



universität  
wien

# MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Einsatz der Psychomotorik im sprachheil-  
pädagogischen Unterricht für Kinder mit Redefluss-  
störungen an Wiener Volksschulen“

verfasst von / submitted by

Doris Ulcnik, BEd

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
Postgraduate programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /  
Postgraduate programme as it appears on  
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Vorwort.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Sprachentwicklung.....</b>	<b>6</b>
3.1	Vorbedingungen .....	6
3.2	Phasen der Sprachentwicklung.....	7
3.3	Sprachebenen.....	11
3.4	Grundlagen der Artikulation.....	14
3.5	phonologische Bewusstheit.....	17
<b>4</b>	<b>Sprech- und Sprachstörungen.....</b>	<b>21</b>
4.1	Dyslalie/Aussprachestörung .....	21
4.2	Dysgrammatismus .....	21
4.3	Rhinophonie (Näseln).....	24
<b>5</b>	<b>Reaktive Sprachstörungen.....</b>	<b>27</b>
5.1	Stottern.....	27
5.1.1	Beschreibung .....	28
5.1.2	Therapiemöglichkeiten .....	30
5.2	Poltern.....	36
5.2.1	Beschreibung.....	36
5.2.2	Therapie.....	41
<b>1</b>	<b>Die Wiener Sprachheilschule – einzigartig in Österreich.....</b>	<b>43</b>
<b>2</b>	<b>Psychomotorik und Sprache.....</b>	<b>48</b>
2.1	Psychomotorik und Stottern .....	52
<b>3</b>	<b>Konzept der Psychomotorischen Förderung für Kinder mit Redeflussstörungen.....</b>	<b>54</b>
<b>4</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>68</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>70</b>

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>80</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>81</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>82</b>
<b>Abstract (English version) .....</b>	<b>83</b>

# 1 Vorwort

In dieser Arbeit möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Koordinatorin Mag.<sup>a</sup> Deniz Zink-Böhm-Besim bedanken, die mich bereits in meiner Ausbildungszeit zur Sprachheilpädagogin in den Jahren 2007–2009 absolut kompetent gelehrt und begleitet hat.

Mein besonderer Dank gilt Frau Direktor Marcella Feichtinger, die die Wiener Sprachheilschule auch in Zeiten besonderer Herausforderungen zweifellos beispielhaft führt, ihre überaus kommunikativen Kompetenzen zielgerichtet einsetzt und ihre Mitarbeiterinnen erfolgsorientiert führt.

Dank meiner geschätzten Frau Direktor darf ich die Wiener Sprachheilschule — einzigartig in Österreich — beschreiben, erklären und als Inklusionsmodell vorstellen. Sie hat sich auch dazu bereiterklärt, meine Arbeit zu lesen und zu korrigieren. Danke Marcella für deine Zeit und fachlichen Kompetenzen!

Als Sprachheilpädagogin bin ich seit zehn Jahren mit überaus vielen Kindern mit Redeflussstörungen (hauptsächlich Stottern) beschäftigt. Diese Sprachstörung stellt für mich eine besondere Herausforderung dar, denn dieses hochkomplexe Thema zeigt sich bei jedem betroffenen Kind individuell verschieden. Somit ist es notwendig, umfassende Kompetenzen, Therapiemöglichkeiten und -ansätze zu erlernen.

Dies ist mir durch Teilnahme an vielen unterschiedlichen Fortbildungen bereits partiell gelungen.

Eine autodidaktische Potentialerweiterung erlebte ich jedoch beim Literaturstudium und Verfassen des theoretischen und praktischen Teiles dieser Arbeit.

Auch möchte ich mich bei Hr. Prof. Weiß bedanken, der meine Arbeit angenommen und betreut hat.

Meine Wertschätzung gehört selbstverständlich auch Frau Mag.<sup>a</sup> Nina Stuppacher, die meine Fragen immer schnell, zuverlässig und verständlich beantwortet hat.

Einen besonderen Dank möchte ich auch an die Teilnehmerinnen und den Teilnehmer meiner Gruppe (Universitätslehrgang Psychomotorik 2018–2020) aussprechen.

Ich durfte nach 28 Jahren Fortbildung im pädagogisch-psychologischen Bereich eine überaus tolle Gemeinschaft kennenlernen, Vertrauen zu ihnen aufbauen (z.B. durch gemeinsames Übernachten in einem Bunker beim Studententreffen in Zürich, ...), mich sprachlich-kommunikativ jederzeit äußern, mich in sozialer Kommunikation bzw.

Kooperation trauen, meine motorischen Fähigkeiten-Fertigkeiten „auszutesten“ und Vorerfahrungen mit meinem kognitiven Wissen vorbehaltlos teilen.

Diese vielen positiven Erlebnisse sind einzigartig und auf die kompetente Reflexion der Professorinnen und Professoren bzw. Vortragenden zurückzuführen.

Da Sprache und Bewegung sehr eng miteinander verknüpft sind, konnte ich im Rahmen meiner Praxiseinheiten erfahren, wie Psychomotorik auch Kinder mit Redeflussstörungen unterstützt und fördert.

## 2 Einleitung

Das Thema Psychomotorik im Unterricht mit Kindern mit Redeflussstörungen ist von Bedeutung, da in psychomotorischen Einheiten die Sprache spielerisch gefordert- und gefördert wird. Somit kann die Psychomotorik auch einen wesentlichen Beitrag dazu leisten Kinder mit Redeflussstörungen zu unterstützen und vorteilhaft zu begleiten. Redeflussstörungen - dazu gehören hauptsächlich Stottern und Poltern - kommen sowohl bei Kindern, als auch Erwachsenen vor. So haben 5% aller Kinder im Laufe ihrer Entwicklung eine Phase, in der sie stottern (Sandrieser & Schneider, 2015, S. 18).

Sick (2004, S. 35) beschreibt, dass polternde Sprecherinnen/Sprecher mehr als 5% Unflüssigkeiten aufweisen.

„Man muss mit Sprache spielen,  
sie ist noch ein Kind.“

(Michael Richter geb. 1952 – Dr. phil.  
deutscher Zeithistoriker)

Dieser Aphorismus passt sehr gut zu dieser Arbeit. Darin realisieren sich mehrheitlich die Themen Sprache und Spiel.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Fragestellung, wie Kinder mit Redeflussstörungen durch psychomotorische Interventionen unterstützt werden können. Der Bereich Spiel wird in vielen praktischen Beispielen für Kinder im Volksschulalter dargestellt. Hansen und Iven (2007, S. 49) geben als Kriterium einer guten Sprachtherapie an, dass diese altersgemäß und spielerisch angeregt werden soll. Da Psychomotorik ganzheitlich erfasst und mit vielen Spielanlässen verbunden wird, kann die Förderung sowohl im Turnsaal – als Gruppentherapie, aber auch als Einzeltherapie bzw. Intervention in der Kleingruppe im Raum der Sprachheilpädagogin/des Sprachheilpädagogen stattfinden.

Von vielen berühmten Persönlichkeiten ist bekannt, dass sie stottern bzw. gestottert haben z.B. Isaac Newton, Winston Churchill, Charles Darwin, Der Graf (Unheilig), Marilyn Monroe, Bruce Willis, Julia Roberts, Prinz Albert von Monaco, Roman Atkins alias Mr. Bean. Somit kann den betroffenen Kindern Mut gemacht werden, einen verantwortungsvollen und interessanten Beruf anzustreben (Natke, 2011, S. 14).

Zu Beginn der Arbeit werden die Vorbedingungen und Meilensteine/Phasen der Sprachentwicklung beschrieben. Ein weiterer Teil dieses Kapitels widmet sich den Grundlagen der *Artikulation*.

Da Kinder mit *Redeflussstörungen* auch häufig *phonologische Störungen* bzw. *Aussprachestörungen* haben, ist dieser medizinisch–*linguistische* Input bedeutsam für das weitere Verständnis bzw. die Beantwortung der Forschungsfrage. Die Themen Artikulationsart und Artikulationsort werden systematisch und mit ergänzenden Fremdwörtern qualifiziert und anregend herausgearbeitet. Eine weitere Ausführung in dem Kapitel betrifft die *phonologische Bewusstheit*. Da ein Zusammenhang zwischen Redefluss- und Aussprachestörungen sowie phonologischer Bewusstheit besteht, sind die Erläuterungen und Interpretationen dieses Komplexes generell bedeutsam (Sandrieser & Schneider, 2015, S.44).

Diese Aspekte wurden bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache bewusst beiseitegelassen, da dieses Thema Inhalte für eine weitere wissenschaftliche Arbeit bietet.

Im Kapitel Sprech- und Sprachstörungen geht es um die Fragestellung der *phonetisch-phonologischen Störungen*. Die Unterscheidung ist für Logopädinnen/Logopäden, Sprachheillehrerinnen/Sprachheillehrer, und Sprachtherapeutinnen/Sprachtherapeuten überaus wichtig, da durch die fachspezifische Diagnose ein zielgerichtetes Therapiekonzept entwickelt werden kann, das auf die relevanten Übungsinhalte fokussiert. Dadurch kommt es großteils zu beachtlichen Therapieerfolgen. Diese stärken das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit des Kindes (Weinrich & Zehner, 2011, S. 35).

Im Kapitel Aussprachestörungen werden die unterschiedlichen Auffälligkeiten erläutert und beschrieben. Weitere Teilstücke sind Dysgrammatismus und Rhinophonien. Diese werden beschrieben und mögliche Ursachen ausgeführt.

Die Therapieansätze in der Masterarbeit fokussieren jedoch auf das Gebiet der Redeflussstörungen. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Schwierigkeiten Stottern und Poltern umfassend verdeutlicht und Therapiemöglichkeiten dargestellt.

Im Jahre 2021 feiert die Wiener Sprachheilschule - diese besondere Inklusionsschule - ihr 100-jähriges Bestehen. Somit ist es auch wichtig, zusätzlich über einen geschichtlichen Teil zu informieren. Im Anschluss wird die Wiener Sprachheilschule mit ihren umfangreichen Tätigkeitsbereichen aufgezeigt.

Im siebenten Kapitel geht es um den Zusammenhang Psychomotorik und Sprache. Speziell nämlich, wie durch Psychomotorik die Sprachentwicklung positiv beeinflusst werden kann.



Im letzten Kapitel wird ein Konzept vorgestellt, das eigens für Kinder im Volksschulalter mit Redeflussstörungen entwickelt wurde. Die darin aufgezeigten Aufgaben und Übungen fördern die allgemeine Sprachentwicklung. Spezielle Auswirkungen haben sie aber bei Kindern mit Stotter- oder Poltersymptomatik. Die Spiele konnten in vielen Interventionseinheiten ausprobiert und mit Fotos dokumentiert werden.

Die Diskussion beantwortet die Frage nach Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern mit Redeflussstörungen im Rahmen der Psychomotorik.

Die abschließende Zusammenfassung gibt einen Überblick über die ausgeführten Kapitel und eine Kurzfassung der Therapieansätze bei Stottern und Poltern.

## 3 Sprachentwicklung

In diesem Kapitel geht es um die Vorbedingungen Sprache erwerben zu können, die Phasen der Sprachentwicklung, die Darstellung der einzelnen Sprachebenen, die Grundlagen der Artikulation werden beschrieben und die phonologische Bewusstheit erläutert.

### 3.1 Vorbedingungen

Während der Frühentwicklung im Mutterleib ist das rhythmische Schwingen ein Urabenteuer des Fetus. Hörreaktionen sind bereits in der ca. 26. Schwangerschaftswoche nachgewiesen. Dynamische Bewegungen des Fetus auf kräftige akustische Reize können als Schreckreaktion interpretiert werden. Beim Neugeborenen entsteht durch die Abnabelung ein Sauerstoffmangel. Dieser *induziert* das Atemzentrum und verursacht den Atemmechanismus. Als Konsequenz kommt es zum ersten Ein- und Ausatmen. Dabei gelingt mit geschlossenen Stimmlippen der erste Schrei. In weiterer Folge bewirkt Saugen und Schlucken die Vorbereitung der Sprache. Damit werden Lippen, Gaumen, Zunge und Muskulatur beansprucht bzw. verstärkt. Mit dem Geburtsschrei kann das Neugeborene die einsatzbereite Stimmuskulatur entfalten (Zeller, 1990, S. 14f).

Vorübungen für das Sprechen sind: Schlucken, Lecken, Saugen und Kauen. Mit fester Nahrung, die gekaut und zermahlen wird, kann der Säugling seine Mundmotorik trainieren (Kiphard, 1991, S. 88).

Es sind gut ausgebildete Sprechwerkzeuge und feinmotorische Kompetenzen nötig. Eine gut entwickelte Mundmotorik ist Voraussetzung für eine korrekte Aussprache und für den Spracherwerb. Beim Essen sind zielgerichtete Mund- und Zungenbewegungen erforderlich, die meist unbewusst geübt werden. Sprechen und Atmen stehen in einem direkten Zusammenhang. Dadurch ist ein gleichmäßiger Sprechfluss möglich. Koordination der Mund-, Zungen- und Lippenbewegungen sind Grundvoraussetzungen. Weitere Organe für die Stimm- und Lauterzeugung sind die Stimmlippen im Kehlkopf und das Ansatzrohr mit den Hohlräumen von Nase, Rachen und Mundhöhle (Kannengieser, 2009, S. 14).

Auch die auditive Wahrnehmung zählt zu den Grundbedingungen für das Erlernen der Sprache. Das Kind wird durch das differenzierte Hören dazu befähigt Laute, die ähnlich klingen abzugrenzen und Wörter zu erkennen (Zimmer, 2016, S. 82).

Bei Zeller (1990, S.11f) steht Sprache in einem wechselseitigen Beziehungsgefüge zu anderen Entwicklungsbereichen. Deshalb darf Sprache niemals abgeschnitten beurteilt werden. Wichtige Voraussetzungen sind passende physische und psychische Voraussetzungen. Für die Sprachentwicklung ist ein einsatzbereites Gehirn mit heilen

Nervenbahnen grundlegend. In unmittelbarem sprachlichem Zusammenhang stehen das *Broca* und das *Wernicke* Zentrum. Das Broca Zentrum ist für die Sprachmotorik, und das Wernicke Zentrum für die Sprachverarbeitung zuständig. Weitere Grundlagen sind Organe für Stimme, Atmung, Lautbildung, Sinnesorgane, vor allem das Gehör. Eine wesentliche Bedeutung hat jedoch auch die sprachliche Umgebung. Das Kind nimmt die Sprachmuster der Eltern an. Einflussfaktoren sind jedoch auch Sozialisationsmechanismen. Dazu gehören Wertorientierung, Leistungsmotivation, Erziehungsstil und das Rollenverhalten der Eltern. Die Sprachentwicklung kann als abgeschlossen betrachtet werden, wenn die Erstsprache (Muttersprache) in deren Grundlagen angeeignet ist.

### 3.2 Phasen der Sprachentwicklung

Um mit dem Thema vertrauter zu werden, ist es notwendig die ablaufenden Phasen genauer zu beschreiben. In der Sprachentwicklung werden bei Rieder und Zeller (1990, S. 16) vier Phasen beschrieben, die im Folgenden genauer erläutert werden:

- 1.) Die vorsprachliche Phase
- 2.) Die Einwortphase
- 3.) Die Zweiwortphase
- 4.) Die Mehrwortphase

Die Einwortphase bezeichnet die Sprachentwicklung mit ca. 10./12. Monat bis zum 18./20. Monat. Im 10. Lebensmonat macht das Baby Fortschritte in der Körperbeherrschung. Es betastet und „begreift“ seine Umwelt. Das Kind macht Raumerfahrungen wie Höhe und Tiefe. Die Auge-Hand-Koordination wird geübt, Gewohnheiten im Tagesablauf (Nahrung, Schlaf, ...) sind durch/mit Sprache begleitet. In dieser Zeit benützt das Kind *Holophrasen*. Damit sind Äußerungen gemeint, die nur aus einem Wort bestehen. Zum Beispiel „heia“ für schlafen (Rieder & Zeller 1990, S. 16f).

Eine entscheidende Bedeutung hat dabei die *Prosodie*. Dazu gehören Sprechausdrucksmerkmale, wie Dynamik, Melodie, Stimmklang, Rhythmus und Dauer (Franke, 2008, S. 176).

Damit wird auch die Befindlichkeit ausgedrückt. Zum Beispiel wenn die Mutter sagt: „Ja, du bist müde, wir gehen jetzt heia.“ In der Einwortphase kann das Kleinkind bereits zwischen Aussage, Frage und Aufforderung unterscheiden. Der Wortschatz besteht aus den ersten 50 Wörtern. Das erste Fragealter beginnt (Rieder & Zeller 1990, S. 16f).

Die Zweiwortphase beginnt mit ungefähr 18 Monaten und dauert bis zum 24. Lebensmonat. Das Kind möchte mit dem Zusammenfügen zweier Wörter eine Beziehung ausdrücken. In

dieser Phase kann es bereits die Struktur der Sätze verarbeiten, in denen jeder Teil seinen Stellenwert hat. Aktiv verwendet es Elemente, die für die Kommunikation wesentlich sind. Bevorzugte Wortarten sind Nomen und Verben. Selten werden Präpositionen, Artikel, Konjunktionen, Hilfszeitwörter und *Flexionen (Beugungen)* verwendet. Mit 2,6 Jahren kommen Fragen nach Dingen und Personen, wobei anfangs das Fragewort fehlt. Im Handlungszusammenhang wird die Frage jedoch offensichtlich. Im Laufe vom Zweiwort- zum Mehrwortsatz treten die ersten Flexionen auf. In Folge verlaufen die weiteren Errungenschaften sehr schnell. Die Pluralbildung ist eine der ersten Flexionsformen. Daran zeigt sich aber auch eine interessante Entwicklung in der Kindersprache - die Übergeneralisierung. Zum Beispiel „Kuhen“ statt Kühe. Auffallenderweise konnten diese Erkenntnisse in allen untersuchten Sprachen gemacht werden. Wächst ein Kind in einem Umfeld auf, wo es unterfordert, vernachlässigt oder verwöhnt und zu oft „Kleinkindsprache“ gebraucht wird, unterstützt dies das Auftreten von Sprachentwicklungsverzögerungen. Auch wenn das Kind nun Flexionen erlernt und in Mehrwortsätzen spricht, geht die Sprachentwicklung weiter. Um das 5. Lebensjahr kommt es zur vielfachen Angleichung an die Erwachsenensprache. Die Sätze bekommen immer mehr Satzteile, Nebensätze kommen hinzu. Nun erlernt das Kind auch die Passivbildung und richtiges Verneinen. Ein enger Zusammenhang ist hierbei mit der kognitiven Entwicklung gegeben (Rieder & Zeller 1990, S. 17ff).

Bei der Entwicklung der Laute geht es einerseits um das Können, die Laute sprechmotorisch korrekt zu bilden. Das Kind muss aber andererseits auch lernen, wann es welchen Laut verwenden soll. Es muss somit das *phonologische Regelsystem* übernehmen. Kinder können manchmal schwierige Konsonantenverbindungen richtig sprechen, aber in anderen Wörtern werden diese ersetzt. Der Lauterwerb erfolgt nach Regeln bzw. Gesetzmäßigkeiten (Weinrich & Zehner, 2011, S. 16f).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick dazu. So werden beispielsweise Vokale (A, E, I, O und U) zuerst erworben. Nachfolgend Plosivlaute (Explosivlaute) wie „B/P“, „D/T“ und „G/K“. Anschließend Nasale wie „M“ und „N“. In der nächsten Phase erlernt das Kind die Frikative (Reibelaute) „S“, „F“, „V“, „Z“, „ch“, „X“ und „h“. Abschließend werden *Affrikaten* (Verschlusslaute): „pf“, „fs“ und „tsch“ erarbeitet. Reibelaute verwendet das Kind zuerst am Wortende (wortfinal). Explosivlaute werden zunächst am Anfang des Wortes (wortinitial) gebildet. Von „vorne nach hinten“ meint, dass das Kind zuerst die Laute erlernt, die vorne im Mundraum gebildet werden („p“, „b“ und „m“). Konsonanten werden von den Kindern zunächst nach Artikulationsart (Plosive, Nasale, Frikative und Affrikaten) erlernt, bevor sie den Artikulationsort (vorderer-mittlerer-oder hinterer Mundraum) erlernen.



Abbildung 1: phonetisch-phonologische Sprachentwicklung (mod. n. Weinrich & Zehner, 2011, S. 5ff).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Sprachentwicklung nach Alter, aktiven Äußerungen, Sprachverständnis und in welchem Lebensalter welche Laute und Konsonantenverbindungen erworben werden.

Tabelle 1: Sprachentwicklung

Alter	Sprachentwicklung aktiv	Sprachverständnis	Laute und Konsonantenverbindungen
1. Monat	schreit, seufzende und stöhnende Laute in zufriedenen und gesättigten Zustand	Startle-Reflex (Zusammenzucken)	

6. Monat	plappert zu Erwachsenen, antwortet vokalisierend, wenn es angesprochen wird	erkennt Stimmen, dreht sich nach Geräuschen	cha, grr, öh, eku, erre
9. Monat	sagt „Mama, Papa“, bildet Silbenketten, wie wawawa..., rarara	kennt seinen Namen, hört auf Unterhaltung	cha, grr, öh, eku, erre
12. Monat	2 oder 3 deutliche Worte	Versteht einfache Worte	ahmt Laute nach
15. Monat	versucht zu singen	Freut sich über Reime	ahmt Laute nach
18. Monat	kann 2 Objekte benennen, sagt 2 Worte zusammen	folgt einfachen Aufforderungen	a, o, u, m, b, p
2. Lebensjahr	3 bis 4 Wortsätze, wiederholt Worte bis zur Beantwortung	kennt Körperteile, hört einfachen Geschichten zu	n, l, d, t, w, f
3. Lebensjahr	6 Wortsätze, beginnt Unterhaltung	folgt doppelten Aufforderungen, versteht „größer“, „später“	r, s, sch, x, z
4. Lebensjahr	wiederholt Fragen, benutzt beschreibende Worte	versteht „morgen, gestern“ kennt Geld	ch, ng, nt, schp, fr
5. Lebensjahr	schildert zurückliegende Ereignisse in der richtigen Reihenfolge	versteht „nächste Woche ist Argumenten zugänglich	alle Laute und Konsonantenverbindungen sollten

			vorhanden sein
6. Lebensjahr	gebraucht richtige Grammatik, wiederholt Gedanken bis verstanden	folgt kombinierten Aufforderungen, kennt „Geburtstag, Weihnachten“	alle Laute und Konsonanten- verbindungen sollten vorhanden sein

Quelle: mod. n. Böhme (2003, S. 32ff) & Kiphard (1991, S. 88ff)

„Normalerweise ist der kindliche Spracherwerb ein rapides und robustes Lebensereignis. Nachdem Kinder mit etwa einem Jahr zu sprechen begonnen haben, dauert es nur etwa zwei weitere Jahre, bis sie fast dreitausend Wörter sowie abstrakte und komplexe Satzstrukturen gebrauchen, die niemand in ihrer Umgebung mehr als unreif oder fehlerhaft ansehen würde.“ (Baumgartner, Dannenbauer, Homburg & Maihack, 2004, S. 277)

### 3.3 Sprachebenen

Dazu gehören *Phonologie*, *Semantik/Lexik*, *Syntax*, *Morphologie* und *Pragmatik* (Kannengieser, 2009, S. 4f).

In der Phonologie geht es um die Funktion von Lauten. Einheiten aus denen Wörter zusammengesetzt sind nennt man *Phoneme*. Mit Phonemen können sozusagen Wörter gebildet werden. Kommt es zur Veränderung eines einzigen Lautes (Phonems), entsteht ein neues Wort, mit anderer Bedeutung. Phoneme haben die Eigenschaft Bedeutungsunterschiede herzustellen. Sie haben in der Arbeit mit *Minimalpaaren* Bedeutung. Dabei bekommt ein Wort beim Tausch eines Phonems eine andere Bedeutung. Zum Beispiel Mappe-Masche (Kannengieser, 2009, S. 45).

Unter Semantik werden die Bedeutungen und Inhalte von Wörtern verstanden (Franke, 2008, S. 196).

Welche Rolle Kinder Wörtern beimessen liegt auch an ihren Erfahrungen. So wird ein Kind mit musikalischem Hintergrund mit dem Begriff „Instrument“ bereits viele Musikinstrumente kennen. Ein Kind aus einer Ärztesfamilie verbindet damit wahrscheinlich Skalpell oder Zahnarztbohrer. Im Bereich Lexik (Wortschatz) wird zwischen aktivem (aktiver Gebrauch von Wörtern) und passivem Wortschatz (Verstehen von Wörtern) unterschieden. Das Kind verfügt früh über einen passiven Wortschatz. Es versteht Wörter und kann diese Objekten zuteilen. Das Sprachverstehen geht der Sprachproduktion voraus. Im Erwachsenenalter kann die gleiche Erfahrung gemacht werden, wenn es um das Erlernen einer neuen Sprache geht (Kannengieser, 2009, S. 198ff).

Syntax ist ein Teil der Grammatik. Darunter werden Bau und Gliederung des Satzes (z.B. in Haupt- und Nebensatz) verstanden (Franke, 2008, S. 221).

Kannengieser (2009, S. 138ff) beschreibt, dass ein Satz aus mindestens zwei Teilen, nämlich dem *Subjekt (Satzgegenstand)* und dem *Prädikat (Satzaussage)* gebildet wird. Sätze sind grammatisch festgelegt und deren Gesamtheit formal vorgeschrieben. Es werden aber auch verschiedene Satzarten unterschieden. Der Aussagesatz, der Aufforderungssatz und der Fragesatz. Zum Bereich Syntax gehört hinzukommend die Verbzweitstellungsregel. Das heißt, dass das Verb - im Hauptsatz - an zweiter Stelle steht. Zum Beispiel: Der Hund **mag** den Knochen. In einem Nebensatz steht das Verb jedoch am Ende des Satzes. Zum Beispiel: Der Hund frisst den Knochen, bevor er Wasser **trinkt**.

Kannengieser (2009, S. 130f) versteht unter Morphologie die Wortgrammatik. Zum Beispiel ist das Wort „Hund“ ein Hauptwort. Wenn es gebeugt wird, kann es „des Hundes“ oder „der Hunde“ heißen. Die folgende Tabelle stellt eine Zusammenfassung der Wortarten mit Fachbegriffen und Beispielwörtern dar.

Tabelle 2: Wortarten

Wortart	Fachbegriff	Beispielwörter
Hauptwort	Nomen	Glas, Hund, Tisch
Tätigkeitswort	Verb	freuen, schlafen, schreiben
Eigenschaftswort	Adjektiv	lang, leise, groß
Umstandswort	Adverb	manchmal, morgen
Fürwort	Pronomen	dein, dieser



Begleiter	Artikel	der, die, ein, eine
Verhältniswort	Präposition	zwischen, bei, auf
Bindewort	Konjunktion	aber, weil, wenn
Gesprächswort	Partikel	ja, noch
Ausrufewort	Interjektion	au, pfui

Quelle: mod. n. Kannengieser (2009, S. 131)

Sprache baut auf Handlungen auf. Ein Gegenstand wird körperlich (sinnlich) erkundet, dann erst folgt die sprachliche Begleitung. Reime führen zum besseren und bewussten Wahrnehmen der Laute. Präpositionen können in Spielhandlungen erfahren werden. Zum Beispiel „Wir verstecken uns unter dem Tisch“. Die sprachfördernde Wirkung von Bewegung wird durch vielfältige Sprechkanäle, die sich beim gemeinsamen Spiel, Bauen, Konstruieren etc. ergeben, gefördert. Bewegungen können das Kind beim Verstehen des Regelbewusstseins fördern. Steigerungen werden in der Bewegung entdeckt. In Handlungen lernen Kinder die grammatikalische Struktur der Sprache kennen. So auch die Mehrzahlbildung und Wortstellung im Satz (Zimmer, 2016, S. 42ff).

In der *Linguistik (Sprachwissenschaft)* ist neben Grammatik, Wortschatz u.s.w. auch der Gebrauch von Sprache wichtig. Sprache wird für bestimmte Zwecke eingesetzt. Mit dem Sprachvermögen werden Befehle, aber auch Informationen gegeben, Inhalte erklärt, Kontakt aufgenommen, Gefühle angesprochen, ... Unter Pragmatik wird somit „der praktische Nutzen“ verstanden. Die Gebrauchsfunktion von Sprache wird auch als *Kommunikation* bezeichnet. Zu den Kommunikationsvoraussetzungen gehört ein gemeinsames Wissen von Senderin/Sender und Empfängerin/Empfänger, damit Kommunikation entstehen kann. Zu den kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten gehören bitten, protestieren, grüßen, danken, berichten, erzählen, erklären, Diskussionen und Dialoge führen, ... Zur Kommunikation gehört allerdings auch ein nonverbaler Bereich. Kann z.B. Blickkontakt in Gesprächen hergestellt und gehalten werden? Kann das Kind oder die Sprecherin/der Sprecher Mimik und Gestik geeignet einsetzen? Kommunikation besteht von Geburt an, jedoch sind kommunikative Handlungen erst ab ca. acht Monaten zu erkennen (Kannengieser, 2009, S. 266ff).

Ab dem neunten Monat kommt es zu dem *triangulären* Blickkontakt. Das bedeutet, dass es zu einem Dreieck zwischen Kind, Bezugsperson und Objekt kommt. Das Kind kann nun

seine Aufmerksamkeit gleichermaßen trennen. Es möchte aber auch den Gegenstand (Auto, ...) oder ein Lebewesen (Hund, ...) mit jemandem teilen. Das Kind ist somit in der Lage in Interaktion zu treten (Kannengieser, 2009, S. 372).

Kommunikativ-pragmatische Störungen kommen in der Kindheit nach Schädel-Hirn-Traumata, bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), bei autistischen Störungen, bei sozial-emotionalen Entwicklungsstörungen, bei Intelligenzminderung und Spracherwerbsstörungen vor (Kannengieser, 2009, S. 275).

Bewegungsangebote sollten so gestaltet sein, dass sie Sprechanlässe – zum Erweitern und Differenzieren des Wortschatzes beitragen. Verbesserung der Artikulation und bewusstes Hinhören und Verstehen sind ebenfalls ein wichtiger Teil der kommunikativen Funktion von Sprache. Eine Spielidee ist Anlass für Bewegungshandlungen und Sprachhandlungen. Pragmatische Kompetenzen werden bei gemeinsamen Spielaktivitäten (planen, durchführen, ...) gefördert. Sprache braucht Bewegung: Sprache macht stark (Zimmer, 2016, S. 51ff).

### 3.4 Grundlagen der Artikulation

„Die Einteilung nach der *Artikulationsart* orientiert sich daran, wie der Luftstrom an den gebildeten Hindernissen vorbeigleitet.“ (Weinrich & Zehner, 2011, S. 5)

Zu den stimmlosen Explosivlauten gehören „p“, „t“ und „k“. Stimmhafte Konsonanten sind „b“, „d“ und „g“. Nasallaute enthalten „m“, „n“ und „ŋ“ („ng“). In weiterer Folge werden noch stimmlose und stimmhafte Reibelaute, Schwingelaute, Verschlusslaute und der laterale Laut „L“ unterschieden (Weinrich & Zehner, 2011, S. 5).

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der verschiedenen Artikulationsarten.

Tabelle 3: Artikulationsarten

<i>Plosive</i> (Explosivlaute): stimmlose ( <i>Fortes</i> ) [ p ], [ t ], [ k ], und stimmhafte ( <i>Lenes</i> ) [ b ], [ d ], [ g ] Konsonanten
<i>Nasale</i> : Die Luft entweicht durch die Nase und erzeugt eine nasale Resonanz. [ m ], [ n ], [ ŋ ],
<i>Frikative</i> (Reibelaute): Fortes: [ f ], [ s ], [ ʃ ], [ ç ], [ x ], [ χ ], [ h ]  Lenes: [ v ], [ z ], [ ʒ ], [ j ], [ ɣ ], [ β ]
<i>Lateral</i> : [ l ]

Vibranten (Schwingelaute): [ r ], [ R ]

Affrikaten (Verschlusslaute): [ pʃ ], [ tʃ ], [ tʃ ]

Quelle: mod. n. Franke (2008, S. 32)

Fox (2009, S. 27f) beschreibt als *Artikulationsort* die Stelle, an der ein Laut gebildet wird. Folgende Realisierungen sind möglich: Bilabiale Laute werden zwischen beiden Lippen gebildet. Dazu gehören „m“, „p“, „b“ und „pf“. Laute, die zwischen Lippen und Zähnen (labiodental) entstehen sind „f“ und „v“. Zu den alveolaren Lauten (diese werden am Alveoldamm gebildet) gehören „n“, „t“, „d“, „s“, „z“, „ts“, „l“ und „r“ (sogenanntes „Zungenspitzen-R“). Palatoalveolar (zwischen Alveoldamm und harter Gaumen) wird der Laut „sch“ [ʃ] realisiert. „ch“ [ç] ist ein palataler (am harten Gaumen) Laut. Zu den Lauten, die velar (am weichen Gaumen) gebildet werden gehören „ng“ [ŋ], „k“, „g“ und „x“. „R“ (wie beim Gurgeln) ist ein uvular gebildeter Laut und entsteht am Velum/Zäpfchen [ʁ]. In der Stimmritze (glottal) realisiert sich der Laut „h“. In der folgenden Abbildung wird deutlich welche Begriffe für den Mund- und Rachenraum verwendet werden.

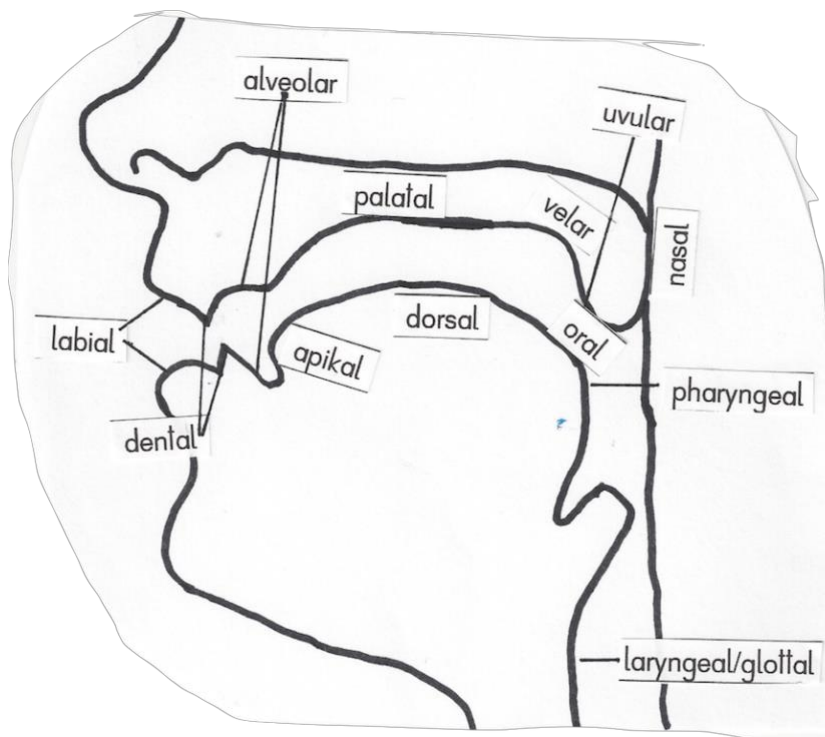


Abbildung 2: Artikulationsbereiche (mod. n. Friedrich, Bigenzahn & Zorowka, 2008, S.53).

Vokale und Konsonanten werden phonetisch *transkribiert* (in eine phonetische Schrift übertragen). Die folgende Tabelle verdeutlicht deren Aussprache.

Tabelle 4: Vokale und Konsonanten

[ i ] > Igel	[ y: ] > hüten	[ u ] > Schule
[ ɪ ] > bitte	[ ø ] > schön	[ ʊ ] > Butter
[ e ] > Tee	[ œ ] > Hölle	[ o ] > Ofen
[ ɛ ] > Bett		[ ɔ ] > Schloss
[ ɛ: ] > zählen		
	[ a: ] > Vase	
	[ a ] > Fall	
	[ ə ] > Glocke	
[ aɪ ].....> frei	[ ɔɪ ] > Eule	
[ p ] > Pass	[ t ] > Tasse	[ k ] > Kamel
[ b ] > Biene	[ d ] > Dieb	[ g ] > Gast
[ m ] > Mann	[ n ] > Nase	[ ŋ ] > Engel
[ f ] > Fell	[ s ] > Wasser	[ x ] > suchen
[ v ] > Wald	[ z ] > Sonne	[ χ ] > Dach
	[ ʃ ] > Schal	[ ʁ ] > Ruhe
	[ ç ] > stechen	[ h ] > Hammer
	[ j ] > ja	
	[ l ] > Los	
	[ r ] > raus (Zungenspitzen-R)	[ R ] > raus (Rachen-R)

Quelle: mod. n. Weinrich & Zehner (2011, S. 3ff)

### 3.5 phonologische Bewusstheit

„*Phonologische Bewusstheit* wird definiert als die Einsicht in die *phonematische Sprachstruktur* und die Fähigkeit, Phoneme zu erkennen und damit kontrolliert zu operieren.“ (Hartmann, 2002, S. 48)

Phonologische Bewusstheit meint, sich den formalen Merkmalen hinzuwenden und vom Inhalt verbaler Äußerungen abzusehen. Es gehört aber auch die kognitive Voraussetzung dazu, dass es in Wörtern unterschiedliche phonologische Einheiten gibt (Hartmann, 2002, S. 48ff).

„Der Begriff Phonologische Bewusstheit bezeichnet, einfach ausgedrückt, die Fähigkeit, die einzelnen Segmente der Sprache zu erkennen und wahrzunehmen. Dazu gehört auch, dass Wörter in Silben und einzelne Phoneme zerlegt werden können.“ (Klicpera, Schabmann & Gasteiger-Klicpera, 2003, S. 20)

Durch Früherkennung von Ursachen der Lese-Rechtschreibstörung kann ein Sichtbarwerden des Problems durch z.B. Förderung der phonologischen Bewusstheit verhindert werden (Klicpera et al., 2003, S. 204).

Kinder mit phonologischen Störungen können den betreffenden Laut/die betreffenden Laute sprechmotorisch sicher bilden. Daher hat der passende Gebrauch des Lautes Priorität. Dies sollte auch dringend in der Therapie berücksichtigt werden. Bei Kindern mit phonologischen Störungen ist es wichtig, auch die phonologische Bewusstheit zu fördern. Diese ist nämlich auch sehr bedeutsam für den Schriftspracherwerb (Jahn, 2000, S. 28ff).

Es wird zwischen phonologischer Bewusstheit im weiteren Sinn (weil der Bezug zum Schriftspracherwerb weiter ist) und phonologischer Bewusstheit im engeren Sinn unterschieden. Die phonologische Bewusstheit im weiteren Sinn beinhaltet größere sprachliche Einheiten z.B. Silbenerkennung und Reimwörter. Die phonologische Bewusstheit im engeren Sinn betrifft die Analyse (Womit fängt „**A**ffe“ an?) und Synthese (Was hörst du, wenn ich „Z – ange“ sage?) von einzelnen Lauten. Diese hat einen näheren (engeren) Bezug zum Schriftspracherwerb (Jahn, 2000, S. 29).

In der folgenden Abbildung sind die Teilbereiche der phonologischen Bewusstheit ersichtlich dargestellt.



Abbildung 3: phonologische Bewusstheit (mod. n. Jahn, 2000, S. 29).

Bei Kindern mit umfangreichen Sprachentwicklungsstörungen sollte zuerst die auditive Wahrnehmung im nicht-sprachlichen Bereich gefördert werden. Somit kann das Kind den Fokus auf auditive Reize richten. Es wird dabei in Speicherung und/oder Differenzierung und Lokalisation von Tönen/Rhythmen und Geräuschen gefördert. Es werden Musikinstrumente, Tier- und/oder Alltagsgeräusche, etc. gemeinsam mit Bildern angeboten (Lauer, 2006, S. 47).

Nachfolgendes Screening wird deswegen beschrieben, da es eine sehr zuverlässige Aussage über den Entwicklungsstand der phonologischen Bewusstheit verdeutlicht.

Beim BISC handelt es sich um ein Verfahren, mit dem Eingangsfertigkeiten für das Lesen bzw. das Rechtschreiben überprüft werden können. Was bedeutet Screening? Das englische Wort „screen“ bedeutet „Gittersieb“. Die meisten Kinder gelangen mühelos durch das Netz der gestellten Aufgaben, denn sie sind für die Mehrzahl der Vorschulkinder relativ einfach. Nur einige wenige Kinder bleiben „hängen“, das heißt, sie können manche Aufgaben nicht lösen. Das sind Risikokinder. Das Screening dauert etwa 20 bis 30 Minuten und ist für die Kinder auch nicht übermäßig anstrengend. Es ist zu beachten, dass das Bielefelder Screening ausschließlich für die Untersuchung von Vorschulkindern gedacht ist. Kinder, die bereits eingeschult sind, oder Kinder, die nach wenigen Wochen von der Schule

in den Kindergarten rückversetzt wurden, können damit nicht mehr zuverlässig untersucht werden. Anhand der ausgewerteten Punkteanzahl kann das Kind dann als Risikokind diagnostiziert werden. Es sind zwei Testzeitpunkte vorgesehen, nämlich zehn und vier Monate vor der Einschulung. Wobei empfohlen wird, Erhebungen zu beiden Zeitpunkten durchzuführen. Die Ergebnisse ermöglichen dann eine zuverlässige Vorhersage eventueller späterer Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (Jansen, Mannhaupt, Marx & Skowronek, 2002, S. 7).

Wenn es um Kinder geht, die einen Laut/mehrere Laute sprechmotorisch realisieren können, diesen Laut/diese Laute jedoch auslassen, oder durch andere Laute ersetzen, dann ist der Einsatz der *Metaphonologischen Analyse* sehr hilfreich. Die Metaphonologische Analyse wurde vom Wiener Sprachheillehrer Michael Kalmar 2004 entwickelt. Damit können einerseits Aussprachestörungen behoben werden, andererseits handelt es sich um eine präventive Einsatzmöglichkeit von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten durch Förderung der phonologischen Bewusstheit. Das Verfahren wird bei Kindern mit phonologischen Schwierigkeiten erfolgreich eingesetzt. Mit der Metaphonologischen Analyse sollen sich die metasprachlichen Leistungen bis in die Phonemebene entwickeln. Diese Arbeitsweise wird im präventiven Bereich (Vorschulklasse oder Schuleingangsphase) und in der sprachheilpädagogischen Arbeit verwendet. Die Metaphonologische Analyse ist hierarchisch aufgebaut. Zu jedem Modul gibt es ausreichend Spiele und Arbeitsblätter. So kann auch längere Zeit an einem Teilbereich gearbeitet werden. Die Auswahl der Bilder (Wörter) ist dem aktiven Wortschatz eines Schulneulings entnommen. Die Metaphonologische Analyse ist in sechs Module gegliedert (Kalmar, 2006, S. 135ff).

Modul 1: Erkennen des Gliederungscharakters einer Silbe: Im ersten Teil erleben Kinder, dass Wörter „zerlegt“ werden können. Silben eines Wortes hüpfen, stampfen, klatschen. „Mutter, wie weit darf ich reisen?“, Silbolo (Kartenspiel) Das Kind erlernt die Unterschiede der Wortlängen und macht Erfahrungen im Zählen der Silben. Die Wörter bekommen eine Struktur. Es werden Wörter mit unterschiedlicher Silbenanzahl verglichen und zugeordnet. Bei einsilbigen Wörtern kommt es noch zu Problemen. Die Kinder dehnen sie und deshalb können die Bezeichnungen nicht richtig zergliedert werden. Deswegen ist es aus methodisch-didaktischen Gründen empfehlenswert die Einsilber am Ende des ersten Modules anzubieten (Kalmar, 2006, S. 145f).

Modul 2: Segmentierung nominaler Komposita: In diesem Teilbereich geht es um zusammengesetzte Nomen. Zum Beispiel: Zahnrad, Sonnenbrille, Kettensäge, ... In diesem Modul ist es wichtig, dass das Kind die Aufgabenstellung mit auditiver Vorgehensweise löst.

Ein visueller Ausgleich soll durch die Auswahl von passenden Bildern verhindert werden (Kalmar, 2006, S. 146f).

Modul 3: Zerlegen zusammengesetzter Nomen und Bestimmung ihres gemeinsamen Teilwortes: Dieser Teilbereich stellt nun höhere Ansprüche an die auditive Speicherfähigkeit. Zwei zusammengesetzte Nomen werden getrennt. Das Kind muss sich diese merken und untereinander beurteilen, um das gleiche Teilwort zu finden. (z.B. Spiegelbild – Spiegelei, Kettensäge-Halsketten, ...) (Kalmar, 2006, S. 147).

Modul 4: Anlautsegmentierung: Einführung in das Diskriminieren: Lenis (stimmhaft)–Fortis (stimmlos) Schwerpunktübungen sollen jedenfalls vermieden werden. Zuerst werden am Wortanfang Vokale, dann nicht-plosive Konsonanten und am Schluss Plosive und Konsonantencluster identifiziert (Kalmar, 2006, S. 147f).

Modul 5: Auslautsegmentierung: Nun soll die Schulanfängerin/der Schulanfänger erkennen, welcher Laut am Ende des Wortes gesprochen/„gehört“ wird. „Was hörst du am Ende?“ In dem Zusammenhang ist auf die Auslautverhärtung hinzuweisen. Zum Beispiel Hund - Das „d“ wird als „t“ – „hart“ ausgesprochen (Kalmar, 2006, S. 148).

Modul 6: Zuordnen von Reimwörterpaaren/formale Arbeit mit Reimwörternsystemen: Auf dieser Stufe der phonologischen Prozesse können nun zwei Wörter gefunden werden, die in einem Laut unterschiedlich sind. Zum Beispiel: Rose – Dose. Dem Kind ist es nun möglich Erfahrungen mit Lauten zu machen. Durch die Veränderung eines Phonems können sie auch die bedeutungsunterscheidende Eigenschaft eines Lautes nachvollziehen (Kalmar, 2006, S. 148f).

Modul 7: Zuordnen anderer Minimalpaare/formale Arbeit mit derartigen Systemen: Im letzten Abschnitt beschäftigen sich die Kinder mit Inlautveränderungen. Zuerst werden Vokale – später Konsonanten unterschieden. Zum Beispiel Mund-Mond – „Was hat sich ge-/verändert?“ Das Kind kommt nun zu metalinguistischen Argumenten bzw. Erklärungen (Kalmar, 2006, S. 149).

Laut Kalmar (2006, S. 149) kann eine Aussprachestörung mit der Metaphonologischen Analyse und eventuell zusätzlicher spezieller mundmotorischer Übungen rasch behoben werden.



## 4 Sprech- und Sprachstörungen

In den folgenden Kapiteln werden Sprech- und Sprachstörungen dargestellt. Dazu gehören *Aussprachestörungen (Dyslalien)*, der *Dysgrammatismus* und das *Näseln (Rhinophonie)*.

### 4.1 Dyslalie/Aussprachestörung

In der Vergangenheit wurde der Begriff *Dyslalie* verwendet. „dys“ bedeutet Mangel an einer Fähigkeit und „lalein“ kann mit „sprechen“ gleichgesetzt werden. In weiterer Folge wurde die Bezeichnung als Überbegriff für artikulatorische Anomalien verwendet. Nun hat sich der Begriff *Aussprachestörung* durchgesetzt. Grundsätzlich werden zwei Arten unterschieden: *Lautbildungsstörung (phonetische Störung)* und *Lautverwendungsstörung (phonologische Störung)*. Bei einer phonetischen Störung kann das Kind wegen artikulationsmotorischer Schwierigkeiten den Laut nicht richtig bilden. Wird bei einem Kind eine phonologische Störung diagnostiziert, so kann es den Laut richtig bilden, setzt ihn aber nicht korrekt ein bzw. ersetzt ihn (z.B. Schule = Sule). Mit dem Begriff *Aussprachestörung* kommt es zu einer Abgrenzung von Störungen anderer sprachlicher Ebenen (Wortschatz- oder Wortfindungsstörungen, ...). In der natürlichen Sprachentwicklung kommen beide Aspekte vor. Wenn sie jedoch außerhalb der Altersnorm auftreten, wird die Diagnose *Aussprachestörung* gestellt (Weinrich & Zehner, 2011, S. 2).

Kinder haben bei Vokalen meist keine Probleme diese zu bilden. Der wesentliche Klang wird durch die Lage der Zunge und die Stellung von Lippen und Kiefer realisiert. Damit ein Kind Konsonanten richtig bilden kann, ist eine physiologische orale Muskelfunktion nötig. Ein *Phonem* ist die kleinste bedeutungsunterscheidende Einheit der Sprache. Diese bedeutungsunterscheidende Rolle kann mit Minimalpaaren herausgefunden werden. Zum Beispiel Saal – Schal. Durch diesen kleinen Unterschied ändert sich jedenfalls die Bedeutung des Wortes (Weinrich & Zehner, 2011, S. 7).

### 4.2 Dysgrammatismus

Wechselseitige Abhängigkeiten sind zwischen semantischen, pragmatischen, grammatischen und prosodischen Fähigkeiten bedeutsam. Zum grammatischen Bereich gehören Syntax und Morphologie. Syntaktische Kompetenz wird im Satzbau benötigt (richtige Wortabfolge). Die Wortbildung (Flexion und Deklination) erfordert morphologisches Können (Motsch & Riehemann, 2017, S. 151).

Mit Dysgrammatismus bezeichnet man üblicherweise Störungen der grammatischen Ebene der Sprache und des Sprechens. Es zeigen sich jedoch auch Ausfälle im Wortschatz, der Semantik und Pragmatik. Aber auch in weiteren Bereichen wie Perzeption, Kognition und Sensomotorik. Es kommt zu Schwierigkeiten bei Beugungen. Die Kinder haben Flexionsformen, sie können sie jedoch weder an der passenden Stelle, noch konsequent verwenden. Auch kommt es in den Bereichen Semantik und Lexik zu Mängeln (Rieder, Führung, Lettmayer, Elstner & Lang, 2000, S. 125ff).

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass bei folgenden Primärursachen Dysgrammatismus auftritt.

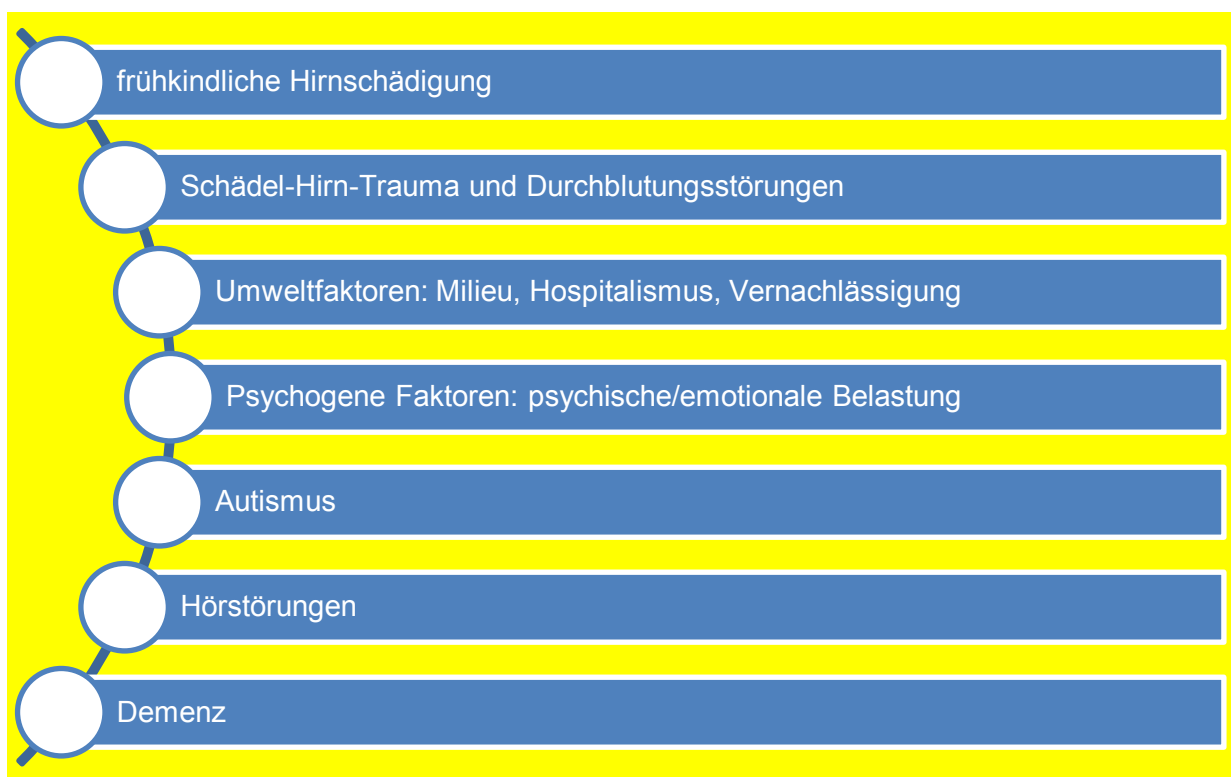


Abbildung 4: Primärursachen (mod. n. Rieder et al., 2000, S. 131).

Die Therapie des Dysgrammatismus sollte bereits im Vorschulalter beginnen. Diese Maßnahme ist bedeutsam zur Prävention von Lernbeeinträchtigungen, Legasthenie u.s.w. (Rieder et al., 2000, S. 148).

Zur Morphologie (Wortgrammatik) gehört die Bestimmung der Wortart (Nomen, Verb, ...), die Beugung des Wortes und die Analyse aus welchen Teilen das Wort besteht (z.B. Hundehütte). Zur Satzgrammatik (Syntax) gehört, welche Baupläne Sätze haben. Welche Stellung haben Wörter im Satz? Die Morphologie ist an die Satzgrammatik gebunden. In

der Sprachtherapie wird der Begriff morpho-syntaktische Ebene verwendet (Kannengieser, 2009, S. 131).

Grammatikverstehen geht der Produktion voraus. Wenn das Kind einen aktiven Wortschatz von ca. 50 Wörtern hat, werden Zweiwortsätze gebildet. Dies ist mit ca. 18 Monaten der Fall. Mit ca. zwei Jahren beginnt das Kind mit Flexionen. Zum Beispiel „Er geht“. Im Alter von zwei bis vier Jahren macht das Kind die meisten grammatischen Fortschritte. Hat das Kind einen aktiven Wortschatz von 200 bis 300 Wörtern, so ist die Basis für den Grammatikerwerb gegeben. Mit drei bis vier Jahren werden die Äußerungen länger und nehmen die Struktur von Sätzen an. Mit fünf Jahren wird die Grammatik der Erstsprache zum Großteil gekannt. Probleme hat das Kind noch beim Gebrauch von Passiv, Plusquamperfekt, Konjunktiv 1 und Genitiv. Nachfolgend werden Symptome beschrieben, die auf Dysgrammatismus hinweisen: Wenn das Kind Schwierigkeiten hat, bestimmte Strukturen zu lernen, oder wenn es mehr Fehler in der Anwendung der Strukturen macht, als es altersgemäß üblich ist, und diese um mehr als ein Jahr verzögert sind, so ist dringend eine logopädische Betreuung anzuraten. Als Ursachen von Mängeln im Erwerb der Grammatik können Hörstörungen oder *eine auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)* in Betracht gezogen werden. Wenn ein Kind mit 2,5 bis drei Jahren noch auf der Stufe der Aneinanderreihung von Wörtern steht, kann von einer Grammatikerwerbsstörung ausgegangen werden. Die Aussagen des Kindes bestehen aus Zwei- bis Dreiwortkombinationen bzw. haben sie den Charakter eines Telegrammes. Auch kann von einem Grammatikerwerbsmangel ausgegangen werden, wenn das Kind ab einem Alter von ca. vier Jahren nur kurze Sätze spricht, keine Fragesätze bildet und eine minimale Anzahl von Nebensätzen benützt. Ein weiteres Symptom ist die falsche Verbstellung. Zum Beispiel „Er Fußball spielt.“ Ein Grammatikerwerbsdefizit zeigt sich auch im Weglassen des Subjekts. Zum Beispiel „Turm baue.“ Es kommt zur fehlenden Übereinstimmung innerhalb der Sätze. Zum Beispiel „Ich geht nach Hause.“ Falsche Flexionen (Beugungen), Artikel werden weggelassen, das Kind verwendet nur die Einzahlbildung und nur den weiblichen Artikel. Die Mehrzahlbildung ist falsch. Das Kind verwendet keine Artikel, keine Präpositionen, keine Konjunktionen, keine Relativpronomen und auch keine Fragewörter (Kannengieser, 2009, S. 149ff).

Aus der folgenden Tabelle kann abgelesen werden, wann Behandlungsbedürftigkeit bei Dysgrammatismus gegeben ist.

Tabelle 5: Diagnostische Fragen

Diagnostische Frage	Beispieläußerung	Behandlungsbedürftigkeit
Verwendet das Kind Einwortäußerungen oder asyntaktische Wortreihen?	Du, Haus, bauen Haus	ab 2 bis 2,5 Jahren Der aktive Wortschatz sollte deutlich über 50 Wörtern sein.
Fehlt das Subjekt?	Haus baue	ab 3 Jahren
Fehlt die Subjekt-Verb-Kongruenz bzw. die richtige Verbflexion?	Ich fährt, nachher Hund beißen dich	ab 3,5 bis 4 Jahren
Fehlt die 2. Person?	Du holt Wasser, Du Wasser hole.	ab 4 Jahren
Kommt noch kein Tempuswechsel vor?	Gestern backen wir Kuchen.	ab 4,5 Jahren
Werden Nebensätze noch nicht oder mit Verbzweitstellung produziert?	Wenn der Affe springt ins Wasser.	ab 5,5 Jahren

Quelle: Kannengieser (2009, S. 161ff)

### 4.3 Rhinophonie (Näseln)

Durch organische Blockaden kommt es zum vermehrten Entweichen der Luft durch die Nase. Die Lautbildungsfehler kommen bei velaren und plosiven Lauten vor. Es kann aber auch zu einer Störung des *Velums (Gaumensegel)* kommen, wodurch bei der Artikulation entweder zuviel oder zuwenig Luft durch die Nase entweicht. Wenn die Nasenräume verschlossen sind, kommt es zu geringerer nasaler Resonanz und Falschbildung der nasalen Laute (Kannengieser, 2009, S.58).

Wirth (1990, S.339ff) schreibt, dass es beim Näseln zu einer Veränderung des Stimmklanges und der Laute kommt - besonders der Nasallaute. Dazu gehören „M“, „N“, und „Ng“. Bei der Bildung ist das Gaumensegel schlaff. Der Luftstrom entweicht durch die Nase. Er unterscheidet zwischen einer *Rhinophonia aperta* (offenes Näseln) und einer *Rhinophonia clausa* (geschlossenes Näseln).

Symptome einer *Rhinophonia aperta* (offenes Näseln) sind: Nasale Aussprache, es kann aber auch beim Schlucken Nahrung in die Nase kommen. Organische Ursachen einer *Rhinophonia aperta* können Störungen in der Umgebung des harten und weichen Gaumens, aber auch Spaltbildungen (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten) sein (Wirth, 1990, S. 350).

Bei der *Rhinophonia clausa* (dem geschlossenen Näseln) liegt eine unterbrochene oder eingeschränkte Nasendurchgängigkeit vor. Durch die Resonanzveränderung der Nasallaute entsteht der dumpfe Ausdruck der „Stockschnupfensprache“. Wenn ein ungenügender Abschluss des Nasenraumes zur Mundhöhle vorliegt, und es Behinderungen in der Nasenhöhle gibt, kommt es zu einer Mischform (gemischtes Näseln) (Wulff, 1990, S. 102ff).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick betreffend die Symptome einer *Rhinophonia clausa* (geschlossenes Näseln).

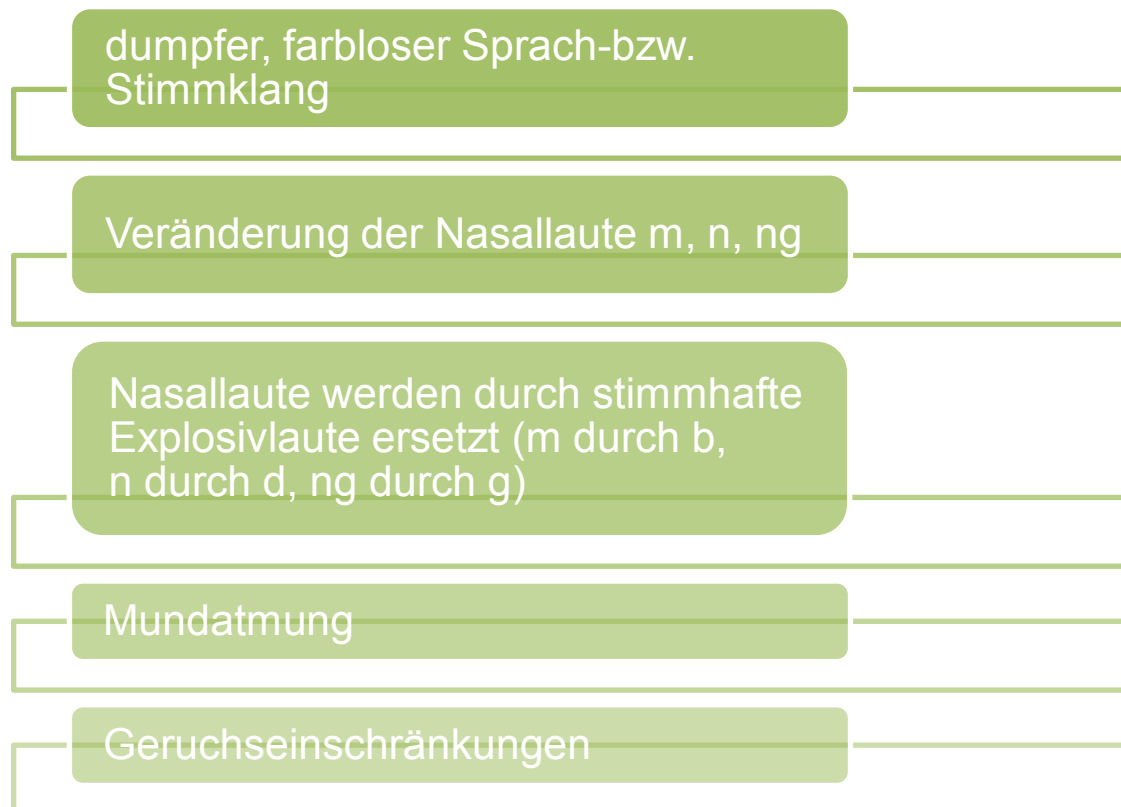


Abbildung 5: Symptome einer *Rhinophonia clausa* (mod. n. Wirth, 1990, S. 366).

Ist die Rhinophonia clausa organisch bedingt, ist die Nasenatmung eingeschränkt. Aber auch der Geruchssinn ist beeinträchtigt. Kann die Nasenschleimhaut zum Anschwellen gebracht werden (z.B. mit Nasenspray) ist eine Auflösung der Rhinophonia clausa möglich (Wirth, 1990, S. 365).

In Abbildung 6 sind mögliche Ursachen einer Rhinophonia clausa (geschlossenes Näseln) dargestellt.

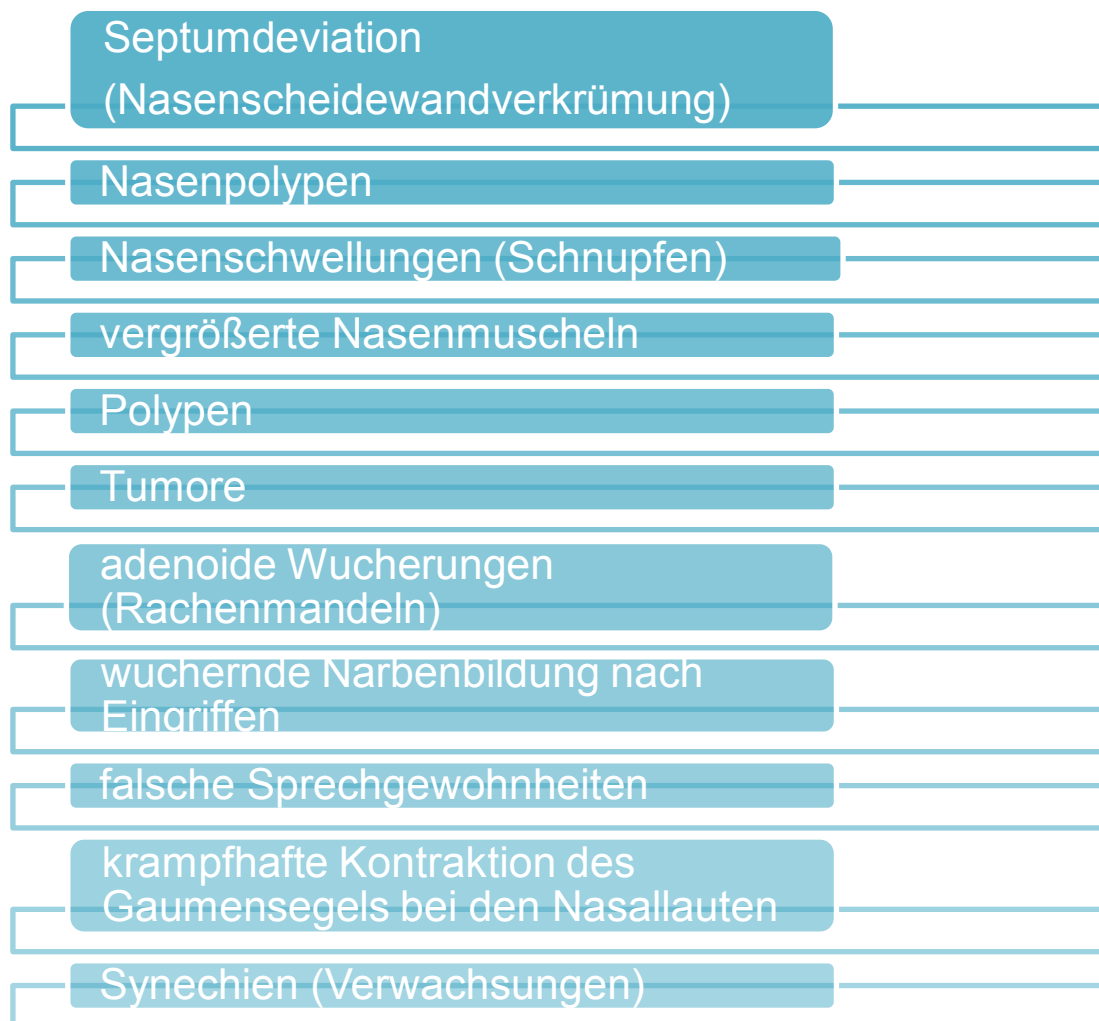


Abbildung 6: Mögliche Ursachen einer Rhinophonia clausa (mod. n. Wulff, 1990, S. 102).

Der Klang der Stimme wird beim Näseln unangenehm auffällig verändert. Er kann dumpf, verwaschen, gedrückt oder stoßend sein. „Näseln ist eine pathologische Sprechweise mit entstelltem Stimmklang.“ (Wulff, 1990, S. 101)

## 5 Reaktive Sprachstörungen

Zu den reaktiven Sprachstörungen gehören Stottern und Poltern. In den folgenden Kapiteln werden diese Sprachschwierigkeiten mit ihren Symptomen beschrieben und Therapiemöglichkeiten aufgezeigt.

### 5.1 Stottern

I stota!  
Manchmoi stota i wenig  
und manchmoi stota i vü,  
und daun,  
waun i goa ned stotan wü,  
daun wiads gaunz org.  
Nua waun I bei da Omama bin,  
daun stota i nia.  
Oba grod bei dera was wuarschd,  
weu de mag mi a so!

(von Christine Nöstlinger aus „Iba de gaunz oarman Kinda“)

Hansen und Iven (2002, S. 22) bezeichnen Stottern als Schwierigkeit der Sprechflüssigkeit. Es kommt häufig zu Unterbrechungen im Redefluss. Wenn ein Mensch stottert, ist er in dem Augenblick nicht in der Lage die notwendigen Sprechbewegungen fließend auszuführen, obwohl er genau weiß was er sagen möchte. Es kommt zu einem Kontrollverlust über den Sprechapparat.

Laut ICD-10 wird Stottern mit F98.5 codiert. Der rhythmische Sprechfluss ist unterbrochen. Die Diagnose wird gestellt, wenn die Sprechflüssigkeit deutlich beeinträchtigt ist, und diese mindestens drei Monate andauert (Dilling & Freyberger, 2008, S. 343f).

### 5.1.1 Beschreibung

Beim Stottern kann eine Kern- (Primär-) und eine Begleitsymptomatik (Sekundärsymptomatik) beobachtet werden. Zu den Kernsymptomen gehören Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen. Unter Begleitsymptomatik wird die Reaktion der Betroffenen/des Betroffenen und der Umwelt verstanden. Stottern entsteht meist im Alter von drei bis sechs Jahren, wobei es eine Spitze im Alter von vier Jahren gibt. Stottern zeigt sich in Kommunikationssituationen mit anderen Menschen. Nicht im Gespräch mit Tieren, kleinen Kindern/Babies, im Selbstgespräch, beim Singen und beim Sprechen im Chor (Decher, 2011, S. 11ff).

Zu den Kernsymptomen zählen:

- 1.) Wiederholungen (früher als *klonisches* Stottern benannt) von Lauten: z.B. „I-i-i-ich bin dran.“
- 2.) Silbenwiederholungen: z.B. „ma-ma-ma-ma- ... machen.“ Es werden aber auch einsilbige Wörter gestottert: z.B. „ich-ich-ich-ich ...“
- 3.) Dehnungen, die länger als eine Sekunde anhalten (Laute werden verlängert) z.B. „ Ich kaaaaaaaaann schon Rad fahren.“
- 4.) Blockierungen (früher *tonisches* Stottern). Damit sind unfreiwillige Trennungen vor („..... Esel“) oder in einem Wort gemeint. Z.B. „ Ich k.....kann gut schwimmen.“ (Hansen & Iven, 2002, S. 24)

Solche Kernsymptome treten mehrfach auf und ändern den Sprechrhythmus und die Sprechgeschwindigkeit. Die Sprecherin/der Sprecher hat das Gefühl eines Kontrollverlustes, und die Zuhörerin/der Zuhörer ist verwirrt und überrascht. Durch diese Verknüpfungen können sich Begleitsymptome bilden. Es entstehen beim stotternden Menschen Vorgehensweisen (meist unbewusst), um nicht zu stottern. Damit sind unnatürliche Mitbewegungen im Mund- und Gesichtsbereich, aber auch am gesamten Körper gemeint. Bei diesem Vorgang kann auch die Atmung betroffen sein (z.B. Luftanhalten). In weiterer Folge kommt es zu einem Vermeidungsverhalten. Eventuell schwierige Laute, Wörter, Personen oder Sprechsituationen werden vermieden. Bei der/Beim Beteiligten bilden sich Störungsbewusstsein und Leidensdruck. Im schlimmsten Fall werden Sozialkontakte gemieden, und der Mensch zieht sich komplett zurück (Decher, 2011, S. 11ff).



Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik.

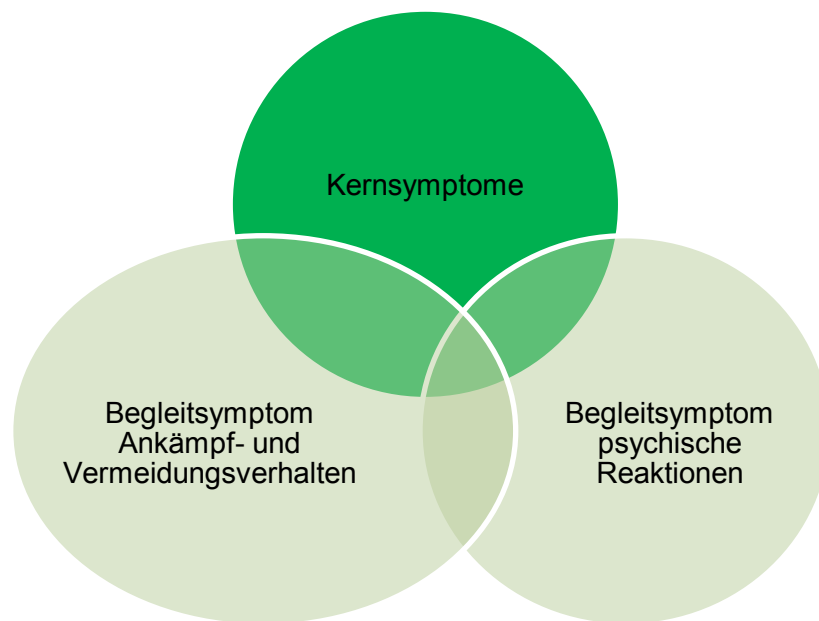


Abbildung 7: Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik (mod. n. Sandrieser & Schneider, 2015, S. 30).

Stottern tritt (mit Höhepunkt bei vier Jahren) im Alter zwischen drei und sechs Jahren auf. In dieser Zeit kommt es zu entwicklungsbedingten/physiologischen Redeunflüssigkeiten. Diese Redeflusschwierigkeit tritt bei beiden Geschlechtern auf. In weiterer Folge bildet sie sich jedoch bei viel mehr Mädchen wieder zurück. Bei etwa 1% der Kinder kommt es zu einem chronischen Stottern. Die Verteilung ist ein stotterndes Mädchen zu vier bis fünf stotternde Burschen (Sandrieser & Schneider, 2015, S. 19f). Bei Erwachsenen kann es nach neurologischen Schädigungen oder einem psychischen Trauma zum Stottern kommen (Decher, 2011, S. 13).

Es werden viele Vermutungen zu den Ursachen von Stottern diskutiert. Bis heute konnte der Auslöser für Stottern nicht nachgewiesen werden. Ein Stotter-Gen ist jedenfalls nicht vorhanden. Die Disposition wird überliefert, aber nicht das Stottern selbst. Es kommt nicht zwangsläufig zum Stottern. Dazu bedarf es auslösender Umstände. Stottern ist kein psychisches Problem, und es gibt auch keine Schuldige/keinen Schuldigen (Decher, 2011, S. 13 f).

Mit EEG, CT und MRT konnte während der Sprach- und Sprechproduktion festgestellt werden, dass sich die Gehirne von Menschen, die stottern, von jenen nicht stotternde Personen unterscheiden. Die Ursache der Sprechunflüssigkeit ist somit zentral begründet. Jedoch kann nicht sicher ermittelt werden, ob die Unterschiede Ursache oder Folge des Stotterns sind, denn die Untersuchungen konnten bei jungen Kindern nicht durchgeführt werden (Sandrieser, 2017, S. 378 f).

Die Wahrscheinlichkeit von Stottern ist mit stotternden Familienangehörigen um 13% erhöht. Die Vererbung des Stotterns hängt mit dem Geschlecht zusammen. Das Risiko ist bei Söhnen von stotternden Frauen am bedeutsamsten. Bei Töchtern von stotternden Vätern ist die Gefahr wesentlich geringer (Sandrieser & Schneider, 2015, S. 38).

### 5.1.2 Therapiemöglichkeiten

Interaktionsverhalten und Erziehungsstil sind nicht verantwortlich für Stottern. Wenn Kinder in einem multilingualen Umfeld leben, kann dies als Einflussfaktor interpretiert werden. Es ist möglich, dass das Stottern in beiden, aber auch in nur einer Sprache vorkommt (Sandrieser & Schneider, 2015, S. 45ff).

Je früher die Therapie beginnt, umso besser. Eltern sollten bei folgenden Anzeichen eine Abklärungsstelle aufsuchen:

- ⇒ Bei Sprachunflüssigkeiten des Kindes über mehrere Wochen
  - ⇒ Bei Anstrengungen oder Verkrampfungen des Kindes
  - ⇒ Bei Verunsicherung der Eltern (Besorgnis, ...)
- (Hansen & Iven, 2007, S. 54f)

Es wird zwischen *indirekten* und *direkten* Therapiemöglichkeiten unterschieden. Bei indirekten Verfahren steht die Arbeit mit den Bezugspersonen und dem Kind selbst im Vordergrund. Es wird nicht direkt an der Stottersymptomatik gearbeitet. Bei den indirekte Methoden steht der spielerische Aspekt im Vordergrund. Die Spieltherapie kann mit der Familie, dem einzelnen Kind oder in Gruppen durchgeführt werden. Es wird nicht an dem Erscheinungsbild gearbeitet, sondern an den Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen angesetzt. Das Kind (und seine Eltern) sollen im bzw. über das Spiel Spannungen, Ängste, Minderwertigkeitsgefühle abbauen. Die Phasen in der Therapie orientieren sich an den psychosozialen Entwicklungsphasen nach E. Erikson. An der Therapieform besteht jedoch die Gefahr, dass Stottern verschwiegen wird (Subellok & Cornelißen-Weghake, 2002, S. 58).

Bei den direkten Therapiemöglichkeiten wird geradezu am Sprechen angesetzt. Einerseits besteht die *Sprechmodifikation (Fluency Shaping)*, aber auch die *Stottermodifikation (Non Avoidance–Therapie–Nicht Vermeidungs–Therapie)*. Ansätze, die beide Richtungen zusammenfügen sind kombinierte Ansätze bzw. Therapieverfahren (Hansen & Iven, 2002, S. 50ff).

Bei der Methode der Sprechmodifikation (Fluency Shaping) wird das gesamte Sprechmuster gestaltet. In der Therapie wird die Sprechweise durch Würdigung des flüssigen Sprechens verändert. Das Kind wird nicht auf Änderungen der Stottersymptomatik vorbereitet. Bei dieser Therapieform geht es darum, den gesamten Sprechablauf zu verändern. Das Kind/ die Klientin/der Klient soll ein neues Sprechmuster aufbauen und so zu einer flüssigen Sprechweise kommen. Wichtig ist es dabei das Tempo zu verlangsamen, das Rhythmisieren und das Betonen. Ziel ist es eine permanente Kontrolle der Motorik des Sprechablaufes zu erlangen. Dazu muss die Methode auch kontinuierlich geübt und angewendet werden. Die Therapie ist systematisch aufgebaut und erfordert eine exakte Vorgehensweise. Dies hat den Vorteil, dass die Methode unabhängig von einer bestimmten Therapeutin/einem bestimmten Therapeuten ist. Der Nachteil dabei ist, dass das Sprechen meist „technisch“ klingt und alle Klientinnen/Klienten gleich behandelt werden. Die Therapie ist somit nicht individuell abgestimmt (Decher, 2011, S. 21).

Zu dem Ansatz gehören:

- Die Kasseler Stottertherapie (KST) für Kinder ab 9 Jahren, Jugendliche und Erwachsene
- Das Frankfurt-Kasseler Konzept (FRANKA) für Kinder
- Die Intensiv-Stottertherapie in Ravensburg (H-I-S-T) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- Das Lidcombe-Programm für Kinder (Decher, 2011, S. 21)

Viele psychotherapeutische Konzepte (wie z.B. Individualpsychologie, Systemische Familientherapie, Neurolinguistisches Programmieren und Hypnosepsychotherapie) werden auch in der Stottertherapie verwendet (Decher, 2011, S. 50ff).

Nachfolgend werden zwei Therapiemöglichkeiten zur Sprechmodifikation (Fluency Shaping) kurz vorgestellt. Die Kasseler Stottertherapie ist ein sprechmotorisches Übungsprogramm mit fester Struktur. Es beginnt mit einem extrem verlangsamten Sprechmuster während eines dreiwöchigen Intensivprogramms. Während der Nachsorge, die mindestens ein Jahr dauert, werden zwei- bis dreitägige Auffrischkurse empfohlen. Es ist wichtig, zu Hause täglich zu üben. Die Übungsphasen bestehen aus Dehnungen, Atemarbeit, weichen Stimmeinsatz und deutlich verlangsamtem Sprechtempo. Zunächst

wird eine Silbe zwei Sekunden lang gedehnt und im weiteren Verlauf eine Sekunde pro Silbe. Es besteht auch die Möglichkeit einer Teletherapie. Dafür ist es notwendig im ersten halben Jahr rund 2000 Minuten, und im zweiten Halbjahr 1000 Minuten am Computer zu arbeiten. Die Software kann die Inhalte und Übungszeiten aufzeichnen (Decher, 2011, S. 31f).

Das Lidcombe-Programm wurde nach einem Stadtteil in Australien-Sydney benannt. Dort wurde der Ansatz in den 80er Jahren entwickelt. Es ist für stotternde Kinder von drei bis zehn Jahren konzipiert. Das Programm wirkt bis 10 bzw. 12 Jahre – danach nicht mehr (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., 2012, 42:00).

Ein Elternteil wird als Co-Therapeutin/Therapeut von der Logopädin/dem Logopäden eingeschult. In der ersten Phase kommt das Kind mit dem Elternteil ein Mal pro Woche in die Therapie. Dort wird besprochen, dass das Kind nach flüssig gesprochenen Wort- und Satzteilen positiv verstärkt wird. Der Elternteil soll aber auch Rückmeldung geben, wenn das Kind stottert und es zur Selbstkorrektur motivieren. Lob steht jedoch im Vordergrund. Nach fünf bis zehn Mal loben kann/soll auch eine Korrektur erfolgen. So soll flüssiges Sprechen eingeschliffen werden. Es wird täglich eine Übung in einer Spielsituation durchgeführt. Diese soll ca. zehn Minuten andauern. In der zweiten Phase wird das erlernte Sprechmuster stabilisiert und das flüssige Sprechen gesichert. Es sollen aber auch Rückfälle rechtzeitig erkannt und behoben werden. Diese Phase dauert etwa 12 bis 18 Monate und die Abstände der Therapieeinheiten werden vergrößert. Die Therapie wird „ausgeschlichen“ (Decher, 2011, S. 70f).

Die Co-Therapeutin/der Co-Therapeut hat drei Aufgaben. Nämlich die Übungen in einer strukturierten Spielsituation anzubieten, die Verstärkung der verbalen Äußerungen über den Tag verteilt und die tägliche Bewertung der erworbenen Sprechflüssigkeit (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., 2012, 45:28).

Eltern müssen die Bereitschaft für ein verhaltenstherapeutisches Konzept, die Bereitschaft sich von der Logopädin/dem Logopäden als Co-Therapeut/in ausbilden zu lassen und Zeit zum täglichen Üben finden. Das Programm muss zur Familiensituation passen. Es darf keine Krisensituation vorhanden sein (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., 2012, 56: 46 bis 57:19).

In dem Ansatz der Stottermodifikation (Non-Avoidance-Ansatz) werden „Behandlungen“ des Stottermusters verstanden. In der Therapie werden Techniken erlernt, das Stottern zu verändern. Zu dem Therapieansatz gehören folgende Methoden:

- Die Van-Riper-Methode
- Das Stotterer-Selbst-Management-Programm (SSMP)

- Die Intensiv Modifikation Stottern (IMS)
- Die Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)
- KIDS – Kinder dürfen Stottern (Mini-KIDS, KIDS, Schul-KIDS)
- Die Hamburger Kindergruppentherapie (Decher, 2011, S. 22)

Nachfolgend wird die Therapiemöglichkeit KIDS (Kinder dürfen stottern) vorgestellt. Mit ca. fünf Jahren werden „Froschwörter“ erlernt: „Scho-Scho-Scho-Schokohehexe“, „glei-glei-glei-gleichen“ – es kommt zu einem „absichtlichen“ Stottern – auch bei den Eltern (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. , 2012, 08:05).

Das Kind wird durch „flüssiges Stottern“ der Eltern entlastet. Die *Remission* – eine Abschwächung der Symptome - soll damit erleichtert werden. Eltern sollen gelassen auf die Sprachunflüssigkeit reagieren. Kinder können nämlich mit den Situationen, in denen sie die Kontrolle (über das Sprechen) verlieren, nicht umgehen. Für Eltern ist es manchmal schwer verständlich wieso sie stottern sollen. Deshalb ist die Elterninformation bzw. Aufklärung sehr wichtig. Eltern sollen selbst auch über das Stottern aufklären können. Eltern sollen auch in der Öffentlichkeit stottern. Somit kann die Situation des Kindes nachempfunden werden. In der Desensibilisierungsphase muss sich das Kind gegen Reaktionen der Umwelt abhärten. Deshalb wird auch außerhalb des Therapieraumes geübt (Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. , 2012, 28:43, 14:13 und 17:00).

In die Phase der Modifikation gehören auch „Pull out“ Kenntnisse. Die Sprecherin/Der Sprecher kann sich mit der Technik aus dem Stotterereignis „herausziehen“. Anschließend stoppen und warten bis die Spannung nachlässt und mit geeeeeee ....(dehnen) führten Artikulationsbewegungen weitersprechen. Die Schnecke ist hier Symbol für: Behutsamkeit, biiiii ... schen langsamer, und geht vooorsichtig weiter (Zückner, 2008, S. 56ff).

Die Therapie der Stottermodifikation (Non-Avoidance-Ansatz-Nicht Vermeidender Ansatz) nach Van-Riper besteht aus vier Phasen:

- 1.) Identifikation: Wahrnehmung des eigenen Stotterns. Was mache ich beim Stottern?
- 2.) Desensibilisierung: Gelassener Umgang mit dem Stottern, Widerstandsfähigkeit aufbauen
- 3.) Modifikation: Veränderung des Stotterns, Erlernen einer flüssigen Art des Stotterns, Gegenkonditionierung
- 4.) Stabilisierung: Gelerntes wird gefestigt, *propriozeptive* Kontrolle des Sprechens wird angeregt und aktiviert. Die Dauer der Phasen sind individuell, so wie die gesamte Therapiedauer (Van Riper, 1999, S. 5f).

Nun gibt es im Therapiebereich unseriöse und seriöse Anbieter. Eltern sind verunsichert und wissen oft nicht, wem sie vertrauen können. Wichtig ist es zu hinterfragen, welche fachliche Qualifikation jemand hat, der Stottertherapie anbietet. Unseriöse Therapieanbieter können daran erkannt werden, dass sie unrealistische Versprechungen machen. Der betroffene Mensch wird nach der „Behandlung“ überall und jederzeit flüssig sprechen können. Weiters wird versprochen, dass diese bestimmte Methode bei 80% der Teilnehmerinnen/Teilnehmer erfolgreich ist. Eine wissenschaftlich belegte Bewertung kann jedoch nicht vorgelegt werden. Meist wird „die eine“ Methode als letzter Ausweg dargestellt. Diese ist frei von Fehlern. Das Kind hat meist bereits an vielen erfolglosen Interventionen teilgenommen. Diese „bestimmte“ Therapie wird nun als die allerletzte Möglichkeit - flüssig sprechen zu können - beworben. Die langfristige Umsetzung des Erlernten in einer bestimmten Therapierichtung ist für die Betroffenen eine Herausforderung. Rückschläge kommen mehrheitlich vor. Manche Therapieansätze sind für junge Kinder gut geeignet, manche aber eher für Jugendliche bzw. (junge) Erwachsene. Stottern ist nicht vollständig heilbar. Eine Reduktion der Stotterereignisse ist jedoch ein konkretes Ziel. Wenn jemand behauptet, stottern heilen zu können, so ist dies unseriös. Bei Heilungsversprechen ist Vorsicht geboten (Decher, 2011, S. 17ff).

Eine Therapie, die sich nur auf bestimmte Atemtechniken bezieht, genügt den Ansprüchen einer individuellen Stottertherapie für Kinder nicht. Nun folgen wichtige Punkte, um eine seriöse und professionelle Therapie zu erkennen:

- Es wird eine umfassende Diagnostik gemacht.
- Es sind Therapievorschläge, die auf der Diagnostik basieren, vorhanden.
- Transparenz in der Therapie
- Wünsche und Ziele von Eltern und Kind werden miteinbezogen.
- In der Therapie wird altersgemäß und spielerisch vorgegangen.
- Es wird ein Vertrauensverhältnis zwischen Kind – Eltern – Therapeutin/Therapeut aufgebaut.
- Zeit für Elterngespräche werden eingeplant.
- Das Umfeld wird mit hereingenommen.
- Es werden die verwendeten Methoden und Ergebnisse kontinuierlich evaluiert/bewertet.
- Die Notwendigkeit des häuslichen Übens wird betont.
- Der Alltagstransfer wird bedacht.
- Die Nachsorge wird organisiert.
- Die Therapeutin/der Therapeut sagt, dass Methode kein Allheilmittel ist.

- Glaubwürdige Therapeutinnen/Therapeuten geben ihr Bestes, versichern aber nichts (Decher, 2011, S. 18ff; Hansen & Iven, 2007, S. 49).

In weiterer Folge wird ein Therapieansatz für Kinder bis zum 11. Lebensjahr beschrieben. Die Dynamische Stottertherapie (DST) gehört zu den psychotherapeutischen Verfahren. Diese Methode kann bei Menschen jeden Alters eingesetzt werden. Der Mensch soll sich in der Therapie mit seinen Ängsten auseinandersetzen. In weiterer Folge werden sich die Stotterzeichen reduzieren. Nachfolgende Elemente kommen in der Methode vor. Der Ausdruck von Gefühlen hat Vorrang. Das Kind wird bestärkt, sich emotional auszudrücken. Auch die Therapeutin/der Therapeut zeigt immer wieder emotionales Verhalten. Das Kind lernt Schuldgefühle als hilfreiche Zeichen zu verstehen. In diesem Abschnitt kommt es zu einer Trauerarbeit. Ein emotionales „Vergehen“ (welches das Kind erlebt hat) wird betrauert. Damit können unerfüllte Wünsche der Vergangenheit verabschiedet werden, damit der Blick auf zweckmäßige Ziele für die kommende Zeit gerichtet wird. Es wird aber auch das lustvolle Kommunizieren entdeckt. Das Kind soll wieder mehr Freude am Kommunizieren haben. Es versucht Sprechpausen einzuhalten. So wird der Fokus auf den Inhalt des Gesagten gelenkt. Die Führung des Sprechprozesses nimmt dabei ab. Das Sprechen bekommt einen gestaltenden Charakter. Abschließend kommt es zu einer Einladung zum Sprechen ohne Kontrollzwang. Kommunikation soll eine reizvolle Handlung bleiben. Gute Laune und ein gelöster Rahmen sind sehr wichtig. Ausschlaggebend ist der Inhalt des Gesagten, nicht die Überwachung des Sprechens (Decher, 2011, S. 48f).

Bei der Therapiemöglichkeit der methodenkombinierten Konzepte werden verschiedene Ansätze zusammengefasst. So kann die Therapeutin/der Therapeut auf die Wünsche und Anliegen der Klientin/des Klienten persönlich eingehen. Dazu gehören:

- Die ganzheitliche, integrative, personenbezogene Stottertherapie nach Wendlandt für Jugendliche und Erwachsene
- Die Bonner Stottertherapie/Integrative Therapie nach Prüß (ITP)
- Die Intensivtherapie für Kinder (S. Cook)
- „Stärker als Stottern“ (G. Thum) (Decher, 2011, S. 22)

Es werden in der Stottertherapie aber auch Entspannungsverfahren eingesetzt. Relevante Techniken sind das Autogene Training, die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson und Phantasiereisen. Bedeutend ist dabei, dass das Kind die Übungsschritte erlernt, um sie auch außerhalb des Therapieraumes anwenden zu können. Mit dem Wissen von Entspannungstechniken ist es der Stotternden/dem Stotternden möglich, im Augenblick

der Anspannung der Artikulationsorgane diese zu lösen und entspannt weiterzusprechen. Entspannungstechniken werden förderlich in die Gesamttherapie implementiert (Decher, 2011, S. 23).

Die Arbeit mit Eltern von sehr jungen Kindern besteht hauptsächlich aus Beratung beider Elternteile. Mütter und Väter machen sich oft Unterstellungen unrichtig bzw. schlecht agiert zu haben. Eltern müssen in der Beratung entlastet und über die Ursachen des Stotterns unterrichtet werden. Damit wird den Eltern bereits Konfliktpotential genommen. Weiters ist es nützlich, sich Klarheit zu verschaffen, ob die Redeunflüssigkeit noch als physiologisch (also innerhalb eines akzeptierten Entwicklungsrahmens) zu betrachten ist, oder ob es sich etwa um eine Redeflussstörung handelt. Eine Möglichkeit besteht auch darin, dass Eltern an Informationsseminaren der *Österreichischen Selbsthilfe Initiative Stottern (ÖSIS)* teilnehmen. Dabei können sich Eltern austauschen und gewinnen damit an Sicherheit im Umgang mit dem Sprechen ihres Kindes. In der Kindertherapie werden indirekte und direkte Vorgehensweisen verknüpft (Decher, 2011, S.64ff).

Wichtig ist es, den Kindern keine guten Ratschläge zu geben, denn sie haben es mit dem Stottern schon schwer genug. Wenn Eltern/Pädagoginnen/Pädagogen sagen: "Sprich langsam, denk zuerst nach" ..., sind diese Ratschläge bestimmt positiv formuliert. Sie helfen jedoch gar nichts. Die Symptome können damit sogar verstärkt werden. Besser ist es, dem Kind aufmerksam zuzuhören und den Blickkontakt zu halten. Auch, wenn es zu „Hängern“ kommt. Die Reaktion der Umwelt wird von Kindern, die stottern nämlich als belastender empfunden, als das Stottern selbst (Golinski, 2007, S. 18).

## **5.2 Poltern**

Bis heute wird sehr wenig über *Poltern* an den Universitäten und logopädischen/sprachheilpädagogischen Ausbildungseinrichtungen gelehrt. Dadurch wissen angehende Therapeutinnen/Therapeuten und Sprachheilpädagoginnen/Sprachheilpädagogen zu wenig über diese Redeflussstörung. Die (Differential-) Diagnose und Therapie wird somit erschwert (Spruit, 2015, S. 8).

### **5.2.1 Beschreibung**

Im Jahre 2007 wurde folgende Definition konkretisiert:

„Poltern ist eine Redeflussstörung, die charakterisiert wird durch ein Sprechtempo, das vom Zuhörer als unnormal schnell, unregelmäßig oder



beides empfunden wird (obwohl Messungen der Silbenraten nicht unbedingt überdurchschnittlich sind). Diese Abweichungen in der Sprechrate sind manifest in einem oder mehreren der folgenden Symptome:

- a) Eine hohe Anzahl von Unflüssigkeiten, von denen die Mehrzahl nicht typisch ist für Stottern
- b) Die häufigen Pausen und der Gebrauch von prosodischen Mustern, die nicht mit den syntaktischen und semantischen Bedingungen der Situation übereinstimmen und
- c) Ungenaue (oft überhöhte) Koartikulation zwischen Lauten, vor allem in mehrsilbigen Wörtern“ (Spruit, 2015, S. 11).

Die WHO (World Health Organization) (2007; zit. n. Spruit, 2015, S. 12) beschreibt Poltern folgendermaßen:

“Eine Sprechgeschwindigkeit mit Störungen der Flüssigkeit, aber ohne Wiederholungen und Verzögerungen, die so gravierend sind, dass sie die Verständlichkeit verringern. Das Sprechen ist unregelmäßig und zeigt Rhythmusstörungen mit ruckartigen Schüben, die in der Regel falsche Ausdrucksweisen ergeben.“

Laut ICD-10 wird Poltern mit F98.6 codiert. Die Diagnose wird gestellt, wenn es zu hoher Sprachgeschwindigkeit mit Abbrüchen des Redeflusses kommt. Dies kommt in so schwerem Ausmaß vor, dass die Sprachverständlichkeit deutlich beeinträchtigt ist und diese mindestens drei Monate andauert (Dilling & Freyberger, 2008, S. 344).

Spruit (2015, S. 9f) meint, dass kein Mensch zu 100% fließend spricht. Es werden für gewöhnlich Wörter und Silben wiederholt und Sätze umformuliert. Manchmal kommt es zu einem stolpern oder einschieben („ahm“, „also“, ...) von Wörtern. Eine Person, die poltert ist für Außenstehende schlecht verständlich. Der Mensch redet „verwaschen“, es fehlen Silben, Laute, und Wörter. Sätze werden umgestellt. Dabei merkt die Sprecherin/der Sprecher nicht, wie undeutlich ihre/seine Sprache ist. Es sind Ähnlichkeiten zum Stottern gegeben. Poltern kommt auch oft gemeinsam mit Stottern vor. Das Risiko einer falschen Diagnosestellung (z.B. Sprachentwicklungs- oder Artikulationsstörung) ist höher, wenn Logopädinnen/Logopäden, Sprachheilpädagoginnen/Sprachheilpädagogen oder Therapeutinnen/Therapeuten wenig Wissen über Poltern haben. In Bulgarien fand 2007 der

erste Weltkongress zum Thema Poltern statt. Poltern ist seitdem bekannter geworden. Es werden auch viele neue Studien durchgeführt. Auf dem Weltkongress wurde die ICA (International Cluttering Association - die Internationale Vereinigung zum Thema Poltern) gegründet.

Einem Menschen - der poltert - ist es aber auch möglich verständlich und deutlich zu sprechen, wenn die Konzentration auf der Sprache ist. Poltern ist durch eine erhöhte oder irreguläre Sprechgeschwindigkeit, phonetisch-phonologische Auffälligkeiten und Unflüssigkeiten gekennzeichnet. Polternde Personen sprechen zeitweise sehr schnell bzw. zeigen sie eine unregelmäßige Sprechgeschwindigkeit. Die sehr schnell gesprochenen Teilstücke sind meist unverständlich (Zang & Metten, 2014, S. 14).

Personen reden unterschiedlich schnell. Das Sprechtempo kann auch bei anderen Sprachen verschieden sein. Italienerinnen/Italiener sprechen schneller als z.B. Niederländerinnen/Niederländer. Meist sprechen Jugendliche schneller als Erwachsene. Wenn ein Mensch stottert, spricht er langsamer als eine Person, die poltert. Stotterer reduzieren nämlich das Sprechtempo, wenn sie Schwierigkeiten beim Sprechen bemerken. Das Tempo wird von Menschen, die poltern nicht an die Situation angepasst (Spruit, 2015, S. 20f).

Phonetisch-phonologische Auffälligkeiten zeigen sich bei Laut- Silben- und Wortauslassungen. Laute und Silben werden ersetzt. Es werden aber auch Laute hinzugefügt oder vertauscht bzw. kommt es zu *Kontaminationen*. In dem Kontext sind Verschmelzungen von Laut- und Silbenelementen gemeint. Das Sprechen kann sich dadurch bis zur Unverständlichkeit zeigen (Sick, 2014, S. 32f).

Das Weglassen von Lauten und Silben (*Teleskopie bzw. Kollabieren*) ist typisch für Poltern. Zum Beispiel „Feuerwehrwagen“ wird zu „Feuwaang“. Durch die erhöhte Sprachgeschwindigkeit werden die Laute „verwaschen“ bzw. undeutlich ausgesprochen (Spruit, 2015, S. 25).

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Auslassung von Lauten und Silben eines Wortes.

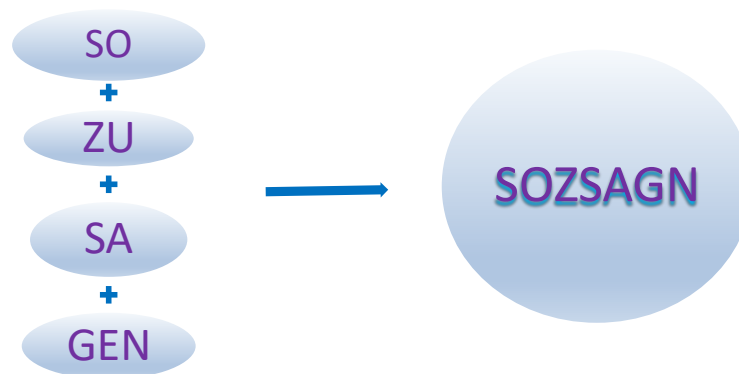


Abbildung 8: Teleskopie (mod. n. Zang & Metten, 2014, S. 15).

Zu den normalen Unflüssigkeiten gehören Füllwörter oder Satzteile z.B. „ähm“, „ja also“, Einschübe, Satzteilwiederholungen, Satz- und/oder Wortabbrüche. Stottertypische Unflüssigkeiten kommen bei reinem Poltern nicht vor. Im Sprechen werden Pausen gemacht um zu überlegen, aber auch damit Zeit ist, bei der Zuhölerin/dem Zuhörer das Gesagte zu verarbeiten. Die Bedeutung eines Satzes wird mit Pausen verändert. Bedeutsam ist aber auch die Betonung. Menschen mit Poltersymptomen machen weniger Pausen (Spruit, 2015, S. 25f).

Bei Menschen, die poltern ist die Motivation am Störungsbild zu arbeiten sehr gering, da das Symptombewusstsein (*Self-Monitoring*) mangelhaft ist. Meist haben die Personen aber auch Schwierigkeiten in der auditiven Wahrnehmung (Sick, 2014, S. 48ff).

Eine Persönlichkeit mit Poltersymptomatik unterbricht die Gesprächspartnerin/den Gesprächspartner, wenn es unpassend ist. Sie kann aber auch pausenlos erzählen, wobei die Abfolge der Erzählung chaotisch ist. Die Einführung in das Thema, am Rahmen festhalten und den passenden Abschluss zu formulieren stellt eine große Schwierigkeit dar. Polterer verstehen/bemerken die Resonanz des Zuhörers oft nicht. Bei Nachfragen wird die polternde Person den Inhalt gleich repetieren – ohne Änderungen. Da die/der polternde Einzelne nicht erkennt, dass das Hindernis bei ihr/ihm begründet ist, wird das Sprechen nicht langsamer oder deutlicher (Spruit, 2015, S. 30f).

Sprecherinnen/Sprecher haben partiell große Probleme, sich in das Vorwissen der Kommunikationspartnerin/des Kommunikationspartners hineinzusetzen. Einführung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer Konversation sind meist auffällig. Nonverbale Reaktionen können nicht erfasst werden. Auch kommt es zu Problemen im körperlichen

Abstand. Der polternde Mensch hat wenig Sensibilität, ob die körperliche Distanz ideal ist (Sick, 2014, S. 40f).

Die Poltersymptomatik kann leicht mit Lernschwierigkeiten, und/oder Legasthenie vertauscht werden. Manche Lehrerinnen/Lehrer gehen von Faulheit des Kindes aus. Die Schulleistungen sind oft nicht kongruent mit den intellektuellen Möglichkeiten.

Schülerinnen/Schüler die poltern, können zusätzlich folgende Symptome zeigen:

- ☞ Streichen Wörter durch und korrigieren viel beim Schreiben
  - ☞ Haben ein hohes oder variables Sprechtempo
  - ☞ Raten beim Lesen von Wörtern
  - ☞ Schieben Wörter zusammen, so dass Silben fehlen (beim Sprechen und Schreiben)
  - ☞ Zeigen Fehler in der Satzstruktur (Syntax)
  - ☞ Wählen Wörter falsch aus (Semantik)
  - ☞ Haben Probleme im Leseverständnis oder bei geschriebenen Rechenaufgaben
  - ☞ Zeigen /b/ ↔ /d/ oder /ie/ ↔ /ei/ Auswechslungen/Verwechslungen
  - ☞ Lassen kurze Wörter aus (beim Lesen oder Schreiben)
  - ☞ Zeigen körperliche Unruhe (wenn sie sprechen)
- (Spruit, 2015, S. 60)

Da es noch keine Einigung darüber gibt, welche Symptome unbedingt zum Poltern zählen, gibt es noch kein Testverfahren, das eine belegte Diagnose zeigt. Es existieren noch keine standardisierten Testverfahren. Deshalb wird Poltern derzeit an den Kernsymptomen diagnostiziert (Spreer, 2018, S. 196).

Die nachfolgende Tabelle zeigt den Unterschied zwischen Poltern und Stottern.

*Tabelle 6: Unterschied Poltern und Stottern*

Merkmal	Poltern	Stottern
Art der Unflüssigkeiten	Wortwiederholungen, Silbenwiederholungen, häufige normale Unflüssigkeiten	Dehnungen, Blockierungen, Laut- und Silbenwiederholungen

Körperliche Begleitsymptome	keine	diverse
Sprechängste	situativ	häufig
Sprechgeschwindigkeit	erhöht/irregulär	abhängig von der Symptomatik
Ausspracheauffälligkeiten	phasenweise unangepasste Bewegungen der Artikulationsorgane	deutlich
Sprachauffälligkeiten	häufig auffällig	selten auffällig, Vermeidungsverhalten
Schriftbild	häufig auffällig	nicht auffällig
Aufmerksamkeit	häufig auffällig	nicht auffällig
Sprechen unter Stress	besser	schlechter
Sprechen in Entspannung	schlechter	besser

Quelle: Zang & Metten (2014, S. 29)

### 5.2.2 Therapie

Wenn das Poltern negativ auf die Lebensqualität wirkt, sollte eine Therapie stattfinden. Es ist wichtig, nicht nur an der Funktionsebene (Reduzierung der Symptome) zu arbeiten, sondern auch das Umfeld einzubeziehen (Zang & Metten, 2014, S. 31).

Die Therapie gestaltet sich facettenreich. Zuerst wird auf das Bewusstsein und das Sprechtempo geachtet bzw. dieses verändert. Das hat Wirkung auf die gesamte Klarheit der Aussage, die Ausdrucksweise, den Sprecher/innen/wechsel, Pausendauer, die Setzung von Pausen und auf die Struktur der Wörter. Polternde Personen realisieren erst anfänglich in der Erstberatung, welche Symptome ihr Sprechen aufweist (Spruit, 2015, S. 45).

Doran (1981; zit. n. Spruit, 2015, S. 45) meint, dass für ein individuelles Heilverfahren SMART-Ziele gewählt werden sollten. Damit sind die Erfolge offensichtlich und die Ziele können eventuell geändert werden. SMART steht für:

S=Spezifisch: Die Zielsetzung soll so exakt wie möglich sein. Zum Beispiel soll das Kind/die Klientin/der Klient nach vier Einheiten in sieben von zehn Fällen alle Silben sprechen.

M=Messbar: Das gesteckte Ziel wurde erreicht. Zum Beispiel kann das Kind/die Klientin/der Klient nach vier Einheiten in sieben von zehn Fällen alle Silben sprechen.

A=Akzeptabel: Das Ziel muss von der Klientin/dem Klienten akzeptiert werden, da es sonst nicht erreichbar ist.

R=Realistisch: Die Zielsetzung muss so gewählt werden, dass sie in der vereinbarten Zeit realisiert und umsetzbar ist.

T=Terminiert: Es ist für die Klientin/den Klienten wichtig Termine zu fixieren (Spruit, 2015, S. 45).

Menschen mit Poltersymptomatik müssen ihr Sprechen bzw. die Symptome besser wahrnehmen. Der Beginn kann mit einem *Whisperphone* durchgeführt werden. Dies ist ein Kopfhörer mit dem es möglich ist, sich auf die Laute der Wörter zu konzentrieren. Das Gesprochene kommt mit dem Whisperphone direkt ins Ohr. Die Person, die diesen Kopfhörer trägt, kann das Sprechen bewusst wahrnehmen und spricht automatisch deutlicher. Wichtig ist, dass dem Kind klar wird, was schnelles, was langsames Sprechen und was ein normales Sprechtempo ist. Dies ist jedoch sehr schwierig umzusetzen und manchen Menschen ist es gar nicht möglich das Sprechtempo jeder Situation anzupassen. In der zweiten Phase wird die Sprechgeschwindigkeit mit Mundvokalbildern reduziert. Die Mundbewegungen werden übertrieben gemacht. Dadurch reduziert sich das Tempo automatisch, denn wer schnell spricht macht weniger und kleinere Mundbewegungen. Es kann aber auch mit Vokaldehnungen gearbeitet werden. Durch Verlängern oder Dehnen dieser, wird ein wesentlich niedrigeres Sprechtempo erreicht. Wichtig ist auch, dass das Kind lernt, alle Silben der Wörter auszusprechen, da Silben und/oder Laute oft ausgelassen werden. Das Setzen von Pausen ist wichtig. Dadurch kommt es auch zur Reduzierung des Sprechtempos. Eine normale Pause dauert ungefähr eine halbe Sekunde. Geübt werden Pausen zwischen zwei Sätzen, Pausen innerhalb von Sätzen und beim Sprecher/innen/wechsel (Spruit, 2015, S. 46ff).

Dazu passt folgendes Zitat sehr gut:

„Für ein gutes Gespräch sind die Pausen genauso wichtig wie die Worte.“ (H. von Doderer)

# 1 Die Wiener Sprachheilschule – einzigartig in Österreich

Zu Beginn wird ein kurzer geschichtlicher Auszug der Wiener Sprachheilschule gegeben. 1895 wurde die erste Sprachambulanz in Wien errichtet. 1897 konnten stotternde Kinder an einem fünfwöchigen schulischen Heilkurs teilnehmen. Es gab drei bis vier Kurse zu jeweils 8 Schülerinnen bzw. Schülern. Die Kinder wurden während des Kurses vom Unterricht freigestellt (Meixner, 1996, S. 14f).

Der Pädagoge Karl Cornelius *Rothe* eröffnete in den Jahren 1913/1914 die erste Sonderschulklasse für Kinder mit Sprachstörungen. Der Arzt *Fröschels* errichtete 1909 an der Wiener Universitäts-Ohrenklinik eine Sprachambulanz. Beide standen einander durch die gemeinsame Arbeit sehr nahe. Im Ersten Weltkrieg wurden die Sprachheilklassen eingestellt. 1921 wurde durch Rothe der sprachheilpädagogische Unterricht in Klassen und Sprachheilkursen wieder begonnen. 1927/1928 gab es 13 Sprachheilklassen und 26 Sprachheilkurse in Wien. Rothe betrieb Aufklärungsarbeit. Es war ihm wichtig zu betonen, dass die Sprachstörungen nicht „von alleine“ nachlassen, Stottern kein nervöses Leiden sei und Sprachstörungen keine Intelligenzstörungen sind (Meixner, 1996, S. 15ff).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde 1945 die Wiener Sprachheilschule unter Otto *Lettmayer* wieder aufgebaut. Er war 18 Jahre lang Leiter der Wiener Sprachheilschule. Er erkannte, dass es notwendig war alle sprachauffälligen Kinder zu betreuen. Er bildete Lehrerinnen/Lehrer aus, die in ganz Österreich unterrichteten. Die Betreuung sprachauffälliger Kinder wurde in ganz Österreich möglich. In ganz Österreich unterrichteten 1959 bereits 84 Sprachheillehrerinnen/Sprachheillehrer. 38 davon in Wien. Der Aufbau und die Ausweitung der sprachheilpädagogischen Betreuung, aber auch die methodische Gestaltung der Fördermaßnahmen waren ihm wichtig. Die falsche Zungenstellung bei Sigmatismus (Laut „S“ wird falsch gebildet) und Schetismus (Laut „SCH“ wird falsch realisiert) wurde mit Sonden korrigiert. Es gelang aber auch Stentsplatten einzusetzen. Dazu wurde ermöglicht, eine Wachsplatte zu erweichen und über die Zunge zu legen. Anschließend sollte das Kind zubeißen. Dann wird ein dreieckiges Stück ausgeschnitten. Nach Härtung der Platte wird diese wieder in den Mund genommen und das Sprechen eines richtigen „S“ ist möglich. Diese passiven Methoden waren sehr unangenehm für das Kind. Otto Lettmayer arbeitete mit seinen Lehrerinnen/Lehrern an aktiven kindgemäßen Methoden. Diese waren sehr erfolgreich bei der Lautanbildung. Sie werden weltweit eingesetzt, da sie einfach und kindgerecht sind. Lehrerinnen/Lehrer der Wiener Sprachheilschule entwickeln seit 1950 Materialien für die Therapie. Der

international bekannte Sprachheilpädagogin Franz Maschka weitete ab 1964 als Direktor der Wiener Sprachheilschule das Arbeitsfeld der Sprachheilpädagoginnen/Sprachheilpädagogen auf die Sonderschulsparten aus. Das Wiener Modell gab es nirgendwo anders. Die lückenlose Erfassung aller Kinder mit Sprachbeeinträchtigungen ist durch ein dichtes Netz von Sprachheilkursen gegeben. Eine rasche Weiterentwicklung wurde durch die Direktoren Fritz Hinteregger und Inge Frühwirth möglich. Es wurde die methodisch-didaktische Umsetzung, die Organisation und die wissenschaftliche Basis der Sprachheilpädagogik vergrößert (Meixner, 1996, S. 18ff).

„Sprachheillehrerinnen/Sprachheillehrer sind beseelt von der Liebe zum Kind und fasziniert von dem Glück, helfen zu können.“ (Meixner, 1996, S. 23)

Der heutige Name der Wiener Sprachheilschule ist: Zentrum für Inklusiv und Sonderpädagogik Wiener Sprachheilschule. Die Arbeit der ambulanten Sprachheillehrerinnen/Sprachheillehrer (Kurslehrerinnen/Kurslehrer) ist das Erfassen und Fördern von Schülern mit Sprach- Sprech- und Kommunikationsproblemen am jeweiligen Schulstandort. Die Förderung umfasst Vorschulklassen, Volksschulklassen, Sonderschulklassen und Integrationsklassen. Sprachheilkurse finden aber auch an Spartenschulen statt. Zum Beispiel im Zentrum für sehbehinderte Kinder, in Zentren für körperbehinderte Kinder und Zentren für geistig-schwerstbehinderte Kinder (Wiener Sprachheilschule, o. J.) <sup>1</sup>.

Zum Sprachheilkurs zählen exemplarisch folgende Tätigkeiten bzw. Aufgabenbereiche: Zu Beginn des Schuljahres ist es wichtig Bedarfserhebungen durchzuführen. Es werden sprachauffällige Kinder erfasst und in ein Formular eingetragen. Anschließend erfolgt das Anamnesegespräch mit einem oder beiden Elternteilen. Sprachheillehrerinnen/Sprachheillehrer arbeiten aber auch beratend. Im Bedarfsfall wird das Kind an eine andere pädagogische therapeutische oder medizinische Institution weitervermittelt. Danach startet der sprachheilpädagogische Unterricht. Es wird eine Grob- und Feindiagnose erstellt. Der Unterricht findet in Kleingruppen oder mit dem Kind einzeln statt. Je nach Diagnosestellung und Sozialkompetenz des Kindes. Die individuell benötigten Arbeitsmittel, Spiele u.s.w. werden von den Sprachheilpädagoginnen/den Sprachheilpädagogen selbst hergestellt. Auch die Dokumentation und Reflexion der sprachheilpädagogischen Förderverläufe zählen zum Aufgabenbereich.

---

<sup>1</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/kurse.php>



Ein großer Teil der Arbeit ist auch die Vernetzung/Zusammenarbeit mit den Klassenlehrerinnen/Klassenlehrern, Stützlehrerinnen/Stützlehrern, Psychagoginnen/Psychagogen, Begleitlehrerinnen/Begleitlehrern, Deutschförderlehrerinnen/Deutschförderlehrern und Schulärztinnen/Schulärzten.

Fortbildung ist auch im sprachheilpädagogischen Bereich sehr wichtig und mit 15 Stunden pro Schuljahr verpflichtend.

Diese finden im Zentrum für Sprachheilpädagogik, im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (ÖGS) oder an Hochschulen (Pädagogische Hochschule Wien bzw. Kirchlich Pädagogische Hochschule Wien/Krems) statt (Wiener Sprachheilschule, o. J.) <sup>2</sup>.

Im Zentrum Mitte befindet sich auch die sprachheilpädagogische Ambulanz. Sie ist eine Erweiterung im Angebot der Wiener Sprachheilschule. In der Ambulanz können Wiener schulpflichtige Kinder betreut werden. Dies ist eine Serviceleistung der Bildungsdirektion und für Eltern und Kinder kostenlos. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der sprachheilpädagogischen Ambulanz fördern Kinder mit gravierenden Sprachstörungen, beraten Eltern, erstellen eine umfassende Diagnose und kontaktieren die Schule des betreffenden Kindes (Wiener Sprachheilschule, o. J.) <sup>3</sup>.

Die Kompetenzen der Wiener Sprachheilschule lassen sich noch von einem Team mit Schwerpunkt: Unterstützte Kommunikation erweitern. Diese Kolleginnen/Kollegen unterstützen die kommunikativen Möglichkeiten bei Menschen ohne Lautsprache. (z.B. mit Bildkarten, spezielle Apps, ...) (Buntenkötter & Steiner, o.J.) <sup>4</sup>.

Ein weiterer Expertinnenbereich/Expertenbereich betrifft die basale Förderung. Diese Kolleginnen/Kollegen unterstützen die Wahrnehmung (als Voraussetzung für Kommunikation und Sprachentwicklung), orale-facio Stimulation, basale Stimulation und unterstützen Kinder beim Essen, Trinken und der Atmung (Wiener Sprachheilschule, o. J.) <sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/kurse.php>

<sup>3</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/ambulanz.php>

<sup>4</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter [https://www.sprachheilschule.at/uk\\_handout.pdf](https://www.sprachheilschule.at/uk_handout.pdf)

<sup>5</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter [https://www.sprachheilschule.at/mobiles\\_team.php](https://www.sprachheilschule.at/mobiles_team.php)

Die folgende Abbildung zeigt die vielfältigen Tätigkeitsbereiche der Sprachheilpädagoginnen/Sprachheilpädagogen der Wiener Sprachheilschule.



Abbildung 9: Wiener Sprachheilschule (eigene Darstellung).

Österreichweit gibt es einen Verein - die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik – kurz: ÖGS, der sehr eng mit der Wiener Sprachheilschule verbunden ist. Die Mitgliedschaft ist für Sprachheilpädagogen/Sprachheilpädagoginnen aus ganz Österreich möglich. Die ÖGS ist ein gemeinnütziger, unpolitischer und nicht auf Gewinn zielender Verein, der die Sprachheilpädagogik in Theorie und Praxis fördern möchte. Der Verein organisiert Fortbildungen für Sprachheilpädagoginnen/Sprachheilpädagogen in Form von Kongressen und Seminaren. Weiters erscheint 4x jährlich eine Fachzeitschrift mit wissenschaftlichen Fachbeiträgen, praktischen Anregungen u.s.w. (Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, 2005) <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilpaedagogik.at/statuten.html>

Da die ÖGS auch eine lange Vorgeschichte hat, muss diese jedenfalls beschrieben werden. Im Jahre 1924 gründete Dr. Emil Fröschels die „Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie.“ In den Jahren 1924, 1926, 1928 und 1932 fanden Kongresse statt, bei denen Wiener Sprachheillehrerinnen und Sprachheillehrer zahlreich vertreten waren. In der Arbeit mit sprachauffälligen Kindern wurde schon damals großer Wert auf die pädagogische Komponente gelegt (Meixner, 1996, S. 15).

Nach dem Zweiten Weltkrieg konnte die Wiener Sprachheilschule zügig wiederaufgebaut werden. Sprachheillehrerinnen und Sprachheillehrer aus den Bundesländern konnten ab 1952 an der Wiener Sprachheilschule ausgebildet werden. OSR Otto Lettmayer war der erste Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilpädagoginnen in Österreich, die im Jahre 1958 gegründet wurde. In dieser Zeit wurde auch ein Mitteilungsblatt herausgegeben. Dies übertraf jedoch schon bald den Rahmen der Informationsweitergabe und es wurde zum fachlichen Boten der Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen in Österreich. 1964 wurde Schulrat Franz Maschka Leiter der Wiener Sprachheilschule. Er übernahm auch den Vorsitz in der Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilpädagoginnen in Österreich. Franz Maschka gab der Arbeitsgemeinschaft 1969 den Namen „Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“, deren Sitz in Wien war/und ist. Ehrenvorsitzende waren Prof. Dr. Emil Fröschels und Oberschulrat Otto Lettmayer. Die Fachzeitschrift bekam den Namen „Der Sprachheilpädagoge“ mit Hannes Aschenbrenner als Schriftleiter. Von 1973 bis 1983 konnten im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik Exkursionen ins In- und Ausland, vier internationale Tagungen (1975, 1977, 1979 und 1981), Vorträge und Praktika mit in- und ausländischen Referenten durchgeführt werden. Die Fachzeitschrift „Der Sprachheilpädagoge“ wurde mit 1250 Exemplaren (1983) und 104 Seiten (1983) auf ein *konsiderables* Niveau gehoben. Herr SD Friedrich Hinteregger übernahm 1983 die Leitung der ÖGS. 1989 folgte Frau Direktor Inge Frühwirth (Meixner, 1996, S. 20ff).

Derzeit ist Frau Almuth Paier, BEd MA Vorsitzende der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, 2005) <sup>7</sup>.

## 2 Psychomotorik und Sprache

„Die Freude an der Bewegung löste tatsächlich auch die Freude an der Sprache aus.“  
(Kiphard, 1994b, S. 227)

Bewegung und Sprache sind grundlegende Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes. Es teilt sich mit Gebärden und Lauten, Gestik und Mimik mit. Bevor das Kind sich sprachlich äußert, hat es ein Wissen über räumliche Beziehungen. Dieses hat es durch Wahrnehmung und Bewegung erfahren. Bewegung ist Antrieb der kindlichen Entwicklung – auch im sprachlichen Bereich. Im Spiel gewonnenes Verständnis wird in Verbindung mit Sprache zu Begriffen. Mit diesen Begriffen kann das Kind eine Abbildung der Welt verinnerlichen. Der Erwerb der Sprache besteht aus vielen Teilfertigkeiten, die auf verschiedenen Ebenen erlernt werden (Zimmer, 2016, S. 13ff).

„Psychomotorische Förderung verfolgt damit einerseits das Ziel, über Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen – also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken -, andererseits soll jedoch auch eine Bearbeitung motorischer Schwächen und Störungen, aber auch der Probleme eines Kindes in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt ermöglicht werden.“ (Zimmer, 2012, S. 22)

Die ganzheitliche Förderung mit Bewegung steht im Vordergrund. Ziele psychomotorischer Förderung sind: selbständiges Handeln, Erweiterung der Handlungskompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten durch Gruppenerfahrungen, die Verbesserung des Selbstverständnisses. Das Kind soll sich in psychomotorischen Einheiten aber auch selbstwirksam und befähigt erleben. Die Inhalte der Psychomotorik sind Körper-Selbsterfahrung, *Perzeption (Wahrnehmung)*, Spüren des individuellen Körpers und Ausdrucksmöglichkeiten erproben. In psychomotorischen Einheiten sind jedoch auch Materialerfahrungen wichtig. Sogenannte Beschäftigung mit den Umständen der Umwelt, und das Verstehen von physikalischen Grundlagen (Fliehkraft, Schwerkraft, Gleichgewicht, ...) Ein weiterer wichtiger Teil der Psychomotorik sind Sozialerfahrungen. Kommunikation miteinander/untereinander mit Motorik. Wichtig ist auch das Angebot an

erlebnisreichen Motorikangeboten (Bewegungslandschaften), damit sich das Kind als bedeutendes Mitglied der Gruppe versteht, ein positives Selbstkonzept entwickelt und Erlebnisse des Selbstwirksam-Seins herbeiführen kann (Zimmer, 2012, S. 22ff).

Nach Kiphard (1980, S. 30) ist es wichtig, dass das Kind Ich-Kompetenz, Sachkompetenz und Sozialkompetenz erreicht. Ich-Kompetenz meint, sich selbst und den Körper wahrnehmen und emotional erleben zu können. Mit sich selbst umgehen lernen, Körperfunktionen und Bewegungsmöglichkeiten erfahren und Gefühle körperlich zeigen zu lernen. Unter Sachkompetenz ist zu verstehen - sich an den greifbaren Lebensraum anpassen zu können, und auch den Lebensraum an sich anzupassen. Material wahrzunehmen, zu bewegen, verändern und gestalten. Sozialkompetenz bedeutet, sich mit anderen Menschen abzustimmen, aber auch eigene Wünsche und Interessen verwirklichen zu können. Sich sozial wahrnehmen, nacheinander zu agieren und mit anderen Menschen umgehen zu lernen. Selbständigkeit, Kreativität und Selbststeuerung sind wesentliche Prinzipien der Psychomotorik.

Für alle Kinder im Grundschulalter ist Psychomotorik sinnvoll. Kinder können themenzentrierte Spielhandlungen und Bewegung entwicklungsgerecht erleben. Im Spiel kann sich das Kind mit seinen bedeutsamen Themen und Entwicklungsaufgaben beschäftigen. Spielen ist als sinnvolles Handeln zu sehen, in dem das Kind zur Eigentätigkeit, als auch zum gemeinsamen Tun motiviert wird. Unterschiedliche Handlungsweisen können angstfrei ausprobiert werden. Die Kinder haben die Möglichkeit ihre Emotionen zu äußern und erleben sich als Schöpfer von Handlungen. In weiterer Folge ist es möglich eine Information über sich und den Handlungserfolg zu bekommen. Im Spiel werden Interessen, Ausdauer, Aktivität, Neugier, Sozialverhalten und kreative Prozesse unterstützt (Fischer, 2009, S. 282f).

Kiphard (1994a, S. 22) erklärt das *holistische* Prinzip der Psychomotorik. Die Gesamtheit von Körper, Geist und Seele soll wiederhergestellt werden. Psychomotorik wendet sich gegen eine funktionalistische und mechanische Perspektive des Menschen. Negativ ist auch technischer Sportunterrichtsdrill. Damit werden die unmittelbaren Bewegungs- und Handlungsbedürfnisse der Kinder unbeachtet. Die Psychomotorik soll lustbetont alle (verbleibenden) Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten bei Kindern, Jugendlichen, Klienten und Patienten vergrößern.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die didaktisch-methodischen Prinzipien der Psychomotorik. Anstelle von Leistungsorientierung stehen Erlebnis- und Persönlichkeitsorientierung. Statt Produktorientierung steht der Prozess im Vordergrund (Prozessorientierung). In der Psychomotorik werden keine genormten Bewegungen

nachgebildet, sondern es gibt Gelegenheiten die freien Handlungsmöglichkeiten in offenen Bewegungssituationen auszuprobieren. Herausfinden, entdecken, planen, gestalten, ... sind weitere wesentliche Bestandteile in psychomotorischen Einheiten.

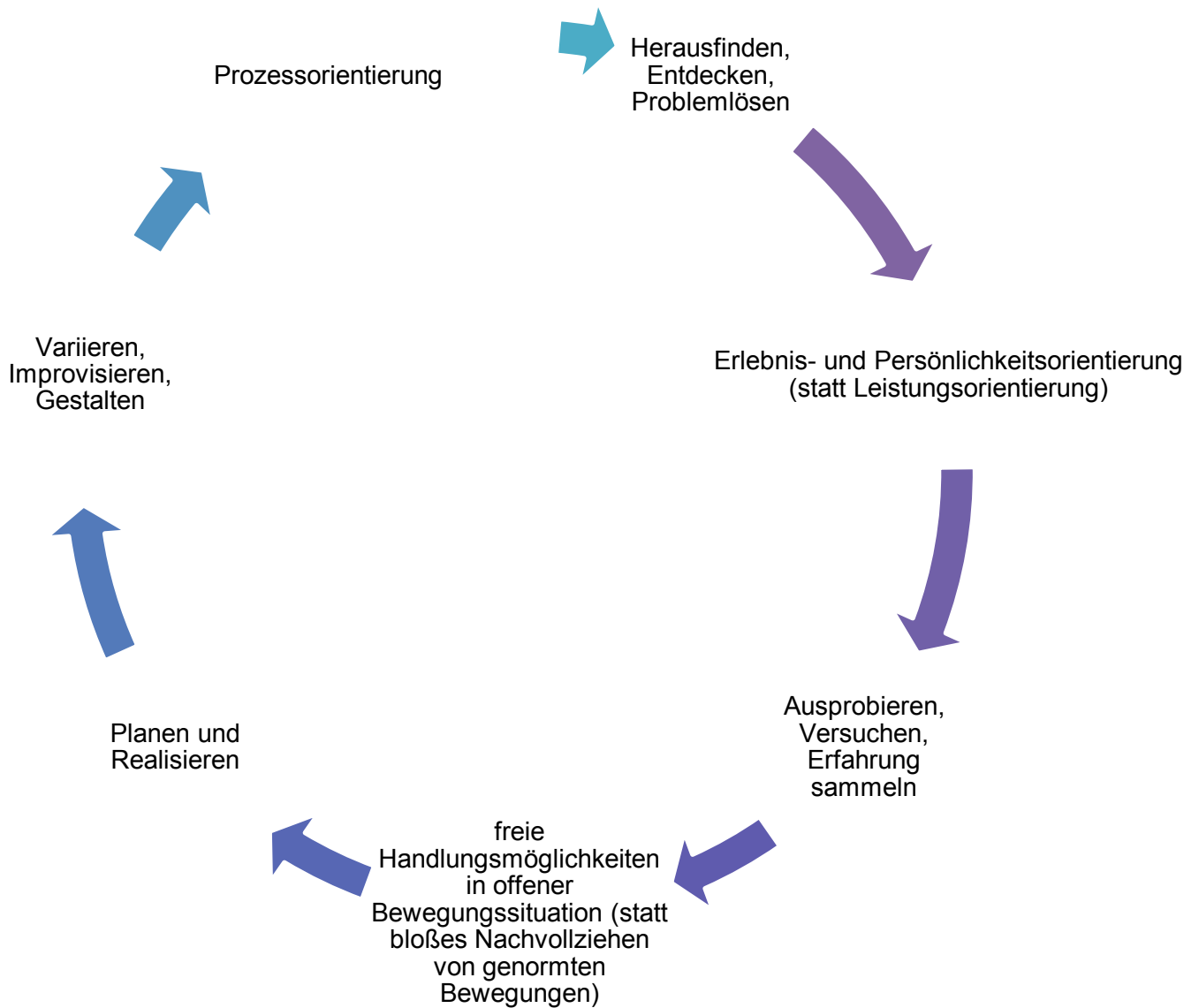


Abbildung 10: didaktisch-methodische Prinzipien (mod. n. Kiphard, 1994a, S. 50).

„Psychomotorik kennzeichnet eine ganzheitlich-humanistische, entwicklungs- und kindgemäße Art der Bewegungserziehung.“ (Kiphard, 1994a, S. 12)

Sprachentwicklung ist massiv mit der kognitiven Entwicklung verbunden. Mit Bewegungsbegeisterung werden erforschende Tätigkeiten bewirkt. Das Kind möchte sich sprachlich und mit Bewegung äußern. Motorik bietet dem Kind eine hohe entwicklungsfördernde Leistungsmöglichkeit, die sich günstig auf die Leistungsfähigkeit der Sprache auswirkt. Mit Äußerungen und Motorik erkunden Kinder die Umwelt. Unterstützung

der Sprachentwicklung ist vor allem für Kinder wichtig, die wegen sozialer (kultureller Abstammung) bzw. ihrer persönlichen Voraussetzungen Förderung benötigen. Mit dem Erwerb der Sprache kann das Kind seinen Freiraum erweitern. Es kann nun auch mit Äußerungen sein Umfeld beeinflussen. Es ist nicht nur allein das Spiel- und Übungsangebot wichtig, sondern auch wie es angeboten und durchgeführt wird. Dies bestimmt auch den Erfolg von Psychomotorischen Einheiten (Zimmer, 2016, S. 13ff).

Die nachfolgende Abbildung zeigt aus der Sicht der Kinder/Jugendlichen, Erwachsenen oder Patientinnen/Patienten welche Fähigkeiten und Eigenschaften eine erfolgreiche Psychomotorikerin/einen erfolgreichen Psychomotoriker auszeichnen. Die Psychomotorikerin/Der Psychomotoriker muss erfassen können, wann zur nächsten Übung weitergegangen werden kann. Wichtig ist das spielerische Element einer Übung. Die Kinder/Jugendlichen/Erwachsenen fühlt sich in den Einheiten beachtet und ernst genommen, spüren, dass das Interesse an ihnen echt ist. Die Personen sind davon überzeugt, dass an sie geglaubt wird und die Kind/Jugendlichen/Erwachsenen beantwortet das Engagement der Psychomotorikerin/des Psychomotorikers mit Vertrauen und tiefer Zuneigung (Kiphard, 1995, S. 37ff).



Abbildung 11: erfolgreiche Psychomotorische Einheiten (mod. n. Kiphard, 1995, S. 37).

## 2.1 Psychomotorik und Stottern

Frühere Untersuchungen bestätigten, dass Kinder, die stottern, nur geringe Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung haben. 1954 ergab eine Studie, dass Stotterer den Kindern ohne Redeflussstörung motorisch sogar überlegen waren. Kiphard stellte in eigenen Untersuchungen mit dem Trampolin-Körperkoordinationstest (TKT) 1967 fest, dass ein Viertel bis ein Drittel der stotternden Kinder motorisch koordinationsgestört waren. In einer weiteren Analyse wurden bei stotternden Kindern Haltungsmängel festgestellt, die in weiterer Folge die Atmung beeinträchtigen. Bei den meisten Stotterern gibt es den *ontogenetisch primitiven „Pendelgang“* (Kiphard, 1994b, S. 233f).

Mit Hilfe des TKT traf Kiphard (1994b) eine Einteilung in drei psychomotorische Störungssyndrome:

1. Das verspannte Kind mit Stotterersymptomatik („Spannling“):  
Diese Kinder sind übersteuert, ruhelos, überdreht und überaktiv. Die Muskulatur zeigt sich hypertonisch mit Tendenz zu Beugekontrakturen. Auch die Feinmotorik ist beeinträchtigt. Jedoch können sie auch impulsstark, reaktionsschnell und wendig sein. Es zeigen aber auch Kinder, die poltern, die gleichen Symptome. Sie haben jedoch keine Angst und leiden auch nicht unter ihrer Störung.
2. Das steife Kind mit Stotterersymptomatik („Steifling“):  
Das Verhalten dieser Kinder zeigt sich energisch, laut, reizbar-aggressiv, unwendig, ungelenkt und ausfahrend. Der Bewegungsablauf ist zähflüssig und *perseverierend*. In der Gruppe finden sich „Werkzeugstotterer“. Die Sprechwerkzeuge sind beeinträchtigt, wie die Gesamtbewegungsstörung. Ihre Kraft ist gut entwickelt, aber sie sind grobmotorisch mangelhaft wendig. Diese Verhaltensweisen finden wir auch bei Epileptikern. Eine Bewegung durch willkürliches Anhalten zu unterbrechen und sich muskulär zu entspannen, fällt ihnen ganz besonders schwer.
3. Das schlaffe Kind mit Stotterersymptomatik („Schlaffling“):  
Diese Kinder sind antriebsarm, passiv, gleichgültig, traurig depressiv. Manchmal aber auch entspannt, kontaktfreudig und mitteilhaft. Sie sind wenig leistungsfähig und die Bewegungen sind plump und schwerfällig. Kinder dieser Gruppe haben eine pathologische Erhöhung zentralmotorischer Hemmungsprozesse. Dadurch kommt es während des Sprechens zu Mitbewegungen der Mimik und der Extremitäten. (Kiphard, 1994b, S. 235f)



In allen drei Gruppen sind Veränderungen in Atmung und Stimmgebung zu beobachten. Auch kommt es in der Mimik zu Zuckungen im Bereich des Mundes, Aufeinanderpressen der Lippen, Aufreißen der Augen, und Grimassieren. In der Gestik kommt es zu Körperverspannungen, Armverschränkungen, krampfhaftes Beinkreuzen und Faustballen. Das große Bemühen des stotternden Kindes das Reden fortzusetzen behindert die Fähigkeit zur willkürlichen Entspannung. Bei den „Werkzeugstotterern“ kommt es oftmals zu Bewegungsblockaden begleitet von Atem- und Sprechpausen. Ihr Energieaufwand ist bei Stimmgebung und beim Atmen verhältnismäßig groß. Mit der folgenden Checkliste (Tabelle 7) kann eine symptomorientierte Arbeitsweise mit ganzheitlich psychomotorischem Ansatz umgesetzt werden (Kiphard, 1994b, S. 236f).

*Tabelle 7: Checkliste und psychomotorisches Stufenprogramm bei Stottern*

Verspannung:	verkrampft, übersteuert, unkontrolliert, überangespannt, zittrig, unsicher, ängstlich, gehemmt
Steifheit:	ungelenk, eckig, kantig, ungeschickt, hölzern, starr, rigide, arrhythmisch, impulsiv, heftig, explosiv, aggressiv
Schlaffheit:	kraftlos, schlapp, haltungsschwach, langsam, müde, träge, bequem, passiv, plump, schwerfällig
Bei Verspannung:	Lösung, Entspannung, Kinästhesie-Training, Bewegungs-, Atem- und Stimmrhythmisierung, Urlaute, Tierpantomime, Rollenspiel, Enthemmung, Ekstase
Bei Steifheit:	Wendigkeits- und Lockerungsübungen, Spiele, Reaktion und grobmotorische Koordination, Rhythmik, Impulsdosierung und Behutsamkeit, Entspannung
Bei Schlaffheit:	Organkräftigung, Muskelkräftigung, Stimmkräftigung, Atemstütze, Sprungkraftschulung, Gewandtheitstraining, Hindernisturnen, Spiele

Quelle: mod. n. Kiphard (1994b, S. 238)

### 3 Konzept der Psychomotorischen Förderung für Kinder mit Redeflussstörungen

In der psychomotorischen Förderung steht ein lockeres Stottern (Non Avoidance) und eine geduldige Beziehung zum eigenen Stottern im Vordergrund. Aber auch Formen von Fluency Shaping-Programmen fördern ein flüssiges Sprechen.

Ziele des Konzeptes sind:



fließendes Sprechen anregen



Vermittlung eines kontrollierten Umgangs mit Blockierungen



Unterstützung eines lustvollen Miteinanders (Sozialkompetenz)



Annehmen des Stotterns als Teil der Persönlichkeit



Die Einheiten sollen von Bewegung, Freude und kindgerechter Umsetzung beeinflusst sein



Anstreben eines angstfreien (Rest-) Stotterns (Hansen & Iven, 2002, S. 56)

Im weiteren Verlauf werden mögliche Teile bzw. Aspekte der Therapie vorgestellt.



Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau:

Damit sich das Kind an noch unbekannte sprachliche Anforderungen und neue Kommunikationspartner/innen gewöhnen kann, ist es wichtig, bewusst günstige Voraussetzungen zu schaffen. Der Therapieraum sollte Material enthalten, das dem Alter des Kindes entspricht, überschaubar und motivierend ist. Es sollte sich auch nach den Vorlieben des Kindes ausrichten. Mit den bekannten und vertrauten Strukturen gewinnt es an Sicherheit. Dazu kann es auch ein Lieblingsspielzeug mitnehmen. Mit einem gewohnten Gegenstand wird Unbehagen verringert und gleichzeitig entsteht ein Gesprächsanlass. Das Kind kann aber auch etwas aus dem Therapieraum mitnehmen. Durch den Austausch entsteht eine Brücke zwischen den Lebensräumen. Schutz bietet dem Kind auch die Begleitung einer Person seines Vertrauens. Meist ein Elternteil. In weiterer Folge können Großeltern, Geschwister u.s.w. miteinbezogen werden (Hansen & Iven, 2002, S. 119ff).



Begriffe begreifen können:

Als gesamtkörperlich erfahrbare wichtige Begriffe werden: weich-hart, leicht-schwer, kurz-lang und langsam-schnell angesehen. Damit die Bedeutungen der Unterschiede erleb- und erfahrbar werden, sind Material, Bilder, Symbole, Visualisierungshilfen und Vorstellungen notwendig. Zum Beispiel Wasser-Eiswürfel (weich-hart), Seifenblasen-Glasmurmeln (leicht-schwer), lange Fäden-kurze Fäden (lang-kurz), Schnecke-Maus (langsam-schnell). Mit diesen Materialien kann das Kind zunächst experimentieren. (angreifen, mit den Füßen berühren, mit verbundenen Augen ertasten, ...) Wichtig dabei ist, die Aktion in einen spielerischen Zusammenhang (Spielhandlung) zu stellen (Hansen & Iven, 2002, S. 119ff).



Abbildung 12: *blindes Experimentieren mit Material*



Abbildung 13: Experimentieren mit Material



Abbildung 14: weich – hart



Abbildung 15: kurz – lang



Abbildung 16: Material in der psychomotorischen Einheit



Weiches, leichtes und langsames Sprechen:

In dem Bereich werden dem Kind Möglichkeiten angeboten den weichen Stimmeinsatz, ein langsames Sprechen und gedehnte Vokale zu erarbeiten. Die Abkürzung *WLL* steht für:

W – weich: weiche Stimmführung, weicher Stimmeinsatz, druckfreier Sprechbeginn

L – leicht: Sprechen ohne Zeit- und Kommunikationsdruck und mit wenig Krafteinsatz

L – langsam: Sprechtempo verlangsamen durch Dehnung der Vokale

Zu Beginn werden einzelne Vokale mit Bewegungen begleitet. Zum Beispiel „Aaaaaa...“ während die Feder fliegt. „Uuuuu...“ während Seifenblasen schweben. „Ooooo...“ bei einem Luftballon im Flug. Nun können Übungen und Spiele angeboten werden, die auf Wort- und Satzebene flüssiges Sprechen ermöglichen. Zum Beispiel das „Zaubergummiband“: Die Zauberin/der Zauberer verzaubert Wörter, die jemand sagen möchte. Alle Wörter werden so lange gezogen wie das Gummiband gespannt ist. Wichtig ist, wirklich bei jedem Wort langsam zu dehnen. Aus „Hokus-Pokus“ wird „Hoooookus-Poooookus“. In weiterer Folge kann man sich in Zaubersprache unterhalten. „Hoooookus-Poooookus, Guuuuummiband, weeeeer weieieieieiß das läääängste Wooooort im Laaaaand?“ (Hansen & Iven, 2002, S. 126f).

Ein weiteres wertvolles Spiel ist die Piratenreise. Dabei sollen die vier Tischbeine nach oben zeigen. (Der Tisch wird umgedreht.) Dann wird eine Schnur um die Beine gespannt und Tücher darauf gehängt. So entsteht eine Bordwand. Dies ist nun ein Piratenschiff, das im Hafen liegt. An Bord steht der Kapitän (das Kind). Ein Matrose (Psychomotorikerin/Psychomotoriker) steht an Land und fragt, was für die Reise benötigt wird. Die Entfernung zwischen Schiff und Hafen ist recht groß.



Nun wird ein *Megaphon*/eine Flüstertüte benötigt.

Der Kapitän

(das Kind) ruft nun gedehnt was mitgenommen werden soll. „Wiiiiir brauuuauuuauaueeeeeen Broooooot, Waaaaasseeeeeer, Keeeeerzeeeeeen, Gemüüüüseeeeee, .....“ Die erforderlichen Artikel werden in einem Beiboot (Eine Kiste, die an zwei Seilen zwischen Piratenschiff und Hafen hin und her gezogen werden kann.) zum Schiff gebracht. Ist alles an Bord kommt der Matrose (Psychomotorikerin/Psychomotoriker) hinzu. Das Schiff schaukelt bei Wind/Sturm

sehr stark. (Hände geben und auf - ab wippen) Bei ruhiger See kann der Proviant genüsslich aufgegessen werden (Hansen & Iven, 2002, S. 129).

Pustespiele dienen der Unterstützung der Atemkoordination. Wichtig dabei ist die gezielte Atemführung. Zum Beispiel eine Kerze zum Flackern bringen, sie aber nicht auszublasen. Weitere Spiele sind einen Gegenstand durch einen Hindernisparcour pusten, ein Seidenpapierbällchen mit einem Knickstrohhalm in der Luft balancieren, einen Wattebausch zur Tischkante blasen. Dieser darf natürlich nicht herunterfallen (Hansen & Iven, 2002, S. 133f).

Pustespiele mit Chiffontüchern: Die Tücher werden durch Pusten über bestimmte Markierungen oder durch den Raum transportiert (Zimmer, 2015, S. 64).

Pusteballon: Der Luftballon soll mit einem Strohhalm in Bewegung gebracht und über den Boden gepustet werden. Die Kinder können aber auch im Kreis am Boden liegen (Bauchlage). In der Mitte liegen mehrere Luftballons, die mit dem Strohhalm zu einem anderen Kind hingepustet werden (Zimmer, 2018, S. 57).

Pustespiele in der Psychomotorik:



*Abbildung 17: Pustespiel Kind A.*



*Abbildung 18: Pustespiel Kind B.*



*Abbildung 19: Pustespiel Kind C.*

Es gibt aber auch Pustespiele von verschiedenen Verlagen bzw. Herstellern. Zum Beispiel „Pustekuchen“ (der Firma HABA). In dem Spiel muss eine Holzkugel vom Kuchenteller in ein größeres Loch (Obsttorte, Schokoladekuchen, ....) gepustet werden.





Abbildung 20: Pustekuchen 1



Abbildung 21: Pustekuchen 2



### Ausdehnung und Automatisierung der flüssigen Sprechanteile:

In diesem Teil geht es darum, die Anteile, die das Kind flüssig spricht auszudehnen und zu automatisieren. Auf bestimmten Anforderungsebenen kann sich jedes Kind flüssig äußern. Flüssiges, sicheres Sprechen wird auf verschiedenen Ebenen der sprachlichen Anforderungen ausprobiert. Auf der Einwortebene sind Spiele geeignet, wo Bilder oder Gegenstände mit einem Begriff benannt werden. Zum Beispiel „Memory“, „Lotto“, „Schnipp-Schnapp“ (Ravensburger Spiele) und „Blinde Kuh“. Auf der Ergänzungssatzebene soll das Kind in dem Spiel feststehende Formulierungen durch ein wechselndes Element erweitern. Zum Beispiel Koffer packen, Quartett-Spiele und Sprechspiele und Lieder mit wechselnden Elementen („Auf der Mauer, auf der Lauer...“) Auf der Aussagesatzebene eignen sich Spiele, die mit wenigen, aber frei gebildeten Sätzen, Fragen oder Antworten verknüpft sind. Zum Beispiel „Nanu, ich denk, da liegt der Schuh“, „Quiz und pantomimische Rätsel. Eine weitere Unterstützung für flüssige Sprecherfahrungen sind auch Bilderbücher, in denen immer die gleichen Formulierungen vorkommen. Zum Beispiel „Die kleine Raupe Nimmersatt.“ Und „Der kleine Käfer Immerfrech“. Bei den Spielen in diesem Bereich ist der Fokus auf die Erfahrung von Sprechflüssigkeiten gerichtet. Das Kompetenzgefühl des Kindes soll verstärkt werden (Hansen & Iven, 2002, S. 134ff).



### Konkrete und offene Auseinandersetzung mit Unflüssigkeiten und Stottern:

Hierbei geht es darum, direkt an den Unflüssigkeiten bzw. Stottersymptomen anzusetzen. Das Kind soll aber auch die Angst vor dem Stottern aufgeben, denn dies trägt zum Abbau von Anstrengungs- und Vermeidungsverhalten bei. Dazu gehört z.B. das Roboter Spiel. Dabei spricht ein Kind wie ein Roboter (abgehakt und monoton) und denkt sich einen Punkt an seinem Körper. Das Partnerkind muss den „Aus“ Schalter suchen. Dazu berührt es verschiedene Körperstellen. Wenn die richtige Stelle gefunden wurde, verstummt der Roboter (Hansen & Iven, 2002, S. 137f).



### Stimme, Atmung und Entspannung:

Damit sich der gesamte Krafteinsatz, aber auch Druck und Anstrengung - vorwiegend beim Sprechen - verringert, ist es wichtig Entspannungseinheiten anzubieten. Diese sollen entwicklungsorientiert sein und einen Zusammenhang zur Realität der Kinder haben. Das Erzählen von Fantasiereisen kann beim Kind eigene innere Bilder entstehen lassen. Das Kind erlebt emotionale Zuwendung und Stress kann abgebaut werden. Beliebte

Fantasiereisen können am Handy aufgenommen werden. Somit kann das Kind seine „Entspannunginsel“ auch nach Hause nehmen (Hansen & Iven, 2002, S. 142ff).

In den weiteren Teilen des Konzeptes werden Teile der Stottermodifikation/Nicht-Vermeiden-Ansatz („Non-Avoidance“) mit Inhalten des Fluency Shapings, „Pullout“ Übungen und psychomotorischen Anteilen verknüpft (Beckert, Braun & Willi, 2012, S. 10).

Grohnfeldt (2007, S. 259) versteht unter Pull-out folgendes: „Wird als Technik eingesetzt, wenn Stotternde in einem Block festhängen. Ziel ist die Befreiung bzw. das Herausziehen aus dem Stottersymptom durch das „Umschalten“ in eine spannungsreduzierende Sprechweise wie weiche und kontrollierte Dehnungen.“

Weitere Ziele der Interventionen sind die aufrechterhaltenden Bedingungen abzubauen, die Vorbeugung der Entwicklung von Begleitsymptomen und das Vermitteln von Strategien, wie mit dem Stottern umgegangen werden kann (Sandrieser & Schneider, 2015, S. 119f).

Nachfolgend kommen weitere konkrete Vorschläge für die Stottertherapie in der Psychomotorik. Die angebotenen Spiele/Übungen lassen sich zum Großteil in der Einzelsituation, aber auch in der Gruppe umsetzen. Bei der Auswahl des Materials wurde darauf geachtet, dass dieses leicht zu besorgen ist bzw. ausgetauscht werden kann. Um den Kindern die Identifikation mit den drei Bereichen (Non-Avoidance, Blocklösestrategien und Fluency Shaping) zu erleichtern, wurden Tiere gefunden. Durch den Bewegungsaspekt des zugeordneten Tieres fällt es den Kindern leichter die Ziele des jeweiligen Bereiches zu erreichen. Die vorgestellten Übungen wurden mit Volksschulkindern mit und ohne Stottersymptomatik erprobt und durchgeführt. Einheiten, die mit einem Eichhörnchen geschmückt sind, gehören zum Bereich: Lockeres Stottern - Non Avoidance Ansatz. Das Eichhörnchen kann große Sprünge machen. Es bleibt dabei aber locker und entspannt. Das Kind soll mit dem Stottern ausprobieren. Absichtliches stockendes Sprechen steht im



Vordergrund.

Anleitungen, die mit dem Faultier verziert sind, zählen zu den Blocklösestrategien. Es werden Spiele des Pullout angeboten und durchgeführt. Das Kind lernt, in Angestrengtheiten einzugreifen und sanft weiterzusprechen. Es wird auch mit



Entspannungsübungen vertraut gemacht.

Übungen/Vorschläge mit dem Schmetterling, sind dem Fluency Shaping Ansatz zuzuordnen. Das flüssige Sprechen hat in dem Bereich Priorität. Mit verschiedenen Spielideen kann das Kind sein Sprechtempo verändern, aber auch auf die Atmung und



Artikulation normalisierend einwirken.



Bei dem Spiel Hüpfsilben schreibt das Kind ein mehrsilbiges Wort auf die Tafel, einen Zettel o.ä., bei dem es oft stottert (z.B. Banane). Nun würfelt das Kind und beginnt mit dem (Seil-)springen. Es spricht die erste Silbe so oft, wie der Würfel anzeigt. Anschließend werden die nachfolgenden Silben jeweils einmal gesprochen (Beckert et al., 2012, S. 71).



Schnurtelefon: Das Kind und die Psychomotorikerin/der Psychomotoriker halten je ein Ende einer Schnur mit einem Ring. Durch abwechselndes Heben und Senken rutscht der Ring von einer Person zur anderen. Die Schnur wird so lange angehoben bzw. wird so lange über das vergangene Wochenende gesprochen bis der Ring beim Partner/der Partnerin angekommen ist. So wird hin und her gespielt. Nun folgen Spiele zu Blocklösestrategien (Beckert et al., 2012, S. 75).



Bei der Schal-Entspannung liegt das Kind auf dem Rücken auf einer Matte. Der Kopf lagert auf der Mitte eines Schals. Die Psychomotorikerin/der Psychomotoriker hat die Enden des Schals in der Hand und steht hinter dem Kopf des Kindes. Der Kopf des liegenden Kindes wird nun vorsichtig ein wenig angehoben. Danach langsam zur einen Seite, dann zur anderen Seite bewegt (Beckert et al., 2012, S. 95).



1, 2, 3 und ... Stopp: Die Psychomotorikerin/der Psychomotoriker und das Kind stehen an der untersten Stufe einer Treppe. Nun werden die Stufen beim Gehen gezählt. Ist die Zahl der Stiege durch vier teilbar (4, 8, 12, ...) wird vor der Stufe gestoppt und ausgeatmet. Dann soll die Luft wieder kommen, und mit dem nächsten Schritt wird die nächste Zahl genannt (Beckert et al., 2012, S. 101).



Beim Spiel „Dracula“ stehen zwei Kinder hintereinander. Das Kind hinten spricht folgenden Spruch und führt die Bewegungen dazu aus. „24 Messerstiche“ (mit dem Zeigefinger wird pro Silbe behutsam in den Rücken „gestochen“), „Blut läuft herunter“ (mit den Händen den Rücken herunterstreichen), „Spinnenhaar“ (ein Kopfhaar hochziehen – Pause), „Dracula“ (vorsichtig drei Mal - weil drei Silben - in den Nacken greifen) (Beckert et al., 2012, S. 121).



Zeitlupenland: Ein Ausflug ins Zeitlupenland wird vorbereitet. Die Psychomotorikerin/der Psychomotoriker und die Kinder besprechen, was sie essen bzw. trinken oder besichtigen möchten. Anschließend erfolgt der Eintritt ins Zeitlupenland. Nun geht alles viel langsamer als normal, auch das Sprechen. (Beckert et al., 2012, S. 131).

Es ist wichtig, in den Therapieeinheiten darauf zu achten, dass alle drei Bereiche vorkommen bzw. die Kinder in jedem der beschriebenen Bereiche Erfahrungen machen können. Rituale geben den Kindern Sicherheit und umschließen den Anfang einer Einheit. Empfehlenswert ist eine Zeremonie, die den Beginn der Einheit charakterisiert. Jedes Kind soll angesprochen und begrüßt werden (Beckert et al., 2012, S. 44f).

„Die Tiere wussten, was sie zu tun hatten. Sie kletterten aufeinander und schrien und brüllten und zischten und stotterten. Am Schluss kam der Uhu und setzte sich ganz oben drauf. Da bekam das Ungeheuer solche Angst, dass es wegrannte und nie mehr wiederkam. Glücklicherweise feierten die Tiere ein großes Freudenfest und dankten Igel, Maus und Uhu. Sie nahmen die drei in ihre Mitte, und niemand mehr hat sie seitdem ausgelacht (Schneider & Scharmann, 2009, o. S.).

## 4 Diskussion

Es wurde versucht, die Frage nach dem Einsatz der Psychomotorik im sprachheilpädagogischen Unterricht mit redeflussgestörten Kindern zu beantworten. Mit dieser Masterarbeit und dem damit verbundenen Konzept für Volksschulkinder mit Redeflussstörungen liegt nun eine Arbeit vor, die theoretisch und praktisch vor allem Stottern und Poltern herausarbeitet.

Kinder mit diesen Benachteiligungen werden meist im Zimmer der Logopädin/des Logopäden in Einzelsituationen gefördert. An den motorischen Voraussetzungen und Kapazitäten wird in der Sprachtherapie kaum angesetzt. Die Frage, wie Volksschulkinder mit Redeflussstörungen in psychomotorischen Einheiten gefördert werden können, wird in dieser Arbeit sehr ausführlich im Kapitel Psychomotorik und Sprache, aber auch im Konzept der Psychomotorischen Förderung für Kinder mit Redeflussstörungen erläutert.

Das Spiel ist in der Psychomotorik eine oftmalige Möglichkeit Erfahrungen zu machen – zu lernen. „Im Spiel arbeiten Kinder auch Vergangenes, Erlebtes auf, das Spiel dient ihnen als Medium der Äußerung und der – unbewussten - Bearbeitung von Konflikten. (Zimmer, 2012, S.81)

Mit dem vorgestellten Konzept können Volksschulkinder mit und ohne Sprech- Sprachstörungen im Turnsaal, aber auch in einer Kleingruppe gefördert und unterstützt werden. Es besteht somit eine sehr flexible Möglichkeit, die Spiele und Übungen anzubieten bzw. durchzuführen. Da der Materialaufwand bewusst gering gehalten wurde, profitieren möglichst viele Kinder und werden durch die Psychomotorik nicht nur in der Sprache, sondern auch motorisch, sozial und in ihrem Selbstkonzept/ihrem Selbstbewusstsein unterstützt und in ihren Entwicklungs- und Leistungsmöglichkeiten motiviert.

## 5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Masterarbeit wird die Fragestellung von Psychomotorik als unterstützende Intervention bei Kindern mit Redeflussstörungen beantwortet.

Zum Verständnis von Sprech- Sprachstörungen und um eine möglichst frühe Aufklärung der Eltern gewährleisten zu können, ist Wissen um die altersentsprechende Sprachentwicklung äußerst wichtig. Dazu gehören die Bereiche Vorbedingungen, die Sprachebenen, die Phasen der Sprachentwicklung, eine Einsicht in die Grundlagen der Artikulation und Kenntnisse der phonologischen Bewusstheit. Kinder, die mit Deutsch als Erstsprache aufwachsen, haben das phonologische System im Alter von fünf Jahren ausgebildet.

Im Kapitel Sprech- und Sprachstörungen wird der Unterschied zwischen phonetisch-phonologischen Prozessen und den daraus resultierenden möglichen Störungen ausgearbeitet. Diese Unterscheidung ist ein bedeutendes diagnostisches Kriterium und für die anschließende Therapie wichtig. Möglichkeiten der Ausspracheveränderungen wurden aufgezeigt und im Hinblick auf Artikulationsort und Artikulationsart diskutiert.

Die Themen Dysgrammatismus und Rhinophonie nehmen in der Masterarbeit eine untergeordnete Stellung ein und sind daher in der Ausführung relativ kurz gehalten.

Bedeutsam werden reaktive Sprachstörungen wie Stottern und Poltern bearbeitet. Diese beiden Spracherschwerisse sind in der Beschreibung und Beurteilung der Therapiemöglichkeiten, aber auch für die Integrität in ein psychomotorisches Förderkonzept wesentlich.

Die Beschreibung der Wiener Sprachheilschule, mit ihrer 100-jährigen Expertise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein bedeutender Teil dieser Masterarbeit. Das Aufzeigen des geschichtlichen Hintergrundes und der aktuell professionellen Tätigkeitsbereiche wirken federführend für erfolgreiche weitere Jahre Sprachheilpädagogik in Wien. Im Bereich Psychomotorik und Sprache ist das Konzept von J. Kiphard und R. Zimmer beschrieben. Das Konzept der psychomotorischen und sprachheilpädagogischen Förderung zeigt, wie Kinder mit Spielen und Übungen ihr Potenzial einbringen und ausbauen können.



„Von allen Lebenskompetenzen,  
die uns zur Verfügung stehen,  
ist Kommunikation wohl die mächtigste.“

(Bret Morrison 1912-1978)

## Literaturverzeichnis

- Baumgartner, S., Dannenbauer, F. M., Homburg, G. & Maihack, V. (2004). *Standort: Sprachheilpädagogik*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Beckert, P., Braun, W. G. & Willi, P. (2012). *Stottern bewegt. Ein bewegungsorientierter Ideenpool für die direkte Stottertherapie*. Schaffhausen: Schubi Lernmedien AG.
- Böhme, G. (2003). *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen* (4. Auflage). München: Elsevier.
- Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (2012). *Stottertherapie für Kinder. Ein Aufklärungsfilm für Eltern*. [DVD] Köln: Demosthenes.
- Buntenkötter, B. & Steiner, E. (o. J.). *Unterstützte Kommunikation*. Zugriff am 13. August 2020 unter [https://www.sprachheilschule.at/uk\\_handout.pdf](https://www.sprachheilschule.at/uk_handout.pdf)
- Decher, M. (2011). *Therapie des Stotterns. Ein Überblick über aktuelle Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.: Demosthenes.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2008). *Taschenführer zur ICD–10–Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD–10: DCR–10 und Referenztabellen ICD–10 v.s. DSM–IV–TR* (4. Auflage). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Fischer, K. (2009). *Einführung in die Psychomotorik* (3. Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Fox, A. (2009). *Kindliche Aussprachestörungen* (5. Auflage). Idstein: Schulz–Kirchner.
- Franke, U. (2008). *Logopädisches Handlexikon*. München: Ernst Reinhardt.
- Friedrich, G., Bigenzahn, W. & Zorowka, P. (2008). *Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör* (4. Auflage). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Golinski, C. (2007). Keine Tipps. Stottern ist schon schwer genug. Keine guten Ratschläge!. In R. E. Heap (Hrsg.), *Meine Worte hüpfen wie ein Vogel. Kinder malen ihr Stottern* (S. 18). Nördlingen: DEMOSTHENES-Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
- Grohnfeldt, M. (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hansen, B. & Iven, C. (2002). *Stottern und Sprechflüssigkeit. Sprach- und Kommunikationstherapie mit unflüssig sprechenden (Vor-) Schulkindern* (1. Auflage). München: Elsevier.
- Hansen, B. & Iven, C. (Tesak, J.). (2007). *Stottern bei Kindern. Ein Ratgeber für Eltern und pädagogische Berufe. Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute* (2. Auflage). Idstein: Schulz–Kirchner.
- Hartmann, E. (2002). *Möglichkeiten und Grenzen einer präventiven Intervention zur phonologischen Bewusstheit von lautsprachgestörten Kindergartenkindern*. Fribourg: Sprachimpuls.

- Jahn, T. (Hrsg. Springer, L. & Schrey-Dern, D.). (2000). *Phonologische Störungen bei Kindern. Diagnostik und Therapie* (1. Auflage). (Forum Logopädie). Stuttgart; New York: Thieme.
- Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H. & Skowrones, H. (2002). *BISC Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten*. (2. Überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Kalmar, M. (2006). Theorie und Praxis der Metaphonologischen Analyse. In R. Hofmann & M. Kalmar (Hrsg.), *Handbuch Legasthenie* (S. 135-149). Wien: Lernen mit Pfiff.
- Kannengieser, S. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (1. Auflage). München: Elsevier.
- Kiphard, E. J. (1980). *Motopädagogik*. (8. Auflage). (Psychomotorische Entwicklungsförderung – Band 1). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kiphard, E. J. (1991). *Wie weit ist ein Kind entwickelt?. Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung*. (7. Auflage). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kiphard, E. J. (1994a). *Ausgewählte Themen der Motopädagogik und Mototherapie*. (2. Auflage). (Psychomotorik in Praxis und Theorie). Gütersloh: Flöttmann.
- Kiphard, E. J. (1994b). *Mototherapie – Teil II* (4. Auflage). (Psychomotorische Entwicklungsförderung – Band 3). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kiphard, E. J. (1995). *Mototherapie – Teil I*. (Psychomotorische Entwicklungsförderung – Band 3). (4. Auflage). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Klicpera, C., Schabmann, A. & Gasteiger-Klicpera, B. (2003). *Legasthenie*. München: Ernst Reinhardt.
- Lauer, N. (Hrsg. Springer, L. & Schrey-Dern, D.). (2006). *Zentral–auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Meixner, F. (1996). Hundert Jahre Sprachheilpädagogik in Österreich. In I. Frühwirth & F. Meixner (Hrsg.), *Denken – Sprechen – Lernen. Hundert Jahre Sprachtherapie in Österreich* (S. 13-23). Wien: Jugend & Volk.
- Motsch, H-J. & Riehemann, S. (2017). Grammatische Störungen. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.) *Sprachtherapie mit Kindern* (S. 151-222). München: Ernst Reinhardt.
- Natke, U. (Jahr). *FAQ ZUM STOTTERN. Die wichtigsten Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte*. Neuss: Natke Verlag. Zugriff am 11. August 2020 unter <http://www.natke-verlag.de/download/faq.pdf>
- Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (2005). Statuten. Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilpaedagogik.at/statuten.html>
- Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (2005). Vorsitzende Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilpaedagogik.at/ansprechpartner3.php?spez=22>
- Rieder, K., Führung, M., Lettmayer O., Elstner, W. & Lang, H. (2000). *Die Sprachfehler des Kindes. Wege und Methoden der Behandlung* (11. Auflage). Wien: öbv & hpt.

- Rieder, K. & Zeller W. (1990). Die Phasen der Sprachentwicklung. In H. Aschenbrenner & K. Rieder (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Praxis* (S. 16-20). Wien: Jugend und Volk.
- Ringel, E. (1988). Stimme und Sprache aus psychotherapeutischer Sicht. In F. Hinteregger & F. Meixner (Hrsg.), *Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten* (S. 13-20). Wien: Jugend und Volk.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (Hrsg. Lauer, N. & Schrey-Dern, D.). (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Auflage). (Forum Logopädie). Stuttgart: Georg Thieme.
- Sandrieser, P. (2017). Stottern. In A. Mayer, & T. Ulrich, (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (S. 365-424). München: Ernst Reinhardt.
- Schneider, P. & Schartmann, G. (2009). *Was ist ein U – U – Uhu?* (3. Auflage). Neuss: Natke.
- Sick, U. ( Hrsg. Schrey-Dern, D. & Lauer, N.). (2014). *Poltern*. Theoretische Grundlagen, Diagnostik, Therapie (2. Auflage). (Forum Logopädie). Stuttgart; New York: Thieme.
- Spreer, M. (2018). *Diagnostik von Sprach- und Kommunikationsstörungen im Kindesalter*. München: Ernst Reinhardt.
- Spruit, M. (2015). *Poltern – Unverständliches besser verstehen*. Neuss: Natke.
- Subellok, K. & Cornelißen-Weghake, J. (2002). Stottern und/oder nicht stottern?. Zum Phänomen der „Ambivalenz“ in der Gruppentherapie mit stotternden Grundschulkindern – das Dortmunder Konzept. In N. Katz-Bernstein & K. Subellok (Hrsg.), *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen* (S. 55-79). München: Ernst Reinhardt.
- Van Riper, C. (1999). *Die Behandlung des Stotterns* (3. Auflage). Köln: Demosthenes-Verlag der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.
- Weinrich, M. & Zehner H. (Hrsg. Thiel M. M. & Frauer C.). (2011). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern. Aussprachetherapie in Bewegung* (4. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wiener Sprachheilschule (o. J.). Kurse. Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/kurse.php>
- Wiener Sprachheilschule (o. J.). Ambulanz. Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/ambulanz.php>
- Wiener Sprachheilschule (o. J.). Unterstützte Kommunikation. Zugriff am 13. August 2020 unter <https://www.sprachheilschule.at/kurse.php>
- Wiener Sprachheilschule (o. J.). Mobiles Team. Zugriff am 13. August 2020 unter [https://www.sprachheilschule.at/mobiles\\_team.php](https://www.sprachheilschule.at/mobiles_team.php)
- Wirth, G. (1990). Sprachstörungen Sprechstörungen kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte Logopäden und Sprachheilpädagogen (3. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Wulff, H. (1990). Rhinophonie (Näseln). In H. Aschenbrenner & K. Rieder (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Praxis* (S. 98-119). Wien: Jugend und Volk.

- Zang, J. & Metten, C. (Hrsg. Iven, C.). (2014). *Poltern*. Ein Ratgeber für Betroffene und Therapeuten. (1. Auflage). (Das Gesundheitsforum). Idstein: Schulz–Kirchner.
- Zeller, W. (1990). Vorbedingungen der Sprachentwicklung. In H. Aschenbrenner & K. Rieder (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Praxis* (S. 11-15). Wien: Jugend und Volk.
- Zimmer, R. (2012). *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung (13. Gesamtauflage)*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zimmer, R. (2015). *Kreative Bewegungsspiele. Psychomotorik in der Kita* (Überarbeitete Neuauflage). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zimmer, R. (2016). *Handbuch Sprache und Bewegung. Alltagsintegrierte Sprachbildung in der Kita*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zimmer, R. (2018) *Wilde Spiele zum Austoben. Durch Bewegung zur Ruhe kommen.* (Neuausgabe 2018). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zückner, H. (2008). *Intensiv–Modifikation Stottern: Die Modifikation. Information für Therapeuten* (2. Auflage). Neuss: Natke.
- Zückner, H. (2009). *Intensiv – Modifikation Stottern: Die Desensibilisierung. Information für Therapeuten*. Neuss: Natke.

# Abbildungsverzeichnis

*Abbildung 1: phonetisch-phonologische Sprachentwicklung (mod. n. Weinrich & Zehner, 2011, S. 5ff)*..... 9

*Abbildung 2: Artikulationsbereiche (mod. n. Friedrich, Bigenzahn & Zorowka, 2008, S.53).*  
..... 15

*Abbildung 3: phonologische Bewusstheit (mod. n. Jahn, 2000, S. 29)*..... 18

*Abbildung 4: Primärursachen (mod. n. Rieder et al., 2000, S. 131).* ..... 22

*Abbildung 5: Symptome einer Rhinophonia clausa (mod. n. Wirth, 1990, S. 366).* ..... 25

*Abbildung 6: Mögliche Ursachen einer Rhinophonia clausa (mod. n. Wulff, 1990, S. 102).*  
..... 26

*Abbildung 7: Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik (mod. n. Sandrieser & Schneider, 2015, S. 30).* ..... 29

*Abbildung 8: Teleskopie (mod. n. Zang & Metten, 2014, S. 15).* ..... 39

*Abbildung 9: Wiener Sprachheilschule (eigene Darstellung)* ..... 46

*Abbildung 9: didaktisch-methodische Prinzipien (mod. n. Kiphard, 1994a, S. 50)* ..... 50

*Abbildung 11: erfolgreiche Psychomotorische Einheiten (mod. n. Kiphard, 1995, S. 37).*51



*Abbildung 12: blindes Experimentieren mit Material*..... 55



Abbildung 13: Experimentieren mit Material.. 56



Abbildung 14: weich – hart..... 56



Abbildung 15: kurz - lang..... 57

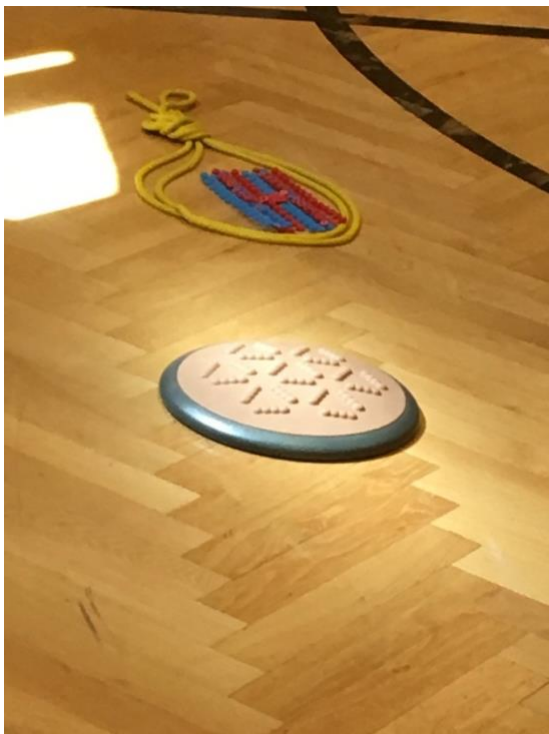


Abbildung 16: Material in der psychomotorischen Einheit..... 57





Abbildung 17: Pustespiel Kind A. .... 59



Abbildung 18: Pustespiel Kind B..... 60



Abbildung 19: Pustespiel Kind C. .... 60



Abbildung 20: Pustekuchen 1 ..... 61



Abbildung 21: Pustekuchen 2 ..... 61

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sprachentwicklung .....	9
Tabelle 2: Wortarten.....	12
Tabelle 3: Artikulationsarten .....	14
Tabelle 4: Vokale und Konsonanten.....	16
Tabelle 5: Diagnostische Fragen .....	24
Tabelle 6: Unterschied Poltern und Stottern.....	40
Tabelle 7: Checkliste und psychomotorisches Stufenprogramm bei Stottern .....	53

# Anhang

## THE INTERNATIONAL PHONETIC ALPHABET (revised to 2018)

CONSONANTS (PULMONIC)

© 2018 IPA

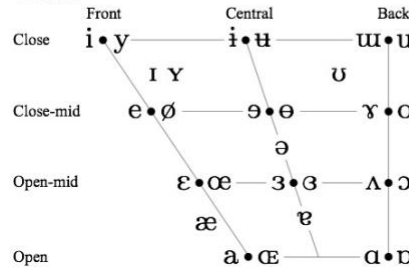
	Bilabial	Labiodental	Dental	Alveolar	Postalveolar	Retroflex	Palatal	Velar	Uvular	Pharyngeal	Glottal
Plosive	p b			t d		ʈ ɖ	c ɟ	k ɡ	q ɢ		ʔ
Nasal	m	ɱ		n		ɳ	ɲ	ŋ	ɴ		
Trill	ʙ			r					ʀ		
Tap or Flap		ⱱ		ɾ		ɽ					
Fricative	ɸ β	f v	θ ð	s z	ʃ ʒ	ʂ ʐ	ç ʝ	x ɣ	χ ʁ	ħ ʕ	h ɦ
Lateral fricative				ɬ ɮ							
Approximant		ʋ		ɹ		ɻ	j	ɰ			
Lateral approximant				l		ɭ	ʎ	ʟ			

Symbols to the right in a cell are voiced, to the left are voiceless. Shaded areas denote articulations judged impossible.

CONSONANTS (NON-PULMONIC)

Clicks	Voiced implosives	Ejectives
◌ ʘ Bilabial	◌ ɓ Bilabial	◌ ʼ Examples:
◌ ǀ Dental	◌ ɗ Dental/alveolar	◌ ɓ' Bilabial
◌ ǃ (Post)alveolar	◌ ɟ Palatal	◌ ɗ' Dental/alveolar
◌ ǃ̥ Palatoalveolar	◌ ɡ Velar	◌ k' Velar
◌ ǁ Alveolar lateral	◌ ɠ Uvular	◌ s' Alveolar fricative

VOWELS



Where symbols appear in pairs, the one to the right represents a rounded vowel.

OTHER SYMBOLS

◌ ɸ Voiceless labial-velar fricative	◌ ɕ ʑ Alveolo-palatal fricatives
◌ ʋ Voiced labial-velar approximant	◌ ɭ Voiced alveolar lateral flap
◌ ɰ Voiced labial-palatal approximant	◌ ɧ Simultaneous ʃ and x
◌ ʜ Voiceless epiglottal fricative	
◌ ʕ Voiced epiglottal fricative	Affricates and double articulations can be represented by two symbols joined by a tie bar if necessary.
◌ ʡ Epiglottal plosive	

ts kp

SUPRASEGMENTALS

◌ ˈ Primary stress	ˈfounəˈtɪʃən
◌ ˌ Secondary stress	
◌ ː Long	eː
◌ ˑ Half-long	eˑ
◌ ˚ Extra-short	e˚
◌ ˘ Minor (foot) group	
◌ ‖ Major (intonation) group	
◌ · Syllable break	i.ækt
◌ ‿ Linking (absence of a break)	

TONES AND WORD ACCENTS

LEVEL	CONTOUR
◌ ˥ Extra high	◌ ˨ Rising
◌ ˤ High	◌ ˩ Falling
◌ ˥ Mid	◌ ˥ High rising
◌ ˥ Low	◌ ˥ Low rising
◌ ˥ Extra low	◌ ˥ Rising-falling
◌ ˩ Downstep	↗ Global rise
◌ ˩ Upstep	↘ Global fall

DIACRITICS Some diacritics may be placed above a symbol with a descender, e.g. ɹ̥̄

◌ ˥ Voiceless	◌ ˥ n ˥ d	◌ ˥ Breathy voiced	◌ ˥ b ˥ a	◌ ˥ Dental	◌ ˥ t ˥ d
◌ ˥ Voiced	◌ ˥ s ˥ t	◌ ˥ Creaky voiced	◌ ˥ ɓ ˥ a	◌ ˥ Apical	◌ ˥ ʈ ˥ ɖ
◌ ˥ Aspirated	◌ ˥ tʰ ˥ dʰ	◌ ˥ Linguolabial	◌ ˥ ɱ ˥ d	◌ ˥ Laminar	◌ ˥ ɬ ˥ ɮ
◌ ˥ More rounded	◌ ˥ ɔ̹	◌ ˥ Labialized	◌ ˥ tʷ ˥ dʷ	◌ ˥ Nasalized	◌ ˥ ẽ
◌ ˥ Less rounded	◌ ˥ ɔ̜	◌ ˥ Palatalized	◌ ˥ tʲ ˥ dʲ	◌ ˥ Nasal release	◌ ˥ d˩
◌ ˥ Advanced	◌ ˥ u̟	◌ ˥ Velarized	◌ ˥ tˠ ˥ dˠ	◌ ˥ Lateral release	◌ ˥ d˩
◌ ˥ Retracted	◌ ˥ e̠	◌ ˥ Pharyngealized	◌ ˥ tˤ ˥ dˤ	◌ ˥ No audible release	◌ ˥ d˥
◌ ˥ Centralized	◌ ˥ ẽ	◌ ˥ Velarized or pharyngealized	◌ ˥ ɫ		
◌ ˥ Mid-centralized	◌ ˥ ẽ̞	◌ ˥ Raised	◌ ˥ e̠ (ɹ̠ = voiced alveolar fricative)		
◌ ˥ Syllabic	◌ ˥ n̩	◌ ˥ Lowered	◌ ˥ e̞ (β̞ = voiced bilabial approximant)		
◌ ˥ Non-syllabic	◌ ˥ e̞	◌ ˥ Advanced Tongue Root	◌ ˥ e̞		
◌ ˥ Rhoticity	◌ ˥ ɻ̥ ɻ̥	◌ ˥ Retracted Tongue Root	◌ ˥ e̞		

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8e/IPA\\_chart\\_2018.pdf](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8e/IPA_chart_2018.pdf)

## **Abstract**

Sprech- und Sprachstörungen betreffen einen großen Teil der Wiener Schulkinder. Neben phonetisch-phonologischer Schwierigkeiten können auch Dysgrammatismus und Rhinophonien auftreten. Reaktive Sprachstörungen (Stottern und Poltern) stellen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen vor große Herausforderungen. Einerseits bedarf es einer sehr guten Grundlagenausbildung, aber auch permanenter Fort- und Weiterbildung. In der vorliegenden Arbeit werden Sprech- und Sprachstörungen erwähnt und beschrieben. Zu den reaktiven Sprachstörungen (Stottern und Poltern) können auch gängige bzw. bekannte Therapieformen nachgelesen werden. Ein weiterer Teil der Arbeit beinhaltet ein Konzept, wie es möglich ist, Kinder die stottern und/oder poltern, mit psychomotorischen Ansätzen zu unterstützen und zu begleiten. Ein Teil der Arbeit widmet sich der Sprachentwicklung, Phasen der Sprachentwicklung, Grundlagen der Artikulation und der phonologischen Bewusstheit werden beschrieben. Ein weiterer Teil repräsentiert auch die umfangreichen Bereiche der Artikulation, Aussprachestörungen, den Dysgrammatismus und Rhinophonien.

## **Abstract (English version)**

Speech and language disorders affect a large number of Viennese school children. In addition to phonetic-phonological difficulties, dysgrammatism and rhinophonia can also occur. Reactive speech disorders (stuttering and rumbling) pose major challenges for speech therapists. On the one hand, it required very good basic training, but also permanent further training. Speech and language disorders are mentioned and described in this work.

Common or known forms of therapy can also be read about reactive speech disorders (stuttering and rumbling). Another part of the work includes a concept of how it is possible to support and accompany children who stutter and / or rumble with psychomotor approaches. Part of the work is devoted to language development, phases of language development, basics of articulation and phonological awareness are described. Another part also represents the extensive areas of articulation, pronunciation disorders, dysgrammatism and rhinophonia.