu Hause, seien es bewußt eingesetzte Hilfsmittel beim Sprechen oder sei es die Entscheidung, weniger zu sprechen als er möchte. Natürlich ist diese Art von Heilung ein Idealziel, aber es ist meines Wissens bisher kein Verfahren bekannt, das die Erreichung dieses Idealziels zuverlässig leistet.

Der Paradigmenwechsel besteht nun darin, nicht mehr die Beseitigung des Stotterns zum Therapieziel zu machen, sondern die „bestmögliche“ Ausgestaltung des sogenannten Symptoms, d.h. des einzelnen Stotterereignisses.

Die Grundüberlegung bezüglich dieser Aufgabe geht davon aus, daß das beobachtbare Verhalten eines stotternden Menschen häufig das „eigentliche Stottern“ kaum erkennen läßt, sondern weitgehend aus Vermeidungs- und Anstrengungsreaktionen auf das „eigentliche“ Stottern besteht. Das eigentliche Stottern interpretiere ich als eine eher geringfügige motorische Fehlleistung, die eine neurologische Grundlage hat. (Dieser Standpunkt ist mit dem Stand des Wissens verträglich (vgl. Starke 1989). Die Situationsabhängigkeit des Stotterns halte ich für einen Beweis dafür, daß gewisse vegetative Variablen einen Einfluß darauf haben, ob diese neurologische

Grundstörung tatsächlich zu einer motorischen Fehlleistung führt, nicht aber für einen Beweis dafür, daß das Stottern, wie vielfach behauptet, eine „psychogene Störung“ ist.)

4. Bestmöglich stottern

Was heißt nun „bestmöglich“? Es heißt, (1) daß das Stotterereignis nur in Richtung auf die Bewegungsabläufe beim normalen Sprechen abgeändert wird und (2) daß ein großer Teil der Aufmerksamkeit in der Therapie auf die „Brauchbarkeit“, d.h. auf den pragmatischen Wert der neuen Art zu sprechen gelegt wird. Es wäre eine eigene Veranstaltung nötig, diese beiden Punkte näher zu erläutern, so daß ich mich hier auf wenige Bemerkungen beschränken muß.

Es erscheint mir wichtig, der Versuchung zu widerstehen, durch allerhand Kunstgriffe wie etwa ein vorgeschobenes /m/ vor /b/ oder die *Schwartzsche* Anhauchtechnik (leichte Ausatmung vor dem Sprechen bzw. vor dem als „schwierig“ erlebten Wort; vgl. Schwarz 1977) auf die Verbesserung der Sprechflüssigkeit hinzuarbeiten, da diese Kunstgriffe abnorme Zusätze darstellen, die nicht kontinuierlich abgebaut werden können. Wenn das normale Sprechen das Ziel der Bemühungen ist, muß die neue Reaktion auf das Stotterereignis genau den Bewegungsabläufen beim normalen Sprechen gleichen. Die einzige Variable, die gezielt manipuliert wird, ist die Bewegungsgeschwindigkeit. Diese ist kontinuierlich variierbar, d.h. der Zugang zur Normalbewegung ist bruchlos möglich.

Es erscheint mir ebenfalls wichtig, das, was man dem Patienten beizubringen versucht, auf seine kommunikative Brauchbarkeit zu überprüfen. Die Kommunikation besteht in mehr als der Übermittlung von Wörtern, sie wird durch die Abwesenheit von Stottern nicht notwendigerweise besser. Eine notwendige Bedingung für das Gelingen von Kommunikation ist Echtheit im Ausdruck (*Watzlawick* [1969] würde etwa sagen: die Verträglichkeit von digital und analog vermittelter Botschaft, d.h. von Inhalts- und Beziehungsaspekt einer Botschaft). Die Lehrbuchweisheit: „Eine künstliche Sprechweise wird als Ich-fremd erlebt und deswegen abgelehnt“, beschreibt den Vorgang bei weitem nicht genau genug.

Da jeder Mensch, der stottert, bei einer mehr oder weniger großen Anzahl von Wörtern, die er sagt, flüssig spricht, erscheint es mir nicht ratsam, diesen normalen Anteil seiner mündlichen Kommunikation anzugreifen. Wir beschränken uns also auf die Veränderung der Reaktion auf das Stottern und verzichten darauf, den gesamten Sprechablauf zu verändern, obwohl ein stotterfreies, aber in seinen beziehungsrelevanten Aspekten verfälschtes Sprechen auf diese Weise leicht zu erreichen wäre.

5. „Flüssig werden“

Wenn man als Therapeut auf die mögliche Eliminierung des Stotterns zunächst verzichtet, bedeutet das nicht, daß man dem Patienten nicht mehr vermitteln kann als ein etwas besseres Stottern und etwas bessere Gefühle beim Stottern und schließlich eine etwas verbesserte Fähigkeit, sprachlich zu kommunizieren. Es ist nämlich eine durchgängige Erfahrung, daß auch die Häufigkeit des Stotterns drastisch abnimmt, wenn der Patient in der Lage ist, die Bewegungsabläufe beim Stottern zu verbessern und seine negativen Gefühle beim Stottern abzubauen.

Wir beobachten mit großer Regelmäßigkeit in der Therapie einen Vorgang, den wir mit dem Ausdruck „Er/Sie wird flüssig“ belegen. Die Anzahl der Stotterereignisse beginnt drastisch zu sinken, und die verbleibenden gelegentlichen Stotterereignisse werden leicht und mühelos bewältigt. Ich führe diesen Vorgang auf die Summe der bewußt angebahnten und spontan stattfindenden Veränderungen in der bewegungsmäßigen und gefühlsmäßigen Reaktion des Patienten auf das Stottern zurück. Ich beobachte, daß dann, wenn ein Patient „flüssig geworden“ ist – häufig ist es das erste Mal in seinem Leben, daß er bewußt erlebt, wie ein Nichtstotterer spricht –, er insgesamt einen Ansatz zum Sprechen benutzt, der das flüssige Sprechen begünstigt. Psychologisch interpretiert drückt sich durch diesen besseren Ansatz eine – für viele Patienten neuartige – Unbekümmertheit aus, sprechtechnisch ist er beobachtbar an Variablen wie Atemmuster, Gebrauch der Stimme und Merkmalen der Artikulation, wobei hier die Glätte der Lautübergänge im Vordergrund

steht. (Die spontane Verbesserung von anderen Ausdrucksmitteln wie Mimik und Gestik und die Verbesserung der gesamten Körperhaltung kommen hinzu.)

6. Der kritische Basisprozeß

Es ist eine noch offene Frage, ob dieselben Effekte auch erzielbar sind, wenn der Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahme auf dem Training einzelner Elemente der Sprechbewegung wie Atmung (z.B. Leonard *Del Ferro*²⁾, Stimmgebung (z.B. Ronald *Webster* 1975) oder Koartikulation (z.B. Courtney *Stromsta* 1986) liegt. Ich bin persönlich davon überzeugt, daß die Lösung des therapeutischen Problems „Stottern“ letztlich in Form einer Übungstherapie gefunden wird. Dabei sehe ich einen deutlichen Unterschied zwischen dem, was ich hier als Übungstherapie bezeichnen möchte, und dem Antrainieren einer neuen Sprechweise.

Eine Eisläuferin, die Schwierigkeiten mit ihrer Kür hat, kann einerseits versuchen, den gesamten Stil ihrer Darbietung zu verändern; das entspricht in diesem Bild der Abänderung der Sprechweise insgesamt. Eine andere Maßnahme ist, die für die Qualität der Kür kritischen Bewegungselemente, an denen sie immer wieder scheitert, zu üben, und zwar so lange und intensiv, bis sie Teil des natürlichen Bewegungsrepertoires werden und nicht mehr bewußt kontrolliert zu werden brauchen. Der Anfänger am Klavier übt den Fingersatz beim Spielen einer Tonleiter (1-2-3-1-2-3-4-5) so lange und so intensiv, bis er ihm so automatisch vorkommt wie das Gehen oder Kauen.

Ich meine hier also nicht die Einübung einer „neuen“ stotterfreien Sprechweise, die meist in der Wirklichkeit nicht zu gebrauchen ist. Diese Verfahren sollten verschwinden; sie haben ihre Chance gehabt und bringen oft mehr Schaden als Nutzen. Ich meine mit „Übung“ vielmehr die Stabilisierung und Perfektionierung eines für das flüssige Sprechen

2) Leider gibt es zum Therapieansatz von Leonard *Del Ferro* außer einer Fülle von Presseberichten keine schriftliche Dokumentation. Ich bin deswegen auf seine schriftlichen Informationen für Interessenten an seiner Therapie und auf mündliche Mitteilungen von ehemaligen Teilnehmern angewiesen.

kritischen Basisprozesses wie zum Beispiel das Muster der Sprechatmung, der Stimmensetzung oder die Koartikulation.

Folgende Beobachtung fasziniert mich immer wieder: Ein Stotterer, der für eine kurze Zeit, sagen wir eine Viertelstunde, die Legato-Sprechweise verwendet (für die als „Hausdörfersches Tönen“ bekannte Sprechweise [vgl. Hausdörfer 1986], die in der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe einige Bedeutung erlangt hat, gilt sicher dasselbe) oder die Van Ripperschen „Pull-Outs“ extrem häufig verwendet, bleibt danach eine gewisse Zeit „flüssig“. Er spricht für eine gewisse Zeit so, daß kein Stottern vorkommt, und zwar ohne Anwendung einer Technik und ohne irgendwelche anderen Maßnahmen, die das Stottern verhindern. Ganz offensichtlich rufen auch diese kurzfristigen radikalen Eingriffe Übungseffekte hervor, die dazu führen, daß das Sprechen eines Stotterers eine Zeitlang flüssig bleibt. Es ist auch meine Erfahrung, daß die Dauer bis zum allmählichen Wiederauftreten des Stotterns mit der Dauer der Übungsphase ansteigt. (Ein Nachweis dieses Effektes steht noch aus, es wäre sehr wünschenswert, daß jemand dazu eine experimentelle Untersuchung durchführt.)

Deswegen scheint die Aussage berechtigt, daß der Patient nur lange und intensiv zu üben braucht, um sich auf Dauer vom Stottern zu befreien. Der Haken liegt natürlich in der Länge der Übungsphase – dabei muß man nicht in Zeiträumen von Tagen oder Wochen denken, sondern von Monaten und Jahren.

Es ist ganz klar, daß bei derartigen Aussichten der Patient irgendwann Kosten-Nutzen-Betrachtungen anstellt. Die Übungsintensität wird geringer, zumal dann, wenn die inzwischen eingetretenen Fortschritte eine spürbare Entlastung bringen. Die versprochene Heilung wird schließlich doch nicht Wirklichkeit.

7. Motivierende Maßnahmen

Was kann nun der Therapeut tun, um dem entgegenzuwirken? Er kann (1) schon in der Therapie den Wert des stotterfreien Sprechens übertreiben, d.h. einen Selbstwert darstellen, der mit dem Gebrauchswert nicht viel zu tun hat. Er kann (2) in der Therapie eine Art Selbstverpflichtung aufbauen, die den Patienten

mit Schuldgefühlen überschwemmt, sobald die Übungsintensität erlahmt.

Beides gilt als „motivierend“ und beides lehne ich aus Gründen ab, die etwas mit meinem Menschenbild zu tun haben. Ich lehne es ab, in die Willensbildung eines Patienten einzugreifen. Solange ich vermute, daß an seiner Willensbildung ein Informationsdefizit maßgeblich beteiligt ist, kann ich versuchen, dieses zu beheben. Ich lehne es weiterhin ab, dem Patienten seine Ziele vorzugeben. Das schließt nicht aus, zur Erreichung dieser Ziele wohldefinierte Verfahren anzubieten. Selbstverständlich muß der Patient seine Ziele jederzeit revidieren können.

Das Ziel, als ein Therapeut zu gelten, der ein Patentrezept zur Heilung des Stotterns bereithält, erscheint mir demgegenüber ziemlich gleichgültig.

8. Folgerungen

Es erscheint mir nicht redlich, die Lösung des Therapieproblems „Stottern“ darin zu sehen, ein Element der Sprechbewegung wie die Atmung, die Stimme oder die Artikulation isoliert anzugehen, dem Patienten die Verantwortung für sein Scheitern ganz zu überlassen und zu behaupten, man habe den Königsweg zur Heilung des Stotterns gefunden. Es erscheint mir in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, daß von den drei genannten Therapeuten nur Leonard *Del Ferro* den Anspruch erhebt, eine Methode zur Heilung des Stotterns gefunden zu haben.

Die Lösung wird schließlich in einer sprechwissenschaftlich und therapeutisch-empirischen Erkenntnis liegen, welches nun tatsächlich der kritische Prozeß ist, der die oben dargestellte Wirkung hat und am effizientesten ist, d.h. die angestrebte Wirkung mit dem geringsten Aufwand erzielt. Diese Erkenntnis liegt noch nicht vor. Vielleicht hat *Del Ferro* recht, vielleicht *Webster* oder vielleicht *Stromsta*. Sicher liegen den mit diesen Namen verbundenen Therapien wichtige gültige theoretische Überlegungen zugrunde. Es kann aber auch sein, daß der kritische Prozeß ein noch ganz anderer ist. Im übrigen muß auch damit gerechnet werden, daß Stottern auch dann, wenn man die Störung nur als Bewegungsstörung sieht, keine einheitliche

Störung ist, d.h. daß man einen interindividuell gemeinsamen gestörten Basisprozeß gar nicht identifizieren kann.

Solange diese Unsicherheit noch besteht, erscheint mir *Van Ripers* Umweg über den Erwerb der Fertigkeit, „besser“ zu stottern, ein einigermaßen sicherer Weg zu sein. Er hat den großen Vorteil, daß er leicht an die individuellen Gegebenheiten und an neue Erkenntnisse des Therapeuten anpaßbar ist. Dieser Weg verleugnet die Ausgangslage des Patienten nicht. Die Tatsache, daß das Selbstkonzept des Patienten auf diesem Weg nicht plötzlich angegriffen, sondern allmählich umgebaut wird, erlaubt auch einen konstruktiven Umgang mit dem zu erwartenden Rückfall. Dieses ist kein Ansatz des „Alles oder Nichts“. Der Patient kann sich jederzeit auf einem Kontinuum positionieren, Verschlechterungen wahrnehmen und an Verbesserungen arbeiten. Für die Arbeit an der Verbesserung werden in der Therapie hochwirksame Handlungsmittel bereitgestellt.

Obwohl auf diesem Wege in der Regel keine plötzlichen Radikallösungen angestrebt und erreicht werden, sind die erzielten therapeutischen Wirkungen in fast allen Fällen erheblich. Eine Untersuchung der Therapieergebnisse unseres Therapieprogramms in Form einer Vollerhebung der subjektiven Einschätzung durch die Patienten selbst hat inzwischen stattgefunden (vgl. *Starke* 1993). Danach berichten 86 Prozent der Befragten, daß sich ihr Sprechen gebessert habe, 55 Prozent von diesen „sehr gebessert“ und 45 Prozent „etwas gebessert“.

Literatur

- Hausdörfer, O.*: Durch Nacht zum Licht – Des Stotterers bester Freund. Breslau. (Nachdruck Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. 1986.)
- Schwartz, M. F.*: Stottern ist heilbar. Düsseldorf 1977.
- Starke, A.*: Neuromotorische Aspekte zum Verständnis des Stotterns. In: *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte*, Band 244. Düsseldorf 1989.
- Starke, A.*: Umfrage unter den Absolventen eines Therapieprogramms für stotternde Erwachsene – Vortrag auf der Jahresfortbildungstagung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. in Münster, 19.-22. Mai 1993 (Veröffentlichung im Tagungsbericht ist in Vorbereitung).
- Stromsta, C.*: Elements of Stuttering. Oshtemo, Michigan 1986.
- Van Riper, Ch.*: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.*: Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 1969.
- Webster, R.L.*: The Precision Fluency Shaping Program – Speech Reconstruction for Stutterers. Roanoke, Virginia 1975.

Anschrift des Verfassers:

Andreas Starke
Höperfeld 23
21033 Hamburg

Andreas Starke ist Diplom-Mathematiker und Master of Arts in Speech Pathology (Western Michigan U.). Er arbeitet als EDV-Systementwickler in der Industrie und führt einmal jährlich eine Gruppentherapie für stotternde Erwachsene durch.

Fred Warnke, Wedemark

Ordnungsschwelle und Sprachtherapie

Zusammenfassung

Als Ordnungsschwelle (englisch „Order threshold“) wird diejenige Zeitspanne bezeichnet, die zwischen zwei Sinnesreizen mindestens verstreichen muß, damit diese von einem Menschen in eine zeitliche Reihenfolge, also in eine Ordnung gebracht werden können. Dieser Begriff fristete bisher in der Wissenschaft ein eher randständiges Dasein. Im folgenden Beitrag stellt der Autor eine verlangsamt Ordnungsschwelle als mögliche basale Ursache von Dysphasie und Dyslexie dar. Er stellt ein einfaches Verfahren zum Messen der auditiven und visuellen Ordnungsschwellen sowie ein von ihm entwickeltes Trainingsverfahren zur Beschleunigung einer verlangsamt auditiven und visuellen Ordnungsschwelle vor.

Am gründlichsten und zugleich am allgemeinverständlichsten hat sich wohl *Pöppel* (1985) mit der menschlichen Ordnungsschwelle befaßt. Sein Meßaufbau zum Feststellen der Ordnungsschwellen seiner zahlreichen Probanden war selbst gefertigt; denn es gab damals zu Beginn der achtziger Jahre ebensowenig wie heute industriell gefertigte Geräte für derartige Messungen – ein deutliches Indiz für das bisher recht geringe Interesse seitens Wissenschaft und Wirtschaft. Dabei war und ist der Meßablauf einschließlich der beispielsweise zum Feststellen der auditiven Ordnungsschwelle von Probanden zu leistenden Response denkbar einfach:

Der Proband setzt einen Kopfhörer auf und wird instruiert, daß er gleich auf beiden Ohren dicht nacheinander wiederholt Klickgeräusche hören werde. Er möge dann jeweils angeben, welchen der beiden Klicks er als ersten gehört zu haben glaubt. Solange der Abstand der beiden Klicks im Bereich von beispielsweise 100 Millisekunden liegt, bereitet eine zutreffende Response den meisten Probanden keinerlei Mühe. Aber mit zunehmender Annäherung an den Bereich zwischen 30 und 40 Millisekunden stellen sich Fehlangaben ein. Als individuelle auditive Ordnungsschwelle gilt nach Übereinkunft derjenige Zeitabstand zwischen den beiden Klicks, bei dem eine Trefferquote von 80 Prozent erreicht wird.

In ähnlicher Weise können auch die visuelle und die taktile Ordnungsschwelle ermittelt werden. Zum Feststellen der visuellen Ordnungsschwelle blickt der Proband aus einem Abstand von etwa 30 cm auf zwei nebeneinander im Augenabstand angebrachte Leuchtdioden, die ebenfalls dicht nacheinander aufblitzen. Auch hier gibt der Proband an, ob er den linken oder den rechten Lichtblitz als ersten wahrgenommen zu haben glaubt. Auch hier wird der Abstand

der beiden Lichtblitze voneinander so lange verändert, bis die Trefferquote 80 Prozent erreicht und so auch die visuelle Ordnungsschwelle festgestellt worden ist. Zum Messen der taktilen Ordnungsschwelle würden dementsprechend zwei taktile Reize in veränderbarem Zeitabstand auf den Probanden einwirken.

Nach *Pöppel* lag zum Zeitpunkt seiner Messungen, also vor reichlich einem Jahrzehnt, die typische Ordnungsschwelle der normalen Population zwischen 30 und 40 Millisekunden, und zwar nicht nur im auditiven, sondern auch im visuellen und im taktilen Sinnesbereich. Eine abweichende Ordnungsschwelle nur im auditiven Bereich wurde von ihm und seinen Mitarbeitern lediglich bei Aphasikern festgestellt, und zwar mit deutlich längeren Werten um 100 Millisekunden. Im Zusammenwirken mit zwei Mitarbeitern, nämlich v. *Steinbüchel* und *Ilmberger*, entstand sogar eine Untersuchung, in der sich die drei Wissenschaftler bemühten, die Ordnungsschwellen dieser Aphasiker dadurch zu verbessern, daß nach jeder Response sogleich eine Rückmeldung an den Probanden erfolgte, ob die Response zutreffend oder unzutreffend gewesen war. Selbst dieses einfache Übungsverfahren führte bereits zu einer Beschleunigung der Ordnungsschwelle und zu einer rascheren sprachlichen Rehabilitation.

Als der Autor – auf Anregung durch eine erfahrene Sprachtherapeutin – Ende 1992 damit begann, sich mit dem Phänomen der Ordnungsschwelle zu befassen, bestand sein erster Kontakt in einer Rückfrage an das erwähnte Dreierteam um *Pöppel*, ob über die Messungen an Aphasikern hinaus auch der Gedanke aufgekommen sei, die möglicherweise ebenfalls abweichenden Ordnungsschwellen von dysphasischen und dyslektischen Kindern festzustellen. Dies wurde verneint. Das war umso überraschender, als *Ilmberger* schon 1986 in einer eigenen Arbeit alle Voraussetzungen für die Annahme geschaffen hatte, daß unsere auditive Ordnungsschwelle als innere Taktfrequenz eine wichtige, wenn nicht sogar die wichtigste Komponente in unserer zentralen Hörverarbeitung darstellen dürfte:

Um diesen Nachweis zu erbringen, führte *Ilmberger* mit 10 Versuchspersonen unter anderem einen ausgeklügelten Reaktionstest durch. Die Versuchspersonen wurden angewiesen, so schnell wie möglich eine von zwei Tasten in Abhängigkeit davon zu drücken, ob sie einen hohen Ton von 2,5 kHz oder einen tiefen Ton von 200 Hertz hörten. Es ist naheliegend, daß bei dieser komplexeren, mit einem Entscheidungsprozeß verbundenen Aufgabe typische Zeiten in der Größenordnung von 200 Millisekunden erzielt wurden, also einem Mehrfachen der Ordnungsschwelle. Und natürlich stimmten auch die Zeiten ein und derselben Ver-

suchsperson bei den zahlreichen aufeinanderfolgenden Versuchen nicht genau miteinander überein. Wurden aber die unterschiedlichen Zeiten zueinander in Beziehung gesetzt, so ergab sich nicht etwa eine Gaußverteilung um einen Mittelwert, sondern das Histogramm in Abbildung 1 mit mehreren Maxima. Und nun kommt das Erstaunliche:

genden Prozeß gesteuert werden, dessen Grundfrequenz den etwa 25 bis 33 Hertz der Ordnungsschwelle entspricht. Wenn also ein Entscheidungsfenster gewissermaßen verpaßt wurde, muß erst das nächste abgewartet werden. „Wir können deshalb annehmen, daß die subjektive Zeit diskontinuierlich abläuft, daß der Ablauf unseres Erlebens und Verhaltens zerhackt

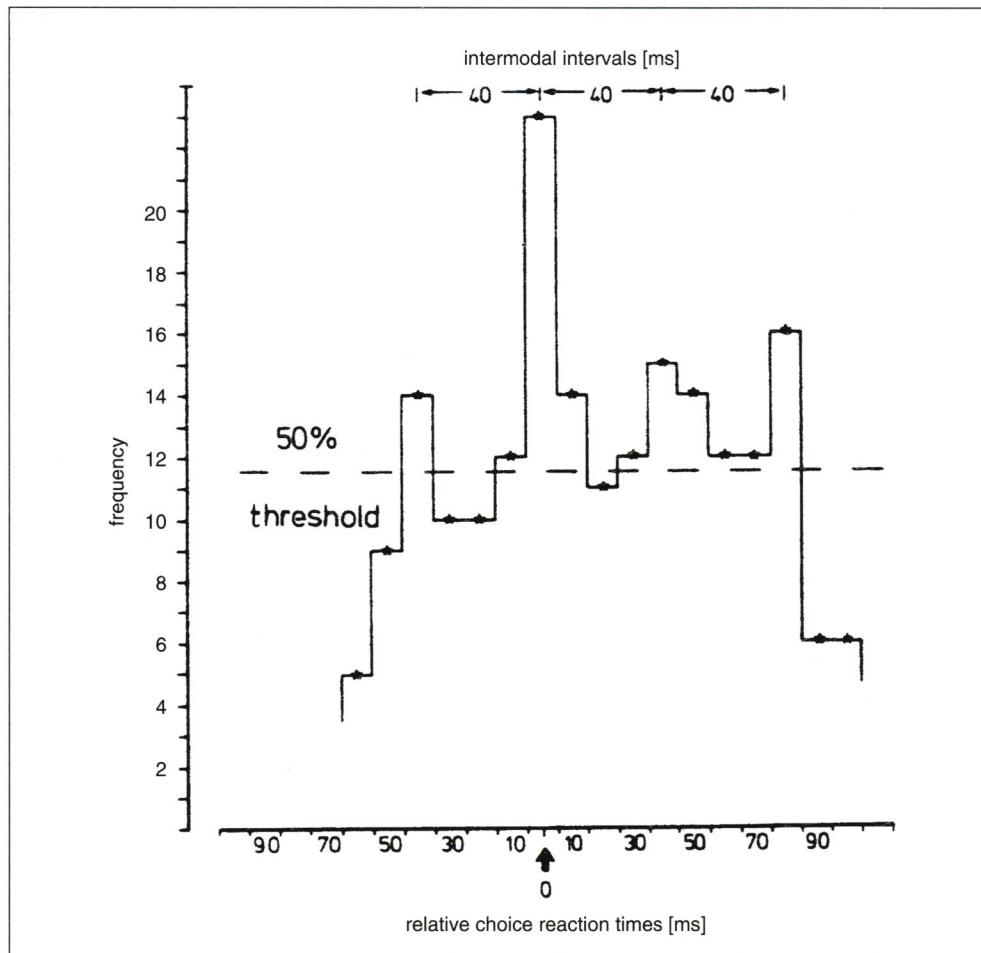


Abbildung 1: Ilmberger-Nachweis der „Inneren Taktfrequenz“ der zentralen Verarbeitung

Diese Maxima haben nämlich, wie in Abbildung 1 zu erkennen, voneinander recht genau den Abstand der Ordnungsschwelle dieser Versuchsperson! Ilmberger zieht daraus denselben Schluß, den auch Pöppel unterstützt, daß nämlich auch unsere Entscheidungssituationen durch einen oszillatorischen, also schwin-

ist in Zeitquanten. Wir können nicht „immer“ reagieren. Die Funktionsweise unseres Gehirns definiert formale Randbedingungen für den zeitlichen Ablauf, die uns aufgezwungen sind. Wir sind vielleicht frei über das, was wir entscheiden, aber nicht, wann wir entscheiden“ (Pöppel 1985).

Eine schon seit zwanzig Jahren auf dem Gebiete der Dysphasie und Dyslexie forschende amerikanische Wissenschaftlerin, *Tallal*, hat in einer leider in Deutschland bisher fast unbeachtet gebliebenen Arbeit einen weiteren wichtigen Beitrag zur Stützung dieser Annahme geleistet: Auch sie hatte bei dysphasischen Kindern festgestellt, daß deren Sprachentwicklung häufig beeinträchtigt ist, obwohl keine unmittelbaren Störungen des peripheren Hörens oder mit bisherigen Mitteln meßbare Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen vorliegen. Durch systematische Untersuchungen kamen *Tallal* und ihre Mitarbeiter dann zu dem Ergebnis, daß beispielsweise bei frühkindlichen Sprachentwicklungsstörungen häufig eine Beeinträchtigung der Sprachwahrnehmung, also der zentralen Hörverarbeitung, vorliegt. Diese Kinder können bestimmte rasche akustische Signalwechsel in der gesprochenen Sprache nicht richtig verarbeiten (Derartige akustische Signalwechsel sind auch für den deutschen Sprachraum auf CD verfügbar). Wurden diese Sprachlaute – insbesondere der Übergang von kurzen Konsonanten zu Vokalen – von *Tallal* mit Hilfe eines Computer-Programms künstlich verlängert, konnten die betroffenen Kinder diese Laute plötzlich gut verstehen.

Hier drängt sich beim Zusammenfügen aller bisherigen Informationen dieses Beitrages förmlich die Annahme auf, daß bei den von *Tallal* untersuchten Kindern die Ordnungsschwelle verlangsamt war. Das wäre zumindest die plausibelste Erklärung dafür, daß nach der vom Computer vorgenommenen Verlängerung des Überganges vom Konsonanten zum Vokal die Erkennbarkeit gesichert wurde; denn nun paßt dieser verlängerte Übergang in die vermutlich ebenfalls langsamere Ordnungsschwelle dieser Kinder wieder hinein.

Um diese Annahme zu vertiefen, wenden wir uns jetzt exemplarisch der Zeitabbildung unserer Sprache zu: Das Wort „springt“ besteht aus sechs Konsonanten und einem Vokal. Normal gesprochen, dauert es etwa 350 Millisekunden. Teilen wir der Einfachheit halber diese 350 Millisekunden durch 7, so wäre die Durchschnittsdauer eines Lautes etwa 50 Millisekunden. Tatsächlich nehmen natürlich die längeren Laute s-r-i-n etwas mehr Zeit in Anspruch als die Verschlusslaute p-g-t. Wenn man aber mit einem Speicher-Oszillographen dieses Wort sichtbar macht und darüber einen Zeitraster mit einer Schrittlänge von 35 Millisekunden legt, das Wort springt also in zehn Schritte unterteilt, ist deutlich zu erkennen, daß jeder Laut mindestens ein eigenes Wahrnehmungsfenster erhält, wie es zur eindeutigen Diskrimination in der zentralen Hörverarbeitung erforderlich ist.

Bei diesem Stand der Informationen und Überlegungen entwickelte der Autor eine halbautomatische Vorrichtung zum Messen der auditiven und der visuellen Ordnungsschwellen, die folgendermaßen arbeitet: Das Gerät erlaubt zunächst in der eingangs beschriebenen Weise die Messung der auditiven Ordnungsschwelle über einen Kopfhörer, den der Proband auf-

setzt. Beim Einschalten des Gerätes ertönen die beiden Klicks mit einem zeitlichen Abstand von vorsorglich zunächst 100 Millisekunden, wobei natürlich die Reihenfolge jedesmal neu zufallsgesteuert ist. Der Proband drückt lediglich nach jedem Klick-Pärchen eine Taste auf der Seite, von der er den ersten Klick gehört zu haben glaubt. Mit jedem seitenrichtigen Tastendruck verringert sich dieser zeitliche Abstand um eine Millisekunde; mit jedem falschen Tastendruck erhöht er sich um vier Millisekunden. So ist sehr bald die zutreffende auditive Ordnungsschwelle dieses Probanden bei der vereinbarten Trefferquote von 80 Prozent ermittelt.

Vor dem Umschalten auf die Messung der visuellen Ordnungsschwelle wird der Kopfhörer abgesetzt, und der Proband blickt auf zwei nebeneinanderliegende grüne Leuchtdioden, die nun – ebenfalls beginnend mit 100 Millisekunden und ebenfalls zufallsgesteuert – nacheinander aufleuchten. Auch hier vollzieht sich derselbe Meßablauf mit einer Verkürzung um eine Millisekunde bei richtiger und Verlängerung um vier Millisekunden bei falscher Reaktion. So ist auch hier bald die individuelle visuelle Ordnungsschwelle des Probanden bei einer Trefferquote von 80 Prozent ermittelt.

Dieses Gerät wurde zunächst einer Legasthenietherapeutin überlassen, die an sechs dyslektischen Kindern deren auditive und visuelle Ordnungsschwellen ermittelte. Dabei ergaben sich die in Tabelle 1 in den Spalten 1 und 2 aufgeführten Werte zwischen 60 und 130 Millisekunden für die auditive und zwischen 54 und 160 Millisekunden für die visuelle Ordnungsschwelle. Im Gespräch mit dem Autor war zuvor eine weiterführende Idee entstanden, um herauszufinden, ob *Pöppel* mit seiner Annahme recht hat, daß die Ordnungsschwellen aller Sinneskanäle einheitlich zentral verankert seien und daß somit auch ein gemeinsamer Mechanismus am Werke sei, der in gleicher Weise Informationen von den Augen, den Ohren oder der Haut bearbeitet. Wenn diese Annahme nämlich zuträfe, müßte sich durch gleichzeitiges Arbeiten eines dyslektischen Kindes mit der auditiven und der visuellen Ordnungsschwelle ein Synergie- und damit vielleicht sogar ein Trainingseffekt erzielen lassen:

Jetzt setzte das dyslektische Kind nämlich den Kopfhörer wieder auf, und das Gerät wurde neu in der Stellung *Visuell+Auditiv* eingeschaltet. Das Kind nimmt somit den auditiven Sinnesreiz, also die beiden Klicks, absolut synchron mit dem visuellen Sinnesreiz wahr, also dem Aufleuchten der beiden grünen Leuchtdioden. Wiederum verkürzt sich die Zeitspanne zwischen dem ersten und dem zweiten Sinnesreiz bei jeder zutreffenden Reaktion um vier Millisekunden. Das Überraschende: Bei dieser gleichzeitigen auditiv-visuellen Arbeit erzielten fünf der sechs Probanden schon beim ersten Durchlauf bessere Werte als bei den beiden vorangegangenen Einzelabläufen.

Bei der gleich danach vorgenommenen weiteren Messung der auditiven Ordnungsschwelle stellte sich

Name oder Kurzzeichen		1. Test auditiv	1. Test visuell	Training 2. aud.+vis.	Test 2. auditiv	Test visuell
S. W.	11 J.	108	120	106	100	74
P. S.	8 J.	88	160	130	132	136
F. K.	11 J.	60	54	44	52	22
J. L.	11 J.	104	62	32	60	60
M. K.	9 J.	130	140	120	110	90
N. L.	11 J.	72	72	59	64	70

Tabelle 1: Ordnungsschwellen-Test und erste Trainingserfolge bei sechs LRS-Kindern

schon nach diesem ersten Trainingsdurchlauf bei fünf der sechs Kinder eine Verkürzung der so wichtigen auditiven Ordnungsschwelle ein. Vergleichen wir die auditiven Ordnungsschwellen-Werte beim ersten mit denen beim zweiten Test, also nach dem audio-visuellen Training, so haben fünf der sechs Kinder spontane Verbesserungen zwischen 8 Prozent und 73 Prozent erzielt. Aber auch die visuelle Ordnungsschwelle ließ sich – und zwar sogar bei allen Kindern – zum Teil erheblich beschleunigen. Die betreffende Therapeutin, die den einzigen derzeit verfügbaren Prototyp des beschriebenen Ordnungsschwellen-Test + Trainingsgerätes zunächst für weitere Versuche des Autors wieder hergeben mußte, möchte aufgrund dieser Ergebnisse künftig die auditive Ordnungsschwelle ihrer LRS-Kinder zur Flankierung ihrer Therapie systematisch trainieren.

Aus diesem heutigen Stand der bisherigen Arbeit ist für den Autor zu erkennen, daß er als „Einzelkämpfer“ die Fülle der sich nun anbietenden Fragen nicht gut allein bewältigen kann. Ist zum Beispiel die auditive Ordnungsschwelle auf Dauer trainierbar? Wirkt sich eine verbesserte Ordnungsschwelle auf den Umgang mit der Laut- und Schriftsprache aus? Wenn ja, mit welcher zeitlichen Verzögerung? Wären eine kostengünstige Früherkennung einer möglichen Veranlagung zur Dysphasie und/oder Dyslexie durch spielerisches Messen der Ordnungsschwelle schon bei der U9, der U8 oder gar noch früher vorstellbar? Könnte eine sich über mehrere Sinnessysteme erstreckende Verlangsamung der Ordnungsschwelle zugleich die Ursache von allgemeinen Entwicklungsverzögerungen sein? Diese Fragen könnten sowohl von Wissenschaftlern als auch von Sprachtherapeuten im Berufsalltag geprüft oder bearbeitet werden. (Der Autor beabsichtigt, eine gewisse Anzahl weiterer Prototypen

des oben ausführlich beschriebenen Test- und Trainingsgerätes herstellen zu lassen und gegebenenfalls auch ein eintägiges Einführungsseminar im Großraum Hannover anzubieten, das wesentlich über den Rahmen dieses Beitrages hinausgehen und auch detailliert in die Benutzung des erwähnten Ordnungsschwellen-Testers+Trainers einführen würde. Interessenten wenden sich bitte direkt an den Autor).

Literatur

- Ilmberger, J.: Auditory Excitability Cycles in Choice Reaction Time and Order Threshold. *Naturwissenschaften* 73(1986), 743-744.
- Pöppel, E.: Grenzen des Bewußtseins. Stuttgart 1985.
- v. Steinbüchel, N., Ilmberger, E., Pöppel, E.: Selective Improvement of Auditory Order Threshold in Aphasic Patients. *International Journal of Psychophysiology* 11(1991), 78.
- Tallal, P., Sainburg, R.L., Jernigan, T.: The Neuropathology of Developmental Dysphasia: Behavioral Morphological and Physiological Evidence for a Pervasive Temporal Processing Disorder. *Reading and Writing* 3(1991), 363-377.
- Warnke, F.: „Was Hänschen nicht hört ...“, Freiburg, 1992, CD, Track 10+11.

Anschrift des Verfassers:

Fred Warnke
Im Tannengrund 28
30900 Wedemark

Aus der Arbeit des Geschäftsführenden Vorstandes

Angleichung Ost an West: Warum geht es so langsam?

Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen vom 15.4.93

In Zeiten akuter Finanznot bei den Krankenkassen werden Eingriffe durch das Bundesministerium für Gesundheit massiver.

Diese Tatsache wurde in der diesjährigen Verhandlungsrunde zwischen der dgs und den Spitzenverbänden der Krankenkassen deutlich.

Am 15.04.93 wurde eine Vergütungsvereinbarung (Laufzeit 01.05.93 bis 31.03.94) geschlossen, die bei unseren Kolleginnen und Kollegen in den östlichen Bundesländern weitgehend Betroffenheit ausgelöst hat.

Auch wir waren betroffen, als wir in die Verhandlung einstiegen. Waren doch die erfolgreichen Gespräche, die die dgs im Herbst 1992 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geführt hatte, durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das am 01.01.93 in Kraft getreten ist, Makulatur. Betroffen waren insbesondere strukturelle Veränderungen bei Gebührenpositionen, die schon in nahezu allen westlichen Bundesländern üblich sind.

Im folgenden möchte ich kurz den Sachstand erläutern, erklären, warum die dgs dem Verhandlungsergebnis zugestimmt hat, und einen Ausblick auf zukünftige Verhandlungen geben.

Grundsätzlich können vertragliche Vereinbarungen strukturell (Gebührenposition) und linear (Gebührensätze) verändert werden.

Durch das neue GSG sind die Verhandlungsspielräume der Vertragspartner massiv eingeschränkt worden:

1. Für die Leistungserbringung von Sprachtherapie hat der Gesetzgeber für 1993 eine prozentuale Erhöhung von maximal 3,1 Prozent für die westlichen und 9,5 Prozent für die östlichen Bundesländer genehmigt.
2. Das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt daher zur Zeit keine strukturellen Veränderungen, die die 3,1 Prozent bzw. 9,5 Prozent übersteigen.

Jeder Vertragsabschluß zwischen den Vertragsparteien muß – auch das ist neu – den Aufsichtsämtern, z.B. dem Bundesminister für Gesundheit oder dem Bundesversicherungsamt, zur Genehmigung vorgelegt werden.

Diese Aufsichtsämter weisen Abschlüsse, die die gesetzlich vorgegebenen Höchstgrenzen überschreiten, an die Vertragsparteien zurück. Dies ist z.B. im Frühjahr 1993 bei den Ergotherapeuten, die den Höchst-

satz um nur 0,1 Prozent überschritten hatten, so geschehen.

Die dgs hat in ihren Verhandlungen den höchstmöglichen Prozentsatz von 9,5 Prozent erreicht. Der Vertrag hat eine Laufzeit von 11 Monaten, was das Verhandlungsergebnis noch einmal etwas aufbessert.

Der dgs ist es auch gelungen, den Vertragstext bei den Gebührenpositionen 2, 3 und 4 semantisch zu verändern. Aus der früheren Formulierung z.B. der Pos. 2 „Logopädische Einzelbehandlung – Dauer mindestens 30 Min.“ – wurde nun „Logopädische Einzelbehandlung – Richtwert 30 Min.“. Diese veränderte Formulierung läßt sich so interpretieren, daß die Krankenkassen durchaus die Forderung nach Vor- und Nachbereitungszeiten anerkennen.

Warum hat die dgs nun diesem nicht zufriedenstellenden Verhandlungsergebnis zugestimmt?

1. Unter den veränderten gesetzlichen Bedingungen war dies das bestmögliche Ergebnis, das zu erzielen war. Weitere Verbesserungen sind nicht auf der Verhandlungs-, sondern auf der Gesetzesesebene zu erreichen. Insofern bedarf es des massiven politischen Drucks auf die Entscheidungsträger.
2. Wir glaubten weiterhin, wenigstens diese Erhöhungen der Gebührensätze unseren Mitgliedern zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zukommen zu lassen; denn eine Ablehnung des Verhandlungsergebnisses und neue Verhandlungen hätten keine Verbesserungen erbracht.

Daß sogar bereits abgeschlossene Erhöhungen beanstandet wurden, zeigt folgendes Beispiel:

Der VdAK hatte 1992 mit dem DBL für die westlichen Bundesländer in einem 3-Stufen-Plan ab dem 01.04.93 Erhöhungen um 10,07 Prozent vereinbart. Diese mußten aufgrund des neuen GSG (Erhöhung westliche Bundesländer 3,1 Prozent) rückgängig gemacht werden. Der DBL hat inzwischen mit dem VdAK für die westlichen Bundesländer Vergütungsvereinbarungen auf der bestehenden gesetzlichen Basis abgeschlossen.

Wie geht es weiter?

Allem Anschein nach werden im kommenden Jahr 1994 die Verhandlungen nicht mehr mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, sondern den Landesverbänden der östlichen Bundesländer direkt geführt. Vermutlich wird ein Landesverband federführend für alle fünf östlichen Bundesländer tätig werden.

Um bei diesen Verhandlungen auch strukturelle Veränderungen zu erreichen, ist es notwendig, bei den zuständigen Landesministerien für Gesundheit und Soziales diese strukturelle Angleichung an westliche Bundesländer einzufordern.

Theo Borbonus

Vergütungssätze für Sprachtherapie im Jahr 1993

Seit dem 01.01.1993 ist das Gesundheits-Strukturgesetz in Kraft. Mit vielfältigen Bemühungen versucht der Gesetzgeber die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Ein Ansatzpunkt ist hierbei auch der Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Eingeführt wurden zu diesem Zweck zum einen die Heilmittel-Budgets, durch die der Arzt als „Verursacher von Folgekosten“ in die finanzielle Verantwortung genommen werden soll. Von den Heilmittel-Budgets verspricht man sich eine Regulierung der Verordnungsmenge. Zum anderen greift der Gesetzgeber durch eine Ergänzung des § 125 SGB V in die Verhandlungsfreiheit der Krankenkassenverbände und der Heilmittel-Erbringer ein. Danach dürfen sich die Preise gegenüber den am 31.12.1992 geltenden Preisen in den Jahren 1993, 1994, und 1995 höchstens im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung erhöhen. § 71 Abs. 2 SGB V sieht vor, daß u.a. Vergütungsvereinbarungen für Heilmittel nach § 125 SGB V den zuständigen Aufsichtsbehörden der Vertragsparteien vorzulegen sind. Die Aufsichtsbehörde (für die Verbände der Ersatzkassen: Bundesministerium für Gesundheit) kann diese Vergütungsvereinbarung bei einem Rechtsverstoß innerhalb von 2 Monaten nach der Vorlage beanstanden. Die vorgelegten Vereinbarungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist. Werden Vereinbarungen beanstandet, gelten bis zur Behebung der Beanstandung die bisherigen Vergütungsvereinbarungen weiter.

Während in den neuen Bundesländern die vom BMG prognostizierte Grundlohnsummenentwicklung für 1993 9,5 Prozent beträgt, gab es auch in den Vergütungsverhandlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen lediglich die Möglichkeit, die 9,5 Prozent auf die am 31.12.1992 geltenden Vergütungssätze aufzuschlagen. Damit ist die gesetzlich höchstzulässige Vergütungsanpassung

für logopädische/sprachtherapeutische Leistungen in den neuen Bundesländern ausgeschöpft. Ein weiterer Spielraum ist hier nicht gegeben.

In den alten Bundesländern stellt sich die Situation sogar so dar, daß die Ersatzkassenverbände die bestehenden Vergütungsregelungen für Sprachtherapie aus dem Jahre 1992, die auch Preisanpassungen in 1993 vorsehen, mit den gesetzlichen Regelungen in Übereinstimmung bringen müssen. Die hier prognostizierte Grundlohnsummenentwicklung von 3,1 Prozent wurde durch diese '92er Vergütungsregelung in 1993 überschritten. Die Konsequenz ist, daß die Vergütungsvereinbarung in dieser Form nicht umgesetzt werden kann und korrigiert werden muß. Die Vergütungen für logopädische/sprachtherapeutische Leistungen sind auch in den alten Bundesländern auf das gesetzlich zulässige Maß zu beschneiden.

Bei allen Interpretationsmöglichkeiten der gesetzlichen Regelungen bleibt als Faktum festzuhalten, daß Vorschriften für beide Vertragsparteien bindend sind. Weder die Berufsverbände noch die Krankenkassenverbände haben die Möglichkeit, rechtswirksam höhere Vergütungsvereinbarungen, als vom Gesetzgeber vorgegeben, zu vereinbaren. Die Ersatzkassenverbände haben sowohl in den alten als auch in den neuen Ländern das gesetzlich zulässige Maß der Vergütungsanpassungen von 3,1 bzw. 9,5 Prozent in vollem Maße ausgeschöpft. Eindeutige gesetzliche Regelungen zwingen alle Beteiligten zum Handeln. Entscheidungsspielräume sind ausgeschöpft. Das Wehklagen der Beteiligten über diese Situation ist eine mögliche Reaktion, jedoch keine Handlungsalternative.

(Thomas Bublitz, Sachgebiet „Nichtärztliche Heilberufe/Sonstige Vertragspartner“, VdAK Siegburg)

Landesgruppe Bayern

Protokoll der Mitgliederversammlung vom 15. Mai 1993

Top 1

Herr Heilmann berichtet als Erster Vorsitzender über die gelaufenen Aktivitäten. Er erwähnt den Kongreß und die Verhandlungen über die Förderzentren. In bezug auf den Kongreß geht sein besonderer Dank an Herrn Freisleben. Die Gründung der AGFAS wird ebenfalls erwähnt, außerdem wird auf die gehaltenen Fortbildungen zurückgeblickt. Herr Heilmann hat diverse Gespräche mit der Universität und dem Kulturministerium geführt; er berichtet besonders über den

Stand der Verhandlungen beim neuen EUG und über die derzeitige Planstellensituation. Die Anwesenden werden informiert, daß der Bundesbeitrag der dgs um DM 20,00 erhöht wurde. Herr Heilmann bedankt sich bei der ausscheidenden Zweiten Vorsitzenden, Frau Johanna Wilgermeier, für die Zusammenarbeit. Das Mitteilungsblatt wird aus Kostengründen möglicherweise seine Erscheinungsform ändern müssen. Zur weiteren Information über die Tätigkeit des Ersten Vorsitzenden verweist Herr Heilmann auf die bisherigen Veröffentlichungen im Mitteilungsblatt.

Top 2

Herr Berr verliest den Kassenbericht. Er begründet die Notwendigkeit einer Beitragserhöhung in der dgs-Bayern. Die Kassenprüfer bestätigen, daß die Kasse ord-

nungsgemäß geführt wurde. Die Vorstandschaft wird bei 3 Enthaltungen ohne Gegenstimme entlastet.

Top 3

Herr *Fleischer* und Herr *Güra* stellen sich als Wahlauschuß zur Verfügung.

Die Versammlung beschließt Wahl per Handzeichen.

Gewählt werden:

1. Vorsitzender	Herr Siegfried <i>Heilmann</i>
2. Vorsitzender	Herr Harald <i>Köhler</i>
Geschäftsführer	Herr Herbert B. <i>Freisleben</i>
Kassenführer	Frau Elisabeth <i>Stühler</i>
Beisitzer	Herr Manfred <i>Berr</i>

Als Kassenprüfer werden Herr *Fleischer* und Herr *Wagner* gewählt.

Die neugewählte Vorstandschaft beruft Herrn *Reinhard Dümmler* als Referent für Öffentlichkeitsarbeit (Mitteilungsblatt) in den Vorstand.

Top 4

Auf Beschluß der Versammlung wird der Beitrag in der dgs-Bayern auf DM 90,00 (Studenten DM 75,00) erhöht. Diese Abstimmung kommt mit 2 Gegenstimmen und einer Enthaltung zustande.

Top 5

Eine Kollegin fragt nach Praktikumsplätzen für Magister-Studenten. Die dgs möge „den Lehrstuhl“ zu diesbezüglichen Aktivitäten anregen.

Top 6

Die nächste Tagung der Landesgruppe wird im südbayerischen Raum sein, vermutlich mit einem Referat über Stimmstörungen.

Reinhard Dümmler

Wissen Sie, was die ICIDH ist?

Hinter dieser Abkürzung verbirgt sich die „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen). Die ICIDH wurde erstmals 1980 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Versuchszwecken veröffentlicht. Ziel war es, im Gesundheitswesen eine einheitliche Fachsprache zu schaffen, um die Effektivität in diesem Bereich zu erhöhen sowie nationale und internationale Vergleiche zu ermöglichen.

Ein Expertenkomitee im Europarat befaßt sich mit der Verbreitung dieser Klassifikation und versendet von Zeit zu Zeit Fragebögen an die potentiellen Anwender, um Mängel in der praktischen Nutzung aufzudecken und das System effektiver zu gestalten. Die Niederländer haben nun einen Fragebogen entwickelt, der über die Verwendung der ICIDH in den paramedizinischen Berufen, so auch in der Sprachtherapie, Auskunft ge-

ben soll. Dieser Fragebogen wurde der dgs zusammen mit einigen Informationsblättern vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zugesandt. Da der Mehrzahl der dgs-Mitglieder diese Klassifikation sicher nicht bekannt ist, sollen hier kurz die wichtigsten Punkte zusammengestellt werden – vielleicht wird dieses Klassifizierungssystem ja auch im Bereich der Sprachtherapie einmal Bedeutung erlangen.

Die ICIDH basiert auf dem Grundgedanken, daß Krankheiten nicht nur unter medizinischen Aspekten zu betrachten sind, sondern im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung, die für den Patienten im täglichen Leben besteht, gesehen werden müssen. Der steigende Bedarf an Pflegemaßnahmen im Gesundheitswesen erfordert eine einheitliche Sprache für alle Berufe, die auf die Rehabilitation des Patienten ausgerichtet sind. Durch Datenaustausch auf der Grundlage der ICIDH können Aktivitäten der verschiedenen Berufsgruppen besser koordiniert und dem einzelnen effektivere Hilfe geleistet werden. Darüber hinaus versteht sich die ICIDH als Konzeptsystem, mit dessen Hilfe ein einheitliches Verständnis für die Folgen von Krankheiten entwickelt werden soll. Durch Datenanalyse auf ICIDH-Basis hofft man, auch mehr Aufschluß über die Beziehungen von Krankheitsfolgen untereinander sowie zu anderen Erscheinungen zu erhalten, wobei allerdings die Ursachen bzw. die Krankheit an sich in diesem Klassifikationssystem überhaupt keine Rolle spielen.

Zur Struktur: Krankheitsfolgen werden auf drei Ebenen erfaßt. In der Ebene „Schädigungen“ werden die körperlichen Folgen aufgenommen, wie z.B. Hör-, Seh- und Sprachstörungen oder Organdefekte. Die Ebene „Beeinträchtigungen“ bezieht sich auf Einschränkungen beim Ausführen von Tätigkeiten, die durch eine Schädigung hervorgerufen werden. Diese Beeinträchtigungen beziehen sich beispielsweise auf Verhalten, Kommunikation und Körperbeherrschung. Die jeweiligen Beeinträchtigungen wie auch die Störungen stellen die Kapitel dar, die noch zweimal untergliedert werden. Weiterhin kann eine vierte Stelle für den Grad der Beeinträchtigung hinzugefügt werden sowie eine fünfte, um die Entwicklung während der Behandlung zu kennzeichnen (Verbesserung/Ver-schlechterung etc.).

Eine Behinderung wird definiert als aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung resultierende Beschränkung, die die normale Erfüllung der durch soziale und kulturelle Faktoren bestimmten Rolle verhindert. Bei den sieben Dimensionen, die zur Bestimmung der Behinderung herangezogen werden, handelt es sich um Kategorien wie Orientierung, körperliche Unabhängigkeit und soziale Integration.

Dieses Klassifikationssystem erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; die Entwickler sind jedoch der Meinung, die jeweils wichtigsten Umstände erfaßt zu haben.

Bis jetzt wird die ICIDH in einigen Bereichen eingesetzt, zu denen auch die Rehabilitationsmedizin und

die Psychiatrie zählen. Sinnvoll ist sicher auch der Einsatz bei der Beurteilung von Arbeitstauglichkeit und der Notwendigkeit technischer Hilfsmittel, die von den Kassen übernommen werden, sowie allgemein im Kontakt mit den Krankenkassen. Darüber hinaus sollen Statistiken effektiver erstellt und der Bedarf an therapeutischen Einrichtungen exakt ermittelt werden können. In einigen Ausbildungsstätten ist die ICDH bereits im Lehrplan enthalten.

Es bleibt abzuwarten, ob es den Entwicklern gelingt, die einzelnen Kategorien so zu vervollständigen, daß dieses System auch für den Bereich der Sprachtherapie umfassend genug wird. Durch die bisher eher groben Einteilungen in den einzelnen Kapiteln steht fest, daß noch viel daran gearbeitet werden muß, bevor dieses Klassifikationssystem die erhoffte Verbreitung erlangt.

Es ist aber positiv zu bewerten, daß hier der Versuch unternommen wird, durch ein einheitliches Kommunikationssystem effektivere Hilfe zu leisten und die Ko-

operation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und sogar verschiedenen Nationen zu fördern. Vielleicht können die deutschen Verbände im Bereich der Sprachheilkunde gemeinsam über einen möglichen Einsatz dieser Klassifikation beraten. Sicher aber wäre es wichtig, wenn sich auch auf europäischer Ebene das EG-Komitee für Logopädie, das CPLOL, mit der Anpassung dieses Systems an die Bedürfnisse der Sprachtherapeuten beschäftigen würde.

Die Informationen sind einer Schrift des „Standing Committee on Classification and Terminology“ des Niederländischen Gesundheitsministeriums entnommen. Die Originalversion der ICDH ist 1980 von der WHO in Genf veröffentlicht worden und hat 205 Seiten (ISBN 92-4-154126-1); die deutsche Übersetzung erschien 1990 in Berlin beim Verlag Volk und Gesundheit (220 Seiten) mit kritischem Vorwort (ISBN 3-333-00499-2).

Anja Bielfeld

Rezensionen



Wolfgang Wendlandt: Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung. Unter Mitarbeit von Lieselotte von der Hude, Angelika Jacobsen, Veronika Ludwig, Bärbel Schröder, Joachim Schwalbach, Christina Kruse, Lisa Stammen, Ralf Wehke, Monika Menke, Heiko Mönnich, Dagmar Rochow und Ilse Witte. Reihe: Forum Logopädie, hrsg. von Luise Springer und Dietlinde Schrey-Dern. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 1992. 116 Seiten. 38 DM.

Die Bemühungen und Maßnahmen hinsichtlich einer Früherkennung von kindlichen Sprachauffälligkeiten und -störungen beziehen zwar nicht erst seit heute, aber heute wohl doch vermehrt das jeweilige Umfeld mit ein: Eltern, erzieherische sowie psychosoziale und medizinische Fachkräfte sind als Zielgruppen für Prävention, für Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit (stärker) ins Blickfeld gerückt. Soll das Themengebiet

nicht dem Strudel einer marktüberflutenden sogenannten 'Ratgeberliteratur' allein überlassen bleiben, dann sind insbesondere sprachheilpädagogische/sprachtherapeutische Fachleute¹ aufgerufen, diesen Aufgabenbereich wahrzunehmen und die Kluft zwischen Expertenwissen und Adressatenvorstellungen dadurch verringern zu helfen, daß sie fundierte Informationen über Sprache und Sprechen, über Spracherwerb, Sprachstörungen und Sprachförderung gut aufbereitet weiterzugeben und anschaulich nahezubringen suchen. Diesen ja keineswegs leicht einzulösenden Ansprüchen will der von Wendlandt und Mitarbeitern vorgelegte Materialienband, mit dem die neue Reihe 'Forum Logopädie' eröffnet wird, genügen.

Die aus der Beratungspraxis einer interdisziplinären (Berliner) 'Arbeitsgruppe Prävention' hervorgegangenen Materialien dienen zum einen dazu, Basisinformationen bereitzustellen, damit Eltern und Multiplikatoren (a) für das sprachliche Verhalten der Kinder und für den eigenen sprachlichen Umgang mit ihnen sensibilisiert werden, (b) früh- und rechtzeitig kindliche Sprach- und Sprechauffälligkeiten erkennen können, (c) Entscheidungshilfen an die Hand bekommen, wann ein Beratungsgespräch bzw. eine Vorstellung/Behandlung des Kindes angezeigt ist, und nicht zuletzt (d) Hinweise und Fingerzeige für eine kindgerechte Sprachanregung und -förderung erhalten. Zum anderen ist die Materialienzusammenstellung als Ar-

¹ Erinnert sei hier beispielsweise an die verdienstvollen Aktivitäten/Materialien von Teumer und an diesbezügliche Initiativen in einigen dgs-Landesgruppen.

beithilfe für sprachtherapeutisch tätige Fachleute (und angeleitete Multiplikatoren) konzipiert, um bei vielfältigen Aufklärungs- und Beratungsanlässen (Elternabende, Fortbildungsveranstaltungen für Erzieher o.ä., Erstellen von Informationsblättern etc.) bausteinartig (be)nutz- und einsetzbar zu sein.

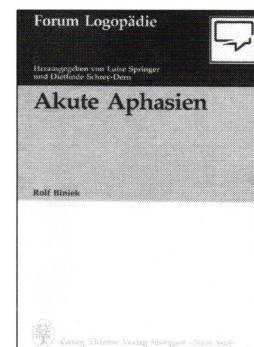
Zwischen den einführenden Erläuterungen zur Notwendigkeit und Dringlichkeit einer präventiv orientierten Arbeit und dem Schlußkapitel, in dem die Berliner Arbeitsgruppe von ihren Erfahrungen und der Materialentwicklung berichtet, umfaßt das Kernstück des Bandes 27 Materialeinheiten, die in leicht verständlicher Form Überblick und Orientierung geben wollen zu den folgenden zehn Inhaltsbereichen: 'Wie Kinder sprechen lernen', 'Zum Ablauf der Sprachentwicklung, 'Hören und Sprechen', 'Störungen des Sprechens und der Sprache', 'Kommunikationsstörung Stottern', 'Ursachen von Störungen des Sprechens und der Sprache', 'Sprachförderung', 'Sprachauffälligkeiten bei ausländischen Kindern', 'Fachleute, Institutionen, Finanzierung' und 'Literatur(hinweise)'. Die Einzelmaterialeinheiten sind dabei mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen unterlegt; vor jeder Materialeinheit findet der Leser eine Kurzbeschreibung zu den Zielen, zum Inhalt und zu den Einsatzmöglichkeiten. Welch exzellente Fortbildungspraktiker hier zu Werke gehen, erweist sich auch daran, daß in einem gesonderten Kapitel Übungen für die Gruppenarbeit angefügt sind: Sie können dazu beitragen, manche Inhalte aus den einzelnen Materialien einprägsam erfahrbar zu machen, und sollen damit in spielerischer Weise zugleich den Lernprozeß in der Gruppe (z.B. im Rahmen von Multiplikatorschulungen) unterstützen.

Zu solchen Veröffentlichungen braucht man Mut: vor allem den Mut zur Vereinfachung, damit der angepeilte Adressatenkreis auch erreicht wird, für den man schließlich die Schneisen durch die Fachinformationsfülle schlägt. *Wendlandt et al.* haben diesen Mut und meistern die (solchen Unternehmungen innewohnende) Gratwanderung zwischen zweckdienlicher Elementarisierung und problematischer/unzulässiger Simplifizierung sehr achtbar und über weite Strecken mit Bravour. Gleich zu Beginn verdeutlicht das ansprechende Schaubild des (metaphorischen) 'Sprachbaums' Grundbedingungen für eine positive kindliche Sprachentwicklung. Alsdann: Der zeitliche Ablauf der Sprachentwicklung wird dargeboten, die Bedeutung des Hörens nicht vernachlässigt, Kriterien für eine altersgemäße/abweichende sprachliche Entwicklung werden aufgezeigt, Fachausdrücke 'übersetzt', therapeutische Hilfsangebote (und deren Finanzierung) aufgeführt und auch zu 'Schuld'- und sonstigen Fra-

gen der Eltern („Wieviel Fernsehen? Welches Spielzeug?“ usw.) wird Stellung genommen.

Es nimmt (bei *dem* Verfasser) nicht wunder, daß die Materialien zur Kommunikationsstörung Stottern vorbildlich ausfallen. Ein Glücksfall sind auch die aufschlußreichen Ausführungen zum Themenkreis der Sprachauffälligkeiten bei ausländischen (zwei- und mehrsprachig aufwachsenden) Kindern. Vergleichsweise karg hingegen nehmen sich jene in die Materialien zur Sprachentwicklung eingeflochtenen Bemerkungen zum Grammatikerwerb/Dysgrammatismus aus; auch die diesbezüglichen Literaturhinweise sollten in einer zweiten Auflage² auf den neuesten Stand gebracht werden. Es wäre zudem wünschenswert gewesen, wenn die Bedeutung von (eingeschränkten) phonetisch-phonologischen Fähigkeiten/Regelkenntnissen für den (dann erschwerten) Schriftspracherwerb stärker hervorgehoben worden wäre. Aber schließlich bleibt es fachkompetenten Kolleg(inn)en unbenommen, die einzelnen Materialien nach Gutdünken 'aufzufüllen' bzw. 'zurechtzuschneiden'. In jedem Fall ist *Wendlandts* Band aufgrund der Themenbreite und der vielseitigen Einsatzmöglichkeiten der Materialien eine willkommene Handreichung, der man viele Leser/Nutzer wünscht; leider dürfte der stolze Preis des schmalen Bandes eher verbreitungshemmend wirken.

Barbara Kleinert-Molitor



Rolf Biniek: Akute Aphasien. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 1993. 132 Seiten. 48 DM.

In dem vorliegenden Buch gibt der Verfasser zunächst einen Überblick über internationale Publikationen zum Thema „Akute Aphasien“ und stellt einschlägige Testverfahren vor.

Das Herzstück ist aber zweifelsohne die Publikation eines neuen Aphasie-Tests für die Akutphase, der die Bezeichnung Aachener Aphasie-Bedside-Test (AABT) führt.

² Bei dieser Gelegenheit sollten dann auch einige sprachliche Unebenheiten (z.B. auf S. 2: „zunehmendes Interesse an Fragen der Früherkennung und Frühförderung von Auffälligkeiten und Störungen im Kindesalter“) geglättet werden.

Die Notwendigkeit, einen solchen Test zu entwickeln, ergibt sich aus der Tatsache, daß die bisher vorliegenden Untersuchungsverfahren a) für neu erkrankte Patienten zu umfänglich und damit zu belastend sind, b) frühestens nach 4 bis 6 Wochen seit Krankheitsbeginn zuverlässige Daten liefern.

Es fehlte also bisher ein adäquates Untersuchungsverfahren, mit dem sich klären läßt, ob überhaupt Sprach- oder Sprechstörungen vorliegen, wie die Prognose für die Störung eingeschätzt werden kann und ob eine sprachtherapeutische Behandlung indiziert ist.

Seit geraumer Zeit wird der therapeutischen Frührehabilitation zunehmende Bedeutung zugemessen, so daß mit einer Aphasie-Therapie baldmöglichst begonnen werden sollte, um die Spontanremission zu unterstützen und um die psychischen Belastungen für alle Beteiligten zu minimieren.

Wie bereits ausgeführt, fehlte bisher ein Verfahren, um eine differenzierte Therapie durch eine Differentialdiagnostik zu fundieren. Der AABT gestattet es, Sprach- und Sprechstörungen zu identifizieren, den Verlauf zu beschreiben und schon 3 Tage nach Beginn der Krankheit prognostische Aussagen zu treffen. Die Testdurchführung dauert zwischen 15 und 40 Minuten, wobei 7 Untertests vorbehalten werden: Spontansprache, Aufforderung zu Blick- und Kopfbewegungen, Aufforderung zu Mundbewegungen, Artikulationsgeschwindigkeit und Phonationsdauer, Singen, Reihen- und Floskeln-Sprechen, Identifizieren von Objekten und Benennen. Anhand der vorhandenen Normwerte für die einzelnen Untertests ist es möglich, eine statistisch fundierte Auswertung der jeweiligen Tests vorzunehmen. Darüber hinaus liegt ein Protokollbogen für die ärztliche Anamnese-Erhebung und die neurologische Untersuchung vor.

Nach einer kritischen Betrachtung des AABT ist davon auszugehen, daß hier Diagnose-Ergebnisse ermittelt werden können, die als therapie-relevant zu bezeichnen sind. So liefert er zum Beispiel Anhaltspunkte dafür, ob eine sprachliche Aktivierung über automatisierte Leistungen (z.B. Reihen-Sprechen) möglich ist oder ob vorbereitende Maßnahmen zur gezielten Hinwendung der Aufmerksamkeit oder zur Steigerung des Antriebs angezeigt sind.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß das vorliegende Buch sicher nur für einen begrenzten Leserkreis von Interesse sein wird. Alle die, die während der Akutphase in der Diagnostik und Therapie bei aphasi-behinderten Menschen tätig sind, sollten im Besitz dieser Veröffentlichung sein – zumindest aber sich über deren Inhalte in Kenntnis setzen. Ebenso sollten derartig neue Forschungsergebnisse Studierenden aller sprachtherapeutischen Berufsgruppen nahegebracht werden, um die noch immer nicht optimale Versorgung zentral sprachbehinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener zu verbessern.

Uwe Förster



Silvia Hardmeier-Hauser: Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen – Ein sprachtherapeutisches Konzept für die Arbeit mit Kind, Familie und Umfeld. Edition SZH der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern 1993. 133 Seiten. 28,25 Fr.

„Ist über sprachentwicklungsgestörte Kinder nicht schon alles geschrieben worden?“ Diese nicht nur rhetorisch gemeinte Frage eines Kollegen weist auf ein Phänomen hin, das sich in einem ausführlichen Literaturverzeichnis des vorliegenden Buches widerspiegelt: ein vergleichsweise komplexes Publikationsangebot zu einem nach wie vor aktuellen Thema.

Es stellt sich wahrscheinlich für viele potentielle Leser die Frage, welche „neuen“ Erkenntnisse einem weiteren Buch zu diesem Thema zu entnehmen sind, ob es vielleicht Inhalte bietet, die die bekannte und bewährte sprachtherapeutische Praxis bereichern.

Unter Umständen sind derartige Vorerwartungen an das „Produkt Buch“ zu hoch gegriffen, zumal in einer Zeit, in der wir in verschiedenen Lebensbereichen von sogenannten neuen Produkten überhäuft zu werden scheinen. Die Erfahrung zeigt, daß altbewährte Erzeugnisse sich erst dann wieder besser verkaufen lassen, wenn die Verpackung verändert und mit einem neuen Namen versehen worden ist. Vielleicht ist dieses Bild ja auch auf die Wissenschaft zu übertragen, wo wir uns auch damit abfinden sollten, nicht täglich Neues zu erwarten, sondern Bekanntes – unter dem Einfluß einer sich stetig wandelnden (sprachlichen) Gesellschaft – bestätigt zu finden.

In diesem Sinne versteht auch der Rezensent das vorliegende Buch, in dem die Autorin der Frage nachgeht, wie die Arbeit mit und an der Sprache zu einem ganzheitlichen Geschehen mit dem Kind gestaltet werden kann. Es werden Arbeitsprinzipien beschrieben, die durch eine Bearbeitung der einschlägigen Literatur fundiert und in praktisch anschaulicher Weise dargestellt werden. Die Zusammenarbeit mit Kind, Eltern und anderen Bezugspersonen ist ein integrierter Bestandteil und ergibt sich als logische Schlußfolgerung aus der beschriebenen Arbeitsweise. Sie ist denn auch der Autorin ein wichtiges Anliegen, um die

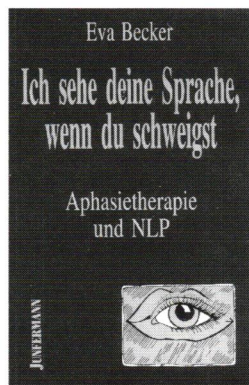
sprachtherapeutische Arbeit im sozialen Umfeld des Kindes zu verankern.

Besonders hervorgehoben werden sollten die vielfältigen Ausschnitte aus Fallbeispielen, die die theoretische Bearbeitung mit einer positiven Transparenz versehen – ein Element, das als leserfreundlich zu charakterisieren ist.

Abschließend ist nun all denjenigen dieses Buch zu empfehlen, die a) eine reflektierte und theoretisch fundierte sprachtherapeutische „Alltagsarbeit“ kennenlernen wollen, oder b) den Kolleginnen und Kollegen, die ihr therapeutisches Handeln einmal an einer aktuellen wissenschaftlichen Elle messen wollen.

Gewiß wird einigen Leserinnen und Lesern dieses Produkt bekannt vorkommen, aber wie schon gesagt – warum auch nicht!

Uwe Förster



Eva Becker: Ich sehe deine Sprache, wenn du schweigst. Aphasietherapie und NLP. Junfermann Verlag, Paderborn 1993. 321 Seiten. 44 DM.

Die Verfasserin geht von ihrer langjährigen praktischen Arbeit mit Aphasikern aus, die sie seit 1986 aus der Sichtweise des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) durchführt. Sie setzt sich die Aufgabe, die dabei gewonnenen Erfahrungen theoretisch zu fundieren und modellhaft einzuordnen. Ihr Ziel besteht darin, über sprachpathologisch faßbare Oberflächenphänomene hinauszugehen und den Aphasiker in seiner psychosozialen Ganzheit und Bezogenheit zu erfassen.

Einleitend wird dazu der systemtheoretische Ansatz der Wissenschaft dargestellt. Die Aussagen belegen ebenso wie in dem nachfolgenden Kapitel über Krankheit und Gesundheit aus ganzheitlicher Sicht eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Dabei werden Belege aus unterschiedlichen Wissenschafts-

disziplinen angeführt, wertorientiert eingeordnet und durch Beispiele konkretisiert. Die Autorin gibt hier ihre religiöse Grundhaltung zu erkennen.

Im folgenden wird das Konzept des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) dargestellt. Vorannahmen, Grundbegriffe und Techniken des Verfahrens werden erörtert und exemplarisch belegt. Ein Vergleich mit anderen Sichtweisen findet nicht statt. Die Verfasserin geht von der Richtigkeit beispielsweise bestimmter Augenbewegungsmuster aus, die – wie das NLP generell – eine aus der Arbeit erfolgreicher Therapeuten abgeleitete Art des Vorgehens darstellen und nicht explizit auf eine empirische Beweisführung angelegt sind. Sie ist sich dessen bewußt und kennzeichnet „das NLP erklärtermaßen (als) ein sehr auf Subjektivität ausgerichtetes Modell“ (S. 77).

Im weiteren werden die neurowissenschaftlichen Grundlagen von NLP und Aphasie dargestellt. Im Hinblick auf praktische Konsequenzen werden dabei Assoziationshilfen durch die Vorstellung innerer Bilder genannt. Die Aussagen werden in einem Netzwerkmodell der Sprachspeicherung verdichtet.

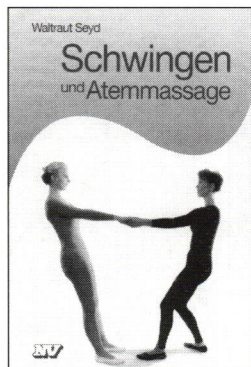
Die folgenden Kapitel gehen auf den Aphasiker, den Aphasitherapeuten sowie Aphasitherapie mit NLP ein. Ausgangspunkt der Überlegungen ist das komplexe Zusammenwirken der Symptomatik, psychischen Situation und Verarbeitung durch die Betroffenen. Die Aussagen dazu sind weniger durch Literaturbelege abgesichert, sondern vor allem aus der persönlichen Erfahrung gewachsen. Die sich anschließenden Aussagen zum Therapiebegriff und zum Rollenverständnis des Aphasitherapeuten sind außerordentlich reflektiert und Ausdruck einer vertieften Beschäftigung mit dieser Thematik.

Einen Schwerpunkt der Arbeit bildet die Darstellung des therapeutischen Vorgehens bei Aphasikern. Dem Ansatz des NLPs entsprechend gilt es zuerst herauszufinden, wie bei dem jeweiligen Menschen Sprache organisiert ist und wo Blockaden in seinem sprachlichen Netzwerk auftreten. Der methodische Zugriff bezieht sich darauf, über innere Bilder Sprache wieder zugänglich zu machen. Dies erfolgt über die Erinnerung an Gefühle, Gerüche, Geräusche, Bilder als visuelle Repräsentationssysteme, Malen und Töpfern usw. Im Vordergrund stehen dabei Einzelfallstudien und die konkrete Darstellung eigener Erfahrungen.

Einen breiten Raum nimmt die sich anschließende Darstellung der Möglichkeiten einer Behandlung verschiedener Aphasiesyndrome mit NLP ein. Auch hier steht die Dokumentation praktischer Erfahrungen im Vordergrund, indem über Sitzungsprotokolle die Art des Ansatzes erläutert wird. Das Vorgehen entspricht dabei nicht unbedingt der Schulmedizin und bezieht suggestive Komponenten (Trance) ein. Die Autorin verdeutlicht darin *ihren* persönlichen Weg, eine therapeutische Kommunikation zu gestalten. Eine abschließende Reflexion über Indikationen und Hindernisse für den Einsatz von NLP im Rahmen der Aphasitherapie rundet die Arbeit ab.

Insgesamt handelt es sich um eine Veröffentlichung, in der die praktische Erfahrung der Verfasserin unmittelbar erkennbar wird. Ihr breit angelegtes Wissen ist Ausdruck einer vertieften Auseinandersetzung mit Fragen des (eigenen) Lebens. Einerseits handelt es sich dabei um ein in sich geschlossenes Modell, bei dem nur ansatzweise Vergleiche mit anderen Konzeptionen erfolgen. Andererseits wird aus der Sichtweise der Verfasserin beim Umgang mit Aphasikern eine Vielzahl an Anregungen erkennbar, die zum Nachdenken auffordern – nicht nur im Zusammenhang mit Fragen der Aphasilogie.

Manfred Grohnfeldt



Waltraud Seyd: Schwingen und Atemmassage (nach Schlaffhorst-Andersen). Neckar Verlag, Villingen-Schwenningen 1993. 139 Seiten. 35 DM.

Eine Rezension sollte sich ja in erster Linie zunächst mit dem Werk an sich auseinandersetzen. Wenn aber bei dieser Buchbesprechung an den Anfang einige Aussagen zur Autorin gestellt werden, dann deshalb, weil gerade hier in besonderer Weise Inhalt und Person untrennbar miteinander verbunden sind: Wer nämlich könnte ein Buch über das Schwingen und die Atemmassage authentischer schreiben als jemand, der in der Konzeption und Methodik durch Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen persönlich unterrichtet wurde.

Nachdem W. Seyd innerhalb der Sprachbehindertenpädagogik theoretische Beiträge und Therapiematerialien publiziert hat, erscheint jetzt von ihr ein Buch, das neben anderen Veröffentlichungen (u.a. *Saatweber*, *Schümann* etc.) die Konzeption nach Schlaffhorst-Andersen theoretisch und fachpraktisch fundiert.

Mit dem Buch verfolgt die Autorin das Ziel, grundlegende Prinzipien der Bewegungsübungen nach Schlaffhorst-Andersen zu erläutern, die bisher weitgehend mündlich überlieferte Terminologie festzulegen und die Bewegungsübungen sowie die Atemmassage systematisch darzustellen.

Bereits das Inhaltsverzeichnis ist sehr übersichtlich und ausführlich. Das Buch ist in drei große Kapitel eingeteilt: „Das Schwingen“, „Die Atemmassage“ und „Schwingen und Atemmassage am Krankenbett“. Diese wiederum sind in zahlreiche Unterkapitel und Abschnitte eingeteilt, die mit Seitenzahl genannt werden.

So finden sich im Kapitel „Das Schwingen“ Informationen über die auf der Wechselwirkung von Atmung und Bewegung basierenden dreiteiligen Bewegungsübungen, wie z.B. Fassungen, Gruppierungen und Positionen, Bewegungsformen, Einsatz von Hilfsmitteln, Bewegungssequenzen sowie über anatomische und physiologische Zusammenhänge. Auch auf das Schwingen als Grundlage für Atem- und Phonationsübungen wird eingegangen. Erläuterungen zu den Zielen des Schwingens finden sich erst im weiteren Verlauf des Kapitels. In den Ausführungen über das „Erlernen des Schwingens“ macht die Verfasserin allerdings deutlich, daß man das Schwingen nicht autodidaktisch nur mit Hilfe des vorliegenden Buches erlernen kann und sollte, sondern daß auf jeden Fall praktische Grunderfahrungen erforderlich sind. Die Übungssammlung versteht sich als Unterstützung bzw. zur Erweiterung der Kenntnisse auf der Grundlage bereits erlebter kinästhetischer Erfahrungen im Bereich des Schwingens.

Dieses erste und größte Kapitel enthält zahlreiche Fotos und Zeichnungen. Da sich die Bilder, auf die teilweise in verschiedenen Abschnitten verwiesen wird, oft nicht direkt neben den entsprechenden Textteilen befinden, muß sich der Leser auch in dieser Hinsicht mit dem Buch „aus-einander-setzen“.

Das 14 Seiten umfassende Kapitel „Atemmassage“ geht auf Atemfehlformen sowie auf deren Behandlung ein. Hierbei werden verschiedene Altersstufen und individuelle Gegebenheiten berücksichtigt. Auch der Einsatz der Atemmassage in Verbindung mit dem Schwingen und mit Atem- und Stimmübungen wird erläutert.

Im letzten Kapitel werden die Prinzipien der Bewegungen im dreiteiligen Rhythmus übertragen auf minimale aktive und passive Bewegungssequenzen, wie sie z.B. bei bettlägerigen oder im Rollstuhl sitzenden Patienten erforderlich sind. Anschließend wird der Einsatz des Schwingens und der Atemmassage bei verschiedenen Störungsbildern beschrieben und durch konkrete Übungsbeispiele verdeutlicht. Hier handelt es sich jedoch nicht um „Therapieprogramme“, sondern um eine exemplarische Zusammenstellung einzelner Übungen, die teilweise bereits im 1. Kapitel ausführlich dargestellt worden sind.

Insgesamt zeigt sich in der Beschreibung der Übungen und den methodisch-didaktischen Hinweisen die jahrelange theoretische und praktische Auseinandersetzung der Autorin mit dem Schwingen. Die Erklärungen sind gut verständlich, setzen aber teilweise voraus, daß der Leser bereits therapeutische und/oder pädagogische Erfahrungen mit der Arbeit nach Schlaffhorst-Andersen gemacht hat und Grundkennt-

nisse über Anatomie, Physiologie und psychisch-physische Zusammenhänge besitzt.

Es handelt sich um eine umfassende Übungssammlung, die einen adäquaten Überblick gibt über die Prinzipien, die dem Übungsaufbau zugrunde liegen. Somit wird dem Leser eine Basis geschaffen für einen kreativen Umgang mit den Übungen und eine sich daraus ergebende mögliche Weiterentwicklung.

Abschließend sei das Buch allen Kolleginnen und Kollegen zu empfehlen, die a) ihre Arbeit mit sprach-, sprech- und stimmgestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen um ein relevantes Element erweitern wollen und b) bereit sind, Eigenerfahrungen und somit eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst dem therapeutischen Vorgehen voranzustellen.

Uwe Förster

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Myofunktionelle Therapie

In Köln werden zwei Kurse zum Thema: Spiele und Übungen zur Myofunktionellen Therapie angeboten. Die Spiele sind im Elementar- und Primarbereich als Vorbereitung auf das Garliner-Programm oder auch generell als mundmotorische Übungen einsetzbar. Die Kurse bauen aufeinander auf, können aber auch einzeln belegt werden.

Kurs 1: 26./27.11.93, Kurs 2: 28./29.1.94

Leitung und Information:

Veronika Struck (Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin) Tel.: 0221/123246; Monika Tillmanns-Karus (Dipl.-Päd./Sprachth.) Tel.: 02233/72625; Thielstr. 35, 50354 Hürth.

Inzirkofener Gespräche

Die 26. 'Inzirkofener Gespräche' finden vom 18. bis 20. März 1994 in Inzirkofen statt. Das Rahmenthema lautet: „Das Prinzip der Ganzheit in der Sprach-, Sprech- und Stimm diagnostik und -therapie“. Anmeldungen oder Rückfragen an: Dr. phil. Geert Lotzmann, Bothestr. 120, 69126 Heidelberg.

Frühjahrstagung der Landesgruppe Bayern in Würzburg

Bei herrlichem Wetter trafen sich am 15. Mai über 40 Mitglieder der Landesgruppe zur Frühjahrstagung in Würzburg. Gut wie das Wetter war auch der Empfang durch die gastgebende Maria-Stern-Schule.

August Bergmann, Sprachheillehrer aus Hamburg, referierte nun bereits zum vierten Mal in Würzburg über Kinesiologie: zwei Vorträge auf dem Kongreß, eine Fortbildung für die Maria-Stern-Schule und nun der Vortrag auf der Frühjahrstagung. Dies zeigt einerseits das lebhafteste Interesse, was derzeit an dieser Thematik besteht, andererseits beweist es die Flexibilität des Referenten, der es durch seine offene Vortragsart schafft, auch „Wiederholungshörer“ in seinen Bann zu ziehen. Trotz gewisser Überschneidungen, die bei einem grundsätzlichen Vortrag nicht zu vermeiden sind, waren seine Ausführungen sowohl für „Ersthörer“ als auch für „Wiederholungshörer“ interessant,

da er es sehr gut verstand, auf die Bedürfnisse seiner Zuhörer einzugehen. Für mich als „Wiederholungshörer“ war zusätzlich die Reaktion derjenigen Teilnehmer faszinierend, die mit den kinesologischen Tests zum ersten Mal konfrontiert wurden. Aus Gesichtern und Kommentaren konnte man vielerlei Regungen herauslesen: Offenes Staunen, Skepsis, Faszination, Unglauben.

Erfreulich war die Tatsache, daß Herr Bergmann immer auf die praktische Anwendbarkeit der Kinesiologie in der Schule einging. Hierdurch wurden sicher viele Kollegen zu neuen methodischen Ansätzen angeregt.

Auf eine ausführliche Zusammenfassung des Referates möchte ich hier verzichten: Im Würzburger Kongreßbericht wird Herrn Bergmanns Zusammenfassung seines dortigen Vortrags zu lesen sein, und auch im Mitteilungsblatt sollen weitere Beiträge über Kinesiologie folgen.

Reinhard Dümmler

25 Jahre „Inzirkofener Gespräche“ 1993

Wenn es zum 25jährigen Bestehen einer wissenschaftlich-praktischen Fachtagung, die immer auch Fortbildungs- bzw. Weiterbildungstagung war und in diesem Vierteljahrhundert zur Institution geworden ist, Rechenschaft abzulegen gilt, dann kann ein Blick auf die Entwicklung seit 1968 aus vielerlei Gründen von Interesse sein.

Aus den Unterlagen der 'Geschichte' der 'Inzirkofener Gespräche' geht hervor, daß sich im Juli 1965 Sprecherzieher des Bundeslandes Baden-Württemberg an der PH Heidelberg trafen und den Vorschlag diskutierten, „die an den Pädagogischen Hochschulen tätigen SprecherzieherInnen des Landes Baden-Württemberg zu Arbeitstagen in zeitlich unverbindlichen Abständen zusammenzurufen“. Aber bereits damals sollten auch Sprachheilpädagogen einbezogen werden, und zwar unabhängig von der institutionellen Zugehörigkeit, noch deutlicher: die 'IG', als Kürzel gebraucht, sollten von keiner Institution abhängen und

keiner verpflichtet sein, eine Auffassung und Realisierung, die bis heute dank des Interesses aller Angesprochenen und der ca. 200 Referenten Bestand gehabt hat.

Heidelberg war also die Keimzelle der 'IG'. Trotz der Tatsache, daß bei der ersten Veranstaltung der Hauptakzent auf der spracherzieherischen Stimmbildung lag, wurde, als Voraussetzung für einen adäquaten Umgang mit der Stimme, die Phoniatrie in das Referententeam gebeten. Zunächst war nur an eine Regionaltagung gedacht, die die 'Landeskinder' ansprechen sollte. Die Einladungsformeln änderten sich allerdings im Verlaufe der Jahre. Bereits 1971 formulierten wir: „Einladung zur Arbeitstagung (Regionaltagung) der in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie tätigen Logopäden, Phoniater, Sprachheillehrer, Psychologen und Sprecherzieher“. Inzwischen sind auch Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Klinische Psychologen, Klinische Sprechwissenschaftler, Patholinguisten und Sonderpädagogen angesprochen. Ab 1973, also ab der sechsten Tagung, war der Verfasser allein für die Organisation und Leitung der 'IG' zuständig und verantwortlich. Ein einziges Mal (1976) wurden die 'IG' unterbrochen, so daß sich das 25jährige Jubiläum auf das Jahr 1993 verschoben hat.

Wie kamen wir nach Inzigkofen, in dieses ehemalige Frauenkloster aus dem 17. Jh., einer „selbständigen Einrichtung der Erwachsenenbildung“, in ein Volkshochschulheim, das 1948 eröffnet wurde und gleichzeitig „Pädagogische Arbeitsstelle für Erwachsenenbildung des Landes Baden-Württemberg“ ist? Ich zitiere aus dem Jahresprogramm des Volkshochschulheims für 1993: „Durch die geographische Lage Inzigkofens im Bereich des oberen Donautals, einer der schönsten Landschaften Deutschlands, und durch die Architektur des Hauses werden alle Voraussetzungen für konzentriertes Arbeiten, aber auch für Gespräche und Entspannung geboten. Die früheren Klosterzellen sind als Einzel- und Doppelzimmer (Dreibettzimmer) in ihrer ursprünglichen Form erhalten, aber zeitgerecht ausgestattet und eingerichtet. Für Vorträge und Arbeitsgemeinschaften stehen mehrere Räume zur Verfügung, vom stimmungsvollen Konventsaal bis zum Werkraum (Gewölbe).“

Ab 1987 (19. Tagung) wurde in der Einladung auf die Nennung der nur 'Baden-Württemberger' verzichtet, d.h. der Terminus Regionaltagung wurde fallengelassen. Aber schon vorher waren Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern willkommene Gäste, was auch damit zusammenhing, daß in den Fachzeitschriften und Publikationen der einzelnen Berufsverbände auf diese inzwischen bundesweite Tagung hingewiesen wurde. Seitdem sind zunehmend nicht nur mehr Berufsgruppen, sondern auch Angehörige anderer Bundesländer und Ausländer als ReferentInnen bzw. WorkshopleiterInnen und Teilnehmer vertreten. Seit 1990 konnte der Kreis noch wesentlich durch Angehörige der neuen Bundesländer erweitert werden.

Ein internationaler Durchbruch wurde 1986 anläßlich der 18. 'IG' erreicht, übrigens im einzigen Jahr, in dem die 'Gespräche' nicht in Inzigkofen, sondern in der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg stattfanden. Anläßlich der 600-Jahrfeier der Ruperto-Carola (1386-1986) konnte ich dem Planungsstab des weltweit beachteten Jubiläums das Rahmenthema 'Sind Sprach- und Sprechnormen durch Dia- und Soziolekte bedingt?' anbieten, das dann als „Internationales Kolloquium“ ausgewiesen wurde. (Die Referate dieser Tagung sind als Sammelband in der sprechwissenschaftlich-spracherzieherischen Reihe 'Sprache und Sprechen' als Band 17, Frankfurt 1987, erschienen). Im Grußwort sagte der Verfasser damals: „Als im Jahre 1968 die Idee geboren wurde, eine interdisziplinäre (regionale) Jahrestagung zu veranstalten, zu der alle eingeladen sind, die es berufsmäßig mit der Diagnose und Therapie und zugleich Rehabilitation von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungen, also vorrangig mit Kommunikationsstörungen zu tun haben, war nicht abzusehen, daß diese Form der persönlichen Begegnung und des fachlichen Austausches über fast zwei Jahrzehnte Bestand haben würde. Inzwischen ist der regionale Rahmen gesprengt und interessierte Fachkollegen aus der Bundesrepublik und aus dem Ausland benutzen die Gelegenheit, über den eigenen Zaun zu schauen, um mit den Vertretern angrenzender Nachbardisziplinen diagnostische und therapeutische Wege zu diskutieren und zu demonstrieren, die dem gemeinsamen Ziel dienen, die sprachlich und sprecherisch Behinderten mit angemessenen Methoden zu ungestörter Kommunikationspartnerschaft zu verhelfen“.

Ich erlaube mir an dieser Stelle eine Anmerkung, die mich persönlich betrifft. Es stellt sich doch die Frage, warum gerade ein Sprechwissenschaftler und Sprecherzieher eine interdisziplinäre Tagung initiierte, die die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen zum Thema machte. Als Antwort zitiere ich Elmar Bartsch, der anläßlich der Heidelberger Tagung 1986 als 1. Vorsitzender der 'Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung' unter anderem sagte: „Seine Herkunft aus der umfassenden Sprecherzieherausbildung Mitteldeutschlands ließe aber insbesondere einen vierten Aspekt in den Mittelpunkt geraten. Obwohl jeder Sprecherzieher versucht, die ganze Bandbreite seines Berufes abzudecken, also auch die zwei sogenannten Wahlfächer Sprechkunst und Rhetorik, ist es doch immer kennzeichnend, wo jemand seinen Wurzelgrund hat ...“

Sein eigentlicher 'Wurzelgrund' ist ... die Mitte der Sprecherziehung: die Sprechbildung und die Stimmbildung. Von dieser soliden Mitte her wird alles andere gestaltet. Von dort her konnte er auch die 'Inzigkofener Gespräche' entwickeln und unserer Gesellschaft das Maß der von uns zu verantwortenden Sprach- und Sprechtherapie aufzeigen. Der 'Wurzelgrund' war auch eine Alma Mater – die Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg –, die sich durch das älteste Institut

für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung auszeichnet und das immer wieder die Mitte meines Faches suchte und auch fand und durch Persönlichkeiten geprägt wurde, die nicht nur in sich die differenziertesten Fähigkeiten vereinigten, gesprochene Sprache zu lehren und zu demonstrieren, sondern auch die Lehrpläne auf diese Mitte und damit Ganzheit und schließlich auch Interdisziplinarität hin konzipierten. Daß dabei in Halle die 'Stimm- und Sprachheilkunde' einen besonderen Stellenwert erhielt, war traditionell durch die Entwicklung des Halleschen Instituts seit 1906 begründet. Man handelte nach dem Lateiner-spruch: *Pathologiam illustrat physiologiam*: das Gesunde oder Normale besser kennen und verstehen zu lernen über die Kenntnis des Kranken oder Anormalen (Gestörten), schien mir der geeignete Ansatzpunkt zu sein, um auch als Sprecherzieher eine Brücke zu 'gestörter Kommunikation' schlagen zu können. 'Inzirkofen' war und ist ein solcher Versuch. Inzirkofen war und ist auch der Versuch, dieses persönliche Anliegen auf die Ebene fachlicher Interdisziplinarität zu transportieren.

Schon im ersten Sammelband, der 1973, also vor genau zwanzig Jahren, unter dem Titel 'Das Gespräch in Erziehung und Behandlung' erschien, schrieb ich: Es ist die Aufgabe dieser Tagungen, „die in der Zielsetzung der rehabilitativen Tätigkeit verwandten Fachgebiete zusammenzuführen, wo es gemeinsame Ansatzpunkte gibt, interdisziplinär zu kooperieren und Möglichkeiten zur fachübergreifenden Information, zum praktischen Erfahrungsaustausch und zur fachspezifischen Ausbildung zu eröffnen“. Für das eigene Fach, also die Sprechwissenschaft und Sprecherziehung, heißt das, daß die Interdisziplinarität auch die wichtige Funktion hat, „Denkanstöße für die nur indirekt mit der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation in Verbindung stehenden, aber der sprachlichen Kommunikation verpflichteten Disziplinen zu formulieren“, das meint: die 'IG' „wenden sich an alle, die mit dem Abbau von stimmlichen, sprecherischen und sprachlichen Kommunikationsstörungen befaßt sind“. Was als bescheidener Versuch des „Miteinander-ins-Gespräch-kommen“ begann, etablierte sich bald zur fest wiederkehrenden 'Wissenschaftlichen Fachtagung' mit dem Ziel, „sowohl theoretische und wissenschaftstheoretische Fragestellungen als auch praxisbezogene, d.h. pädagogische, soziologische, psychologische und therapeutische Zielvorstellungen und Maßnahmen zu erörtern“ (Lotzmann in: Sprachrehabilitation durch Kommunikation. München/Basel 1975).

Wenn Dieter-W. Allhoff 1989 feststellt, daß „gerade die Bedeutung des in der Regel im vorthérapeutischen und prophylaktischen Bereich arbeitenden Sprecherziehers mit Phoniateren, Logopäden und Sprachheilpädagogen mit in den Inzirkofener Tagungen so deutlich vor Augen (und Ohren) geführt“ wurde, dann ist das ein Beweis dafür, daß Interdisziplinarität auf verschiedenen Ebenen gesehen werden muß und erst dann den Namen verdient, wenn sich alle Seiten zur Tolerierung des Anderen bekennen, dieses Bekennt-

nis leben und das gegenseitige Geben und Nehmen als ihre wichtigste Aufgabe erkennen“ (Allhoff in: Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen. Weinheim 1989).

In Form von Sammelbänden sind erschienen (Hrsg. G. Lotzmann): Das Gespräch in Erziehung und Behandlung (1973), Sprach- und Sprechnormen. Verhalten und Abweichung (1974), Sprachrehabilitation durch Kommunikation (1975), Aspekte auditiver, rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie (1978), Psychologie der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation (1979), Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen (1981), Nonverbale und verbale Ausdrucksgestaltung in der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Hörstörungen (1982), Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen (1986), Sind Sprach- und Sprechnormen durch Dia- und Soziolekte bedingt (1987, s. Internationales Kolloquium in Heidelberg), Das Selbstverständnis des Therapeuten im Kommunikationsprozeß (1988), Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen – Interdisziplinarität bei Diagnose und Therapie (1989), Aggressionen und Ängste im stimm- und sprachtherapeutischen Prozeß (1991), Psychomotorik in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie (1992), Körpersprache. Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (1993).

Folgende Themen wurden nicht bzw. Einzelreferate wurden in Zeitschriften publiziert: Zur Methodik der Stimmbildung; Zur Methodik der Behandlung von Sprechstörungen; Zur Pädagogik der Behandlung von Sprachgestaltungsstörungen; Die Bedeutung der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung für die Behandlung und Erziehung Stimm-, Sprech- und Sprachgestörter; Sprecherische Ausdrucksgestaltung als Therapieform bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörstörungen; Hören – Zuhören – Hörerziehung. Hörbehinderung – Gehörlosigkeit – Hörtherapie; Sprechflußstörungen und ihre Beziehung zur Sprechangst; Das spielerische Element in der Therapie von Störungen der mündlichen Kommunikation; Der Rhythmus als Element sprachlicher, sprecherischer und stimmlicher Therapieverfahren.

Inzirkofen wollte und will das interdisziplinäre Gespräch. Deshalb schrieb der Verfasser im Vorwort zum Sammelband 'Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen': „Interdisziplinarität, dieser Begriff ist weder neu noch originell. Auch ist er keine Zauberformel, die, zielstrebig angewendet, den Therapieerfolg auf magische Weise garantiert. Interdisziplinarität meint hier und jetzt: Verzicht auf jeglichen Alleinvertragsanspruch zum Wohle des Klienten/Patienten, der sich als Gezeichneter und Leidender erleben kann; Überwindung des Verbandsdenkens und -handelns; verantwortungsbewußter Umgang mit der diagnostisch-therapeutischen Kategorisierung von Auffälligkeit, Behinderung, Gestörtheit, Krankheit, um Stigmatisierungen zu vermeiden. (Nur das Miteinandersprechen und Aufeinanderhören, also die vorur-

teilsfreie Zusammenarbeit der geforderten Disziplinen, kann das 'Absolute' und 'Endgültige' relativieren.) Und schließlich: Erkennen, daß auch der 'Behinderte' in jedem Falle ein soziales Wesen ist, dessen sprachliche Defizite von Disziplinen zu beschreiben und dessen sprachliche Wirkungen zu bewerten sind, die die Sprache und das sprechende/hörende Individuum als gesellschaftliches Phänomen begreifen. Interdisziplinarität meint dann in der Tat nicht nur die Zusammenarbeit der Eingeweihten; sie gelangt vielmehr erst dann zu ihrer eigentlichen Bedeutung, wenn sie sich als Kooperation mit allen versteht, die an der Ergründung des hochkomplizierten sprachlichen Kommunikationsprozesses unmittelbaren Anteil haben." Und Allhoff ergänzt in diesem Sammelband: „Interdisziplinarität hat auf Dauer nur dann Erfolg, wenn sie getragen wird vom Geist der Solidarität untereinander und mit denen, für die wir forschen, lehren, therapieren. Unser gemeinsamer Ausgangspunkt ist dabei die Sorge um die Rehabilitation der Stimm-, Sprech- und Sprachbehinderten; sie ist der Zielpunkt aller auf diesem Gebiet Arbeitenden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – entgegnet der Gefahr des methodischen 'Festfahrens' in der Abgeschlossenheit einer Berufs-

gruppe; – verhindert falsche 'Harmonisierungstendenzen', die Weiterdenken und -fragen blockieren können; – bringt neue Antworten; Fragen bestimmen unser Denken und wir denken anders, wenn wir anders fragen.

So können in der interdisziplinären Diskussion auf alte Fragen neue Antworten gefunden werden. Inzigkofen war der Ort gemeinsamen Lernens und Umlernens. Eins allerdings bleibt mir – aus schmerzlicher Erfahrung falsch verstandener Interdisziplinarität – besonders wichtig: die unterschiedliche Ausbildung unterschiedlicher Berufsgruppen bedingt auch verschiedene Kompetenzen – Grenzen des eigenen Könnens. Inzigkofen – und das ist ebenso wichtig wie das zuvor Gesagte – läßt nicht nur neue Fragen und Antworten finden, sondern auch immer wieder die eigenen Möglichkeiten und Grenzen neu reflektieren: Wo stehe ich mit meiner Arbeit, was mache ich, was kann ich, was muß ich lernen?“

Die 'Inzigkofener Gespräche' werden fortgeführt.

Geert Lotzmann

Materialien und Medien



Gisela Röttgen: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb (Tier-Theater-Texte). borgmann publishing, Dortmund 1993. 140 Seiten. 38 DM.

Das vorliegende Buch zur Sprachförderung von Kindern wendet sich an interessierte Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. Es bietet in allgemeinverständlicher Form Informationen und genaue Übungsanleitungen zur Förderung der kommunikativen Kompetenz von vier- bis achtjährigen Kindern. Angesprochen wird dabei insbesondere die Aufnahme, Verarbeitung und Wiedergabe von Sprache in ihren Teilbe-

reichen Atmung, Bewegung, Wahrnehmung und Kontaktfähigkeit. Das Übungsprogramm, in dem beobachtet, erzählt, gemalt, nachgeahmt und im Rollenspiel miterlebt und gestaltet wird, besteht aus zwei Teilen:

Der erste Übungsteil gliedert sich in 18 Kapitel, eines pro Tier. Jedes Kapitel führt über Gespräche und die spielerische Erarbeitung von Verben zur schrittweisen Erarbeitung eines kurzen zusammenhängenden Textes. Der Übungsteil 1 enthält 18 große Bilder mit Tierdarstellungen, 18 Fachinformationen zu den Tieren und Empfehlungen zur Arbeit in den Gesprächs- und Spielkreisen und den Mitmach-Geschichten sowie 20 Mitmach-Geschichten mit Übungsanweisungen zu Lauten und Bewegungen.

Der Übungsteil 2 ist die Rahmenerzählung „Der kleine Bär“, eine Geschichte zum Mitspielen. Sie besteht aus 8 Kapiteln.

Das vorliegende Material ist vielfältig einsetzbar: Es dient sowohl im Rahmen der Vorschulerziehung im Sinne präventiver Maßnahmen als Sprachförderungsprogramm als auch in teilstationären sprachtherapeutischen Einrichtungen oder ambulanten Institutionen als Element eines umfassenden Sprachtherapiekonzeptes. Es ist somit allen pädagogisch/therapeutischen Fachkräften zu empfehlen.

Uwe Förster

Weitwinkel

Bericht über die Arbeit der Kommission 20 während der 28. BIAP-Konvention 1993 in Aix-les-Bains (Frankreich)

Die Kommission 20 hat am 2. und 3. Mai getagt. In einer ersten Diskussionsrunde wurde der erste Teil des Empfehlungsentwurfes in französischer und deutscher Fassung von den Kommissionsmitgliedern angenommen. Dieser erste Teil beinhaltet eine einleitende Vorbemerkung und eine Auflistung der zu untersuchenden (testenden) Merkmale des Sprechens und der Sprache (Laut- und Schriftsprache). Weiter werden in diesem Teil die in der Auflistung erwähnten Merkmale definiert.

Nach Fertigstellung des gesamten Empfehlungsentwurfes müssen diese Darstellungen zunächst von den nationalen Komitees und dann vom Verwaltungsrat genehmigt sein, bevor sie in der Generalversammlung verabschiedet werden können. Der zweite Teil des Empfehlungsentwurfes ist weitgehend fertiggestellt und liegt in französischer und deutscher Fassung vor. Es handelt sich hierbei um eine Zusammenstellung von Tests und Untersuchungsmöglichkeiten der in der Auflistung genannten, notwendigerweise zu untersuchenden Ebenen der Sprache. Es soll damit dem Praktiker ein schneller Zugriff ermöglicht werden bei der Auswahlentscheidung der Tests hinsichtlich der zu testenden Merkmale und der zu testenden Person.

Dieser Katalog differiert verständlicherweise zwischen der deutschen und französischen Fassung, da es sich um Tests der verschiedenen Länder handelt. Außerdem sollte dieser Katalog eher als Lose-Blatt-Sammlung angesehen werden, die einer ständigen Revision bedarf.

Der hier beschriebenen, etwas detaillierteren Test-Sammlung geht ein Raster voraus, welches die Tests nennt und einen Überblick liefert, welche Ebenen erteilt werden können.

Bis zur nächsten Mini-BIAP-Konvention ist es Aufgabe der Mitglieder der Kommission 20, dieses Raster, welches bisher die Rubriken Phonologie, Lexikon, Syntax und Morphologie enthält, zu erweitern durch die Rubriken Gedächtnis, Pragmatik und Sprachverständnis und/oder Ausdruck.

Die Entwürfe sind in deutscher Fassung der dgs zugegangen, eine Veröffentlichung wird, wie beschrieben, nach den Genehmigungsverfahren der verschiedenen Gremien erfolgen.

Die Kommission 24 hat am 1., 3. und 4. Mai 1993 getagt. Die französischsprachigen Teilnehmer der Kommission haben zunächst diskutiert, wie in den einzelnen Ländern das in der Empfehlung 24/1 entwickelte Faltblatt in größtmöglicher Anzahl herzustellen ist, d.h. man hat überlegt, wer für die einzelnen Länder die

Druckkosten übernimmt. Gleichzeitig entstand für die jeweiligen Länder die Frage der möglichst vielfältigen Verbreitung dieses Textes.

Beispielhaft und mit Anerkennung wurde dabei die deutsche Fassung und Verbreitung des Faltblattes angenommen. Dieses Exemplar ist in einer Stückzahl von 5000 an alle dgs-Landesgruppen versandt worden. Übernommen wurde dieses Blatt auch für die deutschsprachige Bevölkerung in Belgien.

In einem zweiten Arbeitsschritt werden nun zu diesem Faltblatt Informationen erarbeitet, welche in Fachzeitschriften veröffentlicht werden sollen. Diese Informationen sollen nach folgenden Gesichtspunkten angelegt sein:

- A. Einleitende Erklärung der Absicht dieser Informationen
1. Definition von Sprachentwicklungsverzögerung
2. Risikofaktoren
 - in der Anamnese
 - im Umfeld
3. Klinische Semiologie
 - Normalentwicklung (Faltblatt)
 - Warnzeichen
 - Hypothesen
 - Zeichen, die zu Fehldeutungen führen könnten (Achtung!)

Zu den Punkten 1 und 3 wurden in Arbeitsgruppen erste Beschreibungen und Definitionen vorgenommen.

Es ist zur BIAP-Mini-Konvention im November 1993 in Luxemburg Aufgabe der einzelnen Ländervertreter, diese Texte zu übersetzen und inhaltliche und redaktionelle Änderungsvorschläge einzubringen.

Frank Kuphal

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Zeitschrift für Heilpädagogik, Nürnberg

Heft 2/1993

Gustav Kanter: Brennpunkte veränderter Theorie und Praxis in der sonderpädagogischen Förderung. 74-82.

Bernhard Wittmann: In der sonderpädagogischen Förderung sind die Inhalte wichtiger als der Förderort – Bericht über den vds-Kongreß in Berlin. 82-99.

Ditmar Schmetz: Sonderpädagogik und Erziehung – Wandel und Werte. 99-112.

Heft 3/1993

Ernst Begemann: Gesellschaftliche Integration „behinderter“ Menschen erfordert eine solidarische Kultur. 153-169.

Urs Haeblerlin: Die Verantwortung der Heilpädagogik als Wissenschaft. 170-182.

Heft 4/1993

Klaus-Dietrich Große: Persönlichkeits- und fachbezogene Aspekte im Unterricht für Personen mit Behinderungen. 225-235.

Ulrich Bleidick: Glanz und Elend pädagogischer Auftragsforschung. 225-268.

Heft 5/1993

Bernd Dietel, Hildegard Kassel: Diagnostik von Teilleistungsstörungen. Neuropsychologisch-psycholinguistisch orientierte Diagnose und Therapie von Lese-Rechtschreibschwächen. 297-316.

Heft 6/1993

Urs Haeblerlin: Begleitforschung in sonder- und heilpädagogischen Praxisprojekten – Wissenschaftsgeleitete Beratung statt Handlungsforschung. 369-374

Margit Theis-Scholz, Inge Thümmel: Handlungsorientierungen von Grund- und Sonderschullehrern: Einstellungen zur Integration. 375-382.

Monika Ortmann: Grundschullehrer und Sonderpädagogen in Prozessen der schulischen Integration von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. 383-394.

Hans Eberwein, Evelyn Michaelis: Welche spezifischen Qualifikationen brauchen „Sonder“-Pädagogen in Integrationsschulen? Ergebnisse einer Befragung in Berlin. 395-401.

Heft 7/1993

Ursel Mielke, Christine Mielke: Die Wirkung von Entspannung- und Selbstkontrollübungen bei stottern den Kindern. 441-447.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargelände, Freiburg/Schweiz

Heft 1/1993

Monika Brunsting-Müller: Therapiemißerfolge bei Lernstörungen – Hintergründe aus der Sicht der Therapeuten. Vorläufige Ergebnisse einer Pilotstudie zu nicht erfolgreich verlaufenen Therapien bei Legasthenie und Dyskalkulie. 41-52.

Heft 2/1993

Heinz Bach: Zusätzlicher Förderbedarf – Begriff und Begründung von zusätzlichem Förderbedarf eines Kindes in der Schule. 137-143.

Otto Speck: Bedeutung und Kritik des ökologischen Ansatzes in der Heilpädagogik. 144-157.

Der Sprachheilpädagoge, Wien

Heft 1/1993

Deniz Böhm-Besim: Auswirkungen von Sprachstörungen auf den Kommunikationsakt. 1-27.

Manfred Weiss: Arbeitsbedingungen und Persönlichkeitsmerkmale des Sprachheillehrers – eine empirische Untersuchung an burgenländischen Sprachheillehrern. 28-34.

Heft 2/1993

Friederike Meixner: Sprachheilpädagogische Rhythmik. 1-23.

Ingrid Gerger: Rhythmisch-musikalische Erziehung Sprachbehinderter. 24-87.

Sprache – Stimme – Gehör, Stuttgart

Heft 1/1993

G. Lindner: Unmittelbare Kommunikation und technisch vermittelter Informationsaustausch. 1-5.

R. Schönweiler: Audiometrische, sprachliche, entwicklungspsychologische und soziographische Befunde bei 1300 sprachauffälligen Kindern und deren Bedeutung für ein individuelles Rehabilitationskonzept. 6-11.

Ulrike Stiller: Sprachsystematische Überprüfung der Artikulation bei phonetisch – phonologischen Störungen /(Dyslalien). 12-16.

G. Kittel: Globusgefühl und laryngopharyngeale Äquivalenzen. 17-23.

M.M. Hess: Zur Indikation einer Hörprüfung nach Aminoglykosidtherapie im Neugeborenenalter. 24-26.

Heft 2/1993

F. Frank: Sprech- und Singstimmenbeurteilung über stimmliche Parameter. 43-46.

L. Jäncke, A. Luppen: Dichotischer Konsonant – Vokal – Recall – Test. 54-58.

Marita Pabst-Weinschenk: Kranke Lehramtsstudentinnen? 59-64.

Wolfgang Wendlandt, Christine Möller, Barbara Reschke: Ausländische Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sprechens und der Sprache in Berlin (ehemals West) – Eine empirische Untersuchung. 68-75.

M. Decher: Kann Stottern zur Sucht werden? 76-78.

Die Redaktion

Das Buch zum Thema !

Matthias Marschik / Christian Klicpera

Kinder lernen lesen und schreiben

Ein Ratgeber für Eltern und LehrerInnen

Auf der Basis der Erkenntnisse aus den „Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Schreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit“ (Klicpera u.a., Bern 1993) haben die Autoren dieses Praxisbuch für Eltern und Lehrer geschrieben.

Die ersten beiden Abschnitte des Buches befassen sich mit allgemeinen Erläuterungen zur Rolle des Lesens und Schreibens in unserer Gesellschaft.

Die drei nächsten Kapitel behandeln das Erlernen von Schreiben und Lesen im schulischen Kontext, unterteilt nach verschiedenen Klassenstufen. Abschließend werden die Auswirkungen des schulischen, aber auch des sozialen Kontexts auf die Lese- und Schreibkompetenz aufgezeigt und Chancen und Ansätze zur Verbesserung der derzeitigen Situation erörtert.

Jedes Kapitel endet mit einer übersichtlichen 'Merkbox', die die wichtigsten Aussagen zusammenfaßt.

1993, 160 Seiten, Format DIN A 5, br, ISBN 3-86145-045-3, **Bestell-Nr. 8364, DM 35,00**

borgmann publishing GmbH

Hohe Straße 39 • D- 44139 Dortmund
☎ 12 80 08 • FAX (02 31) 12 56 40

Kurse in „Myofunktioneller Therapie“

Leitung: Anita Kittel, Logopädin

1.) 29./30.10.93 in 27232 Sulingen (Grundkurs)

2.) 4./5. 2.94 in 72072 Tübingen (Grundkurs)

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

**Anita M. Kittel,
Karlstr. 16, 72764 Reutlingen**

Seminare im Herbst

Grundkurs myofunktionelle Therapie

06.-07.11 in Kassel - Kursgebühr 175 DM

Neuropsychologische Störungen bei Aphasien

12.-13.11. in Düsseldorf - Kursgebühr 195 DM

Einführung in den Aachener Aphasie Test

04.-05.11 in Göttingen - Kursgebühr 190 DM

Ausführliche Informationen über diese und viele weitere Seminare bitte anfordern bei:

Tandem - Frankfurterstr. 195 - 34121 Kassel

Bergedorfer Kopiervorlagen

„Lesenlernen mit Hand und Fuß“—

der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen von Ulrike Marx und Gabriele Steffen.

Dazu: Die **Mitmach-Texte**, das Textbuch zum Leselehrgang.

Bergedorfer Klammerkarten: Das Lernmittel mit Selbstkontrollverfahren zur Differenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Große Auswahl verschiedener Titel für Deutsch und Mathematik. Klasse 1-4.

NEU: Sprachbetrachtung für KL. 5 und 6.

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



Verlag Sigrig Persen

Dorfstraße 14, D-21640 Horneburg / N.E.
Tel. 0 41 63 / 67 70 Fax 0 41 63 / 78 10

Wahrnehmungsprobleme

Auf Grund von **akustischen Verarbeitungsstörungen** bereitet es vielen **sprachauffälligen** und **dyslektischen** Menschen **Mühe**, sich auf den **Informationsgehalt** zu **berufen**. Wollen Sie vor allem an den **Strukturen** arbeiten und **schnellere Therapieerfolge** erzielen, schreiben, rufen oder faxen Sie uns an:

Electronic Concept, Gartenstraße 15,
79541 Hauingen, Tel.: 0 76 21 - 59 11 56,
Fax: 0 76 21 - 59 11 89

„Zentrale Hörverarbeitung ist unser Thema“

Fortbildungszentrum Laborn

Puricellstr. 34, 93049 Regensburg
Tel. 09 41 / 2 50 10

- ☆ Orofaciale Therapie in der Logopädie (Bunzel-Hinrichsen)
- ☆ Das Bobath-Konzept in der Logopädie (Fendler)
- ☆ Die Bliss-Symbol-Kommunikationsmethode (Frey)
- ☆ Handlung des cerebral paretischen Kindes nach dem Bobath-Konzept (Neugebauer)
- ☆ Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Krüger)

**Bitte fordern Sie unseren
kompletten Seminarkalender an!**

K ERNSCHE

I NTENSIV

S TOTTERTHERAPIE

K **I** **S**

THERAPIEFILM 42 MIN.

1. TEIL: **Verhaltenstherapeutische Behandlungsverfahren und Transfermaßnahmen**

2. TEIL: **Arten des Stotterns**

3. TEIL: **Diskussion: Kennzeichen, Abfolge, Persönlichkeit, Prophylaxe, Ausbildung.**

BUCH **Kohlhammer**

Herz J. Kern/Marjke Kern

**Verhaltens-
therapeutische
Stotterbehandlung**

Bestellungen: VIDEOCASSETTE UND BUCH

VHS für Institutionen: DM 793,- plus 15% Mwst. = DM 912,-

VHS für Praxen : DM 602,- plus 15% Mwst. = DM 692,-

S-VHS zuzüglich DM 69,-. Das Buch ist auch im Buchhandel zu erwerben. *Lieferung nach Bestellung:*

Institut für Stottertherapie, Frau Dr. Dipl.-Psych. M. Kern, Hausmannweg 24 A, 26160 Bad Zwischenahn 1.

Im Rahmen des Programms zur **Weiterbildung für Fachkräfte der Rehabilitation und sozialen Arbeit** führt das IFBE-Bildungszentrum in Marburg im zweiten Halbjahr 1993 folgende Seminare durch, in denen noch Plätze frei sind:



Oktober 1993

Brain Gym II

mit Ute Alfke (Krankengymnastin)

29.-31.10.93, 18 Stunden, Gebühr: DM 250,00

Übungen zur therapeutischen Gesprächsführung, Analyse von Gesprächselementen, Teil I

mit Günter Börschinger (Dipl. Sozialpädagoge)

30.-31.10.93, 12 Stunden, Gebühr: DM 220,00

November 1993

Miteinander Reden - eine Einführung in das NLP

mit Marlies Pfeil (Logopädin)

01.-03.11.93, 20 Stunden, Gebühr: DM 350,00

Sicherheit im Gespräch

mit Marlies Pfeil (Logopädin)

04.-06.11.93, 20 Stunden, Gebühr: DM 350,00

Muskelentspannung nach E. Jacobson

mit Sabine Grünwald (Ergotherapeutin)

06.-07.11.93, 15 Stunden, Gebühr: DM 250,00

Kommunikations- und Vermittlungstechniken für die Praxis

mit Andreas Collings (Trainer und Geschäftsführer eines Kommunikationscenters)

13.-14.11.93, 18 Stunden, Gebühr: DM 380,00

Einführung in die klientenzentrierte Spieltherapie

mit Petra Schmidt (Logopädin)

19.-21.11.93, 16 Stunden, Gebühr: DM 280,00

Rückenschule für Therapeuten und Pflegeberufe

mit Sabine Grünwald und Frank Schäfer

(Ergotherapeutin/Ergotherapeut)

20.-21.11.93, 15 Stunden, Gebühr: DM 280,00

Dezember 1993

Körper- und stimmintegrierende Ausdruckstherapie

mit Anke Nienkerke-Springer (Dipl. Pädagogin)

11.-12.12.93 in Osnabrück, 12 Stunden,

Gebühr: DM 180,00

Wissen ist machbar

Unser ausführliches Programmheft mit allen Seminaren des 2. Halbjahres 93 (incl. Teilnahmebedingungen und Anmeldeformulare) fordern Sie bitte an bei:

Institut für berufsbezogene Erwachsenenbildung

Georg-Voigt-str. 21a
35039 Marburg
Telefon 06421/6 70 71
Telefax 06421/6 29 42

LOGOPRAX

Patienten, Kassen, Ärzte, Gebühren können Sie über benutzerfreundliche Bildschirmmasken erfassen, verändern, auflisten und statistisch auswerten.

Kernstücke des Programmes LOGOPRAX sind u.a.:

Rechnungsschreibung

Zahlungskontrolle,
Patientendokumentation
Mahnwesen, Statistik,
Adressverwaltung,
Standardbriefe

Besondere Kennzeichen:

- einfache Installation
- so wenige Eingaben wie nötig
- Bedienerfreundlichkeit durch Pull-Down-Menüs
- Hilfsfunktionen bei allen Eingaben
- Auswertungen auf Bildschirm und Drucker
- Taschenrechnerfunktion
- ausführliches Handbuch



EDV

in der
Praxis



Voraussetzungen:

- kompatibler PC AT
- Arbeitsspeicher => 520 KB frei
- Festplatte => 3 MB frei
- DOS Version => 3.3
- keine besonderen Vorkenntnisse

Preis:

Demo-Version **14,95 DM**

Voll-Version 3.1 **977,50 DM**

Bei Bestellung bitte Diskettenformat angeben

H.-W. MERKELBACH

Software-Entwicklung und -Beratung
Graf-Recke-Str. 160, 40237 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 625983

Workshop: „Körper- und Stimm-
integrierende Ausdruckstherapie“

Termine: 3.-4.12.1993 in Köln und
10.-11.12.93 in Osnabrück.

Leitung: Anke Nienkerke-Springer,
Dipl. Päd. Sprachtherapeutin,
Tanztherapeutin.

Information und Anmeldung:

A. Nienkerke-Springer, Diepeschrahr Str. 4,
51069 Köln, Tel. 02 21 - 6 80 56 70.

Fachkrankenhaus
für Innere
Krankheiten
und
physikalische
Therapie

BERUFE FÜRS LEBEN

Für unseren modern eingerichteten Klinikbetrieb mit insgesamt 139 Betten suchen wir spätestens bis zum 01.01.1994 eine/n

Logopädin/-päden

Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in der Entwicklung und Umsetzung neuer Behandlungskonzepte im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation.

Wir bieten:

- Attraktive Dauerstellung
- Den hohen Anforderungen entsprechende Vergütung
- Zusätzliche Altersversorgung
- Möglichkeit der Fortbildung
- günstige Wohnmöglichkeit in einer 3-Zimmer-Wohnung (ca. 90 qm) oder in einem 1-Zimmer-Appartement

Die Gemeinde Bad Peterstal-Griesbach ist Kurort und liegt in der landschaftlich sehr reizvollen Lage des mittleren Schwarzwaldes zwischen Freudenstadt und Straßburg. Alle weiterführenden Schulen sind in Nachbargemeinden vorhanden und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Sollten Sie sich angesprochen fühlen und an einer Mitarbeit in unserer Klinik interessiert sein, so bitten wir um Übersendung Ihrer Bewerbungsunterlagen an die Verwaltung des

**Fachkrankenhauses
Schwarzwaldstraße 40
77740 Bad Peterstal-Griesbach 1**

Für erste Informationen stehen wir Ihnen vorab unter Telefon-Nr. 0 78 06 / 10 83 zur Verfügung.

ARBEITSPLATZ

Caritas

Der Caritasverband Geldern Kevelaer e.V. sucht für den Sprachheilkindergarten in Wachtendonk eine/einen

Logopädin/Logopäden

Im Sprachheilkindergarten werden 20 Kinder in zwei Gruppen betreut und gefördert.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt insbesondere in der Förderung der Sprachentwicklung, sowie in den Bereichen Sozialverhalten, Wahrnehmung und Grob- und Feinmotorik. Die Logopäden betreuen die Kinder in einem eigenen Therapieraum, stehen jedoch auch in einem engen Bezug zum Gruppengeschehen.

Wir erwarten:

- eine enge Zusammenarbeit mit den pädagogischen und therapeutischen Fachkräften der Einrichtung,
- Einfühlungsvermögen in die Arbeit mit sprachgestörten Kindern,
- möglichst Berufserfahrung,
- Engagement in der Elternarbeit,
- fachliche Qualifikation und persönliche Eignung.

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR).

Schriftliche Bewerbungen mit Darstellung des beruflichen Werdeganges, Zeugnissen, Lichtbild usw. werden bis zum 31.10.1993 erbeten an den

**Caritasverband
Geldern-Kevelaer e.V.
z.Hd. Herrn Hengstermann
Postfach 11 22
47591 Geldern**



Der Sprachheilkindergarten in Diepholz (verkehrsgünstig zwischen Bremen und Osnabrück gelegen)

sucht für sofort oder später eine

Logopädin / Sprachtherapeutin

mit halber Stundenzahl (19,25 Std.) in unbefristeter Stellung.

Sie wären innerhalb eines Teams (Gruppenkräfte, Psychologin, Logopädin, Motopäde und Leiterin) zuständig für die Sprachtherapie in einer von 2 Gruppen mit je 8 Kindern.

Diepholz bietet auch Niederlassungsmöglichkeiten in freier Praxis.

Bei Interesse an einer Vollzeitbeschäftigung können weitere Stunden in den anderen Tageseinrichtungen besetzt werden.

Bewerbungen bitte an:

**Lebenshilfe für
Behinderte Grafschaft
Diepholz e.V.
Geschäftsstelle Sulingen,
Lindenstr. 1a, 27232 Sulingen**



Für unsere Frühförderstelle suchen wir ab sofort eine/n

Logopäden/in**Sprachtherapeuten/in**

als Schwangerschaftsvertretung.

Ein interdisziplinäres Team (3 Sozialpädagoginnen, 3 Ergotherapeutinnen, 3 Sprachtherapeutinnen und 1 Krankengymnastin) freut sich auf die Zusammenarbeit.

AV nach BAT/VKA.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

**Verein für Behindertenhilfe
Dieburg u. Umgebung e.V.,
Industriestr. 2,
64807 Dieburg
Tel.: 0 60 71 / 96 35 - 0**



Die Johannes-Anstalten Mosbach (Körperschaft des öffentlichen Rechts) sind eine Rehabilitationseinrichtung im Neckar-Odenwald-Kreis mit ca. 2500 Mitarbeitern, die dem Diakonischen Werk der Evang. Landeskirche in Baden angehört. Zur Einrichtung gehören auch mehrere klinische Abteilungen.

Für die ambulante Tätigkeit im Neckar-Odenwald-Kreis besteht ein Frühförderzentrum in Mosbach-Neckarelz mit folgenden Abteilungen:

- Sozialpädiatrisches Zentrum mit einer Anerkennung des Zulassungsausschusses für Ärzte gem § 119 SGB V
- Frühförderstelle
- Sonderpädagogische Beratungsstelle

Wir suchen für die ausgegliederte Einrichtung mit einem Team von demnächst 15 Mitarbeitern (Ärzte, Ergotherapeutin, Heilpädagogen, Krankengymnastinnen, Logopädin, Psychologen, Sonderpädagogin) einen

Logopäden (m/w)

Die Vergütung erfolgt nach Ihrer Qualifikation in Anlehnung an den BAT. Wir bieten die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen einschließlich einer zusätzlichen Altersversorgung, für die wir die Beiträge übernehmen. Gleichzeitig bieten wir attraktive Sonderbedingungen bei Arbeitszeit, Urlaub und Fortbildung.

Bei der Beschaffung einer Wohnung oder eines Appartements sind wir gerne behilflich.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an die

Johannes-Anstalten Mosbach
Personalverwaltung
74819 Mosbach
Tel. 0 62 61 / 88 - 2 75

Für unsere Kindertagesstätte suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine

Sprachtherapeutin/Logopädin als

Honorarkraft für 8 Stunden wöchentlich.

Arbeitsbereich: sprachbehinderte Kinder im Alter von 6 - 10 Jahren.

**Kindertagesstätte Unionhilfswerk
e.V., Wiesenstraße 25, 13357 Berlin
(T. 462 20 76)**

Logopäde/-in

Sprachtherapeut/-in

für Praxisübernahme im Kreis Germersheim (Raum Karlsruhe - Landau) bald möglichst gesucht.

Zuschriften unter Chiffre: SP 59302

Sprachheilpädagogin mit zweijähriger Berufserfahrung

sucht neuen Arbeitsplatz, Schwerpunkt Aphasiotherapie, im Großraum Köln, Bonn, Düsseldorf.

Chiffre SP 59303

Sprachheilpädagogin (über ein Jahr Berufserfahrung in der Frühförderung und ambulanten Sprachtherapie u. -beratung, mehrere Fortbildungen in Psychomotorik), sucht ab Februar 1994 oder später Stelle (auch halbtags oder freie Mitarbeit) im Raum Hamburg.

Chiffre: SP 59301

Dipl. Sprachheilpädagoge mit Berufserfahrung (Aphasie, Dysarthrie, Dysphonie, Stottern, MFT und SEV) und momentaner Anstellung sucht feste Anstellung im Großraum Köln

Chiffre-Nr.: SP 59300

L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund

002 088 281115
Schilling-Schule f. Sprach
u. Körperbehinderte
Herrn Prof. Bielfeld
Paster-Behrens-Str. 81
12359 Berlin

ESSEN BIETET CHANCEN

Die Stadt Essen sucht für ihren Sonderkindergarten für Sprachbehinderte eine/einen

Logopäden/Logopädin

oder

Sprachtherapeuten/Sprachtherapeutin

oder

Sprachheilpädagogen/Sprachheilpädagogin

oder

Dipl.-Pädagogen/Dipl.-Pädagogin

mit sprachtherapeutischer Ausbildung

im Rahmen einer zunächst bis Ende November 1995 befristeten Vollzeitbeschäftigung (38,5 Wochenstunden).

Die Tätigkeit ist nach der Verg.Gr. Vc / Vb BAT bewertet.

Im Sonderkindergarten für Sprachbehinderte werden Kinder mit starken Sprachentwicklungsverzögerungen in Gruppen von je 10 Kindern betreut. Sie arbeiten mit Berufskollegen, Erzieherinnen und einer Motopädin zusammen. Ein HNO-Arzt und Phoniater besucht regelmäßig die Einrichtung.

Die ärztliche Leitung hat eine Kinderärztin.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe der **Kennziffer 53/70** erbeten an

Stadt Essen • Personalamt • Rathaus • 45121 Essen

