

Die Sprachheilarbeit

1/99

Auf ein Wort

Friedrich Michael Dannenbauer

Hauptbeiträge

- Manfred Grohnfeldt, Köln*
Beratung bei Sprachstörungen – mehr als ein Schlagwort? 5
- Kerstin Weikert, Köln*
Beratung und Therapie bei Sprechangst – ein ressourcenorientierter Entwurf 15
- Barbara Giel, Köln*
Qualitätsmanagement und Sprachtherapie 29

Magazin

Im Gespräch

- Qualitätsstandards für die Ausbildung von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen von Diplom- und Magisterstudiengängen in Heilpädagogik/Rehabilitationspädagogik/Sonderpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland unter Einbezug der IALP-Richtlinien 39
- Jahresinhaltsverzeichnis (Beihefter) I-IV

Einblicke • dgs-Nachrichten • Aus-, Fort- und Weiterbildung • Rezensionen • Mitteilungen • Vorschau • Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

44. Jahrgang/Februar 1999

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:
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 030/661 6004
Telefax: 030/661 6024 oder 601 0177 (Schule Bielfeld)
dgs-Homepage: www.sprachtherapie.de/dgs
Email-Adresse: dgs@sprachtherapie.de

Landesgruppen:

- Baden-Württemberg:*
Peter Arnoldy, Hundsbbergstr. 48, 74072 Heilbronn
- Bayern:*
Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
97525 Schwebheim
- Berlin:*
Thomas Gieseke, Schönwalder Allee 62, 13587 Berlin
- Brandenburg:*
Monika Paucker, Teltower Straße 15, 13597 Berlin
- Bremen:*
Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe
- Hamburg:*
Brigitte Schulz, Meiendorfer Mühlenweg 32,
22393 Hamburg
- Hessen:*
Friedrich G. Schlicker, Tielter Str. 16,
64521 Groß Gerau
- Mecklenburg-Vorpommern:*
Dirk Panzner, Steffenshäger Str. 4B, 18209 Reddelich
- Niedersachsen:*
Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25, 31535 Neustadt
- Rheinland:*
Manfred Gerling, Antoniusweg 12, 53721 Siegburg
- Rheinland-Pfalz:*
Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein
- Saarland:*
Frank Kuphal, Kurhofer Str. 5, 66265 Heusweiler
- Sachsen:*
Antje Leisner, Platanenstraße 16, 01129 Dresden
- Sachsen-Anhalt:*
Regina Schleiff, Pölkenstraße 7, 06484 Quedlinburg
- Schleswig-Holstein:*
Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,
24146 Kiel
- Thüringen:*
Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26, 98617 Utendorf
- 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 (0180) 534 01 30, Telefax: (0180) 534 01 20

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 3/1997. Anzeigenleiter: Oliver Gossmann.
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/12 80 09
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) 4 70 55 10, Telefax (02 21) 4 70 21 28

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Oldendorf, Telefon und Telefax (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 zweifacher 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. (**Anzeigenschluß: jeweils am 3. des Vormonats.**)

Bezugsbedingungen:

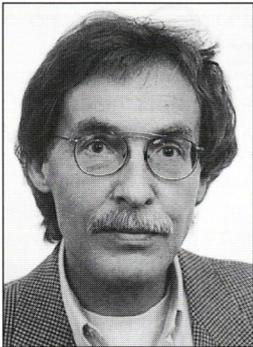
Jahresabonnement DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

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 Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

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

Copyright:

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



Friedrich Michael
Dannenbauer

Auf ein Wort

Eins, zwei, drei, sprachgestört? Zum Problem einer begrifflichen Inflation

In letzter Zeit fanden Probleme des kindlichen Spracherwerbs in den Medien eine außergewöhnliche Aufmerksamkeit. Angesehene Presseorgane und Fernsehmagazine widmeten diesem Thema Raum, das völlig zu Recht ein wichtiger Gegenstand des öffentlichen Interesses sein sollte. Aufsehen erregte auch eine Plakataktion der Deutschen Bahn, welche Kinder mit versiegeltem Mund darstellte mit der Aufschrift: „Geschlossen wegen Vernachlässigung.“ Wenn daraufhin sogar ein eher auf leichte Musik spezialisierter Münchner Privatrundfunksender um ein fachliches Interview nachsucht, dann kann man durchaus feststellen: Die Bemühungen um Publizität für die Fragen des auffälligen Spracherwerbs zeigen Wirkung. Es ist verdienstvoll, wenn sich die Sprachheilpädagogik auf allen Ebenen für die Aufklärung der Öffentlichkeit engagiert, um deren Bereitschaft zu erhöhen, sich verantwortungsbewußter auf die Bedingungen einer veränderten Kindheit einzustellen und die erforderlichen Ressourcen für wirksame Hilfe verfügbar zu machen.

Es ist jedoch jeder Aufklärung abträglich, wenn sie – auch unfreiwillig – Unklarheiten begünstigt. Zum Beispiel sind die immer wieder erwähnten Sensationszahlen von ca. 25 Prozent „sprachgestörter“ Kinder im Vorschulalter ein solches Problem. Man stelle sich das einmal anschaulich vor: Jedes vierte Kind soll betroffen sein! Eins, zwei, drei, sprachgestört? Damit hätte sich diese Population seit 1976 versechsfacht. Zu solchen Zahlen könnte man möglicherweise kommen, wenn in Reihenuntersuchungen ohne explizite Definition des Begriffs einer Sprachstörung sprachliche „Auffälligkeiten“ aller Art einer Zufallsstichprobe von Kindern zusammengerechnet werden. Aber bei dieser Aufklärung sollte es wohl um spezifischere Probleme des Spracherwerbs mit dem Charakter einer Störung gehen, die infolgedessen eine besondere Beschulung und fachkompetente Intervention notwendig machen. Wenn dies der Fall ist, dann ist die Argumentation mit solch fragwürdigen Zahlen schlichtweg ungeeignet.

Zunächst ist daran zu erinnern, daß bei den Untersuchungen der Mainzer Klinik für Kommunikationsstörungen (Prof. Dr. M. *Heinemann*), auf die sich die öffentlichen Diskussionen vorwiegend stützen, nur Kinder im Alter von 3 1/2 bis 4 Jahren erfaßt wurden. In diesem Alter sind Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache ohnehin gehäuft vorzufinden. Damit ist jedoch noch keine Schlußfolgerung für das Vorschulalter schlechthin zulässig, bei dem schon ein halbes Jahr einen bedeutsamen Entwicklungszeitraum darstellen kann. Weiterhin wurden die Kinder als „sprachentwicklungsverzögert“ (*harmonische Retardierung*) und nicht als sprachgestört (*zeitliche und inhaltliche Abweichung*) im Sinne von SLI [*specific language impairment*] klassifiziert. Dies wird auch dadurch unterstrichen, daß als ursächlich für diesen Anstieg neben allgemeinen motorischen und sensorischen Defiziten vor allem soziopsychische Faktoren (z.B. Sprachlosigkeit und soziale Kälte, problematische Familienstrukturen, exzessiver Medienkonsum usw.) geltend gemacht werden. Auf endogene Bedingungen neuro- und kognitions-

psychologischer Art, wie sie in der internationalen SLI-Forschung eine Rolle spielen (z.B. Besonderheiten linguistischer Informationsverarbeitung), wird kaum Bezug genommen.

Von den als sprachentwicklungsverzögert diagnostizierten 3 1/2- bis 4-jährigen Kindern sollen 50 Prozent lediglich leichte Fälle darstellen. Aber was kann dies bei einer Altersstufe bedeuten, bei der Entwicklungsschritt nicht zu erwarten und der schwammige Begriff der Sprachentwicklungsverzögerung kaum präzise zu definieren und operationalisieren ist? Sollte hier wirklich schon von einer Behandlungsbedürftigkeit durch sonderpädagogische und logopädische Fachkräfte ausgegangen werden? Dieser Sachverhalt wäre differenziert zu diskutieren und nicht einfach als gegeben anzunehmen. Sollte hier tatsächlich ein soziokulturelles Massenphänomen vorliegen, so wäre es zunächst Aufgabe der privaten und staatlichen Regelsysteme, erzieherischer Betreuung (Erziehungsberatung, mobile Hilfen, Kindergärten, Grundschulen) auf veränderte Existenzbedingungen von Kindern und Familien zu reagieren und bspw. ihren Fachkräften eine sprachpädagogische Grundbildung zu vermitteln. Somit bleiben laut *Heinemann* unter dem Strich 12 1/2 Prozent der 3 1/2- bis 4-jährigen Kinder mit gravierenden (mittel- und hochgradigen) Sprachentwicklungsverzögerungen. Allerdings wurden die sprachlichen Untersuchungen mit nichtstandardisierten Instrumenten durchgeführt (Lautprüfbogen, Ravensburger Dysgrammatiker-Prüfmaterial, Aufträge ausführen, Einschätzung des Wortschatzes aufgrund der Spontansprache). Als sprachentwicklungsverzögert wurden Kinder klassifiziert, wenn sie in mindestens drei der vier Bereiche von Artikulation, Grammatik, Sprachverständnis und Lexikon keinen altersentsprechenden Entwicklungsstand hatten. Aber gerade bei diesen Prüfmethode kann unmöglich mit Sicherheit gesagt werden, was eine für 3 1/2- bis 4-jährige Kinder typische Norm der Leistung darstellt. Es eröffnen sich unweigerlich Grauzonen und Interpretationsspielräume beträchtlicher Art. Selbst wenn in der öffentlichen Diskussion nur bei diesen Kindern von der Tatsache einer Sprachstörung ausgegangen würde, so wäre zu beden-

ken, daß schon geringfügige Verschiebungen der Beurteilungskriterien dazu führen würden, daß die Quote der „Sprachgestörten“ erheblich zu- oder abnimmt. Darüber hinaus war die untersuchte Population eher zufällig als repräsentativ zusammengesetzt.

Es soll hier weder die Urteilskompetenz der Untersucher in Frage gestellt, noch die Möglichkeit einer nachhaltig veränderten sozialen und kommunikativen Entwicklungs- und Lebenswirklichkeit bestritten oder verharmlost werden. Ganz im Gegenteil: Es gilt, eine lebensnahe, sozialwissenschaftlich fundierte Allgemeine Pädagogik durchzusetzen, die mit verstärkter Intensität ihre Verantwortung und Zuständigkeit für die soziale und personale Entfaltung von Menschen einschließlich der soziokulturellen Rahmenbedingungen und ihrer Folgen in einer sich ändernden Welt wahrnimmt. Veränderungen sind zunächst einmal Tatsachen, die nicht von vornherein als positiv oder negativ zu bewerten sind. Ebenso wenig wie Verharmlosung ist ein schwarzseherischer Kulturpessimismus angebracht. Verändertes Kommunikationsverhalten, das sowohl Verarmungen als auch Bereicherungen umfassen kann, wird sicher die Sprachentwicklung der Kinder heute und in Zukunft anders prägen als dies früher der Fall war. Das Erziehungswesen als Ganzes muß auf diese Herausforderung eine Antwort finden.

Müssen wir aber wirklich von einer galoppierenden Zunahme von spezifischen Sprech- und Sprachstörungen im Sinne internationaler Klassifikationen (z.B. SLI) ausgehen? Hierzu fehlt uns eine wirklich gesicherte Grundlage. Die Gruppe der 25 Prozent auffälliger bzw. sprachentwicklungsverzögerter Kinder bei den 3 1/2 bis 4-Jährigen umfaßt offensichtlich nur einen gewissen Anteil, der nach derartigen Kriterien als gestört in seinem Spracherwerb angesehen werden kann. Bei solchen Kindern wären per Definition soziokulturelle Umstände nicht als störungsauslösend anzusehen. Dies wird übrigens auch von *Heinemann* nicht direkt behauptet. Er weist lediglich darauf hin, daß bei Kindern mit entsprechenden Störungdispositionen ungünstige soziokulturelle Bedingungen besonders ins Gewicht fallen.

Wie groß könnte nun die Population der Kin-

der im Vorschulalter wirklich sein, bei denen eine spezifische Sprachentwicklungsstörung angenommen werden muß? Nach methodisch entwickelteren internationalen Prävalenzstudien variieren die Zahlen zwischen 3 und 8 Prozent. Es wäre merkwürdig, wenn in Deutschland der Anteil sprachentwicklungsgestörter Kinder um mehr als ein Drittel höher läge als bspw. in den USA (dem Land sozialer Härten und des Medienkonsums). Die Expertin für normalen und gestörten Spracherwerb, Hannelore *Grimm*, bezweifelt denn auch die Ergebnisse von *Heinemann* und hält zwischen 7 und 10 Prozent der Vorschulkinder mit „Problemen im Erwerb sprachlicher Fähigkeiten“ für einen international stabilen Wert. Auch der durch Bienenfleiß und differenzierte Forschungsberichte zum Dysgrammatismus bekannte Hermann *Schöler*, der in seinem Projekt zur Differentialdiagnose eng mit *Heinemann* zusammenarbeitet, distanziert sich von den Sensationszahlen in den Pressemeldungen. Aufgrund einer umfassenden Fragebogenerhebung beziffert er den Anteil der betroffenen Kinder mit 3 Prozent. Dies entspricht in etwa den Schätzungen der Medizinerin Hedwig *Amorosa*, die zwischen 3 und 5 Prozent der Sprachauffälligkeiten im Kindesalter als klinisch bedeutsam einstuft.

In einer der sorgfältigsten Studien aus neuester Zeit (1997) wurden in den USA 7218 Kindergartenkinder einem Screening unterzogen, wobei 2084 scheiterten (26,2 %; siehe auch *Heinemann*). Bei diesen wurde nun eine diagnostische Testbatterie zur genaueren Eingrenzung von Kindern mit primär gestörter Sprachentwicklung eingesetzt. Sie erbrachte eine Prävalenzrate für SLI von insgesamt 6 Prozent bei Mädchen und 8 Prozent bei Jungen (*Tomblin* und Mitarbeiter). Dieses Ergebnis lag etwas höher als frühere Schätzungen (besonders bei den Mädchen), entsprach aber im Großen und Ganzen den Angaben der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft. Da es auch aus anderen Industrienationen kaum Untersuchungen gibt, deren Resultate wesentlich über diesen Werten liegen (meist eher darunter), ist die Vermutung nicht abwegig, daß in Einzelfällen extrem abweichende Befunde methodenabhängige Artefakte sein könnten. Möglicher-

weise sind also angebliche Zunahmen von Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter weit weniger dramatisch, als der in Pressemeldungen erweckte Anschein.

Bei soziokulturell bedingten Auffälligkeiten des Spracherwerbs ist somit Zurückhaltung mit dem Begriff der Störung angebracht. In vielen Fällen müssen nämlich keine der ätiologischen Faktoren vorliegen, die im Zusammenhang mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen diskutiert werden. Daß Kinder in der Folge gesellschaftlicher Veränderungen häufiger ein eingeschränktes Kommunikations- und Lernverhalten zeigen, bedeutet keineswegs, daß wir es mit einem signifikanten Anstieg klar definierbarer Sprachentwicklungsstörungen zu tun haben. Natürlich brauchen auch diese Kinder eine effektive Unterstützung in ihrer Entwicklung. Diese sollte aber nur in begründeten Ausnahmen in einer Einschulung in eine Sprachheil- oder Förderschule bestehen. Generell gesehen tut sich die Sprachheilpädagogik keinen Gefallen, wenn sie sich zu unkritisch in einer vordergründigen Diskussion engagiert. Eine Inflation des Störungsbegriffs haben wir bereits bei der Legasthenie erlebt mit der Folge, daß die „Störung“ als Normvariante begriffen wurde, und die Ressourcen zur Intervention auch bei wirklich betroffenen Kindern abgebaut wurden.

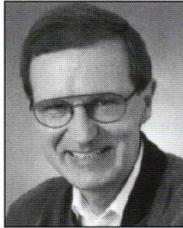
Die Sprachheilpädagogik sollte sich wieder verstärkt auf die Gruppe der Kinder besinnen, deren Schulerfolg allein aufgrund der Schwere ihrer Sprachstörungen bedroht ist. Es wäre zu überlegen, ob die aufgeblähten sprachheilpädagogischen Einrichtungen mit ihrer relativ unausgelesenen Schülerschaft durch eine exaktere differentielle Diagnostik auf den Personenkreis reduziert werden sollte, der in einem weniger spezialisierten Schultyp nicht ausreichend gefördert werden kann. Daß Kinder, deren primäre Probleme in den Bereichen von Sensorik und Motorik, der Intelligenz oder sozioaffektiven Entwicklung liegen, in anderen Zweigen des Erziehungswesens nicht problemadäquat betreut werden könnten, wäre eine arrogante Annahme. Für Kinder, die dringend darauf angewiesen sind, könnten möglicherweise kleinere, flexibel arbeitende Einheiten mit Expertenschaft für Sprache das bedrückende Problem unzurei-

chender sprachlicher Individualtherapie besser lösen als ressourcenverschlingende Apparate, die diese Aufgaben weitgehend auf den Unterricht zu übertragen versuchen. Dieser kann damit leicht überfordert werden.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'FM Dannenbauer'. The signature is stylized with a large, sweeping initial 'F' and 'M'.

*(Dr. phil. Friedrich Michael Dannenbauer;
übergangsweise Professor für Sprachbehin-
dertenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-
Universität München)*

HAUPTBEITRÄGE



Manfred Grohnfeldt, Köln

Beratung bei Sprachstörungen – mehr als ein Schlagwort?*

Zusammenfassung

Beratung und Elternarbeit werden im Zusammenhang mit Sprachstörungen traditionell als wesentliche Aufgabengebiete benannt. Andererseits sind typische Realisierungsgrenzen in der Praxis unübersehbar. Ebenso ist eine konzeptionelle Einordnung in die Standortbestimmung der Sprachheilpädagogik erst ansatzweise vorhanden.

Vor diesem Hintergrund werden Aspekte der Beratung, Therapie und Erziehung bei Sprachstörungen erörtert. Dabei erweist sich das zugrundeliegende Menschenbild als konstitutiv für die Art des Vorgehens sowie für das persönliche Selbstverständnis. Als wesentliche Merkmale von Beratungsprozessen bei Sprachstörungen werden dabei das Verstehen als übergreifende Kategorie sowie die Lebensbedeutsamkeit als gemeinsamer Nenner herausgestellt. Dazu erfolgt eine wissenschaftstheoretische Einordnung in das Konzept einer einzelfallorientierten Sprachheilpädagogik. Die damit verbundenen Aufgabengebiete und Handlungsfelder, in denen Beratungsprozesse und Sprachtherapie aufeinander bezogen werden, erweisen sich als außerordentlich bedeutsam für die konkrete sprachheilpädagogische Arbeit.

Als Perspektive zukünftiger Forschungsaufgaben werden Merkmale der Qualitätssicherung genannt.

1. Einleitung

In der heutigen Sprachheilpädagogik wird Beratung bei den unterschiedlichsten Sprachstörungen – zumeist in der Form von Gesprächen mit den Eltern bzw. Angehörigen durchgeführt – geradezu als Selbstverständlichkeit angesehen. Ihre Notwendigkeit scheint außer Zweifel zu stehen. Ebenso belegen empirische Studien (zusammenfassend: *Guralnick* 1997), daß die Aussichten auf Erfolg steigen, wenn die Intervention früh einsetzt und die Eltern einbezogen werden.

Andererseits zeigen Befragungen bei Logopäd(inn)en und Sprachheilpädagog(inn)en (*Dehnhardt/Ritterfeld* 1998), daß eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Gesprächsführung und eigenen Rolle im Rahmen der Elternarbeit besteht, so daß diese zwar häufig proklamiert, jedoch selten wirklich anspruchsvoll praktiziert wird. Zudem ist die Kooperation mit Eltern und Angehörigen an die Mitarbeit der Betroffenen gebunden. Hier gibt es in Einzelfällen herausragende Erfahrungen wirkungsvoller Ergänzung und persönlicher Begegnung. In den meisten Fällen sollte man sich jedoch keine Illusionen machen.

So bleibt der Eindruck einer Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit. Ist Beratung bei Sprachstörungen damit eine Überforderung für alle Beteiligten, möglicherweise sogar ein überflüssiger Luxus?

Um diesen Gedankengängen nachzugehen, soll im Folgenden

- zunächst eine *Begriffsbestimmung* und Definition von Beratung in Abgrenzung zu Erziehung und Therapie erfolgen. Dabei zeigt sich
- die Bedeutung des zugrundeliegenden *Menschenbildes* für das Selbstverständnis der Beratenden im Kommunikationsprozeß, das wiederum Grundlage für eine
- *Standortbestimmung* einer einzelfallorientierten Sprachheilpädagogik ist. Neben

* Eröffnungsvortrag auf dem 5. Forum der Sprachheilpädagogik, das am 20.06.1998 mit der Thematik „Beratung bei Sprachstörungen. Notwendigkeit oder Luxus?“ an der Universität zu Köln stattfand.

einer wissenschaftstheoretischen Einordnung und Erörterung von Aufgabenbereichen in der Praxis werden dabei

- *Problemfelder*, aber auch *Perspektiven* für eine Weiterentwicklung aufgezeigt.

Dabei wird die ursprüngliche, einleitende Fragestellung umformuliert. Es geht darum, die im Zusammenhang mit Beratungsprozessen auftretenden Themenschwerpunkte zu erkennen und konzeptionell aufeinander zu beziehen, um Möglichkeiten und Grenzen einer therapieunterstützenden Beratung bei Sprachstörungen zu erörtern.

2. Begriffsbestimmung und definitorische Abgrenzung

Eine erste Annäherung an die Thematik zeigt, daß jemand, der einen Rat sucht, häufig eine konkrete Antwort auf eine spezifische Frage und damit eine Sachinformation erwartet. Beratung kann sich aber ebenso auf die Unterstützung und Hilfe bei der Verarbeitung und Auseinandersetzung mit persönlichen Problemen und kritischen Lebensereignissen mit dem Ziel einer situativen Veränderung oder Bewertungsumdeutung erstrecken. Damit

bestehen fließende Übergänge und Grenzen zur Therapie, insbesondere zur Psychotherapie, aber auch zur Sprachtherapie. Ebenso bestehen Überschneidungsbereiche mit der Erziehung, die sich als Gesamtheit bewußter Interaktionsabläufe mit dem Ziel der Vermittlung von Werten und Fertigkeiten versteht, wobei die dabei ablaufenden Prozesse langdauernd und nach bestimmten Bildungsidealen (z.B. Selbstbestimmung, „Mündigkeit“ des Menschen ...) ausgerichtet sind.

In Abb.1 wird ersichtlich, wie die drei Bereiche Beratung, Therapie und Erziehung sich gegenseitig überschneidend, aber auch einzeln auftreten können. Als Unterscheidungsmerkmal wird häufig die Dauer der Beeinflussung genannt, wobei Beratung im Allgemeinen auf eine kurzfristige Klärung angelegt ist, Therapie sich auf schwerwiegendere Probleme bezieht und Erziehung sich zumeist auf viele Jahre erstreckt. Es darf nicht verschwiegen werden, daß diese Abgrenzung idealtypisch ist und wiederum von Definitionsprozessen abhängt. Insbesondere bei der Unterscheidung von Beratungs- bzw. Therapieprozessen ist das Kriterium der Zeitdauer umstritten (Bsp.: „lösungsorientierte Kurzthera-

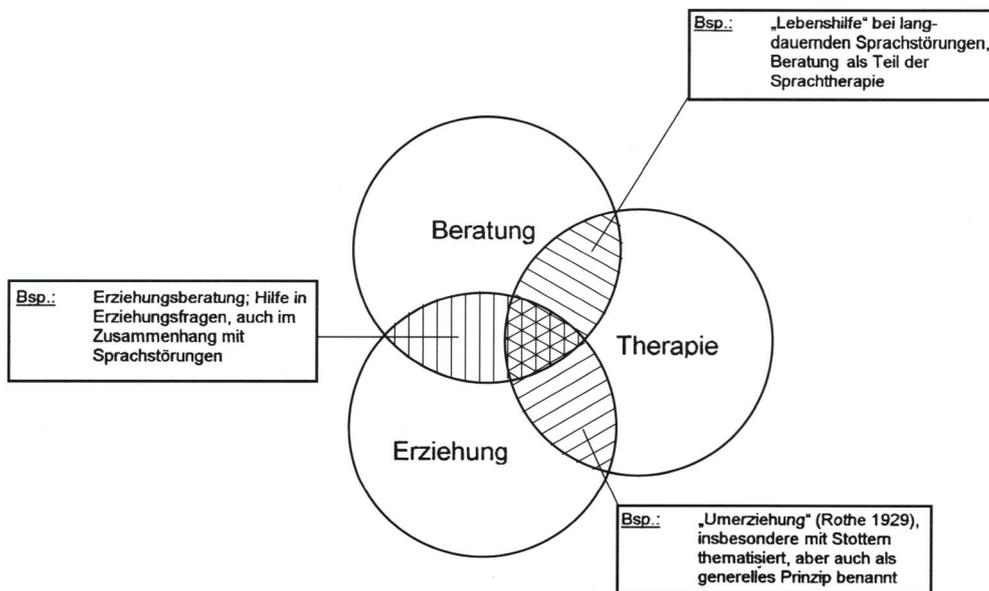


Abbildung 1

pie“), wobei beide Begriffe von einzelnen Autoren synonym verwendet werden (z.B. von Rogers).

Was soll im Folgenden unter Beratung verstanden werden? „Beratung bezeichnet den Vorgang von Information, Orientierung und Klärung, Entscheidungshilfe und Empfehlung, Stützung und Begleitung angesichts einer belastenden Ratlosigkeit, Unsicherheit und Blockierung im Leben. Sie ist zeitlich befristet auf eine oder einige Sitzungen und thematisch begrenzt auf ein oder mehrere Themen“ (Fengler 1993, 33).

Die Art des Vorgehens bezieht sich auf eine Klärungshilfe mit Prozeßcharakter, wobei eine ständige Rückkopplung zwischen Berater und Ratsuchendem bei einer regelmäßigen Metakommunikation erfolgt. Die Individualisierung der Hilfeleistungen findet über eine sokratische Art des Fragens statt, die zum Nachdenken und zur Suche nach neuen Lösungsmöglichkeiten anregen soll.

Es wird deutlich, daß diese Art der Gesprächsführung vor dem Hintergrund eines bestimmten Weltbildes erfolgt, das die Eigenaktivität des Menschen als wesentliche Kategorie herausstellt. Das muß nicht so sein. Andere Formen des Selbstverständnisses wären ebenso denkbar – oder reicht unter Umständen eine Perspektive gar nicht aus?

3. Zugrundeliegende Menschenbilder und das Selbstverständnis der Beratenden im Kommunikationsprozeß

3.1 Paradigmatische Vorannahmen

Die Zielsetzung und das Vorgehen in Beratungsprozessen hängen davon ab, wie sich der Beratende selbst versteht. Seine Grundannahme vom Bild und Standort des Menschen in der Welt prägen seine Perspektive und Einschätzung des Anderen. Das damit angesprochene Menschenbild ist eine Frage der persönlichen Wertentscheidung und als solches nicht verifizierbar. Es erweist sich jedoch als grundlegend für das persönliche Denken, Fühlen und Handeln.

Im Folgenden werden Menschenbilder in der Psychoanalyse, Lern- und Verhaltenstheorien, der Humanistischen Psychologie sowie

systemtheoretischer Ansätze abrißartig erörtert, wobei neben der Darstellung an sich mögliche Weiterentwicklungen und Querverbindungen als Ansätze zur Methodenkombination herausgearbeitet werden sollen.

– Psychoanalyse

Tiefenpsychologische Denkansätze interpretieren die menschliche Entwicklung auf der Grundlage intrapsychischer, häufig unbewußter Motive. Im Vordergrund steht die Macht prägender Erinnerungen und Kindheitserfahrungen, die Nachhaltigkeit seelischer Verwundungen, aber auch die Möglichkeit, durch Selbsterfahrung und Bewußtmachung im Rahmen einer Katharsis Frieden mit sich zu schließen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in einer Aufdeckung und Bewußtmachung zumeist verdrängter Kindheitserinnerungen. Das methodische Vorgehen bezieht sich dabei auf eine „biographische Anamnese“ (Dührssen 1981) als Grundlage zum Verstehen und Nachvollziehen des individuellen „Daseinthemas“ (Thomae 1968). Den epochalen Rahmenbedingungen entsprechend war das Rollenverständnis zunächst eher dominant bis hierarchisch-distanziert, im Weiteren jedoch sehr stark individuell gefärbt.

Die Psychoanalyse kann als Quellgebiet vielfältiger psychologischer Auffassungen angesehen werden. Als ihr Begründer gilt Sigmund Freud (1856-1939), eigenständige tiefenpsychologische Richtungen bestehen u. a. in der Individualpsychologie Alfred Adlers (1870-1937) und der Analytischen Psychologie von Carl Gustav Jung (1875-1961). Neuere Ansätze betonen eher die Weiterentwicklung – beispielsweise von der Psychoanalyse zur Familientherapie (Richter 1969, 1972; Stierlin 1975) bzw. zur Systemtheorie (Stierlin 1997). Wird damit die grundlegende historische Bedeutung dieser Ansätze, aber auch eine prinzipielle Begrenzung, möglicherweise sogar Einengung der Sichtweise erkennbar?

– Lern- und Verhaltenstheorien

Von einem grundsätzlich anderen Menschenbild gehen Vertreter von Verhaltenstheorien aus: Menschliches Verhalten ist erlernt und kann durch gezielte Instruktion verlernt werden. Im Vordergrund steht die Objektivität des

Vorgehens, das durch die Zerlegung in Teilschritte operationalisiert und in seinem Ergebnis überprüfbar sein soll. Frühe theoretische Ansätze finden sich in der klassischen Konditionierung bei Iwan P. *Pawlow* (1849-1936), dem Behaviorismus bei John B. *Watson* (1878-1958) oder dem operanten Konditionieren bei Burrhus F. *Skinner* (1904-1990).

Auch hier ist eine Weiterentwicklung zu verzeichnen, in denen kognitive Ansätze und soziale Lerntheorien an Bedeutung für das Modellieren (z.B. bei der Unterstützung des kindlichen Spracherwerbs) interpretiert werden. Heute ist eine Überwindung reduktionistischer Stimulus-Response-Theorien bei einer Zuwendung zu hermeneutischen Verstehensprozessen beobachtbar (*Kuhr* 1994). Verhaltensänderungen sollen nicht mehr passiv erlernt, sondern durch eine kognitive Umstrukturierung und verstandesmäßige Umdeutung durch das Erkennen neuer Perspektiven erfolgen. Die Rolle des Therapeuten ist dabei aktiv vorstrukturierend durch situationsadäquate Intervention.

Für die Beratung erlangen Lern- und Verhaltenstheorien durch Formen der gezielten Verstärkung im Rahmen der Gesprächsführung eine wesentliche praktische Bedeutung. Ist das Vorgehen aber nicht etwas mechanistisch?

– Humanistische Psychologie

Unter diesem Sammelbegriff werden Formen der Beratung und Gesprächstherapie zusammengefaßt, die von der Annahme ausgehen, daß der Mensch als eigenbestimmtes Wesen grundsätzlich fähig ist, sich selbst zu helfen. Dementsprechend ist die Stellung des ratgebenden Therapeuten zu sehen: Er ist Begleiter bei einer „Hilfe zur Selbsthilfe“. Sein Vorgehen ist dabei weitgehend indirekt unterstützend.

Neben Abraham *Maslow* (1908-1970) ist es vor allem Carl *Rogers* (1902-1987), der seinen Ansatz über Jahrzehnte von einer nicht-direktiven zur klientenzentrierten Art des Vorgehens weiterentwickelte und heute als wesentlicher Vertreter der Gesprächspsychotherapie gilt. Er geht von den Grundsätzen der Akzeptanz, Echtheit und Empathie aus. Eine wesentliche Aufgabe besteht darin, Bedingungen für zwischenmenschliche Begegnun-

gen zu schaffen. Gesprächsfördernde Einstellungen wie das Spiegeln von Gefühlen verstehen sich dabei mehr als grundsätzliche Einstellung des Therapeuten und weniger als Technik. Sie dienen dazu, die Selbstheilungskräfte des Klienten zu aktualisieren. Dabei wirkt u.U. schon die therapeutische Beziehung an sich helfend. Sie ist Grundlage des einführenden Verstehens.

Damit ist ein entscheidendes Merkmal jeglicher Beratung genannt, die über eine reine Information hinausgeht. Wird dabei der Blick nicht zu sehr auf den Einzelnen eingengt? Wo bleibt die Bedeutung der Umwelt?

– Systemtheorien

Es gibt nicht die Systemtheorie mit einem genialen Begründer, sondern verschiedene Wurzeln in unterschiedlichen Wissenschaften, z.B. der Kybernetik, Gestalttheorie und den Kommunikationswissenschaften. Im Hinblick auf den Aspekt der Beratung und Gesprächsführung wird auf die Bedeutung interaktionaler, sich wechselseitig beeinflussender Prozesse verwiesen. Das Verhalten des Einzelnen wird im sozialen Kontext gesehen. Wesentliche Anstöße für eine derartige Perspektive gaben Vertreter der Palo-Alto-Gruppe (z.B. *Watzlawick*, *Beavin*, *Jackson* 1969, *Bateson* 1981), die unterschiedliche Formen der Familientherapie nach sich zogen. Statt einer Einsicht in die Ursachen eines längst vergangenen Problems geht es dabei um eine Veränderung des Hier und Jetzt, das das Problem aufrecht erhält. Dieses Erkennen neuer Perspektiven durch Umdeutungsprozesse sollte möglichst schnell ablaufen, quasi wie bei einem Kippbild aus der Gestaltpsychologie. Oder es wird eine Änderung des Standpunktes angestrebt, indem man „von außen“ auf das Netz an Beziehungen (z.B. in der Familie) blickt.

Die folgende Aufgabe möge dies verdeutlichen:

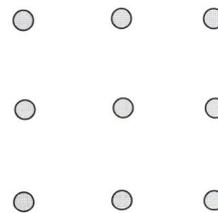


Abb. 2a

Es geht darum, neun Punkte durch vier gerade Linien miteinander zu verbinden, ohne daß der Stift vom Blatt gehoben werden darf (Abb. 2 a).

Die Lösung (vgl. Abb. 2 b, S. 10) wird als „Veränderung zweiter Ordnung“ (Watzlawick, Weakland, Fish 1974) bezeichnet. Sie besteht darin, daß man aus dem gewohnten Rahmen austritt und dadurch die scheinbare Sackgasse mit unerwarteter Einfachheit verläßt.

Das Ziel besteht somit darin, den Klienten aus seiner starren Sicht von sich selbst und seiner Umgebung zu lösen und dadurch zu mehr Autonomie zu verhelfen. „Die Denkweise eines systemisch arbeitenden Therapeuten zeichnet sich dadurch aus, daß er sich der Komplementarität von linearer und zirkulärer Kausalität bewußt ist, daß er erkennt, wie wichtig der Blick aus unterschiedlichen Perspektiven ist, und daß er eher Fragen stellt, statt Antworten zu geben“ (Boscolo, Bertrando 1997, 10).

Ist damit – endlich – eine Metatheorie gegeben, die menschliches Verhalten umfassend beschreiben kann? Oder handelt es sich vor allem um „Taschenspielertricks“ mit nur kurzzeitigem Erfolg?

3.2 Zur Frage der Methodenkombination

Es wird deutlich, daß offensichtlich keine Theorie für sich allein Zusammenhänge aufdecken kann. Es werden immer nur Teilaspekte akzentuiert, die der Komplementarität menschlichen Lebens nur teilweise gerecht werden.

Psychoanalytische Theorien zeigen die Bedeutung früher Kindheitserlebnisse für unser tägliches Leben, sind aber sehr subjektiv. Lerntheorien zeigen die Effekte wirkungsvoller Verstärkungsmechanismen für unser Verhalten, sind aber zuweilen recht mechanistisch. Humanistische Theorien können Hilfen bei der Gesprächsführung geben, aber auch sehr idealistisch sein. Systemtheorien führen uns die Interaktionalität unseres Verhaltens eindringlich vor Augen, berücksichtigen aber die Probleme des Einzelnen nur wenig.

Es drängt sich die Notwendigkeit der Methodenkombination auf. Kann man das über-

haupt, ohne der Gefahr eines unreflektierten Eklektizismus zu verfallen? Handelt es sich nicht um in sich geschlossene Sichtweisen und Paradigmen?

Es gibt sicher Theorien, die sich gegenseitig ausschließen, z.B. bei einem problem- versus lösungsorientierten Vorgehen. Es gibt andere, die sich gegenseitig ergänzen können, z.B. eine Verbindung von Person- und Systemorientierung (Grohnfeldt 1992 a). Zur Veranschaulichung wählen Minuchin/Fishman (1983) das Bild des Tänzers. Danach ähnelt ein Beratungsgespräch einem Paartanz, in dem sich die Partner gegenseitig aufeinander abstimmen und an der Melodie, d.h. dem Anlaß, Ziel und Verlauf des Gespräches orientieren. Man sollte mehrere „Tänze“ beherrschen, um sie je nach Situation und Klient auf den Einzelfall abstimmen zu können. Selbstverständlich wird jeder seine bestimmten Vorlieben und Präferenzen haben. Von manchen „Tänzen“ sollte man auch Abstand nehmen – nicht jeder eignet sich zum aktiven Zuhörer oder ist in seinem Wesen nicht-direktiv. Echtheit zeigt sich darin, daß das jeweilige Handeln dem eigenen Selbstverständnis entspricht.

Bei dieser Vielzahl an Möglichkeiten und hoher Flexibilität besteht natürlich die Gefahr der Beliebigkeit. Gibt es vielleicht doch eine gemeinsame Klammer? Sie zeigt sich m. E. darin, daß in den meisten Fällen das

Verstehen als übergreifende Kategorie

herausgestellt werden kann. Sie wird in dem Nachvollziehen biographischer Besonderheiten, in der emotionalen Einfühlung wie auch dem Erkennen struktureller Besonderheiten erkennbar und ist letztlich die Grundlage einer einfallorientierten Sprachheilpädagogik.

4. *Beratung und Therapie im Rahmen einer einfallorientierten Sprachheilpädagogik*

4.1 Begriffsbildung und wissenschaftstheoretische Einordnung

Die Frage des Menschenbildes wurde bisher so ausführlich behandelt, weil sie sich als grundlegend für das Selbstverständnis

- der Beratenden, aber auch
- der Disziplin Sprachheilpädagogik

erweist. Im Zusammenhang mit der Methodenkombination wurde darauf hingewiesen, daß der jeweilige Kontext *bei* jedem anders und das jeweilige Vorgehen – theoretisch – *für* jeden anders sein müßte. Das damit angesprochene Prinzip der *Individualisierung* erweist sich dabei als didaktisch-methodisch regulativ. So wie für die diagnostische Einordnung der im hypothesengeleiteten Prozeß gesammelten Daten das Verstehen als übergreifende Kategorie genannt wurde, so ist für den sprachtherapeutischen Bereich aus pädagogischer Sicht das Konzept der

*Lebensbedeutsamkeit als
gemeinsamer Nenner*

herauszustellen. Derartige Gedankengänge haben im Rahmen der Sprachheilpädagogik eine lange Tradition (zusammenfassend: Grohnfeldt 1996 b). Sie finden sich ebenso aus psychoanalytischer Perspektive als „biographische Pädagogik“ (Bittner 1997) sowie als Gegenstand der Hermeneutik im Rahmen einer „biographischen Erziehungstheorie“ (Loch 1979) wieder. Das Nachvollziehen und Verstehen Anderer gründet dabei im eigenen Leben, im Lebenslauf. Dementsprechend betont Loch, „daß der Lebenslauf eine Kategorie darstellt, die für die Wirklichkeit wie für den Begriff der Erziehung gleichermaßen konstitutiv ist“ (1979, 14).

Es wird deutlich, daß die in Kapitel 2 genannten Bereiche der Beratung, Therapie und Erziehung für die Standortbestimmung einer einzelfallorientierten Sprachheilpädagogik eine gemeinsame Klammer bilden. Für die wissenschaftstheoretische Fundierung und konstitutionelle Einordnung werden auf dieser Grundlage wesentliche Bausteine gelie-

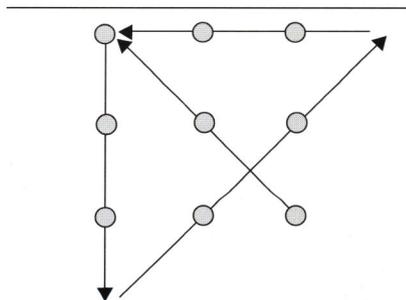


Abb. 2b (Lösung der Abb.2a)

fert, damit Beratung „mehr als ein Schlagwort“ (s. Überschrift) wird. Was bedeutet das aber in der Praxis?

4.2 Aufgabenbereiche und Handlungsfelder

Beratung bei Sprachstörungen vollzieht sich vor dem Hintergrund variierender Anlässe, Situationen und Zielsetzungen. Je nach Einzelfall werden dabei ganz verschiedene Aufgabenstellungen erforderlich sein, die sich in unterschiedlichen Handlungsbereichen realisieren:

– Eltern- und Angehörigenarbeit

Eine die Sprachtherapie begleitende Beratung und Information von Eltern und Angehörigen gehört zu den traditionellen, geradezu typischen Aufgaben im Rahmen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Sie findet sich wieder in

- informierenden und anregenden Beratungsgesprächen,
- verstehenden, personenzentrierten Gesprächen,
- strukturierenden, familientherapeutisch orientierten Gesprächen

(Grohnfeldt 1985), wobei in der Praxis Überschneidungsbereiche auftreten und immer wieder die Erwartungshaltung der Ratsuchenden mit dem Rollenverständnis des Beratenden in Einklang gebracht werden muß. Sie zeigt sich beispielsweise in der Anleitung und bestmöglichen Unterstützung der Eltern sprachentwicklungsgestörter, stotternder und mutistischer Kinder, aber auch in der klärenden Information und Aussprache bei Angehörigen von Patienten mit zentralbedingten Sprach- und Sprechstörungen (z.B. einer Aphasie). Für die dabei ablaufenden sehr diffizilen Prozesse eines je nach Einzelfall abgestimmten Vorgehens konnten unter dem Aspekt der Methodenkombination wesentliche Hinweise gegeben werden. Wann endet jedoch Beratung, und wo beginnt die Therapie?

– Verbindung von Beratung und Sprachtherapie

Es handelt sich hier um ein generelles Prinzip, Formen der psychosozialen Beratung als

Teilbereich der Sprachtherapie zu integrieren. Dazu werden individuelle Interessen, aber auch subjektiv lebensbedeutsame Gesprächsanlässe zum Gegenstand sprachheilpädagogischen Handelns gemacht. Beispiele dafür zeigen sich in der Arbeit mit stotternden oder sprechängstlichen Jugendlichen und Erwachsenen ebenso wie in der Verbindung gesprächs- und sprachtherapeutischer Elemente beim Vorliegen einer Aphasie, Dysarthrophonie, Laryngektomie usw. Wichtig ist es dabei, an den vorliegenden Ressourcen der Betroffenen anzusetzen (Weikert 1998), um letztlich eine konkrete Aufarbeitung bzw. subjektiv geänderte Einschätzung von Alltagssituationen zu erreichen.

– Interdisziplinäre Kooperation in unterschiedlichen Institutionen

Neben den immer wieder erforderlichen Gesprächen zur Abstimmung mit Vertreter(inne)n anderer Berufsgruppen (z.B. aus den Bereichen der Medizin, Psychologie, Krankengymnastik, Ergotherapie usw.), gewinnt im Zusammenhang mit der zunehmenden Relevanz der schulorganisatorischen Integration sprachauffälliger Kinder ein weiteres Praxisfeld im Rahmen der Beratung immer mehr an Bedeutung: Es handelt sich um die Kooperation von Regel- und Sonderschullehrer(inne)n, die im Zusammenhang mit der individuellen Förderung und Therapie sprachauffälliger Kinder im Rahmen der Regelschule notwendig wird. Additive wie integrative Formen des „team-teaching“ werden dabei bedeutsam. Für die Ausbildung stehen die damit im Zusammenhang stehenden Fragen einer „kollegialen Praxisberatung“ (Busse 1998) noch am Anfang, werden aber im Hinblick auf das Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik zunehmend bedeutsam.

5. Problemfelder und Perspektiven

Die bisherigen Aussagen begründen die Notwendigkeit einer wissenschaftlich fundierten Beratung bei Sprachstörungen und führen uns die Individualität der Aufgabenstellung sowie die Notwendigkeit eines reflektierten Handelns eindringlich vor Augen. Dieser Anspruch und die zu seiner Realisierung aufgezeigten Wege dürfen nicht zu der Annahme führen, daß Beratung quasi „machbar“

sei. Wie immer, wenn Menschen beteiligt sind, sind viele subjektive Kriterien im Spiel. Man sollte sich dessen bewußt sein, um die damit verbundenen prinzipiellen Grenzen zu kennen, aber auch die vorhandenen Möglichkeiten weitestgehend auszuschöpfen.

– Zur gegenseitigen Erwartungshaltung von Ratsuchenden und Beratenden

So wie jede Beraterin und jeder Berater vor dem Hintergrund seines jeweiligen Menschenbildes agiert, so haben natürlich auch die Ratsuchenden bestimmte Vorannahmen und Weltbilder, die in grundlegenden Perspektiven und Einstellungen ihren Ausdruck finden. Wenn beide sich in einen Interaktionsprozeß begeben, können die damit verbundenen Beziehungsaspekte den eigentlichen sachlichen Anlaß des Gespräches überlagern und zu einem subjektiven Erleben des Wohlbefindens, „sich-verstanden-Fühlens“ führen – oder auch nicht. Ebenso können bestimmte Erwartungshaltungen und Rollenvorstellungen auf den Beratungsprozeß Einfluß nehmen.

Beispiel:

Die Eltern eines stotternden Jungen möchten Informationen über die Sprachstörung ihres Kindes. Die Beraterin/der Berater ist der Auffassung, daß persönliche Probleme in der Familie im Vordergrund stehen und möchte durch aktives Zuhören den Eltern Gelegenheit zu einer Entlastung geben. Die Eltern sind darauf nicht vorbereitet und reagieren abwehrend. Dies wiederum wird als mangelndes Problembewußtsein gedeutet. Beide sind verunsichert und letztlich unzufrieden.

Vieles hätte hier durch einfaches Nachfragen geklärt werden können. Und dennoch – gegenseitiges Mißverstehen als typisches Problem unterschiedlicher Sicht- und Zugriffsweisen in jeglichen Interaktionen und Paarbeziehungen kann auch Beratungsprozesse beeinflussen. Die Übereinstimmung von Erwartungshaltung und Selbstverständnis trägt damit zum subjektiven Gefühl des Gelingens bei. Dies führt zu der Frage: Wovon hängt es eigentlich ab, daß eine Beratung gelingt (bzw. von den Beteiligten als gelungen empfunden wird)? Was heißt „Erfolg“ in diesem Zusammenhang?

– Qualitätssicherung und Erfolgskriterien in der Beratung

Die Frage des Erfolges wurde im Zusammenhang mit der Stottertherapie schon einmal von Mitarbeiter(inne)n des Forschungsinstitutes auf einem Forum der Sprachheilpädagogik thematisiert (Grohnfeldt 1992 b). Heute gewinnen die damit verbundenen Fragestellungen erneut an aktueller Bedeutung. Die in dem Zusammenhang herausgestellte „Qualitätssicherung“ ist daher in letzter Zeit immer mehr zu einem Schlagwort geworden – sei es auf fachwissenschaftlichen Kongressen bis hin zum finanziell bewertbaren Anspruch von Krankenkassenvertretern. Es gilt, die damit verbundenen Gedankengänge inhaltlich zu präzisieren, um statt diffuser Meinungen zu einem möglichen Erfolg bestimmte Kriterien herauszustellen, die – mit allen Einschränkungen – meßbare Effekte beinhalten.

Dazu ist es notwendig, das für das Gelingen von Beratung wesentliche „Wohlbefinden“ (Abele/Becker 1991) genauer zu untersuchen. Dies ist mit prinzipiellen Grenzen verbunden. Da Qualität etwas ist, das in hohem Maße „auf subjektiven Wertmaßstäben beruht“ (Innerhofer/Innerhofer 1996, 371), werden verbindliche Definitionen erschwert. Dadurch – und dies ist für die Praxis eher ein Vorteil – wird der Blick auf den Einzelnen und die Notwendigkeit gelenkt, individuelle Verlaufsprozesse nachzuvollziehen und durchschaubar zu machen. Wir sind im Rahmen des Forschungsinstituts dabei, Standards zu entwickeln, die es uns ermöglichen, die im Rahmen von Beratung und Therapie beobachteten Interaktionsabläufe präziser als bisher kriteriengeleitet zu beurteilen, um auf dieser Grundlage dementsprechende Maßnahmen zu planen und in ihrer Effektivität einschätzen zu können. Dies erfolgt durch eine Verbindung von quantitativen Messungen (Auswertung von Tonbandaufnahmen, Fragebögen, Polaritätsprofilen ...) und qualitativen Forschungsansätzen (narrative Verfahren, [halb-] strukturierte Interviews, teilnehmende Beobachtungen ...), wobei der sprachgestörte Mensch, seine Eltern (bzw. Angehörigen) und die beratenden Personen in einen individuellen Bewertungsprozeß miteinbezogen werden.

6. Epilog

„Werde, der du bist“

Pindar

(522-446 v. Chr.)

Beratung bei Sprachstörungen ist Hilfestellung bei Fragestellungen, die für den Einzelnen eine hohe, zuweilen existentielle Lebensbedeutsamkeit erlangen können. Sie kann trotz aller Relativität und interaktionalen Deutung von Wirklichkeit dazu beitragen, die stete Suche des Menschen zu unterstützen, die Weg und Ziel zugleich ist, „das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Kierkegaard 1924, 17). Wir müssen uns dabei vor Augen halten, daß trotz Stütze und subjektivem Halt viele Zweifel auftreten können, die die scheinbare Gewißheit in einer sich immer schneller ändernden Welt immer wieder zunichte machen. Es ist nicht immer leicht, in einer schwierigen Situation oder Krise auch Chancen zu sehen.

Um so wichtiger ist es, auf fachkundige Gesprächspartner zu treffen – auch und gerade bei Sprachstörungen, die für die Betroffenen und ihre Umwelt mit erheblichen kommunikativen Beeinträchtigungen verbunden sein können. Beratung kann hier eine wichtige Hilfestellung sein.

Zu der im Zusammenhang mit dem Motto dieses Kongresses aufgeworfenen Frage: „Beratung bei Sprachstörungen – Notwendigkeit oder Luxus?“ wird jeder sicherlich seine eigene Ansicht in einem breiten Meinungsspektrum finden. Wichtiger als plakative Antworten erscheinen mir jedoch weiterführende Fragen. Wovon hängt es ab, daß Beratungsprozesse gelingen? Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind dazu notwendig? Damit wird zum einen auf die Forschung, aber auch auf die zentrale Bedeutung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich verwiesen, zu dem durch ein System aufeinander abgestimmter theoretischer und praxisorientierter Veranstaltungen bereits Möglichkeiten genannt (Grohnfeldt 1998) wurden. Die Weiterentwicklung der damit verbundenen Aufgabenstellungen wird ein Schwerpunkt der Arbeit im Forschungsinstitut für Rehabilitation und Sprachtherapie (FSR) sein, damit *Beratung bei Sprachstörungen* mehr als ein Schlagwort ist.

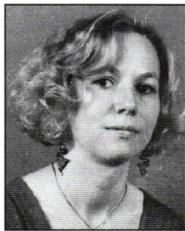
Literatur

- Abele, A., Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim, München 1991.
- Bandura, A.: Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliff 1986.
- Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt 1989.
- Berger, K. St., Thompson, R. A.: The Developing Person Through Childhood and Adolescence. New York ⁴1995 (1980).
- Berger, K. St., Thompson, R. A.: The Developing Person Through the Life Span. New York ³1994 (1983).
- Bittner, G., Fröhlich, V. (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im Pädagogischen Denken. Kusterdingen 1997.
- Bollnow, O.F.: Existenzphilosophie und Pädagogik. Versuch über unetliche Formen der Erziehung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1959.
- Boscolo, L., Bertrando, P.: Systemische Einzeltherapie. Heidelberg 1997.
- Busse, U.: Kollegiale Praxisberatung. Seminarveranstaltung SS 1996, Universität zu Köln.
- Dehnhardt, Ch., Ritterfeld, U.: Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention. Die Sprachheilarbeit 43 (1998), 128-136.
- Dilthey, W.: Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. Gesammelte Schriften Bd. VII, Göttingen ⁷1979.
- Dührssen, A.: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen, Zürich 1981.
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart 1984.
- Fengler, J.: Strategien der Beratung. Forum Logopädie 1993, 33-36.
- Fröhlich, V.: Lebensgeschichten verstehen. In: Bittner, G., Fröhlich, V. (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im Pädagogischen Denken. Kusterdingen 1997, 165-186.
- Göppel, R.: Ursprünge der seelischen Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. Würzburg 1997.
- Grohnfeldt, M.: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin 1985.
- Grohnfeldt, M.: Offene Fragen der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie. Band 1. Berlin 1989, 339-344.
- Grohnfeldt, M.: Die Sprachheilpädagogik im sonderpädagogischen Bezugssystem. Die Sprachheilarbeit 37 (1992a), 56-66.
- Grohnfeldt, M.: Was ist Erfolg in der Stottertherapie? Die Sprachheilarbeit 37 (1992b), 227-239.
- Grohnfeldt, M.: Möglichkeiten und Grenzen einer einzelfallorientierten Sprachheilpädagogik. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik. Dortmund 1996, 225-238.
- Grohnfeldt, M.: Studium und Ausbildung in der Sprachheilpädagogik: Das Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) an der Universität zu Köln. Die Sprachheilarbeit 43 (1998), 3-9.
- Guralnick, M.J. (Ed.): The effectiveness of early intervention. Baltimore 1997.
- Innerhofer, P., Innerhofer, Ch.: Qualitätssicherung nach ISO 9000 in sozialen Einrichtungen. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. München 1996, 370-380.
- Kierkegaard, S.: Die Krankheit zum Tode. Jena ²1924.
- Körter, R.: Das gute Gespräch. Gesunden und Wohlbefinden im Dialog. Göttingen 1997.
- Kuhr, A.: Perspektiven der Verhaltenstherapie. Einige Überlegungen zu ihrer zukünftigen Entwicklung. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 26 (1994) 1, 5-18.
- Loch, W.: Lebenslauf und Erziehung, Essen 1979.
- Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1, Paderborn 1996.
- Miller, P.: Theorien der Entwicklungspsychologie. Heidelberg, Berlin, Oxford 1993.
- Minuchin, S., Fishman, H.: Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg 1983.
- Mutzek, W.: Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag. Weinheim 1996.
- Nardone, G., Watzlawick, P.: Irrwege, Umwege und Auswege. Zur Therapie versuchter Wege. Bern, Göttingen, Toronto 1994.
- Petzold, H. (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn 1980.
- Rechtien, W.: Beratung im Alltag. Psychologische Konzepte des nichtprofessionell beratenden Gesprächs. Paderborn 1988.
- Richter, H. E.: Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. Reinbek 1972.
- Richter, H. E.: Patient Familie. Entwicklung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek 1972.
- Rogers, C.: Die nichtdirektive Beratung. München 1972 (engl. 1942).
- Rogers, C.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München 1973 (engl. 1951).
- Rogers, C.: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart 1983.

- Roth, H.:* Pädagogische Anthropologie.
Bd. 1: Bildsamkeit und Bestimmung. Hannover 1966.
Bd. 2: Entwicklung und Erziehung. Hannover 1971.
- Rothe, K. C.:* Die Umerziehung. Halle 1929.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J.:* Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1996.
- Schmidt, P. F.:* Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung. Paderborn 1996.
- Shazer, S. de:* Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart 1991.
- Stierlin, H.:* Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart 1975.
- Stierlin, H.:* Delegation und Familie. Frankfurt a. M. 1978.
- Stierlin, H.:* Haltsuche in Haltlosigkeit. Grundfrage der systemischen Therapie und Beratung. Frankfurt a. M. 1997.
- Tausch, R. und A.:* Gesprächspsychotherapie. Göttingen 1981.
- Thomae, H.:* Das Individuum und seine Welt. Göttingen, Toronto, Zürich 1968.
- Walter, J. I., Peller, J. E.:* Lösungsorientierte Kurztherapie. Dortmund 1994.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, P. D.:* Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 1969.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R.:* Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, Stuttgart, Wien 1974.
- Weikert, K.:* Psychosoziale Beratung – ein Teilbereich der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 43 (1998), 19-27.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
 Universität zu Köln
 Direktor des Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR)
 Klosterstraße 79 b, 50931 Köln



Kerstin Weikert, Köln

Beratung und Therapie bei Sprechangst – ein ressourcenorientierter Entwurf

Zusammenfassung

Sprechangst ist ein Phänomen, das viele Menschen – zumindest passager – überfallen kann. Eine spezifische Dynamik entwickelt sich, wenn die betroffenen Menschen auch noch unter einer Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörung leiden. Gerade in diesen Fällen spielen oftmals Ängste bei der Verarbeitung der Störung eine große Rolle. Sprechangst kann durch gezielte Beratung und spezifische therapeutische Interventionen erfolgreich verändert werden. Hierzu bedarf es einer engen Kooperation von Klient/in und Therapeut/in. Grundlage bildet eine umfangreiche Problem- und Ressourcenanalyse, die neben den Problemen der Ratsuchenden auch Wege zu ihren verborgenen Kräften aufzeigt. Ressourcenorientierte Beratung und Therapie bedeutet die Suche nach den verborgenen Schätzen und Selbsthilfepotentialen von Menschen mit Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsproblemen. Der Umgang mit Belastungen, Behinderungen und Störungen bedarf vielfältiger personaler und sozialer Ressourcen. Oftmals scheinen diese im Laufe der Zeit verlorenzugehen oder der Zugang zu ihnen verschüttet zu sein. Eine der Aufgaben von Sprachtherapeut/inn/en besteht darin, Menschen bei der (Wieder-) Gewinnung ihrer Kommunikationskompetenz zu unterstützen und ihnen Kraft und Zuversicht in ihre eigenen Potentiale aufzuzeigen (Empowerment).

1. Einleitung

Angst ist ein allen Menschen vertrautes Phänomen. Jeder kennt es, jeden kann es treffen und kaum einer schätzt es. Alle Menschen haben in ihrem Leben Erfahrungen mit einer breiten Palette dieser Gefühle gesammelt. Angst gehört wie Trauer, Freude, Wut oder Zorn unvermeidlich zu unserem täglichen Leben und trotzdem bleibt es „... wohl eine unserer Illusionen, zu glauben, ein Leben ohne Angst leben zu können“ (Riemann 1985, 7). Das Erleben von Angst ist normalerweise eine sinnvolle Reaktion, um uns vor

Gefahren zu schützen. Angst kann aber auch solche Ausmaße annehmen, daß sie das Handeln und Denken blockiert. Tritt Angst ungewöhnlich häufig und intensiv auf, so führt sie zu einer Einschränkung des allgemeinen Wohlbefindens sowie der persönlichen und sozialen Entfaltungsfreiheit. Manche Menschen verspüren Angst davor, Kaufhäuser zu betreten, Brücken zu überqueren oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, andere wiederum haben Angst vor Einsamkeit und Krankheit oder der Zukunft. Es gibt an und für sich nichts, wovor Menschen nicht Angst entwickeln können. Die meisten dieser Ängste scheinen wenig effektiv und gewinnbringend zu sein. Auch Sprechangst kann, wenn sie ein bestimmtes Maß überschreitet, die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen einschränken und einen großen Leidensdruck verursachen.

Die Sprechangst ist der Klasse der sozialen Ängste zuzuordnen und wird übereinstimmend in der Fachliteratur als die Angst, vor einem tatsächlichen oder vermeintlichen Publikum zu sprechen oder sich vorzustellen zu sprechen, beschrieben (Beushausen 1996, 1997; Kriebel 1986a, 1992; Schwarzer 1993). Als Synonyme zum Begriff Sprechangst werden häufig die Begriffe Redeangst, Logophobie, Kommunikationsangst oder Lampenfieber verwendet, wobei sich in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum der Begriff Sprechangst als Oberbegriff durchgesetzt hat. Der Fachterminus Logophobie steht für besonders starke, krankhafte bzw. phobische Sprechängste, konnte sich aber, wahrscheinlich aufgrund der nicht vorhandenen Trennschärfe zur Erfassung der Stärke und Ausprägung von Sprechängsten, als alleiniger Fachbegriff

nicht durchsetzen. Mit dem Ausdruck *Lampenfieber* werden im allgemeinen Ängste in Verbindung mit dem Sprechen vor einer größeren Öffentlichkeit, wie beispielsweise vor Bühnenauftritten oder dem Halten einer Rede, assoziiert. Der Begriff *Kommunikationsbesorgtheit*, eingeführt von McCroskey (1977), betont die spezifische kognitive und emotionale Besorgtheit, die eine Person angesichts von Kommunikationssituationen empfindet. Letztlich zeigen die oben aufgeführten Begriffe sowie eine Reihe weiterer nicht genannter Begriffe viele Überschneidungen, und eine Abgrenzung scheint wenig praktikabel. Die Bezeichnung Sprechangst ist daher, allein aufgrund der relativen Eindeutigkeit, was unter dem Begriff zu verstehen ist, als Oberbegriff geeignet.

Sprechangst kann auf die eine oder andere Weise jeden Menschen überfallen. Insbesondere die Angst, vor einem größeren Publikum zu sprechen, ist vielen Menschen vertraut. Als Ergebnis verschiedener Befragungen und Untersuchungen kann zusammenfassend festgehalten werden, daß durchschnittlich jeder zweite (Frauen etwas häufiger als Männer) zugibt, daß ihm Sprechangstgefühle in irgendeiner Form bekannt sind (Allhof 1986; Beushausen 1997; Kriebel 1975, 1986a). In einer von mir durchgeführten Befragung von Studierenden der Sprachbehindertpädagogik im Wintersemester 1998/99 zeigte sich ein ähnliches Ergebnis.

Von 200 Befragten gaben 84% an, Sprechangstgefühle zu kennen. 61% fühlten sich hierdurch in ihrem Verhalten eingeschränkt.

Sprechangst läßt in uns unangenehme Gefühle aufleben und hindert uns daran, frei und ungezwungen mit anderen zu kommunizieren. Menschen haben Angst, sich zu Wort zu melden, sich an Diskussionen zu beteiligen, Kritik zu äußern, eine Frage zu stellen oder eine kurze Ansprache zu halten. Sprechanlässe gibt es zahlreiche im Alltag und immer ist – wie dies in der Natur von Kommunikationsprozessen liegt – eine Zuhörerschaft, ein Publikum oder auch nur ein vermeintliches Auditorium vorhanden, um den Ausführungen des Einzelnen zu lauschen. Aber, hören die anderen wirklich immer so akribisch zu, wie manch einer von Sprechangst Geplagte dies meint

oder ist Sprechangst vielmehr ein Prozeß, der sich hauptsächlich in den Köpfen der Betroffenen abspielt?

2. Sprechangst – die Angst, vor anderen zu versagen

Wovor haben Menschen, die Sprechangst verspüren, Angst? Die Aussagen und Berichte Betroffener lassen sich dahingehend auf einen Nenner bringen, daß die Furcht vor sozialer Mißbilligung und Ablehnung das Zentrum der Angst bildet. Man befürchtet durch seine verbalen Äußerungen sein Ansehen aufs Spiel zu setzen. Im Einzelfall nimmt diese ängstliche Besorgnis vor sozialer Nichtanerkennung unterschiedliche Formen und Ausdrucksweisen an. Sie äußert sich als Angst vor Ablehnung, vor Kritik, vor Versagen und vor Autoritäten oder als Angst, im Mittelpunkt zu stehen, Fehler zu machen, für dumm gehalten zu werden und vielem mehr. Allen diesen Ängsten gemeinsam ist die Befürchtung, von anderen bewertet zu werden. Sprechangst ist demzufolge eine Reaktion, die angesichts einer bestehenden oder zu erwartenden Kommunikationssituation auftritt und als Bedrohung für das Selbst erlebt wird. Eine Person sieht sich einer Kommunikationssituation gegenüber, welche sie als selbstwertbedrohlich wahrnimmt, da sie zu der Einschätzung gelangt ist, daß ihre vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten nicht ausreichen, um die Situation erfolgreich zu durchlaufen. Aber, wer bewertet wen in solchen Situationen? Die anderen tatsächlich den Sprechängstlichen oder der Sprechängstliche sich selbst, indem er sich permanent mit den Augen der anderen sieht? Beide Fragen hängen in nicht unerheblicher Weise zusammen. Auf den ersten Blick scheinen hier die internen Bewertungsprozesse einer Person über sich und ihre kommunikativen Fähigkeiten für den Leidensdruck der Betroffenen verantwortlich zu sein. Der zweite Blick macht deutlich, daß interne und externe Bewertungsprozesse in enger Korrespondenz stehen und durch Person-Umwelt-Interaktionen ihre spezifische Ausprägung erhalten (siehe Abb. 2, S. 26). Eine besondere Dynamik entwickelt sich, wenn die betroffenen Personen unter einer Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunika-

tionsstörung leiden. Neben den sprachlichen Problemen entwickeln viele Betroffene Ängste, den Anforderungen der Alltagskommunikation nicht oder nicht mehr gewachsen zu sein. Gespräche mit Bekannten, Kollegen und Freunden, das Einkaufen oder Telefonieren können auf diese Weise zu streßreichen und belastenden Erlebnissen werden. Viele Sprech- und Sprachgestörte sind zudem darum bemüht, ihre sprachlichen Auffälligkeiten nicht offensichtlich werden zu lassen oder zumindest nur wenigen Menschen zu offenbaren. Sie gehen davon aus, daß ihre Probleme von anderen negativ bewertet würden und versuchen, sie deshalb zu verbergen. Nicht jeder Betroffene hat tatsächlich unliebsame Erfahrungen gemacht. Oftmals reicht das Wissen über die in der Gesellschaft unterschwellig vorhandenen Bewertungen der verschiedenen Störungsbilder aus, die zermürbende Mühle innerer Ab- und Selbstbewertungsprozesse in Gang zu setzen. Welche individuellen Auswirkungen Sprechangst annehmen kann, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Herr M., 54 Jahre alt, wendet sich wegen folgender Probleme an seine Sprachtherapeutin, die ihn bis vor einem Jahr betreut hat: Er hat vor drei Jahren infolge eines Insultes eine Aphasie erlitten, die sich bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitgehend zurückgebildet hat. Seine sprachlichen Schwierigkeiten zeigen sich vor allem in leichten, meist situationsbedingten Wortfindungsproblemen sowie Artikulationsauffälligkeiten aufgrund von Restsymptomen einer motorischen Aphasie und einer leichten Apraxie. Probleme bereiten Herrn M. in erster Linie eine Reihe von Alltagssituationen, in denen er sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlt. So hat er schon einige Male erlebt, daß er von anderen wegen seiner sprachlichen Auffälligkeiten, wie er meint, still belächelt wurde. Eine typische Situation sei ihm beispielsweise vor zwei Wochen widerfahren, als er auf dem Weg in die Stadt im Bus einen Bekannten getroffen und sich mit diesem unterhalten habe. Das Gespräch an sich sei für ihn schon anstrengend gewesen, doch das Hauptärgernis seien zwei Jugendliche gewesen, die dieses Gespräch zufällig mitangehört und sich über ihn lustig gemacht hätten. Richtig gehört habe er zwar

nicht, was sie gesagt hätten, aber aufgrund ihres Verhaltens hätte er schon gewußt, was los sei. Dies alles hätte ihn sehr getroffen und wäre ihm auch vor seinem Bekannten sehr peinlich gewesen, denn er könne nun mal nicht richtig reden. Herr M. bringt zum Ausdruck, daß ihn solche Situationen ängstigen und er sie deshalb zu vermeiden sucht. Manchmal seien sie allerdings unumgänglich. Auf den Bus sei er angewiesen, da er nicht mehr Auto fahren könne, und er wolle ja auch nicht den ganzen Tag zu Hause verbringen, zumal er dann depressiv würde. Aus diesem Grund würde er gerne nochmals einige Therapiestunden in Anspruch nehmen, um seine sprachlichen Fähigkeiten trainieren zu können. Er habe dieses Problem auch schon einige Male in der Selbsthilfegruppe angesprochen und festgestellt, daß auch andere Aphasiker ähnliche Erfahrungen machen würden, aber eine Lösung sei keinem eingefallen.

An den Reaktionen von Herrn M. läßt sich ablesen, daß neben Angst auch Verlegenheits- und Schamgefühle sein Verhalten mitbestimmen. Er möchte sich seinem Bekannten von seiner besten Seite präsentieren und fühlt sich, als er die Jugendlichen lachen sieht, der Situation so hilflos ausgeliefert, daß er nicht in der Lage ist, auf seine an sich guten kommunikativen Kompetenzen zurückzugreifen und offensiv an die entstandene Situation heranzugehen. Nach Buss sind neben Scham und Verlegenheit, Publikumsangst und Schüchternheit als die vier wesentlichen Facetten sozialer Angst zu interpretieren (Buss 1980, 1986 zit. nach Schwarzer 1993). Auch aus Berichten Betroffener läßt sich schließen, daß Verlegenheit und Scham über die tatsächlichen oder vermeintlichen eigenen sprachlichen Unzulänglichkeiten bei der Bewältigung von Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörungen eine große Rolle spielen (Weikert 1996). Das angstvolle Beobachten der eigenen Person sowie das ständige darüber Nachdenken, wie man auf andere wirkt, tragen ein übriges dazu bei, daß ein Kreislauf von verstärkter Selbstaufmerksamkeit, Versagensgefühlen und Ängsten entsteht. Die Betroffenen fühlen sich hilflos in ihrer Angst verstrickt und schaffen es meist nicht

mehr, ohne kompetente Fremdhilfe diesen Kreislauf zu durchbrechen. Viele Betroffene sehen als einzigen Lösungsweg den sozialen Rückzug oder den Rückzug ins Schweigen, ohne zu ahnen, daß sich hierdurch in der Regel ihre Probleme vergrößern. Zwar ist nicht jeder, der sich im Alltag schweigsam zeigt, zwangsläufig sprechängstlich, doch kann hier eine der möglichen Ursachen liegen.

Das kurzfristige, vorübergehende Auftreten von Sprechangst, beispielsweise in Verbindung mit einer kleinen Ansprache bei einer Feier oder vor einem Bühnenauftritt, ist eine in unserer Gesellschaft allgemein akzeptierte Erscheinungsform. Für einige ist das Lampenfieber, der Streß kurz vor einem öffentlichen Auftritt, der besondere Nervenkitzel, den es zu überwinden und zu meistern gilt. Anderen erscheint diese Hürde unüberwindbar hoch. Deshalb wird allgemein bewundert, wer frei und scheinbar ohne Angst öffentliche Redesituationen absolviert. Doch auch derjenige, der sich solchen Situationen nicht zu stellen wagt, kann in der Regel mit Verständnis rechnen, da nur allzuvielen das Gefühl der Angst vor öffentlichen Situationen bekannt ist. Auf Unverständnis dagegen stößt, wer in profanen Alltagssituationen, wie beispielsweise in einem Gespräch an einem Verkaufsstand, angstvoll reagiert. Doch gerade alltägliche Sprechansätze sind die Situationen, die Sprechängstlichen und insbesondere Menschen mit Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörungen den größten Kummer bereiten. Das Reden vor größeren Gruppen oder gar das Halten von Reden stellt für viele kein erstrebenswertes Ziel dar. In Beruf und Alltag wird es von den meisten nur selten gefordert, so daß sie hierauf leichten Herzens verzichten können. Auf das Sprechen in Alltagssituationen aber kann und mag kaum einer verzichten. Die verbale Kommunikation stellt das Mittel der Wahl zur Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung dar und besetzt eine Schlüsselfunktion im sozialen Leben. Das Anliegen, welches Herr M. seiner Sprachtherapeutin vorträgt, veranschaulicht, daß seine Probleme durch eine rein linguistisch orientierte Aphasiotherapie wahrscheinlich nicht zu lösen sind. Er benötigt Beratung und Therapie hinsichtlich sei-

ner auftretenden Ängste und Schamgefühle sowie seiner empfundenen Hilflosigkeit angesichts selbstwertbedrohlicher Alltagssituationen. Ein isoliertes Training seiner sprachlichen Leistungsfähigkeit würde ihm im Alltag wahrscheinlich nicht viel nützen, wenn er nicht parallel dazu Strategien lernt, wie er seine sprachlichen Ressourcen in für ihn streßreichen Alltagssituationen kompetent einsetzen kann.

3. Beratung und Therapie bei Sprechangst

Die Diskussion um Beratungsanteile und Beratungskonzepte in der Sprachtherapie läßt sich ohne den expliziten Bezug auf psychotherapeutische Modellkonzepte nicht führen. Viele sprachtherapeutische Konzepte haben wesentliche Inhalte ihres Vorgehens der Psychotherapie entnommen, so z.B. Therapiekonzepte zur Behandlung des Stotterns, des Mutismus oder der Sprechangst. Der gesamte Bereich der Elternarbeit und Elternberatung überschneidet sich in hohem Maße mit psychologischen Konzepten. Immer dann, wenn Menschen neben den spezifischen sprachlichen Störungen professionelle Hilfe und Unterstützung in der psychosozialen Verarbeitung dieser Probleme benötigen, wird der Grad zwischen Sprachtherapie und Psychotherapie schmaler. Die Frage, die an dieser Stelle immer aufgeworfen wird, ist: Welche Behandlergruppe ist für diese psychosozialen Probleme zuständig – Sprachtherapeuten oder andere professionelle Helfer, wie z.B. Psychologen? Zur Beantwortung dieser Frage sind m.E. folgende Aspekte wesentlich:

- Eine mehrdimensionale, pädagogisch orientierte Sprachtherapie, deren Anspruch es ist, die Ganzheit des Menschen und seine Individualität zu berücksichtigen, kann nicht vor den Problemen, die Menschen mit ihren Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörungen haben, die Pforten verschließen bzw. sich nicht zuständig fühlen. Eine Ausklammerung dieser Anteile ist im Prinzip mit einem Rückschritt in eine rein funktionsorientierte Übungsbehandlung gleichzusetzen. Zudem sind für viele Betroffene die Sprachtherapeuten die unmittelbaren und wichtigsten Ansprechpartner.

- Psychosoziale Probleme und die Störungen der Sprache und des Sprechens lassen sich nicht immer ohne weiteres trennen, eine Abgrenzung ist in diesen Fällen gar nicht möglich.
- Es ist zu vermuten, daß psychosoziale Probleme an sich sowie deren Behandlung bzw. Nichtbehandlung Einfluß auf den Erfolg von Sprachtherapien haben können.

Nach wie vor bleibt aber einzugrenzen, daß lediglich solche Probleme im Rahmen der Sprachtherapie bearbeitet werden sollten, die in direktem Bezug zu Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörungen stehen. Es geht hier also nicht um die Bearbeitung allgemeiner Lebensprobleme oder um die Behandlung psychischer Grunderkrankungen, wie z.B. Psychosen. Die Behandlung von Sprechangst, insbesondere dann, wenn sie in Zusammenhang mit sprachlichen Störungen steht, gehört meines Erachtens ebenso in den Aufgabenbereich von Sprachtherapeuten wie die Bearbeitung anderer psychosozialer Probleme. Psychosoziale Hilfe, die im Rahmen der Sprachtherapie angeboten wird, sollte sich an der konkreten Lebenswelt der Betroffenen orientieren und auf eine praktische und lösungsorientierte Alltagshilfe ausgerichtet sein (*Weikert* 1998).

3.1 Grundzüge eines ressourcenorientierten Beratungs- und Therapiekonzeptes

Bei der Behandlung von Angststörungen haben sich kognitiv-behaviorale bzw. verhaltenstherapeutische Verfahren als besonders erfolgreich erwiesen. Diese Erfahrung trifft in gleicher Weise auf die Behandlung von Sprechangst zu (*Beushausen* 1996, 1997; *Kriebel* 1986b). Obwohl für diese Verfahren eine breite und effektive Wirkung nachgewiesen ist, scheint es zum momentanen Zeitpunkt verfrüht, sich mit diesen Ergebnissen zufriedenzugeben, zumal die Diskussion über die Qualität der psychosozialen Versorgung gerade erst richtig begonnen hat (*Laireiter/Vogel* 1998). Neben vielen anderen Bereichen im Gesundheitswesen, wird auch im Bereich der Psychotherapie und

Beratung zunehmend die Frage nach den Qualitätsmerkmalen und der Qualitätssicherung der psychosozialen Versorgung gestellt. Diese Frage, und noch mehr die Forderung nach ihrer Umsetzung, ist mehr als überfällig. Die psychosoziale Versorgung von Menschen, die in irgendeiner Weise Probleme in ihrer Lebensgestaltung haben, ist nicht nur im Bereich der allgemeinen Psychotherapie, sondern gerade auch im Bereich der Heilpädagogik eine Aufgabe, die den professionellen Helfern ein hohes Maß an menschlichem und fachlichem Verantwortungsbewußtsein abverlangt. Diese Aufgabe kann nur dann verantwortlich und im Sinne der Betroffenen gelöst werden, wenn offen und konkret über die Wirkfaktoren und die Effektivität der Vorgehensweise nachgedacht wird. Zur Zeit befindet sich die Diskussion über Qualitätsstandards in der psychosozialen Versorgung noch in den Anfängen (*Laireiter/Vogel* 1998). *Grawe* (1998) spricht davon, daß zuerst ein Qualitätsbewußtsein geschaffen werden muß, auf dessen Basis sich allmählich Standards bilden können. Obwohl zur Qualitätsfrage in Psychotherapie und Beratung noch viele Fragen offen sind, gibt es eine Reihe von Studien zur Effektivität von Behandlungsansätzen, die eine breite Datenbasis bieten, an der es sich zu orientieren lohnt. In einer höchst interessanten und breit angelegten Studie über die Wirkungsweisen psychotherapeutischer Verfahren wurden von *Grawe, Donati und Bernauer* (1995) die folgenden vier Wirkfaktoren als die am besten belegten und effizientesten Wirkungsebenen verschiedener Verfahrensweisen herausgefiltert (siehe auch *Grawe* 1994):

- **Aktive Hilfe zur Problembewältigung**
In der aktiven Hilfe zur Problembewältigung ist nach der Untersuchung von *Grawe, Donati und Bernauer* (1995) das bedeutendste und zugleich meist unterschätzte Wirkprinzip professioneller psychotherapeutischer Unterstützung zu sehen. Viele Menschen benötigen zur Veränderung ihrer Probleme direkte, gezielte und aktive Unterstützung. Dieses Wirkprinzip wird vor allem in den verhaltenstherapeutischen Ansätzen verwirklicht, obwohl es sich auch in Verfahren

mit einem anderen theoretischen Hintergrund wiederfindet. „Gemeinsam ist diesen Verfahren, daß sie das, was der Patient als sein Problem erlebt, als solches ernst nehmen und mit bereichsspezifischen Maßnahmen, die sich für die Bewältigung dieser Probleme bewährt haben, dem Patienten helfen, eben diese Schwierigkeiten zu überwinden oder besser damit fertig zu werden“ (Grawe 1994, 359). Als beispielhaft sind hier Selbstsicherheitstrainings mit sozial unsicheren Personen, Streßbewältigungstrainings oder die Reizkonfrontation bei Angststörungen zu nennen.

- *Klärungsarbeit*
Die Einsicht in bewußte und unbewußte Motive, Ziele und Werte kann Klienten zu mehr Klarheit über das eigene Handeln, Fühlen und Denken verhelfen und somit zum Verständnis von Problemen und deren Lösungen beitragen. Für eine Reihe von Hilfesuchenden reicht die intensive Klärungsarbeit aus, um positive Strategien zur Problembewältigung ableiten zu können. Neben anderen Verfahren steht vor allem die Gesprächspsychotherapie für dieses Wirkprinzip.
- *Prinzip der realen Erfahrung*
In vielen Fällen ist es nicht ausreichend, Probleme zu besprechen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, sondern der Klient braucht die reale Erfahrung, daß Änderungen tatsächlich möglich sind. Für zahlreiche Betroffene hat es eine wesentlich weitreichendere Bedeutung zu erleben, daß sie Problemsituationen erfolgreich bewältigen können, als die Möglichkeit der Änderungen nur gedanklich vor Augen zu haben.
- *Ressourcenaktivierung*
Klienten kann besonders nachhaltig geholfen werden, wenn Beratung und Therapie so gestaltet sind, daß der Klient sich in seinen positiven Seiten und Stärken erleben kann. Wichtigstes Medium zur Vermittlung dieser Inhalte stellt die zwischenmenschliche, therapeutische Beziehung dar. Klienten, die sich von ihrem Therapeuten unterstützt und in ihrem Selbstwert positiv bestärkt fühlen, scheinen in besonderem Maße von The-

rapien zu profitieren. Eine als positiv erlebte Beziehung scheint für viele Betroffene einen heilsamen Effekt zu haben und die Bereitschaft zu notwendigen Veränderungen zu erhöhen.

Diese vier Wirkfaktoren sind als sich einander ergänzende Prinzipien psychotherapeutischer bzw. beraterischer Tätigkeit zu sehen und finden sich in verschiedenen therapeutischen Richtungen wieder. Insbesondere Grawe (1994) tritt für eine Abkehr von den tradierten psychotherapeutischen Schulen und für eine Hinwendung zu einer Allgemeinen Psychotherapie ein, deren Grundgerüst sowohl an empirisch nachgewiesenen Wirkfaktoren als auch an den Bedürfnissen der Klienten orientiert ist. In vielerlei Hinsicht sind diese Wirkfaktoren auch in der Sprachtherapie von großer Bedeutung und sollten in die Qualitätsdiskussion zur psychosozialen Versorgung von sprach- und sprachauffälligen Menschen eingehen. Auch bei der Behandlung von Sprechangst können sie als Eckpfeiler eines Behandlungsgerüsts gesehen werden, welches in Zukunft der weiteren Überprüfung und Ausdifferenzierung bedarf. Prinzipiell scheinen alle Faktoren in gleichem Maße in der Beratung und Therapie von Sprechangst relevant zu sein, allerdings ist im Einzelfall abzuwägen, welche Form der Problembewältigung erfolgversprechender scheint. Für den einen Klienten ist es ausreichend zu klären, durch welche Faktoren seine Sprechangst ausgelöst und aufrechterhalten wird, der andere benötigt direkte und konkrete Hilfestellungen, um seine Ängste zu verringern. Eine geglückte Klärungsarbeit kann demzufolge auch eine bessere Problembewältigung zur Folge haben. Für sämtliche Klienten ist es sicher bedeutsam, daß sie möglichst schnell die reale Erfahrung machen, daß sich ihre Ängste ändern, und sie angstausslösende Situationen meistern können. Ob diese Erfahrungen im Rahmen der Therapie oder zu Hause im Alltag gemacht werden, hängt von den Kompetenzen der einzelnen ab. In jedem Fall scheint es mir aber besonders erfolgversprechend, wenn Klienten auf die eine oder andere Weise lernen, sich in ihren Stärken und Fähigkeiten zu erleben.

Der Umgang mit sprachlichen Auffälligkeiten bedarf vielfältiger Ressourcen. Oftmals schei-

nen diese infolge schwerer Belastungen verlorenzugehen oder der Zugang zu ihnen verschüttet zu sein. Ressourcenorientierte Beratung und Therapie bedeutet die Suche nach den verborgenen Schätzen und Selbsthilfepotentialen von Menschen mit Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsproblemen. Eine der Aufgaben von Sprachtherapeuten sollte darin bestehen, Menschen bei der (Wieder-)Gewinnung ihrer Kommunikationskompetenz zu unterstützen und ihnen Kraft und Zuversicht in ihre eigenen Potentiale zu vermitteln. In der therapeutischen Arbeit gilt es, sich der potentiellen Ressourcen der von Sprechangst Betroffenen bewußt zu werden und diese gezielt zu mobilisieren. Das Prinzip der Ressourcenorientierung verkörpert in diesem Sinne mehr eine therapeutische Grundhaltung als eine konkrete Art des Vorgehens. Unter dem Stichwort „Empowerment“ fand hierzu in den letzten Jahren im Bereich der Heilpädagogik eine breitere Diskussion statt (Keupp 1992; Theunissen/Plaute 1995; Wilken 1997). Diese Diskussion geht dabei m.E. weit über das hinaus, was im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik als förderdiagnostisches Handeln verstanden wird. „Empowerment meint den Prozeß, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbsterarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen“ (Keupp 1992, 149). Hilfe zur Selbsthilfe durch die bewußte Erfahrung eigener Kompetenzen könnte somit als die Leitlinie therapeutischen Handelns in der Beratung und Therapie von sprechängstlichen Menschen formuliert werden. Durch gezielte und spezifische therapeutische Interventionen kann Sprechangst erfolgreich verändert werden. Auf dem Weg zum Erfolg scheint die therapeutische Beziehung, in der sich der Klient als kompetenter Partner und Vertreter seiner eigenen Belange erleben kann, ein Garant zu sein.

3.2 Sprechangst verstehen lernen – ein erster Schritt zu ihrer erfolgreichen Bewältigung

Für Menschen, die unter Sprechangst leiden, ist es von großer Bedeutung, zu ver-

stehen, was sich hinter ihren Ängsten und den daraus resultierenden Alltagsproblemen verbirgt. Informationen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sprechängsten sowie eine Analyse der individuellen Problematik hilft zu verstehen, daß Angst nicht nur ein übermächtiges, unkontrollierbares Gefühl ist, sondern daß sich dahinter konkrete, benennbare Gründe verbergen, die der Angst immer wieder neuen Auftrieb geben.

Auch wenn nach unserem Alltagsverständnis der Inhalt des Konstruktes Sprechangst klar umrissen scheint, bestehen doch nach wie vor erhebliche meßmethodische Probleme zur Erfassung und Abgrenzung von Sprechangst (Kriebel 1975). Zudem gibt es Überschneidungen zu verwandten Störungsphänomenen wie beispielsweise generelle soziale Angst und Unsicherheit. Gründe hierfür sind in der Subjektivität und Individualität des Phänomens zu sehen sowie in der Tatsache, daß letztlich nur die Betroffenen Auskunft über Auftretenshäufigkeit, Ausprägung und Leidensdruck geben können. Nach derzeitigem Kenntnisstand zum Forschungsgegenstand Angst und Sprechangst (Beushausen 1996, 1997; Kriebel 1986; 1992; Margraf/Schneider 1990; Schwarzer 1993) zeigt sich, daß verschiedene Ebenen an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sprechängsten beteiligt sind. Sprechangst wird vor allem durch die folgenden Komponenten bestimmt:

- der Situationsspezifität der Angst,
- den physiologischen Angstreaktionen vor, während, nach oder in gedanklicher Vorwegnahme an diese Situationen,
- der kognitiven und auch emotionalen Besorgtheit angesichts der Situationen,
- dem gezeigten Verhalten vor, während oder nach den Situationen.

Im realen Leben sind diese einzelnen Komponenten natürlich kaum voneinander zu trennen. Es handelt sich hierbei, wie bei allen Modellen über menschliche Verhaltensweisen, lediglich um hypothetische Konstrukte, die helfen sollen, das Sprechangst-erleben zu verstehen und geeignete Gegenstrategien zu entwickeln.

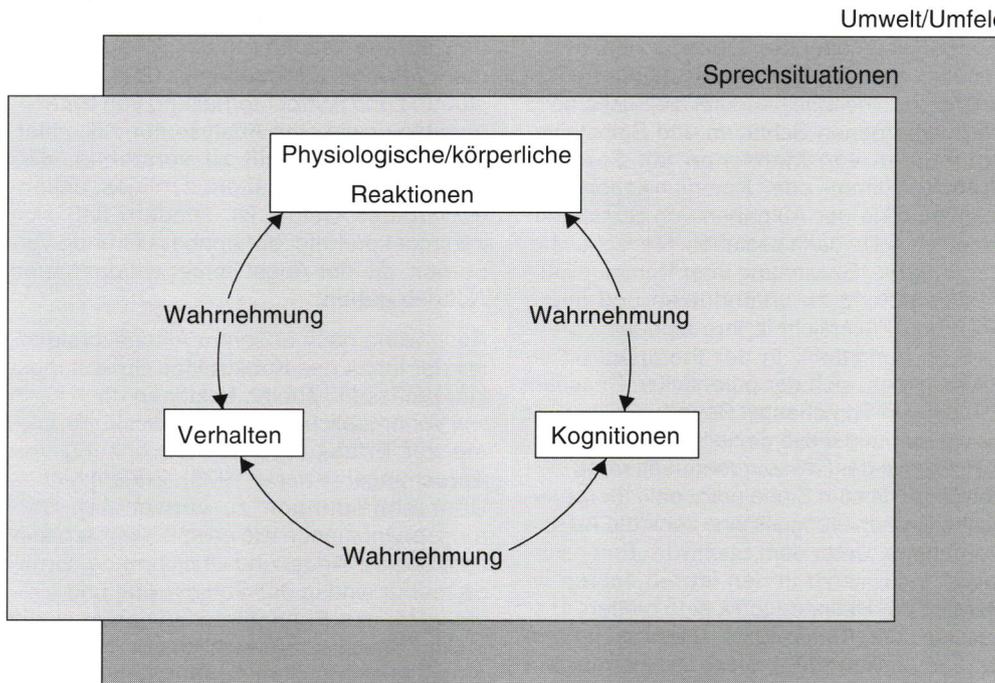


Abb. 1: Beeinflussende Faktoren im Sprechangstgeschehen

Wie die obige Abbildung verdeutlicht, stehen die Ebenen in Abhängigkeit voneinander und sind wechselseitig aufeinander bezogen. Ihre Ausprägung differiert individuell und ist von unterschiedlicher Relevanz für die einzelnen Personen. Die physiologischen Reaktionen bei akuten Angstzuständen werden durch das vegetative Nervensystem gesteuert. Die vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen sorgt dafür, daß der Körper sich in einem Zustand erhöhter Alarmbereitschaft befindet und alle ihm zur Verfügung stehenden Kräfte mobilisiert. Diese Vorgänge können zu vielfältigen körperlichen Begleitreaktionen führen, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sind. Beispielsweise verspüren einige Menschen verstärktes Herzklopfen und Schwitzen, Unwohlsein im Magen-Darm-Trakt, Muskelverspannungen, eine beschleunigte Atmung oder Zittern in einzelnen Körperpartien. Die Betroffenen erleben einen ausgesprochen unangenehmen Erregungszustand und haben den Wunsch, diesen so schnell wie möglich zu beenden. Die Wahrnehmung und kognitive Bewertung dieser Symptome kann dazu führen, daß sich die Angst verstärkt.

Die physiologischen Vorgänge beim Angstgeschehen entspringen einem genetischen Programm, welches sich in der menschlichen Entwicklungsgeschichte als überlebenswichtig und sinnvoll erwiesen hat. Von Kindheit an lernt der Mensch, Angst zu haben, um sich vor körperlichen und sozialen Gefahren zu schützen. Kleine Kinder können zwar Angst empfinden, müssen aber erst lernen, bestimmte Reize und Situationen differenziert wahrzunehmen, um sich nicht ständig schmerzvollen oder sogar lebensgefährlichen Situationen auszusetzen. Angstgefühle erscheinen wie die Boten eines inneren Warnsystems, um uns vor bedrohlichen Situationen zu schützen. Doch dieses Warnsystem funktioniert nicht automatisch in der den äußeren Umständen angemessenen Weise. Ängste treten nicht nur dann auf, wenn eine Situation objektiv eine Gefahr darstellt, sie können auch in völlig ungefährlichen, harmlosen Situationen auftreten und sich bis zu Panikgefühlen steigern. Ob, wann und wie ausgeprägt ein Mensch Angst empfindet hängt davon ab, wie er eine Situation erlebt und wie er sie hinsichtlich der Gefahr, die sie

für ihn darstellt, bewertet. Hierbei kann es zu Fehlbewertungen der Gefahreinschätzung kommen. Dies erklärt, warum triviale Alltagssituationen Menschen in Panik versetzen können. Zudem spielen uns einige Komponenten dieses Programms des öfteren „einen Streich“. So scheint beispielsweise die vorübergehende Denkblockade eines Menschen, der von einem Raubtier angegriffen wird, eine sinnvolle Strategie zu sein, um möglichst schnell das Weite zu suchen. Würde der Angegriffene lange überlegen, wie in dieser Situation zu reagieren ist, böte er dem Raubtier eine leichte Beute. Dagegen ist für einen Menschen, der unter Sprechangst leidet, die Erfahrung, daß sein Denken in für ihn wichtigen Situationen immer wieder vorübergehend blockiert, eine leidvolle Erfahrung. Unter starken Angstgefühlen ist es in der Regel schwer, einen klaren Gedanken zu fassen und ihn souverän zu äußern. Für die meisten Betroffenen klaffen in solchen Situationen die tatsächlichen und die gezeigten Redekompetenzen weit auseinander. Erfahrungen mit solchen Denkblockaden lösen bei den meisten Menschen neue Ängste aus. Sie werden zukünftig besorgt sein, daß ihnen in einer ähnlichen Situation das gleiche widerfahren wird. Sprechängstliche wissen meist nicht, wie die durch die Angst ausgelösten Symptome einzuordnen sind. Für sie hat es eine große Bedeutung, zu erfahren, daß es sich hierbei um normale Auswirkungen von Angst und nicht etwa um psychische oder physische Störungen handelt.

Der Kreislauf von Angstentstehung und -aufrechterhaltung kann an verschiedenen Punkten in Gang gesetzt werden. Der eine reagiert durch die Wahrnehmung seiner körperlichen Symptome mit vermehrter Angst, den anderen ängstigen vor allem seine Gedanken, da sie nach seiner Wahrnehmung der Realität entsprechen. Als Folge dieser Wahrnehmungsprozesse ändert sich das Verhalten. Die Wahrnehmung des geänderten Verhaltens kann wiederum vermehrt Angst auslösen, da man sich als unfähig oder ungeschickt empfindet oder nun erst recht meint, den Situationsanforderungen nicht genügen zu können. Die persönliche Erfahrung mit der Sprechangst führt zwangsläufig für viele zu einer weiteren Angst, nämlich der Angst vor

der Angst. Menschen neigen dazu, zukünftige Ereignisse im Kopf vorwegzunehmen und Prognosen über ihre Fähigkeiten, mit diesen Ereignissen fertig zu werden, anzustellen. Setzt sich bei ihnen die Überzeugung fest, daß sie den eintretenden Ereignissen nicht gewachsen sind, steigt bei vielen das allgemeine Anspannungsniveau und die Reizschwelle, mit Angst zu reagieren, sinkt. „Bei manchen Menschen ist das ‘Alarmsystem Angst’ überempfindlich geworden und kann schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder auch im Körper ausgelöst werden“ (Margraf/Schneider 1990, 204). Die einmal erlebte Angst wirkt wie ein innerer Antrieb, dessen Ziel darauf ausgerichtet ist, weitere, ähnlich angstvolle, unangenehme und beschämende Erfahrungen zu vermeiden. Hieraus entwickelt sich in vielen Fällen ein Teufelskreis aus Vermeidungsverhalten und Versagensgefühlen, welcher die Alltagskommunikation zu einem streßreichen und sehr belastenden Unterfangen werden läßt.

Da Menschen in vergleichbaren Situationen unterschiedlich ängstlich reagieren, wird davon ausgegangen, daß neben Lernerfahrung auch eine unterschiedlich ausgeprägte Angstbereitschaft bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst eine Rolle spielt (Margraf/Schneider 1990; Schwarzer 1993). Desweiteren kann Sprechangst in Einzelfällen nicht nur Ausdruck sozialer Angst sein, sondern auch Aspekte von Leistungsangst, beispielsweise die Angst vor einem Mißerfolg beim Halten einer Rede, beinhalten (vgl. Schwarzer 1993). Trotz der vielen Gemeinsamkeiten, die Betroffene über ihr Sprechangsterleben berichten, ist Sprechangst ein sehr persönliches Phänomen, für dessen individuelle Ausprägung der persönliche Werdegang eine große Rolle spielt. Aus diesem Grund können die Auswirkungen der Sprechangst nur vor dem Hintergrund der Biographie und unter Berücksichtigung der aktuellen Lebensumstände der Betroffenen geklärt werden.

3.3 Problem- und Ressourcenanalyse – Grundlage therapeutischen Handelns

Da die Sprechangstprobleme der einzelnen Menschen sehr unterschiedlich sind, ergibt

sich hieraus die Konsequenz, das therapeutische Vorgehen an den Bedürfnissen und Problemen der Klienten zu orientieren. Grundlage eines einzelfallorientierten und professionellen Vorgehens in Beratung und Therapie bildet eine umfangreiche Diagnose bzw. Problem- und Ressourcenanalyse. Die Auswahl adäquater Beratungs- und Therapiemaßnahmen steht in direkter Abhängigkeit zur Diagnose. Die Analyse der Sprechangstproblematik ist Teil des therapeutischen Prozesses und kann somit als Verlaufdiagnose in den einzelnen Beratungs- und Therapiephasen von unterschiedlicher Relevanz sein. Ziel dieses therapeutischen Schrittes ist es, gemeinsam mit dem Klienten anhand von ausgewählten Alltagsproblemen ein einleuchtendes, nachvollziehbares und individuelles Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sprechangst zu erarbeiten. Mit Hilfe dieses Modells kann der Klient angstauslösende Faktoren erkennen, seinen bisherigen Blickwinkel erweitern und die späteren therapeutischen Interventionen verstehen. Ein weiteres Ziel besteht darin, neben dem Problemverhalten auch die Fähigkeiten und Stärken eines Klienten einschätzen zu lernen. Viele Klienten haben im Laufe der Zeit den Kontakt zu ihren positiven Seiten verloren und sind in ihrem Denken ganz und gar in ihren Problemen gefangen. Aus diesem Grund sollte von Anfang an gezielt nach den im Verborgenen schlummernden Kräften der Betroffenen gesucht werden.

Wenn man sich Gedanken darüber macht, wie jemandem zu helfen ist, der unter Sprechangst leidet, so stellt sich hier als erstes die Frage nach der realen Auswirkung und Belastung der Sprechangst. Das heißt: Wie ausgeprägt und wie häufig tritt die Sprechangst im Alltag auf? Durch was wird sie ausgelöst? Wodurch wird sie aufrechterhalten, etc.? Kommen Klienten mit Sprechangstproblemen in die sprachtherapeutische Praxis, so wird in den meisten Fällen sehr schnell deutlich, daß die Probleme von den Betroffenen zwar benannt, aber häufig von ihnen nicht in der Weise konkretisiert werden können, daß sich hieraus therapeutisch sinnvolle Lösungsstrategien zur Veränderung der Problematik ableiten ließen. Auch über die Auftretenshäufigkeit und -stärke der Probleme im Alltag las-

sen sich aus den anfänglichen Erzählungen der Betroffenen oftmals nur diffuse Vermutungen darüber ableiten, wie das Problemverhalten im Alltag tatsächlich aussieht. Bei einigen Klienten entsteht auch sehr schnell der Eindruck, daß eine Vielzahl von Problemen nebeneinander besteht und nicht greifbar wird, welches Problem der vordringlichsten Behandlung bedarf. Für den therapeutischen Prozeß, d.h. für die Festlegung des Therapieweges und der anzustrebenden Ziele, reichen aus diesem Grund diagnostische Gespräche über die Angst oft nicht aus, um alle relevanten Fragen zur Genese und Alltagsproblematik der Sprechangst zu beantworten. Sie sollten durch gezielte und möglichst konkrete Alltagsbeobachtungen ergänzt und präzisiert werden. Selbstbeobachtungsverfahren, wie sie schon seit langem in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden, bieten sich hier als geeignetes Mittel an. „Selbstbeobachtung beinhaltet das Beobachten und Registrieren von eigenen, offen sichtbaren oder verdeckten Verhaltensweisen. Selbstbeobachtung gehört damit zu den mehr diagnostischen verhaltenstherapeutischen Methoden, die vor allem zur Erfassung von schwer zugänglichen, eher privaten Ereignissen und Verhaltensaspekten eingesetzt werden“ (Hautzinger 1994b, 249). Neben allen methodischen Problemen, die sich hinsichtlich Reliabilität, Objektivität und Validität der gewonnenen Daten ergeben, „hat sich immer wieder gezeigt, daß die Selbstbeobachtung für die Erreichung der Therapieziele nutzbringend eingesetzt werden kann“ (Hautzinger 1994b, 249). Selbstbeobachtungsverfahren haben den Effekt, daß nicht nur der Therapeut den Klienten besser kennen und verstehen lernt, sondern daß auch der Klient sich über sein Verhalten, seine Probleme und Motive klarer wird (Klärungsarbeit). Liegen konkrete Informationen aus dem Alltag des Klienten vor, und haben sich Therapeut und Klient ein genaues Bild von den Problemen und Ressourcen gemacht, zeichnen sich meist auch Lösungswege ab. Gespräche über die Sprechängste können zu mehr Klarheit über die verborgenen Motive und Beweggründe führen.

Auch die folgenden Aussagen der 23jährigen stotternden Sonja über ihre Sprechängste im Berufsleben reichen nicht aus, um Lösungs-

strategien zu erarbeiten: „Das Sprechen in meinem Berufsalltag stellt ein riesiges Problem dar. Wenn ich einen Kollegen etwas fragen muß, z.B. wie er einen Vorgang bearbeitet, so ist dies die reinste Qual, und ich habe große Angst davor. Teambesprechungen sind noch schlimmer, schon einen Tag vor der Besprechung mache ich mir ständig Gedanken darüber. Ich habe das Gefühl, gar nichts mehr zu können.“ Mit Hilfe von Selbstbeobachtungsverfahren lassen sich Probleme wie das oben beschriebene konkretisieren. Sonja beispielsweise hatte die Aufgabe, über einen bestimmten Zeitraum jeden Tag nach der Arbeit schriftlich festzuhalten, welche Probleme aufgetaucht waren und in welchen Situationen sie sich gezeigt hatten. Für diesen Zweck wurde in der Therapiesitzung gemeinsam ein Schema entworfen, wie sie diese Beobachtungen notieren sollte. Es wurde festgelegt, daß sie kurze Angaben zur Situation, den beteiligten Personen und dem Grad ihrer Sprechangst- und Stottergefühle machen sollte. Nach einiger Zeit stellte sich ihre Problematik wie folgt dar: Die Probleme traten nicht bei allen Kollegen in gleicher Weise auf, sondern vor allem bei zwei Kollegen, wovon einer ihr Vorgesetzter ist. Teambesprechungen finden nur einmal im Monat statt, dort werden sie dann von einem Außendienstmitarbeiter über neue Produkte informiert. Sie muß in diesen Besprechungen eigentlich nichts sagen, hat aber ständig Angst, von jemanden in der großen Runde etwas gefragt zu werden, obwohl dieser Fall bisher noch nicht eingetreten ist. Die Analyse der Selbstbeobachtungen brachte außerdem aussagekräftige Informationen über Sonjas Ressourcen. In ihrem Alltag gab es eine Anzahl relativ unbelasteter Sprechsituationen, die sie aber nicht als solche registrierte, da ihre ganze Aufmerksamkeit auf die genannten Problemsituationen gerichtet war. Auch in belastenden Situationen verfügte sie über eine recht hohe Sprechflüssigkeit. Sie ging davon aus, daß auch kleinste Stottersymptome von ihren Gesprächspartnern negativ bewertet würden und ihr Problem bestand hauptsächlich in der Angst vor dem Stottern. Sie verfügte über ausreichend soziale Kontakte, hatte sich allerdings in der letzten Zeit vermehrt zurückgezogen, da sie intensiv mit

ihren beruflichen Problemen beschäftigt war. Sonja half es im Lauf der Therapie sehr, sich bewußt zu machen, daß viele Gesprächssituationen in ihrem Alltag unbelastet verliefen und sie auch in schwierigen Redesituationen ihr Ziel oft erreichte, selbst wenn sie unter großem Druck stand. Problematisch war ihre Sichtweise, in der sie mehr oder weniger nur das wahrnahm, was ihr Probleme bereitete. Ihre positiven Seiten und Stärken hatte sie in ihrer Wahrnehmung verdrängt.

3.4 Die Veränderung der internen Bewertungsprozesse

Sprechangstgefühle sind in vielfältiger Weise von der Art, wie wir eine Situation wahrnehmen und einschätzen, also den sogenannten kognitiven Prozessen, abhängig. Nach heutigem Kenntnisstand (Lazarus 1991) wird davon ausgegangen, daß Kognitionen und Emotionen sich wechselseitig beeinflussen und somit ihre Wirkweise kaum voneinander zu trennen ist. Aus diesem Grund erscheint es korrekter, von kognitiv-emotionalen Einschätzungsprozessen zu sprechen, zumal es sich beim Angstgeschehen vorrangig um ein emotionales Erlebnis handelt, welches durch die begleitenden Kognitionen in spezifischer Weise beeinflusst wird. Die kognitiv-emotionalen Bewertungsprozesse können dazu führen, daß Kommunikationssituationen als Bedrohung wahrgenommen werden, ohne daß tatsächlich eine Bedrohung vorliegt. So kann das Kommunikationsverhalten des Kommunikationspartners als Angriff interpretiert werden, ohne daß dieser etwas derartiges im Sinne hatte. Falschinformationen oder übertriebene Vorstellungen, z.B. vor einem Telefonat, können Menschen unnötiger Weise in Panik versetzen und reale Anforderungssituationen, wie z.B. das Halten eines Referates im Hörsaal, kann durch die Phantasie so ausgeschmückt werden, daß die Angstgefühle erheblich zunehmen. Wesentlich ist, wie die eigenen Ressourcen im Vergleich zu den eingetretenen Ereignissen eingeschätzt werden (siehe Abb. 2, S. 26).

Insgesamt ist festzustellen, daß sprechängstliche Menschen häufig zu Fehlschlüssen neigen, was die Einschätzung der Situation, der beteiligten Personen sowie der eigenen Fä-

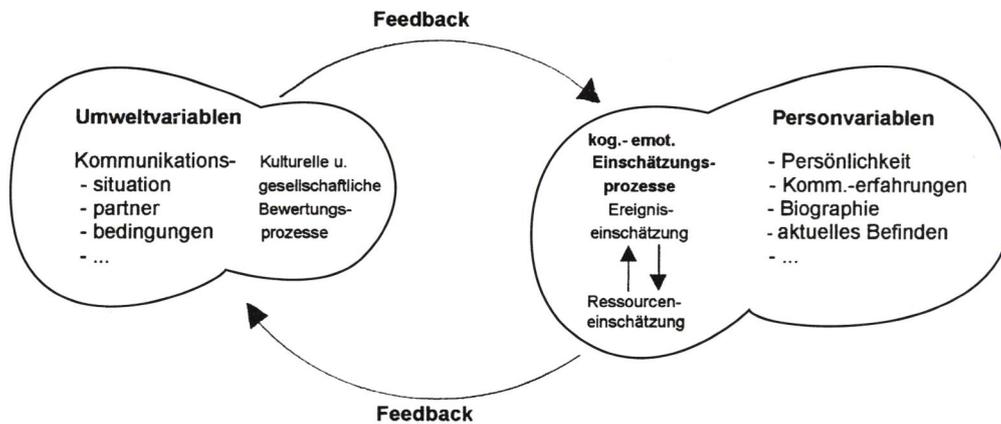


Abb. 2: Interne und externe Bewertungsprozesse

higkeiten anbelangt. Diese Fehlschlüsse führen zu irrationalen Vorannahmen und Schlussfolgerungen, die im weiteren Verlauf wiederum Angst auslösen können. Ein erster Schritt zur Veränderung solcher dysfunktionaler, angsterzeugender Gedanken besteht darin, sie zu identifizieren und gewissermaßen kennenzulernen. Vielen Betroffenen ist überhaupt nicht bewußt, daß ihre eigenen Gedanken in erheblichem Ausmaß an der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Ängste beteiligt sind und gewissermaßen von ihnen selbst produziert werden. Der zweite Schritt zur Veränderung und positiven Bewältigung der Sprechängste besteht darin, zu überlegen, ob das vorhandene Problem auch auf eine andere Art und Weise gesehen werden kann. Es gibt eine Vielzahl therapeutischer Verfahren, in denen versucht wird, Verhaltensänderungen durch Veränderungen der kognitiven Variablen herbeizuführen. Als bekannteste Verfahren zählen hierzu die Rational-Emotive Therapie von *Ellis*, die kognitive Therapie von *Beck* sowie das Selbstverbalisationstraining von *Meichenbaum*. Allen diesen Verfahren gemeinsam ist die Grundannahme, daß negative, dysfunktionale Gedanken einen ungünstigen Einfluß auf das Verhalten haben und aus diesem Grund verändert werden sollten. Ziel ist es, die häufig automatisierten Denkvorgänge zu durchbrechen und anstelle der negativen Denkweise eine förderliche Form des inneren Dialogs zu finden. Es soll sozusagen zu einer positiven Umdeutung der bisherigen Sichtweisen kom-

men. Da emotionale Selbstabwertungen, ebenso wie kognitive Selbstabwertungen, in das Selbstkonzept einer Person einfließen, sollte auf diese im Rahmen der Therapie ebenfalls eingegangen werden. Nach meiner Erfahrung fällt es vielen Betroffenen offensichtlich auch im Therapieraum schwer, ihre Scham und Verlegenheitsgefühle von sich aus anzusprechen. Aus diesem Grund erscheint es mir wichtig, in der Therapie die einzelnen Gefühlfacetten des Sprechangsterlebens gemeinsam mit den Klienten so genau wie möglich zu beschreiben, da die Bearbeitung von Scham und Verlegenheit einen wesentlichen Schritt zur Überwindung der Sprechangst darstellt.

3.5 Der Angst entgegenzutreten und neue Wege suchen

Angst kann in der Regel nur dann erfolgreich verändert werden, wenn die Betroffenen lernen, der Angst entgegenzutreten, und sie die Erfahrung machen, daß sich Situationen entweder auch mit (erträglicher) Angst meistern lassen, oder daß sich die Angst sogar verringert. Da viele Betroffene angstauslösende Situationen meiden, verfügen sie nicht über reale Erfahrungen mit diesen Situationen. Sie leben mit ihren antizipierten Angstvorstellungen und halten diese für die Realität. Diejenigen, die sich angstbesetzten Situationen stellen, erleben den Verlauf der Situationen als permanentes Versagen und gehen in der Regel schon vorher von einem Mißerfolg aus.

Die wiederholte Erfahrung, daß sich ihre Vorannahmen bestätigen, bekräftigt ihre Überzeugung, nur über unzureichende Kompetenzen zu verfügen. Eine Reihe von therapeutischen und übenden Verfahren versucht diese defizitären Erfahrungen aufzufangen und gezielt durch neue, positivere Erfahrungen auszugleichen. Zu nennen sind hier vor allem Reizkonfrontationsverfahren und Skill-Verfahren (Beushausen 1996; Kriebel 1998b). In den Skill-Verfahren wird von der Hypothese ausgegangen, daß Sprechängstliche nur über unzureichend sprecherische Kompetenzen verfügen. Aus diesem Grund zielen die Verfahren darauf ab, in einer angstfreien Umgebung situationsadäquates Redeverhalten einzuüben. Meines Erachtens ist der Begriff „Training kommunikativer Kompetenzen“ als übergeordneter Begriff für die Inhalte dieser Verfahren geeigneter. Der Begriff *Reizkonfrontation* umfaßt Verfahren, bei deren Anwendung Klienten mit ihren Ängsten konfrontiert werden, in dem sie sich den aversiven Reizen bzw. den gefürchteten Situationen stellen. Ziel dieser Verfahren ist es, sich den angstbesetzten Situationen auszusetzen, ohne daß die gefürchteten unangenehmen Folgen eintreten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die einzelnen Situationen so zu gestalten, daß der Klient den Ausgang der Situation als Erfolg oder zumindest Teilerfolg erleben kann. Für jemanden, der bisher immer ängstlich Sprechsituationen vermieden hat, kann es einen großen Erfolg bedeuten, diese Situationen zu erleben und die Erfahrung zu machen, daß er in seinen Gedanken weitaus katastrophalere Auswirkungen vorausgesehen hat, als sie in der Realität eingetreten sind. In vielen dieser Verfahren wird die Reizkonfrontation hierarchisch angeordnet, um den Klienten allmählich mit immer stärkeren Ängsten zu konfrontieren. Der Vorteil hierarchisierter Vorgehensweisen besteht in der Transparenz der Wirkungsweise für den Klienten. Er kann auf diese Weise lernen, daß auch kleine Therapieschritte zu großen Erfolgen führen können. Als bekanntestes Reizkonfrontationsverfahren ist die Systematische Desensibilisierung zu nennen. Allen Herangehensweisen ist gemeinsam, daß sprechängstliche Personen letztlich lernen sollen, sich angstausslösenden Situationen zu stellen und neue Verhaltensmuster

aufzubauen. Diese Vorgehensweisen basieren auf dem Prinzip der aktiven Hilfe zur Problembewältigung. In-Vivo-Übungen sollen als reale Erfahrung mit dem Gelernten den Transfer in den Alltag erleichtern. Die meisten dieser Verfahren werden im Therapiealltag kaum noch in der ursprünglich verfaßten Reinform eingesetzt, sondern miteinander kombiniert.

4. Ressourcenorientierung – alter oder neuer Hut?

Das Prinzip der Orientierung an den Fähigkeiten und Stärken von Klienten findet sich sicher in den verschiedensten Konzepten psychosozialer Arbeit wieder. Neu ist es in diesem Sinne nicht. Neu ist die Erkenntnis über die Bedeutung und die nachgewiesene Wirksamkeit dieses Prinzips. Hieraus läßt sich nur die Forderung nach einer konsequenten Umsetzung dieser und natürlich auch anderer nachgewiesener Wirkweisen ableiten. Ziel dieses Artikels war es nicht, ein geschlossenes Konzept vorzustellen, sondern, wie im Titel angedeutet, den Entwurf eines Handlungsrahmens zu präsentieren und durch Beispiele zu veranschaulichen. Für den Bereich der Sprachbehindertenpädagogik wird es sich zukünftig als wichtig erweisen, auch zur psychosozialen Problemseite von Menschen mit Sprech-, Sprach-, Stimm- oder Kommunikationsstörungen und deren therapeutische Versorgung Stellung zu beziehen.

Literatur

- Allhof, D.-W.: Zum Umgang mit Sprechangst in Rhetorik-Seminaren. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen. Berlin 1996, 238-248.
- Berckhan, C., Krause, C., Röder, U.: Schreck laß nach! Was Frauen gegen Redeangst und Lampenfieber tun können. München 1993.
- Beushausen, U.: Sprechangst. Erklärungsmodelle und Therapieformen. Opladen 1996.
- Beushausen, U.: Sprechangst in der sprachtherapeutischen Therapie. Logos interdisziplinär 1997, Heft 3, 172-176.
- Erdmann, G., Baumann, S.: Sind psychophysiologische Veränderungen im Paradigma „Öffentliches Sprechen“ Ausdruck emotionaler Belastung? Zeitschrift für Experimentelle Psychologie 1996, Heft 2, 224-255.

- Fliegel, St., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H.: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München 1994.
- Grawe, K.: Psychotherapie ohne Grenzen. Von der Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 1994, Heft 3, 357- 370.
- Grawe, K.: Geleitwort. In: *Laireiter, A.-R., Vogel, H.* (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen 1998, 9.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen 1995.
- Hautzinger, M.: Kognitives Neubenennen. In: *Linden, M., Hautzinger, M.* (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York 1994a, 187-192.
- Hautzinger, M.: Selbstbeobachtung. In: *Linden, M., Hautzinger, M.* (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York 1994b, 249-253.
- Hautzinger, M.: Tagesprotokolle negativer Gedanken. In: *Linden, M., Hautzinger, M.* (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York 1994c, 311 – 315.
- Holtz, K.-L., Kretschmann, R.: Beurteilung und Beratung bei speziellen Auffälligkeiten: Angst. Fernuniversität Hagen 1992.
- Irmer, B., Irmer, H.-P., Liepmann, D., Hautzinger, M.: Überwindung von Redeangst bei Schülern. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1985, Heft 2, 90-100.
- Jerusalem, M.: Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben. Göttingen 1990.
- Keupp, H.: Riskante Chancen aktueller gesellschaftlicher Umbrüche und ihre Bedeutung für den Behindertenbereich. Frühförderung interdisziplinär 1992, 145-156.
- Keupp, H.: Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 1993, Heft 3, 365-381.
- Krause, C., Röder, U.: Reden mit Gelassenheit – Ein Seminarkonzept zum Abbau von Redeangst. Gruppendynamik 1992, Heft 1, 29-42.
- Kriebel, R.: Sprechangst: Erfassung und Modifikation. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), 1-14.
- Kriebel, R.: Einführung in die Sprechangstproblematik. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen. Berlin 1986a, 23-33.
- Kriebel, R.: Therapeutische Interventionsverfahren zum Abbau von Sprechangst. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen. Berlin 1986b, 169-180.
- Kriebel, R.: Sprechangst. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5 Berlin 1992, 449-467.
- Krisch, K., Janig, H.: Die Wirkung kognitiver Dissonanz bei der Reizüberflutung: Eine Analogstudie am Beispiel Sprechangst. Zeitschrift für Experimentelle Psychologie 1980, 445-459.
- Laireiter, A.-R., Vogel, H.* (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen 1998.
- Laux, L.*: Angst, Selbstwert und Selbstdarstellung. In: *Laux, L., Weber, H.* (Hrsg.): Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung. Stuttgart, Berlin, Köln 1993, 121-141.
- Lazarus, R.S.*: Emotion and adaption. New York, Oxford 1991.
- Lotzmann, G.* (Hrsg.): Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen. Berlin 1986.
- Margraf, J., Schneider, S.*: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York 1990.
- McCroskey, J.C.*: Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. Human communication Research 4 1977, 76-86.
- Nelde, N., Subellok, K.*: Die Suche des Lehrers nach den verborgenen Schätzen – Ressourcen- und Förderdiagnostik für (sprach-) entwicklungsverzögerte Kinder. Integrative Pädagogik heute. Bd. 3. Menschen mit besonderen Erziehungsbedürfnissen. Aachen 1997, 59-91.
- Riemann, F.*: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München 1985.
- Schwarzer, R.*: Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart, Berlin, Köln 1993.
- Theunissen, G., Plaute, W.*: Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau 1995.
- Tarr Krüger, I.*: Lampenfieber. Ursachen – Wirkung – Therapie. Zürich 1993.
- Wilken, U.*: Empowerment. Sonderpädagogik 27 (1997), 46-49.
- Weikert, K.*: Stottern – Belastung und Bewältigung im Lebenslauf. Köln 1996.
- Weikert, K.*: Psychosoziale Beratung – ein Teilbereich der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 43 (1998), 19-27.
- Weikert, K.* unter Mitarbeit von *Tölken, J.* und *Fard-Yazdani, K.*: Umfrage zur Sprechangst. u. v. Manuskript. Köln 1999.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Kerstin Weikert
 Universität zu Köln
 Seminar für Sprachbehindertenpädagogik
 Klosterstr. 79 b
 50931 Köln

Dr. Kerstin Weikert ist Wissenschaftliche Assistentin im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik und Mitarbeiterin im „Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation“ (FSR) an der Universität zu Köln.



Barbara Giel, Köln

Qualitätsmanagement und Sprachtherapie

„Qualität ist die strukturierte Auseinandersetzung mit Selbstverständlichkeiten.“

(Jaster 1997, 26)

Zusammenfassung

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind zu Schlagwörtern der letzten Jahre geworden. Der Notwendigkeit, sich innerhalb von Sprachtherapie mit diesem Themenkomplex zu beschäftigen, liegen unterschiedliche Anforderungen und Motive zugrunde. Einerseits besteht ein konkreter Auftrag für Berufe im Gesundheitswesen durch das Sozialgesetz (SGB V), andererseits besteht ein internes und externes Interesse an qualitativ hochwertiger, ökonomischer und transparenter Sprachtherapie. Im folgenden wird nach einer kurzen Vorstellung der oben genannten Motive eine Einführung in den Qualitätsbegriff gegeben unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätsmanagementdiskussion im Gesundheitswesen.

Ein Entwurf zum Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie wird vorgestellt und die Dringlichkeit der Entwicklung von Standards aufgezeigt.

1. Qualitätsmanagement und Sprachtherapie? Eine Notwendigkeitsbegründung

Gesetzgeberische Vorgabe

Der transparente, ökonomische und nachvollziehbare Nachweis von Qualität in der durch den Kostenträger Krankenkasse finanzierten Sprachtherapie – und das ist der überwiegende Teil – wird vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch (SGB Teil V, Krankenversicherung) gefordert. Im § 125 des SGB V wird geregelt, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Berufsverbänden auf Bundesebene „Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln“ erstellen unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

„In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen“ (§ 125 SGB V, 1998, 431).

Die Stellungnahmen der Berufsverbände sollen vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 einbezogen werden. Hier sind die Berufsverbände aufgefordert, konkrete Qualitätskonzepte für die Erbringung von Heilmitteln, hier Sprachtherapie, vorzulegen. An den für uns verbindlichen Richtlinien mitzuwirken stellt eine große Chance dar, sprachheilpädagogische Betrachtungsweisen und Forschungsergebnisse rechtskräftig umzusetzen.

Externe und interne Motivation

Die externe Motivation wird durch das Interesse der an Sprachtherapie beteiligten Institutionen und Personen bestimmt, eine effektive und effiziente Leistung zu erhalten. Besonders Kostenträger, Arbeitgeber und vor allem Patienten/Klienten erwarten wirtschaftliche (= effiziente) und wirksame (= effektive) Arbeit.

Die interne Motivation wird durch das Interesse der Therapeuten und Wissenschaftler bestimmt, erfolgreiche Sprachtherapie zu leisten, Klienten zufrieden zu stellen, praxisrelevant zu forschen und dies alles nachweisen zu können. Sprachtherapeuten werden, besonders wenn sie selbständig arbeiten, auch wirtschaftlich erfolgreiche Ergebnisse erzielen wollen.

Das Interesse an Qualität und der damit verbundenen Zielsetzungen sind also nicht unabhängig von den jeweiligen Interessenten und Auftraggebern zu sehen. Die Ziele des Gesetzgebers, des Kostenträgers, des Kunden/Klienten/Patienten, des Therapeuten sind jedoch häufig unterschiedlich.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen mittels überprüfbarer Bewertungskriterien darzustellen, Entscheidungen über zukünftige Maßnahmen zu treffen oder Verbesserungen der Beratung oder Therapie zu erzielen, sind Aufgaben von Qualitätsprogrammen.

Der auf Seiten der Therapeuten möglicherweise entstehenden Sorge um zu starke Kontrolle, Einengung der Therapiefreiheit und die Gefahr der Fremdbestimmung sollte durch Aufklärung und Einbeziehung bei der Entwicklung von Qualitätskonzepten entgegen gewirkt werden.

2. Zum Qualitätsbegriff

Qualität befriedigend zu definieren ist ein äußerst diffiziles Unterfangen, der jeweilige Kontext (Industrie, Wirtschaft, Gesundheit, Politik etc.), aus dem heraus der Qualitätsbegriff bestimmt wird, ist dabei ausschlaggebend. Häufig verwendete Begriffe wie Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätskontrolle, Total Quality Management (TQM), Qualitätskonzepte, Qualitätsphilosophie, Qualitätssertifizierung etc. lassen bei genauerer Betrachtung die Frage aufkommen, was das spezifisch „Qualitative“ ist. Ist nicht jeder Betrieb, jeder Dienstleister, jeder Manager, jeder Sprachtherapeut an Qualität interessiert?

Wie kann man angesichts dieser Begriffsvielfalt Qualität definieren?

Versucht man sich im Dschungel der Qualitätskonzepte zurechtzufinden, so begegnen einem immer wieder die Namen *Feigenbaum* mit dem Konzept der Total Quality Control

(TQC), *Crosby* mit seinem Null-Fehler-Programm, *Juran* mit der Qualitäts-Triologie „Prozeßplanung, Implementierung und Prozeßverbesserung“, *Deming* mit dem „Continuous Improvement Process“ (CIP), auch Deming-Zyklus oder japanisch KAIZEN genannt und *Ishikawa* mit dem nach ihm benannten Ursache-Wirkungsdiagramm und dem von ihm entwickelten Qualitätszirkel (vgl. *Dickens* 1994, *Burmeister/Lehnerer* 1996, *Jaster* 1997, *Kamiske/Brauer* 1996). Die einzelnen Konzepte darzustellen ist an dieser Stelle nicht zu leisten. Eine generelle Entwicklung ist jedoch zu erkennen: Qualitätssicherung war anfangs auf optimale Produktfertigung und Fehlerminimierung ausgerichtet, ohne das Augenmerk auf andere Faktoren zu lenken. Das Produkt stand im Mittelpunkt. Eine deutliche Entwicklung von der Produktorientierung zur Kundenorientierung unter immer stärker werdender Beachtung der Mitarbeiter wird in den Qualitäts-Konzepten seit den achtziger Jahren sichtbar.

Ein Perspektivenwechsel, weg von einem technisch-funktionalen Qualitätsbegriff, der eine objektive Beurteilung (des Produktes) unter Ausschluß individuumsbezogener Komponenten vertritt, hin zu einem ökonomischen Qualitätsbegriff, der eine subjektive Betrachtung bzw. Beurteilung im Sinne von Kundenzufriedenheit und Mitarbeitermotivation als zentrales Kriterium aufweist, ist zu beobachten (vgl. *Burmeister/Lehnerer* 1996, *Winter* 1997, *Gmür/Lenz* 1998).

Bestimmte, auf 'Qualität' spezialisierte Institutionen, wie z.B. das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) oder die International Standard Organisation (ISO), beschäftigen sich seit den sechziger Jahren mit diesem Themenbereich, ursprünglich jedoch auf den Wirtschafts- und Industriebereich ausgerichtet. Das Deutsche Institut für Normung (1992, 9, zitiert in *Winter* 1997, 7) definiert Qualität als „Die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“ Innerhalb der internationalen Normenreihe ISO 9000 ff. wurden verschiedene Standards und Zertifizierungsverfahren zur Bestimmung der Qualität von Unternehmen, Dienstleistung etc. entwickelt.

Die Sprachheilarbeit

1998

Inhaltsverzeichnis

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstr. 79b, 50931 Köln,
Telefon (0221) 470 5510, Telefax (0221 / 470 2128)
Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Oldendorf,
Telefon und Telefax (05152) 2950
verlag modernes lernen, Hohe Str. 39, 44139 Dortmund, Telefon (0180) 534 01 20
(Die Ziffern, z.B. 1/10, bedeuten in ihrer Reihenfolge von links nach rechts: Heft/Seite.)

Auf ein Wort

<i>Ulrike Busse</i> : Ein neues „Lehrer- Leitbild“ – eine neue Ausbildung?	1/1
<i>Gerhard Zupp</i> : ...in wessen Wort wir stehen?	2/61
<i>Jürgen Steiner</i> : Interdisziplinarität: Schlagwort oder konkreter Auftrag?	3/117
<i>Regina Schleiff</i> : Eine Erörterung in eigener Sache?	4/165
<i>Elisabeth Wildegger-Lack</i> : „Sprachheilpädagogen in der Forschung – Daten für die Therapie“. Erstes wissenschaftliches Symposium der AGFAS in München	5/241
<i>Frank Kuphal</i> : Biap τ ein Stück europäische Integration	6/297

Hauptbeiträge

<i>Arand, B.</i> : Kindliche Sprachauffälligkeiten und Rechtschreibschwierigkeiten	3/137
<i>Bahr, R.</i> : (S)Elektiver Mutismus: Eine systematische Perspektive für Therapie und Beratung	1/28
<i>Bartolome, Gudrun</i> : Methoden der funktionellen Dysphagietherapie (FDT) und deren Effektivität	6/311
<i>Baumgartner, S.</i> : Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die Qualitätssicherung professionellen sprachtherapeutischen Handelns	5/243
<i>Broich, R. P.</i> : Das Emotionale in der sonderpädagogischen Förderung von dysgrammatisch sprechenden Kindern	2/63
<i>Dannenbauer, F. M.</i> : Vom Einfluß der linguistischen Forschung auf das Verständnis kindlicher Aussprachestörungen	6/299
<i>Dehnhardt, C.; Ritterfeld, U.</i> : Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention	3/128
<i>de Langen – Müller, U.; Genal, B.</i> : Systematische Angehörigenarbeit in der neurologischen Rehabilitation – eine interdisziplinäre Aufgabe	5/260
<i>Füssenich, I.</i> : „Durst habe. Trinke muß“ (Timo, 11 Jahre). Zum Verhältnis von Mündlichkeit und Schriftlichkeit bei gestörter Kindersprache	4/167
<i>Grohnfeldt, M.</i> : Studium und Ausbildung in der Sprachheilpädagogik: Das Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) an der Universität zu Köln	1/3
<i>Grohnfeldt, M.</i> : Vergleichende Sprachheilpädagogik: Entwicklungsverläufe des russischen und deutschen Sprachheilwesens	3/120

Iven, C.: „Beratungskompetenz“ als (Aus-) Bildungsziel	1/10
Jehle, P.; Renner, J. A.: Kontrollüberzeugung und Stottern. Überprüfung eines Fragebogens und Therapieergebnisse	2/78
Weikert, K.: Psychosoziale Beratung- ein Teilbereich der Sprachtherapie	1/19

Magazin

Aus-, Fort- und Weiterbildung

XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 1. bis 3. Oktober 1998 in Dresden: Sprachheilpädagogik über alle Grenzen – Sprachentwicklung in Bewegung	1/37
100 Jahre VDS – Verband deutscher Sonderschulen	1/37
Überregionale Fortbildungsangebote der dgs 1998 (1.Halbjahr)	1/38
Charité – Gespräche: Frühförderung im Dialog	1/40
Eumanmed (European workgroup for manual medicine in children)	1/40
Kongreßbericht zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde am 14. und 15.3.1997 in Münster	1/40
Supervisionsgruppe 1998	1/40
12. Mini – Biap – Konvention am 1. und 2. November 1997 in Brüssel, Institut Marie – Haps (<i>Frank Kuphal</i>)	1/41
Bericht über die 8. Bad Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen (<i>Stefanie Elfinger</i>)	1/41
Überregionale Fortbildungsangebote der dgs 1998 (2.Halbjahr)	2/102
5. Forum der Sprachheilpädagogik in Köln	2/103
Wissenschaftliche Jahrestagung 1998 der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	2/103
11. Europäischer Kongreß für Myofunktionelle Therapie in München vom 10.-11.10.97 (<i>Siegfried Heilmann</i>)	2/104
AGFAS wird erwachsen! (<i>Claudia Iven</i>)	2/104
40 Jahre schulische Sprachförderung in Gera (<i>J. Baumgärtel</i>)	2/105
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – ein Weg zu mehr Professionalität und Kooperation (<i>Barbara Giel</i>)	2/106
2. Bad Nenndorfer Therapietag – Veronika Struck liefert Hintergrundwissen und Spielanregungen zur Myofunktionellen Therapie (<i>Torsten Lindner</i>)	2/106
Neurogene Dysphagie	2/107
7. Rhein – Ruhr – Meeting	2/107
2. Tag der Sprachheilpädagogik	3/157
„Von der Alphabetisierung zur Leseförderung – Lesen in der Schule, Weiterbildung und Gesellschaft“	4/231
Der Verband Deutscher Sonderschulen – Fachverband für Behindertenpädagogik - ist 100 Jahre alt	4/231
3. Bogenhauser Fortbildungstage über: Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation dgs – Landesgruppe Sachsen – Anhalt	4/231
„Helping stuttering pupils“ (<i>Almut Kochan</i>)	4/232
25. Bundeskongreß der Stottertselbsthilfe vom 09. Bis 11.10.1998 in Berlin	4/232
Bericht von der Delegiertenversammlung und der XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung 1998 in Dresden (<i>Manfred Gerling</i>)	6/336
Stottern und Familie – Hilfen, Lösungswege, Chancen	6/337
71. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V.	6/338
31. Inzirkofener Gespräche‘	6/338
Vorankündigung	6/338
Veranstaltungshinweise	6/338

dgs – Nachrichten

Große Erleichterung: Etappenziel zur Umsatzsteuerbefreiung erreicht! (<i>Barbara Giel</i>)	1/46
Mitteilungsblatt der Landesgruppe Bayern jetzt auch im Internet	1/46
Einberufung der Delegiertenversammlung 1998 (<i>Heribert Gathen</i>)	3/152
Wahlausschreibung (<i>Kurt Bielfeld</i>)	3/152
Bericht des Geschäftsführenden Vorstandes der dgs (<i>Kurt Bielfeld; Volker Maihack</i>)	4/195
Landesgruppe Baden – Württemberg (<i>Peter Arnoldy</i>)	4/203
Landesgruppe Bayern (<i>Siegfried Heilmann</i>)	4/204
Landesgruppe Berlin (<i>Thomas Gieseke</i>)	4/206
Landesgruppe Brandenburg (<i>Monika Paucker</i>)	4/208
Landesgruppe Bremen (<i>Gerhard Homburg</i>)	4/208

Landesgruppe Hamburg (<i>Brigitte Schulz</i>)	4/209
Landesgruppe Hessen (<i>Fritz Schlicker</i>)	4/211
Landesgruppe Mecklenburg – Vorpommern (<i>Dirk Panzner</i>)	4/212
Landesgruppe Niedersachsen (<i>Joachim Rollert</i>)	4/213
Landesgruppe Rheinland (<i>M. Gerling; Petra Simon; Elisabeth Bories; Birgit Appelbaum</i>)	4/215
Landesgruppe Rheinland – Pfalz (<i>Belinda Fuchs</i>)	4/217
Landesgruppe Saarland (<i>Frank Kuphal</i>)	4/218
Landesgruppe Sachsen (<i>Antje Leusner</i>)	4/219
Landesgruppe Sachsen – Anhalt (<i>Regina Schleiff</i>)	4/221
Landesgruppe Schleswig – Holstein (<i>Holger Kaack-Grothmann</i>)	4/226
Landesgruppe Westfalen – Lippe (<i>Hermann Grus</i>)	4/230
Sprachheilpädagogischer Tag der Landesgruppe Thüringen (<i>J. Baumgärtel</i>)	5/282
Landesgruppe Saarland (<i>Frank Kuphal</i>)	5/282
Fortbildungsveranstaltungen (<i>Birgit Appelbaum</i>)	5/282
2. Flechtinger Symposium	5/283
Erworbene Sprach- und Sprechbehinderungen: Unterstützte Kommunikation als Möglichkeit der Kompensation	5/283

Im Gespräch

Thesen zum Zusammenhang von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie (<i>Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	2/90
Zur Situation von Mädchen an Sprachheilschulen – aus geschlechtsspezifischer Sicht analysiert (<i>Inge K. Krämer-Kilic</i>)	2/95
Ist die Intelligenzleistung ein beachtenswerter Faktor für die Arbeit der Schule für Sprachbehinderte im Bildungsbereich der Sekundarstufe I? (<i>Jürgen Ostermann</i>)	3/148
Empfehlungen für die Neuordnung des Studiengangs Lehramt für Sonderpädagogik Hier: Sprachbehindertenpädagogik als vertieft studierte Fachrichtung (<i>Roswitha Romonath; Otto Braun; Gregor Dupuis; Gerhard Homburg</i>)	4/177
Zur Terminologie und Klassifikation bei Sprachentwicklungsstörungen (<i>Christina Kauschke</i>)	4/183
Einige Anmerkungen zu den Störungen auf phonetisch – phonologischer Ebene (<i>Michael G. Mitrovic</i>)	4/189
Sprachheilpädagogische Diagnostik bei 3-4-jährigen Kindern (<i>Hildegard Kaiser Mantel</i>)	5/272
Inszenierter Spracherwerb bei Dysgrammatismus: Zur Klarstellung eines Begriff (<i>Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	5/278
Sprachtherapie in der beruflichen Bildung bei hör- und sprachbehinderten Jugendlichen (<i>Barbara Bimüller</i>)	6/321
„Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik oder: Vom Unsinn des Theorie – Praxis – Gegensatzes für die Therapie“ (<i>Volker Maihack</i>)	6/326

Weitwinkel

Zur Häufigkeit von Lautbildungsfehlern bei sehgeschädigten Schülern (<i>W. Angerstein, H. Hambücker, K. Hefner, S. Klajman, Ch. Neuschaefer-Rube</i>)	6/332
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Personalia

Prof. Dr. Anton Leischner wird 90 Jahre (<i>H.-A. Linck</i>)	2/108
Sprachheilpädagogik als gelebte Geschichte. Zum 85. Geburtstag von Prof. Dr. <i>Werner Orthmann</i>	6/338
OSR Hannes <i>Aschenbrenner</i> ist tot (<i>Inge Frühwirth</i>)	6/341

Rezensionen

Hartmann, B.: Menschenbilder in der Sprachheilpädagogik (<i>Uwe Ender</i>)	1/43
Linklater, K.: Die persönliche Stimme entwickeln. (<i>Claudia Hammann</i>)	1/44
Demosthenes – Institut: Wenn das Sprechen klemmt. (<i>Ingrid Olbrich</i>)	1/45
Braun, O.: Der pädagogisch – therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Eine historisch – systematische Studie. (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	2/108
Hartmann, B.: Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. (<i>K. Eberhard</i>)	2/108
Gerhard, F., Biegenzahn, W. (Hrsg.): Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme und Sprache (<i>Friedrich Michael Dannenbauer</i>)	3/154

Lutz, L.: MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. (<i>Angelika Pauli</i>)	3/154
Stengel, I.; von der Hude, L.; Meiwald, V.: Sprachschwierigkeiten bei Kindern. (<i>Heino Mönlich</i>)	3/154
Haeberlin, U.: Vermutungen über die Verwirrung eines Wissenschaftlers. (<i>Manfred Grohnfeldt</i>)	3/155
Bauernfeind, O.; Konopka-Nolte, U.: Die Geschichte vom riesig großen Ei und was in ihm steckt. (<i>Frank Kuphal</i>)	3/156
Dümmler, R.: leichter lesen lernen. (<i>August Bergmann</i>)	4/230
Osburg, C.: Gesprochene und geschriebene Sprache. (<i>Detlef Hacker</i>)	5/286
Clausnitzer, V.; Clausnitzer, R. (Hrsg.): Logopädie für Studierende und Praktiker. Band I: Grundlagen der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen. (<i>Uwe Förster</i>)	5/287
Ziegler, W.; Vogel, M.; Gröne, B.; Schröter-Morasch, H.: Dysarthrie. (<i>Barbara Giel</i>)	6/342
Enders, J.: Seelsorge – Therapie – Aphasie. (<i>Dietfried Gewalt</i>)	6/345

Einblicke

Schulversuch Förderschule (<i>Elisabeth Bories; Ursula Hagemann-Teiner; Annemarie Möller; Jons Tück</i>)	5/284
Neues Landesgesundheitsgesetz (ÖGDG) vom 17. Dezember 1997 – Hinweise für die Sprachtherapeutischen Dienste in den Kommunen. (<i>Heribert Gathen</i>)	5/285
Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung an der Martin-Luther-Universität Halle – Wittenberg. (<i>Christa Schlenker-Schulte</i>)	5/285

Institutionen

Tagesklinik für Sprachstörungen in Bonn	1/46
-----------------------------------------	------

Mitteilungen

Verleihung des Annelie – Frohn – Preises 1997	1/47
Kosten für die logopädische Behandlung des Kindes absetzbar?	1/47
Günstige Übernachtungsmöglichkeiten in Hotels	2/110
Annelie – Frohn – Preis 1998	2/110

Richtlinien und Hinweise für Autoren

„Die Sprachheilarbeit“ Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren (<i>Die Redaktion</i>)	1/48
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Vorschau

<i>Die Redaktion</i>	1/47, 2/110, 3/157, 4/233, 5/288; 6/346
----------------------	-----------------------------------------

Aufruf

PEVOS – Das Programm zur Evaluation von Stottertherapien (<i>Ulrike Natke</i>)	5/288
----------------------------------------------------------------------------------	-------

Materialien und Medien

Informationshäfte über Sprachstörungen	6/345
Computerspiel heilt Sprachprobleme?	6/345

dgs

Verschiedene Nachweisstufen regeln „die Abläufe und Verantwortlichkeiten im Unternehmen“ (Pfitzinger 1995, 96); innerhalb der DIN ISO 9004 werden „die Sicherung der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens thematisiert, die Art der Führung und nicht zuletzt die Motivation der Mitarbeiter“ (Pfitzinger 1995, 96). Durch entsprechende Zertifizierungen und 'Gütesiegel' werden u.a. Wettbewerbsvorteile erhofft. Die Zertifizierung nach DIN ISO ist kostenaufwendig, die Normen sind relativ starr und das Deutsche Institut für Normung sieht in ihr (lediglich) die Basis für das darauffolgende Qualitätsmanagement bzw. Total Quality Management (TQM). Hier stellen sich viele Fragen:

Besteht eine Notwendigkeit der Zertifizierung nach DIN ISO für den Bereich der Dienstleistung Sprachtherapie? Ist das TQM ein geeignetes Management-Konzept für den Bereich Sprachtherapie? Ist die Kosten-Nutzen-Relation gerechtfertigt?

In diesem Zusammenhang wird der Begriff der Qualitätssicherung von dem des Qualitätsmanagements (QM) abgelöst (DIN ISO 8402). Das Qualitätsmanagement umfaßt „alle Tätigkeiten der Gesamtführungsaufgabe, welche die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen festlegen, sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Rahmen

des Qualitätsmanagementsystems verwirklichen“ (DIN ISO 8402). Eine besondere Form stellt das Total Quality Management (TQM) dar. Total Quality Management ist eine „auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“ (DIN ISO 8402).

Viele Techniken der oben genannten Qualitätskonzepte finden sich heute im TQM als sogenannte 'Tools of Quality' wieder. Zu diesen 'Qualitätswerkzeugen' zählen u.a. Qualitätszirkel, Ursache-Wirkungs-Diagramm, Pareto-Diagramm (vgl. Kamiske/Brauer 1996).

3. Zum Kundenbegriff: Der Kunde ist König? Wer ist Kunde?

Kundenzufriedenheit ist ein wesentliches Ziel verschiedener Qualitäts-Konzepte.

Wer aber ist der Kunde? Qualität wird bestimmt zwischen den Kunden und den Leistungserbringern. Wer ist im großen Sektor Dienstleistung Sprachtherapie Kunde? Der Klient/Patient, die Krankenkassen, die Trägerinstitution, der Therapeut/Berater, etc.? Natürlich ist der Klient/Patient Kunde, er möchte eine Beratung und/oder Therapie. Aber auch die Krankenkassen sind Kunden, da sie von den Institutionen, Praxen oder direkt von den Therapeuten eine wirtschaftliche, qualitätsgesicherte Dienstleistung erwarten. Die Kooperationspartner (Ärzte, Psychologen, andere Heil-/Hilfsberufe, Selbsthilfegruppen) verfolgen ebenso konkrete Qualitätsziele wie der Berater/Therapeut selbst.

Wie aus dem Qualitätsquader (Abb. 1) hervorgeht, verfolgen zahlreiche Kunden (Kostenträger, Arbeitgeber, Kooperationspartner etc.) Ziele, Analysen, Bewertungen und Qualitätssicherung aus ihrer Perspektive. Wer verfolgt welche Ziele, welche Interessen? Die Kunst besteht aus dem Management der unterschiedlichen Bedürfnisse, Sichtweisen, Erwartungen und Ziele. Wie schon erwähnt, spricht man seit den 80er Jahren deshalb verstärkt von Qualitätsmanagement anstatt von Qualitätssicherung. Aufgrund der zahlreichen Kunden und damit verbundenen teilwei-



Abb. 1: Qualitätsquader modifiziert nach Gmür/Lenz 1998, 74

se unterschiedlichen Zielsetzungen kann es im Bereich Sprachtherapie/Beratung nur darum gehen, offen und transparent Ziele darzulegen und eine Konsensbildung darüber anzustreben, damit eine Zufriedenheit aller Kunden (Gesetzgeber, Krankenkassen, Sprachtherapeuten, Klienten ...) erreicht wird. Es geht um gemeinsame Zieldefinitionen unter Beachtung individueller, institutioneller und finanzieller Rahmenbedingungen und Ressourcen.

Der hier gewählte Kundenbegriff ist sicherlich gewöhnungsbedürftig. Fest steht jedoch, daß alle in der Erbringung einer Leistung eingebundenen Personen in das Qualitätsmanagement einbezogen werden müssen.

Auf die ebenfalls im Quader dargestellten Qualitätsarten (Struktur, Prozeß und Ergebnis) wird weiter unten eingegangen.

4. Qualität im Gesundheitswesen

„Qualität ist das Maß, in dem gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß von Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes“ (Lohr/Schröder nach Kolkmann 1998, 5).

„... im Mittelpunkt jeder Qualitätssicherung und jeden Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen müssen die Patientinnen und Patienten, die Erhaltung und Verbesserung der Patientenversorgung stehen. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement müssen deshalb zu einer Verhaltensänderung bei den Beteiligten führen. Diese ist ohne Mitarbeiterzufriedenheit nicht zu erreichen. Neben der Patientenzufriedenheit ist daher Mitarbeiterzufriedenheit eine wichtige weitere Voraussetzung erfolgreichen Qualitätsma-

agements. Ökonomische Ziele, also z.B. ein positives Betriebsergebnis, sind zwar wichtig, aber nicht erste Priorität“ (Kolkmann 1998, 13/14).

Diese beiden Zitate stammen aus einem Vortrag von Prof. Dr. F.-W. Kolkmann, Vorsitzender des Bundesärztekammerausschusses Qualitätssicherung, anlässlich einer Tagung der Fachberufe im Gesundheitswesen in der Bundesärztekammer zum Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen im Januar 1998 in Köln. Im Gesundheitswesen ist ein Dilemma erkennbar zwischen einerseits dem Bestreben, objektiv beschreibbare Vorgänge als Kriterium für Qualität zu nutzen und andererseits dem Wissen darum, daß Gesundheit nicht meßbar ist und die subjektive Einschätzung des Patienten sehr bedeutend, aber kaum objektivierbar ist.

Donabedian (1966, 1982), der bedeutendste Mediziner, der sich dem Bereich der Qualität gewidmet hat und zum 'Vater' des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen geworden ist, spricht daher von „technical quality“ und „interpersonal quality“/„amenities“.

Der technische Qualitätsaspekt umfaßt die wissenschaftlich fundierte Seite der Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Nach Donabedian wird diese Teilqualität der medizinischen Leistung durch den aktuellen medizinischen Wissensstand („science of medicine“) bestimmt. Auf den Bereich der Sprachtherapie übertragen sind hier nicht nur standardisierte Untersuchungsverfahren zu nennen, sondern auch abgesicherte informelle Diagnoseverfahren. Die zwischenmenschlichen Qualitätsaspekte umfassen das, was im optimalen Fall mit Kundenzufriedenheit bezeichnet wird. Diese Teilqualität, die durch subjektive Bewertungen entsteht, wird nach Donabedian durch die Kunst der Medizin („art

„technical quality“	„interpersonal quality“/„amenities
„science of medicine“	„art of medicine“
Medizinische Leistung an sich	Mittel/Weg, um medizinische Leistung zu erbringen
Objektiv durch Experten bewertbar, sofern der Stand des Wissens transparent ist	Subjektiv durch Patienten bewertbar. Sie bewerten anhand ihrer Werte, Normen und Erwartungen

Tab. 1: Qualität von Gesundheitsleistungen (in Anlehnung an Donabedian 1980), Winter 1997, 11

of medicine“) bestimmt, nämlich die Art und Weise, wie die Dienstleistung erbracht wird. *Abholz* (1995) nimmt eine ähnliche Differenzierung in medizinisches Handwerkszeug, als Ansammlung von Techniken, die objektiv beschreibbar und meßbar sind, und in medizinisches Handeln, d.h. die Betreuung des Klienten/Patienten unter Beachtung psychischer, soziokultureller und medizinischer Aspekte, vor. Die dazu notwendige interpersonale Qualität wird von verschiedenen Autoren auch Qualität auf der Beziehungsebene genannt.

Aus dem Bereich der Sprachrehabilitation kann Aphasiotherapie hier gut als Beispiel dienen. Ein isoliertes linguistisches Training basierend auf der Testung mit dem AAT kann anhand objektiver Kriterien bewertet werden. Eine erneute Testung könnte zeigen, daß der Klient beispielsweise im Untertest Nachsprechen eine Verbesserung um viele Punkte erreicht hat. Dies sagt jedoch nichts über die Zufriedenheit des Klienten, seine psychische Verfassung, sein Bewältigungsverhalten aus. Mit anderen Worten: Ein hervorragendes AAT-Ergebnis läßt keine Aussagen über das Wohlbefinden oder das 'Krankheitserleben' etc. zu.

Neben den verschiedenen Qualitätsaspekten wird Qualität im Gesundheitswesen fast ausschließlich nach der TRIAS des amerikanischen Mediziners *Donabedian* (1966, 1982) beschrieben. Die von ihm erstellte TRIAS, bestehend aus Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, gibt Kriterien vor, mit Hilfe derer es ermöglicht werden soll, Nachweis, Sicherung und Beurteilung von Behandlungserfol-

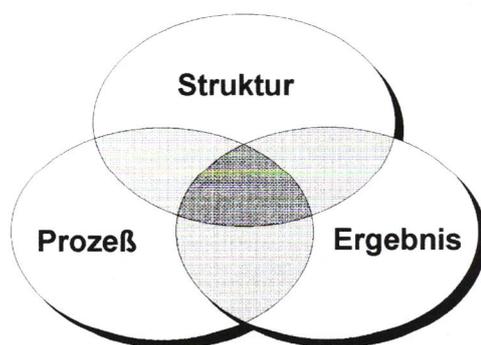


Abb.2: Qualitätstrias nach Donabedian

gen vorzunehmen. Er bezeichnet dieses Dreikategorienmodell als „approach to quality assessment“ (*Donabedian* 1966, 167).

Es besteht keine eindeutige Linearität zwischen den drei Ebenen, es ist eher von einer interaktiven Abhängigkeit aller drei Bereiche auszugehen.

Die zu Beginn der Modellentwicklung vertretene Konzentration auf die Kategorie der Ergebnisqualität hat sich wie bereits erwähnt im Laufe der Zeit auf die Prozeßqualität bzw. die Wechselbeziehung zwischen diesen beiden Ebenen verschoben (vgl. *Donabedian* 1966, 1982).

Im folgenden sollen die einzelnen Qualitätsebenen nach *Donabedian* kurz vorgestellt und auf die Sprachtherapie angewendet werden. Dabei beziehe ich mich im wesentlichen auf *Donabedian* (1966, 1982), *Winter* 1997 und AG Qualitätssicherung 1997.

5. Entwurf eines Qualitätsmanagementkonzeptes für Sprachtherapie

Die von dem amerikanischen Arzt *Donabedian* entwickelte TRIAS Struktur, Prozeß und Ergebnis hat sich im Gesundheitswesen zur Beschreibung von Qualität etabliert. Die einzelnen Qualitätsebenen werden nun hier – auf akademische Sprachtherapie bezogen – vorgestellt. Dabei ist die Ebene der Struktur am konkretesten zu beschreiben. Für die anderen beiden Qualitätsebenen können lediglich Inhaltsanforderungen formuliert werden; hier wird großer Handlungsbedarf sichtbar.

5.1 Strukturqualität in der Sprachtherapie

Die Strukturebene beschreibt Kriterien, die Voraussetzungen für Sprachtherapie darstellen.

Dazu zählen einerseits die berufliche Qualifikation, wie das Hochschulstudium mit den verschiedenen Abschlüssen (Diplom, Magister, Promotion), und der Bereich der ständigen Fort-, Weiterbildung und Supervision nach dem Studium.

Andererseits zählen zu der Struktur alle personellen, sachlichen und organisatorischen Bedingungen, die als Voraussetzung für das Erbringen einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung, hier der Sprachtherapie, notwendig sind.

Strukturqualität	Prozeßqualität	Ergebnisqualität
Voraussetzungen für Sprachtherapie	Sprachtherapeutisches Handeln	Interventionsergebnisse
Qualifikation: Studium Hochschulabschlüsse Fort-, Weiterbildung Supervision Strukturelle Bedingungen: Ausstattung - personell - räumlich - materiell - organisatorisch	Sprachtherapeutische Interventionen: Befunderhebung Beratung Therapie Interdisziplinäre Kooperation Dokumentation/Berichte	Effekte sprachtherapeutischer Interventionen: Zielerreichung Veränderung der Lebensqualität Veränderung der Symptomatik Erweiterung der: - Kommunikationsfähigkeit - Handlungskompetenz - Bewältigungsmöglichkeiten

Tab. 2: Qualitätsebenen der Sprachtherapie

Hierzu zählen:

Personalstruktur
räumliche Struktur
materielle Struktur
organisatorische Struktur.

Die qualitative und quantitative *Personalstruktur* umfaßt einerseits die Qualifikation der Mitarbeiter und andererseits die erforderliche Anzahl dieser in bezug auf die zu leistende Arbeit. Für den Bereich der Sprachtherapie ist in Deutschland durch das Hochschulstudium der Sprachbehindertenpädagogik mit den Abschlüssen Diplom oder Magister eine qualifizierte Ausbildung gewährleistet. Die innerhalb der Sprachbehindertenpädagogik und von der 'Ständigen Dozentenkonferenz der Dozentinnen und Dozenten der Sprachbehindertenpädagogik' verabschiedeten „Qualitätsstandards für die Ausbildung von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen von Diplom- und Magisterstudiengängen in Heilpädagogik/Rehabilitationspädagogik/Sonderpädagogik“ entsprechen den „Guidelines for Initial Education in Logopedics“ der „International Association for Logopedics and Phoniatrics“ (IALP) und ermöglichen einen nationalen und internationalen Vergleich (vgl. Giel/Iven/Weikert/Dupuis/Kürvers in diesem Heft, IALP 1994, Springer 1996).

Die an den Hochschulen angesiedelte Forschungstätigkeit gewährleistet eine ständige

Aktualisierung bestehender Ausbildungsinhalte und Therapiekonzepte.

In Abhängigkeit zu den zahlreichen Tätigkeitsfeldern (z.B. Akut- und Rehabilitationskliniken, Sprachtherapeutische Praxen, Hochschule) der Sprachbehindertenpädagogik sind unterschiedliche Qualifikationen vorausgesetzt, die der jeweiligen Stellenbeschreibung und den gesetzgeberischen Bedingungen (z.B. Sozialgesetzbuch, Wissenschaftsgesetz) zu entnehmen sind. Die quantitative Personalstruktur ist abhängig von den Stellenschlüsseln der Institutionen. Hierzu wurden Empfehlungen von den zuständigen Berufsverbänden ausgesprochen.

Die *räumliche und materielle Struktur* ist auf die spezifischen Anforderungen der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder abgestimmt. Die Mindestanforderungen an die räumlichen Bedingungen und die materielle Ausstattung sind beispielsweise für selbständige Sprachtherapeuten in freien Praxen durch die Zulassungsvoraussetzungen der Krankenkassen geregelt.

Die *organisatorische Struktur* ist meist durch die Arbeitsplatzbeschreibung und den Arbeitsvertrag geregelt. Sie differiert je nach Tätigkeitsfeld und den institutionellen Gegebenheiten.

Die Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen (AG-FAS) erarbeitet seit 1997 Leitlinien für die

strukturqualitativen Bedingungen von Sprachtherapie. Hierzu wurde im Sommer 1998 eine bundesweite Fragebogenaktion gestartet. Darüber hinaus wurden 1997 Supervisionsregeln für die berufspraktische Erfahrungszeit, hier im Besonderen für die Außensupervision von den drei führenden Berufsverbänden (dbl, ASSL, dgs/AGFAS) erarbeitet. Diese Supervisionsregeln werden nach Prüfung der „Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“ innerhalb der von ihnen herausgegebenen „Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V.“ als verbindliche Richtlinien von den zuständigen Berufsverbänden veröffentlicht.

Über die Auswirkungen der Strukturqualität auf die Prozeß- und Ergebnisqualität gibt es bisher keine empirischen Studien. „Sie repräsentiert vielmehr das Leistungsvermögen oder die Leistungskapazität bzw. -fähigkeit der Einrichtung, eine bestimmte Qualität erbringen zu können“ (Kaltenbach 1993 zit. in Winter 1997, 16). Es ist jedoch zu vermuten, daß eine optimierte Strukturqualität verbesserte Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Dienstleistung Sprachtherapie schafft. Fest steht, daß die strukturqualitativen Kriterien am eindeutigsten beschreibbar und vergleichbar sind.

5.2 Prozeßqualität in der Sprachtherapie

Unter der Kategorie des Prozesses werden sprachtherapeutische Handlungen und Maßnahmen gefaßt. Bestandteile der Prozeßkategorie sind die Befunderhebung, Beratung, Therapie (Planung, Zieldefinition, Methodenauswahl, Therapieverlauf etc.), interdisziplinäre Kooperation und die Dokumentation/Berichte.

Um die Qualität des Prozesses beschreiben zu können, ist es notwendig, daß wissenschaftlich abgesicherte Verfahren angewendet werden und eine transparente Dokumentation durchgeführt wird. Der übliche Standard mit Anfangs-, Verlaufs- und Enddokumentation ist aufgrund der sehr heterogenen Gestaltung nur bedingt zur Feststellung der Prozeßqualität geeignet. Einheitliche Erhebungs- und Dokumentationsvorlagen zumindest pro Institution sind unabdingbar. Die oben genannten Bereiche des sprachtherapeutischen Handelns sollten nachvollziehbar sein und

dem aktuellen sprachheilpädagogischen Wissen entsprechen. Prozeß- und Ergebnisqualität bedingen sich dabei gegenseitig. Es wird davon ausgegangen, daß Therapieprozesse, die „nachvollziehbaren Regeln“ folgen, die besten Behandlungsergebnisse erzielen. „Zweifelsfrei stellen professionelle, wissenschaftliche Standards den Schlüssel zu einer guten Prozeß- und damit zu einer guten Ergebnisqualität dar (...)“ (Kaltenbach zit. in Winter 1997, 17).

Eine hohe Prozeßqualität ist mit transparenten, nachvollziehbaren und patientenorientierten Prozessen zu erreichen.

Nach der Darstellung der Ergebnisqualität wird das abschließende Kapitel die Notwendigkeit der Etablierung verbindlicher Standards innerhalb der Sprachtherapie diskutieren.

5.3 Ergebnisqualität in der Sprachtherapie

„Die Ergebnisqualität beschreibt die Qualität der erbrachten Dienstleistung. Ein Merkmal der Ergebnisqualität ist die Zufriedenheit der Kunden. So ist die Ergebnisqualität einer Dienstleistung hoch, wenn der Kunde mit der Beratung und Bedienung zufrieden war“ (Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e.V. 1995, 90 in Gmür/Lenz 1998, 73).

Die hier zitierte Definition richtet den Fokus sehr isoliert auf den Klienten.

Dabei ist es gerade bei der Kategorie des Ergebnisses bedeutsam, aus welcher Perspektive die Ergebnisqualität begutachtet wird.

Für Klienten werden ihre eigenen Zielsetzungen als Maßstab herangezogen: Veränderung der Symptomatik, Verbesserung der Lebensqualität, etc.

Anhand welcher Maßstäbe und Kriterien werden die anderen 'Kunden' das Ergebnis beschreiben? Welchen Konsens können die beteiligten Gruppen (Gesetzgeber, Kostenträger, Arbeitgeber, Sprachtherapeuten, Klienten, etc.) zur Beurteilung des Ergebnisses finden?

Was werden die Ziele sein? Sollen die Klienten/Patienten nicht auf ihre Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörung reduziert werden, so ist zu fragen, welche gemeinsamen Ziele definiert und gefunden werden können. Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit,

der Handlungskompetenz, der Bewältigungsmöglichkeiten oder Verbesserung der Lebensqualität?

In dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konzipierten ICDH-Modell (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) werden nicht nur die Ursachen und Symptome der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen (disorder, impairment) aufgezeigt, sondern auch die sozialen Beeinträchtigungen (handicap), die aus ihnen erwachsen.

Über die linguistischen Ebenen hinausgehend, die anhand in der Sprachtherapie zahlreich vorhandenen Verfahren beschrieben werden können, benötigen wir Kriterien zur Beschreibung der psychischen und sozialen Ebene. Der bereits vorgelegte Entwurf zu einem logopädischen Assessment für den Bereich „Dysarthrie/Dysarthrophonie“ (Hauck/Schwer/Voigt-Radloff 1997) zeigt, daß besonders Kriterien für die Beschreibung der psychosozialen Veränderungen fehlen. Gerade hier sind Sprachheilpädagogen als Integrationswissenschaftler gefragt.

Die konzeptionelle Verbindung von medizinischen, linguistischen, psychologischen und pädagogischen Theorien ist unumgänglich, wenn wir nicht mit Symptomen, sondern mit Menschen arbeiten.

Als Voraussetzung dafür fehlen jedoch Evaluationsprojekte.

An dieser Stelle wird die Interaktion der Prozeß- und Ergebnisebenen besonders deutlich.

Die an den Hochschulen durchgeführten Forschungsprojekte können einen wesentlichen Beitrag zur Erstellung von Kriterien, Leitlinien und Richtlinien leisten. Kapazitiv sind jedoch auch hier Grenzen gesetzt. Die Zusammenarbeit von Hochschule und Berufsverband wird hier in immer stärkerem Maße gefragt sein.

Im nächsten Kapitel sollen abschließend Überlegungen zur Standardentwicklung als Basis solcher Projekte aufgezeigt werden.

6. Evaluation auf der Basis von Standards

Die Frage nach der dringenden Entwicklung von Richtlinien (Standards) oder Leitlinien (Guidelines) in der Sprachtherapie ist nun

nicht mehr zu stellen (Classen/Huber 1997). Baumgartner (1998, o.S.) weist auf die Unumgänglichkeit von Standards hin: „Wollen wir aber die Qualität unserer Arbeit sichern, müßten wir vorweg Standards definieren, die diese Qualität ausmachen. Die Mehrzahl der Standards sind derzeit sehr allgemein umschrieben.“

Um Qualitätssicherung betreiben zu können, müssen Evaluationskonzepte entwickelt werden. Um evaluieren zu können, müssen Beratungs- und Therapieprozesse miteinander verglichen werden. Um Beratung und Therapie vergleichen zu können, müssen Standards mit Kriterien erarbeitet werden, die dies ermöglichen.

Was wird innerhalb der Sprachtherapie benötigt? Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen, Memoranden? Die begriffliche Vielfalt verwirrt und verunsichert.

Nach Selbmann (1996) haben Richtlinien (im amerikanischen „Standard“) zwingenden Charakter. Man *muß* sich nach ihnen richten (z.B. Richtlinien der Sozialgesetzgebung, für die Sprachtherapie der § 92 SGB V). Leitlinien dagegen haben verbindlichen Charakter, man *sollte* sich nach ihnen richten. Empfehlungen sind *Kann*-Bestimmungen, sie haben einen informativen Charakter und bieten lediglich Handlungsvorschläge.

Leitlinien bzw. Richtlinien sollen die Therapiefreiheit nicht einschränken, sondern die Qualität von Beratung und Therapie sichern, die Prozesse transparent und nachvollziehbar gestalten, ohne die therapeutisch-beraterische Arbeit zu weit einzuengen.

Sie müssen unter wissenschaftlichen Kriterien erstellt und in kontinuierlichen Phasen aktualisiert werden. Gängige Verfahren bei der Erstellung von Leit- und Richtlinien sind sog. Konsensverfahren wie die Delphi-Methode und Konsensuskonferenzen (Selbmann 1996, Winter 1997). Innerhalb dieser Verfahren werden zur Gewinnung konsensfähigen Wissens z.B. strukturierte Expertenbefragungen mittels verschiedener Fragebogentypen durchgeführt. Der Zeit- und Kostenfaktor ist dabei nicht zu unterschätzen. Wurden in den USA in einem Programm zur Entwicklung von Clinical Practice Guidelines pro Standard ca. 1 Million Dollar und 18 Monate Entwicklungszeit bereitgestellt (Selbmann 1996), so ist zu

überlegen, wie mit den jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln in der Sprachheilpädagogik ein wissenschaftlich abgesicherter Evaluationsprozeß durchgeführt werden kann. Darüber hinaus bleibt die Frage offen, wer Leit- und Richtlinien wie erstellen sollte? Werden doch die unterschiedlichen Kunden unterschiedliche Interessen und Ziele verfolgen. Unabhängig von der jeweiligen Methode ist es ratsam, alle in der Sprachheilpädagogik aktiven Gruppen (Praktiker, Wissenschaftler, Fachverbände, Berufsverbände, etc.) bei der Erstellung zu beteiligen. Die Akzeptanz und Beachtung von Richtlinien oder Leitlinien (z.B. für einheitliche Dokumentation) kann jedoch nur erreicht werden, wenn die praktizierenden Kolleginnen und Kollegen einerseits eine Notwendigkeit in ihrer Anwendung sehen und andererseits ihre Bedürfnisse und Erfahrungen wiederfinden. D.h., daß bei der Erstellung geeigneter Verfahren Theoretiker und Praktiker eng zusammenarbeiten müssen. Liefern die Wissenschaftler das geeignete Know How für die Entwicklung standardisierter Verfahren, so liefern die Therapeuten (in unserem Fach Akademiker mit wissenschaftlicher Grundausbildung) die Erfahrung aus der Therapiepraxis.

Welche Richtlinien sind sinnvoll? Für welche Bereiche der Struktur-, Prozeß-, Ergebnisebene sind sie zwingend notwendig?

Wie schon erwähnt, existieren für den Bereich der Strukturqualität innerhalb der Sprachheilpädagogik seit 1998 Ausbildungsstandards. Empfehlungen für die berufspraktische Erfahrungszeit (inklusive Supervision) werden von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen entwickelt. Vom Berufsverband AGFAS werden z.Z. für die anderen Bereiche der Strukturqualität Leitlinien konzipiert.

Für den Bereich der Prozeß- und Ergebnisqualität ist es unumgänglich, Leitlinien für die Dokumentation von Beratungs- und Therapieprozessen zu erarbeiten.

Die Einführung von Basisdokumentationen (BADO) auf dem Konsens allgemein angewendeter Minimalleitlinien, wie es z.B. in der Psychotherapie üblich ist, ermöglicht dabei einen interindividuellen Vergleich und kann die Basis bilden für intra- und interinstitutio-

nelle Evaluationsprojekte (*Krischker/Cording* 1998).

Ziel sollte es sein, im Sinne eines Minimalkonsens ein Grundgerüst zu erstellen, das je nach Aufgabenschwerpunkt ergänzt und erweitert werden kann. Die Beachtung des individuellen Kontextes der Klienten darf durch Leitlinien nicht beschnitten werden!

Ausblick – Evaluation

Wissenschaftliche Evaluation ist nach *Wottawa/Thierau* (1990) ziel- und zweckorientiert, sie dient als Hilfe zur Entscheidung und Planung. Unter Aspekten moralischer und wissenschaftlicher Verantwortung muß Evaluation von Fachkräften durchgeführt werden. Eine moralische Verantwortung für die Konsequenzen der Forschung muß nach v. Weizäcker (in *Wottawa/Thierau* 1990) der Forscher übernehmen. – Ein hoher Anspruch. – Als Pädagogen im Bereich der sprachtherapeutischen Berufsgruppen haben wir jedoch dafür Sorge zu tragen, daß der Mensch mit sprachlichen Veränderungen nicht auf seine Symptome bzw. Störungen reduziert wird. Wir haben die neurophonetischen, linguistischen, medizinischen und psychologischen Betrachtungsweisen zu ergänzen. Dazu benötigen wir Praxiskonzepte, die auch gesundheitspolitische Konsequenzen mitbedenken. Ziel muß eine veränderte Betrachtungsweise von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Kommunikations- und Schluckstörungen sein. Dies wird jedoch nur auf der Grundlage von nachvollziehbarer Forschung und insbesondere Evaluationsforschung gelingen.

Literatur

- Abholz, H.-H.*: Qualitätssicherung im ambulanten Bereich – Zerstörung oder Rettung eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes. In: *Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R.* (Hrsg.): Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen. Frankfurt, New York 1995, 36-54.
- AG Qualitätssicherung der Arbeitsgemeinschaft der Freiberuflichen und Angestellten Sprachheilpädagogen (AGFAS)*: Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Tradition und Innovation. Moers 1997.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen*: Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V. Bergisch Gladbach 1997.
- Baumgartner, St.*: Das Verhältnis der Sprachheilpädagogik zur Sicherung der Qualität professioneller sprachtherapeutischer Leistung. Vortragsabstract.

- Wissenschaftliches Symposium der dgs/AGFAS: Sprachheilpädagogen in der Forschung: Daten für die Therapie? München 23.01.1998.
- Burmeister, J., Lehnerer: Qualitätsmanagement in der Jugendverbandsarbeit. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): QS 4 Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Bonn 21996.
- Classen, M., Huber, W.: Standards, Richtlinien – ist ihr Nutzen erwiesen? In: Köbberling, J. (Hrsg.): Zeitfragen der Medizin. Berlin, Heidelberg, New York 1997, 227-237.
- Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.): Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen. Frankfurt, New York 1995.
- Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN/ISO 9004 Teil 2, Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen. Berlin 1992.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): DIN/ISO 8402 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung – Anmerkungen zu Grundbegriffen, Entwurf. Berlin 1992.
- Dickens, P.: Quality and Excellence in Human Services. Chichester, New York, Brisbane 1994
- Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Quart. 44 (1966) 166-203.
- Donabedian, A.: An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, H.-K., Überla, K.K. (Hrsg.): Quality Assessment in medical Care. Gerlingen 1982, 69-92.
- Giel, B., Iven, C., Weikert, K., Dupuis, G., Kürvers, A.: Qualitätsstandards für die Ausbildung von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen von Diplom- und Magisterstudiengängen in Heilpädagogik/Rehabilitationspädagogik/Sonderpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland unter Einbezug der IALP-Richtlinien. Die Sprachheilarbeit 44 (1999), 39-46.
- Giernalczyk, Th., Freytag, R. (Hrsg.): Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention. Göttingen 1998.
- Gmür, W., Lenz, A.: Erfolgreiche Beratung durch Qualitätsmanagement? In: Giernalczyk, Th., Freytag, R. (Hrsg.): Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention. Göttingen 1998, 61-83.
- Grosstück K.: Verbände endlich einig über gemeinsame Supervisionsregelung. Forum Logopädie 6 (1997) 38-39.
- Heiner, M. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg 1996
- Hauck, E., Schwer, B., Voigt-Radloff, S.: Das logopädische Assessment. Forum Logopädie (1997) 6, 23-25
- IALP-Guidelines for Initial Education in Logopedics. IALP (International Association for Logopedics and Phoniatrics)-News (1994) 48-52.
- Jaster, H.-J.: Von der Bedeutung der Qualität in der Industrie zum Qualitätsbegriff in der Medizin. In: Jaster, H.J. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart, New York 1997, 9-32.
- Kamiske, G.J., Brauer, J.-P.: ABC des Qualitätsmanagements. München, Wien 1996.
- Kolkmann, F.W.: Total Quality Management – Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen aus ärztlicher Sicht. In: Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (Hrsg.): Tagungsband „Qualitätssicherung – ein Weg zu mehr Professionalität und Kooperation“ Köln 21.01.1998.
- Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (Hrsg.): Tagungsband „Qualitätssicherung – ein Weg zu mehr Professionalität und Kooperation“ Köln 21.01.1998.
- Krischker, St., Cording, C.: Qualitätssicherung mit Hilfe der Basisdokumentation. In: Giernalczyk, Th., Freytag, R. (Hrsg.): Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention. Göttingen 1998, 126-133.
- Maihack, V., Schindler, A.: Qualitätssicherung in der sprachheilpädagogischen Praxis. Inhaltliche Aspekte und formale Kriterien. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Dresden 1998.
- Matthesius, R.G. (Hrsg.): Die ICDH-Internationale Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung. Berlin, Wiesbaden 1995.
- Pfützing, E.: DIN EN ISO 9000 für Dienstleistungsunternehmen. Herausgeber: DIN Deutsches Institut für Normung e.V. Berlin 1995.
- Selbmann, H.K.: Entwicklung von Leitlinien – Kunst oder Können? Chirurg 35 (1996) 6165.
- Sozialgesetzbuch. München 241998. Beck-Texte im Deutschen Taschenbuch Verlag.
- Springer, L.: Ausbildungsstandards und Qualitätssicherung in der Ausbildung von Sprachtherapeuten. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Kongreßbericht. Münster 1996, 971-976.
- Wallesch, C.-W., Johannsen-Horbach, H., Koch, U.: Qualitätssicherung in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Neurologie. Forum Logopädie (1997) 5, 14-16.
- Winter, Ch.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Konsensfähige Leitlinien für die Praxis. Berlin 1997.
- Wottawa, H., Thierau, H.: Lehrbuch der Evaluation. Bern, Stuttgart, Toronto 1990.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl. Päd. Barbara Giel
Universität zu Köln
Klosterstr. 79 b
50931 Köln

Barbara Giel ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln.

Qualitätsstandards für die Ausbildung von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen von Diplom- und Magisterstudiengängen in Heilpädagogik/Rehabilitationspädagogik/Sonderpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland unter Einbezug der IALP-Richtlinien*

Verabschiedet von der Ständigen Konferenz der Dozentinnen und Dozenten für Sprachbehindertenpädagogik am 19.09.1998 in Potsdam

Vorbemerkungen

Im Jahr 1996 wurde in Basel von der Konferenz der Dozentinnen und Dozenten für Sprachbehindertenpädagogik der Auftrag erteilt, in Kooperation mit dem Berufsverband dgs/AGFAS Qualitätsstandards für die akademische Ausbildung von außerschulisch tätigen Sprachtherapeutinnen und -therapeuten zu entwickeln.

Leider war es nicht möglich, zu diesem Zweck eine überregionale Arbeitsgruppe zu bilden, auch weil die Ausbildung an den verschiedenen Studienstätten sehr heterogen organisiert ist.

Auf der im Jahr 1997 folgenden Dozentenkonferenz in Dortmund wurde beschlossen, eine kleinere Arbeitsgruppe zu bilden, die sich aus den angeführten Autorinnen und Autoren zusammensetzte.

Die Dozentinnen und Dozenten der Universitäten Dortmund und Köln haben sich bemüht, zum einen dem Auftrag der Dozentenkonferenz gerecht zu werden und zum anderen die aktuelle berufspolitische Lage zu berücksichtigen. Dies war auch deswegen erforderlich, weil an den genannten nordrhein-westfälischen Universitäten der weitaus größte Teil der außerschulisch tätigen Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen ausgebildet wird. Zusätzlich haben sich die Autorinnen und Autoren bemüht, die Studienordnungen der anderen Universitäten zu integrieren.

Mit den vorliegenden Qualitätsstandards liegt ein Überblick über die bestehende Strukturqualität der Ausbildung vor, wie sie an vielen Studienstätten geleistet wird. Sie beinhalten die Dokumentation der Anforderungen an ein praxisorientiertes, wissenschaftliches Studium. Darüber hinaus stellen sie auch eine Basis für zukünftige Entwicklungen der Ausbildungsstrukturen dar, wie sie derzeit z.B. mit Bestrebungen zur Vereinheitlichung verschiedener Zugänge zum Beruf der Sprachtherapeutin/des Sprachtherapeuten angedacht werden.

Wir bedanken uns für die positive Zusammenarbeit mit dem Berufsverband, hier im besonderen dem 1. Vorsitzenden der dgs/AGFAS Volker Maihack, der die

Erarbeitung der Qualitätsstandards fachlich unterstützt hat und dazu beigetragen hat, daß mit diesem Papier die Verbundenheit von Ausbildung und Berufsverband dokumentiert werden kann.

Einleitung

Diese Standards sind mit der Absicht entworfen worden, die Ausbildung von akademisch ausgebildeten Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten, welche in der Bundesrepublik Deutschland eine lange Tradition hat, zu vereinheitlichen. Im Hinblick auf die Europäische Union und das Bestreben der „International Association for Logopedics and Phoniatrics“ (IALP), eine weltweite Anerkennung von Ausbildungsrichtlinien für Sprachtherapeut/inn/en bzw. Logopäd/inn/en zu schaffen, wurden die „IALP – Richtlinien für die Grundausbildung im Bereich der Logopädie (Sprech- und Sprachpathologie/-therapie, Orthophonie etc.)“ in diese Qualitätsstandards eingearbeitet.

1. Selbstverständnis und Aufgabenbereiche von Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten

Die Sprachtherapie ist ein sich ständig weiterentwickelndes Tätigkeitsfeld im Bereich zwischen den reinen und den angewandten Wissenschaften. Folglich wird diese Ausbildungs- und Tätigkeitsbeschreibung im Laufe

* IALP (International Association for Logopedics and Phoniatrics) – Richtlinien für die Grundausbildung im Bereich der Logopädie (Sprech- und Sprachpathologie/-therapie, Orthophonie etc.). Quelle: IALP-Guidelines for Initial Education in Logopedics. In: IALP-News (1994), 48-52. Übersetzung durch die dgs-Geschäftsstelle.

der Entwicklung des Arbeitsbereiches Änderungen unterworfen sein.

1.1 Selbstverständnis

Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sind unabhängige Fachleute, deren zentrale Aufgaben Prävention, Diagnose, therapeutische Interventionen, Umgang mit Klient/inn/en und wissenschaftliches Studium der menschlichen Kommunikation sowie der Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme, des Schluckens und der Kommunikation sind. Menschliche Kommunikation umfaßt in diesem Zusammenhang all jene Prozesse und Funktionen, die mit der Sprachproduktion und dem Verständnis von mündlicher und schriftlicher Sprache zu tun haben, sowie Formen nonverbaler Kommunikation.

1.2 Aufgabenbereiche und Funktion von Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten

Sprachtherapeut/inn/en benötigen sowohl wissenschaftliche Kenntnisse als auch praktisch-klinische Kompetenzen, um für ihre Klient/inn/en eine optimale Diagnostik, Therapie und Beratung zu gewährleisten. Sprachtherapeut/inn/en haben folgende Aufgabenbereiche:

- *Prävention*
Die Prävention des Auftretens oder der Entwicklung von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und der Kommunikation durch:
 - Aufklärung der Öffentlichkeit über das Wesen zwischenmenschlicher Kommunikation, deren mögliche Störungen sowie präventive Maßnahmen;
 - Früherkennung von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme, des Schluckens und der Kommunikation;
 - Diagnose, Therapie und Beratung als Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention;
 - Kooperation mit anderen Berufsgruppen, sofern diese für die Tätigkeit der Sprachtherapeut/inn/en bei der Prävention Sprech-, Sprach-, Stimm-,

Schluck- und Kommunikationsstörungen relevant sind.

- *Diagnose von Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen*
Die Diagnose ist ein fortlaufender Prozeß und wird in vielen Fällen eine Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen erfordern. Grundlage der Diagnose bilden standardisierte und informelle Untersuchungsverfahren, Beobachtung und, soweit nötig, Beratung mit anderen Fachleuten. Dies führt zu Hypothesen über die Art und Dauer der angestrebten Interventionen.
- *Sprachtherapeutische Interventionen*
Sprachtherapeut/inn/en unterstützen ihre Klientinn/en durch Diagnose, Therapie und Beratung bei Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen mit dem Ziel, die größtmögliche kommunikative Kompetenz zu erreichen. Im Einzelfall werden mit dieser Zielsetzung die Anbahnung, Förderung, Erweiterung, Wiederherstellung und/oder Erhaltung der kommunikativen Kompetenz oder auch der Einsatz alternativer Kommunikationsstrategien angestrebt. Sprachtherapeutische Interventionen umfassen die direkte Arbeit mit den Klienten sowie deren Bezugspersonen, einschließlich der Auswahl von Therapieansätzen und -zielen. Grundlage für die Wahl der Ziele ist die Diagnose. Die Zielbestimmung und die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen sollten die Fähigkeiten und Kommunikationsbedürfnisse des Klienten widerspiegeln. Die Interventionen können direkt oder indirekt sein und können Frühtherapie, Rehabilitation, Beratung sowie interdisziplinäre Kooperation beinhalten.
Ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Interventionen ist die interne Evaluation, d.h. die Bewertung der Effektivität durch die Sprachtherapeut/inn/en und die Klient/inn/en.
- *Berufliches Verhalten*
Sprachtherapeut/inn/en müssen sich jederzeit ihrer beruflichen Verantwortung für das Wohl ihrer Klient/inn/en bewußt sein. Sie müssen die berufsethischen Regeln

einhalten, die ihre Berufsorganisation (AGFAS/dgs*) oder übergeordnete Behörden erstellt haben.

- *Weiterbildung*
Sprachtherapeut/inn/en sollten ihre Kompetenz ständig durch Aktualisierung ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten aufrechterhalten. Dies geschieht durch qualifizierte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Qualitätszirkel sowie Supervisionsangebote. Art und Umfang sowie das Angebot von Supervisions-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden von der Berufsorganisation geregelt.
- *Wissenschaftliche Studien*
Sie sollten zur Entwicklung ihrer Disziplin und des Berufsfeldes durch Durchführung und Veröffentlichung von Forschung über menschliche Kommunikation und ihrer Störungen beitragen. Dadurch und durch die Evaluation der therapeutischen Tätigkeit wird die Forderung nach Prozeß-, Struktur und Ergebnisqualität sprachtherapeutischen Handelns erfüllt.

Erfahrene Sprachtherapeut/inn/en sollten sich ihrer Verantwortung für die Unterstützung und Ausbildung von Student/inn/en in ihrem Berufszweig sowie für deren Supervision in der klinischen Praxis bewußt sein.

2. Ziel und Zweck des Studiums

Das Studium soll den Studierenden unter Berücksichtigung der Anforderungen der sprachtherapeutischen Berufspraxis die erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Methoden so vermitteln, daß sie zu wissenschaftlicher Arbeit, zu kritischer Einordnung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und zu verantwortlichem sprachtherapeutischen Handeln befähigt werden. In diesem Bereich sollen Fachleute ausgebildet werden, die die Forschung in bezug auf das Wissen über die diversen Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen, die Verbesserung von Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie die Planung notwendiger Inter-

ventionsmaßnahmen unterstützen. Daher sollen die Studierenden schon in der Ausbildung mit einem forschungsorientierten Arbeitsansatz vertraut gemacht werden. Die Ausübung professioneller sprachtherapeutischer Tätigkeiten erfordert notwendigerweise eine wissenschaftliche sowie theorie- und praxisgeleitete Ausbildung. Dadurch wird die Basis für eine umfassende, individuelle und effektive Therapiegestaltung geschaffen, die den Anforderungen der sprachtherapeutischen Qualitätssicherung gerecht wird.

Der Beruf, auf den die Studentinnen und Studenten vorbereitet werden, ist ein unabhängiger, aber kooperierender Beruf, seine Angehörigen werden nicht als Assistenten im erzieherischen, medizinischen oder sozialen Bereich angesehen. Die spätere Berufsausübung macht das Einhalten berufsethischer Regeln erforderlich. Diese beinhalten unter anderem das Erkennen der eigenen Kompetenzgrenzen sowie die Notwendigkeit, mit entsprechenden anderen Fachleuten zu kooperieren, sie zu Rate zu ziehen oder Klienten an diese zu verweisen.

Das Studium zielt darauf ab, den Studierenden eine umfangreiche und allgemeine Vorbereitung für die Arbeit mit sprachauffälligen Menschen jeden Alters zu geben. Sprachtherapeut/inn/en behandeln Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den unterschiedlichsten Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und/oder der Kommunikation. Sprachtherapeut/inn/en arbeiten z.B. in folgenden Einrichtungen:

- Universitäten/Ausbildungsstätten;
- Sprachtherapeutische/logopädische Praxen zugelassener Leistungserbringer;
- Klinische Einrichtungen mit sprachtherapeutischen/logopädischen Abteilungen (Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Kliniken mit Abteilungen für Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Neuropädiatrie, HNO-Heilkunde, Phoniatrie, Geriatrie und Gerontologie, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zentren für Patienten mit LKG-Spalten);
- Rehabilitationszentren;
- Sprachheilambulanzen und Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft und überörtlicher Sozialhilfeträger;

* AGFAS: Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen; dgs: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

- Krankenkassen mit eigenen sprachtherapeutischen Einrichtungen;
- Pädaudiologische Beratungsstellen;
- Kliniken und ambulante Einrichtungen für Hörgeschädigte;
- Sprachtherapeutische Versorgung in Schulen für Hörgeschädigte, Geistigbehinderte, Körperbehinderte etc.;
- Beratungsstellen;
- Frühfördereinrichtungen, vorschulische Einrichtungen, Sonderkindergärten, Sonderpädagogische Zentren, Sozialpädagogische Zentren;
- Sprachheilkindergärten bzw. -tagesstätten, andere Sonder- und Regelkindergärten bzw. -tagesstätten;
- Alten- und Pflegeheime, Werkstätten und Wohnheime für Behinderte;
- Ärztliche Praxen (u.a. HNO-Heilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie);
- Ambulatorien und Forschungsinstitute der Universitäten.

Absolvent/inn/en, die ihr Studium gerade erst abgeschlossen haben, erhalten weitere Unterstützung in ihrer Berufsausübung. In den ersten zwei Jahren ihrer Berufstätigkeit (berufspraktische Erfahrungszeit) ist die Berufsausübung unter Supervision verbindlich. Die Supervision dient der Weiterentwicklung und Unterstützung der sprachtherapeutischen Kompetenzen (siehe Supervisionsregelung AGFAS/dgs). Berufstätige Sprachtherapeut/innen sollen auch weiterhin ihre berufliche Entwicklung durch auffrischende und aktualisierende Fort- und Weiterbildungen auf speziellen Gebieten verfolgen. Unterstützt werden auch weiterführende Studien, die die Forschung auf dem Gebiet der Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen fördern. Die dgs sowie der Berufsverband AGFAS treten in Kooperation mit den Hochschulen dafür ein, daß diese Voraussetzungen geschaffen werden und ein umfangreiches Angebot zur Verfügung gestellt wird.

3. Aufbau des Studiums

Regelstudienzeit: 8 Semester mit einem darauf folgenden Prüfungssemester.

Studienumfang: mindestens 170 SWS einschließlich der geforderten Praktikumsleistungen von 30 SWS.

Übergreifend gelten folgende Regelungen für den zeitlichen und inhaltlichen Aufbau des Studiums (siehe S. 43).

Der formale Aufbau des Studiums (z.B. Zugangsvoraussetzungen, Regelstudienzeit, Studienleistungen, Praktikumsanforderungen etc.) wird von den jeweiligen Hochschulen bzw. deren Prüfungs- und Studienordnungen geregelt.

4. Inhalte des Studiums

Die Ausbildung soll den Student/inn/en die Komplexität der menschlichen Kommunikation und ihrer Störungen bewußt machen. Das Studium der Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen beruht auf der Grundlage der Kenntnisse normaler Kommunikation und deren Entwicklungsverläufen.

In der Ausbildung werden die theoretischen Grundlagen vermittelt. Die notwendigen Praxisanteile sind hierin integriert. Der Studienaufbau beinhaltet einen wesentlichen Anteil klinischer Praktika und Praxisanleitung.

Die Ausbildung soll ein Bewußtsein für soziale und kulturelle Unterschiede, sowohl innerhalb eines Landes als auch im internationalen Vergleich, wecken. Außerdem sollen die Student/inn/en ein Bewußtsein für die Unterschiede zwischen Individuen sowie zwischen Kulturkreisen entwickeln.

Das Studium umfaßt die unten aufgeführten Fächer. Diese sollen den Student/inn/en einen Überblick über die Hauptinhalte jeder Disziplin vermitteln. Ausführlich werden jene Theorien und Vorgehensweisen studiert, die für das Verständnis der menschlichen Kommunikation und ihrer Störungen entscheidend sind. Den Studierenden muß die Relevanz der einzelnen Fächer für das Studium und die Praxis der Sprachtherapie vermittelt werden. Das Studium jeder dieser Fachdisziplinen soll mit Praxisanteilen verbunden werden.

Entsprechend der in Kapitel 3 aufgeführten Tabelle der Studieninhalte werden im folgenden die einzelnen Bereiche I – IV spezifiziert.

zu Kap. 3/Tabelle: Studienaufbau

I. Grundlagen therapeutischen Handelns
(analog den IALP Richtlinien: Verhaltenswissenschaft)

Aufteilung der Studieninhalte in die Bereiche:	Semesterwochenstunden (SWS):	Studienstunden insgesamt: *
I. Grundlagen sprachtherapeutischen Handelns	72	1836
II. Studienrichtung Sprachtherapie (Sprachheil-/Sprachbehindertenpädagogik/Logopädie) <ul style="list-style-type: none"> • Sprachtherapeutische Theorien und Modelle • Medizinische Grundlagen der Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen • Sprachtherapeutische Diagnostik • Früherkennung und -förderung, Prävention • Theorie- und praxisgeleitete Ausbildung in bezug auf die Therapie der verschiedenen Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen • Spezielle sprachtherapeutische Interventionen • Evaluation • Beratung bei Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen • Supervision • Kooperation u. interdisziplinäre Zusammenarbeit 	54	1377
III. Praktikumsleistungen (Praxisintegrierende Studienleistungen, interne und externe Praktika in der Studienrichtung Sprachtherapie)	30	765
IV. Wahlfreies Studium	14	375

* Umrechnungsmodus: 1 SWS entspricht 15 Unterrichtsstunden bzw. 25,5 Studienstunden (s. Anhang 1)
 Studien- und Praktikumsleistungen werden einheitlich dokumentiert. (s. Anhang 2 und 3)

- Allgemeine Erziehungswissenschaft/Pädagogik/ Heilpädagogik und Sonderpädagogik
 - Psychologische und entwicklungspsychologische Grundlagen, Bewältigungstheorien, Beratungskonzepte, psychometrische Verfahren, Psychologie der Hör- und Sprachbehinderten; Psycholinguistik; Neuropsychologie.
 - Grundlagen der Soziologie, Sozial-, Jugend-, Berufs- und Behindertenrecht, Soziologie der Behinderten;
 - Methoden wissenschaftlicher Forschung, epidemiologische und statistische Grundlagen
- zu Kap. 3/Tabelle: Studienaufbau
- II. Studienrichtung Sprachtherapie**
 (Sprachheil-/Sprachbehindertenpädagogik/Logopädie)
- *Sprachtherapeutische Theorien und Modelle* (analog den IALP Richtlinien: Sprachwissenschaft)
 - ◆ Grammatik/Morphologie/Syntax
 - ◆ Grundlagen und Modelle von Sprache und Kommunikation
 - ◆ Linguistik/Soziolinguistik
 - ◆ Phonetik/Phonologie
 - ◆ Pragmatik/Kommunikation
 - ◆ Semantik/Lexik
 - ◆ Schriftspracherwerb
 - ◆ Spracherwerb
 - ◆ Stimme
 - *Medizinische Grundlagen der Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen* (analog den IALP Richtlinien: Biomedizinische Wissenschaften)
 - ◆ Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Hör-, Stimm- und Sprechorgane
 - ◆ Audiologie und Pädaudiologie
 - ◆ Geriatrische Medizin
 - ◆ HNO-Heilkunde
 - ◆ Neurologie

- ◆ Pädiatrie
- ◆ Phoniatrie
- ◆ Psychiatrie
- ◆ Zahnmedizin und Kieferorthopädie
- *Sprachtherapeutische Diagnostik*
(analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
 - ◆ Grundlagen der Anamnese und Befunderhebung, der wissenschaftlichen Beobachtung und Diagnose
 - ◆ Theoretische und praktische Auseinandersetzung mit qualitativen und quantitativen Diagnosekonzepten und -verfahren für alle Sprachebenen, Einordnung und Beurteilung der Verfahren
 - ◆ Sprachwissenschaftliche Analyseverfahren (psychometrische, linguistische, neurolinguistische Verfahren, Spontansprachdiagnose, etc.)
 - ◆ Gutachtenerstellung
 - ◆ Spezielle entwicklungsdiagnostische Verfahren
- *Früherkennung und -förderung, Prävention* (analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
 - ◆ Organisationsformen und Methoden der Prävention
 - ◆ Förderung der frühen kommunikativen und sprachlichen Entwicklung
 - ◆ Pädaudiologische Diagnostik
 - ◆ Sprachtherapeutische Screeningverfahren
 - ◆ Vorschulische Fördermaßnahmen
 - ◆ Prävention psychosozialer Folgeproblematiken
 - ◆ Öffentlichkeitsarbeit
- *Theorie- u. praxisgeleitete Ausbildung in bezug auf die Therapie der verschiedenen Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen:* (analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
 - ◆ Aphasie
 - ◆ Autismus
 - ◆ Dysarthrie/Dysarthrophonie (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
- ◆ Dysphagie (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
- ◆ Dysphonien (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
- ◆ LKG-Spalten
- ◆ Logophobie, Sprechangst
- ◆ Mutismus
- ◆ Redeflußstörungen (Stottern und Poltern bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
- ◆ Sprach- und Stimmstörungen bei Hörschäden
- ◆ Sprechapraxie
- ◆ Störungen des Spracherwerbs (Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsstörungen, Entwicklungsdysphasie)
- ◆ Störungen des Schriftspracherwerbs
- ◆ Zustand nach Laryngektomie
- *Beratung bei Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen:* (analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
 - ◆ Beratung von Betroffenen, Eltern, Angehörigen und dem weiteren Umfeld;
 - ◆ Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Beratung von und mit Kolleginnen und Kollegen der eigenen und/oder anderer Fachrichtungen;
 - ◆ Beratung und Information anderer Fachleute (Erzieherinnen, Erzieher, Lehrerinnen, Lehrer, Fachärztinnen, Fachärzte etc.)
 - ◆ Beratung und Information der Kommunikationspartner von Menschen, die von Sprachbehinderungen betroffen oder bedroht sind.
- *Supervision*
 - ◆ Supervision der internen und externen Praktika
 - ◆ Supervision der Praxisanteile im Studium
 - ◆ Supervision von Berufsanfänger/innen in der berufspraktischen Erfahrungszeit
 - ◆ Berufsbegleitende Supervision

- *Spezielle sprachtherapeutische Interventionen* (analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
Therapieansätze, -methoden und -techniken bei:
 - ◆ Aphasie
 - ◆ Autismus
 - ◆ Dysarthrie/Dysarthrophonie (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
 - ◆ Dysphagie (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
 - ◆ Dysphonien (bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
 - ◆ LKG-Spalten
 - ◆ Logophobie, Sprechangst
 - ◆ Mutismus
 - ◆ Redeflußstörungen (Stottern und Poltern bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen)
 - ◆ Sprach- und Stimmstörungen bei Hörschäden
 - ◆ Sprechapraxie
 - ◆ Störungen des Spracherwerbs (Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsstörungen, Entwicklungsdysphasie)
 - ◆ Störungen des Schriftspracherwerbs
 - ◆ Zustand nach Laryngektomie
- Evaluation
 - ◆ Methoden zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität (u.a. Basisdokumentation, Patientenbefragung)
 - ◆ Methoden zur Effektivitätsauswertung
 - ◆ Selbstevaluation
- Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit (analog den IALP Richtlinien: Hauptdisziplin Logopädie)
 - ◆ Zusammenarbeit mit Fachleuten anderer Disziplinen sowie Betroffenen und Selbsthilfeverbänden
 - ◆ Öffentlichkeitsarbeit
 - ◆ Gesundheitserziehung
 - ◆ Prävention

zu Kap. 3/Tabelle: Studienaufbau

III. Praktikumsleistungen

Das Studium der Sprachtherapie muß praktische Anteile enthalten, die unter Anleitung und Supervision von qualifizierten und erfahrenen Sprachtherapeut/inn/en durchgeführt werden. Dies soll den Studierenden ermöglichen, übergreifende Fertigkeiten zu erwerben und ihre Handlungskompetenzen in der Praxis zu systematisieren.

In praxisintegrierenden Lehrveranstaltungen findet die konkrete Anleitung zum diagnostischen und sprachtherapeutischen Handeln statt. Hier wird darüber hinaus ein hoher Anteil supervidierter sprachtherapeutischer Tätigkeiten geleistet.

Darauf aufbauend sind spezifische Praktika außerhalb der Ausbildungsstätten zu erbringen. Diese Praktika werden durch spezielle Lehrveranstaltungen vorbereitet und supervidiert. Die Praktika sollen zeigen, inwieweit die im Studium erarbeiteten Inhalte (siehe oben) Anwendung finden und wie diese Anwendungen wiederum der Theorie Daten und Erkenntnisse liefern. Daher wird empfohlen, daß die Praktika in Verbindung mit der Vermittlung der unter „Studienrichtung: Sprachtherapie“ (siehe oben) erwähnten Theorieanteile durchgeführt werden und nicht erst danach, um die Integration von Theorie und Praxis zu vereinfachen.

Jedes Praktikum sollte damit beginnen, daß die Studierenden erfahrene Fachleute beobachten (Hospitation). Anschließend sollten direkte interaktive Erfahrungen in verschiedenen sprachtherapeutischen Kontexten und mit verschiedenen Klienten gemacht werden. Die Praktika sollten die persönliche Entwicklung der Studierenden sowie ihre interaktiven Kommunikationsfertigkeiten fördern. Es wird empfohlen, daß die Supervisoren mit ihren fachlichen Kenntnissen sowie mit ihren Fähigkeiten in der Supervision auf dem neuesten Stand sein sollten.

Insgesamt sollen vier klinisch-therapeutische Praktika abgeleistet werden, davon mindestens eines im klinischen Bereich und eines in freier Praxis.

Im Hinblick auf die Verschiedenheit und Komplexität der unterschiedlichen Störungsbilder

und Klienten sollten die klinischen Praktika zumindest die Sprachtherapie bei folgenden Störungsbildern umfassen und sich nach Möglichkeit auf alle Altersgruppen erstrecken:

- A) Störungen des Spracherwerbs
- B) Zentral bedingte Sprech-, Sprach-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen
- C) Stimmstörungen
- D) Redeflußstörungen

Darüber hinaus sollte das Studium den Studierenden praktische Erfahrungen, sei es direkt oder indirekt (z.B. durch interaktive Videovorführung, Anleitung zur therapeutischen Praxis), mit den folgenden Störungsbildern vermitteln:

- a) LKG-Spalten;
- b) Laryngektomie;
- c) Schluck- und Eßstörungen;
- d) Cerebralparesen;
- e) Mehrfachbehinderungen;
- f) Hörstörungen;
- g) kognitive Beeinträchtigungen;
- h) verhaltensbedingte und emotionale Auffälligkeiten;
- i) psychische Auffälligkeiten;
- j) Demenz

Die Praktika werden in Institutionen mit hauptamtlich tätigen Sprachtherapeutinnen und -therapeuten abgeleistet. Sie müssen in unterschiedlichen Einrichtungen erbracht werden. Geeignete Praxiseinrichtungen sind die in Kapitel 2 genannten Einrichtungen.

Zu Kap. 3/Tabelle: Studienaufbau IV. Wahlfreies Studium

Die in der Studienordnung vorgesehenen Stunden für Wahlfreies Studium sollten, um eine möglichst große Intensität des Fachbezugs zu gewährleisten, aus dem oben angeführten Bereich der Studienrichtung Sprachtherapie ergänzt werden.

Ziel dieser Zuordnungsempfehlung ist es, daß ein Höchstmaß des zur Verfügung stehenden Stundenkontingentes für das Studium der

Fachrichtung Sprachtherapie aufgebracht wird.

5. Forschung

Die Lehrenden und Studierenden beteiligen sich aktiv an der Forschung im Bereich der Sprachtherapie und/oder ihrer Nachbardisziplinen, um die Weiterentwicklung des Faches zu gewährleisten.

Ziel der Forschungsaktivitäten ist es, den neuesten Stand der Entwicklungen in das Fach zu integrieren und Innovationen in Bereich der Diagnostik, Therapie und Beratung zu ermöglichen. Studierende sind aktiv an Forschungsarbeiten zu beteiligen, um einen forschungsorientierten Ansatz zur praktisch-klinischen Arbeit zu fördern und den Studierenden bei der kritischen Einschätzung der Forschung in diesem Gebiet zur Seite zu stehen.

Die im Fachgebiet geschriebenen Diplomarbeiten sind angeleitete wissenschaftliche Arbeiten, die zur Forschung beitragen.

Die Forschung hat qualitätssichernde bzw. -entwickelnde Funktionen im Bereich der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von Sprachtherapie.

Universität zu Köln Seminar für Sprachbehindertenpädagogik

Dipl.-Päd. Barbara Giel
Dr. Claudia Iven
Dr. Kerstin Weikert

Klosterstr. 79 b
50931 Köln
Tel.: 0221/470 5510
Fax: 0221/470 2128

Universität Dortmund Fachbereich 13 Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten

Prof. Dr. Gregor Dupuis
Dr. Axel Kürvers

Emil-Figge-Str. 50
44221 Dortmund
Tel.: 0231/755 4570

Axel Kürvers, Dortmund

Larynxtransplantation – neue Wege zur Rehabilitation kehlkopfektomierter Menschen?

Zusammenfassung

Ausgehend von Berichten in der Tagespresse über eine erfolgreiche Übertragung eines kompletten Kehlkopfes, die zur normalen Stimmfunktion geführt haben soll, geht der Autor der Frage nach, inwieweit sich in der Rehabilitation laryngektomierter Menschen eine neue Ära abzuzeichnen beginnt, die das Erlernen der Ösophagusstimme, den Einsatz von Shuntventilen oder das Sprechen mit elektronischen Sprechgeräten bzw. mittels Pseudoflüsterstimme zukünftig überflüssig werden läßt.

1. Einleitung

„Neuer Kehlkopf – Stummer spricht wieder, Revolution in der Medizin, zum ersten Mal wurde ein Kehlkopf transplantiert“, berichtete die Bild-Zeitung am 08.06.98, die ersten Worte des Patienten seien gewesen: „Hello, hi, mum!“ Gut eine Woche später erschien im Wissenschaftsteil der Sonntagszeitung *Welt am Sonntag* vom 14.06.98 ein größerer Artikel mit der hoffnungsspendenden Überschrift „Neuer Kehlkopf – neue Stimme“. Seitdem scheint sich bei einigen interessierten laryngektomierten Patienten die Möglichkeit einer Transplantation herumgesprochen zu haben, so daß wir uns in der Ausbildung von Studenten und in unserer Rehabilitationsklinik mit der Frage konfrontiert sehen, wann mit den ersten Kehlkopftransplantationen in Deutschland zu rechnen ist.

Was war geschehen? Am 04.01.98 führte ein Ärzteteam unter Leitung von Marshall *Strome* an der Cleveland Clinic in Philadelphia, USA, eine Larynxtransplantation bei einem 40jährigen Ex-Feuerwehrmann durch, der 19 Jahre zuvor das Opfer eines schweren Motorrad-Unfalls geworden war. Kriminelle hatten einen Draht über die Fahrbahn gespannt, in den das Opfer Timothy Heidler hineingefahren war und als Folge der schweren Verletzungen den Kehlkopf verlor. Seitdem verständigte sich Heidler mit Hilfe eines elektronischen Sprechgerätes. Die *Philadelphia News* berichtete über die Transplantations-Operation am 10.01.98 und das Wissenschafts-Journal *Lancet* griff die Meldung in einer Sondermitteilung am 21.02.98 auf. In Deutschland recherchierte ich vergeblich in der Fachpresse, nur der Leiter der Klinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde, Kopf- u. Halschirurgie der Christian-Albrechts-Universität in Kiel, Prof. *Rudert*, beschäftigte sich im Fokus-Teil der HNO 6/98 kurz mit dieser Thematik. Es scheint also zunächst, was nicht ungewöhnlich ist, eine deutliche Diskrepanz zwischen der Sensation, die die Tagespresse witterte und dem Aufsehen in der Fachwelt zu bestehen, wobei

die mit uns arbeitenden Betroffenen aber auf die Boulevard-Presse reagieren und nach Antworten verlangen, zumal nach einer in Großbritannien von *Potter* und *Birchall* (1998) durchgeführten aktuellen Umfrage 75 % der befragten 372 kehlkopfloren Patienten einer Larynxtransplantation zustimmen würden.

2. Vorgeschichte

Unbestritten ist, daß der Verlust der Stimme, nachdem *Watson* in Edinburgh 1866 die erste Kehlkopfentfernung am lebenden Menschen durchführte und *Billroth* in Wien 1873 die erste Kehlkopfexstirpation wegen einer Krebserkrankung vornahm, den schwerwiegendsten Funktionsverlust für laryngektomierte Patienten darstellt, so daß die stimmlichen Rehabilitationsbemühungen immer eng verzahnt mit den chirurgischen und lebenserhaltenden Behandlungsmaßnahmen waren (vgl. *Kürvers* 1994, 1996, 1997).

Bereits Mitte der 60er Jahre begannen die ersten Versuche zur Replantation und Transplantation von Kehlköpfen im Tierversuch (vgl. *Work/Bols* 1965; *Bols* 1966, *Ogura/Kawasaki/Takenouchi/Yagi* 1966).

Während die Anastomosierung des transplantierten Kehlkopfes an die vorhandenen Gefäße dank mikrochirurgischer Techniken bereits damals zum Teil lösbar waren, blieb das Problem der Reinnervation für die Phonation und für die Reflexauslösung jedoch ungelöst. Sehr großes Aufsehen erregte dann der erstmalige Versuch, einen menschlichen Kehlkopf zu verpflanzen. Über die Transplantation, die heftige Diskussionen in der Fachwelt auslöste, berichteten *Kluyskens* et al. 1969. Vor fast 30 Jahren, am 10.02.1969 setzte das Operationsteam unter Leitung von *Kluyskens* in Gent, Belgien, einem wegen Kehlkopfkrebs laryngektomierten Patienten den Larynx eines tödlich verletzten Unfallopfers ein und umgingen das Innervationsproblem durch eine Arytänoidopexie. Die Ernährung des verpflanzten Kehlkopfes wurde durch das erhaltene Perichondrium angestrebt. Obwohl der Larynx unter immunsuppressiver Behandlung einheilte und auch die Nährsonde nach 10 Wochen entfernt werden konnte, so daß der Patient wieder ohne Sonde schlucken konnte, trat 8 Monate später ein Tumorzidiv am Tracheostoma auf, an dem der Patient trotz Laryngektomie und Strahlentherapie bald verstarb (vgl. *Kluyskens/Ringoir* 1969; *Kluyskens* et al. 1969; *Kluyskens/Renoir* 1970; *Kluyskens* 1971).

3. Hoffnung oder Sensationshascherei?

Gemessen an den Fortschritten in der Medizin erstaunt es schon, daß es fast 30 Jahre bedurfte, bevor erneut eine komplette Larynxtransplantation vorgenommen wurde und sich die Vermutung von *Kleinsasser* (1987) „Der Versuch von *Kluyskens* ist aber trotzdem ein in der Geschichte der Laryngologie bemerkenswertes Ereignis, von dem eines Tages vielleicht noch eine Reihe weiterer Entwicklungen aus-

gehen werden“ bewahrheitete und um so unverständlicher erscheint das geringe Interesse, das die deutsche Fachpresse auch fast ein Jahr nach der Transplantation in Cleveland der Thematik bisher gewidmet hat.

Vergleicht man die Fälle von *Kluyskens* und *Strome*, so zeigt sich eine auffällige Gemeinsamkeit: in beiden Fällen stand nicht, wie medizinisch üblich, die Lebenserhaltung im Vordergrund der Transplantationsoperation, sondern die Verbesserung der Lebensqualität. Und hier sei es gestattet, etwas genauer hinzuschauen. Aus den wenigen schriftlich vorliegenden Daten wissen wir, daß das Transplantat bei der Operation von *Strome* nicht nur den gesamten Larynx umfaßte, sondern auch die Schilddrüse, die Nebenschilddrüsen, die oberen drei Trachealringe und 70% des Pharynx.

Bis zur Transplantation verständigte sich der 40jährige Timothy Heidler 19 Jahre lang mit Hilfe eines elektronischen Sprechgerätes, konnte die Nahrung oral aufnehmen und war dauertracheotomiert.

Rudert (1998), der den Leiter der Transplantationsoperation, Marshall *Strome*, anlässlich einer Tagung in den USA Mitte Mai '98 persönlich sprechen konnte, berichtet, daß es dem Patienten nach Aussagen von *Strome* gut gehe, er von der zunächst liegenden Sonde befreit werden konnte, die Nahrung wieder oral zu sich nehmen könne, eine zunehmende Sensibilität im pharyngealen Bereich verspüre, aber weiterhin tracheotomiert sei und zum Sprechen eine Sprechkanüle verwende. Vorgesehen sei in der nächsten Zeit eine glottiserweiternde Operation, um das Tracheostoma verschließen zu können.

D.h., bislang ist eine Bewegungsfähigkeit der Aryknorpel, um Ab- und Adduktionsbewegungen der Stimmlippen auszuführen, nicht geglückt, ebensowenig eine Innervation der Stimmbandmuskeln, so daß das, was eine wirklich Lebensqualität steigernde Verbesserung gewesen wäre, das ungestörte Zusammenspiel zwischen Respiration, Phonation und Schutzmechanismus bei der Nahrungsaufnahme wieder herzustellen, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht erreicht ist. Da eine Glottiserweiterung angestrebt wird, ist zu vermuten, daß sich die Stimmlippen in Paramedianstellung befinden und beim Verschluss der Sprechkanüle mit pulmonaler Luft angeblasen werden, so daß durch die Engstellung ein Grundton entsteht, wie wir es von Patienten mit beidseitiger Recurrensparese her kennen. Die Glottiserweiterung wird aller Voraussicht nach die vorhandene Dyspnoe verringern, eine Grundvoraussetzung, um überhaupt einen Tracheostomaverschluss durchführen zu können. Was der Respiration dient, wird sich negativ auf die Phonation auswirken, so daß mit einer verhaucht-heiseren und leisen Stimmgebung mit deutlich eingeschränkter Modulationsfähigkeit zu rechnen ist, wenn das Innervationsproblem der inneren Kehlkopfmuskeln nicht gelöst werden kann. Unbeantwortet bleibt die Frage, warum der Patient nicht die Ösophagusstimme erlernen konnte, bzw. nicht der Versuch unternommen wurde, durch operative Schaffung eines tracheo-ösophagealen Shunts mit Implantation eines Shuntventils (Stimm-

prothese) und Verwendung eines entsprechenden Tracheostoma-Ventils eine digitalfreie tracheo-ösophageale Phonation via Stimmprothese zu ermöglichen (vgl. *Kürvers* 1994). Dies wäre zumindest operativ weniger aufwendig und riskant gewesen und hätte keine lebenslange Einnahme von Medikamenten zur Verhinderung der Abstoßung des transplantierten Organs erfordert, was möglicherweise die Entstehung anderer Krankheiten durch Schwächung des Immunsystems unterstützt.

4. Diskussion und Resümee

Kehren wir zu unserer Ausgangsfrage zurück, ob durch die, 30 Jahre nach Gent, in Cleveland vorgenommene Larynxtransplantation eine neue Ära in der Rehabilitation der an einem Larynx- oder Hypopharynxkarzinom erkrankten Patienten angebrochen ist. Dies scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt verneint werden zu können, wenngleich *Strome* die nächste Kehlkopftransplantation bei einem Patienten vornehmen will, der vor mehreren Jahren wegen eines Larynx-Karzinoms laryngektomiert werden mußte. Auch *Birchall* (1998) hält eine Kehlkopftransplantation bei krebserkrankten Patienten frühestens fünf Jahre nach der Laryngektomie für möglich, also dann, wenn der Krebskranke als medizinisch geheilt gilt und die ersten fünf postoperativen Jahre ohne Rezidiv überlebt hat. Da der überwiegende Teil laryngektomierter Menschen ihren Kehlkopf aufgrund eines malignen Tumors verliert, müssen zunächst Medikamente mit selektiv immunsuppressiver Wirkung auf die transplantierten Organe entwickelt werden, um immunsuppressionsbedingte Rezidive oder Zweitmalignome zu verhindern, wobei dem allerdings entgegenkommt, daß der Kehlkopf zur Organgruppe mit niedriger Immunogenität zählt (vgl. *Strome/Brodsky/Darell/Wu/Strome* 1992).

Erwartet werden kann, daß solche Fortschritte in der Pharmazie in den nächsten Jahren möglich sind; damit noch nicht gelöst ist das Innervationsproblem der Kehlkopfmuskulatur zwecks ungestörter Respiration und Phonation, sowie die Frage, ob es auch langfristig nicht zu Abstoßungsreaktionen des transplantierten Organs kommt bzw. keine Aspirationsprobleme während der oralen Nahrungsaufnahme durch Insuffizienzen beim Schutz der unteren Atemwege auftreten. Bekanntlich gewährleisten nicht nur die Epiglottis, sondern auch die Adduktion der Taschen- und der Stimmbänder im Zusammenspiel mit einer ungestörten Sensibilität im pharyngealen und laryngealen Bereich ein ungestörtes und nicht ständig der Kontrolle unterworfenen Essen und Trinken.

Literatur

Berke, G.S., Ye, M., Block, R.M., Sloan, S., Sercarz, J.A.: Orthotopic laryngeal transplantation: is it time? *Laryngoscope* 103 (1993) 857-864.

Billroth, C.T.: Über die erste durch Th. Billroth ausgeführte Kehlkopf-Exstirpation am Menschen. *Arch. Klin. Chir.* 17 (1874), 343.

Birchall, M.A.: Human laryngeal allograft: shift of emphasis in transplantation. *Lancet* 351 (1998) Nr. 9102.

Bols, R.: Surgical replantation of the larynx in dogs. A progress report. *Laryngoscope* (St. Louis) 76 (1966) 1057-1067.

Gussenbauer, C.: Über die erste durch Th. Billroth am Menschen ausgeführte Kehlkopf-Exstirpation und die Anwendung eines künstlichen Kehlkopfes. *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 17 (1874)t,343-357.

Kleinsasser, O.: Tumoren des Larynx und des Hypopharynx. Stuttgart 1987, 214.

Kluyskens, P.: Communication sur le bilan apporté par une greffe laryngée. *Acta otorinolaryng. iber.-amer.* 22 (1971), 240-244.

Kluyskens, P., Boedts, D., Dhont, G., Van de Weghe, I.P., Vandenhove, P., Von Clooster, R., Bilo, F., Ringau, S., Daneels, R.: Note préliminaire sur la transplantation d'un larynx. *Acta otorinolaryng. belg.* 23 (1969) 5-8.

Kluyskens, P., Ringoir, S.: Problems in larynx homotransplantation. *Acta oto-rhinolaryng. belg.* 23 (1969)1339 344.

Kluyskens, P., Ringoir, S.: Follow-up of a human larynx transplantation. *Laryngoscope* 80 (1970) 1244-1250.

Kürvers, A.: Die sprachtherapeutische Behandlung stimmprothesenversorgter Patienten mit Zustand nach Laryngektomie. *Die Sprachheilarbeit* 39 (1994) 6, 336-351.

Kürvers, A.: Wege der stimmlichen Rehabilitation bei „Zustand nach Laryngektomie“. In: Kongreßbericht, (Hrsg.) Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Landesgruppe Westfalen-Lippe, 1996, 299-335.

Kürvers, A.: Sprachtherapie bei Laryngektomie. Entwicklung und Überprüfung prognostisch relevanter Kriterien für die stimmliche Rehabilitation kehlkopferkrankter Patienten. Frankfurt 1997.

Ogura, J.H., Kawasaki, M., Takenouchi, S., Yagi, M.: Replantation and homotransplantation of the canine larynx. *Ann. Otol.* (St. Louis) 75 (1966), 295.

Potter, C., Birchall, M.A.: The view of persons who have had a laryngectomy on laryngeal transplantation. *Clin. Otolaryngol.* 1998.

Rudert, H.: Ist die Zeit reif für die klinische Einführung der allogenen Kehlkopftransplantation? *HNO* 6 (1998), 566-568.

Strome, S., Brodsky, G., Darell, J., Wu, J., Strome, M.: Histopathologic correlates of acute laryngeal allograft rejection in a rat model. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 101 (1992), 156-160.

Work, W., Bols, R.: Larynx replantation in the dogs. *Arch. Otolaryng.* 82 (1965)/401.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Axel Kürvers
Universität Dortmund, Fachbereich 13
Sondererziehung und Rehabilitation der
Sprachbehinderten
Postfach 500500
44221 Dortmund

Dr. Axel Kürvers ist wissenschaftlicher Angestellter der Universität Dortmund, Fachbereich 13, Sondererziehung und Rehabilitation und arbeitet als leitender Sprachtherapeut im Deutsch-Ordens-Hospital, einer Rehabilitationsklinik, in Bad Ems. Seine Therapieschwerpunkte liegen in der Behandlung laryngektomierter, dysphonischer, aphasischer und dysarthrischer Patienten im Erwachsenenalter.

dgs – Nachrichten

Nachbetrachtung oder: Was uns noch bewegt ...

Die Sonne scheint auf die Elbwiesen, einzelne Drachen fliegen am Himmel, die Blätter der Bäume haben sich gefärbt ... wir haben Zeit, den Herbst zu genießen und unsere Familien freuen sich darüber.

Wenige Wochen ist her, daß 1300 Kolleginnen und Kollegen nach Dresden kamen, um Vorträge, Seminare und Workshops von 80 Referentinnen und Referenten zu erleben, miteinander ins Gespräch zu kommen, Erfahrungen auszutauschen und das Rahmenprogramm zu genießen.

Für uns bildeten die drei Tage im Oktober den Höhepunkt einer Arbeit, die uns seit nunmehr zwei Jahren in unserer Freizeit beschäftigte.

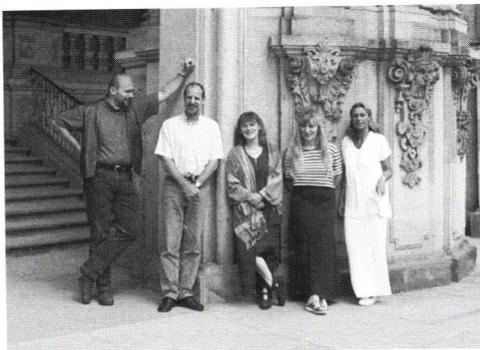
Herbstzeit – Erntezeit ... ist unsere „Saat“ aufgegangen?

In den Vorüberlegungen zur Organisation gab es zwei große Bedenken. Das erste galt unserer schönen, aber eben auch sehr preis-intensiven Stadt, die sich mit geeigneten (bezahlbaren) Kongreßplätzen noch schwer tut – das zweite und weitaus umfangreichere richtete sich auf unsere eigenen Kraftressourcen: Sind wir in der Lage, ca. 1000 „Einzelschicksale“ so zu koordinieren, daß sich jeder bei uns aufgenommen und wohl fühlt und die berechtigten Erwartungen erfüllt werden können? Was sagen unsere Familien und Arbeitgeber zu unseren „Freizeitaktivitäten“?

Wir beschlossen, Verantwortung zu übernehmen und machten uns an die Vorbereitung der XXIII. Arbeits- und Fortbildungstagung unseres Fachverbandes.

Viele Dinge entwickelten sich zu unserer Zufriedenheit, manchmal allerdings kam es uns vor, als sei der Spruch: „Planvoll vorgehende Menschen vermag der

Zufall am wirksamsten zu treffen“ gerade für uns er-
funden worden: Schön, wenn das vorgesehene Kon-
greßgebäude rekonstruiert wird, weniger schön, daß
danach nicht mehr alle Räume in einem Haus von uns
genutzt werden können. Schön, wenn Baustellen vom
Aufschwung-Ost kündeten, weniger schön, wenn sie
durch unseren Verbindungsweg führen ... in solchen
Momenten fühlten wir uns, als hätte der Herbstwind
unser lang zusammengelegtes Puzzle einmal kurz
aufgewirbelt.



Die Arbeit hat uns viele wertvolle Erfahrungen be-
schert. Wir möchten uns bei allen bedanken, die uns
bei der Vorbereitung, Ausgestaltung und Durchführung
des Kongresses unterstützt haben, die mit ihren Ver-
anstaltungen die Tagung bereicherten und an ihren
Ausstellungsständen Angebote unterbreiteten, die als
Helfer im Einsatz waren und im Tagungsbüro die Or-
ganisation übersahen, die Kongreßmappen falte-
ten und sortierten, die den Kongreßort ein- und wie-
der ausräumten und die uns, den Organisatoren vor

Ort, mit ihrer Meinung eine Resonanz zu unserer Ar-
beit gaben.

Wir hoffen, daß jeder, der nach Dresden kam, etwas
gefunden hat, wofür es sich lohnte, dagewesen zu sein
– auch wenn die eine oder andere Veranstaltung, die
im persönlichen Plan stand, wegen Erkrankung eines/
einer Referenten/in ausfallen mußte oder mancher
Seminarraum zu Veranstaltungsbeginn wegen Über-
füllung keinen Eintritt mehr ermöglichte.

Die Arbeit ist für uns noch nicht beendet: Wir bereiten
jetzt die Herausgabe des Kongreßberichtes vor, der
für uns inhaltlich sehr spannend ist, da wir in den drei
Oktobertagen kaum Gelegenheit hatten, eine Veran-
staltung zu besuchen ...

Viele Vorbestellungen zeigen das große Interesse an
den Kongreßbeiträgen. Wir wollen uns in der Aufkla-
renhöhe am Bedarf orientieren. Neubestellungen kön-
nen Sie bei Interesse bitte bis zum 28. Februar 1999
an die dgs - Landesgruppe Sachsen, Platanenstr. 14,
01129 Dresden, Fax:0351/8513251 richten.

Die Zahlung von DM 25,- (incl. Porto) erfolgt unter
Angabe des Verwendungszweckes (Kongreßbericht),
des Namens und des Wohnorts (wichtig, da wir die
Beträge sonst nicht zuordnen können!) auf folgendes
Konto: dgs-Landesgruppe Sachsen, Stadtparkasse
Chemnitz, BLZ.: 870 500 00, Konto-Nr.: 3501012992.
„Nachbetrachtend“ können wir sagen: Kongreßorga-
nisation kostet Freizeit, Kraft, Geduld und Nerven –
und bringt die Chance, eigene Belastungsgrenzen zu
erweitern. Uns hat es Spaß gemacht.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen, beson-
ders aber denen, die in Berlin den Kongreß 2000 vor-
bereiten, einen guten und gesunden Jahrtausendab-
schluß und viel Glück bei allen Vorhaben.

dgs-Landesgruppe Sachsen
Der Vorstand

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Charité-Gespräche Frühförderung im Dialog 1999

*Unterstützte Kommunikation bei lautsprach-beein-
trächtigten Kindern und Jugendlichen*

Vortrag: 26. März 1999, 18 bis 21 Uhr
Workshop: 27. März 1999, 9 bis 17 Uhr
Anmeldung zum Workshop bis
20.2.1999

Referentin: Ursi Kristen

*Sprachliche Rehabilitation von Patienten mit Lippen-
Kiefer-Gaumen-Spalten*

Vortrag: 23. April 1999, 18 bis 21 Uhr
Workshop: 24. April 1999, 9 bis 17 Uhr
Anmeldung zum Workshop bis
20.3.1999

Referentin: Dr. Marianne Hochmuth

*Musikalische Sprachtherapie bei hörgeschädigten und
mehrfachbehinderten Kindern*

Vortrag: 10. September 1999, 18 bis 21 Uhr
Workshop: 11. September 1999, 9 bis 17 Uhr
Anmeldung zum Workshop bis
15.7.1999

Die Teilnahmegebühr beträgt jeweils pro Vortrag DM
15,00, für Vortrag und Workshop DM 130,00.
Die Veranstaltungen finden im Charité-Hochhaus in
Berlin statt.

Anmeldungen sind zu richten an:

Sozialpädiatrisches Zentrum Charité
Universitätsklinik und Poliklinik
Fortbildung: Charité-Gespräche
Schumannstr. 20/21
10098 Berlin

III. Kölner Frühförderkongreß 1999

vom 30. September bis 02. Oktober 1999 im CongressCentrum West der KölnMesse zum Thema „Große Pläne für kleine Leute“.

Der Kongreß soll einen aktuellen Überblick geben über die wissenschaftlich fundierten Konzepte von Prävention und Rehabilitation, über neue Entwicklungen informieren und Perspektiven aufzeigen.

Acht thematisch zentrierte Arbeitsgruppen mit Vorträgen und Diskussionen („Große Pläne brauchen Geld“ – Finanzierungsformen und Kostenträger im System der Frühförderung; „Wie kleine Leute handeln lernen“ – Aktuelle Förderkonzepte in der Frühförderung; „Klippen im Leben kleiner Leute“ – Die Bewältigung von kritischen Übergängen in Kindheit und Jugend: Vulnerabilität und Resistenz; „Große Pläne sind nicht einfach“ – Frühförderung komplex und spezifisch; „Erst erkennen, dann große Pläne machen“ – Spezielle Diagnostik und Therapie; „Große Pläne gelingen nur gemeinsam“: Kombination und Integration von Psychotherapieansätzen in der Frühförderung; „Kleine Leute vor schwersten Aufgaben“: Konzepte der Förderung schwerst-behinderter Kinder; „Verbraucherschutz für kleine Leute“: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Frühförderung) werden begleitet und ergänzt von 14 praxisorientierten Workshops, einer Fachausstellung und Infoständen.

Veranstaltet wird der Kongreß vom Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung gem. Betriebs GmbH, Köln; die Kongreßleitung haben Frau Dr. Tordis Horstmann und Herr Prof. Dr. Christoph Leyendecker.

Informationen und Anmeldung: C.C.M., Cologne Communication Management GmbH, Kreuzgasse 2-4, 50667 Köln, Telefon: 0221/92 57 93-0, Telefax: 0221/92 57 93-93; e-mail: contact@ccmkoeln.de

Tag der Sprachheilpädagogik

Am Samstag, den 08. Mai 1999 veranstaltet die dgs Landesgruppe Westfalen Lippe e.V. im ÖKO-Zentrum Hamm zum zweiten Male einen „Tag der Sprachheilpädagogik“. Unter dem Oberthema „Dialog – Psychosoziale Aspekte der Sprachbehinderung im therapeutischen und schulischen Alltag: Beratung, Unterricht und Therapie“ werden zahlreiche Seminare, Workshops und Fachvorträge angeboten. Ein ausführlicher Tagungsführer ist zu beziehen über die Fortbildungsreferentin Gabriele Frontzek, Prof. Haindorf-Straße 17, 59063 Hamm, Fax: 02381-598955. Unter gleicher Adresse ist auch das Jahresfortbildungsprogramm der Landesgruppe erhältlich.

Tagungsbericht

3. Bad Nenndorfer Therapietag zum Thema „Aphasie-Therapie – Möglichkeiten zur Reorganisation der Kommunikationsfähigkeit“

Am 14.11.1998 fand in der Aula der CJD-Schule Schlaffhorst-Andersen der 3. Bad Nenndorfer Therapietag zum Rahmenthema Aphasie-Therapie statt. An-

gemeldet hatten sich 55 Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen, LogopädInnen und SprachheilpädagogInnen aus dem norddeutschen Raum, um ihre Kenntnisse in der Therapie mit aphasiebehinderten Menschen zu erweitern und sich mit KollegInnen auszutauschen. Zunächst referierte Dr. Uwe Förster, Sprachheilpädagoge aus Hessisch-Oldendorf, über die pädagogische Herausforderung, die jede Therapie mit einem aphasiebehinderten Menschen darstelle. Er plädierte dafür, nicht nur die Behinderung, sondern den „ganzen“ Menschen, besonders auch das betroffene Umfeld, zu betrachten. Auch die vorphasische Kommunikation sollte den Therapeuten interessieren: Was waren seine/ihre Lieblingsthemen? Was war er/sie für ein Sprachtyp? Wie war sein/ihr Sprachstil?

Dr. Luise Lutz, klinische Linguistin aus Hamburg, sprach u.a. über das Problem der Parallelität. Wenn ein Aphasiker sage „Ich graufel im Garten“, dann habe er das Verb „graben“ genauso im Kopf wie das Substantiv „Schaufel“, könne dies im Moment jedoch nicht wegheben, so daß es schließlich zu einer Mischformulierung beider Wortvorstellungen komme. Das aphasiegeschädigte Gehirn erinnere sie manchmal an ein Orchester, in dem alle Musiker anwesend seien, der Dirigent jedoch abhanden gekommen sei. Deutlich sprach sich Luise Lutz gegen die häufig geäußerte Meinung aus, nach einigen Monaten bis maximal zwei Jahren sei der Aphasiker nicht mehr therapierbar. Ihre eigenen Erfahrungen hätten gezeigt, daß noch nach 10 Jahren gute Erfolge erzielt werden können.

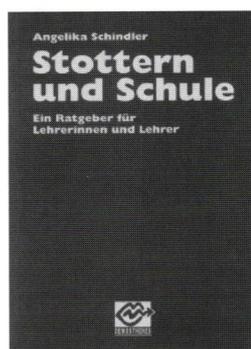
Marlene Kenklies, Sprachheilpädagogin aus Hannover, führte die Probleme vor Augen, die nach der Entlassung aus der Klinik bei der Nachsorge im häuslichen Bereich entstünden. Dabei nannte sie an erster Stelle die Aufgabe des Berufes, die Rollenverschiebung in der Partnerschaft und ggf. die Immobilität bei Halbseitenlähmung. Eine Befragung unter 67 Aphasiepatienten nach einem Schlaganfall habe ergeben, daß die Betroffenen den Verlust des Berufes und die Schwierigkeiten bei Behördengängen für noch gravierender halten als den Sprachverlust.

In fünf parallelen Workshops konnten dann die Vortragsthemen vertieft werden: Luise Lutz führte in das MODAK-Programm ein, Uwe Förster gab Hilfestellung für eine pädagogisch gestaltete Aphasie-Therapie. Marlene Kenklies stellte preiswerte Sprach- und Hirnleistungstrainingsprogramme auf dem PC vor. Zusätzlich stellte Annja Bormann, Logopädin aus Barsinghausen, den Aachener Aphasie Bedside Test vor und vermittelte Ansatzpunkte für die Behandlung in der Akutphase. Reiner Dubiel (Essen) und Christian Kunde (Leer), beide staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, bereicherten den Tag, indem sie demonstrierten, wie Atemschriftzeichen, Atemflußübungen, Tönen und andere entspannende Elemente der Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen sinnvoll in der Aphasie-Therapie eingesetzt werden können.

Am Samstag, den 13. November 1999, wird die Schule Schlaffhorst-Andersen den 4. Bad Nenndorfer Therapietag ausrichten.

Torsten Lindner

Rezensionen



Angelika Schindler: Stottern und Schule. Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer. Demosthenes-Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., Köln 1997, 103 Seiten, 19,80 DM

Das von Frau Schindler im Demosthenes-Verlag veröffentlichte Buch führt in überzeugender Weise die Ratgeber-Reihe der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. fort (in der bisher ein Elternratgeber, ein Ratgeber für Jugendliche und viele ratgebende Informationsschriften erschienen sind). Mit dem vorliegenden Band werden nun speziell diejenigen Lehrerinnen und Lehrer angesprochen, die sich mit dem Thema Stottern auseinandersetzen möchten. Dabei fällt bereits im Vorwort auf, daß es hier nicht um die Belehrung der Lehrer(innen) geht, sondern um ein Informationsangebot mit Anregungen und Hinweisen, aber ohne Verhaltensverschreibungen. Somit entsteht ein sehr ansprechender Ton, der unaufgeregt, unmissionarisch und sachlich verdeutlicht, wie ein „gelassener Umgang damit im schulischen Alltag“ (9) möglich werden kann, ohne umfassende Verhaltens- oder Unterrichtsveränderungen zu fordern.

In einem einleitenden Kapitel wird in kurzer und übersichtlicher Form das aktuelle Fachwissen zu den möglichen Verursachungs- und Entwicklungsbedingungen des Stotterns zusammengefaßt. Dabei scheinen mir die Ursachenannahmen zu sehr auf den organisch-konstitutionellen und den psychologischen Bereich bezogen zu sein – Einflüsse aus der Sprach-/Sprechentwicklung werden kaum erwähnt. Auch die Entwicklungsdynamik, die sich nach dem Auftreten von ersten Unflüssigkeiten in der Sprachentwicklung ergeben kann, wird nicht expliziert, wobei jedoch fraglich ist, ob diese Detailinformationen für Lehrerinnen und Lehrer überhaupt notwendig sind (Die monierte fehlende Aufmerksamkeit für die Entwicklungsfaktoren stellt in diesem Sinne denn auch keinen Mangel des Ratgebers dar, sondern entspringt eher der spezifischen Sichtweise der Rezensentin.).

Dem sachlich-informativen Einstieg folgen zunächst fünf Berichte von stotternden Jugendlichen und Er-

wachsenen, die eindrücklich über ihre Schulerfahrungen berichten. Vor allem der Zwiespalt zwischen der Peinlichkeit, sich stotternd zu äußern und dem Gefühl, sich nicht äußern zu können oder dürfen, wird deutlich: „Ich kann nichts sagen. Ich komme mir so dumm vor ... Herr S. geht wieder dazu über, mich, genauso wie vorher auch, zu ignorieren, genauso, wie meine Mutter ihn instruiert hat, genauso, wie ich es gewohnt bin: isoliert im Schonraum zwischen Mitleid, Unverständnis, Ratlosigkeit und Peinlichkeit“ (32). Diesen sehr beeindruckenden Schilderungen der Innensicht stotternder Schüler(innen) schließen sich erste Bezüge zur Lehrer(innen)-Sicht an. Darin wird anschaulich gemacht, daß schulischer Alltag heute durch vielerlei Anforderungen geprägt ist, die an die Lehrer(innen) gestellt werden, so daß für die eigentlichen Erziehungsaufgaben ohnehin wenig Zeit bleibt. Der Ratgeber möchte diesen Belastungen nicht eine weitere hinzufügen, indem er die Lehrer(innen) nun auch noch zu Stotterspezialisten machen will – im Gegenteil: Mehr Wissen soll zu mehr Entlastung führen, indem ein Problemfeld kompetent angegangen werden kann.

Den ersten Schritt in diesem „Entlastungsprogramm“ durch Information bildet ein Überblick über therapeutische Möglichkeiten, so daß Lehrer(innen) wissen, welche Therapieformen es gibt und wohin sie sich wenden können, wenn Sie ein Kind therapeutisch versorgt haben möchten. Breiten Raum nehmen auch die Informationen über das Angebot der Stotterer-Selbsthilfe ein, die jedoch kein Selbstzweck sind, sondern viele Bezüge zum Berufsalltag haben. So werden konkrete Anregungen für Lehrer-Fortbildungen und individuelle Beratungsmöglichkeiten gegeben, aber auch sehr praxisnah kommentierte Literatur- und Video-Hinweise sowie Materialienempfehlungen. Hier liegt eine umfangreiche und äußerst informative Bibliographie für die spezielle Zielgruppe vor.

Die Frage, welche Schulform für stotternde Kinder und Jugendliche denn nun die 'richtige' sei, wird im Ratgeber für Regelschullehrer(innen) konsequenterweise mit einem deutlichen Plädoyer für die Regelschule beantwortet, ohne jedoch andere schulorganisatorische Möglichkeiten aus dem Auge zu verlieren. Das Für und Wider der Sonderbeschulung wird ausführlich und schlüssig diskutiert, die Entscheidung über den besten Förderort von den Bedingungen des Einzelfalls abhängig gemacht. Diesen Überlegungen schließen sich ausführliche Hinweise auf die Fördermöglichkeiten unter den Bedingungen der Regelschule an. Hier werden konkrete und nachvollziehbare Ideen zur Förderung gegeben, z.B. zum Sozial- und Gesprächsverhalten in der Klasse, zur Bedeutung des sprachlichen Modells, zur streßfreien Unterrichtsgestaltung und zur Förderung der Klassenkommunikation und des Gemeinschaftsgefühls. Die gemachten Vorschläge sind differenziert und alltagsnah und, was

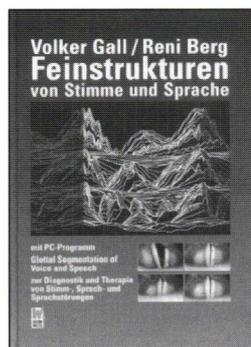
sie so besonders attraktiv macht für einen Versuch der Umsetzung, sie arbeiten mit den vorhandenen Kompetenzen der Lehrer(innen). Formulierungen wie „Sie können ... es erleichtert ... Sie können versuchen ...“, Kinder sind dankbar für...“ stellen ein Angebot dar, das mit den individuellen Ressourcen zu bewältigen ist. Von daher wird der Ratgeber seinem Anspruch der Entlastung voll gerecht. Vorschriften oder Belehrungen („Sie müssen ..., Sie dürfen nicht ...“), die in ihren Anforderungen schnell zur Überforderung führen, sucht man hier vergebens.

Den Abschluß bilden einige Praxis-Beispiele der Zusammenarbeit zwischen ambulanter Sprachtherapie und Lehrer(inne)n. Auch hier bestimmt der Alltagsbezug die Argumentation: Es wird Mut gemacht für eigene und kooperative Aktivitäten im Umgang mit stotternden Schüler(inne)n.

In meinen langjährigen Erfahrungen in der Stottertherapie, aber auch in der Fortbildung von Lehrer(inne)n stotternder Kinder, habe ich immer wieder festgestellt,

wie groß die Unsicherheit auf Seiten der Lehrer(innen) ist, wenn sie ein stotterndes Kind in der Klasse haben oder befürchten, daß dies bald der Fall sein könnte. Interessanterweise beschränkt sich die ‚Lehrer-Angst vor dem stotternden Kind‘ durchaus nicht auf Regelschullehrer(innen), sondern ist auch unter Sprachheilpädagog(inn)en weit verbreitet. Mit dem vorliegenden Ratgeber ist zumindest ein Informationsangebot geschaffen, das erste Unsicherheiten abbauen helfen kann und weitergehende Beratungsangebote eröffnet. Daher ist zu wünschen, daß das Buch eine weite Verbreitung findet, um die enthaltenen Informationen einem möglichst großen Leserkreis zugänglich zu machen. Sprachtherapeut(inn)en können es an die Lehrer(innen) ihrer stotternden Therapie-Kinder weiterreichen, Eltern können es lesen und weitergeben, und es sollte in allen Schulen zur Verfügung stehen (auch den Sprachheilschulen!), damit Lehrer(innen) und Schüler(innen) zukünftig kompetenter mit dem Stottern in der Schule umgehen können.

Claudia Iven



Volker Gall, Reni Berg: Feinstrukturen von Stimme und Sprache mit PC-Programm „Glottal Segmentation of Voice and Speech“ zur Diagnostik und Therapie von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Edition Wötzel Frankfurt a.M. 1998, mit CD-ROM, 89 S., 298,- DM.

Um es vorwegzunehmen: Jede/r, die/der sich forschend oder/und therapeutisch praktizierend mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörstörungen beschäftigt, wird an dieser Veröffentlichung nicht vorbeikommen und zwar aus mehreren Gründen:

Endlich liegt ein nichtinvasives Verfahren vor, mit dessen Hilfe die Stimme, das Sprechen und die Sprache insgesamt völlig unbeeinflusst untersucht werden können, einschließlich der Singstimme. Die Autoren Gall/Berg heben aber auch die Bedeutung der zusätzlichen sogenannten „Ohren-Diagnostik“ und der unverzichtbaren primären (vorangehenden) spiegeltechnischen,

endoskopischen und anderer medizinischer Untersuchungsverfahren bei Kehlkopferkrankungen hervor.

Der technische Einsatz ist – bei genügender PC-Erfahrung – relativ einfach. Natürlich bedarf die Beherrschung der sogenannten *Kaskadendiagramme* einer gewissen Erfahrung. Das Buch vermittelt aber in klarer und verständlicher Sprache eine Fülle von Anregungen sowohl zum computergerechten Anschluß als auch zur praktischen Anwendung und zu weiteren Nutzungsmöglichkeiten.

Auf einer CD-ROM „Glottal Segmentation of Voice and Speech“ wird die gesamte Software mitgeliefert. Der Rechner des Anwenders muß folgende Mindestanforderungen und Einstellungen erfüllen: Windows 95 bzw. Windows NT (abwärts zu Windows 3.x ist nicht möglich); Arbeitsspeicher: 16 MB; Systemtakt: 133 MHz; freie HD-Kapazität: 500 MB; CD-ROM-Laufwerk; Graphik: 768*1024 Pixel, kleine Schriftarten; Soundkarte: 16-Bit Stereo mit 44.1 kHz Sampling-Rate.

Folgende Einsatzmöglichkeiten bieten sich an:

- Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen sowohl zur Anfangsdiagnose und Therapieplanung als auch zur Qualitätskontrolle, Verlaufsdokumentation und zum visuellen Feedback für Patienten und Therapeuten;
- Lernprogramm zur Beherrschung der Gesangs- und Sprechstimme sowie zur Artikulation in ihren subtilsten Abläufen, wobei alle wesentlichen Parameter wie Stimmensatz, Stimmabsatz, Lautstärke, Tonhöhe, Artikulation bis hin zu feinsten Lautübergängen visuell analysiert und beurteilt werden können;

- Phonetische und phonologische Untersuchungen in der Linguistik und Sprechwissenschaft;
- Analyse historischer Schallaufnahmen zur Darstellung vergangener Stimm- und Sprechgepflogenheiten sowie
- Identifizierung individueller Stimmen in Forensik und Kriminalistik.

Die Grundidee des Verfahrens besteht darin, die von einem Mikrophon außerhalb des Mundes aufgenommenen akustischen Signale, die in elektrische Impulse umgewandelt werden, in visuelle und damit „unflüchtige“, dokumentierbare und somit vergleichbare Kurvenmuster zu transponieren. Die dabei anfallende Riesenmenge von Daten kann nur von einem Computer aufgearbeitet, systematisiert und blitzschnell auf dem Monitor dargestellt werden. Die so entstehenden bereits erwähnten Kaskadendiagramme vermitteln sogar einen räumlichen Eindruck und enthalten dadurch zusätzliche Auswertungsparameter. Ihre spezifischen Ausformungen und Verläufe geben Auskunft über physiologische und pathologische Stimmklänge und Sprachlautmuster.

Die beiden Autoren, der Direktor der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität Frankfurt a.M., Prof. Dr. V. Gall, und seine Mitarbeiterin Reni Berg legten ihrem Verfahren folgende wissenschaftliche Erkenntnis zugrunde: Die bisherigen Vorstellungen von der Physiologie und Pathophysiologie der Stimmerzeugung berücksichtigten die dem Kehlkopf vorgelegerten subglottischen Räume und das nachgeschaltete Ansatzrohr „als die eigentlichen Orte der Stimm-entfaltung“ (5) in ihrer resonatorischen Wirkung zu wenig. Insbesondere wurde die dynamische Wechselwirkung zwischen diesen drei Funktionsebenen kaum beachtet.

Die Autoren nutzen nun die zentrierende Rolle der Glottis (Stimmritze) im gesamten Stimmerzeugungsprozess. Infolge der ständigen wechselweisen rhythmischen Öffnung und Schließung der Stimmbänder entsteht eine ganz charakteristische Periodizität. Dabei werden auch die dynamischen Beziehungen zwischen den sub- und supraglottischen Räumen einbezogen. Dieses grundlegende zeitliche Element – das sogenannte glottale Segment – weist ähnlich dem Fingerabdruck alle individuellen Parameter von Stimme und Sprache eines Menschen auf.

In der Erkennung, Beschreibung und technischen Aufbereitung dieses zentralen Merkmals des Schallsignals liegt die hervorragende Bedeutung des vorgestellten Verfahrens. Es scheinen neben den schon von Gall/Berg publizierten diagnostischen und therapeutischen sowie wissenschaftlichen Möglichkeiten noch vielfältige zukunftsreiche Potenzen vorhanden zu sein. Der Rezensent wünscht der vorgestellten Publikation und dem Verfahren im Interesse einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Therapeuten unterschiedlicher Provenienz die ihnen gebührende weite Verbreitung und kreative Auseinandersetzung und Anwendung.

Volkmar Clausnitzer



Manfred Gross (Hrsg.): Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte 1997/98

Stimme – Sprache – Schlucken – Hören
Band 5, Median Verlag von Killisch-Horn GmbH,
Heidelberg 1998, 400 Seiten, 84,- DM.

Bei dem 5. Band der Reihe „Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte“ handelt es sich um Beiträge anlässlich der Jahrestagung 1997 der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Der Herausgeber Prof. Dr. M. Gross ist Präsident dieser Vereinigung und Leiter der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie im Universitäts-Klinikum Benjamin Franklin in Berlin.

Dieses Buch enthält über 100 Beiträge zu den Themenkreisen Stimme, Sprache, Schlucken und Hören. Es werden Forschungs- und Untersuchungsergebnisse dargestellt, die häufig einen engen Praxisbezug aufweisen. Die Autoren sind in der Mehrzahl Ärzte aus dem Bereich der Phoniatrie und Pädaudiologie. Da stellt sich natürlich die Frage, ob dieses Werk den im Bereich der Rehabilitation Tätigen nützlich sein könnte. Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich exemplarisch einige Aspekte herausgreifen.

Für den Bereich Stimme, den etwa die Hälfte der Beiträge betrachtet, werden die neuesten Untersuchungsergebnisse zu den anatomischen und physiologischen Grundlagen der Stimmfunktion, der auditiven und akustischen Stimmfeldanalyse und der Stimme und dem Sprechen nach Tumorresektionen im Kopf-Halsbereich vorgestellt. Für Therapeuten, die im Bereich der Stimmrehabilitation nach Tumorresektion tätig sind, sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, sich über diese neuesten Erkenntnisse für den Einsatz von Stimmprothesen bei der primären Stimmrehabilitation zu informieren.

Eine große Anzahl von Beiträgen befaßt sich mit dem Bereich Hören. So werden Screening-Tests zur Prüfung des Hörvermögens dargestellt, und es wird über Sprachwahrnehmungsdefizite bei Vorschulkindern und geeignete Feststellungsverfahren sowie über die Diagnostik bei kindlichen Hörstörungen und therapeutische Interventionen bei Kindern mit einem Cochlear-Implant berichtet.

Andere Beiträge sind den Zusammenhängen von Spracherwerb und Redefluß oder dem Einfluß des Fremdsprachenerwerbs auf das Störungsmaß legasthenischer Kinder gewidmet. Interessant ist das Ergebnis der Untersuchung zum Fremdsprachenerwerb, denn es besagt, daß ein leistungsverbessernder Transfereffekt von der Fremdsprache auf die Muttersprache wahrscheinlich ist, d. h. daß die frühe Einführung des Fremdsprachenunterrichts in der Schule für den Erwerb der Kulturtechniken Lesen und Schreiben sogar von Vorteil sein könnte.

Ich möchte nun auf meine anfänglich gestellte Frage nach der Bedeutung dieses Buches für den Sprach-

therapeuten zurückkommen. Es liegt ein übersichtlich gegliedertes, mit vielen Abbildungen, Tabellen und Grafiken ausgestattetes medizinisches Fachbuch vor, das die ganze Bandbreite der Forschung im Fach Phoniatrie und Pädaudiologie widerspiegelt. Vielfach werden direkte Hinweise für therapeutische Ansätze gegeben. Ich möchte sagen, daß dieser Band nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Therapeuten – vor allem unter dem Aspekt der Verpflichtung zur ständigen Fort- und Weiterbildung – sehr empfehlenswerte Literatur darstellt, die den aktuellen Stand der Entwicklung in den genannten Fachbereichen berücksichtigt.

Kurt Bielfeld

Mitteilungen

75 Jahre Schule für Schwerhörige und Sprachbehinderte in Karlsruhe

„Kinder, Baumeister ihrer selbst“

„Alle Worte verlieren ihre Bedeutung, wenn man dies gesehen hat ...“, war die spontane Reaktion des zum Festakt aus München angereisten Prof. Dr. Otto Speck, der anlässlich des Schuljubiläums den Festvortrag halten wollte und kurzerhand sein Redekonzept änderte. Nicht nur der Festredner, auch das Festpublikum waren an diesem Abend verzaubert von der gelungenen Theaterdarbietung „Momo“ nach Michael Ende aufgeführt von hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen der Erich Kästner-Schule.

In seinen Ausführungen zu Entwicklungen und Perspektiven sonderpädagogischer Arbeit stellte Prof. Dr. Speck einen Aspekt zeitgemäßer Sonderpädagogik besonders hervor: „Kinder, Kinder sein lassen“. Nicht die Behinderung hat im Vordergrund sonderpädagogischen Geschehens zu stehen, sondern der Mensch. Die Achtung der Menschenwürde, Verantwortung für den anderen übernehmen, sollte in unserer Gesellschaft vorrangig sein. „Behinderte Kinder sein lassen wie andere auch“ ist die einzige richtige Folgerung, die man hieraus ziehen kann. Die Aufgabe der Erziehenden sei es deshalb, eine Umgebung zu schaffen, in der die Kinder auch „Baumeister ihrer selbst“ sein dürfen. Hinsichtlich des Lehrerbildes führte Prof. Dr. O. Speck aus, daß sich dies noch weitreichender verändern muß. Nicht gefragt ist der einseitig ausgerichtete Spezialist, sondern der „Allrounder“, der in der Lage sein muß, interdisziplinär und im Team notwendige Entscheidungen treffen zu können. Die Eltern, „die Experten bei ihrem Kind“ ernst nehmen, ihnen zuhören, sie respektieren, ihnen offen und vorurteilslos entgegenzutreten, sind die unumgänglichen Grundlagen einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule.

„Es geht darum, Förderung ständig neu zu überdenken, die Bedürfnisse der Betroffenen als Denk- und Entwicklungsanstöße für Förderangebote und Schul-

konzeptionen zu verstehen“. Unter diesem Gesichtspunkt stellte auch Schulleiter Josef Langel seine Ausführungen zur Schulhistorie. Fast 140 Jahre vor der Gründung der heutigen Erich Kästner-Schule hat Markgraf Karl-Friedrich von Baden im Jahre 1784 den ersten Schritt getan zur Förderung hör- und sprach-



„Man müßte Momo wohl auch in den Parlamenten aufführen ...“, war nicht nur das Resümee des Festredners. Die kleinen und großen Akteure der Theatergruppe unter Leitung der Sonderpädagogin Rosemarie Jung begeisterten alle Festgäste, machten sie aber gleichzeitig nachdenklich.

behinderter Kinder und Jugendlicher durch die Einrichtung einer Taubstummenanstalt in Karlsruhe. Rund 100 Jahre später wurden erste Sprachheilkurse eingerichtet. Im Jahre 1923 wird mit der Gründung der Schulabteilung für hör- und sprachbehinderte Kinder und Jugendliche in Karlsruhe der Grundstein für die heutige Erich Kästner-Schule gelegt. Diesen Namen erhielt die Schule im Jahre 1980, als sie erstmals in ihrer Geschichte mit allen Klassen ein eigenes Schulgebäude beziehen konnte. „Hiermit endete eine jahrzehntelange Odyssee durch 15 verschiedene Gebäude im Stadtgebiet Karlsruhe“, bemerkte der Oberbürgermeister der Stadt Karlsruhe, Heinz *Fenrich*, in seinem Grußwort und sicherte der Erich Kästner-Schule auch weiterhin die wohlwollende Unterstützung des Schulträgers in der verantwortungsvollen Aufgabe der Schule am und um das Kind zu.

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“, dieses Kästnersche Motto wird auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten das Leitmotiv der Erich Kästner-Schule sowie des Fördervereins, der sein 25jähriges Jubiläum mitfeierte, bleiben und über dem Miteinander von Schülern, Eltern und Lehrern stehen.

Josef Langel

Verleihung des Annelie-Frohn-Preises 1998

Der Annelie-Frohn-Preis 1998 wurde am 11.09.98 anlässlich der Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie in Göttingen verliehen. Den mit DM 10.000,- dotierten Preis erhielten je zur Hälfte Frau PD Dr. Ch. *Kiese-Himmel* aus Göttingen für ihre Arbeit mit dem Thema „Taktil-kinästhetische Störung“ und Herr PD Dr. F. *Rosanowski* für seine Arbeit mit dem Thema „Die Untersuchungen zur Bedeutung sprachevozierter Hirnrindenpotentiale in der objektiven Audiometrie“.

Aufruf

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. – dgs – führt Ihren nächsten Bundeskongress vom 28.-30. September 2000 unter dem Thema „Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis“ in Berlin durch. Interessierte Referentinnen und Referenten können ihre Angebote der Landesgruppe Berlin zusenden. Die Anschrift lautet: Thomas *Gieseke*, Schönwalder Allee 62, D-13587 Berlin.

Vorschau

A. Skiba: Sprach- und Sprechförderung im Alter

Ch. Forsch: Künstlerisches Tanzen als ganzheitliche Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder

F.M. Dannenbauer: Auf der Suche nach der verbalen Entwicklungsdyspraxie

U. Schinnen: Basale Förderung in der Grundschule. Darstellung eines integrativen Konzepts sonderpädagogischer Förderung

B. Spengler: Nicht aus der Luft gegriffen. Möglichkeiten einer Förderung entwicklungsphasischer Kinder während des Unterrichts

K. Subellok, N. Nelde: Sprachheilpädagogen über alle Grenzen? – Die Überwindung von Grenzen als Stärke oder die Stärke, eigene Grenzen zu erkennen

D. Diel-Greve: Interdisziplinäre Ausrichtung der Schulingangsuntersuchung in einer Projektgrundschule

H.J. Motsch, D. Hansen: COPROF und ESGRAF. Diagnoseverfahren grammatischer Störungen im Vergleich.

B. Lütje-Klose, M. Willenbring: Kooperation von Regelschullehrern – eine wesentliche Bedingung für die integrative Sprach- und Kommunikationsförderung.

„Die Sprachheilarbeit“ Richtlinien für die Manuskript- Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Beiträge sollen in der Regel 15 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinschrift; einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturverzeichnis). Sie sind unter Beachtung der in Heft 1 eines jeden Jahrganges niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden.
2. Jedem Beitrag soll eine Zusammenfassung von in der Regel 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend nummeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) enthalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. - 1.1. - 1.2. - 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z.B. (*Orthmann*).
Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z.B.: (*Braun* 1989 a).
Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z.B. (*Wendlandt* 1992, 42).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Nummerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens.
Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben.
z.B. *Westrich, E.*: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg ⁴1981.
Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:
z.B.: *Homburg, G.*: Konzepte und Ansatzpunkte der Dysgrammatismustherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 4. Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 113-143.
Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen.
z.B.: *Knura, G.*: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 16 (1971), 111-123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.
11. Dem Verfasser werden je nach Umfang des Beitrags 5 bis 15 Exemplare der 'Sprachheilarbeit' geliefert. Weitere Exemplare sind gegen Bezahlung erhältlich und spätestens mit der Korrekturrückgabe beim Verlag zu bestellen.
12. Abbildungen, Grafiken und Tabellen werden, je nach Erfordernis und Möglichkeit, ein- oder zweispaltig abgedruckt (Abdruckbreite: 63 mm bzw. 131 mm). Um nicht zu unzuträglichen Verkleinerungen zu gelangen, sind die entsprechenden Vorlagen unter Berücksichtigung der beiden in Frage kommenden Breiten anzufertigen.
13. Für die einzelnen Ausgaben der 'Sprachheilarbeit' gelten folgende Redaktionsschlußzeiten:
April-Heft: 15. Februar 1999
Juni-Heft: 15. April 1999
August-Heft: 15. Juni 1999
Oktober-Heft: 15. August 1999
Dezember-Heft: 15. Oktober 1999.

Die Redaktion

Software für die Praxis lauffähig unter DOS und Windows

- **Wahrnehmung** 15 Programme, Wahrnehmungsdifferenzierung, Reaktions- und Gedächtnistraining, Kombinations- und Koordinationsübungen. **98,90 DM**
- **Universelles Worttraining** Förderprogramm zum Schriftspracherwerb und zur Legasthenietherapie, editierbar, Lernkartei, Zeugnis, große Schrift. **89,70 DM**
- **Diktattrainer** Diktate, Lückentexte, Groß-/Kleinschreibung, Schreibmaschinenkurs, Sätze zusammenstellen (Sinnerfassung), erweiterbar. **89,70 DM**
- **Alphabet** 11 Trainingsprogramme rund um das Alphabet. Buchstabenvergleich, Gedächtnistraining, bis zum Zusammenstellen erster Wörter. **89,70 DM**
- **Lesen+Schreiben** Vom Konsonant-Vokal-Silben Lesen, Silben verknüpfen, bis zum Zusammenstellen von Sätzen, inkl. Gleitzeile, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Bild - Wort PRO** Finde das Wort zum Bild. Lesen und Schreiben lernen mit großen Bildern, 10 Programme, erweiterbar. **98,90 DM**
- **Wortbaustelle** zur Bearbeitung von Silben, Signalgruppen, Wortbausteinen, 11 Programme mit Elektrobliker- und Greifspiel, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Intelligenztrainer** Viele Übungen zur optischen Differenzierung und Logik, Muster legen, Vorder-/Hintergrund, 3D-Wahrnehmung, erweiterbar. **138,00 DM**

- **Hören-Sehen-Schreiben 1000 Sounds, 1000 Bilder**, erweiterbar.
Multimediales Schriftsprachtraining mit Sprachausgabe, Geräuschen u. Bildern.

die Ente

das Krokodil
der Papagei
die Ziege
der Frosch
die Kuh
der Affe

für Erwachsene u. Kinder mit Schwächen im auditiven u./od. visuellen Bereich. inkl. Soundmemory für auditives und Bildmemory für visuelles Gedächtnistraining, individuelle Programmeinstellungen möglich, Druck- u. Schreibschrift. **98,90 DM**

- **AUDIO I** Training der auditiven Diskrimination auf Geräusch- u. Lautebene, Laut-/Bild-Zuordnung, Sequenzen- und Richtungshören, Figurgrundwahrnehmung (Störgeräusche zuschaltbar), viele Einstellungen wählbar, u.a. dichotische Wiedergabe, **inkl. CD-Audio-Teil mit 120 Geräuschen, 180 Bildkarten ausdrückbar, erweiterbar. 138,00 DM**

E. T. Verlag Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel./Fax: 05404-71858

<p>Lateraltraining • Hochtontraining</p>  <p>Mikrofon Handliches Trainingsgerät als Lateral- oder Hochtontrainer Anschluss für Kopfhörer, Mikrofon und CD-Player</p> <p>Auditives Feedback System mit Sprache/Musik</p> <p>Lateral-Trainer, Best.Nr.: AT 16 C Hochton-Trainer, Best.Nr.: HT 10 CM je 245,- DM (ohne Kopfhörer, mit Mikrofon)</p>	<p>Ordnungsschwellentraining</p> <p>Brain-Fit (Easy, Komfort, Luxus) ab 149,- DM (inkl. Kopfhörer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-950 ms Startwert einstellbar • aud., vis., aud.+vis. u. intermodal <p>NEU: Test-CD f. d. auditiven Funktionen inkl. Testbögen und Anleitung, 169,-DM</p> <p>NEU: Therapiematerial CD –Bücher: wortgleich und langsam gesprochen</p> <p>Literatur: „Neuropsych. Behandlung der Legasthenie“, Dr. H. Rosenkötter, DM 58,- „Auditive Wahrnehmung u. Hörtraining“ 120 Seiten, A4, DM 32,-</p>	<p>Seminare 99: 23./24.4. Reutlingen 25./26.6. Lörrach 24./25.9. Bremen 26./27.11. Lörrach o. vor Ort bei Selbstorg.</p> <p>Infos: Seminare und therap. Hilfsmittel</p> <p>AUDIVA S. Minning, Dipl. Logop. Gartenstr. 15, D 79541 Lörrach Tel: 07621-949 172 Fax: 07621-949 173 http://www.audiva.de</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MediTECH Electronic GmbH 

» Richtig sprechen heißt vor allem richtig hören und richtig verstehen «

Zentrales Hören wirksam trainieren!

Bitte schicken Sie mir

- das Buch zur Zentralen Wahrnehmung „Was Hänschen nicht hört“, F. Warnke portofrei zum Preis von 39,80 DM
- Seminartermine mit Fred Warnke
- Ihre aktuelle Erzeugnisübersicht

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

MediTECH Electronic GmbH
Auf dem großen Kampe 35 | Telefon: (0 51 30) 7 97 70
30900 Wedemark | Telefax: (0 51 30) 7 97 63
Email: service@meditech.de | <http://www.meditech.de>

Logopädin gesucht

Ergoth. Praxis Haertlmayr
in Landshut/Kumh.
stellt Räume für logopädische
Praxis zur Verfügung
Tel. (Mo.-Fr.) 08 71 / 46 44 64

Frühförderung Bottrop e.V.
sucht zum **01.02.99** oder später eine
Logopädin oder Sprachtherapeutin
als Vertretung während des Erziehungsurlaubes
(wöchentl. Arbeitszeit 38,5 Stunden)
zur Behandlung sprachentwicklungsverzögerter
Kinder bis zu 6 Jahren.

Bewerbungen an:
Frühförderung Bottrop e.V.
Gerichtsstraße 3, 46236 Bottrop
Tel. 02041 / 2 20 43



Coblener Seminare/Boldern am Zürichsee

Atem-, Stimm- und Sprechschulung

Praxis der Kommunikation - 10.-17. Juli 1999/
17.-24. Juli 1999
Basiskurs Atmung, Stimm-, Artikulations- und
Sprechkurs

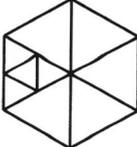
Leitung: Prof. Dr. Horst Coblener, Hochschule für
Musik und Darstellende Kunst, Wien

Sekretariat und Seminarort: Tagungs- und Studien-
zentrum Boldern, CH-8708 Männedorf/ZH, Tel.
0041/1/921 71 13, E-Mail: tagungen@boldern.ch

Praxis für Sprachtherapie sucht

Sprachheilpädagogin/en
Logopädin/en
Linguistin/en
(Vollzeit) ab März 1999

M. Meilinger • Beiselestr. 3
82327 Tutzing
Tel.: 08158/99 34 10
Fax: 08158/99 34 11



**Knappschafts-Krankenhaus
Recklinghausen**

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ruhr-Universität Bochum

Chirurgie
In unserem Akutkrankenhaus mit 459 Betten ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle einer/eines

Innere Medizin

**Frauenheilkunde/
Geburtshilfe**

Neurochirurgie

Neurologie

Dermatologie

MKG-Chirurgie

Radiologie

**Anästhesie/
Intensivmedizin**

**Sprachtherapeutin/-en
bzw. Logopädin/Logopäden**

in Vollzeitbeschäftigung als Vertretung im Erziehungsurlaub zu besetzen.

Der Schwerpunkt der sprachtherapeutischen Arbeit liegt in der Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrophonien, Dysphagien, Sprechapraxien und Dysphonien.

Darüber hinaus ist die Betreuung der Spaltpatienten in einer interdisziplinär geführten Sprechstunde Bestandteil der Tätigkeit.

Grundlage für die Regelung des Arbeitsverhältnisses ist jeweils der Knappschafts-Angestelltentarif (KnAT), der dem BAT entspricht und neben der Vergütung alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes beinhaltet.

Bitte richten Sie Ihre aussagefähige Bewerbung an den

 Die Bundesknappschaft

**Verwaltungsdirektor
Knappschafts-Krankenhaus
Dorstener Str. 151
45657 Recklinghausen**

Im Einzugsgebiet von Straßburg und Offenburg, am Rande von Elsaß und Schwarzwald bieten wir zwei Anstellungen mit Perspektive. Wir suchen

- 2 Sprachtherapeuten/
Sprachtherapeutinnen oder**
- 2 Logopäden/Logopädinnen**
ab sofort in Vollzeit
(Teilzeit auf Wunsch möglich)
– gerne Berufsanfänger(in)

Wir wünschen uns Bewerber(innen) mit

- Freude an eigenverantwortlicher Arbeit
- fachlichem Engagement
- Spaß am Austausch im Team

Wir bieten Ihnen

- ein freundliches Arbeitsklima
- Zeit für Einarbeitung
- Supervision für Berufseinsteiger
- übertarifliche Bezahlung
- bezahlter Sonderurlaub für Fortbildungstage
- Fortbildungszuschuß
- Behandlung aller Störungsbilder (eigene Schwerpunktbildung möglich)

Perspektiven bei längerer Zusammenarbeit

- zusätzliche Leistungsprovision
- Stellvertreter(in)position mit Entscheidungskompetenz
- zusätzliche Altersvorsorge

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen, sowie Ihrem Gehaltswunsch, an:

Sprachtherapeutische
Praxis

Sprachtherapeutische
Praxis

Dr. paed. Jürgen Steiner
Friedensstraße 12
77694 Kehl

Dipl. Päd. Beate Steiner
Grabenstraße 12c
77736 Zell a.H.

**Stellenanzeigen
finden Sie ab sofort
auch im Internet:**

**www.verlag-modernes-
lernen.de**

Zur Behandlung aller Störungsbilder suche ich ab sofort eine/n **Sprachheilpädagogin/en**
Gerne auch Berufsanfänger/in
Praxis für Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
Claudia Roters. Auf dem Pfad 38, 44879 Bochum,
Tel. 0234 - 9422187

**Vergessen Sie nicht:
Anzeigenschluß für Heft 2/99
ist der 3. März 1999**

**Unsere Idee ist eine
Interdisziplinäre Praxis für
Ergotherapie & Logopädie**

Die/den **Logopädin/en**

hierfür suchen wir noch

Praxis für Ergotherapie Alfred Beyer/Michael Jast
73479 Ellwangen 91550 Dinkelsbühl
Marienstr. 8 Nördlinger Str. 12
Tel. 07961/2404 09851/553100

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir ab sofort

eine/n **Sprachheilpädagogin/en.**

Anstellung, freie Zeiteinteilung, Teil- o. Vollzeit, auch Berufsanfänger, alle Störungsbilder.

**Praxis für Sprach- u. Stimmtherapie
Angela Schehl-Theek
Hartackerstr. 35 • 85088 Vohburg
Tel.: 0 84 57 / 79 01**

THERAPIEZENTRUM NEUHÄUSEL

Zur Verstärkung unseres engagierten,
interdisziplinären Praxis-Teams
suchen wir ab sofort

eine(n) Logopädin/-en

für die Behandlung aller Störungsbilder.



ERGOTHERAPIE
KUNSTTHERAPIE
LOGOPÄDIE
MUSIKTHERAPIE
PHYSIOTHERAPIE

Wir bieten Ihnen eine übertarifliche Bezahlung, interne wie externe Fortbildungen und eine kollegiale Atmosphäre in einem fächerübergreifenden Team.

Sie haben möglichst mehr als zwei Jahre Berufserfahrung und bringen Interesse an eigenverantwortlichem Arbeiten und einer vielseitigen Tätigkeit mit. Im Therapiezentrum arbeiten z.Z. 14 Therapeuten, davon 4 in der Sprachtherapie (1 Logopäde, 2 Sprachtherapeutinnen, 1 Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin). Die Praxis liegt gut erreichbar (B 49) zwischen Koblenz und Montabaur. Bei der Wohnungssuche sind wir Ihnen selbstverständlich behilflich.

Vorabinformationen unter 0 26 20/90 20 96
Bewerbungen richten Sie bitte an
Herrn Dr. Dieter Schwarzer, Hauptstr. 56, 56335 Neuhäusel

Landesgruppenvorsitzende der AGFAS

Bundesvorsitzender: Volker Maihack, Moers
Anschrift der Geschäftsstelle:
AGFAS, Goethestraße 16, 47441 Moers

Adresse für die Mitgliederverwaltung der AGFAS:
Karin Grambow, Mauritiusstr. 3, 10365 Berlin;
Tel.: 0 30 - 5 54 16 42
Fax.: 0 30 - 5 54 16 43

Landesgruppen:

Baden-Württemberg: Eva-Maria von Netzer,
Tel.: 0 77 51/43 03 und 55 45
(zu den Geschäftszeiten)

Bayern: Dr. Elisabeth Wildegger-Lack
Tel.: 0 81 41/3 37 18, Fax: 0 81 41/3 37 56
(Mo u. Do 8.00-9.00 Uhr)

Berlin: Manfred Düwert
Tel.: 0 33 03/50 11 63

Brandenburg: Dr. Eva Seemann
Tel.: 03 37 48/70 00 00

Bremen: Sabine Beckmann (kommissarisch)
Tel: 05 11/46 34 31(Do 20.00-21.00 Uhr)

Hamburg: Ulrike Bunzel-Hinrichsen
Tel.: 0 40/7 23 33 90

Hessen: Barbara Jung
Tel.: 0 56 31/91 36 36 Fax: 0 56 31/6 19 05
(Di u. Do 18.00-18.30 Uhr)

Mecklenburg-Vorpommern: Renske-Maria Hubert
Tel.: 0 38 21/81 44 51 (Di. 9-10 u. 14-15 Uhr)

Niedersachsen: Sabine Beckmann
Tel.: 05 11/46 34 31 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Rheinland: Michael Bühlhoff
Tel.: 02 08/2 62 32, Fax: 02 08/2 76 27
(Mo, Di, Do, Fr 7.00-8.00 Uhr)

Rheinland-Pfalz: Bettina Oberlack-Werth
Tel.: 0 26 54/16 00 (Mi 18.00-21.00 Uhr)

Saarland: Marianne Jochum
Tel.: 0 68 25/21 03 (Mi 13.00-14.00)

Sachsen: Brigitte Schmidt
Tel.: 03 51/4 01 67 63 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Sachsen-Anhalt: Regina Schleiff
Tel.: 0 39 46/70 63 35 (Fr. 11-12 Uhr)

Schleswig-Holstein: Ilona Bauer
Tel.: 0 43 47/38 93 (Mi 10.00-11.00 Uhr)

Thüringen: Karin Grambow
Tel. u. Fax: 0 30/9 33 30 89 (Mo 15.00-18.00 Uhr)

Westfalen-Lippe: Dagmar Ludwig
Tel.: 0 52 22/5 85 90 (Mi u. Do 8.00-8.30 Uhr)

Ansprechpartner für die Belange der Angestellten sind:

Birgit Appelbaum, Tel.: 0 28 41/50 29 88
(7.00-7.30 u. abends nach 21.00 Uhr)

Petra Simon, Tel.: 02 21/1 70 34 21
(7.30-8.00 Uhr u. 19.30-20.30 Uhr)

#000 000615
KUNDEN-NR: 002 083 110712
KURT BIELFELD
DGS

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund

GOLDAMMERSTR. 34
12951 BERLIN

Neue Spiele von ProLog

Für Kinder, die ihre Spiele gerne selbst gestalten:

Stempeln, Sprechen, Spielen

Stempelspiele zur Sprachförderung für Kinder ab 4 Jahren

Originelle und äußerst vielfältig anwendbare Stempelspiele mit jeweils sieben Spielideen für die Laute *sch*, *r* und *k*.

- Anwendungen:**
- ▶ auditive Wahrnehmungsförderung
 - ▶ Lautunterscheidung
 - ▶ Erweiterung der auditiven Merkspanne
 - ▶ Wortschatzerweiterung
 - ▶ Förderung bei Dysgrammatismus
 - ▶ Transfer angebahnter Laute in die Spontansprache



Folgende Spiele können mit den Kindern gemeinsam erstempelt werden: *Memory*, *Memorypuzzle*, *Silbenmemory*, *Domino*, *Angelspiel*, *Lotto*, *Würfelspiel*, „*Kofferpacken*“

Jedes Spiel enthält 16 Holzstempel zur Übung eines bestimmten Lautes, Blankokarten für *Memory*- und *Dominokärtchen*, Stempelkissen.

Preis pro Spiel **49,90 DM** alle 3 Stempelspiele
zusammen für nur **129,- DM**

Zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen, Dyslalien und Lese-Rechtschreibschwäche:

Akustifix Ein Kombinations- und Strategiespiel auf Wortebene

(für Kinder ab 3 Jahren und Erwachsene)

3 Einzelspiele mit jeweils 12 unterschiedlichen Spielvarianten zur Förderung der phonematischen Differenzierung (Laute *s-sch*, *k-t*, *st-sp-sk*, *w-b*), Hörmerkfähigkeit, optischen Differenzierung, Aussprachegenauigkeit, Gedächtnisleistung, Kombinations- und Konzentrationsfähigkeit.

Akustifix ist verwendbar als *Lotto*, *Sprechmemory*, *Domino*, *Strategiespiel*, *Kombi-Gemeinschaftsspiel* und als *Geduldspiel*. Es kann auch als *Denk- und Gedächtnisspiel* für *Senioren* und *Aphasiker* verwandt werden.

Einführungspreis
bis 31.3.1999: **49,90 DM**



Fordern Sie auch unseren kostenlosen Katalog an:

02 28/31 87 25

ProLog Gesellschaft für sprachtherapeutische Hilfsmittel

Weißenburgstraße 42 · 53175 Bonn · Telefax 02 28/31 87 26 · E-Mail: prolog@t-online.de

