

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR  
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.  
LANDESGRUPPE BERLIN

# Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

## Aus dem Inhalt

**Ruth Schüler, Berlin**

Schwerhörigen-Fürsorge und die schulische Betreuung der Gehörgeschädigten in Dänemark.

**Werner Bonczek, Braunschweig**

Das neue Danavox „Quick Check Audiometer“.

**Ella Petersen, Flensburg**

Der Wert des Sportkreisels in der Therapie sprachgestörter Kinder.

**Johannes Wulff, Hamburg**

Ergebnisse und Probleme aus einer sprachlichen Nachuntersuchung von 127 Patienten mit operierten Spalten im harten und weichen Gaumen.

**Aus der Organisation**

**Bücher und Zeitschriften**

Herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland  
Sitz Hamburg  
Postverlagsort Berlin

6. Jahrgang

Oktober 1961

Heft 3

## Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. Otto v. Essen, Universität Hamburg

1. Vorsitzender: J. Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35, Tel. 34109/3067

2. Vorsitzender: P. Lüking, Berlin-Neukölln, Delbrückstr. 8 b. Tel.: 62 71 60

Geschäftsführer: J. Wiechmann, Hamburg 6, Ratsmühlendamm 37, Tel. 597539 (599137)

Schriftführerin: H. Jürgensen, Hamburg-Altona, Bernstorffstr. 147, Tel. 42 10 71 (615163)

Rechnungsführer: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35, Tel. 34109/3067, Postscheckkonto: Hamburg 97 40

Mitgliederabteilung: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35

(Aufnahme und Austritt über die zuständige Landesgruppe durch den Bundesvorstand.)

Anschriftenänderung bitte sofort der Mitgliederabteilung und der Redaktion mitteilen!

Zum erweiterten Vorstand gehören die Vorsitzenden der Landesgruppen und ein Mitglied der Schriftleitung unserer Fachzeitschrift.

Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (Vorsitz: Prof. Dr. H. Gutzmann, Berlin, und Schatzmeister Prof. Dr. J. Berendes, Marburg, Univ.-Ohrenklinik) sind gegenseitig korporative Mitglieder und entsenden in den erweiterten Vorstand des anderen Verbandes jeweils ein eigenes Vorstandsmitglied (z. Z.: Prof. Dr. J. Berendes — J. Wulff).

Fachzeitschrift: „Die Sprachheilarbeit“

Schriftleitung: Arno Schulze, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87, Tel.: 60 78 87

Geschäftsstelle der Zeitschrift: Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestr. 47-51

### Landesgruppen

Bayern:	Ludwig Hacker, München 2, Theresienstr. 43
Berlin:	Paul Lüking, Berlin-Neukölln, Delbrückstr. 8 b
Bremen:	Klaus Ortgies, Bremen, Marcusallee 38
Hamburg:	Heinrich Staps, Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Hans Döbler, Wiesbaden, Händelstr. 12
Niedersachsen:	Fritz Schöpker, Hannover, Voßstr. 34
Schleswig-Holstein:	Prof. Dr. Dr. Hermann Wegener, Kiel, Wilhelmshavener Str. 23
Rheinland:	Ernst Kremer, Köln-Raderberg, Am Husholz 2
Westfalen-Lippe:	Friedrich Wallrabenstein, Münster i. W., Landeshaus

Die Geschäfte führen im Auftrage des Bundesvorstandes bis zur Gründung der Landesgruppe:

Baden-Württemberg:	Dr. Helmuth Schuhmann, Karlsruhe, Erzbergerstr. 22
Rheinland-Pfalz:	Erich Zürneck, Neuwied, Gehörlosenschule

# Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

Herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland  
Sitz Hamburg

---

6. Jahrgang

1961

Heft 3

---

*Ruth Schüler, Berlin:*

## SCHWERHÖRIGEN-FÜRSORGE UND DIE SCHULISCHE BETREUUNG DER GEHÖRGESCHÄDIGTEN IN DÄNEMARK

Gemeinsam mit der Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Frau Dr. KORTGE, vom Versorgungsamt Berlin, fuhr ich im Juni 1960 nach Fredericia und nach Aarhus in Dänemark. Frau Dr. K. hatte bei Herrn Dr. VOGNSEN und Herrn Dr. BENDSEN angefragt, ob wir zur Besichtigung kommen dürften. Wir wurden eingeladen, und überall äußerst zuvorkommend und freundlich in den Instituten und Schulen herumgeführt und mit allen Einrichtungen vertraut gemacht. Bisher gab es in Kopenhagen, Odensee und Aarhus „Hörzentralen“. Fünf weitere sind bereits geplant.

Dänemark ist zur Erfassung der Schwerhörigen in einen Ost- und einen West-Bezirk gegliedert. „Lokalpädagogen“ reisen umher und betreuen die durch die „Hörzentren“ erfaßten und mit einem Gerät versehenen Schwerhörigen. In Fredericia ist die Doevestummeskole, deren Leiter Dr. KNUDSEN ist. Das ist ein Internat für gehörgeschädigte Kinder von 6 bis 14 Jahren. Von den 130 Schülern gehen 70 täglich nach Hause, oder sie werden mit Bussen zu ihren Wohnungen in die nähere Umgebung gefahren. Sämtliche Kinder sind stark schwerhörig. Die leichten Fälle werden, mit dem Gerät ausgerüstet, in die Normalschulen geschickt und zusätzlich von dem zuständigen Lokalpädagogen betreut. Auf dem Plan besteht aber bereits ein Erweiterungsbau, in dem dann auch die leichten Fälle erfaßt und in Parallelklassen unterrichtet werden sollen.

Für diese 130 Schüler der Schule in Fredericia sind 30 Lehrer angestellt — also pro Lehrer etwa 4 Schüler!

In den Klassen sind die Kinder a) nach Intelligenz, b) nach Schwerhörigkeitsgraden und c) nach Altersstufen gesondert. Von den 130 Schülern sind

129 mit Hörapparaten versehen, die sie vom Aufstehen an bis zum Insbettgehen tragen. So ausgerüstet, turnen sie auch und spielen im Raum und im Freien. Obgleich die Kinder stark schwerhörig sind, haben sie alle ein Gerät erhalten; ein völlig tauber Schüler aus psychologischen Gründen, um ihn nicht „zurückstehen“ zu lassen. Der Staat verleiht diese Geräte unentgeltlich bei Hörvermögen herab bis zu 400 Hz (bei so kleinem Hörrest werden hier in Deutschland keine Geräte mehr verordnet). Ist der Hörapparat unbrauchbar geworden, so wird er in der Hörzentrale gegen einen neuen ausgetauscht.

Die Schule wurde 1878 gegründet und vor etwa 5 Jahren modernisiert und inzwischen schon wieder neu gestrichen. Sie ist ruhig und schön auf dem Wall oberhalb der Meeresbucht gelegen. Man hat eine wunderbare Aussicht über das Meer. Alle Räume sind klein, mit breiten Fenstern und mit schalldämpfenden, niedrigen Decken versehen. Überall sind sehr hübscher Bildschmuck und passende Vorhänge. Vor allen Fenstern sind Blendjalousien. In den Klassen gibt es keine Schränke, sondern offene Wandfächer mit allem Notwendigen, an die jeder herankann. Es gibt in jeder Klasse eine Leinwand mit Bildwerfer. Die Texte der meisten Schulbücher lassen sich projektieren. Der Lesestoff ist zum Teil aus den Büchern der Hilfsschule entnommen, um den Kleinen das Lesenlernen zu erleichtern. In jeder Klasse stehen nicht mehr als 5 Einzeltische zum Kreis angeordnet. Durch diese kleinen Gruppen herrscht in der Schule große Ruhe — kein Zappeln und Toben im Haus — obgleich die Kinder in Hof und Garten durchaus lebhaft und laut spielten.

Ein Kindergarten ist für den neuen Anbau geplant. Er wird aber von Dr. V. und dem Schulleiter nicht so unbedingt gefordert, weil man der Ansicht ist, daß die Kleinen dort zuwenig zum Sprechen angeregt werden. Eine Unterbringung in normalen Kindergärten scheint geeigneter.

Wir hatten Gelegenheit, einer Gruppe beim Ablese-Unterricht zuzusehen: Die Schüler saßen im Kreis. Sie mußten die Hörgeräte ausschalten. Es wurden reine Vokalreihen geübt, dann diese in Verbindung mit Konsonanten. Zuletzt Übergang zum „Mund-Hand-System“ nach FORCHHAMMER.

Beim Hörtraining saßen in der einen Gruppe 4 Schüler. Sie hatten die Köpfe gesenkt, um das Absehen auszuschließen. Die Lehrerin sprach auffallend leise. Alle hatten den gleichen Text vor sich, der mehrmals vorgelesen wurde. Dann wurden die Schüler einzeln mit diesem Text angesprochen, den sie wiederholen mußten. Schließlich wurden ähnlich klingende Laute vor- und nachgesprochen.

In der zweiten Gruppe waren 5 Schüler um den Tisch versammelt. Sie lasen den gleichen Text. Dann las der Lehrer vor, die einzelnen Schüler mußten wiederholen. Anschließend las der Lehrer den Text und hatte dabei Wörter ausgetauscht. Die Schüler mußten dies erkennen und berichtigen. Zum Schluß sprach der Lehrer hinter dem Handschirm und ließ nachsprechen.

Zur Schule gehört ein großes „Laboratorium“, das aus zwei Räumen besteht. In ihm sind ein Frequenzfilter mit Pegelschreiber zum Prüfen der Hörgeräte und zwei Ton- und ein Sprechaudiometer. Neben der audiometrischen Kurve werden von der Sprache jedes Kindes Bandaufnahmen gemacht, die mindestens zweimal im Jahr wiederholt werden. Ebenso werden die Audiogramme, die auch im Klassenraum zur steten Einsichtnahme aushängen, halbjährlich erneuert. Dadurch bekommt man ein sicheres Bild von der Hörfähigkeit der Kinder. Für die Jüngeren sind im Untersuchungsraum Spielaudiometer, zu denen auch ein „Eisenbahn“-Audiometer gehört. Dabei sitzt das Kind vor einer elektrischen Eisenbahn. Wenn es den Ton vom Audiometer hört, drückt es auf einen Knopf, der die Eisenbahn in Bewegung setzt. Zur Sprachanbildung über das Gehör dient der „Language-Master“, auch „Vocabulary-Builder“ genannt. Dies ist ein Apparat, durch den man eine Karte mit einem Bild laufen läßt. Ein Kontakt löst nun das passende Wort aus, das in Abständen aus dem Apparat ertönt. Das Sehen und Hören zugleich macht dem Kinde, das mit seinem Lehrer davorsitzt, großen Spaß. Es spricht nach, und der Lehrer schont seine Stimme! Statt der Bilder können für größere Kinder auch Texte eingesetzt werden.

In kleinen Einzelzimmern sind mehrere Apparate untergebracht, die auch dem Artikulationsunterricht dienen: 1. eine große Apparatur mit Artikulationsspiegel und „Oszillograph“, die den Sprechablauf von Lehrer und Schüler in Kurven sichtbar macht; 2. ein S-Indikator, bei dem der Schüler selbst kontrollieren kann, ob er das S lautstark und rein gebildet hat. Hier flammt beim Richtigsprechen eine kleine Birne auf. Am „Late-Speech-Amplex“ hört der Schüler alles, was gesprochen wird, im zeitlichen Abstand von 8 Sekunden bis zu 0,2 Sekunden Nachhall. Er kontrolliert dadurch die eigene Sprache und ist gezwungen, sich beim Sprechen mit dem Nachhall vertraut zu machen und ihn zu überwinden.

In einem weiteren kleinen Labor werden die Ohrpaßstücke erneuert. Hier ist auch eine Telefonzelle eingebaut, in der die Schüler lernen, über die Telefonspule ihres Hörgerätes zu telefonieren.

Diesem ganzen technischen Labor steht der Techniker, Herr KNUD BØRRILD vor. Er hat aus eigener Initiative dies alles aufgebaut. Er leitet die Untersuchungen, nimmt die Audiogramme auf und fertigt die vielerlei Tonbänder an.

Zur Aufnahme und Untersuchung bleiben die Eltern auch tagelang mit im Haus, um am Ablesen, Artikulationsunterricht und Hörtraining teilzunehmen und mit den Starkschwerhörigen auch das Mund-Hand-System (nach FORCHHAMMER) zu erlernen. Dies dient der Unterstützung beim Ablesen, indem die Konsonanten, die oft verwechselt werden, nur durch leichtes Aufzeigen der Finger dargestellt werden.

Wir nahmen noch Gelegenheit, die Tagesräume, den Speisesaal und Garten und Spielplätze zu besichtigen. Die Internatsschüler sind in Familien zu vieren aufgeteilt.

Wir waren sehr beeindruckt von dem Ganzen — besonders, als wir hörten, daß wegen der Finanzierung überhaupt keine Schwierigkeiten gemacht werden, sondern daß alles bezahlt wird, was von den Schulleitern für notwendig erachtet und angeschafft wird.

Dr. VOGNSEN ist der Leiter des „Staatens Aflaeseinstitutes“, das 2 Minuten entfernt von der Schule liegt. Man hat den Eindruck, daß in beiden Häusern innig verbunden gearbeitet wird. Die Lehrer der Schule unterrichten auch die Erwachsenen. Das Institut besteht seit 1938. Hierher werden die erwachsenen Gehörgeschädigten von den drei Zentralen geschickt, nachdem sie mit dem Gerät ausgerüstet worden sind. Hier ist auch die dreimonatige Ausbildung der Lokalpädagogen durch Dr. V., der früher Taubstummenlehrer war. Er bleibt auch der Berater der Lokalpädagogen, die sich häufig schriftlich und telefonisch Rat suchend an ihn wenden. Jeder Volksschullehrer kann nach dem zweiten Examen diese Ausbildung machen. Er wird dann für einen bestimmten Kreis eingesetzt, in dem er die Gehörgeschädigten in allen technischen Fragen für das Gerät und bei sonstigen Schwierigkeiten im Umgang mit den Angehörigen und im Beruf berät. Der Lokalpädagoge muß auch regelmäßig schriftliche Berichte über die von ihm Betreuten senden. Außerdem hat er Kontakt zu den Normalschulen, in die die leicht schwerhörigen Kinder gehen. Der Klassenlehrer bekommt einen ausgefüllten Vordruck über das Kind mit, dazu einen gedruckten Plan, wie das Kind im Klassenverband am besten zu setzen und zu behandeln ist. Einen ähnlichen Bogen muß er in bestimmten Zeitabständen über die Auffassungsgabe und über das Mitkommen des Schülers ausfüllen. Von diesem Institut aus hat man ebenfalls eine herrliche Aussicht über den „Kleinen Belt“. Ein Erweiterungsbau mit einem eigenen Labor ist im Plan fertig und kam wahrscheinlich noch im Jahre 1960 zur Ausführung. Das jetzige Haus bietet Platz für 6 bis 8 Patienten in Einzelzimmern. Sie werden zeitlich so aufgenommen, wie sie überwiesen werden. Sie wechseln also ständig. Sie bleiben nach Bedarf von 4 Wochen bis zu zehn Monaten im Haus. Ihre Unterweisung erfolgt individuell in kleinen Gruppen bis zu 6 Personen. Bei schwierigen Patienten ist es erwünscht, daß ein Angehöriger für die Dauer des Kurses mitkommt, damit er an der Unterweisung in allen Fächern teilnimmt. Außer im Ablesen, Erlernen des Mund-Hand-Systems, Artikulation und Hörtraining ist Unterricht in Dänisch, Rechnen, gemeinsamer Lektüre u.a.m. Schöne und geschmackvoll eingerichtete Aufenthaltsräume mit Ringleitung für Rundfunk und Fernsehapparat und mit einer großen Bibliothek stehen den Teilnehmern zur Verfügung.

Für Unterbringung und Belehrung eines jeden bringt der Staat monatlich 900 Kr. auf. 148 Kr. muß der Teilnehmer davon allein tragen. In der Zeit seines Aufenthaltes läuft sein Gehalt oder die staatliche Unterstützung weiter. Hier in Fredericia wird die psychische Betreuung in den Vordergrund gestellt. Der Patient soll sein Leiden erkennen und sich mit den Gegebenheiten auseinandersetzen — ohne zu resignieren.

Von Fredericia fahren wir weiter nach Aarhus. Dort ist die „Hörzentrale“, die zum „Commune-Hospital“ gehört. Sie wird von Herrn Dr. BENTZEN geleitet. Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik ist ein großer Neubau, in dem die Hörzentrale mit der audiometrischen Versorgung das unterste Geschoß ganz für sich hat. Beide Abteilungen arbeiten Hand in Hand. Wenn bei der audiologischen Untersuchung festgestellt wurde, daß der Patient ein Fall für die Klinik ist, wird er sofort hinaufgeschickt. Umgekehrt sendet die Klinik den Patienten zum Anpassen eines Hörgerätes und zur weiteren Betreuung.

Dr. B. arbeitet in enger Gemeinschaft mit seinem Team aus Assistenzärzten, die nur audiometrieren, Laboranten, Technikern und Lokalpädagogen. Der Patient kommt

1. zur Untersuchung,
2. zur Hörprüfung von 60 bis 12 000 Hz (das sind mehr Frequenzen als bei uns in Deutschland),
3. zum elektro-akustisch vorgebildeten Lokalpädagogen.

Herrn HUNGER, der auch bei Dr. V. ausgebildet ist, unterstehen 39 weitere Lokalpädagogen für den Kreis Aarhus. Außerdem betreut er die drei Klassen für Schwerhörige und eine Sehschwachen-Klasse, die zu einer Volksschule gehören. Dort arbeiten drei Schwerhörigen-Lehrer mit den 17 Kindern, die ihrem Alter entsprechend in Ober-, Mittel- und Unterstufe aufgeteilt sind. Die Ausbildung der Lehrer ist ähnlich wie bei uns: Nach dem zweiten Volksschullehrer-Examen fünf Jahre Praxis, dann weiter zwei Semester Ausbildung zum Sonderschullehrer. Der Hilfsschullehrer hat aber nur eine dreimonatige zusätzliche Ausbildung.

Für die schwerhörigen Schüler ist der normale Lehrplan vereinfacht, hat aber auch Englisch als Fremdsprache. Leichtschwerhörige, die in Oberschulen wollen, bekommen unentgeltlich nachmittags Förderungsunterricht.

Ich wurde von Herrn HUNGER zu den drei Klassen in die Volksschule gebracht. Die Kinder hatten gerade Frühstückspause. Sie erhielten in der Klasse Flaschen-Kakao und aßen dazu ihr Brot. Dann gingen alle Kinder auf den Hof, während sich die Lehrkräfte im Lehrerzimmer versammelten. Auch ich wurde eingeladen, dem Kaffeeduft, der durch die ganze Schule zog, zu folgen. Wir gingen durch eine mit großen Einzelschränken und modernen Waschanlagen versehene Garderobe. Aus der angrenzenden Frühstücksküche wurden Kaffee und Tee serviert. Dazu standen Platten mit kleinem Gebäck auf den Tischen. Nach einer Viertelstunde ertönte eine Sirene, und alle Kollegen gingen zu den Klassen. Die Kinder kamen vom Hof und warteten vor den Klassenräumen, bis der Lehrer kam. Das Schulgebäude ist ein zweistöckiger Neubau. In den Fluren fielen mir vor allem die Waschbecken auf, die mit Handtüchern und Seife wohlversehen waren. Die Kinder machten sehr selbstverständlich und ohne Schmutzerei davon Gebrauch. Die gesunden und die Kinder der Sonderklassen bewegten sich

ungezwungen und natürlich miteinander. Dies Prinzip, Gesunde und Geschädigte zusammen zu beschulen, habe ich auch in Amerika kennengelernt. Es fördert ganz gewiß die Verbundenheit mit den Geschädigten und läßt diese nicht als Außenstehende aufwachsen. Ich konnte bei den drei Kollegen hospitieren: In der Oberstufe „Absehen“ und „Hörerziehung“. Die Mittel- und Unterstufe (10 Kinder) hatten gemeinsam Handarbeit. Während dieser Zeit arbeitete der dritte Kollege in völliger Ruhe mit zwei Kindern vor dem Artikulationsspiegel. In Hauswirtschaft, Werken und Gymnastik werden immer größere Gruppen gebildet, jedoch auch nicht mehr als 12 Kinder zusammen. Hier sah ich — wie auch in Fredericia — mehrere Kinder, die ein Hörgerät mit zwei Ohrpaßstücken, verbunden durch die Y-Schleife, trugen. Man erzielt dadurch das „binaurale Hören“, das einen Höreindruck wie mit gesunden Ohren vermitteln soll. Nach Dr. BENTZEN ist die letzte Stufe dafür das Ausrüsten des Geschädigten mit der Hörbrille oder mit der Hörspange. Dr. B. ließ darüber Testreihen aufstellen: Ein Wort wurde mit dem Gerät auf dem linken Ohr nicht gehört, auf dem rechten Ohr mit Gerät nur verstümmelt; erst mit beiden Ohrpaßstücken vollständig!

Hier in Deutschland sind wir den Dänen insofern voraus, als unsere Krankenkassen auch einen großen Teil der Kosten für eine Hörbrille übernehmen.

In mehreren Räumen konnten wir bei Ton-, Spiel- und Sprechaudiometrie zusehen. In einem Zimmer war ein Zentralapparat, in dem die Tonbänder den ganzen Tag laufen. Die Audiologen in den verschiedenen Untersuchungsräumen können von dort Tonbänder jederzeit einschalten. Sehr interessant für uns war auch das Labor des Technikers, der die Ohrpaßstücke anfertigt. Wenn bisher der Patient zwei Tage warten mußte, bis sein Gerät mit seinem eigenen Ohrpaßstück versehen war, so machte der Techniker gerade jetzt Versuche mit einem neuen Stoff von „Bayer-Leverkusen“, mit dem es möglich sein wird, das Ohrenpaßstück zu formen und sofort gebrauchsfertig in zwei Stunden zu erhärten. Der Patient wird nun nicht mehr extra zum Abholen kommen müssen.

Im Hörzentrum wird von jedem Patienten eine Karteikarte angelegt und so eingeordnet, daß er in regelmäßigen Abständen zur Kontrolle bestellt wird. Dazu wird er ständig durch seinen Lokalpädagogen beraten. Arzt und Pädagoge arbeiten Hand in Hand zum Wohle des Patienten.

Dr. B. betont, daß man in Dänemark zu der Erkenntnis gekommen ist, daß ein Otologe ohne Audiometrie nicht mehr zu denken ist! Dieser Grundsatz wird wohl auch für uns in Deutschland zutreffen. Es wäre wünschenswert, daß recht viele Otologen und Pädagogen die Arbeit in Dänemark kennenlernen würden! Auch in Deutschland sollte man zu der Einsicht kommen, daß neben dem Absehen das Ausrüsten eines Schwerhörigen mit einem Hörapparat allein nicht genügt, um ihn in die menschliche Gesellschaft einzugliedern, sondern daß Hörtraining und Hörerziehung dazu unbedingt notwendig sind.



Wenn in Fredericia das psychische Moment bei der Betreuung der Hörgeschädigten im Vordergrund steht, so hier im Hörzentrum in Aarhus das medizinisch-sozialwissenschaftliche. Hier heißt es: Der Patient hat immer recht! Alles geschieht zu seinem Wohle!

Den ersten Anstoß zur heutigen Schwerhörigenfürsorge in Dänemark gab vor 10 Jahren die Vereinigung der Schwerhörigen- und Taubstimmverbände. Ihre intensive Zusammenarbeit hat bewirkt, daß die Schwerhörigenfürsorge in Dänemark die größte staatliche Unterstützung und Förderung findet.

In Dänemark sind die weiteren Anliegen für die Schwerhörigen bereits in weitem Maße erfüllt:

1. Früherfassung.
2. Klassenfrequenz 5 Schüler (bei uns immer noch — oft sogar nur auf dem Papier — 15!).
3. Ausbildung zum Lokalpädagogen.
4. Selbstverständliche Teamarbeit aller um das Wohl der Schwerhörigen Besorgten, unter intensiver Mitarbeit der Schwerhörigen-Verbände.
5. In den Schulen Differenzierung der Kinder nach Schwerhörigkeitsgraden und Intelligenz; erst an dritter Stelle nach dem Alter.

*Anschrift der Verfasserin: Ruth Schüler, Schwerhörigen-Schule Berlin-Charlottenburg.*

*Werner Bonczek, Braunschweig:*

#### DAS NEUE DANAVOX „QUICK CHECK AUDIOMETER“

Das Hörvermögen hat als Zentralfaktor der Sprachentwicklung für die geistige und seelische Entwicklung eines Kindes eine große Bedeutung. Deshalb hat sich die Ohrenheilkunde schon immer intensiv mit der kindlichen Schwerhörigkeit befaßt. Vom genauen Nachweis des noch vorhandenen Restgehörs hängt die richtige Beschulung des betreffenden Kindes ab. Noch eine Vielzahl von Kindern mit pathologischem Hörbefund befinden sich in Volksschulen, wie verschiedene Reihenuntersuchungen und meine Erfahrungen in der Beratungsstelle für Gehörgeschädigte an der Niedersächsischen Landestaubstummeneinstalt Braunschweig ergeben haben.

Als sehr brauchbar hat sich die Quick Check Methode erwiesen, die eine schnelle Reihenuntersuchung mit zuverlässigen Ergebnissen liefert. Dozent Lennart HOLMGREN schreibt in der Schwedischen Medizinischen Zeit-

schrift 45/59: „Die Quick Check Methode leitet eine neue Ära in der Entwicklung der Audiologie ein, die mit der Einführung der Tonaudiometrie in den Ohrenkliniken vor 20 Jahren vergleichbar ist.“

Das Quick Check Audiometer ist  $7 \times 7 \times 9$  cm groß, wiegt 475 Gramm und kann daher bequem mitgenommen werden.

Es hat drei Frequenzen, und zwar jede in drei Niveaus.

Als Screening-Audiometer, um Schwerhörige aus Normalhörigen herauszusieben, ist es in Schweden als vereinfachtes 3-Frequenz-Audiometer gebaut worden. Es gestattet die Frequenzen 250, 1000 und 4000 Hz mit einer Intensität von 20, 40 und 60 db auszumessen.

Trotz der Kleinheit des Gerätes entspricht seine Kalibrierung den geltenden Normen für konventionelle Screening-Audiometer.

Es wird aus einer Batterie gespeist, die bei normaler Benutzung 1 Jahr Lebensdauer haben soll.

Beim Prüftest werden 9 Punkte festgehalten, die ein Konzentrat des Tonaudiogramms geben, mit blauer Tinte für das rechte Ohr und mit roter Tinte für das linke Ohr, oder eine gezogene für das rechte und eine punktierte Linie für das linke Ohr.

Dr. G. BECKMANN, Marburg, schlägt als Vereinfachung eine dreistellige Zahlenformel entsprechend den drei Frequenzen für jedes Ohr vor. Das nachgewiesene Hörvermögen für den 20-db-Ton erhält die Ziffer 2, für den 40-db-Ton die Ziffer 4 und für den 60-db-Ton die Ziffer 6, noch stärkere Schwerhörigkeit die Ziffer 0.

Für den Normalhörigen würde sich somit die Formel

re 222, li 222 ergeben.

Eine zu hohen Frequenzen zunehmende Schallempfindungsschwerhörigkeit würde die Formel 2 4 6, eine c<sup>s</sup>-Senke die Formel 2 2 6 zeigen. Dr. BECKMANN hat Marburger Schulkinder mit dem Quick Check Audiometer durchgeprüft und mißt dem 3-Frequenz-Audiometer in Zukunft für bestimmte Hörprüfungen große Bedeutung bei.

Vor allem könnte man mit diesem Gerät regelmäßige prophylaktische Höruntersuchungen durchführen, was in unseren Nachbarländern schon eine feste Einrichtung geworden ist.

Aus praktisch-psychologischen Gesichtspunkten ist es sehr vorteilhaft, daß das Instrument so handlich ist und der Test schnell durchgeführt werden kann, um eine Ermüdung des Kindes zu vermeiden.

Das Quick Check Audiometer soll nicht die klinischen Audiometer ersetzen, sondern ergänzen.

Bei den Untersuchungen für Schulanfänger wird es sehr gute Dienste leisten können. Zur Durchführung von Reihenuntersuchungen ist es vorzüglich geeignet.

**Literaturverzeichnis:**

1. **Lennart Holmgren:** Praktischer Gehörtest für Ärzte, Stockholm, Svenska Läkarsällskapet 45/1959.
2. **Gerd Beckmann:** Ein Kleinaudiometer mit drei Frequenzen. Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 363/1960.
3. **Gerd Beckmann:** Schulaudiometrische Erfahrungen mit dem 3-Frequenz-Audiometer. Springer-Verlag, Berlin, Archiv Ohren- usw. Heilkunde und Zeitschr. Hals- usw. Heilkunde, 176. Band 2. Heft, S. 618—623 (Kongreßbericht 1960, Teil II).

*Anschrift des Verfassers: Werner Bonczek, Braunschweig, Berner Str. 2.*

*Aus der Allgemeinen Landes-Sonderschule II für sprachgestörte und schwerhörige Kinder im Kinderdorf St. Isidor, Oberösterreich.  
Direktor Anton Rumler.*

*Hildegard Loidl, St. Isidor/Linz, OÖ.*

WIE KANN DER STOTTERER INNERHALB DES  
KLASSENVERBANDES SPRACHGESTÖRTER DEBILER KINDER  
BERÜCKSICHTIGT WERDEN?

An unserer Schule obliegt die logopädische Betreuung der Kinder im Einzelunterricht dem Klassenlehrer, so daß sich Einzeltherapie und die Arbeit im Klassenverband einander zu ergänzen vermögen.

Jeder Neuerwerb in Lautbestand und Sprachgewandtheit erfolgt im Einzelunterricht. Die Klassenarbeit stellt den Kontakt Lehrer — Schüler bereit; im Klassenunterricht erfährt der Neuerwerb Anwendung, Übung, Wiederholung, Vertiefung.

Diese Verkettung von Einzeltherapie und Klassenunterricht mag schon für den normalbegabten Schüler wünschenswert erscheinen, im Unterricht debiler Kinder wird sie vollends zur Forderung. Im folgenden soll versucht werden, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie ihr speziell am Stotterer Rechnung getragen werden kann. Dabei sollen Beispiele aus der praktischen Arbeit der dritten und vierten Schulstufe an die Stelle breiter theoretischer Abhandlung gesetzt, vom Leser jeweils das besondere Beispiel für den umfangreicheren Anwendungskreis gewertet werden.

Der Stotterer wird im Klassenunterricht dann gerne zur aktiven (im Sinne handelnder) Mitarbeit herangezogen, wenn sich die Unterrichtsaufgabe in eine Spielsituation kleiden läßt:

Bildchen mit dem entsprechenden Schriftbild des dargestellten Begriffes sollen geordnet werden, etwa Hauptwörter nach ihrem Geschlecht; dabei werden Wort und Artikel gesprochen. Das Handeln lenkt vom Sprechen ab, das Sprechen wird zur Spielregel. Bei Fehlleistung — Stottern — wird das Wort *nicht* wiederholt, sondern das *Bildchen* ein zweites Mal zur Hand genommen und der Schüler eventuell im Sinne LIEBMANNschen Unisonosprechens vom Lehrer unterstützt.

Daß *Bildsatz* und *Bildgeschichte*, wie sie gewöhnlich in der Einzeltherapie gepflegt werden, auf das behandelte Sachgebiet zugeschnitten, in den Klassenunterricht getragen werden können, soll wenigstens am Rande Erwähnung finden.

Eine besondere Stellung nimmt in meiner Sprachheilarbeit die *Signalmethode*<sup>1)</sup> ein. Sie soll die schriftliche Arbeit vorbereiten, um Unsicherheiten in Groß- und Kleinschreibung und in der Wortstellung zu vermeiden; die Signale unterstützen überdies das Gedächtnis des schwachbegabten Schülers und bekämpfen seinen Agrammatismus (80 % unserer Schüler sind Agrammatiker). Demnach scheinen mir die Vorteile dieser Methode die Schattenseiten zu überwiegen, wie die Unterrichtserfolge beweisen.

Schon für das Austeilen der Signale wird gerne der Stotterer herangezogen. Er „verschenkt“ die „Wörter“ an seine Mitschüler. Mag es ein Gefühl des Höher-gestellt-Seins, der Gedanke des Gebens oder auch nur die Ablenkung vom Sprechakt sein, Tatsache ist, daß die Kinder in den seltensten Fällen dabei Stottersymptome zeigen. Die „Wörter“ (= Schüler, die Signale zeigend) ordnen sich zur richtigen Wortfolge, Groß- und Kleinschreibung werden durch Stehen bzw. Hocken symbolisiert, die Satzzeichen durch Handbewegungen angedeutet. Nachdem der Satz von den Mitschülern kontrolliert und im Chor „gelesen“ worden ist, wird er von den Kindern selbsttätig, meist fehlerlos, in die Arbeitshefte eingetragen.

Auch aus dem *Rechtschreibunterricht* sei ein Beispiel herausgegriffen. — FRÖSCHELS schlägt zur Heilbehandlung des Stotterns das Lesen und Sprechen mit absoluten Pausen zwischen den Silben vor. Im Rahmen des Klassenunterrichtes bietet sich günstige Gelegenheit zur Verwirklichung im Üben der Silbentrennung. Die Übungswörter wurden vom Lehrer auf (Papier-)Streifen geschrieben. Das Wort wird im Chor gelesen, die Silbenzahl durch Klatschen hervorgehoben und hierauf der Streifen von einem Schüler (Stotterer) zerschnitten. Er liest notwendigerweise in Silben, die Pause ergibt sich durch die manuelle Tätigkeit des Schneidens. Eine Übung ähnlichen Wertes ergibt sich naturgemäß aus dem Zusammenfügen der Wortteile und wird vom Kinde vollends als Spiel empfunden. Die Erfahrung lehrt, daß sich diese Übungen besonders gegen das klonische Stottern bewähren, während der tonisch Verkrampfte sich auch hier nicht

<sup>1)</sup> Signalmethode nach Freudenthaler, dem Gebrauch im Unterricht debiler Kinder zugeschnitten von Etzersdorfer.

von der Mundeinstellung der ersten Silbe zur nachfolgenden zu lösen vermag.

Lesen, problemlos für den Stotterer? — Nicht für den debilen. Im Gegenteil, die Leseschwäche meiner Schüler bildet gleichsam einen Nährboden für das Stottern. Leseschwierigkeiten an sich und mangelndes Wortverständnis bedeuten nahezu unüberwindliche Klippen. Mein Schüler Seppi z. B. stottert fast ausschließlich im Leseunterricht.

Mit der Lesegeläufigkeit — Vorlesen, Erläutern, Illustrieren, Unisonolesen und reichliche Übung führen hin — schwinden auch beim debilen Stotterer die Symptome seines Gebrechens. Endstufe des Lesens und Memorieren liegen wohl auf einer Ebene. Zum Vortrag von Gedichten oder kleinen Ansprachen bei Schulfeiern kann bedenkenlos ein Stotterer herangezogen werden.

Die Verwertbarkeit einzelner Lesestücke im Stegreifspiel stellt den Stotterer wohl vor eine außerordentliche Belastungsprobe, der aber bei geschickter Rollenverteilung auch von den debilen Kindern erfreulich standgehalten wird.

Einer besonderen Erwähnung bedarf auch das Kasperltheater. Das Zurücktreten der Lehrkraft hinter die Puppe wirkt auch bei unverdecktem Spiel wundersam auf unsere Kinder. Sie geben sich physisch und psychisch gelöst und heiter. Freilich sind die spontanen Sätze agrammatisch und der Wortschatz reicht oft nicht aus, oder das Kind verfällt in die Mundart, gesprochen wird meist stotterfrei. Vielleicht darf hier auf die ADLERsche Psychologie — Minderwertigkeitsgefühl und Fehlleistung — hingewiesen werden, denn im Kasperlespiel ist ja sogar der debile Schüler der Überlegene, der dem Hanswurst mit Rat und Tat zur Seite stehen muß.

Im Zentrum des heimatkundlichen Unterrichtes, in dem sich die sprachliche Not unserer Kinder am deutlichsten offenbart — ihre Begriffsarmut tritt zutage —, steht das Bild, über dessen Funktion im einzelnen wohl nicht mehr abgehandelt werden muß. Bewährt haben sich Sprechübungen im Sinne des Gelegenheitsunterrichtes, etwa Berichte, die in Form von kleinen Sätzen Erlebnisse oder Ereignisse des Tages beinhalten oder der tägliche „Wetterbericht“, der Wiederholungsmöglichkeit bietet (es regnet oft mehrere Tage hintereinander), ohne daß der Stotterer merkt, daß es die frühere Fehlleistung ist, die zur Repetition des Satzes drängt.

Das Rechnen eröffnet der Stottererbehandlung günstige Aspekte, besonders dort, wo es um Automatisiertes geht, wie etwa beim Einmaleins. Das gibt Anlaß zu Lob und neuen Mut zum Sprechen.

Unter fünfzehn Schülern — diese Zahl entspricht der Stärke unserer Klassen — finden sich nur zwei bis drei, die ein kleines Lied erlernen können. Das schließt jedoch die musische Erziehung im Musikunterricht nicht aus, allerdings tritt hier das Singen als Unterrichtsziel zugunsten der Akti-

vierung von rhythmischen Kräften zurück. Der Zusammenhang von Atemrhythmus und Sprechmotorik braucht nicht eigens betont zu werden. Das Sprechen von Liedtexten, Sprüchen und Gedichten mit Klatschen, Schreiben und anderen rhythmischen Bewegungen verbunden, geschieht stotterfrei. In Stimmbildungsübungen löst der Stotterer seine Stimme und übt den weichen Stimmeinsatz. Silben werden auf Dreiklangstönen gesungen, der letzte Ton lange ausgehalten, so daß er ausklingt, und der Mund die Stellung für den nächsten Vokal zwanglos übernimmt; mit dem Vokal wird der Konsonant unwillkürlich mitgeformt. Gerne begleite ich solche Übungen auf dem Klavier und lasse gleichzeitig die Schwingungen am Instrument abfühlen, ähnlich wie in der Therapie Taubstummer. Besondere Freude bereitet das „Singen“ kleiner Sätze aus dem Sprachunterricht.

Wenn in den bisher angeführten Beispielen doch das Sprechen im Vordergrund logopädischer Arbeit gestanden hat, wobei die Reihenfolge durchaus keine Wertskala darstellen soll, will ich mich nunmehr jenen sprachtherapeutischen Tätigkeiten zuwenden, deren Ansatzpunkte nicht unmittelbar im Gesprochenen liegen.

Hierher gehören Zeichnen und Handfertigkeiten, denen durch bedachte Auswahl von Themen und Techniken therapeutischer Wert zukommt. Großformat, Borstenpinsel, Kleisterfarbe (Farbe im besonderen!), Fingermalen mögen als geläufige Schlagwörter angeführt sein. Papier und Bleistift verleiten zu Miniaturkritzeleien — zur physischen und wohl auch psychischen Verkrampfung. Ein Beispiel bildnerischer Arbeit will ich näher beleuchten: Das Radieren in Gips. Das Darzustellende wird mit dem Federstielende in die vorbereitete Gipsplatte eingeritzt. Das Kind weiß: diese Linie kann nicht ungesehen gemacht werden (wie Gesagtes nicht ungehört!). Wiederholung jedoch (wie schwer, dies auf anderen Gebieten einzusehen!) gibt klare und plastische Wirkung. (Daß in der Stotterbehandlung Wiederholung zu vermeiden sei, kann nicht für den debilen Stotterer gelten!) Als weiteres positives Element des bildnerischen Tuns muß die Erfolgsfreude genannt werden.

Meine Schülerin Mathilde stottert Wörter mit „K“ im Anlaut. Ich entdeckte, daß das Kind auch im Schreiben das „K“ mangelhaft bildet, die Elemente des Buchstaben werden aus falscher Richtung zusammengefügt. Ich zeichne ein großes „K“ auf den Fußboden, lasse Mathilde die Form richtig gehen und laufen; an der Tafel schreibt sie den Buchstaben schwunghaft, allmählich lasse ich von der Groß- zur Kleinform übergehen und — Mathilde stottert nunmehr weder Buchstaben noch Laut:

Was dem normalen Kind bloße Übung der Hand bedeutet, wird für das sprachbehinderte zur Therapie.

Wir haben ein Gedichtchen gelernt, nun „schreiben“ wir es an der Tafel in Schwüngen beidhändig und sprechen dazu, ohne zu stottern.

In dieser Form gehört das Schreiben schon in gewissem Maße dem Turnen zu. Ehe hiezu ein Beispiel angeführt werden soll, muß vorbemerkt werden, daß das Turnen nicht ausschließlich, sondern nur am Rande, aber doch therapeutischer Arbeit gewidmet sein kann.

Wir hüpfen im Wechselschritt zum Staccato des Tambourins. „Horch, was die Trommel spricht!“ — „Da dam, da dam...“, „Der Baum, der Baum...“

Jedes der in Vielzahl überlieferten Singspiele bedeutet eine Sprachheilübung. Der Text allerdings wird nur gesprochen (die Gründe wurden bereits angedeutet) und von rhythmischen Bewegungen begleitet. Im Turnunterricht müssen gelegentlich auch Atemübungen Platz finden. — Im übrigen soll noch einmal auf den Wert der leistungshaschenden Leibesübung hingewiesen werden, denn gerade beim Stotterer wird die Sprache stark vom körperlichen Wohlbefinden beeinflusst.

Manchem mag der Optimismus, der aus den Absätzen dieses Aufsatzes klingt, unberechtigt erscheinen. Dem soll entgegnet werden, daß verminderte Intelligenz keinesfalls eine ungünstige Prognose nach sich ziehen muß. Fehlt doch dem Debilen die mangelnde Einsicht für die Tragweite seines Gebrechens. So fallen manche Hemmungen weg, die bei der Heilbehandlung Normaler auftreten. Wohl aber macht dem Debilen die selbständige Übung Schwierigkeiten. Diese zu überwinden, gelingt nur zündendem Optimismus und beharrlicher Ausdauer vom Erzieher in Schule und Heim.

#### Literaturverzeichnis:

1. **Emil Fröschels:** Das Stottern (Assoziative Aphasie), Leipzig u. Wien, Franz Deuticke 1925.
2. **M. Führung und O. Lettmayer:** Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Österr. Bundesverlag Wien.
3. **R. Luchsinger und G. E. Arnold:** Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien, Springer-Verlag 1949.
4. **Erich Opitz:** Zur Pathogenese und Psychotherapie des Stotterns. Elwin Staude Verlag, Hannover 1956.
5. **Josef Schmücker:** Lehrer und sprachgestörter Schüler. Verlag F. W. Becker, Arnshausen (Westf.) 1934.

*Anschrift der Verfasserin: Hildegard Loidl, Kinderdorf St. Isidor, OÖ. Allgem. Landessonderschule II.*

*Ella Petersen, Flensburg:*

#### DER WERT DES SPORTKREISELS IN DER THERAPIE SPRACHGESTÖRTER KINDER

Die Erfinderin des Sportkreisels, Frau Elisabeth Gräfin zu Stolberg, hat in der Nummer 12 der „Krankengymnastik“, Jg. 1959, eingehend über ihren Sportkreisel berichtet und ihn vor allen Dingen von der orthopädischen Seite her beleuchtet. Allen, die sich für den Sportkreisel interessieren, kann man nur raten, sich den Aufsatz der Erfinderin zu verschaffen und sich damit ihre Erfahrungen zunutze zu machen.

Ich möchte auf Grund meiner Erfahrungen an der Sprachkrankenschule Flensburg in diesem Aufsatz nur versuchen, vor allem den Wert des Sportkreisels in der Therapie am sprachgestörten Kind darzulegen. Für diejenigen, die den Sportkreisel nicht kennen, gebe ich eine kleine Beschreibung vorweg.

Der Sportkreisel ist ein ausgesprochenes Gymnastikgerät, dessen Einmaligkeit und Vielseitigkeit in seiner Eigenart liegt. Einer aus Stahlblech bestehenden Halbkugel ist eine kreisförmige Deckplatte aus Holz aufgelegt, die etwa 3—4 cm über den Rand der Halbkugel übersteht. Das halbkugelförmige Unterteil hat eine eindimensionale, d. h. punktförmige Basis und läßt daher für den Übenden keine ausschließlich statisch bedingten starren Halteformen zu, die zu Spannungen und Verkrampfungen führen können. Auf der punktförmigen Basis muß jede Übung ausbalanciert werden, was teils durch kleinere, teils größere Verlagerungen geschieht. Einen völligen Stillstand gibt es also nie. Und sei das Schwanken des Sportkreisels noch so klein — was ein sehr gekonntes Ausbalancieren des Übenden zeigt — es verlangt den Einsatz der Muskeln des ganzen Körpers in einem feinen Gegenspiel. Synergisten und Antagonisten wechseln in einem bestimmten, dem Übenden eigenen Rhythmus von Spannung und Entspannung (Antagonismus) und lassen die Bewegung von einer Seite in die andere hinüber bzw. nach vorne oder zurück fließen. Auf Grund dieser rhythmischen Spannungs-Entspannungsphase, die der Körper beim Spiel mit dem Sportkreisel übernehmen muß, wird auch die Atmung des Übenden zu gleichmäßigem und ruhigem Ablauf gezwungen.

Für das sprachgestörte Kind ist es wertvoll, daß dieser Atmungsablauf völlig unbewußt eingeschaltet wird und mit einer Atemübung nichts gemein hat. Man kann daher von einer normalen Atmung während des Spiels mit dem Sportkreisel sprechen. Eine Verkrampfung oder Dauerspannung ist somit auch vollkommen ausgeschaltet, denn die gleichmäßige Atmung in Verbindung mit Spannungs-Entspannungsphase würde eine solche gar nicht zulassen.



Es ist m. E. kaum eine bessere Übungsform zur Schulung von Gleichgewicht und Körpergefühl denkbar als die mit dem Sportkreisel.

Eine einseitige Überbeanspruchung bestimmter Muskelgruppen und Gelenke ist durch die ständig hin und her fließende, sich auf den ganzen Körper erstreckende Bewegung unmöglich. Auch eine organische Überanstrengung tritt nicht ein. Zwar erfordert das Üben mit dem Sportkreisel die volle Konzentration des Übenden, aber sie beansprucht leistungsmäßig gesehen nicht seine letzten Kraftreserven.

Ich möchte das Üben mit dem Sportkreisel überhaupt ein Geschicklichkeitsspiel nennen, und habe die Erfahrung gemacht, daß es auch von den Kindern der Sprachkrankenschule so empfunden wird. Darum ist es bei ihnen so beliebt.

Bei unseren Kindern handelt es sich vorwiegend um Stotterer, deren motorischer Sprechablauf durch psychisch-nervöse Einflüsse gestört ist. Das Ziel unserer Therapie ist, den uns anvertrauten Kindern in jeder Weise zu helfen, ihre Sprachstörung zu überwinden. Neben vielen anderen Hilfswegen haben wir entdeckt, daß auch das Spiel mit dem Sportkreisel ein gut geeignetes Mittel ist, das uns diesem Ziel näher bringt.

Das äußere Erscheinungsbild des Stotterers zeigt eine allgemein schlechte und verkrampfte Haltung. Er ist nervös, unkonzentriert und unausgeglichen, hat fahrigere Bewegungen und atmet viel zu schnell und nicht tief genug, was ganz besonders auf eine Verkrampfung der Atmungsmuskulatur schließen läßt. Hochgezogene Schultern, Rundrücken, Hervortreten der Muskeln am Hals und im Gesicht und zu Fäusten geballte Hände beim Sprechen runden das Bild der allgemein schlechten Haltung ab.

Alle diese Spannungen gilt es als Mittel zum Zweck erst einmal zu lösen und zu lockern, am liebsten zu beseitigen, da diese äußerlichen Spannungen auf die Nerven hemmend und verkrampfend wirken. Und hierbei soll uns der Sportkreisel helfen. Wir beginnen mit der einfachsten Übung, dem Stehen auf dem Sportkreisel. Diese Übung kann man wohl als Grundübung bezeichnen. Ihre Beherrschung muß für jegliches weitere Spiel mit dem Sportkreisel vorausgesetzt werden, da sie auch in jeder anders gelagerten Übung enthalten ist.

Zur Grundübung werden die Füße in die Mitte der Deckplatte gesetzt. Durch das feinere oder gröbere Schwanken beim Ausbalancieren des Körpers auf dem Sportkreisel, der ja auf einem einzigen Punkt basiert, müssen als erstes die Füße durch ständiges Verlagern das Schwanken ausgleichen. Von den Füßen pflanzt sich die Bewegung über Fuß-, Knie- und Hüftgelenke in den Rücken fort und ergreift die Wirbelsäule hinauf bis zu den obersten Halswirbeln, die den Kopf tragen. Es ergibt sich somit durch diese Grundübung eine Ganzheitsbewegung für den Körper, welche zur Schulung des Gleichgewichtes und Körpergefühls, verbunden mit ruhiger, ausgeglichener Atmung, besonders für unsere Kinder nicht mehr zu entbehren ist, denn

ein ruhiger, gleichmäßiger Atmungsablauf ist der Träger der fließenden, ungestörten Sprache.

Meine Beobachtungen und Erfahrungen haben ergeben, daß dieses Stehen auf dem Sportkreisel durchaus nicht gleich von allen Kindern gekonnt wird. Alle Kinder, die es fertig bringen, locker und gelöst in aufrechter Haltung den Kreisel zu besteigen, schaffen es sehr schnell. Aber Kinder, die ängstlich und in verkrampfter Haltung aufsteigen, fallen oder rutschen wieder ab. Man muß sie immer wieder üben lassen. Sie müssen sich mit dem Gerät erst anfreunden, seine Eigenart kennenlernen und sie durch vieles Üben von sich aus zu dem Ausgleich finden lassen, der sie das Gerät beherrschen läßt. Ihre Phantasie erfindet dann immer neue Übungen, die unbedingt ausprobiert und geübt werden müssen. Erst dann hat das Kind für sich aus dem Spiel mit dem Sportkreisel gewonnen.

Es macht den Kindern Freude, festzustellen, wer am längsten auf dem Sportkreisel steht. Damit sie sich nicht nur auf dieses Stehen konzentrieren, sollen sich die Kinder unterhalten beim Üben. Sie dürfen sich alles erzählen, was ihnen einfällt, und sie reden bald frisch und munter drauflos. Sie singen auch oder sagen Gedichte während einzelner Übungen auf dem Sportkreisel auf.

Aus dem Stand auf dem Sportkreisel lassen sich viele Übungen ableiten: Arm- und Beinführen, Fangen und Werfen eines Balles, Schwingen ohne und mit Handgeräten wie Keule und Reifen, Stehen auf einem Bein, Standwaage, durch einen Reifen hindurchklettern usw. Eine einwandfreie Kniebeuge ist schon ein kleines Kunststück und stellt große Anforderungen an Gleichgewicht und Geschicklichkeit. Aber je vielseitiger und schwieriger die Übungen werden, desto mehr Freude haben die Kinder an dem Spiel. Ein kleines, beliebtes Wettspiel auf dem Sportkreisel löst ebensoviel Begeisterung aus, wie Wettspiele, die im Sommer auf dem Sportplatz ausgetragen werden. Es geht folgendermaßen vor sich: Die Kinder stehen auf dem Sportkreisel. Durch einen Wechselschwung der Hüfte, von links nach rechts und umgekehrt, bringt man den Kreisel in eine Vorwärtsbewegung. Wer schafft nun 2 bis 3 Meter ohne herunterzufallen? Wer hat die Strecke zuerst geschafft? Wer zieht sich dabei noch Strümpfe, Mantel, Mütze und Handschuhe an?

Nach dem Stehen übt man das Sitzen auf dem Kreisel (Streck- und Schneidersitz, Kniestand und Hocksitz). Dieses fällt den Kindern längst nicht mehr so schwer wie anfangs die Grundübung. Sie sind inzwischen mit dem Gerät vertraut und haben sich innerlich und äußerlich auf das Gerät eingestellt.

Aus den verschiedenen Ausgangsstellungen im Sitzen lassen sich wieder sehr viele Übungen ableiten, die ich getrost der Phantasie des Interessenten überlassen kann. Haben wir uns hier eine ganze Anzahl Geschicklichkeits- und Haltungsübungen erarbeitet, gehen wir zum weiteren Üben in die Bauch- oder Rückenlage. Hier begegnen uns durch die völlig veränderte

Lage des Körpers erst einige Schwierigkeiten, welche aber durchweg auch bald überwunden werden. Übungen, die schon Geschicklichkeit und einigen Mut verlangen, sind z. B. ein kleiner Schlußsprung auf dem Kreisel, bei dem es gilt, sich äußerst geschickt wieder aufzufangen, und Hula-Hoop.

Das Spiel mit dem Sportkreisel wirkt haltungsgebend und gleichzeitig lockernd und entspannend. Das Bewußtwerden einer guten freien Haltung fördert das Selbstbewußtsein unserer Kinder, und die Freude am Spiel löst innere Hemmungen, läßt sie frei atmen und wirkt sich somit auch erfreulich auf die Sprachstörung aus. Es kann also der Sportkreisel durchaus als bedeutsames Hilfsmittel innerhalb einer sprachheilpädagogisch allumfassenden Therapie angesehen werden, die dem sprachgestörten Kind Hilfe bringen soll.

*Anschrift der Verfasserin, Ella Petersen, Gymnastiklehrerin, Flensburg, Sprachkrankenschule, Jürgensgaarderstr. 11.*

## **Stellenausschreibung!**

*An der Sprachkrankenschule der Stadt Flensburg ist zum 1. 4. 1962 die Rektor-Stelle zu besetzen. Besoldungsgruppe A 11 b, Ortsklasse A.*

*Als Bewerber kommen nur Lehrer mit einer sprachheilpädagogischen Vollausbildung und Erfahrungen in der Betreuung sprachkranker Kinder in Frage. Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften) bis zum 31. 10. 1961 beim Schulamt der Stadt Flensburg, Südergraben 10, einzureichen.*

*Aus der Klinik und Poliklinik für Gesichts-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universitätsklinik (Nordwestdeutsche Kieferklinik) Hamburg-Eppendorf.*

*Leitender Direktor: Prof. D. Dr. K. Schuchardt.*

*Abteilung Sprecherziehung: Leiter J. Wulff.*

*Johannes Wulff, Hamburg:*

ERGEBNISSE UND PROBLEME AUS EINER SPRACHLICHEN  
NACHUNTERSUCHUNG VON 127 PATIENTEN  
MIT OPERIERTEN SPALTEN  
IM HARTEN UND WEICHEN GAUMEN

Die fortschrittliche Kieferchirurgie verlangt heute nicht nur eine stete Verbesserung der Operations- und Narkosetechnik, sondern auch laufende Kontrolluntersuchungen der operierten Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten.

Es ist wichtig zu erfahren, wie sich die operierten Lippen, Kiefer und Gaumen sowie die Nasen-, Rachen- und Ohrenverhältnisse in den späteren Jahren bei den Patienten entwickeln, ob sie sich verbessert oder verschlechtert haben. Es ist bekannt, daß z. B. durch das Wachstum auch Kiefer- und Gaumenveränderungen bedingt sein können. Zweifellos lassen sich durch Feststellungen und Vergleiche bei Kontrolluntersuchungen im positiven oder negativen Sinne Rückschlüsse ziehen, die den Chirurgen oder Kieferorthopäden Fingerzeige geben, was noch im Hinblick auf die späteren Auswirkungen schon bei der Operation oder bei der Kieferregulierung bedacht werden kann. Auch die Frage nach dem günstigsten Termin der chirurgischen oder kieferorthopädischen Behandlung kann dadurch erhellt werden<sup>1)</sup>. Ebenso notwendig ist in diesem Zusammenhang für alle Beteiligten, also für den Kieferchirurgen, den Kieferorthopäden und den Logopäden die Sprachkontrolle.

Das normale Sprechen des Gaumenspaltenpatienten zu erreichen, ist neben der anatomischen und funktionellen Verbesserung das letzte und bedeutendste Ziel und damit auch ein wichtiges Kriterium für den Gesamterfolg. Man kann auch die bekannte Tatsache<sup>2)</sup> nicht übersehen, daß neben ungünstigen kosmetischen und gesundheitlichen Verhältnissen im Zusammenhang mit der operierten Gaumenspalte vor allem die schlechte Sprechweise der Patienten die Ausprägung der Persönlichkeit und die Sozialisierung erschweren.

Die traumatisierende Wirkung eines kaum verständlichen Sprechens, die daraus resultierende Entwicklung zur Menschenscheu, zur Absonderung, zum Haß und zum Lebensüberdruß und das Hinabgleiten in die Asozialität gerade bei Gaumenspalten sind in der Literatur verschiedentlich beschrieben

<sup>1)</sup> Schuchardt, K.: Zur Frage des günstigen Termins f. d. operat. Verschuß der Gaumenspalte. Dtsch. Zahn-, Mund-, Kieferklinik. 20. Heft 9/10 (1954).

<sup>2)</sup> Schuchardt, K.: Die Operationen im Gesichts-Kieferbereich. Bier, Braun und Kümmel, Bd. II, 7. Aufl., 1953.

worden<sup>2)</sup>). Eine Untersuchung über das Stottern bei Gaumenspalten an 484 von 1948—1956 operierten Fällen ergab eindeutig, daß organische Mißbildung und organisches Stammeln in Verbindung mit offenem Näseln auch das Stottern auslösen, verschlimmern und vereinzelt auch verursachen können. Stottern tritt bei Gaumenspalten viel häufiger auf als bei Normalen<sup>3)</sup>. Fachärzte und Fachpädagogen werden deshalb gleichermaßen an den Ergebnissen der sprachlichen Nachuntersuchung interessiert sein.

Neben den bereits veröffentlichten Ergebnissen<sup>4)-6)</sup> soll hier erstmalig über eine sprachliche Überprüfung von operierten Gaumenspalten, also von Patienten mit *Spalten im harten und weichen Gaumen*, berichtet werden.

Die Ergebnisse wurden in einem Untersuchungsbogen festgehalten.

Der Bogen enthält neben den personellen Daten Angaben über das Operationsalter, über eine Behandlung vor und nach der Operation, über die Häufigkeit, die Dauer und den Ort der Sprachbehandlung, den Sprachbefund vorher und bei der jetzigen Kontrolle hinsichtlich Atmung, Stimme, Artikulation, Mitbewegung und Umgangssprache.

Nur diese letztere wurde bei den statistischen Feststellungen berücksichtigt, da eine Übungssprache<sup>4)</sup>, d. h. ein Sprechen mit Anstrengung und mit scharfer Konzentration nur in der Prüfsituation angewandt wird, also kein echter Maßstab ist. Eine Übungssprache in diesem Sinne wird niemals sicherer Besitz. Nur das mühelos angewandte, das funktionelle eingefahrene und gewohnheitgewordene Sprechen wurde bei der Beurteilung zugrunde gelegt. Es ist an der schon früher veröffentlichten und begründeten<sup>7)</sup> Dreiteilung festgehalten worden.

Da jedoch nicht nur die Prozentzahl der einwandfrei sprechenden Patienten, sondern vor allem auch die Ursachen der unbefriedigenden Sprechweise bei den Patienten mit nur brauchbarer oder gar mangelhafter Umgangssprache wichtig sind, war es erforderlich, den Gründen nachzuspüren. Sie sind in fünf Punkte geordnet und zeigen auf, ob anatomische oder funktionelle, persönliche oder milieubedingte Unzulänglichkeiten oder eine unzureichende Sprachbehandlung einzeln oder auch gekoppelt als Ursachen des sprachlichen Versagens in Frage kommen.

Gründe für mangelhaften Spracherfolg:

1. Unzulänglicher Abschluß (Rhinolalia aperta)  
zu große Öffnungen — unzulängliche Funktion — flatterige Lappen

<sup>2)</sup> Wulff, J.: Stottern bei Gaumenspaltern. Fortschr. d. Kiefer- u. Gesichtschirurgie. Herausg. v. Prof. D. Dr. K. Schuchardt. Band IV, Thieme Verlag, Stuttgart, 1958.

<sup>3)</sup> Wulff, J.: Organisation u. Ergebnisse d. Sprachbeh. an op. Gaumensp. in d. Nordwestd. Kieferkl. Neue Bl. f. Tbst. Bldg., Verlag E. Singer, Heidelberg, 1951.

<sup>4)</sup> Wulff, J.: Erfahrungen bei der Sprecherziehung von Gaumenspaltenpatienten, Fortschr. d. Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Band I, Thieme Verlag, Stuttgart, 1955.

<sup>5)</sup> Wulff, J.: Ergebnisse der sprachlichen Nachuntersuchung von 450 operierten Gaumenspalten. Die Sprachheilarbeit, Herausg. v. d. Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilverfahren i. D., 1958, Heft 2, Hamburg.

<sup>7)</sup> Siehe a. a. O. <sup>5)</sup>.

2. Sonstige organische Funktionsschwierigkeiten  
Anomalien der Lippen / des Oberkiefers / der Zähne / des Unterkiefers / Anomalien der Zunge / der Fixationsmuskulatur / der Stimmuskel
3. Persönliche Unzulänglichkeiten  
mangelhafte Intelligenz / Aufmerksamkeit / Energie / Gehör
4. Milieubedingte Mängel  
keine konsequente, systematische Übung / unzureichende Kontrolle
5. Keine bzw. unzulängliche Sprachbehandlung.

Untersucht wurden 136 Fälle, von denen z. Z. noch 9 in Behandlung stehen und deshalb unbeachtet blieben.

Von den restlichen 127 Patienten hatten

107 = 84,3 % eine „normale“ Umgangssprache, d. h. eine lautreine, fließende Sprechweise, die sich nicht von der Umgebung abhebt, also mit deren mundartlichen Eigentümlichkeiten,

13 = 10,2 % eine „brauchbare“ Umgangssprache, d. h. eine verständliche Sprechweise mit durchweg einwandfreier Lautbildung, aber mit noch auffällig näselndem Stimmklang, mitunter mit interdentalen Lispeln,

7 = 5,5 % eine „mangelhafte Umgangssprache, d. h. eine schwer verständliche Sprechweise mit Lautbildungsfehlern, meist auch mit Nebengeräuschen, mitunter mit einem nach hinten verlagerten Lautansatz und mit stärkeren Nasendurchschlägen und Stimmbildungsfehlern.

Diese Zahlen bestätigen abermals die bereits früher ermittelten Zahlen.

Bei der Nachuntersuchung von 148 operierten Gaumenspalten hatten

1951	81,8 %	eine „normale“,
	10,8 %	eine „brauchbare“,
	7,4 %	eine „mangelhafte“

Umgangssprache.

Die Überprüfung von 435 in der Nordwestdeutschen Kieferklinik operierten Gaumenspalten ergab an entsprechenden Prozentzahlen

1958	82,6 %
	9,2 %
	8,2 %

Die Zahlen liegen also bei operierten Spalten im harten und weichen Gaumen (letzte Untersuchung) ein wenig günstiger. Sie könnten zu dem Schluß verleiten, daß die geringeren Mißbildungen günstigere Aussichten für den operativen Erfolg und damit für die Sprachverbesserung bedingen. Dieser Schluß dürfte kaum gerechtfertigt sein, denn die Prozentverhältnisse dieser Untersuchung können sich durch die Schlußergebnisse der augenblicklich

noch behandelten 9 Fälle stark verschoben; die Zahl der nachuntersuchten Fälle ist außerdem für solche Schlußfolgerungen zu gering. Aus der Behandlungspraxis erinnere ich mich vielmehr mancher Patienten mit operierten Spalten im weichen Gaumen, die der Sprachverbesserung lange trotzten oder die — auffällig häufig gegenüber Lippen-Kiefer-Gaumenspalten — die Sprachbehandlung selbst nicht ernst nahmen, die häufiger wegblieben, und bei denen elterliche Mitarbeit versagte. Vielleicht hat das Fehlen der äußeren Entstellung sie gegenüber den Sprachanforderungen gleichgültiger gemacht wie die Kinder mit auffälligen Lippennarben.

Eine Ursachenanalyse für die verbliebenen Sprachmängel zeigen die beiden nachstehenden Tabellen I und II.

I. Ursachen für die Sprachmängel  
bei operierten Gaumenspalten mit „brauchbarer“ Umgangssprache  
Anzahl: 13

	kein Gaumen- abschluß	Defekte im Zahn-Zungen- bereich	Personelle Mängel	Milieumängel	keine bzw. unzulängliche Sprachbeh.	jetziges Alter
1.	1	—	—	—	1	8
2.	—	—	—	—	1	44,5
3.	—	—	—	1	1	9,9
4.	—	—	—	—	1	22
5.	—	1	—	1	1	7,3
6.	—	—	—	—	1	32
7.	1	—	—	—	1	7,5
8.	1	—	1	—	1	20,5
9.	1	—	—	—	—	13
10.	1	—	—	—	1	17,5
11.	1	—	—	—	1	15
12.	—	—	—	—	1	14
13.	—	1	1	—	1	8
	46,2 %	15,4 %	15,4 %	15,4 %	92,3 %	

Bei 6 Fällen reicht der Gaumenabschluß nicht aus; bei vier davon war allerdings eindeutig festzustellen, daß die unzureichende Gaumensegel- und Rachenmuskulbeweglichkeit lediglich durch ungenügendes Training und unzulängliche Sprachbehandlung bedingt war. Ein Fall davon konnte ohne Schwierigkeiten einen Luftballon aufblasen, zwei weitere hatten früher (1948 u. 1957) bereits eine ganz normale Sprechweise gehabt, sie aber wieder verloren. Sie vermochten jedoch auf Antrieb beim Üben wieder die Fehler zu vermeiden, so daß man behaupten kann, daß die Behandlung, besonders die Aktivierung des Gaumensegels, nicht genügend oft und lange betrieben worden ist. Der eine Fall erhielt 20 Behandlungen in den Jahren

1946/47. Schon bei der Kontrolle 1951 war laut Kartei ermittelt worden, daß „das frühere bessere Sprechen während der letzten vier Jahre wieder verloren ging“. Der zweite Fall hat 1948 nur zwei Behandlungen erlebt und sprach damals mit 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahren gut. Nach unseren Überlegungen und Aufzeichnungen hat bei diesem Fall offenbar das Gaumensegelwachstum mit dem normalen Wachstum nicht Schritt gehalten, so daß der früher mögliche Gaumenabschluß nicht mehr vorhanden war. Vielleicht hätte ein rechtzeitig einsetzendes Training die Verschlechterung des Sprechens verhindern können.

Bei 12 von 13 Fällen fehlte überhaupt eine oder zumindest eine ausreichende Behandlung. Dadurch wird die dringende Notwendigkeit sprachlicher Betreuung erwiesen. Sie darf besonders bei erwachsenen Patienten (hier fünf Fälle) nicht unterbleiben oder zu kurz bemessen sein.

Bei älteren Gaumenspalten ist der Spracherfolg fast immer ein Problem, weil es an Zeit für das Training wegen Arbeitsausfall und oft an nötiger Energie und häuslicher Kontrolle mangelt, denn wegen der eingeschliffenen falschen Sprechfunktionen lernen sie das gute Sprechen weit mühevoller als die kleinen Spaltträger.

Ein Beispiel möge die ganze Problematik verdeutlichen:

A. H., 8 Jahre, Operationsalter 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre, sprachlich behandelt in der Nordwestdeutschen Kieferklinik, fünf Sitzungen in einem halben Jahr 1954/55.

1. Atmung: pressiert, schiebt den Atem vor.
2. Stimme: etwas nasal, Gaumensegel nicht beweglich genug.
3. Artikulation: gut möglich, durch zu schnelles Sprechen verschlissen und nicht exakt genug. Sigmatismus interdentalis.
4. Mitbewegungen: Räusperzwang.
5. Umgangssprache: gut verständlich.

Ergebnis der Nachuntersuchung: Umgangssprache brauchbar (2).

Gründe für den nur brauchbaren Spracherfolg:

Unzulänglicher Gaumenabschluß, Rhinolalia aperta, unzulängliche Funktion, Segel zu flatterig. — Luftballon kann aufgeblasen werden. Unzulängliche Sprachbehandlung, nur fünf Sitzungen, Behandlung abgebrochen.

1955 Einschulung in die Sprachheilschule empfohlen, nicht erfolgt.

1957 dringend ambulante Behandlung in der Karolinenstraße empfohlen, nicht erfolgt.

1959 ambulante Behandlung abermals empfohlen, nicht erschienen.

Offenbar genügt den Eltern die Sprechweise des Kindes. Es hat keine besonderen Schulschwierigkeiten.



Dennoch ist es zu bedauern, daß die Behebung der letzten, geringen Mängel, die keine Schwierigkeiten bereitet hätte, unterblieb.

Die Ursachen für die „mangelhafte“ Umgangssprache bei sieben Patienten erläutert die nachstehende Tabelle II.

II. Ursachen für die Sprachmängel bei operierten Gaumenspalten mit „mangelhafter“ Umgangssprache

Anzahl: 7

	kein Gaumen- abschluß	Defekte im Zahn-Zungen- bereich	Personelle Mängel	Milieumängel	keine bzw. unzulängliche Sprachbeh.	jetziges Alter
1.	—	—	—	—	1	44
2.	1	—	1	—	1	8,6
3.	1	—	—	—	1	8
4.	—	—	1	1	1	16,6
5.	—	—	1	—	1	7
6.	—	—	—	—	1	4
7.	—	—	1	—	1	6,6
	28,6 %	—	57,1 %	14,3 %	100 %	

In dieser Übersicht wird die fehlende Sprachbehandlung bei allen Patienten als Hauptursache deutlich; daneben besonders die personellen Mängel (dreimal mangelhafte Intelligenz, zweimal mangelnde Energie, zweimal allgemeines Stammeln, einmal Stottern). Es handelt sich vorwiegend um Kinder, die auch ohne Spalte unartikuliert gesprochen hätten. Bei vier von den sieben Patienten soll die bisher wegen Nichterscheinens nicht durchgeführte bzw. unterbrochene Behandlung erneut angesetzt werden. Vielleicht ist trotz der Bedenken noch ein Erfolg möglich.

Die nachstehende Aufzeichnung nach einem Prüfbogen zeigt beispielhaft wieder die Schwierigkeiten.

W. H.-F., 52 geb., Alter 6<sup>1/2</sup>, Operationsalter 4<sup>1/2</sup> Jahre, sprachlich *nicht* behandelt.

1. Atmung: o. B.
2. Stimme: genäsel.
3. Artikulation: Stammeln, Sigmatismus nasalis.
4. Mitbewegungen:  $\neq$ .
5. Umgangssprache: kaum verständlich.

Ergebnis der Nachuntersuchung: Umgangssprache mangelhaft (3).

Gründe: mangelhafte Intelligenz, keine Sprachbehandlung.

Als Gesamtergebnis springt bei dieser Untersuchung heraus, daß die Problematik in der Spezialisierung der Gaumenspalten, vor allem also die Norma-

lisierung des Sprechens, weniger beim Chirurgen liegt, als vielmehr in unzulänglicher Sprachbehandlung und daneben in personellen und häuslichen Schwierigkeiten, die trotz aller Bemühungen und stets erneuter vergeblicher Vorladungen nicht immer zu beseitigen sind. Auch die weiten Wege der Patienten erschweren die Durchführung der Behandlung.

Es mangelt in abgelegenen Orten an Sprachheilrichtungen und Sprachheilpädagogen. Die Fürsorge- und Gesundheitsämter sollten trotz aller schon vorhandenen Unterstützung noch mehr um die sprachliche Hilfe bei den Spaltkindern besorgt sein, um diesen Hilfsbedürftigen den Lebensweg zu erleichtern. Vor allem ist die Sprachbehandlung unmittelbar an die Operation anzuschließen, unter ständiger Mitarbeit der Mutter. Die Funktionsbehandlung ist dabei wichtiger als die Lautverbesserung<sup>8/9)</sup>.

Es ist kaum jemals damit zu rechnen, das 100<sup>0</sup>/oige Spracherfolge zu verbuchen sein werden, weil nicht alle Schwierigkeiten, die durch persönliche und milieubedingte Widerstände bedingt sind, zu beheben sein werden.

Die Ergebnisse rechtfertigen die Notwendigkeit der Nachuntersuchungen, um daraus den Erfolgsstand zu ersehen und die noch vorhandenen Unzulänglichkeiten in der chirurgischen, kieferorthopädischen und vor allem der sprachlichen Versorgung zu erkennen. In der Nordwestdeutschen Kieferklinik erfolgen die Nachuntersuchungen nicht nur hinsichtlich der sprachlichen Entwicklung, sondern auch vom chirurgischen, kieferorthopädischen, rhinologischen und audiologischen Standpunkt her. Dadurch rundet sich das Bild und lichtet sich das Problem der Betreuung der Spaltträger hinsichtlich Operationsverfahren, Zeitpunkt des Eingriffs, Kieferregulierung, rhinoaudiologische und logopädische Versorgung. Letztlich darf man die Rehabilitation der Spaltträger nur aus dieser ganzheitlichen Sicht heraus sehen und beurteilen, wodurch gleichzeitig die unentbehrliche Teamarbeit gewährleistet wird<sup>10)</sup>.

*Anschrift des Verfassers: Johannes Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35 (Schule für Sprachkranke).*

<sup>8)</sup> Wulff, J.: Organisatorische und sprachheilpäd. Maßnahmen f. d. Früherfassung und Frühbehandl. sprachgesch. Kinder. Kongreßbericht d. Gemeinschaftstagung f. allgem. u. angew. Phonetik in Hamburg 1960. Herausgegeben v. d. Arbeitsgemeinschaft f. Sprachheilpädagogik i. D., Hamburg, 1961.

<sup>9)</sup> Wulff, J.: 20 Jahre Sprachambulanz frühop. Spaltkinder in der Nordwestd. Kieferklinik. Ehrengabe der Schulbehörde Hamburg, 1960.

<sup>10)</sup> Wulff, J.: Die Behandlung von Gaumenspaltpatienten im Team. Tagungsbericht der 3. Arbeitstagung der Arbeitsgem. f. Sprachheilpädagogik i. D. in Berlin 1958. Hamburg 1958.

---

## Aus der Organisation

---

### Bericht über die Arbeitstagen der Landesgruppe Hamburg am 8. 3. 61 u. 14. 6. 61

Auf der letzten Arbeitstagung der Hamburger Landesgruppe lieferten die Kollegen **Dr. O. Plätzer**, **H. Staps** und **G. Cors** interessante Beiträge zum Thema „Stottererbehandlung in Sprachkrankenschule und Sprachheilheim“. Die im westfälischen Sprachheilheim angewandte mehrdimensionale Therapie, so führte **Dr. Plätzer** aus, versucht vor allem, die Selbstheilungstendenzen und -kräfte des stotternden Kindes zu aktivieren. Zunächst lebt das Kind frühe Entwicklungsstufen des animalischen, vitalen Daseins nach (im Tummelspiel, Biodrama usw.). Erst ganz allmählich wird die atavistisch-animalische Expressivität humaner Ausdruck, Sprechbedürfnis und Sprechbereitschaft zeigen sich. Gefühle und affektiv getragene Willensregungen erfahren eine Ergänzung durch Gedanken und sachliche Urteile. Das Gemeinschaftsleben im Heim, das Setzen von „Leitbildern“ (aus der sozialen Situation heraus), das autogene Training, die Sceno-Gruppentherapie und Stegreifspiele tragen dazu bei, Fehlhaltungen des Kindes zu beseitigen. Das stotternde Kind wird befähigt, sein Leben in seiner Umwelt zu tragen, Leistungsforderungen zu bejahen und den Mitmenschen als Partner zu erleben. Obwohl auf eine sprachliche Übungsbehandlung verzichtet wird, schwinden die Sto.-Symptome im Verlauf des 12wöchigen Heimaufenthaltes bei etwa 80 % der Kurssteilnehmer. — Ein ernstes und mahnendes Wort richtete Herr **Staps** an Behörde und Öffentlichkeit. Die therapeutischen Erfolge (vor allem am stotternden Kinde) könnten an den Sprachkrankenschulen wesentlich größer sein, wenn die seit langem gestellten Forderungen der Sprachheillehrerschaft endlich Beachtung finden würden: moderne, günstig gelegene Gebäude für die Sprachkrankenschulen, Lösung des Nachwuchsproblems durch Höhereinstufung des Sprachheillehrers (Besoldungsgruppe A 13 ist die Mindestforderung für einen Therapeuten mit 10semestriger Universitätsausbildung!), Herabsetzung der Klassenfrequenz auf 12 Schüler, Teamarbeit (Beschäftigung von Ärzten, Psychologen, Fürsorgern und Sprachheillehrern an Sprachkrankenschulen). — Das Abschlußreferat hielt der Leiter der Internatsschule für Sprachgestörte in Wentorf (bei Hamburg), Herr **Cors**. Er hob die Vorteile einer Kombination von Sprachheilheim und Sprachheilschule hervor und gab einen Überblick über die Organisation seines Internats, an dem Sprachheillehrer, Gymnastiklehrer, Erzieherinnen und Ärzte gemeinsam wirken. An therapeutischen Maßnahmen führte er an: Gruppen- und Einzeltherapie, Heilgymnastik, Schwimmen, das Psychodrama als Gruppenspiel sowie das Handpuppenspiel.

Die Arbeitstagung am 14. 6. 61 stand unter dem Thema „Gebißanomalien und Sprachfehler“. In einem einleitenden Referat zeigte Herr **J. Wulff** die wichtigsten logopädisch-kieferorthopädischen Probleme auf. Von besonderem Interesse sei die Frage nach der Korrelation zwischen Sprach- und Gebißanomalien. Herr Prof. **Dr. E. Hausser**, Leiter der Kieferorthopädischen Abteilung der Universitätsklinik für Gesichts- und Kieferkrankheiten in Hamburg, gab in einem Lichtbildervortrag einen Überblick über den regelrechten Entwicklungsgang des Kauorgans sowie über die am meisten auftretenden Gebißfehlbildungen. Am Zustandekommen von Gebißanomalien seien exogene Faktoren in weit größerem Maße beteiligt als Erbfaktoren. Herr Dr. med. dent. **G. Lieb**, der zusammen mit Herrn **G. Mühlhausen** eine Reihenuntersuchung von 3086 Kindern durchgeführt hatte, berichtete über die bei diesen Untersuchungen vorgefundenen Abweichungen der Zahnstellung innerhalb der Zahngruppen sowie über die Bißanomalien. Herr **G. Mühlhausen** warf die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Sprach- und Bißanomalien auf. Er erläuterte die Ergebnisse der Reihenuntersuchung an Hand graphischer Darstellungen. So ergab sich z. B. ein gehäuftes Auftreten von Addentalität bei offenem Biß, Progenie und Protrusion. Lücken im Frontzahngebiet während des Zahnwechsels erbrachten erhöhte Prozentzahlen von Lateralität und Interdentalität. Interessant war die Feststellung, daß es Gebißanomalien gibt, bei denen weniger (interdental) gelispelt wird als beim Normalgebiß: z. B. beim tiefen Biß. — An das sehr ausführliche und interessante Referat über die Untersuchungsergebnisse schloß sich eine lebhaft diskutierte Diskussion an, Herr **J. Wulff** kündigte eine zweite Tagung an, die kieferorthopädisch-logopädischen Problemen gewidmet werden soll.

H. G. Müller

---

## Bücher und Zeitschriften

---

**Hanz Fitz: Schach dem Stottern.** Die bewegungstherapeutische Ausschaltung der Sprachhemmungen durch Atem- und Stimmssicherung 1961, 315 Seiten mit 37 Abbildungen im Text, 8°. Leinen DM 24,80, Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br.

Der Verfasser betont einleitend mit Recht die große Verwirrung und Unklarheit auf dem Gebiete der Stimmbildung, Sprecherziehung und Sprachtherapie. Er beklagt den Verlust der Mitte, die mangelhafte Atem- und Stimmssicherung und die Störung des Rhythmus, der Haltung und der Gesamtkoordination.

Im ersten kritischen Teil setzt sich der Verfasser mit den vielfältigen Betrachtungsweisen des Stotterns und den daraus resultierenden Behandlungsmethoden auseinander. Er macht Arnold auf Unklarheiten in seinen Kapiteln über das Stottern aufmerksam. Den Psychoanalytikern wirft er vor, verkehrte Bewegungsgewohnheiten wie das Stottern durch „Seelenmassage“ behandeln zu wollen. Den unhaltbaren Gegensatz von „Schon- und Kraftstimme“ von Trojan und dessen Meinung über die Anspannung der Muskel lehnt er ab. Auch die Unzulänglichkeit der Kaumethode von Fröschels, ja deren Gefährlichkeit für die Stimmbildung auch im Sinne von Schilling, wird aufgezeigt. Der Verf. hebt das Verdienst R. Schillings hervor und stützt sich auf dessen Ergebnisse über die Lautungsbewegungen, Stimmeinsätze, Atemführung und Spannhalte. Über Weiten, Halten, Zügeln beim Sprechen oder Singen führt der Weg zur stimmvollen Koordination aller Sprechfunktionen. Bessert man daher das Stottern nur am Symptom, an der Peripherie, am Sprechen, ohne den Gesamtzusammenhang und die Fehlspannungen und -bewegungen in der Gliederkette zu erkennen, so muß der Erfolg ausbleiben. „Bei richtiger Anwendung ist sie (diese Methode des Verf.) sogar ein unentbehrliches Werkzeug der Psychotherapie (Schilling).“ Da der Stotterer nicht seiner Stimme mächtig ist, muß die Störung da auftreten, wo die Stimme in den Sprechvorgang eingeschaltet ist. Da nach Fitz beim inneren Sprechen nicht gestottert wird, kann dabei keine Störung des Sprachzentrums vorliegen. „Normalisiert das Singen und das Singsprechen die sonst gestörten Funktionen des Sprechens, dann war die früher beim Sprechen verwendete Stimmgebung schlecht und ungeeignet, und dies verrät die notwendige richtige Angriffsstelle für eine zielbewußte und planmäßige Ordnungstherapie.“ Fitz zitiert Paschen, der in der „Drosselung der Stimme“, „dem dauernden Druck des Sprechatem“ und der Rachenenge die Ursache des Stotterns sieht, kritisiert aber einige seiner Unstimmigkeiten.

Fernau-Horn wiff der Verf. vor, zuwenig oder gar nicht das Haltungsproblem und die Bewegungstherapie zu beachten. Er betont die Bedeutung einer kraftvollen Methode, die zur Selbststeuerung und zur Persönlichkeit und Eigenverantwortung führt. Einige Bilder zeigen falsche und günstige Haltungen und Kehllagen.

Im zweiten, praktischen Teil legt der Verf. seine Auffassung über korrekte und praktisch erprobte Stimm-, Sprech- und Haltungshygiene dar, die mit den Begriffen „elastische Spannhalte“, Kehlweite, Kehlfederung, Stimmsitz, Stimmklarheit, Blitzesschnelle der Artikulationsbewegungen gekennzeichnet sind.

Er setzt sich als Therapieziel, den Stotterer von der falschen Funktion einer verkehrten Technik zu befreien und zur vollen Neuordnung und Harmonie der Haltung, der Atem- und Stimmssicherung im Sinne der Ordnung wie beim Singen zu führen.

Die Angriffs- und Kritikklust des Verf. schießt über das Ziel hinaus, sucht bedeutende Phoniater unfair abzutun, die Tiefenpsychologie zu verulken und verfällt dabei in unliebsame Redewendungen, die ernste Sachlichkeit vermissen lassen. Die häufigen Ausrufesätze drücken Zorn und Erregung aus.

In seinen langjährigen Bemühungen wird er sicher Erfolge aufweisen können, aber ohne Mißerfolg wird er auch nicht geblieben sein. Die Unfehlbarkeit und Ausschließlichkeit seiner Methode nimmt niemand ernst, der sich länger um die Beseitigung dieses Übels bemüht hat. Hier wird der Verf. zu egozentrisch und überheblich.

Ein Stimm- und Gesangspädagoge, der zweifellos beachtliche Erfolge aufweisen wird, erinnert mit diesem Buch die Sprachheilpädagogen wieder an eine längst bekannte Möglichkeit, über Haltungs-, Atem- und Stimmerzziehung dem Stottern Schach zu bieten. Wer dieses Verfahren physiologisch-psychologischer Art anwenden will, muß die Gesetze der Haltungs-, Stimm- und Sprechhygiene kennen und beherrschen, die Funktionsnatürlichkeit und Bewegungsharmonie beachten und in der pädagogischen Führung Meister sein. Simple Sprechübungen richten auch nach Fitz nur Schaden an.

In diesem Sinne bietet das Buch Anregungen mancherlei Art, vor allem strömt es Zuversicht und Mut aus, vor dem Problem Stottern nicht zu resignieren. Darin liegt auch nach Fitz bereits der Keim zum Mißerfolg.

J. Wulff

**Irmgard Weithase: Zur Geschichte der gesprochenen deutschen Sprache.** I. u. II. Bd., Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1961. 575 u. 218 Seiten. Geh. DM 62,-, Lwd. geb. DM 68,-.

Die Verfasserin untersucht in sorgfältiger Forschungsarbeit die Entwicklung der gesprochenen deutschen Sprache vom Zeitalter Karls des Großen bis zum 20. Jahrhundert, wo Tonband und Schallplatte die akustische Dokumentation ermöglichen. Sie geht dabei zunächst auf die Kanzelberedsamkeit des Mittelalters ein, weil sie sich hier am längsten und tiefsten ausgewirkt hat als Mitteilungs- und Ausdrucksfunktion. Sie wandte sich, wenn auch fast ausschließlich im religiösen Bereich, an das ganze Volk, während das Sprechen in den Schulen sich nur an einen kleinen Kreis wandte und vorwiegend als Mitteilungsfunktion verwandt wurde. Die kirchliche Rhetorik mußte deshalb in dem Buche einen breiten Raum einnehmen. Um die Wende vom 15. zum 16. Jahrhundert tritt dann die Schule, die die gesprochene Sprache nicht nur als Lehrmittel, sondern auch als Lehrziel hinstellte, stärker hervor und knüpft sich an Namen wie Ratichius, Comenius u. a. Erst am Ende des 17. Jahrhunderts setzt sich die deutsche Sprache als Vorlesungssprache langsam durch. Neben Kirche und Schule fördern dann Sprech-, Lese- und Schauspielkunst ein gepflegtes Sprechen.

Mit Recht weist Verf. auf die Gefahr einer Inflation des Wortes in der neueren Zeit hin. Sie bedroht nicht nur „die Existenz des verbindlich gesprochenen Wortes, sondern auch die sittliche Existenz des sprechenden Menschen. Das Wort bindet sie nicht mehr gemeinsam an ein Höheres, und es bindet sie auch nicht mehr untereinander“.

Allen Lehrern geht nach dem Lesen des umfangreichen Werkes die tiefe Bedeutung des gesprochenen Wortes in Erziehung, Bildung, Lehre und Politik auf. Dem Sprachheilpädagogen ist es innere Berufung, den Sprechgestörten zu helfen, damit sie am sozialen und kulturellen Leben teilnehmen können.

Die Goethezeit bildet einen Höhepunkt. Abgesehen von den ersten Ansätzen einer politischen Beredsamkeit zur Zeit Fichtes konnte sich diese im Gegensatz zu unseren Nachbarländern nur sehr zögernd entwickeln.

Die Verschriftung in der Schule prangert besonders R. Hildebrandt an. Im 19. Jahrhundert hat sich dann die Sprechkunst schnell ausgeweitet als Rezitation, Dramenvorlesekunst bis zum Rhapsodentum. Namen wie Tieck, Holtei, Palleske, Jordan, Kainz und Milan sind Marksteine dieser Entwicklung. Heute ist es vor allem neben der Schauspielkunst, der Dichterlesung und der Rezitation des Berufssprechers der gesamte Schulbereich, von dem die Pflege des gesprochenen Wortes in Lautung, Sprech- und Redekunst gefordert wird. Sie gilt als hervorragendes Mittel der Persönlichkeits- und Gemeinschaftsbildung.

**Franz Biglmaier: Lesestörungen. Diagnose und Behandlung.** (Reihe „Erziehung und Psychologie“, Nr. 14) 208 Seiten mit zahlreichen Lesbeispielen und Figuren. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel. Kart. DM 12,-.

Neben den bisherigen Veröffentlichungen über Lesestörungen ist dieses gut angelegte, wissenschaftlich und stilistisch saubere Buch von dem Lehrer und Psychologen Biglmaier eine wertvolle Ergänzung.

Im ersten Teil wird die Psychologie des Lesens grundlegend im wissenschaftlichen und praktisch gebräuchlichen Bereich abgehandelt, anschließend die Leseschwierigkeiten, Leseschwächen und Leseunfähigkeit nach endogenen und exogenen Ursachen erörtert.

Eine ausführliche Lesediagnostik nach Wesen, Entwicklung und Leistungsanalyse, wobei besondere amerikanische Lesetests mitverwertet wurden, stellt Leseentwicklungsstand und Lesefehlleistungen fest, woraus sich zwangsläufig die heilpädagogischen Maßnahmen ergeben.

Die Grundsätze bei der Beseitigung der Leseschwäche, wie Einzel- oder Gruppenbetreuung, die zeitlichen und textlichen Voraussetzungen, die spezielle Ausbildung der Lehrkräfte, die Organisation dieser Lesehilfen in der Schule und die Unterstützung des Elternhauses und besonders die Durchführung der speziellen leseheilpädagogischen Maßnahmen werden weitgehend besprochen. Es werden sodann die verschiedenen Möglichkeiten, ob es sich um direkte Korrektur der Legasthenie, ob um Ausnützung der vorhandenen Fähigkeiten, ob um Angriff auf die festgestellten Lesefehler oder um sonstige legasthenische oder allgemeine heilpädagogische Maßnahmen handelt, verständlich und sorgfältig erwogen. Ein letztes Kapitel beschäftigt sich mit Erfolg und Grenzen der Behandlung.

In einem Anhang finden wir Testtabellen, Fragebogen, Übungstabellen und eine umfangreiche Übersicht über das einschlägige Schrifttum mit 243 Titeln.

Für Eltern, Psychologen und Heilpädagogen bietet das Buch wertvolle Einsichten und bewahrt vor Fehlurteilen bei leseschwachen Kindern.

Die Lehrer an Sprachkranken-, Schwerhörigen- und Gehörlosenschulen müssen sich mit dieser Gesamtproblematik auseinandersetzen, denn ihnen begegnen in der Praxis stets leseschwache Kinder. Es bietet sich eine dankbare Aufgabe an, die Zusammenhänge zwischen Sprachstörungen und Leseschwäche, zwischen Taubstummheit oder Schwerhörigkeit und Leseschwäche ergänzend zu untersuchen.

Johannes Wulff

**Artur Kern: Das rechtschreibschwache Kind.** 195 S., Verlag Herder, Freiburg, 1961, kart. DM 12,80, Lw. DM 14,80.

Welchem Lehrer ist das Problem der Legasthenie, der Schreib-Lese-Schwäche, im Schulalltag wohl noch nicht begegnet? Der Praktiker Kern ist es auch, der mit dem vorliegenden Buch „von der pädagogischen und didaktischen Fragestellung her“ das vorhandene Schrifttum ergänzen will.

Der Verfasser beleuchtet zunächst einmal kritisch das synthetische und das ganzheitliche Verfahren des Erstunterrichts. Dabei wird auch auf die Schwierigkeit der eindeutigen Frühdiagnose im ersten Schuljahr hingewiesen, da Legastheniker, Schwachbegabte und Retardierte aus verschiedener Ursache gleiche Symptome zeigen. Welcher Methode (Synthese oder Ganzheit) bei näherer Betrachtung der Aufgabe des zweiten Schuljahres zur „Behandlung“ der Schreib-Lese-Schwäche der Vorzug zu geben ist, wird zur wissenschaftlichen Frage erhoben.

Vergleichende Untersuchungen ganzheitlich und synthetisch geführter Klassen in den ersten drei Schuljahren ergeben ganz allgemein (bei Diktaten) ein weit besseres Ergebnis zugunsten der Ganzheitsmethode. Besonders aufgestellte und ausgewertete Fehlerkategorien veranlassen Kern schließlich zur Analyse akustischer und optischer Strukturierungsvorgänge, die zur Festlegung auf drei Typen unter den Legasthenikern führen.

Fast 50 Seiten (!) widmet der Verfasser dann der Prognose und Therapie. Die angegebenen und begründeten allgemeinen und speziellen methodischen Hilfen sind für den Praktiker von besonderem Wert. Die schweren Fälle von Legasthenie will allerdings auch Kern in Sprachheilklassen (evtl. Sonderklassen) untergebracht wissen. Die am Schluß des Buches aufgeführten Kasuistiken bieten vor allem auch dem angehenden Lehrer ein empfehlenswertes Studienmaterial. Rölke

**Johannes Seiler und Leo Sparty: Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin.** W. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1960. Format DIN A 5, ca. 300 Seiten, 19,80 DM.

**Paul Hülsmann u. a.: Ärztliche Begutachtung der Leistungsfähigkeit von Arbeitssuchenden und Arbeitslosen.** Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960. XVI, 358 Seiten, 1 Abbildung. Gr.-8°, Ganzleinen 37,— DM.

**W. Villinger (Herausgeber): Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Band II.** Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1960, 22 Abbildungen, 7 Tabellen. Leinen 26,— DM.

Die Wiederherstellung, Wiederertüchtigung und Wiedereingliederung behinderter und geschädigter Menschen ist eine der vornehmsten Pflichten der Gesellschaft. Medizinische, pädagogische, soziale und berufliche Maßnahmen müssen dabei lückenlos und gut aufeinander abgestimmt ineinandergreifen. Da diese als Rehabilitation bezeichneten zusammengefaßten Aktionen nicht nur bei Erwachsenen angebracht sind, die durch Kriegs-, Unfall- oder Krankheitsfolgen geschädigt wurden, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen nötig werden und sich ebenso auf angeborene Leiden oder frühkindliche Schädigungen beziehen müssen, hat der Sonderpädagoge eine immer bedeutender werdende Position im Rehabilitationsgeschehen einzunehmen. Die selbstverständlich nur in einer engen Arbeitsgemeinschaft aller beteiligten Fachgebiete und unter Führung und Aufsicht der Medizin zu leistende Rehabilitationsarbeit hat das Ziel, die geschädigten Menschen in das Berufsleben einzugliedern oder wieder einzugliedern und muß sie zu lebensfähigen Mitgliedern der Gesellschaft machen.

Da die Erziehung und Unterrichtung geschädigter Kinder in den Sonderkindergärten und in den heilpädagogischen Sonderschulen letztlich auch auf die Erreichung einer möglichst weitgehenden Berufsertüchtigung ausgerichtet sein muß, wird die wichtige Rehabilitationsaufgabe des Fachpädagogen (Heilpädagogen) noch einmal besonders deutlich. Darum sollte sich der Fachpädagoge für Hör- und Sprachgeschädigte wie jeder Sonderpädagoge über alle Einrichtungen zur Rehabilitation unbedingt laufend informieren, damit er in möglichst allen Fällen weiß, wo und wie geholfen werden kann, bzw. wo er selbst in seiner Arbeit Unterstützung findet (z. B. bei der Betreuung der sog. „Mehrfachgeschädigten“).

Das Buch von Seiler und Sparty bietet dazu eine ausgezeichnete Hilfe. Es schildert zunächst die Entwicklung des Begriffs Rehabilitation und gibt eine Inhaltsbestimmung dieses Wortes. Auch die Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen wird gestreift. Bei den dann aufgeführten Institutionen ist besonders auf die Verbindung von Heilbehandlung und Ausbildung in Schule und Beruf Wert gelegt. Es werden Kliniken und Abteilungen für Körperbehinderte angegeben, aber auch Einrichtungen für Blinde, Gehörlose, Hör- und Sprachgeschädigte, Tbc-, Herz- und Kreislaufkranke. Auch die Sonderschulen und -klassen für Blinde, Taubstumme und Körperbehinderte sind verzeichnet. Unter den Gehörlosenschulen sind auch Sprachheil- und Schwerhörerschulen zu finden. Leider fehlen die Psychiatrischen Kliniken und Heilanstalten, die Einrichtungen für Geistesschwache und Geistesgestörte und die Hilfsschulen.

Das Verzeichnis ist nach Bundesländern geordnet. Es gibt Auskunft darüber, welche Einrichtungen vorhanden sind, wie sie eingerichtet sind und arbeiten, und wo sie sich befinden. Die Angaben sind klar und übersichtlich angeordnet, ein ausführliches Sach-

register erleichtert das Suchen außerordentlich. Die eingefügten leeren Seiten sind nützlich für Ergänzungen und Notizen. Da das Buch oft in die Hand genommen wird, wünscht man sich einen etwas stabileren Einband. Dem Verlag aber kann man für die Herausgabe nur dankbar sein, hat man doch mit dem Verzeichnis eine beinahe unerschöpfliche Informationsquelle in der Hand.

Wenn man nun behinderte Menschen für die Berufsausübung erziehen und ertüchtigen soll, muß man auch wissen, welche Berufe etwa für den einzelnen Geschädigten in Frage kommen, was in ihnen zu leisten ist, und was der Betreffende selbst für eine Leistungsfähigkeit besitzt. Das ist zunächst eine ärztliche, zum Teil auch eine psychologische Aufgabe. Das Buch von **Hülsmann** zeigt daher auch die Aufgaben der Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung aus ärztlicher Sicht. Dabei wird besonders auf die ärztliche Mitwirkung bei der Eingliederung behinderter Personen hingewiesen. Die Grundlagen der Rehabilitation werden aufgezeigt, ihre Träger und der für sie vorgesehene Personenkreis werden erwähnt. Einen bevorzugten Platz nehmen die Aufgaben des ärztlichen Gutachters ein, ebenso die Zusammenarbeit mit dem Psychologen.

Eine „Auslese aus einer Berufskunde für Ärzte“ ist auch für jeden Sonderpädagogen wichtig. In diesem Abschnitt des Buches wird eine Systematik der Berufe abgehandelt, und die Arbeitsbedingungen und Leistungsanforderungen für männliche und weibliche Arbeitnehmer in den verschiedensten Berufen werden erörtert. Dabei sind allerdings die Ausführungen zu den einzelnen Berufsbildern oft etwas zu knapp geraten, sie müßten wohl nicht nur — wie geschehen — vom Arzt verfaßt, sondern auch von einem technischen Sachkundigen des betreffenden Berufes bearbeitet sein.

Ein umfangreicher Anhang enthält eine Sammlung von 36 Gutachten über die Berufseignung von Jugendlichen und Erwachsenen mit verschiedenen Störungen und Behinderungen. Die Gutachten sind ausführlich und oft mit allen Formularen usw. wiedergegeben und zeigen die äußerst schwierige und diffizile Arbeit des ärztlichen Gutachters. Wir haben somit ein Buch vor uns, das auch dem an der Rehabilitationsarbeit interessierten Fachpädagogen viel zu bieten hat; es sollte für die Lehrerbüchereien unserer Sonderschulen und Sonderberufsschulen unbedingt angeschafft werden.

Das „Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete“, nunmehr im 2. Band vorliegend, macht noch deutlicher, daß eine gewissenhafte und verantwortliche Rehabilitation, Erziehung, Unterrichtung und Betreuung geschädigter und behinderter Kinder ohne engste Anlehnung an die Medizin nicht durchzuführen ist. Hier, in dem führenden Organ der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die einen der jüngsten selbständigen Zweige der Heilkunde darstellt, kommen gerade die Vertreter der Medizin zu Wort, die neuerdings wieder stärker auf die organische Bedingtheit vieler Charakter- und Verhaltensstörungen und mancher Erziehungsschwierigkeiten hinweisen. So werden z. B. immer mehr auch vorgeburtliche und frühkindliche Hirnerkrankungen und -störungen verschiedener Art verantwortlich gemacht. Auch die biologischen Entwicklungen und Voraussetzungen eines von der Form abweichenden Verhaltens werden viel genauer beachtet.

Ein Auszug aus dem Inhalt dieses Bandes macht das schon deutlich: Wir lesen dort u. a. **Schmitz**: „Entwicklungsphysiognostik“ (Beitrag zum Akzelerationsproblem), **Zeller**: „Über biologische Voraussetzungen psychosexueller Abartigkeiten bei Jugendlichen“, **Leuner**: „Der erste Gestaltwandel als psychopathologischer Grenzbereich“, **Asperger**: „Autistisches Verhalten im Kindesalter“, **Navratil**: „Zur Diagnostik von Residualzuständen zerebraler Kinderlähmung“, **Harbauer**, **Kenter** u. **Kunert**: „Über die Anpassung von Kindern mit poliomyelitischen Dauerlähmungen“, **Erdmann**: „Beobachtungen der kindlichen Psyche bei der medizinischen Behandlung der Meningitis tbc.“, **Hünnekens** u. **Kiphard**: „Übung der Motorik als therapeutische Methode bei entwicklungsrückständigen Kindern“.

Dazu finden wir Übersichtsreferate über die forensischen Aufgaben und Probleme der Jugendpsychiatrie, über die Kinder- und Jugendpsychiatrie in USA und den Tagesbericht über die 5. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. vom 28. bis 30. Juli 1958 in Marburg/Lahn. Weiter lesen wir Mitteilungen über diese Vereinigung, über die Union Europäischer Kinderpsychiater und über die Internationale Gesellschaft für Psychiatrie. Hochschulnachrichten, Fachzeitschriftenhinweise und ein ausführliches Namen- und Sachregister schließen den interessanten Band ab.

Gerade wir Fachpädagogen brauchen eine ausführliche Unterrichtung auch durch solche Werke, damit wir in unserer Arbeit nicht von unzureichenden, schiefen oder gar überholten und falschen Voraussetzungen ausgehen und sie damit nicht nur wirkungslos, sondern vielleicht sogar gefährlich machen. Ganz besonders werden wir durch diese Lektüre darauf hingewiesen, daß ohne ärztliche Diagnose und Behandlung sowie ohne ärztliche Lenkung der nichtmedizinischen Maßnahmen eine Betreuung, Erziehung und Unterrichtung geschädigter Kinder nicht möglich ist. Das u. a. deutlich gemacht zu haben, ist das Verdienst dieser drei lesenswerten Bücher.

Arno Schulze

## Zeitschriftenschau

Die uns diesmal vorliegenden Zeitschriftenartikel möchten wir einmal ausführlicher unter dem Blickwinkel der Rehabilitation betrachten, da gerade diese Arbeit, in der die Sonder- und Fachpädagogik einen wichtigen Platz einnimmt, in der Gegenwart breiter organisiert und aufgebaut wird. Dabei werden wir im heutigen Teil diejenigen Themen und Probleme besprechen, die zwar nicht unmittelbar unseren eigenen fachpädagogischen Bereich betreffen, über die aber auch der Fachpädagoge für Hör- und Sprachgeschädigte informiert sein sollte.

In der Fachzeitschrift für die Aufgabengebiete der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung **ARBEIT, BERUF UND ARBEITSLOSENHILFE — DAS ARBEITSAMT**, Heft 7/1961 lesen wir unter dem Titel „Berufliche Rehabilitation — Die Bedeutung der öffentlichen Arbeitsvermittlung“ einen Artikel von **Manfred Hofrichter**. Dieser macht eingangs das Zusammenwirken der verschiedenen Disziplinen beim Rehabilitationsgeschehen deutlich, um dann näher auf die berufliche Rehabilitation einzugehen. Dabei wird die berufliche Eingliederung behinderter Personen als gesellschaftlicher Auftrag gesehen. Es wird erwähnt, daß nach der Volkszählung von 1950 etwa 2,5 Millionen (!) behinderte und geschädigte Menschen in Deutschland vorhanden waren. Anschließend wird dann die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung als individuelle Hilfe geschildert. Dabei gilt es auch hier, den richtigen Mann auf den richtigen Platz zu stellen. Es ist nach Meinung des Autors aber verfehlt, bestimmte Berufe für bestimmte Gruppen unter den Behinderten festzulegen, denn „die Behinderung zwingt nicht zu bestimmten Berufen, sie engt lediglich die Berufsmöglichkeiten in ihrer Gesamtzahl ein“.

Der folgende Abschnitt behandelt dann den Zugang zum Arbeitsmarkt und die Verbindungen zu den sozialen Leistungsträgern. Dabei wird die Arbeit der Bundesanstalt und ihrer Dienststellen besonders hervorgehoben. Der dargestellte Umfang der individuellen Rehabilitationshilfe ist schon erstaunlich hoch. Am Schluß werden Angaben über die finanzielle Förderung von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation gemacht. Die Bundesanstalt hilft mit Darlehen und Zuschüssen den Einrichtungen und Institutionen, die „Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchführen“.

Einen deutlichen Bezug auf die Rehabilitationsarbeit hat der Aufsatz von **H. Sopp**: „Sozialanalyse des Krankenstandes“ in der **ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHO-SOMATISCHE MEDIZIN**, 3. Vierteljahrsheft 1961. Dazu wird geschrieben: „Betrachtet man die Arbeitsunfähigkeitszahlen der RVO-Kassen im Bundesgebiet, so hat man den Eindruck, daß die Krankheit kaum noch etwas mit der Gesundheit zu tun hat, sondern eine soziologische Funktion übernommen hat. Von 1950 bis 1960 haben sich die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle in der Pflichtversicherung nahezu verdoppelt. Dabei ist bemerkenswert, daß in der graphischen Darstellung die Indexziffern der industriellen Produktion und die Arbeitsunfähigkeitsfälle fast parallel verlaufen. Die Besserung der allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnisse ist mit einer allgemeinen Verschlechterung des Krankenstandes verbunden“. Diese Beobachtung wird nun analysiert und **Sopp** kommt zu dem Schluß, daß der Krankenstand von soziologischen und nicht von primär medizinischen Kategorien abhängig ist.

Berichte von Untersuchungen, Statistiken und ein Schaubild machen es klar. „Die Reihe von Beispielen für die Abhängigkeit des Krankenstandes von den sozialpsychologischen Besonderheiten des Arbeitsplatzes ließe sich beliebig fortsetzen. Absolut konstant waren zwei Befunde: Die meisten der zur Arbeitsunfähigkeit führenden Störungen hingen mit Versagenszuständen innerhalb der Arbeitsgruppen zusammen. Es bestanden gesetzmäßige Beziehungen zwischen Betriebsklima und Art des Krankenstandes. Zum zweiten: Nicht nur die Auslösung, sondern auch der Ablauf der Gesundheitsstörungen war betriebsspezifisch und pharmakologisch therapieresistent“. Verbessert man das Betriebsklima, so normalisiert sich auch der Krankenstand, das ist die Erkenntnis aus diesen Ausführungen.

Wir können daraus wieder einmal mehr lernen, daß wir gerade in Betrieben, die Körperbehinderte und andere Geschädigte beschäftigen, dem Betriebsklima besondere Aufmerksamkeit widmen müssen. Der „normale“ Arbeitnehmer antwortet schon auf ein negatives oder gestörtes Betriebsklima mit vermehrten Gesundheitsstörungen, wie wird nun erst ein behinderter reagieren? Hier können wir zunächst nur mit den Worten des Verfassers schließen: „Bevor sich jedoch eine einheitliche Theorie über die Zusammenhänge von Sozialsphäre und Krankenstand aufstellen läßt, wird noch viel Feldarbeit erforderlich sein“.

Die Sondererziehung geschädigter Kinder kann man ohne weiteres ebenfalls als Rehabilitation, enger gefaßt als Erziehung und Unterrichtung zur Eingliederung oder Wiedereingliederung in das Sozial-, Schul- und Berufsleben bezeichnen. Je früher Geschädigte und Behinderte sachgemäß behandelt, beschult und betreut werden, um so größer sind die Erfolgchancen. Daher muß man gerade geschädigten Kindern schon frühzeitig besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Zur „Früherfassung sonder-schulbedürftiger Kinder im Kleinkindalter“ schreiben **Rosl Senekovitsch** und **Lotte Schenk-Danzinger** in der Zeitschrift **SOZIALE BERUFE**, Heft 5/1961. Es dreht sich



dabei um die Möglichkeit, schon im Kleinkindalter zu erforschen, ob die betreffenden Kinder später eine bestimmte Sonderschule besuchen müssen. Das macht z. B. bei körperbehinderten oder sinnesgeschädigten Kindern oftmals weniger Schwierigkeiten; die Früherfassung entwicklungsgehemmter Schwachbegabter ist im Vorschulalter aber meist nicht einfach.

Die Verfasser geben deshalb Hinweise, wie man Kinder im Hinblick auf spätere Hilfsschulbedürftigkeit beobachten muß. Die Symptome der Schwachbegabung in der Zeit vom 3. bis zum 7. Lebensjahr werden eingehend beschrieben. Dann gehen die Autoren auf die Methodik der psychologischen Untersuchung auffälliger Kleinkinder ein, deren Schwierigkeiten herausgestellt werden. „Eine entsprechend lange Einführungszeit, spannungsfreie Atmosphäre und altersangepaßtes Testmaterial von starkem Aufforderungscharakter, ebenso wie die richtige Wahl von Ort und Zeit der Testprüfung können die genannten Schwierigkeiten auf ein Mindestmaß einschränken“. Einige Beispiele mit Entwicklungsprofilen verdeutlichen das Gesagte. Am Ende des Aufsatzes wird die Arbeit in dem bekannten Wiener Sonderkindergarten „Schweizerpende“ geschildert. Von dort gehen die geschädigten Kinder in das Schulleben über, nachdem in vorbildlicher Zusammenarbeit die Kindergärtnerin, die Psychologin, die Logopädin und der Facharzt die zweckmäßigste Sonderschule für sie gefunden haben.

„Einrichtungen zur Förderung schulunreifer Lernanfänger“ beschreiben **Willy K. Cordt** und **Karl Heinz Walter** in WESTERMANN'S PÄDAGOGISCHEN BEITRÄGEN, Heft 7/1961. Die Verfasser gehen zuerst auf das Problem der schulunreifen Kinder ein. Sie werfen dabei auch einen Blick auf andere europäische Länder. Zahlreiche Autoren werden zitiert, die bereits zu diesem Problem Stellung genommen haben. Im vorliegenden Artikel wird die Auffassung vertreten, „daß das Problem der Schulreife weder durch eine generelle Heraussetzung des Schuleintrittsalters noch durch eine bloße Zurückstellung vom Schulbesuch gelöst werden kann“. Gleichzeitig wird für den Schulkindergarten eingetreten. In den folgenden Abschnitten der Arbeit werden dann die verschiedenen Lösungsversuche beschrieben und kritisch gewertet. Dabei werden die schon erprobten Schulkindergärten besprochen, ferner die sog. Übergangsruppen und die Einführungsklassen. Eine für uns erfreuliche Tatsache ist die ausführliche Würdigung der Schulkindergärten für Sprachkranke, die in Hamburg bereits längere Zeit erfolgreich wirken. Am Schluß schlagen die Verfasser noch einmal vor, allgemein die Organisationsform „Schulkindergarten“ für schulunreife Kinder zu wählen.

In der SCHWEIZERISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOLOGIE UND IHRE ANWENDUNG, Heft 1/1961 behandelt **Lotte Schenk-Danzinger** „Probleme der Legasthenie“. Literale und verbale Legasthenie werden dabei voneinander abgegrenzt und die Symptome eingehend beschrieben. Interessant sind die aufgezeigten Entwicklungsstufen des Leseprozesses und der Rechtschreibung beim legasthenischen Kind. Auch auf legasthenische Rechenschwierigkeiten wird eingegangen. Am Schluß wird dringend heilpädagogischer Sonderunterricht für diese Kinder gefordert.

An die Seite der Rehabilitationsarbeit müssen auch Bemühungen treten, die darauf abzielen, daß Rehabilitationsfälle gar nicht erst in zu großer Zahl erscheinen. Man muß hier also ebenfalls Prophylaxe treiben. Auf seelisch-geistigem Gebiet, aber weit in das Körperliche hineinreichend, ist das eine Aufgabe der Psychohygiene. **Johann Peter Ruppert** behandelt in der Zeitschrift SCHULE UND PSYCHOLOGIE, Heft 2/1961 die „Psychohygiene in der Schule“. Gesundheit und Krankheit sieht er darin als „Modi des menschlichen Daseins“. Dabei wird noch einmal die körperliche, seelische und geistige Integration des Menschen und seine Verwurzelung in Gesellschaft und Milieu hervorgehoben. Die Psychohygiene will vorbeugende Maßnahmen ergreifen, um krankmachende Einflüsse dem Kind möglichst fernzuhalten. Bei der Aufzählung solcher Maßnahmen geht der Verfasser auf die Schule und die gesellschaftliche Gesamtsituation ein, er schildert die Überforderungen, die Schulkonflikte, die Auswirkungen widerstreitender Erziehungsziele usw. Besonders eindrucksvoll ist die Forderung nach dem seelisch gesunden Lehrer. Eine noch engere Zusammenarbeit von Pädagogen, Schulpsychologen und Schulärzten ist notwendig, und alle sollten um die Probleme der Psychohygiene wissen.

Trotz Aufklärung und Prophylaxe ist die Zahl der seelisch geschädigten Menschen groß, jedoch stehen heute schon viele Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten bereit. Mit einer gruppentherapeutischen Methode, die als Ergänzung zur individuellen Psychotherapie für die Behandlung von Angst- und Zwangsneurosen geeignet sein soll, macht **Joachim-Ernst Meyer** unter dem Titel „Konzentrierte Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen“ in der ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE, Heft 4/1961 bekannt. Es handelt sich dabei um eine Methode, die in einigen Teilen eine entfernte Ähnlichkeit mit dem „Autogenen Training“ von I. H. Schultz aufweist. „Ausgangspunkt ist in der Regel die Rückenlage bei geschlossenen Augen. Der Übende bemüht sich um das „Anspüren“ des eigenen Körpers. Die Zuwendung zum eigenen Körper nimmt ihren Ausgang von denjenigen Wahrnehmungen, die — unmittelbar gegeben — am leicht-

testen registriert werden können. Dazu gehört in der Rückenlage die Wahrnehmung des vom Boden Getragenwerdens. Auch bei der Konzentration auf Körperfunktionen beginnt man mit denjenigen Wahrnehmungen, die von jedem unmittelbar erfahren werden. Das sind z. B. bei der Atmung die Exkursionen des Brustkorbs, die Bewegungen der Bauchmuskulatur, das Ein- und Ausstreichen der Luft durch Mund und Nase. Später wird das Erlebnis der Atmung noch durch Summen gesteigert. Das Anspüren der Extremitäten wird durch einzelne einfache Bewegungen erleichtert“.

Diese Wahrnehmungen und Erlebnisse werden immer weiter ausgebaut und verfeinert und im Liegen, Sitzen und Gehen ausprobiert. So wird nach und nach der ganze Körper angespürt. Die intensive Zuwendung zum „Körperraumbild“ bringt bald die gewünschte Entspannung. Es wandelt sich dabei das Verhältnis zum eigenen Körper und zur Außenwelt. „Es kommt zu einer gesteigerten Wahrnehmung des ruhenden und des bewegten Körpers, zur Konzentration auf Sinneseindrücke, auf das Erleben des Raumes, der Umwelt und Mitwelt. . . Es verändert sich auch das Verhältnis zu den Mitmenschen, denen man frei, unbefangen von den Beziehungen der Gesellschaftsordnung, begegnen kann“. Es müßte einmal geprüft werden, ob mit dieser Methode nicht vielleicht auch bei Stottern ein therapeutischer Gewinn erzielt werden könnte.

So stehen wir auch hier wieder bei dem Thema Rehabilitation. Wir wollen es für heute mit einem Blick auf die Sozialpädagogik abschließen, die ebenfalls in der Rehabilitationsarbeit eine wichtige Rolle zu spielen hat. In der ZEITSCHRIFT FÜR PÄDAGOGIK, Heft 3/1961 schreibt **Theodor Wilhelm** „Zum Begriff Sozialpädagogik“. Die Erörterungen zu diesem Thema machen gleichzeitig den Leser mit dieser Disziplin aus manchen neuen Blickwinkeln heraus bekannt. Die Betrachtung der Entwicklung des Begriffs gibt zugleich einen Einblick in das Werden des Faches selbst. Die Weiterverwendung der überlieferten Sozialbegriffe ist heute problematisch, sagt **Wilhelm**, und er gibt die Gründe dafür an. Sein Vorschlag geht dann dahin, „den Begriff Sozialpädagogik für jene nach dem ersten Weltkrieg hervorgebrochene, von Hermann Nohl intonierte Theorie der Lebenshilfe an „gefährdeten“ und „verwahrlosten“ Jugendlichen zu reservieren. Er würde dann nur noch als historischer Begriff Verwendung finden und jene besondere pädagogische Leidenschaft kennzeichnen, die in jenen zwanziger Jahren den spezifischen Integrationspunkt einer Nachkriegspädagogik ausmachte, die durch pädagogische Gesellschaftshilfe eine neue Volksordnung vorzubereiten hoffte“.

Die heutige außerschulische Jugendarbeit sollte man nach Meinung des Autors zutreffender mit „Jugendhilfe“ bezeichnen. Diese kann dann weiter unterteilt werden in „Jugenderziehungshilfe“, „Jugendberufshilfe“ und „Jugendkulturhilfe“. Der Begriff des „Sozialen“ kann eben nach **Wilhelm** heute nicht mehr dazu dienen, „ein Sondergebiet der Jugenderziehung zu charakterisieren. . . Soziale Erziehung ist heute in allen Bereichen der Erziehung und Bildung, einschließlich der Schule, unumgänglich. . . Alle Pädagogik hat in der Gegenwart auch die Aufgabe sozialer Erziehung. Es empfiehlt sich daher, die großartigen Bemühungen der Jugendhilfe, die im Zuge der Industrialisierung und der politischen Katastrophe Gestalt gewonnen haben, mit Namen zu kennzeichnen, die das Wort „sozial“ vermeiden“.

Fortsetzung im nächsten Heft.

---

Schriftleitung: Arno Schulze, Berlin-Buckow II, Rudower Straße 87, Tel.: 60 78 87.  
Geschäftsstelle: Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestraße 47-51. — Druck:  
Makowski & Wilde, Berlin-Neukölln, Hermannstraße 48, Tel.: 62 06 52. — Preis pro  
Heft 1,80 DM, erscheint 4× p. a.)

Für unverlangt eingesandte Manuskripte können wir keine Gewähr übernehmen.  
Wenn Rücksendung gewünscht wird, bitte Porto beifügen!  
Die in der „Sprachheilarbeit“ abgedruckten und mit den Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Arbeitsgemeinschaft oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

## Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

1. „Die Sprachheilarbeit“, Fachzeitschrift unserer Arbeitsgemeinschaft —  
Bezugspreis pro Nr. .... 1,80 DM  
Jahresbezug (erscheint 4mal im Jahr) ..... 7,20 DM  
Für Mitglieder ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.
2. **Übungsblätter zur Sprachbehandlung**
  1. Folge: Für Lispler: ..... Folge 1—3
  2. Folge: Für Sch-Stammer ..... pro Stück:
  3. Folge: Für K- und G-Stammer ..... 0,40 DM
  4. Folge: Für R-Stammer
  5. Folge: Für leicht und schwer stammelnde Kinder ..... Folge 4—8
  6. Folge: Für Heisere und Stimmschwache ..... pro Stück:
  7. Folge: Für geschlossene Näsler ..... 0,45 DM
  8. Folge: Für offene Näsler und Gaumenspaltler
  9. Folge: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps, 48 Seiten, Einzelheft ..... 2,00 DM
  10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen (Für stimmkranke und stotternde Erwachsene) von J. Wulff, 48 Seiten; steif kartoniert, Einzelheft ..... 1,60 DM
  11. Folge: Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte, zusammengestellt und erläutert von J. Wulff, 11 Seiten, Einzelheft ..... 0,45 DM
3. „Hilf dem Stotterer“ v. M. Friedländer (Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes) ..... 0,20 DM
4. Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke ..... 0,50 DM
5. **Tagungsberichte**
  - a) Theorie und Praxis der Stotterertherapie, Hbg. 1955 ..... 5,00 DM
  - b) Stimme und Sprache, Hbg. 1956 ..... 5,00 DM
  - c) Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen, Berlin 1958 ..... 7,50 DM
6. **Lautstreifen** v. P. Lüking ..... 0,05 DM  
Merkblatt z. Lautstreifen v. P. Lüking (im Neudruck) ..... 0,75 DM  
**B-Streifen** v. P. Lüking ..... 0,05 DM  
Sonderdruck: P. Lüking: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung. (Der B-Streifen) ..... 1,50 DM  
Tabelle der Randsymptome ..... 0,20 DM

### Druckschriftenbezug:

1. „Die Sprachheilarbeit“ durch Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestr. 47-51
2. Alle anderen Druckschriften über Frau Hannah Jürgensen, Hamburg-Altona, Bernstorffstr. 147

### Überweisungen bitte wie folgt vornehmen:

1. Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ auf Postscheckkonto Berlin-West Nr. 1056 68
2. Beiträge auf Postscheckkonto Hamburg 97 40 (Jahresbeiträge bis 15. Februar eines jeden Jahres).
3. Alle übrigen Rechnungen ebenfalls auf Postscheckkonto Hamburg 97 40  
**Vermerken Sie bitte auf jeder Überweisung den Zweck oder die Rechnungsnummer Ihrer Zahlung!**

