

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

Aus dem Inhalt

Johannes Wulff, Hamburg

Bilanz in der derzeitigen Stotterertherapie

Georg Reuter, Hamburg

50 Jahre Sprachheilschule Karolinenstraße 35

Knud Graeff, Hamburg

Meine Schulzeit in der Sprachheilschule Karolinenstraße 35

Rainer Bangen, Hamburg

Vorstellungen — Wünsche für die Zukunft

Erwin Richter, Lübbenau

Zur Frage der reizbaren Schwäche der peripheren Sprechorgane beim Stottern

Nachrufe

Hermann Gutzmann — Reinhold Dahlmann

Umschau und Diskussion

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · August 1972 · 17. Jahrgang · Heft 4

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen · Rektor i. R. J. Wulff

Vorsitzender: Joachim Wiechmann, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Ruf 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

| | |
|--------------------|---|
| Baden-Württemberg | Prof. Dr. A. Zuckrigl, 6901 Bammental bei Heidelberg, Johann-Sebastian-Bach-Straße 51 |
| Bayern | Anni Braun, 8 München 22, Triftstr. 10 |
| Berlin | Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61 |
| Bremen | Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 38 |
| Hamburg | Karl Heinz Hahn, 2 Hamburg 64, Rolfinkstieg 1 |
| Hessen | Heinrich Eglins, 6301 Annerod, Gartenstraße 36 |
| Niedersachsen | Hildegard Schneider, 3 Hannover, Rumannstraße 17/19 |
| Rheinland | Josef Möller, 5 Köln, Marienplatz 2 |
| Rheinland-Pfalz | Prof. Dr. Karl-Heinz Berg, 65 Mainz, Schillerstraße 11 |
| Saarland | Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16 |
| Schleswig-Holstein | Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32 |
| Westfalen-Lippe | Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus |

Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion Arno Schulze, 3570 Kirchhain/Landkreis Marburg/Lahn,
Alsfelder Straße 56, Telefon (064 22) 8 50
Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Hermannstraße 61,
Telefon (06421) 2 23 47

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (04 11) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 2,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 15,60 DM zuzüglich Portokosten

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

Mitteilungen der Schriftleitung

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

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Schriftleiter Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Die Manuskripte sind auf DIN-A-4-Format, in Schreibmaschinenschrift einseitig 1½zeilig beschrieben, zu liefern und mit einem Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge zu versehen.

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

August 1972 · 17. Jahrgang · Heft 4

Johannes Wulff, Hamburg

Bilanz in der derzeitigen Stotterertherapie

Wenn jemand sich fast vier Jahrzehnte beruflich und menschlich verpflichtet gefühlt hat, leidenden stotternden Menschen zu helfen, wird man ihm zugestehen, noch einmal Bilanz zu ziehen.

Obwohl das Problem bis heute nicht gelöst ist, hat sich doch ein erfreulicher Wandel vollzogen. Viele Veröffentlichungen aus verschiedenen wissenschaftlichen Sparten, die kaum noch zu übersehen sind, viele neue Sprachheileinrichtungen zeigen das große Interesse an der Rehabilitation der Stotterer.

Man hat neue Wege wie Heilschlaf, Psychoanalyse, Hypnose, Beruhigung und Entspannung durch Medikamente versucht, ohne von den Ergebnissen befriedigt zu sein. Es werden auch Spiel-, Musik-, Mal- und Kurtherapie sowie Heilgymnastik empfohlen. Sie können wohl mithelfen, vereinzelt sogar Erfolg haben, reichen aber als alleinige Maßnahmen nicht aus. Nur die Zusammenarbeit aller Fachkräfte, die von ihrer Disziplin her gehalten sind, sich um Diagnostik und Therapie der Stotterer zu bemühen, kann einer Lösung näher kommen. Allerdings werden dabei noch allerlei organisatorische und personelle Schwierigkeiten zu überwinden sein.

Dieser Beitrag möchte die Behandlungssituation der Stotterer von der sprachheilpädagogischen Sicht und Erfahrung her darzustellen versuchen.

Verhütung und Frühbehandlung

Der schulische und soziale Umbruch unserer Zeit machte sich auch in der Rehabilitation der Behinderten bemerkbar. Entsprechende Gesetze und Einrichtungen wurden geschaffen, unterstützende Gesellschaften und Vereine gegründet, Fachzeitschriften und Fachkongresse sorgten für Aufklärung, wissenschaftliche Fundierung, Fortbildung der Beauftragten und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen, die an der Rehabilitation beteiligt waren.

Diese Entwicklung vollzog sich auch auf dem Sektor »Sprachheilpädagogik«. Gab es früher nur Sprachheileinrichtungen in wenigen Großstädten, so werden nunmehr auch die kleinstädtischen und ländlichen Bezirke besser versorgt, obwohl man sich mit dem Erreichten keineswegs zufriedengeben kann.

Rundfunk- und Fernsehsendungen, Aufklärungsschriften und Presseberichte sorgten für mehr Verständnis und Unterstützung. Die Stotterer werden im menschlichen Umgang, in Wort, Schrift und auf der Bühne heute weniger verulkt.

Auch die Bemühungen um die stotternden Kinder machten erhebliche Fortschritte. Schon vor längerer Zeit kam man von den eingeengten, genormten und unzulänglichen Heilverfahren zugunsten einer ganzheitlichen, differenzierenden und komplexen Sicht und Behandlung ab.

Die besseren Ergebnisse sind schon daran festzustellen, daß derart schwere Stotterstörungen mit erschreckenden Grimassen und Mitbewegungen, wie man sie vor gut dreißig Jahren noch häufiger erleben konnte, jedenfalls in Hamburg, kaum noch auftreten.

Neben dem wachsenden Verständnis und der dadurch verbesserten Vorbeugung hat auch besonders die ausgeweitete Früherfassung und Frühbehandlung dazu beigetragen. Die Eltern der kleinen Sprachbehinderten können sich in Sprach- und Mütterberatungsstellen Rat und Hilfe holen.

Da Stottern oft durch andere Sprachentwicklungsbehinderungen wie Sprachverzögerung, Lispeln, Stammeln, organisch bedingtes Näseln und Stammeln bei Gaumenspalten, Dysgrammatismus u. a. begünstigt und mitbedingt sein kann, wird frühe Beseitigung dieser Schäden auch das Auftreten des Stotterns einschränken, also vorbeugend wirken.

Wenn man die Entstehung und Entwicklung des Stotterns betrachtet, so werden heute doch weit mehr gerade die Erziehungsfehler wie Strafen, Tadeln, Berufen, Luftholen- oder Wiederholenlassen u. a. vermieden, die die Überspannungen verursachen und zu den Wiederholungen (Kloni) und Blockierungen (Toni) führen und sie schließlich manifestieren. Stotterer werden häufiger »gemacht« als geboren.

Auch die erweiterte und verbesserte Frühbehandlung, ob ambulant in Kliniken oder Schulen, in Spielkreisen, in allgemeinen oder speziellen Tagesheimen, Schulkindergärten oder Sprachheilheimen, ist zu vermerken. Dadurch wird erreicht, daß Kinder mit Entwicklungsstottern schon früh fachpädagogisch und fachmedizinisch betreut werden, so daß eine neurotisierende Umgebung ausgeschaltet und ein guter Teil der Kinder mit Anfangssymptomen von Stottern in Ordnung gebracht werden kann.

Die gesetzliche Einführung der Vorklassen und die Vermehrung der Kindergärten, die nicht hinausgezögert werden können und sollen, dürften auch dazu beitragen, daß Häufigkeit und Störungsausmaß des Stotterns vermindert werden, zumal dadurch auch die labile und nervöse Konstitution, der Nährboden für das Stottern, frühzeitiger angegangen werden kann.

Nicht zuletzt wird durch das unerläßliche Zusammenwirken mit dem Elternhaus und durch die Erziehungsberatung, die in diesem Alter noch besonders fruchtbar sein kann, manches Stotterunheil von den Kleinen abgewendet werden können. Vorbeugung wird immer sogar die erfolgreiche Behandlung in den Schatten stellen.

Bekanntlich tritt Stottern außer im 3. bis 4. Lebensjahr noch einmal häufiger und stärker nach dem Schulbeginn, also um das 6. bis 7. Lebensjahr, auf.

Es ist dringend geboten, alle stotternden Schulanfänger herauszufinden, sie sorgfältigst phoniatisch, psychologisch, psychiatrisch und logopädisch zu untersuchen, zu testen oder zu prüfen, um dann sofort, ehe die Störung fixiert wird, eine gezielte, umfassende Behandlung einzuleiten. Das wird leider auch noch heute oft versäumt, weil das Stottern ja noch nicht so schlimm ist, noch nicht so auffällt, ja nur bei Aufregungen vorkommt. Aber gerade dann ist die Einflußnahme, die keineswegs immer Sprechübung zu sein braucht, am erfolgreichsten. Weit schwieriger und komplizierter wird sie dagegen bei einer Stotterneurose, wozu jedes anfängliche Entwicklungsstottern ausarten kann, oft viel schneller, als Eltern ahnen können. Dann sind allerdings umfassendere Maßnahmen erforderlich. Leider bleiben auch heute noch manche dieser bedauernswerten Stotterer trotz aller Bemühungen ungelöste Rätsel.

Notwendigkeit differenzierender, mehrdimensionaler Stotterertherapie

Die als notwendig erkannte multifaktorielle Diagnostik der Stotterer verlangt auch eine kausalorientierte, umfassendere Therapie. Beides aber wirft erhebliche organisatorische und personelle Probleme auf. Es wird ein Team notwendig, das die vielschichtigen Ursachen und deren Schwerpunkte zu ergründen vermag. Außerdem werden Einrichtungen notwendig, wo die weitergehenden Therapieansätze möglich sind und aufeinander abgestimmt werden können. Eine nachgehende Fürsorge, Kontrollverfahren, Behandlungswiederholung bzw. -änderung, Abstimmung der beteiligten Therapeuten werden nicht zu umgehen sein.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß dafür zur Zeit noch am besten Sprachheilheime, Sprachheilschulen und spezielle klinische Einrichtungen geeignet sind. Die gegenseitige Hilfestellung der Mediziner, Psycho- und Sprachtherapeuten, Sprachheilpädagogen, Logopädinnen und Gymnastiklehrerinnen muß dabei gewährleistet sein. Entsprechende organisatorische Notwendigkeiten, räumlich, personell und technisch, müssen vorhanden sein. Weder eine unterrichtliche noch eine psychotherapeutische, noch eine logopädische, noch eine medikamentöse Behandlung reichen jeweils allein aus, um den neurotischen Stotterer von seinem Leiden zu befreien.

Beeinflussung des Milieus, Kontaktförderung, Abbau von Angst, Hemmungen, Unsicherheiten und Aggressionen, Aktivierung von Mut, Entschlossenheit und Selbstbeherrschung, ein Gespür für Überspannung und Lockerung, Mobilisierung und Regulierung von Sprachkräften, freies und gesteuertes Spielen, psychomotorische Förderung, musische Erziehung (Malen, Basteln, Singen, Musizieren), verbessertes Selbstbewußtsein durch sinnvoll gesteigerte Leistung u. a. müssen das Therapieprogramm abrunden. Technische Hilfen können diese Bemühungen erleichtern und intensivieren.

Je nach Alter, Entwicklung, Fähigkeiten, Temperament und Persönlichkeit des Stotterers, je nach Art, Grad und Kausalität seiner Störung sind Behandlungsschwerpunkte zu setzen, die natürlich auch zu gegebener Zeit verändert, kombiniert, eingengt oder erweitert werden können. Die Durchführung muß sowohl einzeln, in der Gruppe, in der Klasse oder im Milieu erfolgen können. Die Mitbeteiligung des Elternhauses wird meistens förderlich sein, manchmal allerdings auch die Bemühungen behindern.

Die geforderte Vielmöglichkeit darf allerdings nicht in ein therapeutisches Versuchsallerlei ohne Plan, Ziel und Konsequenz ausarten. Dadurch kann das Stottern nur verschlimmert werden. Kein noch so gutes Behandlungsprogramm kommt jedoch um die Beseitigung des Stotterns an sich herum, zumal die Wiederbeherrschung des Redeflusses auch die Mitteilungsfreude fördert und sozial und psychisch erheblichen Auftrieb bewirkt.

Extrapyramidales System im Zusammenhang mit dem Stottern

Obwohl das Sprechen und damit das Denken, als nur dem Menschen eigen, erst durch das Zentralhirn ermöglicht wird, spielen dennoch die phylogenetisch älteren Hirnsubstanzen für die Verwirklichung der Äußerungen eine wichtige Rolle. Bekannt ist, daß der Thalamus (Sehhügel) als zentral-subkortikale Sammelschaltstelle für alle sensibel-sensorischen Erregungen aus der Um- und Innenwelt gilt. Damit liegt hier gewissermaßen auch das »Tor zum Bewußtsein«. Darüber hinaus ist der Thalamus ein Koordinationszentrum, in dem Berührungs-, Schmerz-, Gleichgewichts-, Temperatur-, Geschmacks- und Eingeweideempfindungen miteinander verknüpft und in affektbetonter Weise gefärbt werden (Lust-, Unlustempfindungen u. a.). Außerdem ist dieses Hirngebiet maßgeblich an der Entstehung der Ausdrucksbewegungen und

Psychoreflexe beteiligt (PSCHYREMBEL, 50). Diese basalen Stammganglien im Mittel- und Zwischenhirn (extrapyramidales System) sind also ein wichtiges Organ, das nicht nur die unwillkürliche Körperhaltung, die unwillkürlichen Mitbewegungen der Gliedmaßen beeinflusst und reguliert, sondern auch die musischen Sprachmittel wie Tonfall, Klangcharakter, Lautstärke, Tempo, Dynamik, Rhythmik und Akzentuierung bewirkt (SCHILLING, 58).

Affektbetonte Einflüsse, Erregungen, Ängstlichkeit, Hemmungen finden ihren Niederschlag in motorischen Reaktionen, und zwar grobmotorisch (Abwehr- und Mitbewegungen), feinmotorisch (Handzittern) und ebenso sprechmotorisch (Wiederholungen, Blockierungen). Immer sind mit übersteigerten Erregungen abnorme Hypertonien im Sprechmuskelbereich gekoppelt.

Ein Schock kann einem die Stimme verschlagen. Die Angst schnürt die Kehle zu. Unsicherheit läßt das Wort in der Kehle stecken. Fehlendes emotionelles Gleichgewicht führt bei vielen Rednern zu komischen, unpassenden, aber immerhin noch nicht krankhaften Sprechreaktionen wie zu dauerndem Räuspern oder zu Flickwörtern (äh-äh, also, na-ja u. a.).

SEEMAN, SOVAK, BECKER, VOGT u. a. (63 und 2) stellen bei der Suche nach der pathophysiologischen Basis des Stotterns und nach den Ursachen der Hyperkinesen in der Sprechmuskulatur fest, daß die Labilität der vegetativ-affektiven Sphäre als Grundlage einer neuropathischen Konstitution ein günstiger Nährboden für die Entstehung des Stotterns ist und dadurch gesteigert wird. Sovak (2) findet eine Dystonie des vegetativen Systems bei 84,6 % der stotternden Erwachsenen und bei 88,4 % der stotternden Kinder. Diese Dystonie wird durch die gestörte extrapyramidale Tätigkeit verursacht, wodurch wiederum die Kontroll- und Ordnungsfähigkeit der Großhirnrinde geschwächt wird.

Seeman (63) sagt, daß die Symptome des Stotterns »durch dynamische Abweichungen entstehen, die durch starke Affekte hervorgerufen werden«. Er hält die Dys- bzw. Hypertonie für ein somatisches Merkmal des Stotterns, das es kausal bedingt. Die somatischen Symptome sind Anzeichen einer ungenügenden Hemmung der subkortikalen Mechanismen durch das Zentralhirn. Es sind keine Dauerzustände, die sich von selber erhalten, sie werden jedoch durch wiederkehrende Konfliktsituationen genährt.

»Wenn es bei einem disponierten Kinde zu andauernden Stottersymptomen kommt, bildet sich bei ihm ein geschlossener Kreis pathologischer Veränderungen psychischer und vegetativer Art. Die Angst vor dem Sprechen greift als mächtige Emotion störend in die Vorgänge in den subkortikalen Gebieten und in den vegetativen Zentren ein, welche wiederum rückwirkend die Störungen der kortikalen Vorgänge verstärken. Aus Angst vor dem Stottern wird die Tätigkeit des Striopallidums gestört, was die Entstehung der Hyperkinesen und der Hypertonien in der Muskulatur der Sprechorgane zur Folge hat. Bei häufigen Wiederholungen des Stotterns wird dieser pathologische Kreis als eine bedingte Verbindung gefestigt. Schließlich genügt eine leichte Unsicherheit im Sprechen oder schon die Vorstellung, einen bestimmten Laut nicht aussprechen zu können, um die Stotterer in eine so große Erregung zu versetzen, daß dadurch die beschriebene Verbindung und ein neuer Stotterfall hervorgerufen werden. Je nachdem, welche Teile des Striopallidums bei der Erregung subkortikaler Mechanismen ein funktionelles Übergewicht gewinnen, kommt es beim Stotterer zum klonischen Wiederholen oder zum tonischen Pressen und zum Entstehen verschiedener Mitbewegungen in der Artikulationsmuskulatur oder auch im Gebiet entfernterer Muskelgruppen.« (Seeman, 63, S. 317/318.)

Aus diesen Darlegungen ist zu folgern, welches logopädische Heilverfahren am besten diesen kausalen Gegebenheiten Rechnung trägt, welches am natürlichsten und leichtesten durchzuführen ist.

Kurze Analyse der logopädischen Stotterheilverfahren

Nicht zuletzt am Faktum des Sprecherfolges wird und muß auch der Erfolg einer Stotterbehandlung gemessen werden. Die logopädische Behandlung muß stets von einem einzelnen geleistet werden, wodurch sein Tun und Lassen sehr verantwortungsvoll und schließlich für das Ergebnis mitentscheidend ist.

Bisherige Methoden, die fast alle hier oder da einmal im Vordergrund standen, seien kurz aufgeführt:

- die beherrschte Entspannung,
- die gebärdende und sprechführende Mitbewegung der Hand,
- das melodisch-rhythmische Sprechen,
- das kauende Sprechen als Ausgangspunkt,
- der sichere Griff des weichen Einsatzes,
- die Normalisierung der Sprechlage,
- der auditiv erlebte und überwachte offene Klang,
- das Leisesprechen mit geringstem Kraftaufwand,
- das Anschwellen der Vokale bei Betonungen,
- die Atemregulierung durch Atemstütze oder Atemverteilung,
- die Dehnung der Akzentvokale,
- das Taktschlagen mit der Hand,
- die Gewöhnung an besinnende und entspannende Sprechpausen,
- das Erspüren der Losigkeit und Lockerheit des Sprechens,
- die Autosuggestion von Ruhe und Gelassenheit,
- die klare Denkvorstellung vor Sprechbeginn,
- das Training des Denksprechens, Mitdenkens und Abwartens,
- die Anwendung der Akzentschrift,
- die Akzentmethode,
- vom führenden Mitlesen und allmählichen Zurücktreten zum störungsfreien Lesen und Sprechen,
- das Lesen und Sprechen in Wortblöcken oder kleineren Satzeinheiten.

Weniger bekannt dürften die beiden folgenden Verfahren sein:

- das Ausseufzen vor Sprechbeginn und damit die Anbahnung eines Gespürs für Entspannung und
- die mit der Hand gewogene Schwereabstufung im Satz.

Es besteht kein Zweifel, daß alle angegebenen Hilfen irgendwie sprech- und spannungsregulierend in Ansätzen wirken können, bei ihrer Anwendung vom Sprechvorgang ablenken und daher oft frapierende Anfangserfolge aufweisen. Den älteren Sprachheilpädagogen sind noch sehr gut jene Scharlatane bekannt, die durch die Lande reisten und sich solche Anfangserfolge sehr gut honorieren ließen. Man kann sogar sicher sein, daß manche der obigen Hilfen, vielleicht auch kombiniert und vor allem konsequent angewandt, bleibende Erfolge gehabt haben, wenn auch noch sonstige psychische, sozial- und heilpädagogische Maßnahmen hinzugekommen sind.

Eine kurze Analyse dieser Verfahren möchte klärend wirken:

1. Die Verfahren sind alle darauf eingestellt, vom Stottern abzulenken, d. h. das sonst behindernde Versagensbewußtsein an die zweite Stelle zu rücken und die Konzentration auf Beachtung und Einhaltung der Sprechhilfe zu richten.
2. Fast alle Hilfen führen zu auffälligem, abnormem, wenn auch zunächst stotterfreiem Sprechen, was sowohl vom Sprecher selbst registriert und von der Um-

gebung als komisch und lächerlich empfunden und eben auch bemerkt wird. Deshalb wird der Stotterer diese Sprechweise wohl in der kontrollierten, aber kaum in der freien Situation anwenden.

3. Fast alle Hilfen konzentrieren sich auf Teilaspekte und versuchen, Teilbehinderungen des Sprechens anzugehen. Es wird nicht der normale, natürliche, ganzheitliche Vollzug von Atmung, Stimmgebung und Artikulation sowie auch gesamtkörperliche Mitbeteiligung bedacht und beachtet.
4. Fast alle Sprechhilfen, auch wenn sie kombiniert angewandt werden, sind gewissermaßen genormt und daher eingeengt, was der Vielschichtigkeit der Stottermerkmale nicht entspricht und daher eine differenzierende Therapie nicht zuläßt.
5. Manche Hilfen werden den Zusammenhängen der Sprechstruktur nicht gerecht, beachten also nicht die auditiven, sprechmotorischen, die zentralen und extrapyramidalen und schließlich auch die gesamtkörperlichen Fakten des Sprechvorgangs, deren Störungen ja gerade das Stottern verursachen.

Daraus ist zu folgern, daß solche Methoden am besten geeignet sind, die diese Schwierigkeiten vielleicht nicht vollständig, doch weitestgehend vermeiden, sich aber gegebenenfalls — je nach Typ, Temperament, Entwicklung und Persönlichkeit bzw. je nach Art und Grad des Stotterns (klonisch, tonisch, gemischt, inneres oder Stimmstottern, Mitbewegungen) — zusätzlich dieser oder jener Hilfe in ergänzender Weise bedienen. Beim Stimmstotterer muß man beispielsweise den weichen Stimmeinsatz erüben, immer ist das Gesetz der Sprech- und Stimmhygiene zu beachten usw.

Die beiden letzten Hilfen scheinen mir dafür am besten geeignet zu sein, wie in den beiden nächsten Kapiteln noch zu erläutern versucht wird.

Methoden, die Sprechentwicklungs- und Sprechleistungsstufen beachten, wie sie LÜKING, BECKER u. a. empfehlen, können die Stotterer auf Antrieb von ihrem Leiden befreien, dadurch ihre Sprechlust und Selbstsicherheit verbessern und ihre Sprechhemmungen allmählich abbauen. Leider aber ist es schier unmöglich, Leben und Unterricht ganz nach den innewahrenden Stufen auszurichten. Außerdem bringt der Übergang zur freien Rede erhebliche Schwierigkeiten und kann alles Mühen vergeblich werden lassen. Dann ist es sicher schon besser, wenn der Stotterer eine erprobte und bewährte, also schließlich auch akzeptierte Hilfe zur Verfügung hat, wenn er einmal wieder in Schwierigkeiten gerät. Mir haben manche behandelten Stotterer, auch solche, die studiert haben, oft noch nach Jahrzehnten versichert, daß sie nicht vom Übel geheilt seien, sich aber in besonderen, wenn auch nur selten auftretenden Situationen wieder darauf besinnen, wie sie ihr Sprechen wieder in den Griff bekommen können. Es ist doch als Erfolg anzusehen, wenn der Stotterer sich mit seiner Störung arrangiert hat, so daß sie seinen Weg nach oben nicht behindert.

Die Methode von FERNAU-HORN simplifiziert den Sprechstörungsablauf und die Sprechheilung und ist zu genormt und eingeengt, um der Vielschichtigkeit des Leidens gerecht zu werden. Die Verfasserin selbst wird sicher durch ihre jahrelangen Erfahrungen derartige Fehler zu vermeiden wissen.

Verhaltenstherapien nach JOHNSON, WESTRICH u. v. a., die besonders in Nordamerika sehr verbreitet sind, wollen das abwegige psychische und soziale Benehmen des Stotterers abbauen. Sicher ist neues Verhalten lern- und erziehbar. Schon seit ROTHE (56) gehört »Umerziehung« zum Programm jedes Sprachheilpädagogen. Sie können und müssen sogar mithelfen, aber sie können kaum von den Störungen des

Redeflusses befreien. Vielmehr ist die Fehlschaltung primär und die Fehlhaltung meistens sekundär und nicht umgekehrt. Alles spricht dafür, daß die kleinen Stotterer nicht mit einer Neurose geboren werden, sondern daß erst die Umwelt bzw. ein Schockerlebnis sie erzeugt.

Da der Stotterer die Sprache nicht beherrscht, muß er wegen deren Wichtigkeit für die Persönlichkeitsentfaltung und Leistungsfähigkeit in ernste Lebenskonflikte geraten. Es bleibt daher für den Stotterer von entscheidender Bedeutung, das fehlgeschaltete Sprechgeschehen in den Griff zu bekommen und sein damit verzwicktes Fehlverhalten zu korrigieren. Daher haben auch alle Stotterertherapiezentren, ob in Kliniken, Schulen oder Heimen, neben psychotherapeutischen, konstitutionellen, gymnastischen, psychomotorischen, medikamentösen u. a. Maßnahmen auch ihr Sprechübungsprogramm. Natürlicherweise herrscht dabei, sogar innerhalb einer Institution, ein zu großes Vielerlei, das grundsätzlich in diesem Ausmaß wohl kaum berechtigt erscheint.

Sicherlich muß und soll jeder ohne Normen und Formen seinen überlegten und gezielten Weg gehen können. Jedoch muß man auch Folgen und Grenzen solcher Freiheit bedenken, wenn sie therapiefreundlich werden. Beispielsweise darf bei Klassenlehrer- oder Therapeutenwechsel die frühere Behandlung nicht einfach liquidiert, sondern sie muß fortgesetzt und höchstens für den Stotterer unmerklich variiert werden. Jedenfalls sollte die Methodenfrage einmal wieder auf den Tisch kommen, um erneut gemeinsam zu klären, zu überlegen, zu prüfen und zu planen, um dadurch dem Stotterer besser dienen zu können.

Behandlung des Anfangsstotterns

Das kindliche Nervensystem steht während seiner Sprachentwicklung bis etwa zum 10. bis 12. Lebensjahr noch in der Reifung. Dadurch ist es für Schädigungen anfällig. Die Strukturierung der Hirnmasse geht bei Mädchen früher und schneller vonstatten, wodurch sich die größere Bereitschaft zum Stottern bei Knaben erklären ließe (Becker/Sovak, 2). Als spezielle individuelle Entwicklungsbehinderungen, die Stottern mitbedingen können, stehen fest: labile, nervöse Reiz- und Erregbarkeit, perinatal verursachte Hirnleistungsschwäche, Störungen in dem Zusammenwirken zentraler und extrapyramidaler Sprachkräfte, die zu Hypertonien im Sprechmuskelsystem führen.

Bei dem komplizierten neuromotorischen Sprechsystem stellen sich häufig in dieser Entwicklungsphase auch verschiedene andere Sprech- und Sprachstörungen ein, die das Stottern begünstigen können. Dazu zählen Lispeln, Stammeln, Näseln und organisch bedingtes Stammeln bei Spaltträgern, Dysgrammatismus, Wort- und Begriffsarmut, Ungeschicklichkeit beim Formulieren bei niederdeutschem Sprachmilieu, Rückstände in der sprechmotorischen Kombination, im Sprachgebrauch und Sprachverständnis, in der Wortfindung, Wiederholungen, Stockungen u. a. Sie werden normalerweise überwunden, können aber unter Umständen bei obengenannten endogenen Bedingungen durch exogene Einflüsse wie schwere akute psychische Belastung, durch anhaltende Konflikte mit der Umgebung (Erziehungsfehler, Strafen, Tadeln, Berufen, Wiederholen- und Luftholenlassen, Verspotten, Umstellen von Links- auf Rechtsseitigkeit u. a.) erst das Stottern auslösen und verstärken und es schließlich neurotisieren.

Aus dieser kurzen Erläuterung ergibt sich zwangsläufig das Behandlungsprogramm für stotternde Kinder.

Medizinisch sind reifungs- und konstitutionsfördernde, beruhigende und erregungsdämpfende Maßnahmen zu treffen.

Sozialpädagogisch ist das Verhalten der Umgebung so zu beeinflussen, daß die belastenden Milieu- und Erziehungsschäden und die falsche Sprachbeeinflussung beseitigt werden.

Logopädisch vollzieht sich die Stotterbehandlung indirekt, so daß sie dem Kinde nicht bewußt wird. Allerdings läßt sich die Behebung von sonstigen Sprechschwierigkeiten nicht umgehen. Sie muß überlegt und gezielt, aber auch kind- und leistungsgemäß vollzogen werden. Möglichst sind dabei Sprachgantheiten zu verwenden.

Auf dem Wege über die Behandlung eines Sprechfehlers ist auch schon manches Stottern verschwunden.

Das Fortschreiten über Sprechleistungsstufen ist zu empfehlen, weil dabei praktisch keine Stottersymptome aufzutreten brauchen und dadurch eine gute psychologische Wirkung erreicht wird, die Sprechauftrieb bewirkt.

Über das Nacherzählen einfacher Texte, das Umsetzen eines Gedankenganges in Sprache, über Bildergeschichten, Bildbeschreibungen, Aussagen an Hand von Diareihen oder Filmen, über Wiederholungsgeschichten, Geschichten zum Weiter-spinnen, mit Gesellschaftsspielen u. v. a. fördert man Sprechlust und Sprechgewandtheit und festigt Sprechsicherheit.

In Sonderstunden oder in Gruppen kann man gegebenenfalls noch individueller, also kausalspezifischer, verfahren, besser dosieren, variieren und ergänzen.

Das Kind steht damit in unausgesetzter, hemmungsfreier Sprechförderung und Sprechsicherung vor der Gruppe, Klasse, der Schul-, Heim- oder Hausgemeinschaft, beim Turnen, Basteln und im Unterricht. Treten aber dennoch wegen allzu großer Labilität, Erregung und Unsicherheit und vor allem wegen daraus resultierender Hypertonie Störungen auf, so kann man eine einfache, unkomplizierte, natürliche und unauffällige, aber dennoch sichere Herunterschaltung des Spannungspegels durch ein gekanntes Ausseufzen vor Satzbeginn erreichen. Es darf kein Luftholen, d. h. bewußtes und gewolltes Einatmen, damit gekoppelt sein. Es werden nach dem Seufzakt Mund und Nase nur offen gehalten. Der Sprechreiz holt sich bekanntlich den aussagegemäßen Atem (Wulff, 76). Dagegen erwirkt willkürliches Luftholen immer eine Hypertonie, was man durch Vormachen sehr gut demonstrieren kann. Der Ausseufzakt aber erzielt nicht nur Entspannung, sondern auch Beruhigung, mehr Sicherheit, Gedankenordnung und neutralisiert die affektiven extrapyramidalen Störungskräfte.

Gesundes, natürliches, gewohnheitsmäßiges Ausseufzen muß aber erst erspürt, erlebt und gemeistert werden. Zuerst wird das Entspannen und Lösen besser durch begleitende Hand-, Rumpf- und Kopfentspannung und vertieftes Ausseufzen verdeutlicht, bis man es schließlich unmerkbarer und dennoch exakt und wirksam vollziehen kann. Allgemeine Entspannungs- und Ausseufzübungen werden sowieso bei psychomotorischen Übungen sehr intensiv betrieben. Meistens kommt man bei konsequenter Anwendung mit dem Entspannungsseufzer als Hilfe aus, um die Hypertonie und damit diese Ursache des Stotterns nicht aufkommen zu lassen, wenn auch die sonstigen notwendigen Maßnahmen getroffen werden.

Günstiger als die Einzelbehandlung ist die in der Gruppe, im Heim, in der Klasse oder einer Arbeitsgemeinschaft, weil Atmosphäre, unauffällige Lenkung einerseits und Selbst- und Sozialbewährung andererseits besser zum Tragen kommen können. Schließlich bringt auch die stetig verbesserte Arbeitsleistung den nötigen und anhaltenden Ansporn und ein verbessertes Selbstwertgefühl mit sich.

Bei resistenten Fällen, die vereinzelt vorkommen, muß man sich je nach Typ und Status etwas anderes einfallen lassen. Vielleicht gibt es passendere Hilfen, vielleicht auch die, die im nächsten Kapitel beschrieben wird und für ältere Schüler und Erwachsene angewandt werden kann, bei denen sich das Leiden manifestiert hat.

Behandlung des neurotischen Stotterns

Bei diesen meist neurotischen oder hirnganisch bedingten Stotterformen liegen im Vergleich mit dem Frühstottern andere Gegebenheiten vor, die andere Maßnahmen erfordern. Stottersymptome und Verhaltensstörungen haben sich bei ihnen gegenseitig hochgeschaukelt und sind zur Gewohnheit bzw. zum Zwang geworden, zuweilen noch gekoppelt mit eingeschliffenen Mitbewegungen und Grimassen.

Es liegt auf der Hand, daß Psycho- und Medikamententherapie Sache des Facharztes ist wie ebenfalls die Behebung der Neurose. Die unterstützenden Möglichkeiten einer Sprachheilschule oder eines Sprachheilheimes mit ihren speziellen organisatorischen, didaktischen und therapeutischen Möglichkeiten sollten aber nicht unterschätzt werden (Wulff, 70). Auch die Umerziehung (Rothe, 56), eine Art Verhaltenstherapie, kann man in diesen Einrichtungen umfassend, gezielt und differenzierend durchführen, soweit es die betroffenen Schüler von Volks- und Realschulen angeht.

Für die Behandlung stotternder Berufs-, Handels- und Gymnasialschüler gibt es z. Z. in Hamburg nur Kurse. Hier werden sie teils einzeln, teils ergänzend in Gruppen behandelt. Dabei sollte die stärkere Beteiligung der Medizin künftig überlegt und gesichert werden.

Viele ältere, besonders auch auswärtige stotternde Schüler und Erwachsene suchen das Sprach- und Stimmheilzentrum des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf auf, wo man sie in einem Gesamtteam teils ambulant, teils stationär diagnostiziert und therapiert und wo man auch gemeinsam an dem Problem »Stottern« arbeitet (47 und 48). Auch die Zusammenarbeit mit allen anderen Sprachheileinrichtungen ist angebahnt. Ohne eine logopädische Behandlung kommt man aber auch hier nicht aus. Sie wird sich in diesen Altersgruppen noch mehr nach den persönlichen Schwierigkeiten ausrichten und sich nunmehr, anders wie bei kleinen Stotternern, mitdenkend, bewußt und aktiv vollziehen. Jede Therapiehandlung muß diesen Stotternern verständlich gemacht werden, und der Sprecherfolg bei Innehaltung der gebotenen Hilfe muß ihnen die Richtigkeit bestätigen.

Der Sprachheilpädagoge muß daher seine logopädische Auswahl nach der multifaktoriellen Diagnostik und nach seiner eigenen Beobachtung sehr sorgfältig überlegen. Er muß daher auch ein gewisses Therapiereservoir zur Verfügung haben. Aber nach der Entscheidung muß er konsequent verfahren und nur in begründeten Ausnahmefällen wieder wechseln. Es sind am besten solche Heilhilfen zu wählen, die den Bedingungen der folgenden Punkte weitestgehend entsprechen.

1. Die Heilhilfe muß dem ganzheitlichen Sprechvollzug entsprechen, wobei also Atmung, Stimme und Artikulation und gegebenenfalls sogar Mimik und Gestik als neue Gestalt gesehen werden (Wulff, 73). Isolierte Atem-, Stimm- oder Lautbildungsübungen sind grundsätzlich ungeeignet und auch nicht erforderlich. Es sei denn, daß selbst Ruheatmung (Asthma) oder Phonation (Hyper- oder Hypokinesen, spastische Dysphonie, Aphonie) behindert sind. Diese Fälle sind jedoch selten und erfordern selbstverständlich ein anderes Behandlungskonzept.
2. Die Heilhilfe muß die übersteigerte Affektivität und Erregung und die daraus resultierende Hypertonie der Sprechmuskulatur, die in ursächlichem Zusammenhang mit den Blockierungen und Wiederholungen stehen, abbauen können.

Offenbar läßt sich dabei gleichzeitig die verlorengegangene zentrale Kontrolle und Initiative und infolgedessen die Harmonie zwischen zentralen, extrapyramidalen und muskulären Sprechimpulsen wiederherstellen. Das zentrale Ich würde dann wieder Ausdruck und Aussage auch im motorischen Ablauf meistern können.

3. Die Heilhilfe muß außerdem dem sprechhygienischen Prinzip entsprechen. Sie muß deshalb müheloses, offenes und dennoch volkstümlich korrektes Sprechen sicherstellen. Ist das auf Antrieb nicht möglich, sollte eine Sprecherziehung nebenherlaufen. Eine nuschelige, überhöhte, schreiige, zu tiefe, zu schnelle, zu undeutliche Sprechweise würde nur unangenehm auffallen, bekrittelt werden und gar zu leicht zusätzlich Schocks verursachen.

Der Stotterer muß vielmehr Freude und Stolz an seiner guten, zumindest normalen Aussprache haben können. Sie wären sogar ein wirksamer Heilfaktor. Der Grad dieser Sprechpflege mag sich nach Beruf, Stellung und Persönlichkeit richten. Allerdings sollten Therapeuten überzeugend belehren und vormachen können. Sprachheilpädagogen und Logopäden sollten deshalb auch Sprech-erzieher sein.

4. Die Heilhilfe sollte kein allzu absonderliches und auffälliges Sprechgebaren zeigen, weil sich der Stotterer damit im Alltag schwer tut, sich albern vorkommt, von anderen belächelt und dadurch irritiert und noch mehr belastet wird. Solche Methoden mögen unter Kontrolle wirksam sein, im Sprechalltag werden sie doch nicht angewandt.

Eine Sprechhilfe, die diesen Bedingungen weitgehend gerecht wird, ist die Schwereabstufung im Satz, die durch eine Wiegegebärde der offenen Hand, zuerst vielleicht beider Hände, charakterisiert werden kann. Der Ausschlag nach unten mißt gewissermaßen die Schwere, den Druck, die Dynamik, den Akzent. Man unterscheidet nach LOCKEMANN (36 bis 38) u. a. die Hauptschwere als polare Spannung, die nur einmal im Satz vorkommt, Halb- und Vollschreren. Alles andere ist Beiwerk, wird ohne »Gewicht« gesagt.

Sprechen in gleichmäßiger Lautstärke ist genauso wie leierndes Lesen, dauernd überlautes Reden oder Schreien oder auch die Ausstattung eines Lautes oder Wortes mit maßlos übersteigerter Sprechkraft aus Angst vor ihm (Toni) als völlig unnatürlich anzusehen. Dagegen muß die Wiederherstellung der sinnfassenden Betonung (Dynamik), unterstützt durch die wiegende Schwereabstufung mittels Hand, weil man anders der eingewöhnten übermächtigen Sprechunordnung nicht Herr werden kann, als Sprechregulierung und sogar als ein Weg zur Sprechpflege bezeichnet werden.

Wenn man daher dem Stotterer erläutert, daß das übliche Daherlesen, wie es im Leseunterricht oft anerzogen wird, zu eintönig, zu plapperhaft, zu wenig ausdrucksvoll und auf den Zuhörer zu wenig wirksam ist, daß erst angemessene Akzentuierung sinnfassend und verständlich wird, hat man schon sein Interesse mobilisiert. Erklärt man ihm dann weiter, wie im deutschen Sprachgebrauch die Schwereabstufung (Akzentuierung) abläuft, die an Beispielen evtl. an der Wandtafel deutlich gemacht und durch Punkte (Hauptschweren) und rechte (Vollschwere) und linke (Halbschwere) Akzente markiert wird, die man an Hand von Leseabschnitten vormacht und nachahmen läßt, so vermag schon allein dadurch das bisher gestörte Lesen störungsfrei zu werden. Lesen die Stotterer aber sowieso symptomfrei, so kann man dennoch um so viel leichter von dieser Art akzentuierenden Lesens ausgehen. Die meisten Stotterer aber brauchen noch eine zusätzliche Steuerungshilfe, die zugleich das

Tempo (Poltern) und vor allem die Dynamik (Stottern) reguliert, die gesamtkörperlich miterlebt und buchstäblich mit der Hand erfolgt. Es ist, wie schon gesagt, das Abwiegen der Satzschweren mit den offenen Händen nach oben. Der Ausschlag nach unten zeigt den Schweregrad an, die Aufwärtsbewegung der Hände erfolgt bei dem unbetonten Satzbeiwert. Man kann dabei die verschiedenen Schweren, besonders die Hauptschwere, sehr schnell erfassen. Dieses Spiel wird zunächst vom Therapeuten vorgemacht, etwa an einem Abschnitt, dabei vom Stotterer mitempfunden und schließlich selbst gespürt. Ausreichend geübt, wird dabei das Stottern überwunden. Ein solches Betonungsspiel, vom ganzen Menschen getragen, bereitet sogar noch Spaß, wird akzeptiert und gern mitgemacht.

Es ist zweckmäßig, das Abwiegen zuerst sehr deutlich auszuführen, um auch die Unterschiede zwischen Halb-, Voll- und Hauptschweren in den Griff zu bekommen. Es soll sogar im Ausmaß der Bewegung allmählich zwar geringer, aber immer differenziert bleiben. Es muß betonungsmäßig, also sprechdynamisch, gerecht sein und nicht zu einer Farce, zu einer leeren Begleitung werden. Nur dann bleibt auch das Ablenkungs- und Regulierungsmoment erhalten, auch wenn vom Nachsprechen zum Lesen, Nacherzählen, Telefonieren, Beschreiben, Berichten, Unterhalten, Vortragen und Diskutieren fortgeschritten wird.

Das Üben vor der Gruppe, der Klasse, der Schulgemeinde und vor sonstigem Publikum ist nicht zu vernachlässigen. Schließlich kann das Mittun der Hand als Geste, die kaum bemerkt wird, zum guten Vortrag gehören. Damit kann sich der Stotterer eine Hilfe zu eigen machen, die in etwa alle genannten Forderungen erfüllt, verständlich und erlernbar ist, seine Sprechweise symptomfrei und redewirksamer werden läßt, immer zur Hand ist und dennoch einfach, natürlich und im ganzheitlichen Sinne sprechgemäß bleibt.

Der Rahmen dieses Artikels reicht allerdings nicht aus, um auf praktische Einzelheiten einzugehen. Dazu könnte eine Einführung in die Schwereabstufung an Hand von Lesetexten, wobei die Halb-, Voll- und Hauptschweren durch Links-, Rechtsakzente und einen Punkt gekennzeichnet wären, also gewissermaßen Übungsbeispiele, dienen. Jedoch kann das jeder selbst, wer sich mit dem Satzschwereproblem befaßt hat. Man scheut sich außerdem auch, wieder ein »Übungsbuch für Stotterer« aufzulegen.

Betont sei, daß dieses Verfahren nichts mit Methoden zu tun hat, die auf Satzmelodie, Satzrhythmus, Satzband u. a. aufbauen. Hier geht es nur um die Steuerung der Dynamik und damit der Regulierung der Erregung durch eine Gegenbesinnung und Gegensteuerung, der Unterbindung der Hypertonie und überhaupt jeder Überanstrengung im Sprechvorgang. Damit wird den sprechschädigenden Auswirkungen des extrapyramidalen Bereichs der Boden entzogen und die zentrale Kontrolle und Initiative in der Sprechverwirklichung wiedergewonnen. In diesem Sinne kann diese beschriebene Hilfe für die Stottertherapie von Nutzen sein.

Wenn mit dieser Bilanz nicht nur neues Besinnen, Forschen und Aktivieren, sondern auch eine logopädische Abklärung und Anregung erreicht worden ist, ist der Zweck voll erfüllt.

Literatur:

1. Bauer, H.: Die Differenzierung und Abgrenzung der einzelnen Formen des Polterns und Stotterns. Tagungsbericht Deutsche Gesellschaft, 1971. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
2. Becker, Kl. P., und Sovak, M.: Lehrbuch der Logopädie. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1971.

3. Becker, Kl. P.: Bildung, Erziehung und Therapie stotternder Schüler. Sonderschule, 2. Beiheft, 1965.
4. Becker, Kl. P., Stange, G., und Pawlowa-Zahalkova, A.: Zur logopädischen Stotterbehandlung. Sonderschule, 1. Beiheft, 1970.
5. Bendikowski, H.: Über die Bedeutung des Sprachlabors in der Arbeit mit Stotterern. Sprachheilarbeit, 1971, Heft 3.
6. Berg, K. H.: Zur Diagnose, Typologie und Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher. Sprachheilarbeit, 1965, Heft 1/2.
7. Block, W.: Bericht über Stand und Erfahrungen der Teamarbeit bei Stotterern in Hildesheim. Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1962.
8. Block, W.: Aufbau und Organisation der stationären Abteilung für Stotterer in Hildesheim. Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1962.
9. Bochnik, H. J., u. a.: Stottern als multifaktorielles Problem. Tagungsbericht Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1962.
10. Bokelmann, H.: Stottern und psych. Fehlentwicklung. Tagungsbericht Deutsche Gesellschaft, 1971. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
11. Brankel, O.: Sprachstörungen und ihre Behandlung im Team. Tagungsbericht, 1958.
12. Dannenberg, H. D.: Eltern der Stotterer, psychische Strukturmerkmale und Dynamismen. Tagungsbericht, 1971. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
13. Domenig, K.: Die Akzente der Sprache aus phonetischer, sprachpsychologischer und logopädischer Sicht. Der Sprachheilpädagoge, 1/1972, Wien.
14. Drach, E.: Grundgedanken der deutschen Satzlehre, Frankfurt a. M. 1937.
15. Fernau-Horn, H.: Die Sprachneurosen, Hippokrates, Stuttgart 1969.
16. Friese, A.: Symptombehandlung — aber wie? Sprachheilarbeit, 1971, Heft 6.
17. Froeschels, E.: Lehrbuch der Sprachkrankheiten, Wien 1931.
18. Fröhlich, F.: Befreiende, aufbauende Spiele im Rahmen der Stotterer-Behandlung. Tagungsbericht, Bremen 1971.
19. Fröhlich, F.: Stottererbehandlung in der Oberstufe, Festschrift: 50 Jahre Arbeit an schwerhörigen und sprachkranken Kindern in Hannover, 1964.
20. Führing, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes, 3. Aufl., Wien 1966.
21. Heese, G.: Verhütung und Behandlung des Stotterns. Marhold, 2. Aufl., 1962.
22. Hennig, W.: Beitrag zur Erforschung des Stotterns. Erz. und Psychol., 12/1959.
23. Heß, M.: Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Universitäts-Verlag, Freiburg 1959.
24. Huth, A.: Motorische und ak. Faktoren im Rahmen der Stottererbehandlung. Tagungsbericht der Arbeitsgem. für Sprachheilpädagogik, Hildesheim 1962.
25. Iwert, H.: Ein Fall von Stottern, LRS und Verhaltensstörungen. Tagungsbericht Bremen 1971. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
26. Iwert, H.: Ein Beitrag zur stationären, psychotherapeutischen und heilpädagogischen Behandlung der Stotterer. Erz. und Unterr. beh. Kinder und Jugendlicher. Marburg 1965, Bd. 1.
27. Jeßler, Fr.: Stottererbehandlung durch Bewegungstherapie, Atem- und Stimmsicherung, Sprachheilarbeit, 4/1966.
28. Kainz, Fr.: Psychologie der Sprache, 4 Bände. Stuttgart 1941/54.
29. Knura, G.: Das Problem der gestörten Konzentrationsleistung bei stotternden Schülern. Sprachheilarbeit, 4/1970.
30. Kögel, K. G.: Die Umerziehung stotternder Kinder im Rahmen der stationären Beh., Tagungsbericht der Arbeitsgem. für Sprachheilpädagogik, Hildesheim 1962.
31. Kuchner, S.: Stottererbehandlung aus verhaltenstherap. Sicht. Sprachheilarbeit, 4/1970.
32. Kumetat, H.: Leselehre oder Lesetechnik? Pädagog. Rundschau, 1953.
33. Kurka, E.: Ein Beitrag zur Übungsbehandlung des Stotterers. Wissensch. Zeitschrift der Universität Halle, 1962.
34. Krech, H.: Die kombiniert-psychologische Übungsbehandlung des Stotterers. Phoniatrie, Barth, Leipzig 1963.
35. Liebmann: Vorlesungen über Sprachstörungen. Berlin 1898.
36. Lockemann, Fr.: Die Spannung des Satzes und das Lesen. Sprechk. und Sprecherz., Lechte, Emsdetten 1951.

37. Lockemann, Fr.: Die Satzgestalt als wirkende Kraft. Zeitschrift Das gesprochene Wort, 1938.
38. Lockemann, Fr.: Lebendiges Lesen. Zeitschrift für Deutsche Bildung, 1939.
39. Lüking, P.: Das didaktische Verfahren im Therapieplan bei der Behandlung stotternder Kinder. Sprachheilarbeit, 1958.
40. Maschka, Fr.: Das Koordinationsprinzip in der Behandlung des Stotterns. Sprachheilarbeit, 4/1957.
41. Maschka, Fr.: Zur Problematik der häuslichen Übung. Sprachheilarbeit 2/1967.
42. Maschka, Fr.: Die Thematik des Stotterns unter anthropologischen Aspekten. Sprachheilarbeit, 4/1962.
43. Maschka, Fr.: Das Problem des Stotterns im Rahmen der Reflexlehre. Sprachheilarbeit, 1961, Heft 1/2.
44. Mühlhausen, G.: Gruppentherapie, Möglichkeiten mit Stotterern. Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1965. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
45. Orthmann, W.: Die Bedeutung der Sprecherziehung für Verhütung und Beseitigung von Sprachstörungen. Tagungsbericht. Marburg 1965. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
46. Orthmann, W.: Die Stimmbildung in der Stotterertherapie. Tagungsbericht, Köln 1967. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
47. Pascher, W.: Konzept einer interklinischen und interdisziplinären Zusammenarbeit bei kindlichen Sprachstörungen. Tagungsbericht, München 1967. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
48. Pascher, W., und Heidemann, B.: Erfahrungen in einem interdisziplinären Untersuchungsprogramm bei sprachgestörten Kindern. Tagungsbericht, Bremen 1971. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
49. Patzke, H.: Zur Übungsbehandlung von Sprechrhythmusstörungen nach der Akzentmethode von Svend Smith. Sprachheilarbeit, 1/1971.
50. Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch. Gruyter, Berlin 1969.
51. Radtke, J.: Gedanken über die Stellung des Unterrichts im Rahmen der Stotterertherapie. Ehrengabe der Schulbehörde Hamburg 1960.
52. Resch, D.: Dynamischer Gehalt des Sprechens und Berücksichtigung sprachlicher Elemente als Prinzipien des Unterrichts für Stotterer. Schulische Betreuung sprachbeh. Kinder. Marhold, Berlin 1972.
53. Richter, E.: Die Übungstherapie des Stotterers in der Sprachheilschule und Ambulanz. Sprachheilarbeit, 1/1968.
54. Richter, E.: Zur Verwendung des Films in der Therapie des Stotterers. Sprachheilarbeit 1959, Heft 2 und 3.
55. Richter, E.: Über die Fremd- und Selbststeuerung in der Therapie des Stotterers. Sprachheilarbeit, 6/1970.
56. Rothe, C.: Die Umerziehung, Halle 1929.
57. Schilling, A.: Die Behandlung des Stotterers. Fol. Phon. 17, 1965.
58. Schilling, R.: Das kindliche Sprechvermögen. Freiburg/Br. 1956.
59. Schönhärl, E.: Das physiologische Stottern beim Kleinkind aus der Sicht des Phonieters. Tagungsbericht. Hamburg 1960. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
60. Schultheis, J. R.: Tiefenpsych. Aspekte des Stotterns. Sprachheilarbeit, 1/1971.
61. Schulze A.: Zur Bedeutung von Erziehung und Unterricht bei der Behandlung schwer sprachgestörter (stott.) Schulkinder. Sprachheilarbeit, 2/1967.
62. Schultz, J. H.: Das autogene Training. Thieme, Stuttgart 1964.
63. Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Marhold, Halle 1959.
64. Spink, H.: Zum Problem der Beh. stotternder Kinder in der Sprachheilschule. Ehrengabe der Schulbehörde, Hamburg 1960.
65. Staps, H.: Zeichnen und Werken im Dienste der Sprachtherapie. Tagungsbericht, 1964. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
66. Westrich, E.: Der jugendliche Stotterer in seiner Selbstdarstellung. Braunweiler 1968.
67. Wiechmann, J.: Übungen und Praktiken in der Stotterertherapie. Tagungsbericht 1964. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.

68. Wiedmann, J.: Der gegenwärtige Stand der Stottererforschung und die Folgen für die Therapie. Neue Blätter für Taubstumm-Bildung, 1965.
69. Winkler, Chr.: Lesen als Sprachunterricht. Henn-Verlag, Ratingen 1962.
70. Wulff, J.: Anregungen z. Stottererbehandlung, Folge 16 der Übungsblätter zur Sprachbehandlung.
71. Wulff, J.: Fragen der inneren und äußeren Umgestaltung der Stotterertherapie. Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik, 1955 (vergriffen).
72. Wulff, J.: Die Früherfassung und Frühbehandlung stotternder Kinder. Tagungsbericht, 1955.
73. Wulff, J.: Die ganzheitliche Sicht in der Sprach- und Stimmbehandlung und deren sprach- und entwicklungspsychologische Grundlagen. Akademische Reihe, Akademischer Verlag, Frankfurt 1968.
74. Wulff, J.: Motorische und akustische Fakten in der Sprach- und Stimmbehandlung. Tagungsbericht, 1962.
75. Wulff, J.: Organisation der Sprachheilarbeit in Hamburg. Tagungsbericht, Berlin 1958.
76. Wulff, J.: Das Atemproblem in der Sprach- und Stimmbehandlung. Tagungsbericht, 1964.

Bücher und Hefte zur Aufklärung und Therapie des Stotterns:

1. Bienath, J.: Ist die schwarze Köchin da . . ., Domino-Verlag, München 1970.
 2. Dahlmann-Stolzenbach, G.: Rätselraten ist gefährlich, weil man sich den Kopf zerbricht. Domino-Verlag, München 1964.
 3. Denneborg, H. M.: Denneborgs Geschichtenbuch. Maier, Ravensburg 1969.
 4. Friedländer, M.: Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 5. Grunwald, L.: Das Bilder-Sprachbuch. Dokter, Weissenthurm 1962.
 6. Grunwald, L.: Bilder-Sprachgeschichten. Dokter, Weissenthurm 1967.
 7. Heim, E.: Gesellschaft für jung und alt. Bärenreiter, Kassel 1960.
 8. Kern, A.: Gritzly I und II. Herder, Freiburg 1958.
 9. Kölln, H., und Westermann, A.: Lesebuch für Grundschüler. Westermann, Braunschweig 1968.
 10. Kreuz, R.: Schlau wie der Fuchs. Hirschgr., Frankfurt, Nr. 4143.
 11. Kumetat, H.: Blütenreigen. Diesterweg, Berlin 1962.
 12. Lück, K.: Stöffele Pantöffele. Thienemann, Stuttgart 1961.
 13. Metzger, J.: Spielzeug damals, heute, anderswo. Ullstein, Berlin 1964.
 14. Minck, J.: Ri-Ra-Rutsch. Ullstein, Berlin 1958.
 15. Möhring, H.: Stottererprofil.
 16. Schneider, P.: Wenn dein Kind anfängt zu stottern. Klett, Stuttgart 1950.
 17. Schreiber, Th.: Kleines Geschichtenbuch. Klett, Stuttgart.
 18. Schreiber, Th.: Muschi. Klett, Stuttgart.
 19. Schulze, A.: Die sprachheilpädagogische Spielserie, Folge 12 der Übungsblätter zur Sprachbehandlung. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 20. Staps, H.: 50 Geschichten zum Weiterspinnen. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 21. Tauchelt, G.: Fünf Kinder und ein Onkel. Diesterweg, Frankfurt 1969.
 22. Tümmel, E.: Neue Rätselstiege. Thienemann, Stuttgart 1967.
 23. Weber, A. u. H.: Märchen zum Lesen. Hirschgraben V., Frankfurt Nr. 352.
 24. Wiedmann, J.: Hilfen für die Behandlung von Stotternern, Folge 17 und 18 der Übungsblätter zur Sprachbehandlung. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 25. Wulff, J.: Sprechfibel. Reinhardt Verlag, München, 3. Auflage 1971.
 26. Wulff, J.: Übungsblätter zur Sprachbehandlung, Folgen 1—8, 10, 14—16. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 27. Wulff, J.: Wenn ein Kind nicht richtig spricht. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
 28. Zechbauer, W.: Guten Tag, Herr Doktor. Domino-Verlag, Brinek, München 1970.
- Fast alle Kinder- und Schulbuchverlage bieten eine Fülle von Heften und Büchern an, die sich sehr gut für Sprechförderung und Sprechsicherung eignen.

Anschrift des Verfassers: Johannes Wulff, 2 Hamburg 56, Mechelnbusch 25.

50 Jahre Sprachheilschule Karolinenstraße 35

Am 24. April 1922 richtete die Oberschulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg die zweite Sprachheilschule für das Gebiet rechts der Alster ein. Im Oktober 1912 war bereits eine Sprachheilschule gegründet worden, die vorwiegend die Stadtteile links der Alster betreute. Die neugegründete Sprachheilschule sollte sprachbehinderte Volksschüler aus den rechts der Alster liegenden Stadtteilen St. Pauli, Eimsbüttel und Eppendorf aufnehmen. Sie begann ihre Arbeit in den Räumen der aufgelösten Realschule Seilerstraße 42 unter der Leitung des Kollegen Früchticht.

Zuerst ging es nur darum, stotternden Schülern zu helfen. Bei der Gründung der zweiten Sprachheilschule konnte Hamburg schon auf eine lange segensreiche Arbeit mit Sprachbehinderten zurückblicken. Im Juli 1832 hatte der Taubstummenlehrer Otto eine Schrift mit dem Titel »Das Geheimnis, Stotternde und Stammelnde zu heilen« herausgegeben. Demzufolge war zunächst der Taubstummenlehrer der Fachmann für Sprachbehinderungen, nicht der Volksschullehrer. Mit der Ausbreitung des Hilfsschulgedankens — u. a. durch A. Gutzmann — ging ein so starker Impuls aus, daß sich auch in Hamburg Männer fanden, die sich zu tatkräftiger Hilfe für stotternde Kinder entschlossen. Die beiden Schulpfleger Reimers und Weltzien stellten dem zuständigen Schulrat zwei Stotterer vor, die sie auf eigene Kosten mit Erfolg hatten unterrichten lassen. Damit war die Besserung dieses Leidens erwiesen, und beide entwarfen darauf einen Plan zur umfassenden Bekämpfung des Stotterns. Ein Mitglied der Bürgerschaft (W. Rump) stellte dann am 28. Februar 1888 folgenden Antrag: »Die Bürgerschaft ersucht den Senat, die Oberschulbehörde zu veranlassen, in Erwägung zu ziehen, ob ein spezieller Sprachunterricht für stotternde Schulkinder einzuführen ist.«

Dieser Antrag wurde mit knapper Mehrheit abgelehnt. Darum gründeten 14 Tage später die Bürger Rump, Reimers, Weltzien und der Direktor der Taubstummenanstalt Söder den »Verein zur Heilung stotternder Volksschüler«.

Anders als in vielen Ländern — vor allem in Preußen — ging die Initiative, dem Stotterer zu helfen, nicht von den Behörden, sondern von privater Seite aus. Ein Aufruf an die Bevölkerung erbrachte die dazu notwendigen Geldmittel. Nach wenigen Wochen lag auf Ersuchen des Vereins das Resultat einer Umfrage vor: Unter 58 354 Schülern in Hamburg waren 446 (305 Jungen und 141 Mädchen) so schwer in ihrer Sprache behindert, d. h. sie stotterten, daß der Verein beschloß, ihnen zu helfen. Bei dieser Erhebung ergab sich, daß 1,08 % der Schüler stotterten. Diese Zahl stimmt annähernd heute noch, denn in der Fachliteratur wird der Anteil der Stotterer an der Gesamtschülerschaft etwa mit 1 % angegeben.

Im September 1888 begann die Sprachheilarbeit in acht Gruppen mit 85 stotternden Jungen. Die gründliche Belehrung und Einführung der Lehrer in die Methode Gutzmann hatte H. Söder übernommen. Die Schulbehörde stellte den Gruppen Klassenräume zur Verfügung. Die Bezahlung der Lehrer für diese Kurse regelte der Verein.

Nach zwölfjähriger erfolgreicher Arbeit übernahm am 31. März 1900 die Schulbehörde diese Kurse in eigene Verwaltung. Aber erst zwölf Jahre später wurde im Oktober 1912 eine Gruppe stotternder Jungen des dritten Schuljahres zu einer Klasse unter Leitung von Carrie zusammengefaßt (1). Damit war die erste Stufe

für eine Sprachheilschule in Hamburg geschaffen worden, die in den folgenden Jahren nicht nur stotternde Schüler, sondern auch solche mit anderen Sprachbehinderungen — vor allem schwere Stammerler und Kinder mit LKG-Spalten — aufnahm.

Die zweite Sprachheilschule Hamburgs entwickelte sich also aus den Kursen und den Erfahrungen der ersten Schule. Ostern 1925 zog sie von der Seilerstraße in das Gebäude Altonaer Straße 58. Hier erweiterte sie sich bis 1927 zu einer elfklassigen Einrichtung. Nach einer Verlegung in das Gebäude Felix-Dahn-Straße 7 fand die Schule am 28. Mai 1943 ihren endgültigen Sitz in der Karolinenstraße 35, wo sie bis heute unter ungünstigen baulichen Bedingungen ihre Arbeit am sprachbehinderten Kind leistet. Unter den Schulleitern Früchticht (von 1922 bis 1933), Rödler (bis 1935) und Lambeck (bis 1950) konnte die zweite Sprachheilschule Hamburgs ihren inneren Aufbau festigen und ihre Arbeit erweitern und verbessern. Viele Fachpädagogen kamen, um sich das sogenannte »Hamburger System« anzusehen, hier zu lernen und Brauchbares zu übernehmen.

Inzwischen war der Ausbau des Hamburger Sprachheilwesens weiter vorangetrieben worden. 1938 kamen die Sprachheilschulen in Altona, Thadenstraße (jetzt Bernstorffstraße 147), und in Harburg, Eißendorfer Straße (jetzt Baererstraße 81), hinzu. Die Machtergreifung durch die Nationalsozialisten und der Zweite Weltkrieg führten zu einem Rückschlag in der bisher geleisteten Arbeit. Um so mehr Anerkennung verdienen die Energie und die Tatkraft aller Sprachheillehrer Hamburgs, die den Wiederaufbau vorantrieben, nach neuen Wegen suchten und auch die Möglichkeiten der Hilfe verbesserten. Hamburg konnte bald wieder seine führende Rolle in der Rehabilitation Sprachbehinderter herstellen.

Wenn man das seit 1939 geführte Gästebuch der Schule durchblättert, so ist man erstaunt über die vielen Namen, die dort zu finden sind und im Bereich der Sprachheilpädagogik zum Teil weltweiten Ruf genießen. Neben Fachleuten aus der Bundesrepublik sind es vor allem Kollegen aus den Nachbarländern Österreich, Schweiz, Luxemburg, Belgien, Holland, England, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Tschechoslowakei und Griechenland; aber auch aus überseeischen Ländern wie Chile, Uruguay, USA, Südafrika und Japan kamen Sprachheilpädagogen, um sich die Schule anzusehen.

Während anfangs für alle Lehrer an den beiden Sprachheilschulen Hamburgs die Methode Gutzmann vorgeschrieben war, die in den zwanziger Jahren von der »Methode des offenen Klanges« nach Elders abgelöst wurde, ist heute jedem Sprachheillehrer die Methode freigestellt. Nach einer Probezeit an einer Sprachheilschule und anschließendem viersemestrigem Universitätsstudium lernt der Kandidat sowohl in der Theorie als auch in der Praxis alle Therapieverfahren kennen und kann sich entscheiden, welche Behandlung er jeweils anwenden will, um eine optimale Rehabilitation zu erreichen. Im Gespräch mit Kollegen und durch Erfahrungen wird jeder, der dem sprachbehinderten Kind helfen will, »seinen Weg« finden.

Unter der Schulleitung von Johannes Wulff (1950—1967) entwickelte sich an der Karolinenstraße ein vielfältiges und stets nach besseren Möglichkeiten der Therapie suchendes pädagogisches Leben. Im Rahmen der Frühbetreuung wurde 1949 ein Sonderschulkindergarten eingerichtet — unseres Wissens der erste in der Bundesrepublik überhaupt (2). Ferner übernahm die Schule die Einrichtung der sogenannten B-Klassen, die sich an der Sprachheilschule Rostocker Straße bewährt hatten. Die in diesen Klassen zusammengefaßten Kinder sollten nach ihrer geistig-seelischen Entwicklung, ihrem Leistungsvermögen und ihrem oft recht unterschiedlichen Niveau individuell besser gefördert werden, so daß sie nach Überwindung der Sprachbehin-

derung in eine Bezirksschule bzw. in die entsprechende Sonderschule aufgenommen werden konnten. Der Kollege Petzold leistete in diesen Klassen wertvolle Arbeit, für die sich nicht jeder Sprachheillehrer berufen fühlt (3). Nach mehr als zwei Jahrzehnten bestehen diese Klassen heute noch. Sie sind ein Beweis dafür, daß mehrfachbehinderte Kinder oft über Jahre hinaus einer besonderen Förderung bedürfen, um Fehlbeurteilungen vorzubeugen und jedem Kind die ihm gemäßige Beschulung zu ermöglichen.

Durch die immer lauter werdende Forderung nach Früherfassung und Frühbetreuung kam 1959 eine neue Einrichtung hinzu — das Tagesheim. Es untersteht der Jugend- und Sozialbehörde und nimmt noch nicht schulpflichtige sprachbehinderte Kinder auf — zumeist sechsjährige, die durch Sprachheillehrer der Karolinenstraße im Rahmen ihrer Pflichtstunden behandelt werden (4). Im Herbst des gleichen Jahres entstand an der Schule eine Klasse für spastisch gelähmte Kinder, die den Anstoß zum Bau von Körperbehinderten-Schulen in Hamburg gab.

Um den sprachbehinderten Schülern der Oberstufe die volle Entfaltungsmöglichkeit ihrer Fähigkeiten einzuräumen, wurde Ostern 1955 die erste Klasse einer Mittelschule (heute Realschule) eingerichtet. 1959 war dieser Zweig voll ausgebaut. Er ist heute so stark besucht, daß Parallelklassen (R 7 und R 8) notwendig wurden. Die Abschlußbesichtigungen durch den Dezenten des Hamburger Sonderschulwesens haben bestätigt, daß der Leistungsstand durchaus dem anderer Realschulen entspricht. Seit 1959 haben 39 Mädchen und 126 Jungen die Karolinenstraße mit dem Abschlußzeugnis der Realschule verlassen. Von den Realschulabgängern haben nicht wenige weiterführende Schulen besucht und das Abitur oder Fachabitur bestanden. Damit eröffnete sich diesen Schülern der Weg zum akademischen Studium.

Im Schuljahr 1956/57 kam als weitere Einrichtung ein Kursus für sprachbehinderte Berufs- und Fachschüler hinzu; ein Sprachheillehrer betreute nebenamtlich in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden solche Jugendliche, die zum Teil nach dem Besuch einer Sprachheilschule noch einer nachgehenden Fürsorge bedurften (5). Wenig später folgte eine gleiche Einrichtung für sprachbehinderte Gymnasiasten (6). So bestehen heute an der Schule zwei Kurse für Berufs- und Fachschüler und drei für Gymnasiasten, in denen fünf Sprachheillehrer nebenamtlich tätig sind. Insgesamt wurden bisher 715 Gymnasiasten betreut. Damit war eine letzte Lücke geschlossen, so daß ab 1958 jedem Sprachbehinderten in Hamburg — vom Vorschulkind bis hin zum Oberprimaner — kostenlos durch die Schulbehörde geholfen werden konnte.

Da sich Johannes Wulff besonders auf die Therapie von Stimmstörungen spezialisiert hatte, wurde die Schule Karolinenstraße zentrale Beratungs- und Behandlungsstelle für alle im Studium oder schon im Amt befindlichen Lehrer, die durch ihre Tätigkeit an Stimmschwäche oder sogar an ernsthaften Stimmstörungen litten. Diese Funktion übt die Schule in Zusammenarbeit mit dem Institut für Lehrerfortbildung und der Universität noch heute aus.

Auch die innere Struktur der Sprachheilschule hat sich in der Zeit nach dem Kriege wesentlich geändert. Die Bemühungen gingen dahin, die Effektivität der Therapie zu erhöhen. Neben den vier Therapiestunden pro Klasse (den sogenannten Sonderstunden) und der Forderung »Jeder Unterricht ist Therapie, und jede Therapie ist Unterricht« bemühte sich das Kollegium um bessere Möglichkeiten der Rehabilitation. Es war sich darüber im klaren, daß eine Schule mit bestimmten Anforderungen nicht unbedingt ideale Voraussetzungen für einen Heilerfolg schafft. Somit mußte nach einem Weg gesucht werden, um die Möglichkeiten der Einflußnahme auf die

Sprache der Kinder zu verbessern. Seit 1957 wurde jede Unterrichtsstunde um fünf Minuten gekürzt. Die dadurch gewonnenen 25 Minuten pro Tag wurden bei Beginn des Unterrichts als Therapiestunde vorgeschaltet. Nach dem ersten Erfahrungsaustausch und vielen Diskussionen war das Kollegium der Meinung, daß durch diese Maßnahme eine weitere Möglichkeit zum Abbau der Sprachbehinderung gegeben war. Als Nachteil wurde aber deutlich, daß es besonders in den unteren Klassen oft schwierig war, bei der Vielfalt der Störungen innerhalb einer Klasse diese 25 Minuten für alle Kinder sinnvoll und ergiebig zu gestalten.

So wandelte das Kollegium diese Maßnahme in eine Gruppentherapie um, die über den Klassenverband hinaus jeweils nach der Sprachbehinderung möglichst homogene Gruppen zusammenfaßt. Es bestehen zur Zeit an der Schule — getrennt nach Unterstufe und Realschule — Gruppen mit LRS-Kindern, Maltherapiegruppen mit motorisch gestörten oder retardierten Kindern, Laienspielgruppen, Diskussionsgruppen und eine psychomotorische Gruppe. Alle diese Bemühungen sind von dem Gedanken getragen, dem sprachbehinderten Schüler über den Rahmen des Stundenplans hinaus zusätzliche Hilfen zu geben. Aus dem gleichen Grunde schaffte das Kollegium im Laufe der Jahre eine Reihe von technischen Geräten an, die bei der Rehabilitation wertvolle Hilfe leisten können. Neben Audiometer, Language Master, Lee-Effektor, Stereo-Einzel- und -Gruppentrainer waren es in letzter Zeit vor allem Recorder, die nach vorgegebenen Programmen für den einzelnen Schüler einen besonders hohen Übungseffekt haben. So gelang es der Schule, im Februar 1971 ein Sprachlabor zu erhalten, das neben dem Einsatz im Englischunterricht vor allem auf seine Verwendbarkeit für die Therapie überprüft werden sollte. Die Kollegen, die diese besondere Aufgabe übernommen haben, sind sich der Problematik und Schwierigkeit dieser Pionierarbeit bewußt und werden zu gegebener Zeit über ihre ersten Erfahrungen berichten.

Seit einem Jahr ist auch die Zusammenarbeit mit dem Universitätskrankenhaus intensiviert worden. Mit der Gründung der Forschungs- und Rehabilitationsgruppe »Das sprachbehinderte Kind e. V.« am 1. August 1971 nehmen mehrere Kolleginnen und Kollegen an den regelmäßigen Sitzungen in der HNO-Klinik teil. Dieses Team, zu dem HNO-Arzt, Psychiater, Psychologen und Pädagogen gehören, bemüht sich darum, nach eingehendem Studium der gesamten Literatur — besonders der neuesten amerikanischen — ein fest umrissenes Untersuchungsprogramm aufzustellen, um durch Vergleich einer Gruppe stotternder Kinder des ersten Schuljahres mit einer entsprechenden Gruppe normalsprechender Volksschüler Besonderheiten der Stotterer herauszufinden.

Wenn die Sprachheilschule Karolinenstraße in diesem Jahr auf ein 50jähriges Bestehen zurückblicken kann, so tut sie es in dem Bewußtsein, daß in den abgelaufenen fünf Jahrzehnten segensreiche und erfolgreiche Arbeit geleistet worden ist. Seit Einrichtung der Ambulanz- und Beratungsstunde im September 1938 haben insgesamt 11 500 Kinder mit ihren Eltern Rat gesucht und Hilfe gefunden. Der wesentlich größere Teil konnte ambulant behandelt werden, so daß diese Kinder nicht eine Sprachheilschule besuchen mußten. In den letzten Jahren ist deutlich erkennbar, daß etwa zwei Drittel aller vorgestellten sprachbehinderten Kinder vor ihrer Einschulung kommen. So war es möglich, vielen den Besuch einer Sprachheilschule zu ersparen.

Seit 1922 haben bis heute insgesamt 4125 Schülerinnen und Schüler die Schule Karolinenstraße besucht. Etwa ein Drittel der Gesamtschülerschaft pro Jahr verläßt die Schule wegen Um- oder Abschlusung. Das Kollegium weiß wohl um die Ver-

pflichtung, nicht auf dem Erreichten auszuruhen. Es wird stets nach besseren und wirkungsvolleren Möglichkeiten der Rehabilitation suchen. Dieses Bemühen wird aber nur dann zum Erfolg führen können, wenn das Raumproblem der Schule in absehbarer Zeit gelöst werden kann. Alle Bereitwilligkeit eines Kollegiums muß auf die Dauer erlahmen und erfolglos bleiben, wenn die Arbeitskraft der Kolleginnen und Kollegen durch äußere Unzulänglichkeiten strapaziert und zermürbt wird. Zum Wohle der sprachbehinderten Kinder ist eine Abhilfe dieses schon lange andauernden Zustandes dringend erforderlich.

Literatur:

- (1) Lambeck, A.: Zur Geschichte des Sprachheilwesens in Hamburg, in Festgabe zur Samuel-Heinicke-Jubiläumstagung des Bundes Deutscher Taubstummenlehrer, Hamburg 1927.
- (2) Behn, A.: Erfahrungen aus zehnjähriger Arbeit im Schulkindergarten für Sprachkranke, in Ehrengabe der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Oktober 1960.
- (3) Petzold, K.: Aus der Arbeit an schwergeschädigten, sprachkranken Kindern in den Sonderklassen der Sprachkrankenschule, in Ehrengabe der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Oktober 1960.
- (4) Leidenroth, R.: Erziehungshilfe und Sprachheilarbeit im Tagesheim für vorschulpflichtige Sprachkranke, in Ehrengabe der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Oktober 1960.
- (5) Wiedemann, J.: Die Behandlung von Sprachstörungen Jugendlicher im Kursus, in Ehrengabe der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Oktober 1962.
- (6) Reuter, G.: Dreieinhalb Jahre Kursusarbeit bei sprachkranken Gymnasiasten, in Ehrengabe der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Oktober 1962.

Anschrift des Verfassers: Georg Reuter, Rektor e. S., 2 Hamburg 71, Haidlandsring 29.

Knud Graeff, Hamburg

Meine Schulzeit in der Sprachheilschule Karolinenstraße 35

Anfangen hatte es eigentlich damit, daß meine Eltern nicht wußten, in was für eine Schule sie mich stecken sollten, wenn ich einmal hinsollte. Normalerweise wäre ich ja in die Schule gekommen, in die alle Kinder aus unserer Straße gingen, aber da war nun mal der dumme Sprachfehler! Ich habe gestottert wie ein Weltmeister, der unverhofft den Titel errang. Meine Eltern waren ratlos, bis sie eines Tages von Sprachtherapie in der Eppendorfer Klinik hörten. Um meinem Übel ein Ende zu setzen, schleppte meine Mutter mich also dort in die Klinik. Ich wurde untersucht. Man stellte fest, daß ich kerngesund und normal begabt sei und vor allem gut hören könne. Woher aber kam der Sprachfehler? Woher er kam oder kommen konnte, wurde mir nicht gesagt. Das liegt aber, wie man mich später aufklärte, daran, daß die Wissenschaft keine klare und eindeutige Antwort auf die Frage: »Woher kommt das Stottern?« geben kann. Was ich aber weiß, ist, wie es im größtmöglichen Maße eingedämmt wurde.

In der Eppendorfer Klinik gerieten wir, Mutter und ich, an einen weißhaarigen, braungebrannten netten Herrn namens Wulff. Er gewann in »Null Komma nichts« mein Vertrauen, denn er war zu allen Kindern nett, so also auch zu mir. Na ja, und dieser Herr Wulff sagte meiner Mutter, daß ich doch in seine Schule kommen könne, und zwar erst einmal in den Schulkindergarten. 1959 kam ich dann in den

Schulkindergarten an der Sprachheilschule Karolinenstraße 35. Soweit ich mich erinnern kann, habe ich dort ein ganzes Jahr sehr fröhlich gespielt. Ich habe jedenfalls keine negativen Erinnerungen an diese Zeit. Ob mein Stottern sich schon besserte, weiß ich aus eigener Erinnerung nicht mehr. In meinen Schulakten steht dazu: »Die Symptome des Stotterns waren zeitweise für 3 bis 4 Wochen sehr gering, traten dann aber wieder heftiger auf.«

1960 aber begann »der Ernst des Lebens«. Ich wurde in die 1. Klasse der oben genannten Schule eingeschult. Ich sollte nun 10 Jahre an der Schule bleiben.

Bevor ich weiter von der Schulzeit berichte, will ich auf die Schwierigkeiten, die ich im Umgang mit Gleichaltrigen hatte, zu sprechen kommen. Alle kleinen Kinder spielen gern, so spielte auch ich gern. Nur wurde diese Freude am Spielen dadurch gehemmt, daß ich stotterte, was meine damaligen, oft wechselnden Kameraden nicht taten. So bekam ich doch oft zu hören: »Stotter langsam!«, »Ach, komm! Hör auf, du stotterst ja!« usw. Da ich auch noch Brillenträger bin und so auch noch manchmal »Brillenschlange« titulierte, merkte ich bald, daß ich anders war als die andern. Ich wurde wütend auf diese rücksichtslosen Spielgenossen, und manchmal schlug ich auch um mich. Schließlich führte diese Situation dazu, daß ich mich von anderen abzusondern begann, nach anderen Beschäftigungsgebieten Ausschau hielt. So kam es wohl, daß ich mich bald für die Schule zu interessieren begann.

Meine Leistungen waren gut. Aber vor allem sagte hier keiner: »Stotter langsam!«, obwohl ja auch Nichtstotterer in der Klasse waren. Irgendwie wußten wohl alle Kinder, daß so was hier nicht paßt. Neben dem normalen Schulunterricht hatten wir auch mehrmals in der Woche Sprachunterricht, einzeln oder in kleinen Gruppen. Wir lernten besser zu artikulieren, richtig zu atmen und klarer zu sprechen (im Sinne von klangvoller). Vor allem lernte ich, mich beim Sprechen innerlich lockerer zu halten.

Als ich in die Schule kam, bekam ich manchmal kein Wort heraus. Ich stieß nicht nur an, wo man nur anstoßen konnte, sondern saß häufig so fest, daß ich einfach nicht weitersprechen konnte. Im Laufe der Jahre ließ dieses Anstoßen jedoch nach, d. h. es war manchmal fast weg, etwa 4 bis 8 Wochen lang, dann trat es aber wieder auf. Aber im ganzen war es nicht mehr so störend. Aus diesem Grunde war ich natürlich froh, daß es diese Schule gab. Das soll nun nicht heißen, daß ich nur des Lobes voll war. Weiß Gott haßte ich die Schule auch ab und an, wie es doch wohl jeder Schüler tut. Auch das Schulgebäude als solches. Meine Meinung heute lautet: Kann sich eine Stadt mit dem Ruf, die einzige (damals noch) Sprachheilschule mit Realschulzweig zu haben, erlauben, sie in einem so alten Gebäude »hausen« zu lassen?

Aber wieder zu meiner Schulzeit. 1965 wechselte ich nach absolvierter Grundschulzeit und bestandener Aufnahmeprüfung zur Realschule über. Zwei Dinge unterschieden die Grundschulzeit von der Realschulzeit: Die Ansprüche waren höher, und die Klasse war neu zusammengesetzt. Beides störte mich aber nicht. Ich fühlte mich in der neuen Klasse wohl und bekam schnell Kontakt zu meinen Mitschülern.

Mein Stottern war zwar noch immer nicht beseitigt, aber ich wagte mich allmählich doch wieder unter Menschen: Ich trat der christlichen Pfadfinderschaft Deutschlands bei und konnte nach 1½ Jahren Jugendgruppenleiter werden.

Daran ist zu erkennen, daß mein Selbstbewußtsein inzwischen gestiegen war. Meine Sprachstörung war immer noch vorhanden, aber sie trat jetzt wesentlich seltener und vor allem nicht mehr so heftig auf. Übrigens, wenn ich vor meiner Jugendgruppe stand, dann merkte man kaum noch etwas davon.

Die Jahre vergingen. Damit wurde die Berufsfrage für mich akut. Glücklicherweise machte unsere Klasse ein Betriebspraktikum. Das war für mich nicht nur wichtig, weil ich damit einen kleinen Einblick in einen Beruf bekommen, sondern weil ich auch feststellen konnte, wie ich mit der Sprache zurechtkommen würde. Ich kam in die Lehrwerkstätten der Lufthansa, und siehe da, mein Sprachfehler wurde so gut wie gar nicht bemerkt. Jedenfalls war ich in keiner Weise durch meine Sprachstörung gehandikapt. Ich konnte mit meinen Arbeitskollegen, aber auch mit dem Meister reden. Dies war ja aber noch kein »Ernstfall«.

Bald kamen die Realschulprüfung und der endgültige Abschied von der Schule. Jetzt wurde ich aus der Welt der Gleichleidenden herausgerissen und mußte in die Berufswelt. Nun kam der »Ernstfall«. Zu meinem eigenen Erstaunen wurde ich aber auch jetzt von meinen Alterskollegen akzeptiert und nicht verschmäht. Das lag aber sicherlich auch daran, daß wir älter und damit verständiger geworden waren. Ich absolvierte eine Lehre als Metallflugzeugbauer bei der Deutschen Lufthansa in Hamburg.

Während dieser Lehrzeit ist mir dann aufgegangen, daß mir die Sozialarbeit gut liegen würde. Wie mir dieser Gedanke kam? Nun, ich hatte ja eine ganze Menge Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen durch meine »Pfadfinderei«. Und diese Tätigkeit machte mir mehr Spaß als die Technik. Auch von der »Karolinenstraße«, mit der ich immer noch engen Kontakt habe, wurde mir nicht abgeraten. Hinzu kam aber die Tatsache, daß ich mit meiner Sprache immer besser zurechtkam. Jetzt tritt die Störung nur noch sehr selten auf und wenn, dann nur sehr schwach. Seit dem 8. Februar 1972 besuche ich nun die Fachoberschule für Sozialpädagogik. Ich spiele mit dem Gedanken, Volks- und Realschullehrer für Sprachgestörte zu werden.

Anschrift des Verfassers: Knud Graeff, 2 Hamburg 20, Kottwitzstraße 6.

Rainer Bangen, Hamburg

Vorstellungen — Wünsche für die Zukunft

Wenn man ein Jubiläum feiert, ist es üblich, sich zu besinnen auf das, was gewesen ist. Man überlegt, was man geschafft, was man nicht erreicht hat, oder man verfolgt die Wandlungen in den Auffassungen und Erkenntnissen über den vergangenen Zeitraum. Aber ein Jubiläum ist auch ein Anlaß dafür, sich Vorstellungen zu machen, wie die Zukunft aussehen könnte.

So soll hier versucht werden, ein Bild von einer Sprachheilschule zu entwerfen, die noch wirkungsvollere Hilfe leisten kann, als die bestehende es tut.

Die Sprachbehindertenpädagogik in der Sprachheilschule hat drei Aufgabenfelder:

1. Die Beseitigung im Entstehen begriffener Sprachbehinderungen bei Kindern und Jugendlichen und der damit verbundenen Beeinträchtigung des Lern- und allgemeinen Leistungsvermögens sowie des möglichen sozialen Fehlverhaltens.
2. Die Beseitigung ausgeprägter Sprachstörungen und ihrer Folgewirkungen im personalen und sozialen Bereich.
3. Die Eingliederung der Sprachbehinderten, deren Störung nicht oder nicht vollständig beseitigt werden kann, in Beruf und Gesellschaft.

Im folgenden soll von den dinglichen Voraussetzungen in drei Bereichen die Rede sein, durch die und in denen die genannten Aufgaben erfüllt werden können. Es handelt sich um den Bereich der Frühberatung und Frühbehandlung, den Bereich der Hilfe durch die Technik und den des Schullebens.

Frühberatung und Frühbehandlung

Die meisten Sprachbehinderungen entstehen im Vorschulalter. Allgemein anerkannt ist die Tatsache, daß Sprachstörungen erfolgreicher behandelt werden können, wenn man sie möglichst früh erkennt und beeinflußt. Diese Erkenntnis hat nicht nur der Fachpädagoge gewonnen. Auch die Kinder- und Hals-, Nasen-, Ohrenärzte schließen sich dieser Ansicht an. Und es scheint sich auch unter den Eltern kleiner Kinder herumzusprechen, daß man nicht glauben soll, daß Entwicklungsverzögerungen der Sprache sich ohne weiteres von selber korrigieren. Denn immer häufiger kommen Eltern mit 3- bis 4jährigen Kindern in die Beratungsstunden.

Welche Gegebenheiten sollte eine Mutter, die mit ihrem Kind zur Frühberatung oder Frühbehandlung in die Sprachheilschule kommt, dort vorfinden?

Im Wartezimmer bereits herrscht eine Atmosphäre, die einladend wirkt. Es entsteht der Eindruck: Hier ist man auf Kinder eingestellt, hier ist es interessant, hierher kommt man gern wieder. Deshalb ist schon das Wartezimmer, das selbstverständlich groß und hell ist, mit leicht zugänglichem Spielmaterial, Papier und Buntstiften und einigen Bilderbuchtruhen ausgestattet. Außer Tischen und Stühlen für Erwachsene stehen dort auch Kindermöbel. So braucht das Kind nicht wartend herumzusitzen, sondern kann sich Beschäftigungen zuwenden, die es von möglichen Erwartungsängsten ablenken. Die ganze Situation erweckt von vornherein Vertrauen.

Das Beratungszimmer enthält die gleichen Dinge wie das Wartezimmer. Aber hier gibt es noch eine große Wandtafel zum Malen, eine Kaspertheaterbühne, einige Musikinstrumente, ein Kindertelefon und einen Diaprojektor. Darüber hinaus stehen hier dem Sprachheillehrer für die Diagnose reichhaltiges Testspielmaterial (etwa wie im Entwicklungstest von Hetzer) und ein Gerät zur Grobprüfung des Gehörs zur Verfügung.

All diese Dinge sind nötig, damit die Situation für das Kind ungezwungen ist, die Sprechanregung möglichst natürlich erfolgen kann und der Sprachheillehrer einen vorläufigen Eindruck vom Verhalten und dem Gesamtentwicklungsstand des Kindes bekommt.

Wenn der beratende Lehrer aufgrund seiner Feststellungen meint, daß zur sicheren Diagnose medizinische Untersuchungen nötig sind, schickt er die Mutter mit dem Kind zu einem Team von Fachleuten, das aus Hals-, Nasen-, Ohrenarzt, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten besteht. Die Zahl solcher Teams muß so groß sein, daß keine Wartezeiten länger als drei Wochen entstehen und gegebenenfalls eine Behandlung übernommen werden kann. Die Diagnose ergibt nun vielleicht, daß das Kind ambulant behandelt werden kann. Diese Behandlung erfolgt in der Regel durch Fachpädagogen an der Sprachheilschule.

Der Raum, in dem sie durchgeführt wird, ist wie der Beratungsraum eingerichtet. Hier gibt es aber noch einen kleinen Nebenraum, in dem Musikinstrumente (Xylophon, Metallophon, verschiedene Rhythmus- und Geräuschinstrumente) stehen. Ein Tonbandgerät kann der Lehrer benutzen, um Aufnahmen von der Kindersprache zu machen und um das akustische Gedächtnis und die akustische Aufmerksamkeit zu trainieren. Entsprechende Tonbänder liegen bereit. Die Zahl dieser Behandlungsräume ist so zahlreich (und es gibt auch so viele Lehrer, die darin arbeiten), daß

kein Kind auf Behandlung zu warten braucht. Will der Sprachheillehrer eine genaue Hörprüfung vornehmen, steht ihm ein besonderer Raum mit einem betriebsbereiten Ton- und Sprachaudiometer zur Verfügung.

Wenn sich zeigt, daß die motorischen Fähigkeiten des Kindes insgesamt gefördert werden müssen, geht der Lehrer mit dem Kind in den Raum für Bewegungserziehung. Die zur Bewegungserziehung notwendigen Geräte liegen dort bereit. Eine Tonband-Plattenspieler-Kombination liefert die Musik zur Bewegungsanregung.

Nun kann es aber auch sein, daß die Diagnose ergibt, daß bei einem Kind eine ambulante Behandlung wenig erfolgversprechend erscheint, da ihm die Kontaktaufnahme zur Umwelt aufgrund psychischer oder sozialer Fehlentwicklung schwerfällt. Dann besteht die Möglichkeit, daß die Mutter mit dem Kind einmal oder mehrmals in der Woche eine diagnostisch-therapeutische Spielgruppe besucht. Hier kommen mehrere Kinder 1 bis 2 Stunden zu gemeinsamem Spiel zusammen. Die Mutter kann ihr Kind aus einem Nebenraum durch eine nur in einer Richtung durchsichtige Scheibe beobachten und vom Lehrer auf bestimmte Verhaltensweisen aufmerksam gemacht werden. Sie kann auch beobachten, wie die Sozialpädagogin, die mit den Kindern spielt, Konfliktsituationen mit ihrem Kind bewältigt. Sie kann sich die Verhaltensweise des Erziehers »abgucken«.

Die Mutter hat auch Gelegenheit, selber mit ihrem Kind unter Anleitung zu spielen. Sie lernt dabei Sprach-, Hör- und Aufmerksamkeitsspiele kennen, die sie zu Hause wieder aufnehmen kann. So wird das Kind allmählich vorbereitet auf die eigentliche Sprachtherapie. Selbstverständlich steht auch diesen Kindern der Raum für Bewegungserziehung zur Verfügung.

Wenn auch diese Form der Therapie noch nicht ausreicht, kann das Kind in das Tagesheim für Sprachbehinderte aufgenommen werden. Dort ist die Beeinflussung noch intensiver und umfassender möglich, weil das Kind acht Stunden des Tages dort zubringt.

Dem Kindertagesheim stehen mehrere Räume zur Verfügung, so daß die Kinder sich zu kleinen Gruppen zusammenfinden können. In einem Raum stehen ständig einige Liegen bereit für den Fall, daß sich ein Kind zwischendurch ausruhen möchte. Es ist genügend Platz vorhanden, daß z. B. Bauwerke der Kinder stehenbleiben und der Mutter am Nachmittag, wenn sie zum Abholen kommt, gezeigt werden können. Am nächsten Tag kann damit weitergespielt werden.

Auch hier im Tagesheim ist es möglich, daß die Mutter in den Umgang mit dem Kinde einbezogen wird. Das Tagesheim ist genauso wie die vorher beschriebenen Einrichtungen ausgestattet und kann den Raum für Bewegungserziehung mitbenutzen.

Für die Sprachheillehrer, die jedes Kind jeden zweiten Tag sprachtherapeutisch behandeln, ist unmittelbar neben dem Kindertagesheim ein Therapieraum vorhanden. Ein Sprachheillehrer arbeitet dort jeden Tag 3 bis 4 Stunden. Nicht nur der Sprachheillehrer behandelt die Kinder, sondern in Besprechungen zwischen Sozialpädagogin und Lehrer wird ein Gesamttherapieprogramm entwickelt, das eine ständige Beeinflussung des Verhaltens und der Sprachentwicklung des Kindes ermöglicht.

Dies sind die optimalen Voraussetzungen für eine Frühberatung und Frühbehandlung. Es stellt sich die Frage, ob der Aufwand nicht zu groß und überhaupt nötig ist. Zunächst einmal: In Ansätzen sind diese Vorstellungen in Hamburg schon realisiert, und es zeigt sich, daß ein erstaunlich hoher Prozentsatz der Kinder, die bei einsetzender Schulpflicht eine Sprachheilschule hätten besuchen müssen, nun in eine allgemeine Schule eintreten können.

In der Fachliteratur findet man die Angabe, daß die Besserungschancen für stotternde Kinder beinahe doppelt so groß sind, wenn die Behandlung vor Schulbeginn eingeleitet wird, als wenn sie erst mit 10 Jahren einsetzt. Wahrscheinlich würden auf längere Sicht Kosten eingespart werden, da die Sprachheilschulen nicht mehr ein solches Volumen haben müßten, wie es jetzt nötig ist.

Aber die frühzeitige Behandlung von Sprachstörungen hat nicht nur diese ökonomische Seite, sondern auch eine wesentlich menschliche: Da viele Sprachstörungen — vor allem die verzögerte Sprachentwicklung — nicht einfach nur Störungen der Lautbildung oder der Satzbildung, sondern Ausdruck einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung oder einer seelisch-geistigen Fehlentwicklung sind, verstärkt das Fehlen einer Behandlung diese gesamte Entwicklungsbehinderung und bedeutet für das Kind und für die Eltern, die damit fertig werden müssen, eine schwere Lebensbelastung.

Weiter muß in diese Überlegungen, ob denn der angeführte Aufwand sich lohne, die Tatsache mit einbezogen werden, daß bei manchen Kindern das Fehlen einer frühzeitigen Behandlung irreparable Schäden zurückläßt.

Ich glaube, diese Gründe reichen hin, um mit allem Nachdruck die Schaffung optimaler Therapiebedingungen für die Frühbehandlung zu betreiben. Es sei betont, daß nicht nur die personellen und räumlichen Voraussetzungen unabdingbar sind, sondern ebenso wichtig zur Behandlung ist die Ausstattung mit Materialien. Denn es ist eine Erfahrungstatsache, daß die Kraft der behandelnden Personen leicht erlahmt, wenn das Heranschaffen dieser Materialien dem einzelnen Therapeuten aufgebürdet wird und ihm Kraft, Zeit und Geld — ja auch Geld — nimmt.

Hilfe durch die Technik

Von vornherein sei festgestellt, daß technische Geräte allein kein sprachbehindertes Kind heilen können. Eine »Revolution« der Sprachbehandlung ist von der Technik, jedenfalls soweit man heute sehen kann, nicht zu erwarten. Dazu sind die Sprache und der Sprechvorgang viel zu stark in den menschlichen Gesamtorganismus integriert. Aber die Technik kann eine Reihe sehr wirkungsvoller Hilfsmittel liefern. Die Hilfen, die Apparate geben können, beziehen sich auf vier Bereiche. Die elektroakustischen Geräte können

1. Erfolgskontrollen der Sprach- und Stimmbehandlung dokumentieren,
2. das Sprachtraining ökonomischer gestalten und die Trainingsmöglichkeiten vermehren,
3. auf den Sprechablauf regulierend wirken und
4. das Sprachtraining attraktiver machen und damit stärker motivieren.

Wie sollte die Ausstattung einer Sprachheilschule mit Apparaten aussehen?

Jede Klasse hat ihr eigenes Tonbandgerät und einen Kassettenrecorder. Damit lassen sich Sprechübungen aufzeichnen und später kontrollieren. Danach kann der Schüler korrigierend einen neuen Sprechversuch unternehmen. Es können Sprachäußerungen verglichen werden. Der Vergleich bildet eine Grundlage für neue Versuche. Die akustische Aufmerksamkeit läßt sich mit dem Tonbandgerät trainieren. Die Bedienung der Tonbandgeräte kann den Schülern überlassen werden, was den Reiz an der Sache erhöht.

Im Gymnastikraum, in der Turnhalle und in dem Mal- und Zeichenraum liefern Tonbandgerät, Kassettenrecorder und Plattenspieler die Musik für Tanz, Gymnastik,

Rhythmik und malendes Gestalten nach Musik. Diese vier letztgenannten Bereiche heilen eine Sprachstörung nicht direkt, können aber bei vielen Kindern die Behandlung vorbereiten und wesentlich unterstützen. Durch die lösende und lockernde Wirkung der Musik bei diesen Tätigkeiten, durch die Förderung motorischer Fähigkeiten und ihrer Koordination werden Entwicklungsreize für das entwicklungsgehemmte, lösende Reize für das gehemmt-verkrampfte Kind gegeben. Außerdem werden bei Tanz, Rhythmik und Gymnastik soziale Verhaltensweisen eingeübt, da es ja dabei auch um ein Miteinandertun geht.

Für das Festhalten der Sprachfähigkeit am Anfang der Behandlung und zur Kontrolle der Besserung des Sprachvermögens stehen in einem schallgedämpften Raum ebenfalls Tonbandgeräte und Kassettenrecorder arbeitsbereit. Auch die Möglichkeit des Überspielens von Tonaufnahmen auf andere Bänder ist hier gegeben. Im gleichen Raum kann mit einem Ton- und Sprachaudiometer jederzeit das Gehör eines Kindes überprüft werden. Das ist wichtig, weil eine unvollkommene Sprechfähigkeit in Teilausfällen des Gehörs ihre Ursache haben kann.

Für die eigentliche Sprech- und Sprachtrainingsarbeit und die Beeinflussung falscher Stimmbildung stehen folgende Geräte zur Verfügung: der Stereo-Einzeltrainer, der Stereo-Gruppentrainer, der Language Master, der Sprachstudienrecorder und das Sprachlabor.

Der Stereo-Einzeltrainer nimmt mit zwei getrennten Mikrofonen die Sprache auf. Jedes Mikrofon leitet die Sprache auf ein Ohr. Jeder Kopfhörer kann lauter oder leiser gestellt werden. Dieser Apparat verstärkt und verändert den Höreindruck. Beides läßt eine bessere Kontrolle und ein konzentrierteres Wahrnehmen des Gesprochenen zu, was wiederum positive Auswirkungen auf die Sprache und die Stimme des Kindes hat. Der Stereo-Gruppentrainer erlaubt es, das gleiche mit mehreren Kindern gleichzeitig zu tun.

Der Language Master ist mit Mikrofon und Lautsprecher ausgerüstet. Eine Pappkarte, auf die ein Bild mit einem Gegenstand oder eine Situationsdarstellung gezeichnet und ein Tonbandstück aufgeklebt sind, läuft selbständig durch den Apparat. Das Kind sieht das Bild und hört vom Tonband gleichzeitig das zugehörige Wort oder den zugehörigen Satz. Das Kind kann nun beliebig oft nachsprechen und immer wieder das von ihm Gesprochene mit dem Vorgesprochenen vergleichen. Da der Schüler den Apparat selbständig bedienen kann, erlaubt er ein Training ohne den Lehrer.

Eine ähnliche Verwendungsmöglichkeit bietet der Sprachstudien-Kassettenrecorder. Durch dieses Gerät läuft ein 2-Spur-Tonband. Die eine Spur ist vom Lehrer gesprochen und kann vom Schüler nicht gelöscht werden. Auf die zweite Spur spricht das Kind. Diese Spur kann jederzeit wieder gelöscht oder abgehört werden. So wird ein unmittelbar kontrollierender Vergleich möglich. Beim zweiten oder dritten Aufnehmen seiner Stimme kann der Schüler eine Korrektur seiner Sprache vornehmen. Auch diese Geräte sind außerordentlich einfach zu bedienen, so daß der Schüler allein damit arbeiten kann. In der Schule sind so viele Geräte vorhanden, daß sie älteren Schülern für häusliche Übungen mitgegeben werden können.

Alle diese Geräte sind benutzbar für das Training der richtigen Lautbildung und Satzbildung (im Nachsprechverfahren) und zur Erweiterung des Wortschatzes (durch Erzählen zu sprachanregenden Bildern). Der Sprachstudien-Kassettenrecorder eignet sich darüber hinaus in besonderem Maße für Übungen, die die Lese-Rechtschreib-Schwäche abbauen. Er erlaubt es, in besonders einfacher Weise Hören, Sprechen (Lesen) und Schreiben zu kombinieren.

Das Sprachlabor bietet neben den vorgenannten Möglichkeiten darüber hinaus noch weitere Vorteile, die nicht zu unterschätzen sind. In der Gruppenschaltung lassen sich jeweils fünf Schüler und der Lehrer miteinander zu einem Gespräch in Sprech- und Hörverbindung bringen. Ein solches Gespräch findet ohne Blickkontakt und ohne die Möglichkeit statt, dem Partner durch Gesten oder Zeigen auf Bilder und Zeichnungen Information zu vermitteln. Das zwingt zu artikulatorisch deutlicher und in der Formulierung möglichst klarer Sprache. Die Mitsprechanlage des Sprachlabors erlaubt es, eine Methode der Stottererbehandlung anzuwenden: Der Schüler hört einen vorgeschprochenen Text und liest ihn gleichzeitig laut mit. Er hört die Vorsprechstimme über die eine Kopfhörermuschel, seine eigene über die andere. Zunächst stellt er die Vorsprechstimme sehr laut, seine eigene leise mit dem Effekt, daß er frei sprechen kann (beinahe jeder Stotterer). Bei der zweiten Lesung stellt er die Vorsprechstimme allmählich leiser, seine eigene aber lauter, bis er schließlich nur noch seine eigene hört.

Beim Training im Sprachlabor ist es möglich, daß alle Schüler einer Klasse gleichzeitig sprechen, ohne sich gegenseitig zu stören, zum anderen kann der Lehrer die Arbeit jedes einzelnen Schülers verfolgen und gegebenenfalls sich helfend mit dem einzelnen in Verbindung setzen. Auch hier wird das Sprechen des Schülers auf Tonband aufgenommen, so daß es nachträglich abgehört werden kann.

Die Möglichkeiten der Sprech- und Sprachtherapie mit den genannten Geräten lassen sich hier nicht alle aufzählen. Es sollten nur Beispiele gegeben werden. Die Beispiele zeigen, daß diese Apparate nur dann Hilfe bieten, wenn der Lehrer intensive Vorbereitung hineinsteckt: Er muß Trainingsprogramme erdenken, die Bänder besprechen und zurechtschneiden, Arbeitsblätter herstellen, Texte und Bilder sammeln. Das kann kein Lehrer nebenbei machen, sondern, wenn die Geräte optimal genutzt werden sollen, muß ihm dafür offiziell Zeit zur Verfügung gestellt werden.

Die Geräte, die auf den Sprechablauf regulierend wirken, sind das Lee-Effekt-Gerät und das elektronische Metronom. Das Lee-Effekt-Gerät beruht auf dem Prinzip der verzögerten Sprachrückkopplung, d. h. der Schüler spricht in ein Mikrofon und hört seine eigene Sprache über Kopfhörer mehr oder weniger verzögert. Beim Normalsprechenden löst dieser Effekt eine stotternde Sprechweise aus, bei einer Reihe von Stotterern wird die Sprechweise aber etwas verlangsamt und symptomärmer, zum Teil sogar störungsfrei. Eine Sprachheilschule braucht mehrere solche Geräte, damit man in einem Übungsraum den Umgang mit den Apparaten einüben und sie auch in der Klasse in der Unterrichtssprechsituation benutzen kann.

Das elektronische Metronom ist ein tragbarer Apparat, der ein Klopf-Geräusch erzeugt. Die Geschwindigkeit des Klopfens ist verschieden einstellbar. Der Stotterer hört dieses Klopfen über einen Ohrhörer (wie bei einem Hörgerät). Er muß zunächst lernen, auf jeden Klopfen eine Silbe zu sprechen. Das klingt zunächst unnatürlich. Nach genügender Übung gelingt es aber, fast natürlich zu sprechen. Wenn dieses Gerät hilft — nicht bei jedem ist es anwendbar —, kann der Schüler es bei sich tragen und zum Sprechen einschalten.

Der Einsatz technischer Geräte in der Sprachheilschule ist ohne Zweifel eine aufwendige Sache: Ihre Anschaffung und Wartung kostet Geld, ihre vollgültige Benutzung verlangt Raum und Lehrerstunden und damit wiederum Geld. Aber es liegen bereits Erfahrungen über die Wirksamkeit der Geräte vor, da einzelne Schulen manche von ihnen schon in Gebrauch haben. Und diese Erfahrungen besagen, daß die beschriebenen Apparate dazu beitragen, die Sprachbehinderungen

schneller und besser zu behandeln. Aber erst wenn alle zu ihrem Einsatz nötigen Vorbedingungen erfüllt werden, sind sie voll ausnutzbar.

Das Schulleben

Mindestens neun Jahre lang verbringen die Schüler die Hälfte ihres Tages in der Schule und mit der Schule. Da ist es eigentlich selbstverständlich, daß die Schüler dort einen angemessenen Lebensraum vorfinden. Das gilt natürlich für jede Form von Schule, aber in besonderem Maße für die Sprachheilschule. Denn Sprachbehinderte sind ja nicht nur sprachbehindert, sondern auch behindert in der Zuwendung zu ihrer Umwelt. Wenn die Schule ein Ort der Vorbereitung für das spätere Leben sein soll, muß sie, und insbesondere die Sprachheilschule, Möglichkeiten schaffen, diese Zuwendung zur Umwelt, den Umgang mit anderen Menschen zu lernen. Der Sprachbehinderte ist mehr als der Sprachgesunde darauf angewiesen, kooperatives Verhalten zu erleben, d. h. mit dem anderen zu arbeiten, zu lernen, planend zu sprechen, zu diskutieren, sich auseinanderzusetzen, zu spielen, zu tanzen usw. In erster Linie ist der Lehrer dafür verantwortlich, die Möglichkeiten dazu zu schaffen. Aber der beste Lehrer ist nicht dazu imstande, wenn nicht bestimmte dingliche und räumliche Voraussetzungen vorhanden sind; er kann beispielsweise die Schüler im Physikunterricht nicht gruppenweise Experimente durchführen lassen, wenn keine Experimentiergeräte bereitstehen.

Eine moderne Sprachheilschule verfügt deshalb über eine genügende Anzahl von Sonderräumen. Von den Räumen für gezielte therapeutische Maßnahmen (Geräte) war schon die Rede. Darüber hinaus hat jede Klasse einen Nebenraum, in dem kleine Gruppen von Schülern, die Ruhe brauchen, arbeiten können. Das gilt selbstverständlich auch für den Schulkindergarten. Dieser bekommt zusätzlich eine Küche eingerichtet. Backen und Kochen ist für die kleinen Kinder ein attraktiver Bereich und eine gute Gelegenheit, kooperativ zu handeln.

Eine Selbstverständlichkeit sind ein Physik-, ein Biologie-/Chemie-, ein Werk-, ein Zeichen-/Mal-, ein Musik-, ein Gymnastikraum (Bewegungserziehung, Tanz, Rhythmik) und eine Turnhalle. Dazu gehört immer eine entsprechende Ausstattung. Der Zeichen-/Malraum ist so eingerichtet, daß man darin auch schmieren und matschen kann, ohne befürchten zu müssen, etwas schmutzig zu machen. An sämtlichen Wänden hängen große Tafeln zum großräumigen bildnerischen Gestalten. Im Musikraum stehen vielerlei Klang- und Rhythmusinstrumente und eine Tonband-Plattenspieler-Kombination bereit.

Darüber hinaus ist ein Bibliotheksraum vorhanden, der neben Kinder- und Jugendbüchern auch Nachschlagewerke und Sachbücher enthält.

Ein sehr großer Raum bietet Möglichkeit zum Theaterspielen und Festefeiern. Durch zwei bewegliche Zwischenwände ist er in drei Zimmer aufteilbar, die zum Spielen, Diskutieren, zum Aufenthalt dienen und der Schülermitverwaltung für Sitzungen zur Verfügung stehen. Ein Fotolabor und ein Lehrschwimmbecken vervollständigen die Sprachheilschule.

All diese Einrichtungen ermöglichen einen effektiveren Unterricht, indem sie ihn attraktiver machen. Die niedrige Klassenfrequenz gestattet die volle Ausnutzung z. B. eines Chemieraums, da ein Experimentalunterricht mit 15 Schülern leichter zu organisieren ist als mit 35.

Weiter dienen die vorgeschlagenen Einrichtungen der Therapie im Sinne einer umfassenden Entwicklungsanregung. Außerdem schaffen sie die Möglichkeit, die verschiedensten Arbeitsgemeinschaften oder Interessengruppen zu bilden.

Schließlich ergeben sich viele Gelegenheiten der privaten, »unschulischen« Begegnung (Bibliothek, Fotolabor, Aufenthaltsraum, Spielraum).

Die Ausführungen im letzten Abschnitt enthalten Vorschläge, die an manchen allgemeinen Schulen teilweise schon verwirklicht sind. Hier sei zum Schluß noch einmal betont, daß gerade der Behinderte, in unserem Falle der Sprachbehinderte, eine solche Schule braucht, die anregungsreich und damit interessant ist und eine Fülle von Möglichkeiten zur Kooperation und Kommunikation — und das bedeutet ja immer auch sprachliche Kommunikation — bietet.

So kann die Sprachheilschule Grundlagen dafür schaffen, daß die ihr anvertrauten Menschen die Forderungen der Berufswelt und des Lebens in der Gesellschaft bewältigen.

Ich hoffe, daß eine solche Sprachheilschule einmal Wirklichkeit wird.

Anschrift des Verfassers: Rainer Bangen, Studienrat a. S., 2 Hamburg 52, Seestraße 15.

Erwin Richter, Lübbenau

Zur Frage der reizbaren Schwäche der peripheren Sprechorgane beim Stottern

I.

Die Sprachneurose Stottern gibt uns trotz intensiver Forschung immer noch viele Rätsel auf. Nun sollen wir freilich exakt forschen und weniger raten. Doch beim Stottern ist es tatsächlich so, daß wir mehr intuitiv erfassen als meßbare Werte bringen können. МАСЧКА (1961, S. 12) sagte einmal zur Aufhellung der Ursachen des Stotterns: »Es ist, als ob wir immer nur durch einzelne Fenster Einblick in getrennte Räume bekämen, der Eintritt ins Innere aber uns verwehrt wäre.« — Der Vergleich des Stotterns mit einem Gebäude ist für uns brauchbar. Ein Haus hat zwei Fensterfronten, eine vorderseitige und eine rückseitige. So auch die Sprachneurose Stottern: sie hat eine psychologische und eine funktionell-physiologische Front. Welche Front vorderseitig und welche rückseitig liegt, soll hier nicht erörtert werden, wahrscheinlich kommt es jeweils auf den einzelnen Fall an. Wir räumen jedoch ein, daß bei der größeren Mehrzahl der Fälle und bei jahrelang bestehendem Stottern wohl immer der psychische Anteil vordergründig steht. Somit begeben wir uns mit unserer Fragestellung an die meist nicht so beachtete Rückfront.

Eine Hausfront hat mehrere Fenster, und dahinter verbirgt sich ein Raum, größer oder kleiner. Wir stoßen auf der physiologischen Front das Fenster zu einem kleinen Raum auf und versuchen hineinzuleuchten. Wenn wir angestrengt in dieses Halbdunkel hineinschauen, werden wir das erfassen, was am nächsten liegt, und werden wiederum nur raten, was weiter im Dunkeln liegen kann.

II.

Nach KUSSMAUL und GUTZMANN ist das Stottern eine »spastische Koordinationsneurose«. Kußmaul selbst hat angenommen, daß das Leiden »auf einer angeborenen reizbaren Schwäche des Silbenkoordinations-Apparates« beruhe. Gutzmann setzte 1912 an Stelle des letzten Ausdrucks den allgemeinen Begriff »Artikulationsapparat«. Wenn Kußmaul und Gutzmann das Stottern als spastisch bezeichnet haben, so muß

daraus keineswegs geschlossen werden, daß sie an organische Krämpfe gedacht haben. Wenn wir auch zu dieser sogenannten »Krampftheorie« der »Berliner Schule« einen weiten Abstand genommen haben, weil sie den psychischen Anteil des Stotterns so gut wie nicht einschließt, so interessiert uns doch für die Titelfrage der Begriff der »reizbaren Schwäche des Artikulationsapparates«.

Im Sinne der Individualpsychologie nach ADLER befällt die Neurose einen schwachen Punkt der Konstitution bzw. ein Organsystem, bei dem bereits eine Organminderwertigkeit besteht. Diese Schule hat besonders APPELT (1925), der selbst Stotterer gewesen war, in mehreren Veröffentlichungen in die Beziehung zum Stottern gesetzt. Nach HANSELMANN (1946, S. 234) kann die Sprachstörung Stottern »nur dann diese schweren und dauernden Folgen haben, wenn sie auf jene körperlich minderwertige Anlage, namentlich auf ein minderwertiges Nervensystem im Sinne einer erhöhten Reizbarkeit im Gebiete des Sprechapparates auftreffen«. — GRUHLE (1948, S. 676) sieht weiter und stößt bei der Frage nach der »Organwahl« der Neurose auf die Struktur der Persönlichkeit: »Warum in einem Falle gerade dieses, im anderen jenes Organ »gewählt« wird, hat sehr verschiedene Gründe: Die alte Lehre von dem locus minoris resistentiae in der neuen Fassung der Minderwertigkeit bestimmter Organe befriedigt nur in gewissen Fällen. In anderen Fällen ist es ein zufälliges Erlebnis, welches die Symptome auf ein gewisses Organ gleichsam hindrängte. Viel wichtiger als die Frage nach der Wahl des Organs ist die Frage, warum sich Symptome überhaupt einstellen, und dieses Problem führt sofort wieder zurück zur Persönlichkeit.«

Nach diesem Vortext der möglichen Schwäche eines Organsystems wäre zunächst klarzustellen, was wir unter einer »reizbaren Schwäche des Silbenkoordinations-Apparates« verstehen können. Wie bereits betont, verneinen wir das Auftreten von echten Spasmen in den Artikulationsgebieten. Die so auffällige sichtbare Verschlüßbildung mit Preßbewegungen im Lippen-Mund-Bereich »mit all seinen als »Krampf« imponierenden Gewalt- und Mitbewegungen ist nur Ausdruck eines kämpferischen Wollens, das über selbsterzeugte Schranken hinwegzukommen strebt«. (HINKO FREUND, 1932, auch E. RICHTER und F. MASCHKA, 1960.) Wir müssen jedoch eine Vor- und Überspannung der am Sprechen beteiligten Muskulatur nach einem vorangegangenen Reiz anerkennen. Der Reiz ist zwar meist psychisch bedingt, kann aber auch rein physischer Natur sein. Wir sprechen im Sinne dieser Überspannung nach einem psychisch-physischen Reiz in einem dafür disponierten (schwachen) Organgebiet, das bereit ist, die Verspannung aufzunehmen, von einer »Verkrampfungsbereitschaft«. Richtiger wäre freilich der Ausdruck »Verspannungsbereitschaft«.

Damit wird auch die Frage berührt, was vor der »reizbaren Schwäche« steht, ehe es zum Stotterakt kommt. Die Verspannung der Sprechmuskulatur ist immer ein reaktives Antwortgeschehen auf einen psychischen Umweltreiz oder auf einen physischen Reiz aus einer Überforderung der höheren Nervenfunktion. Besonders die physische Überlastung (hauptsächlich bei mangelndem Schlaf bzw. fehlenden Erholungsphasen) bringt eine fühlbare Vorspannung der Sprechmuskulatur, die eine Sprecherschwernis im Gefolge hat. Man muß selbst Stotterer gewesen sein, um bezeugen zu können, wie sich eine stärkere Verspannung der am Sprechen beteiligten Muskulatur bemerkbar macht. Das Sprechen will nicht so recht auf den ersten Sprechantrieb gelingen; es ist, als ob die zu nehmenden Hürden höher geworden wären. Man weiß dann schon am frühen Morgen, daß heute das Sprechen besonders schlecht wird. Wir wissen ja um die guten und leider auch schlechten Sprechtage.

Der somatische Anteil des Stotterns bzw. eine mögliche organische Ursache kann auch von den Anhängern der Psychologierichtungen nicht geleugnet werden. Es sei

auf die wichtigen Arbeiten einiger bedeutender Autoren hingewiesen, ohne die gesamte Literatur anführen zu können: BRANKEL (1955), SCHILLING (1962), SEEMAN (1935), SOVAK (1935), STEINIG (1953). Besonders wurde nach den Störungen im Vegetativum und den dynamischen Abweichungen im Zusammenspiel der Hirnfunktionen, überhaupt nach einer Störung in der höheren Nerventätigkeit vermutend geforscht. Die Frage, ob es im Ursachenkomplex des Stotterns auch eine Beteiligung der peripheren Sprechorgane gibt, wird in unserer Literatur nur wenig berührt. Kann in der Kußmaul/Gutzmannschen Definition der reizbaren Schwäche im Bereich der sprachlichen Koordination als Teilursache zum Stottern doch mehr Wahrheit liegen, als wir annehmen? Dazu bedarf es Beweise, zumindest müssen Hinweise und Beobachtungen angeführt werden.

III.

Die Tatsache ist den Sprachheillehrern, den Eltern von stotternden Kindern und dem jugendlichen Stotterer gut bekannt, daß ein Schnupfen, eine Mandelentzündung und überhaupt jede Erkältung der Atmungsorgane ein bestehendes Stottern vorübergehend verschlechtert. Das ist eine immer wieder zu beobachtende Erscheinung, die wir nicht unbeachtet lassen können. Wo mag die Ursache für diese Sprecherschwermis liegen? Nach psychischen Ursachen dürfen wir kaum suchen. Es darf aber mit Sicherheit angenommen werden, daß bei diesen Erkältungskrankheiten des Halses die Verspannungen der am Sprechen beteiligten Muskeln stärker sind.

SCHOLZ (1935, S. 1289) berichtet über einen Fall aus seiner HNO-Praxis: Bei einem 22jährigen Mann aus neuropathischer Familie tritt nach Angina ein echtes Stottern auf. Dieses hat sich allerdings in immer schwächer werdender Form wieder verloren.

Der Frage der Verschlimmerung des Stotterns bei einem Schnupfen ging ZUMSTEEG (1937, S. 810, und 1939, S. 183) nach. Dr. med. H. Zumsteeg war spezialisierter Spracharzt und eine bekannte Persönlichkeit in Berlin. Wir müssen seinen Worten Glauben schenken und seine Ausführungen ernst nehmen. Er wirft die Möglichkeit auf, daß die Bakterien des Krankheitsherdes, die auch die Schleimhaut der Mundhöhle befallen haben, Reizzustände bringen. Sodann beschreibt er ein Verfahren, die Bakterien durch Autovaccine (Eigenimpfstoff) abzutöten. Er berichtet über Fälle, wo mit der »erzielten Herabminderung der Stotterbereitschaft« sich das Stotterübel sehr gebessert hat.

Es wird verschiedentlich in unserer Literatur erwähnt, daß nach operativer Entfernung der Rachenmandeln oder der Gaumenmandeln ein beginnendes Stottern im Vorschulalter wieder verschwunden ist. Auch Eltern, die uns ihre stotternden Kinder vorstellen, wissen gelegentlich von solcher Beobachtung dort und bei jenem Kinde zu berichten. SOKOŁOWSKY (1931, S. 541) schreibt, daß nach Adenotomie ein beginnendes Stottern verschwinden kann. Dies ist auch von GUTZMANN und NADOLECZNY beobachtet worden. Er lehnt aber die Annahme ab, daß adenoide Vegetationen an sich Stottern erzeugen können. IMRE (1955, S. 286) bestätigt ähnlich: »Auch wir haben Spontanheilungen, z. B. nach Tonsillektomien oder Adenotomien, gesehen. In diesen Fällen hat es genügt, die Atmung wieder zu normalisieren, nachdem diese durch die hypertrophischen Mandeln oder Adenoide gestört gewesen war.«

Imre bringt die Spontanheilung mit der wieder normalisierten Atmung in Verbindung. Ist das nicht eine zu billige Erklärung? Dann müßte in unserer Therapie die Regulierung der Fehlathmung, überhaupt alle Übungen zur größeren Atemkapazität, sehr hoch im Kurse stehen, was jedoch nicht der Fall ist, worauf kürzlich FRIESE

(1971, S. 178) aufmerksam machte. Allerdings bestätigt auch A. Schilling (1962, S. 149), daß bei den Stotterfällen mit organischen Schäden des Zentralnervensystems eine behinderte Nasenatmung das Stottern verstärkt. Auch Seeman (1959, S. 311) schreibt dasselbe. Er nimmt an, daß es durch die behinderte Nasenatmung zu einer Verschiebung des acido-basischen Gleichgewichtes aufgrund einer CO₂-Vermehrung im Blut kommt. Diese Veränderung soll zu einer Störung der neurovegetativen Regulationen führen und das Stottern begünstigen.

Ein beginnendes Stottern kann vielleicht mit vergrößerten oder häufig vereiterten Mandeln in Verbindung stehen, es ist aber noch nicht bewiesen worden. Das Stottern hätte sich vielleicht auch ohne Tonsillektomie verloren, denn es kann sich ja noch um das physiologische Stottern gehandelt haben. Vielleicht sind es auch nur Zufallserscheinungen. Derartige Berichte und Beobachtungen sind fast nie authentisch. Sie können erst dann glaubwürdig erscheinen und wissenschaftlich ausgewertet werden, wenn vor dem Eingriff vom Logopäden und HNO-Arzt eine eingehende Anamnese erhoben worden ist. Es kann aber auch durchaus möglich sein, daß die Absonderungen der vereiterten oder entzündeten Mandeln die Kehlkopffunktion belasten und damit die Stimmgebung erschweren. Tatsache ist, daß in den früheren Jahren recht häufig nach einer Diphtherie Stottern auftrat. Das wird in der älteren Literatur oft erwähnt. Auch hier könnten die Bakterientoxine die Ursache für das plötzlich einsetzende Stottern sein, indem sie Lähmungserscheinungen auslösen. Begünstigt wurde dieser Prozeß durch die allgemeine Schwächung der Konstitution. Zu diesem Gesamthema hätte der HNO-Arzt das Wort. Uns interessierte der Hinweis von Medizinern, die peripheren Sprechorgane mit in den Ursachenkomplex des Stotterns einbeziehen zu können.

Zu diesem Thema kann der Verfasser eine Eigenbeobachtung bringen: Ich habe in meiner Jugend selbst gestottert. Im sehr strengen Winter 1939/40 zog ich mir einen Kehlkopfkatarrh zu. In jener Zeit war mein Stottern schon ziemlich abgeklungen, und eine sich plötzlich ankündigende Hemmung konnte ich meisterhaft kaschieren. Der Katarrh verschlimmerte wieder die Sprachstörung bzw. brachte eine größere Bereitschaft dazu. Wenn ich ungefähr 10 Minuten hintereinander gesprochen hatte, stellte sich ein Brennen im Halse ein, es machten sich deutlich fühlbare Spannungen bemerkbar, und dann wußte ich, jetzt muß ich stottern, ohne kaschieren zu können. Ich konsultierte Prof. Dr. med. Jung in Breslau, der mir zu einer Heilkur riet. So fuhr ich privaterweise nach Bad Salzbrunn im damaligen Schlesien. Der Kurarzt verordnete mir u. a. tägliche Inhalationen unter Zusatz von Latschenöl. Nach wenigen Tagen bemerkte ich, daß sich eine Sprecherschwernis einstellte und diese immer schlimmer wurde. Ich fing jetzt an, auch bei Kurzsätzen zu stottern. Der Kurarzt verordnete mir ein Vitamin-B₁-Präparat (Benerva) und tauschte das Latschenöl aus. Aber weder die Tabletten noch das mildere Inhalationsöl brachten eine Linderung. In den letzten zwei Wochen inhalierte ich nur noch mit Brunnenwasser ohne Zusatz. Die Spannung im Kehlkopfgebiet und damit die verstärkte Sprecherschwernis blieb. Erst nach Beendigung der Kur wich auch schlagartig die Überlagerung, und das Sprechen wurde vorübergehend völlig fließend.

IV.

Wir haben jetzt der Frage nachzugehen, wo die Sprecherschwernis bei Schnupfen und Mandelentzündung ihren Ausgang nimmt. Lokalisiert sich die vermehrte Spannung zuerst im Mundraum, so wie es Zumsteeg annahm, und ruft eine Erschwerung der Artikulation hervor? Von hier könnte dann die Überspannung in das Kehlkopfgebiet übergreifen und eine Phonationserschwerung bzw. Stimmhemmung hervor-

rufen. Oder wird sogleich das Stimmorgan belastet, ohne großen Anteil von Mehrspannung in den Artikulationsorganen zu hinterlassen? Das ist eine Streitfrage, die hier noch nicht voll beantwortet werden kann. In des Verfassers eigenem Fall lag nach subjektivem Empfinden eindeutig die Verspannung im Kehlkopfgebiet. Die Phonation sprang nicht mit dem Impuls des Sprechetriebes ein, die Anlautung geschah erst mit einem Nachdruck, und die Stimmgebung wurde allgemein abgebremst.

Auf die allgemeine Symptomatik des Stotterns bezogen, vertritt Brankel (1955, S. 162) die Ansicht, daß die Verspannung zuerst vom Artikulationsapparat aufgenommen wird und erst dann auf den Phonationsapparat übergreift. Er spricht von zwei Funktionskreisen. Der Funktionskreis 1 umfaßt den Artikulationsbereich. »Der Funktionskreis 2 schließt sich nach unten an und erstreckt sich in den Phonationsapparat hinein.« ... »Der Funktionskreis 2 ist immer eine Folge von Überbelastung des Funktionskreises 1.«

Der Verfasser ist der gegensätzlichen Ansicht. Die erste symptomauslösende Ursache haben wir im Phonationsapparat bzw. in einer Stimmhemmung bis -abschnürung zu suchen. Erst aus dem falschen Bemühen um das Erzwingenwollen des Redeflusses werden die verlängerten Verschlusphasen und die Verkrampfungserscheinungen der Mundorgane provoziert. Der Verfasser räumt ein, daß bei älteren Stotterern eine reizbare Schwäche der Sprechmuskulatur vorliegt, ein erhöhter Sensibilisierungsgrad mit einer Verspannungsbereitschaft. Jedoch kann diese allein nie und nimmer ohne Zutun des Stotterers und ohne Phonationshemmung einen schweren Stotterparoxysmus auslösen. So glaubt auch der Verfasser, daß bei den entzündlichen Prozessen der Atmungsorgane bzw. -wege viel mehr das Kehlkopfgebiet als die Artikulationsmuskulatur betroffen wird.

Wir stellen die nächste Frage: Haben wir es nun wirklich mit einer »reizbaren Schwäche des Artikulationsapparates« zu tun, die den Paroxysmus auslöst? Der Verfasser ist geneigt anzunehmen, daß dann eher bei einer physischen Überbelastung des Zentralnervensystems kleinere oder größere Artikulationsfehler, also eine verwaschene Artikulation oder gar ein Stammeln als ein Stottern eintreten müßte, wenn eine Schwäche im Artikulationsapparat vorliegt. Daß dies tatsächlich sein kann, beweisen Fälle in der Stammertherapie. Der Verfasser hat in einem Fall erlebt, daß eine Reihe schon angebildeter und gefestigter Laute plötzlich wieder ausfielen, weil der Junge sehr überfordert wurde. Die Eltern wollten das Mitkommen in der ersten Klasse erzwingen. Nach diesem Zusammenbruch mußte sie ihn auf ärztliches Anraten sogar aus der Schule herausnehmen.

Sogar erwachsene Personen können nach Erschöpfungszuständen zu Artikulationschwierigkeiten kommen. Davon berichtet KAINZ (1954, S. 328):

»Im April 1945, als die Sowjetarmee Wien besetzte, befand sich unser Haus durch sechs Tage hindurch in der Hauptkampflinie. Wir verbrachten diese Zeit im Keller, von mancherlei Schrecknissen und Entbehrungen bedrückt. Als wir dann wieder ans Tageslicht kommen konnten, hatte sich vieler Hausbewohner eine an Apathie und Lethargie grenzende totale Erschöpfung bemächtigt. Dieser Zustand wirkte auch auf die Artikulation ein. Mehrere Hausbewohnerinnen produzierten damals ein Phänomen, das ich als Erschöpfungsrhotazismus bezeichnen möchte; aus ihrem Lautbestand verschwand das R, das durch einen Laut ersetzt wurde, der eine weniger straffe und anstrengende Artikulation erforderte, nämlich durch W. Es wurde also ein Bwot, gwün usw. gesprochen. Diese Erscheinung, die in ihrer Häufung die Züge einer psychischen Infektion aufwies — auf analoge Sprechepidemien hat F r o e s c h e l s hingewiesen —, verschwand nach einiger Zeit von selbst.«

An anderer Stelle schreibt Kainz (1954, Bd. III, S. 327):

»Wer in ruhiger Gemütslage und wohl ausgeruht den schwierigsten Artikulationsanforderungen des Lautstroms ohne weiteres gerecht wird, muß ihnen nicht auch in Zuständen der Abspannung, Aufregung und Verlegenheit gewachsen sein. Vielmehr vermag der korrekte Vollzug des artikulatorischen Geschehens von solchen Zuständen empfindlich gestört zu werden.« . . . »Wenn ein Aufgeregter oder Gehemmter stottert, so mißlingen ihm gewisse aktuelle Artikulationsleistungen; die entstellten Laute beruhen somit nur auf okkasionellen Mißgriffen.«

Ein gelegentliches artikulatorisches Sichverhaspeln oder Wiederholen von Silben im Zustand der Erregung bei noch ungenügender Sprachbefähigung jüngerer Kinder läuft zwar auch unter dem Begriff Stottern, kann jedoch noch nicht als echtes Stottern angesehen werden. Zum genuinen Stottern gehören immer die Phonationshemmung, die Verspannungsbereitschaft und die psychische Reaktion auf das gestotterte Sprechen. Somit könnten wir die letztgestellte Frage in dem Sinne beantworten, daß der Artikulationsapparat nach physischen oder psychischen Reizen zwar in eine Vor- oder Überspannung kommen kann, jedoch diese allein nicht zu einem echten und schweren Stotteranfall ausreicht. Die reizbare Schwäche des Silbenkoordinations-Apparates ist also nicht Ausgangspunkt des Stotterparoxysmus, schon gar nicht im Sinne von echten Spasmen. Auch in der neueren Literatur wird immer wieder einmal von echten Krämpfen der Sprechmuskeln geschrieben, so beispielsweise von dem bedeutenden Autoren SZALKA (1965, S. 2) gebraucht.

V.

Wir erfuhren, daß in früheren Jahren in der reizbaren Schwäche des Artikulationsapparates von vielen Autoren eine Ursache, zumindest eine Teilursache des Stotterns gesehen wurde. So fehlte es auch nicht an Versuchen, mit Direktmaßnahmen die verkrampfte bzw. verspannte Muskulatur zu beheben. Diese verschiedenen Versuche sind schon in den Anfängen steckengeblieben, ohne an Bedeutung zu gewinnen.

Das Verfahren von Zumsteeg ist bereits angeführt worden. VITEK (1921, S. 266) galvanisierte den Mundboden und von außen die laryngeale Muskulatur. »Unter dieser Behandlung wurde nach 3 bis 4 Wochen das Sprechen leichter und fließender.« — Immer wieder einmal lesen wir in unserer Literatur von der Anwendung des elektrischen Stroms auch bei Stotterern. Wir dürfen hier wohl nur einen suggestiven Effekt sehen.

STEIN (1934) anästhesierte die Mundhöhle. »Stotterer mit vorwiegend tonischen Symptomen wurden durch fortgesetzte Anästhesie des gesamten Ansatzrohres (Pinse- lung im Ambulatorium, Spray zur häuslichen Behandlung) mittels des ungefährlichen Percains (Ciba) von ihrem Leiden befreit. Die Wirkung beruht darauf, daß ja durch Anästhesie die Aktionsfähigkeit des motorischen Anteils des Reflexbogens eingeschränkt wird.« — Wenn Stein so gute Erfolge angibt, warum haben wir dann nie mehr von einem solchen Verfahren gehört?

Einen wissenschaftlichen Hintergrund scheint die Akupunktur zu haben. Eines Tages legte eine Mutter dem Verfasser eine Illustrierte (»Zeit im Bild«, 3. Oktober- heft 1957) auf den Tisch und deutete an, die Therapie ähnlich umzustellen. Unter dem Titel: »Gestochen-verbrannt und doch gesund« wird mit Bilddemonstration beschrieben, daß durch Akupunktur des Kinnes ein Mädchen vom Stottern geheilt wurde. Wir wissen, was wir von solchen Zeitungsberichten zu halten haben. Dennoch ging der Verfasser dieser fernöstlichen Therapie nach, zumal auch Brankel (1955, S. 168) die Akupunktur erwähnt. Im Buch von FUYE und SCHMIDT (1952) wird tatsächlich auch die Nadelung beim Stottern genau beschrieben, auf welchen Punkt der Meridiane und mit welchen Nadeln gestochen wird. Was sollen wir davon

halten? Außer den von Brankel (1957, S. 11) geschilderten wenigen Fällen liegt noch kein weiterer Bericht über eine zusätzliche Behandlung mit der Akupunktur beim Stottern vor.

Verfasser hat in Fragmenten berichtet, ohne den Anspruch auf vollständigen Zusammenhang zu erheben. Mit diesem Beitrag soll lediglich die Aufmerksamkeit auf dieses somatische Teilstück des Stottergefüges neu geweckt und zu weiterer Forschung angeregt werden. Auch aus dieser Position könnte eine unterstützende Therapie innerhalb der Komplexbehandlung des Stotterns eingeleitet werden.

Literatur:

- Appelt, A.: Die wirkliche Ursache des Stotterns und seine dauernde Heilung. München 1925.
- Brankel, O.: Versuch einer pathophysiologischen Gesamtschau des Stotterns. *Folia Phoniatrica*, 7. Vol. (1955), S. 153—171.
- Brankel, O.: Die Neuraltherapie bei der Behandlung des Stotterns. Sonderdruck aus: *Therapeutische Berichte*, 29. Folge (1957), S. 122 ff.
- Freund, H.: Person und Sprachstörung. *Die Medizinische Welt*, 6. Bd. (1932), S. 1243.
- Friese, A.: Symptombehandlung bei Sprachstörungen — aber wie? *Die Sprachheilarbeit*, 16 Jg. (1971), S. 178—185.
- Fuye, De La, und Schmidt, H.: Die moderne Akupunktur. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1952.
- Gruhle, H. W.: *Verstehende Psychologie*. Thieme, Stuttgart 1948.
- Hanselmann, H.: *Einführung in die Heilpädagogik*. Zürich 1946, 3. Auflage.
- Imre, V.: Die medikamentöse Behandlung des Stotterns. *Wiener Med. Wochenschr.*, 105. Jg. (1955), S. 286—287.
- Kainz, F.: *Psychologie der Sprache*. Band III, Enke, Stuttgart 1954.
- Maschka, F.: Das Problem des Stotterns im Rahmen der Reflexlehre. *Die Sprachheilarbeit*, 6. Jg. (1961), S. 12—24.
- Richter, E., und Maschka, F.: Die verlängerte Verschlussphase im Mechanismus der Stotter-symptoms. *Die Sprachheilarbeit*, 5. Jg. (1960), S. 171—186.
- Schilling, A.: Organische Faktoren bei der Entstehung des Stotterns. *HNO (Berlin)*, 10. Jg. (1962), S. 149.
- Scholz, W.: Stottern nach Angina. In: *Medizinische Welt*, Jg. 1935, S. 1289.
- Seeman, H.: Über somatische Befunde bei Stotterern. Referat in: Bericht des VI. Kongresses 1934 in Budapest. Verlag Franz Deuticke, Leipzig/Wien 1935.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Halle (Saale) 1959, 1. Auflage.
- Sokolowsky: Beziehungen der Sprach- und Stimmheilkunde zur operativen Laryngo-Rhinologie. *Folia oto-laryngologica* 1. Teil (Ztschr. für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete), 20. Bd. (1931), S. 537—578 (Kabitzsch-Leipzig).
- Sovák, M.: Das vegetative Nervensystem bei Stotterern. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 69. Bd. (1935), S. 666—680.
- Stein, L.: Die Behandlung der assoziativen Aphasie. Referat in: Bericht des VI. Kongresses 1934 in Budapest. Verlag Franz Deuticke, Leipzig/Wien 1935.
- Steinig, K.: Die Sprachleiden im Lichte der Psychosomatik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 4. Jg. (1935), S. 347—356.
- Szálka, W.: Die Pathogenese und Pharmakotherapie des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit*, 10. Jg. (1965), S. 2—11.
- Vitek, V.: Behandlung des Stotterns mit Galvanisation der Muskulatur der Mundhöhle und des Kehlkopfes. *Zentralblatt für innere Medizin*, 42. Jg. (1921), S. 266.
- Zumsteeg, H.: Läßt sich die Konstitution eines Stotterers beeinflussen? *Die deutsche Sonderschule*, 4. Jg. (1937), S. 810—816.
- Zumsteeg, H.: Der Einfluß von Katarrhen der oberen Luftwege auf das Stottern. *Archiv für Sprach- und Stimmphysiologie*, 2. Abt., 3. Bd. (1939/40), S. 183—188, Verlag Metten, Berlin.

Anschrift des Verfassers: Erwin Richter, Sprachtherapeut, DDR 7543 Lübbenau, Kirchplatz 6.

Hermann Gutzmann †

Im Alter von 80 Jahren verstarb am 28. Juni 1972 nach schwerer Krankheit Prof. Dr. med. Hermann Gutzmann. Damit ist nach Rudolf und Anton Schilling ein weiterer führender Vertreter der deutschen Sprachheilkunde von uns gegangen, der nicht nur engste Beziehungen zur Sprachbehindertenpädagogik hielt, sondern den Sprachheilpädagogen auch stets ein Freund und Förderer war. Besonders die Sonderschullehrer für Sprachbehinderte und die Logopäden in Berlin waren ihm in Dankbarkeit eng verbunden, und als viele Jahre in Westberlin tätiger Sprachheilpädagoge darf ich wohl auch heute noch sagen: U n s e r Prof. Gutzmann hat nicht zuletzt mit seinem gütigen Wesen und mit seiner freundschaftlich-kollegialen Haltung, die den Fachpädagogen nie als medizinischen Laien gering schätzte, viel zu einer gedeihlichen Zusammenarbeit zwischen Sprachheilkunde und Sprachheilpädagogik beigetragen.

Als Professor für Stimm- und Sprachkrankheiten hat Hermann Gutzmann das viel beachtete Werk seines Großvaters Albert Gutzmann, Direktor der Berliner Taubstummenanstalt, und seines Vaters, Prof. Dr. med. Hermann Gutzmann sen., fortgesetzt und das wissenschaftliche Ansehen der Sprachheilkunde in über 70 Veröffentlichungen vermehrt. So war Hermann Gutzmann jun. bereits seit 1934 der für die Berliner Sprachheilschulen zuständige Facharzt, und er hat sich dann besonders in der Nachkriegszeit wieder ganz außerordentlich für die Sprachheilschulbewegung eingesetzt. Die Westberliner Sprachheilschulen und Prof. Gutzmann gehörten einfach zusammen, und es ist immer noch nur schwer vorstellbar, daß dieser glücklichen medizinisch-pädagogischen Einheit nun ein Ende gesetzt ist.

Hermann Gutzmann wurde am 20. Januar 1892 in Berlin geboren, studierte dort Medizin und promovierte 1923. Nach dem Tode seines Vaters übernahm er ab 1924 das von diesem begründete Ambulatorium für Sprachkrankheiten an der HNO-Klinik der Charité. 1932 habilitierte er sich, und 1938 wurde er zum a.o. Professor ernannt. 1949 errichtete er zunächst aus eigenen Mitteln

in Berlin-Dahlem eine Phoniatische Abteilung, die 1952 vom Senat Berlin (West) übernommen und 1958 zur Universitäts-Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke der Freien Universität umgewandelt wurde. Dort in Dahlem entfaltete er noch einmal eine vielseitige und segensreiche Arbeit zum Wohle der Sprachgeschädigten. Es fehlte ihm dann auch nicht an ehrenvollen Ämtern, und so war er u. a. viele Jahre der 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, und er gehörte auch zum Vorstand der entsprechenden Internationalen Gesellschaft. Zu seinem 70. Geburtstag ernannte ihn die Berliner Otolaryngologische Gesellschaft zu ihrem Ehrenmitglied.

Nach der Niederlegung der Leitung der Poliklinik widmete sich Hermann Gutzmann weitere Jahre seiner Praxis, aber auch noch immer der Gutachter- und Lehrtätigkeit. So verdanken ihm auch viele Fachpädagogen Berlins eine anschauliche und mit vielen Anekdoten gewürzte Einführung in fachmedizinische Grundlagen, und alle sind auch ein wenig stolz darauf, somit wenigstens zum Teil seine Schüler gewesen zu sein. Mit ihnen zusammen möchte ich noch einmal betonen: Hermann Gutzmann wird uns immer fehlen!

Arno Schulze

Benutzte Literatur:

Lüking, P.: Prof. Dr. med. Hermann Gutzmann 70 Jahre. In: Die Sprachheilarbeit, 7. Jg. (1962) 1; S. 129—131.

Reinhold Dahlmann †

Prof. Dr. Reinhold Dahlmann, einer der Wegbereiter des Sonderschulwesens in der DDR, verstarb, beinahe 79 Jahre alt, am 1. Februar 1972. Das Leben eines großen Pädagogen, der sich schon unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg der Erziehung und Unterrichtung behinderter Kinder zuwandte, ist erloschen.

Wenn auch sein Wirken nach 1945 hauptsächlich auf den Bereich der heutigen DDR bezogen war, wo er als Sozialist seine politische und geistige Heimat suchte und fand, so ist doch die Ausstrahlung seiner von tiefer Menschlichkeit geprägten pädagogischen Tätigkeit über die DDR hinaus nicht nur in der BRD, sondern auch international spür-

bar geworden. Sein Dienst an den Behinderten, ja seine Verdienste um die behinderten und benachteiligten Kinder und um ihre Lehrer, hob ihn über Ländergrenzen und über die Grenzen unterschiedlicher gesellschaftlicher und politischer Gegebenheiten hinaus. Diese Verdienste machen somit allen, die ihn persönlich oder aus seinem Schaffen kannten, den großen Verlust deutlich, der die weltweite Gemeinschaft derer traf, die sich um behinderte Menschen bemühen.

Reinhold Dahlmann wurde am 20. September 1893 in einer Kleinstadt in Pommern geboren. Schon in früher Jugend entschloß er sich, Lehrer zu werden, und so ging er den Weg über Präparandenanstalt und Lehrerseminar wie so viele unserer Besten seiner Generation. Nach seiner Rückkehr aus dem Ersten Weltkrieg kam er nach Berlin, lernte die Arbeit der dortigen Staatlichen Taubstummenanstalt kennen und wurde Taubstummenlehrer. Noch während dieser Ausbildung holte er das Abitur nach und studierte später neben seiner beruflichen Tätigkeit Philosophie und Psychologie. Als Doktor der Psychologie schloß er 1932 seine Studien ab. Seit seiner Seminarzeit SPD-Mitglied, konnte er in den Jahren des Faschismus die ihm gemäße Art pädagogischen Denkens und Arbeitens nicht entfalten. Die große Stunde schlug ihm mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges. 1945 wurde er Direktor der Gehörlosenschule Berlins und gleichzeitig nebenamtlich Referent für Sonderschulfragen der damaligen Zentralverwaltung für Volksbildung. Bei dieser seiner Arbeit betonte er u. a. besonders den nunmehr streng wissenschaftlich zu fundierenden Aufbau des Sonderschulwesens und

von daher auch die Notwendigkeit der Hochschulausbildung der Sonderschullehrer. Schon 1947 brachte seine Initiative die Errichtung der Abteilung Sonderschulwesen an der Humboldt-Universität Berlin. 1949 wurde er zum Professor berufen. Bald wandte er sich auch der Sprachheilpädagogik zu, der er in seinem Beitrag über das Sprachheilwesen der DDR im Buche Seemans weiterreichende Anerkennung verschaffte. Neben zahlreichen anderen Fachpublikationen begründete er die Schriftenreihe »Beiträge zur Rehabilitationspädagogik und zum Sonderschulwesen«, die ebenfalls internationale Bedeutung erlangte.

Die DDR dankte ihm seine Verdienste durch hohe Auszeichnungen, und er nahm diese Ehrungen immer wieder zum Anlaß, seinen Weg begeistert und beharrlich weiter zu verfolgen. Seine Emeritierung im Jahre 1961 hielt ihn dann auch nicht davon ab, weiterhin an der Entwicklung des Instituts für Sonderschulwesen zur heutigen Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationsforschung regen Anteil zu nehmen.

Zur Trauer der Sonderpädagogen der DDR über den Tod Dahlmanns gesellt sich auch die Trauer vieler älterer westberliner und westdeutscher Fachpädagogen, die ihn auf sonderpädagogischen Tagungen in Ost und West kennen- und schätzenlernten. Der jungen Generation unserer Heilpädagogen sollte sein Name nicht verlorengehen, das sind auch wir Reinhold Dahlmann schuldig.

Arno Schulze

Benutzte Literatur:

Becker, Kl.-P.: Reinhold Dahlmann verstorben. In: Die Sonderschule, 17. Jg. (1972) 2; S. 65—66.

Für die unserer HNO-Klinik angeschlossene Päd.-Audiologische Abteilung, in der hör-, sprach- und stimmgeschädigte Kinder behandelt werden, suchen wir

2 Logopädinnen

Bezahlung nach BAT V b, 5-Tage-Woche.

Ein modernes Appartement kann gestellt werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild richten Sie an die Verwaltung des

OLGAHOSPITALS

7000 Stuttgart 1, Bismarckstraße 8, Telefon (0711) 62 33 11

Wechsel des Vorsitzes im Unterausschuß »Sonderschulwesen« in der Ständigen Konferenz der Kultusminister

Herr Landesschulrat a. D. Matthewes hat am 17. Januar 1972 nach mehrjähriger Tätigkeit den Vorsitz im Unterausschuß niedergelegt.

Wir haben Herrn Matthewes für sein Verständnis für die Probleme des Sonderschulwesens und für seine in sachlicher, gründlicher und kluger Arbeit erreichten Erfolge zu danken. Die Novellierung der »Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens« erfolgte noch unter seinem Vorsitz. Herr Matthewes ist nun auch hier in den Ruhestand getreten.

Neuer Vorsitzender im Unterausschuß ist Herr Ministerialdirigent Prof. Dr. Holzappel. Wi.

Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens

Die Erfolge, die in den vergangenen zehn Jahren im Aufbau des Sonderschulwesens erreicht wurden, und die Veränderungen in der Struktur des Bildungswesens überhaupt erforderten die Novellierung des Gutachtens zur Ordnung des Sonderschulwesens von 1960. Der Fachpädagoge wird sich mit dem Studium der Empfehlung befassen müssen, die im Verlag B. Schulze, Nienburg/Weser, veröffentlicht wurde.

Eine ausführliche Besprechung des Inhalts ist an dieser Stelle nicht möglich. Für den Sprachheillehrer bedeutsame Einzelheiten sollen jedoch angeführt werden.

Die prozentualen Anteile der Sonderschulbedürftigen — bezogen auf die Gesamtzahl der Vollschulzeitpflichtigen — erfuhren einige Änderungen. So wird die Zahl der sonderschulbedürftigen Sprachbehinderten jetzt mit 0,5 % angegeben. Dagegen wäre sicher nichts einzuwenden, wenn die Fußnote nicht den Vermerk »zu errechnen aus der Schülerzahl der Klassen 1 bis 6« enthalten würde. Denn auch die Zahl der ambulant Therapiebedürftigen (1 %) soll aus der Schülerzahl der Klassen 1 bis 4 (!) errechnet werden. Wenn damit auch die insgesamt 1,5 % erhalten geblieben sind, ist die Gesamtzahl der Behandlungsbedürftigen etwa auf die

Hälfte reduziert. Dieser Wert ist nach Auffassung aller Fachleute und dem Ergebnis der zahlreichen vorliegenden Untersuchungen eindeutig zu niedrig. Trotzdem: Es wäre ein beachtenswerter Fortschritt, wenn wenigstens diese Zahl im Gesamtgebiet der Bundesrepublik realisiert würde! Wiederholte Bemühungen des Vorstandes, den Zusatz zur Angabe der ambulant Therapiebedürftigen aufzuheben, blieben erfolglos.

Die Klassenfrequenz in der Schule für Sprachbehinderte ist unverändert zwölf. Sie ist in der Bundesrepublik noch immer bei weitem nicht überall erreicht (vgl. hierzu »Sprachbehinderte Schüler in Sprachheilklassen«, Die Sprachheilarbeit 3/1972, S. 104). Die KMK-Empfehlung enthält außerdem den Satz, daß die angegebenen Klassenfrequenzen Regelwerte darstellen, die bei Mehrfachbehinderungen entsprechend zu verringern sind.

In den Abschnitten über den sonderpädagogischen Beratungsdienst, über Sonderschule, Elternhaus und Öffentlichkeit, Früherfassung und Frühbetreuung und über sonderpädagogische Einrichtungen im Elementarbereich werden neuere Erkenntnisse und Forderungen grundsätzlich anerkannt.

Bemerkenswert ist die vorsichtige und abgewogene Stellungnahme zur Problematik der Integration Behinderter in Gesamtschulsysteme. Wegen ihrer Bedeutung sei sie ungekürzt wiedergegeben:

»Sonderschule und Gesamtschule

Die Frage, ob und inwieweit Sonderschulen in Gesamtschulen eingegliedert werden sollen und können, ist in der pädagogischen Diskussion der Gegenwart noch nicht so weit geklärt, daß allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden können. Vor allem fehlt es noch an praktischen Erfahrungen.

Es wird untersucht werden müssen, ob die Gründe, die die Einrichtung von einzelnen Sonderschultypen notwendig machten, durch die Gesamtschule hinfällig werden. Die Sonderschulen sind entstanden, weil die allgemeinen Schulen den behinderten Schülern nicht gerecht werden konnten, so daß besondere Schulen mit eigener Zielsetzung, eigenen Methoden und mit eigens ausgebildeten Lehrern erforderlich wurden.

Die Gesamtschule hat sich zum Ziel gesetzt, durch die Auflösung starrer Schulformen und fester Klassenverbände in einer elastischeren Differenzierung sich auf die individuelle Eigenart eines jeden Kindes einzustellen.

Wieweit die von der Gesamtschule erstrebte Individualisierung behinderten Schülern gerecht werden kann, hängt zunächst von der Art der Behinderung ab. Neben Behinderungen, die einen hohen Grad an eigenständiger Schularbeit erfordern und deshalb schwer zu integrieren wären, stehen solche, deren Integration leichter durchzuführen wäre.

Die Möglichkeit der Integration hängt ferner von dem Anteil der behinderten Schüler an der Schülerzahl einer Gesamtschule ab. Je niedriger der Anteil ist, desto schwieriger wird eine pädagogisch sinnvolle Differenzierung innerhalb der Gesamtschule. Die Integration wird noch schwieriger, je spezieller die sonderpädagogischen und therapeutischen Hilfen sein müssen.

Für die Beibehaltung eigenständiger Sonderschulen spricht die Notwendigkeit, eine umfassend angepaßte Hilfe für behinderte Schüler zu geben und gleichzeitig die allgemeine Schule von Schülern zu entlasten, denen sie nicht gerecht werden kann.

Für die Eingliederung der behinderten Schüler in die Gesamtschule spricht die Tendenz, sie soweit wie möglich aus einem Sonderdasein in die Gemeinsamkeit mit anderen Schülern zu führen.

Dadurch, daß die Gesamtschule durch ihre individualisierenden und differenzierenden Unterrichtsformen auch den Kindern gerecht werden will, die unter dem überkommenen Schulsystem versagten, wird sie offen für die Frage nach der Möglichkeit einer Integrierung behinderter Schüler. In welchem Umfang behinderte Kinder in die Gesamtschule integriert werden können, welche Behinderungsformen sie zu erfassen vermag, wird erst die Erfahrung lehren.

Da die Gesamtschule in ihrer inneren Verwirklichung noch vor manchen Problemen steht und ihre endgültige Gestalt noch nicht gefunden hat, wäre es unrealistisch, bereits jetzt Empfehlungen für die Eingliederung behinderter Schüler in die Gesamtschule zu geben.

Die Richtlinien für die einzelnen Sonderschulen erfahren eine einheitliche Darstellungsweise. Der Text für die Sonderschule

für Sprachbehinderte lautet:

»S c h ü l e r

Die Schule für Sprachbehinderte nimmt Kinder und Jugendliche auf, die wegen Behinderung in der sprachlichen Ausdrucks- und Mitteilungsfähigkeit in den allgemeinen Schulen dem Bildungsgang nicht oder nicht ausreichend zu folgen vermögen und weder durch ambulante noch durch vorübergehende stationäre Behandlung hinreichend gefördert werden können.

Dazu gehören Schüler

mit verzögerter Sprachentwicklung — Seelentaubheit — motorischer Hörstummheit — Aphasie — Dysgrammatismus — Poltern — Stottern — psychogener Stummheit — funktionell oder organisch bedingtem Stimmeln und Stimmstörungen.

Wird die Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuch allein wegen seiner Sprachbehinderung erwogen, so ist die Schule für Sprachbehinderte gutachtlich zu hören.

A u f g a b e

Die Schule für Sprachbehinderte hat wie die ambulante Behandlung die Aufgabe, die sprachlichen Fehlleistungen der Schüler sachgerecht zu beheben, ihre sprachliche Kontaktfähigkeit und ihr sprachliches Ausdrucks- und Mitteilungsvermögen sowie ihre Gesamtentwicklung zu fördern, so daß sie nicht nur die Scheu vor der Gemeinschaft überwinden, sondern ihr mit Selbstvertrauen mitteilend begegnen.

Da die meisten Schüler nach etwa 1 bis 2 Jahren von ihrer Sprachstörung befreit oder so weit gebessert werden können, daß sie in der Lage sind, dem Unterricht in der allgemeinen Schule zu folgen, besuchen Sprachbehinderte in der Regel nur während eines Teils ihrer Schulzeit die Sonderschule. Neben den Schulen für Sprachbehinderte werden Kurse für solche Schüler eingerichtet, die in allgemeinen Schulen mit Erfolg am Unterricht teilnehmen können, aber Sprachschwierigkeiten aufweisen, die einer Behandlung bedürfen. Der Erfolg dieser Kurse hängt vom Zusammenwirken des Sonderschullehrers mit den Lehrern der allgemeinen Schulen und den Erziehungsberechtigten ab.

Es ist zu wünschen, daß die Empfehlung, die von der KMK am 16. März 1972 beschlossen wurde, von den Ländern als verbindlich angesehen und ihre Verwirklichung ernsthaft angestrebt wird. Wi.

Fachgruppe Blinden- und Gehörlosenschulen
in der Gewerkschaft Erziehung und Wissen-
schaft — Landesverband Niedersachsen —

Landestagung — Herbst 1972

am 27./28. Oktober 1972 in Hildesheim.

Freitag, 27. Oktober — 11.00 Uhr

Vortrag:

Prof. Heinrich Bodenstein, Braunschweig
»Die Stellung des Lehrers in Schule und
Gesellschaft heute«

Freitag, 27. Oktober — 16.00 Uhr

Podiumsveranstaltung

»Integration oder Isolation als Folge schuli-
scher Maßnahmen im Bildungswesen für
Hör- und Sehgeschädigte?«

Teilnehmer:

Wissenschaftlicher Assistent Hartwig Clau-
ßen, Hamburg / Prof. Dr. Heribert Jussen,
Köln / Prof. Armin Loewe, Heidelberg /
Wissenschaftliche Oberrätin Waltraud Rath,
Hamburg / Reg.-Dir. Wilhelm Thies, Refe-
rent im Niedersächsischen Kultusministerium
Hannover.

Leitung: Prof. Dr. Otto Kröhnert, Hamburg
(Langzeitveranstaltung)

Sonnabend, 28. Oktober 1972 — 9.00 Uhr
Mitgliederversammlung

Sonnabend, 28. Oktober 1972 — 14.00 Uhr
Parallelveranstaltungen

Vortrag: Prof. Dr. Heribert Jussen, Köln
»Zur Problematik des Fingeralphabets«
(mit Demonstration)

Vortrag: Wissenschaftliche Oberrätin
Waltraud Rath, Hamburg

»Selektion und Bildungschancen sehgeschä-
digter Kinder im norddeutschen Raum«

Alle Veranstaltungen finden in der Nieder-
sächsischen Landesgehörlosenschule Hildes-
heim, 32 Hildesheim, Annenstraße 34, statt.
Anfragen usw. sind zu richten an den Lan-
desfachgruppenvorsitzenden Studienrat Man-
fred Habekost, 32 Hildesheim, Braunschger
Straße 27.

»Gesellschaft

ungarischer Heilpädagogen« gegründet

Auf der konstituierenden Generalversamm-
lung am 12. Februar 1972 haben sich die
ungarischen Pädagogen an Sonderschulen
zur »Gesellschaft ungarischer Heilpädago-
gen« zusammengeschlossen. Zum Präsi-
denten der Gesellschaft wurde József Angyal,
Direktor der Gehörlosenschule Vác, und zum
Generalsekretär Béla Sziklai, Chefinspektor
Budapest, gewählt.

Die Gesellschaft ist in vier Sektionen auf-
geteilt: 1. Gehörlosenbildung, 2. Blinden-
und Körpergeschädigtenpädagogik, 3. Päd-
agogik der Lern- und Geistigbehinderten,
4. Sprachgeschädigtenpädagogik. Der Sek-
tionsleiter für Sprachgeschädigtenpädagogik
ist Prof. Dr. Dezsó Kanizsai, Budapest.

Die Gesellschaft legt Wert auf Zusammen-
arbeit mit den Fachkollegen der Bundes-
republik und wird entsprechende Verbind-
ungen aufnehmen. *Dr. Otto Schmähl*

Wegen der Erweiterung des seit dem 1. März 1972 bestehenden Sprach-
heilzentrums (Tageseinrichtung) in Bremerhaven sind zum 1. Januar 1973
(oder früher) folgende Stellen neu zu besetzen:

1 Psychologe 3 Sprachtherapeutinnen

Vergütung nach Tarif und Vereinbarung.

Wohnung kann vermittelt werden. Umzugskostenbeihilfe wird gewährt.

Bewerbungen sind zu richten an

ARBEITERWOHLFAHRT

285 Bremerhaven, Waldemar-Becké-Platz 9 · Telefon (0471) 4 20 09

Bücher und Zeitschriften

50 Jahre Wiener Sprachheilschule. Festschrift der von der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik herausgegebenen Fachzeitschrift »Der Sprachheilpädagoge«, 3. Jg. (1971), Heft 3, 114 Seiten.

Das in Österreich und in der internationalen Fachwelt beachtete und gewürdigte 50jährige Bestehen der Wiener Sprachheilschule hat in diesem Band einen guten publizistischen Niederschlag gefunden.

Eine hohe Ehrung bedeutet schon das herzliche Begrüßungsschreiben von Emil Froeschels, New York, der damals sicher noch nicht ahnte, daß er schon so bald und für immer auch aus dem Kreis der Wiener Sprachheilpädagogen, zu dem er sich stets noch zugehörig fühlte, abberufen werden sollte.

F. Maschka bringt, an die Worte Froeschels anschließend, den großen Rechenschaftsbericht »50 Jahre Heilkurse und Sonderklassen für sprachgestörte Kinder in Wien« (S. 2—22), wobei er zwei Phasen in der Entwicklung des Wiener Sprachheilwesens voneinander abhebt: die Fürsorge für sprachgestörte Kinder überhaupt und den Beginn der Sprachheilschule.

Als führende Persönlichkeiten der Sprachheilbewegung werden Froeschels und K. C. Rothe herausgestellt, deren Wirken dann auch ein breiter Raum gewidmet wird. Fortsetzung fand das Werk dieser beiden Pioniere durch Männer wie M. Führung und O. Lettmayer u. a., und heute möchte man Namen wie H. Aschenbrenner, W. Elsner, K. Enenkel, Susanne Haas, F. Maschka, Friederike Meixner, Hildegard Mühlgassner u. a. nicht mehr in der internationalen Fachdiskussion missen. Noch viele der hier nicht erwähnten Fachkollegen, aber auch sonstige Förderer des Sprachheilgedankens haben zu der glänzenden Entwicklung des Wiener Sprachheilwesens beigetragen, zu einer Entwicklung, die Maschka in aller Bescheidenheit, aber mit Fug und Recht, in seinem Aufsatz hervorragend herausstellt.

Artikel von O. Lettmayer »Die Sprachübungs-therapie bei der Behandlung des Stotterns im Laufe der letzten Jahrzehnte« (S. 23 bis 32), nochmals von Maschka über »Die Wertigkeit von Theorie und Praxis und ihre Entsprechung in der Wiener Sprachheilschule« (S. 33—50), von W. Elsner über »Blindheit und Sprachstörungen« (S. 51—74) und von

Friederike Meixner »Über den Wert der Spiele in der logopädischen Behandlung« (S. 75—84) dokumentieren ebenso wie die von Ingrid Fröhlich zusammengestellte »Chronologische Bibliographie von Veröffentlichungen und Berichten der Wiener Sprachheillehrer« (S. 89—113) das breite Spektrum des Schaffens der Wiener Fachpädagogen.

Bemerkenswert ist noch der Aufsatz über eine empirische Untersuchung der Wiener Sprachheillehrer, über deren Ergebnisse H. Neundlinger unter der Überschrift »Statistik über die soziologische Bedingtheit von Sprachstörungen« (S. 85—88) berichtet.

Arno Schulze

Krenzer, R.: Spiele mit behinderten Kindern.

Mit Illustrationen von Dagmar Domina. Kemper Verlag, Heidelberg 1971. 128 Seiten. Pappband 19,80 DM.

Die Einleitung des Buches (S. 7—19) bringt eine in einfache Worte gekleidete Einführung in das Wesen des Spiels und in seine Anwendungsmöglichkeiten bei Körperbehinderten und Geistigbehinderten; die Einführung mündet dann in »Vorschläge für den gezielten Einsatz des Spiels unter Berücksichtigung seiner therapeutischen Möglichkeiten« (S. 18—19) ein.

Im Abschnitt »Spielzeugausstattung« (S. 22 bis 31) wird Spiel- und Beschäftigungsmaterial für behinderte Kinder vorgestellt; die einzelnen Spieldinge sind sogar noch hübsch skizziert dargeboten, so daß den Eltern und den Erziehungs- und Pflegepersonen anschaulich klargemacht wird, welche Art von Spielzeug sie beschaffen sollten.

Ein weiterer Abschnitt ist dem »Spielbilderbuch« (S. 32—39) gewidmet, die folgenden Kapitel handeln von dem »Spiel mit Material« (S. 40—50), den »Spielen mit dem Ball« (S. 51—56), dem »Spielen mit allen Sinnen« (S. 57—75) und von »Spielen mit musikalischem Erlebnisgehalt« (S. 76—105). Rollenspiele, Hörspiele, Maskenspiele, Schattenspiele, Puppenspiele und Quizspiele runden das breit und gut beschriebene Spielangebot ab (S. 107—127).

Viele der aufgeführten Spiele lassen sich gut in eine komplexe Sprachbehandlung einfügen, so daß auch ein Fachpädagoge für Sprachbehinderte das Buch mit Gewinn lesen kann.

Arno Schulze

An der Phoniatischen Abteilung der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Hamburg-Eppendorf ist ab 1. Oktober 1972 die Stelle einer

Logopädin

zu besetzen.

Bezahlung erfolgt nach Tarifgruppe BAT VI b/V c.
Nebeneinnahmen durch Behandlung von Privatpatienten möglich.

Interessante Tätigkeit in einem Team (Kinderpsychiater, Kinderarzt, Psychologe).

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild richten Sie bitte an:

Sekretariat der

Phoniatischen Abtlg. der Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik Hamburg-Eppendorf

2 Hamburg 20, Martinstraße 52 · Telefon (0411) 4 68 22 71

Die Neuerkeröder Anstalten, eine Einrichtung der Inneren Mission, suchen zu einem baldmöglichen Termin einen

Logopäden

Das Aufgabengebiet umfaßt die logopädische Behandlung von lernbehinderten und geistig behinderten Kindern in engem Arbeitskontakt mit der Heimsonderschule der Anstalten.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit Zulagen. Eine Dienstwohnung wird zur Verfügung gestellt.

Die Anstalt liegt etwa 12 km östlich der Stadtmitte von Braunschweig.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Neuerkeröder Anstalten

3305 Obersicke — Neuerkerode · Telefon (053052) 3 44

Wir suchen für die Stimm- und Sprachabteilung eine **Logopädin**
die auch an Spastikertherapie interessiert ist.

Bewerbungen werden erbeten an: Prof. Dr. A. Mielke
Universitäts-HNO-Klinik · 34 Göttingen · Geiststraße

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

18 Folgen in Einzelheften und als Sammelband

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Empfehlenswert für Erziehungsberatungsstellen
und Sprachheilambulanzen

Sprachstörungen in der Volksschule

Eine Hilfe für Lehrkräfte aller Schulen zur Erkennung
von Sprachstörungen

50 Geschichten zum Weiterspinnen

Ein Büchlein, das Sprachnot und Sprechscheu überwinden hilft.

Tagungsberichte

Abhandlungen über Theorie und Praxis der Sprach-
und Stimmbehandlungen

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten-
und Schwerhörigenpädagogik

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41