

Die Atemstütze innerhalb der Schulung und Therapie der Sprech,- und Gesangsstimme

*Eine Untersuchung bei Logopäden und Musikhochschuldozenten
mittels einer digitalen Enquete*



STUDENTEN:

Riccarda Nobis (0936820) & Nicola Pugh (0933465)

E -MAIL:

Atemstuetze@googlemail.com

INHALTLICHER BEGLEITER:

Rudi Verfaillie

ABGABEDATUM:

10. Juni 2013

©Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendateivervielfältigt, gespeichert oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche andere Formen, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd.

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

Vorwort

Die vorliegende Thesis entstand während unseres Bachelorstudiums der Logopädie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Auf diesem Wege möchten wir uns bei allen bedanken, die dazu beigetragen haben diese Untersuchung erfolgreich und zufriedenstellend abschließen zu können.

Wir danken unserem Dozenten Rudi Verfaillie für seine Unterstützung, seine Geduld und sein Vertrauen, welches er uns entgegen gebracht hat.

Wir danken auch den Mitgliedern des Bachelorkreises „Vokologie“ aus dem dritten Studienjahr. Besonderen Dank gilt N. Slenders. Sie gab uns eine gute Basis, um diese Untersuchung ausführen zu können.

Ein großer Dank gilt auch der Hogeschool Zuyd, die die anfallenden Kosten zur Umsetzung der Enquete übernommen haben.

Zusätzlich möchten wir uns bei unseren Enquete-Teilnehmern bedanken. Ohne Sie wäre diese Untersuchung gar nicht möglich gewesen.

Ein außerordentlicher Dank gilt auch unseren Freunden, die uns in vielen Situationen eine große Stütze waren und uns zur Seite gestanden haben.

Zuletzt gilt der größte Dank unseren Familien und Partnern. Ohne sie wüssten wir nicht wo wir jetzt stünden. Danke, dass ihr uns die Möglichkeit gegeben habt dieses Studium absolvieren zu können. Danke für euren Halt, eure Geduld, eure Liebe, eure Fürsorglichkeit und der Glaube an uns und unseren Weg.

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	VIII
	Samenvatting	IX
	Abbildungsverzeichnis	X
	Tabellenverzeichnis	XII
1.	<u>Einleitung</u>	
1.1	Anlass und Problemstellung	1
1.2	Fragestellungen	1
1.3	Zielsetzung	3
1.4	Zielgruppe	4
1.5	Logopädische und gesellschaftliche Relevanz	4
1.6	Aufbau der Thesis	5
2.	<u>Theoretischer Teil</u>	
2.1	Atemstütze	6
2.1.1	Der Ursprung der Atemstütze	6
2.1.2	Die Bezeichnungen der Atemstütze	8
2.1.3	Die Definition der Atemstütze	11
2.1.4	Physiologie der Atemstütze während des Sprechens	13
2.1.5	Die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Singens	16
2.2	Die Verwendung der „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen	
2.2.1	Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen	18
2.2.2	Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen	19
2.2.3	Effekte bei der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen	19

2.3	Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme	
2.3.1	Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme	19
2.4	Verwendung der „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme	
2.4.1	Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme	22
3.	<u>Methode</u>	
3.1	Untersuchungsfragen	25
3.2	Untersuchungsdesign	26
3.3	Niveau der Beweisstärke	27
3.4	Zielgruppe der Untersuchung	28
3.5	Selektion und Kontaktaufnahme mit den Respondenten	28
3.6	Enquete	29
3.6.1	Die Vorbereitung der Enquete	29
3.6.1.1	Struktur der Enquete	29
3.6.1.2	Definition der gewünschten Information	30
3.6.1.3	Mögliche relevante Probleme und Nachteile der Enquete-Untersuchung	30
3.6.1.4	Verwendung von technischer Unterstützung	31
3.6.1.5	Anonymität der Respondenten	32
3.6.2	Beachtungspunkte beim Aufstellen einer Enquete	32
3.6.2.1	Definition der Begriffe der Untersuchungsfrage	32
3.6.2.2	Verantwortung und Begründung der Fragestellungen	32
3.6.2.3	Verständlichkeit der Enquetefragen	32
3.6.2.4	Qualitätsansprüche einer Enquete	33
3.6.2.5	Objektivität der Enquetefragen	33
3.6.2.6	Filterfragen der Enquete	33
3.6.2.7	Die Enquetefragen in Bezug auf Meinungsäußerungen und Gefühle	33
3.6.3	Erwartungen bzw. Kenntnis diverser Antwortmöglichkeiten (Ziel: Wie realistisch sind die Antworten?)	34
3.6.4	Die letzten Schritte	34
3.6.4.1	Bedrohliche Faktoren	34

3.6.4.2	Formgebung der Enquete	34
3.6.4.3	Checklist der Probe-Enqueten	35
4.	<u>Resultate</u>	
4.1	Ausschlusskriterien der Auswertung	36
4.2	Vorgehensweise der Auswertung	37
4.3	Resultate und Vergleiche der Enqueten	38
4.3.1	Enquete Respons	38
4.3.2	Geschlechtsverteilung der Respondenten	38
4.3.3	Die Altersangabe der Respondenten	40
4.3.4	Der Bildungsweg der Logopäden	43
4.3.5	Die Bildungsinstitutionen(Studium) der Respondenten	44
4.3.6	Die Bildungsinstitutionen (Ausbildung) der Logopäden	48
4.3.7	Die Bildungsinstitutionen (Weiterbildung) der Logopäden	50
4.3.8	Das Abschlussjahr der Respondenten	51
4.3.9	Die Berufserfahrung der Respondenten	54
4.3.10	Die Verwendung der Atemstütze durch die Respondenten	56
4.3.11	Die Definition der Atemstütze der Respondenten	58
4.3.12	Quelle der Definition der Atemstütze der Respondenten	64
4.3.13	Die Quelledetails der Respondenten	67
4.3.14	Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Respondenten	69
4.3.15	Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten	76
4.3.16	Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der logopädischen Respondenten	77
4.3.17	Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten	79

4.3.18	Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten	80
4.3.19	Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten	81
4.3.20	Der Bereich der Gesangsstimme der Respondenten	83
4.3.21	Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten	84
4.3.22	Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten	84
4.3.23	Schulungen im Bereich der Gesangsstimme durch die logopädischen Respondenten	85
4.3.24	Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der (gesunden) Gesangsstimme durch die Respondenten	86
4.3.25	Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der (gesunden) Gesangsstimme durch die Respondenten	86
4.3.26	Nichtverwendung der Atemstütze durch die Respondenten	89
4.3.27	Das Interesse an den Resultaten	92
4.3.28	Die Anmerkungen der Respondenten	94
5.	<u>Diskussion</u>	
5.1	Die Resultate der Enquete bezüglich der Atemstütze und ihrer Verwendung	97
5.2	Vergleich der Ergebnisse der praktischen Untersuchung zu den Ergebnissen der Literaturstudie von N. Slenders bzw. den Ergebnissen des theoretischen Teils unser praktischen Thesis	98
5.3	Fazit	100

5.4	Einschränkungen der praktischen Untersuchung	101
5.5	Mögliche Folgestudien	101

<u>Literaturverzeichnis</u>	103
------------------------------------	------------

Anhang

Anhang 1	Introduktionsbrief	1
Anhang 2	Verantwortung und Begründung der Enquete-Fragestellungen per Block	2
Anhang 3	Erwartungen bzw. Kenntnis diverser Antwortmöglichkeiten (Ziel: Wie realistisch sind die Antworten?)	7
Anhang 4	Enquete für die Logopäden (Printscreen)	11
Anhang 5	Kodierung der Antworten zur Auswertung der Logopäden-Enquete	17
Anhang 6	Enquete für die Musikhochschuldozenten (Printscreen)	33
Anhang 7	Kodierung der Antworten zur Auswertung der Musikhochschuldozenten-Enquete	37
Anhang 8	Weitere literarische Ausarbeitungen der Atemstütze	43

Zusammenfassung

Die Atemstütze innerhalb der Schulung und Therapie der Sprech- und Gesangsstimme:

*Eine Untersuchung bei Logopäden und Musikhochschuldozenten mittels einer digitalen
Enquete*

Riccarda Nobis & Nicola Pugh

Im Bereich der Logopädie und der Gesangsschulung wird die Atemstütze oft als fester Bestandteil der Stimmtherapie und Stimmschulung eingesetzt, obwohl dieser Begriff keine eindeutige Definition besitzt. N. Slenders untersuchte deshalb 2012 das Thema der Atemstütze, mithilfe einer systematischen Literaturstudie. Zur Beantwortung ihrer Hauptuntersuchungsfrage und den daraus resultierenden 15 Subfragen suchte sie in niederländischer und englischer Literatur nach Antworten.

Diese Thesis umfasst eine praktische Untersuchung, die den zweiten Teil (Aufbaustudie) des zu untersuchenden Themas der Atemstütze bildet. Es wurden 456 deutsche Logopäden und 140 deutsche Musikhochschuldozenten persönlich angeschrieben, um an einer online-Enquete teilzunehmen. Die Enquete untersuchte die Verwendung (Ziel, Weise, Resultat) der Atemstütze im Berufsalltag. Auf Basis der 59 digital ausgefüllten Enquêtes kann geschlussfolgert werden, dass sowohl in der Praxis der Logopädie, als auch in der Gesangsschulung kein einheitliches Wissen bezüglich der Definition, des Zieles oder der physiologischen Vorgehensweise besteht. In der Gesangsschulung wird die Atemstütze häufiger eingesetzt als in der Logopädie. Der auf deutscher Literatur basierte Theorieteil bezieht sich auf die von N. Slenders verwendeten 15 Subfragen und er kann als eine Ergänzung ihrer Untersuchung betrachtet werden.

Samenvatting

Ademsteun binnen scholing en therapie van de spreek,- en zangstem.

Een onderzoek bij logopedisten en muziekhogeschooldocenten middels een digitale Enquete.

Riccarda Nobis & Nicola Pugh

Binnen de logopedie en de zangscholing wordt ademsteun vaak als een vast onderdeel binnen de stemtherapie en scholing toegepast, niettegenstaande er geen éénduidige definitie over dit begrip bestaat. N. Slenders onderzocht in 2012 het thema ademsteun, aan de hand van een systematische literatuurstudie. Ter beantwoording van haar hoofdonderzoeksvraag en de hiervan afgeleide 15 subvragen, zocht zij in Nederlands- en Engelstalige literatuur naar antwoorden. Deze thesis omvat een praktijkonderzoek, dat het tweede deel (een vervolgstudie) van het onderzoek naar ademsteun vormt. Er werden 456 Duitse logopedisten en 140 Duitse muziekhogeschooldocenten persoonlijk aangeschreven om aan een online-enquête deel te nemen. De enquete onderzocht het gebruik (doel, manier & effect) van ademsteun in het alledaagse beroepsleven. Op basis van de 59 digitaal ingevulde enquête-formulieren kan geconcludeerd worden, dat zowel in de praktijk van de logopedie alsook in de zangscholing geen eenduidige kennis m.b.t de definitie, doel en physiologische aanpak bestaat. Ademsteun wordt echter in de zangscholing vaker toegepast dan in de logopedie. Het theoretisch gedeelte van de thesis m.b.t ademsteun is gebaseerd op Duitstalige literatuur en heeft betrekking op dezelfde 15 onderzoeksvragen van N. Slenders. Dit theoretisch gedeelte kan beschouwd worden als een Duitstalige aanvulling op haar onderzoek.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 4.1	Die Geschlechtsverteilung der Logopäden (N=36) in Prozent	39
Abb. 4.2	Die Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent	40
Abb. 4.3	Die Altersangabe der Logopäden (N=36) in Kategorien und absoluten Zahlen	41
Abb. 4.4	Die Altersangabe der Musikhochschuldozenten (N=23) in Jahreskategorien und absoluten Zahlen	43
Abb. 4.5	Der Bildungsweg der Logopäden (N=36) in Prozent	44
Abb. 4.6	Die Bildungsinstitutionen (Studium) der Logopäden (N=7) in absoluten Zahlen	45
Abb. 4.7	Die Länderverteilung der Logopädiestudenten (N=7) in Prozent	46
Abb. 4.8	Die Bildungsinstitutionen des Studiums der Musikhochschuldozenten (N=23) in absoluten Zahlen	48
Abb. 4.9	Die Bildungsinstitutionen der Logopäden (N=29) die eine Ausbildung absolviert haben angegeben in absoluten Zahlen	50
Abb. 4.10	Anzahl (N=36) der Abschlüsse zum Logopäden in Jahreszahlen	52
Abb. 4.11	Die Abschlussjahre der Musikhochschuldozenten (N=23) angegeben in Jahreszahlen	53
Abb. 4.12	Die Berufserfahrung der Logopäden (N=36) angegeben in Jahren	55
Abb. 4.13	Die Berufserfahrung der Musikhochschuldozenten (N=23) in Jahreskategorien	56
Abb. 4.14	Die Verwendung der Atemstütze durch die Logopäden (N=36) in Prozent	57
Abb. 4.15	Die Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent	58
Abb. 4.16	Die Quellenangabe zur Definition der Atemstütze durch die Logopäden (N=36) in Prozent.	65
Abb. 4.17	Die Quellenangabe zur Definition der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent	66
Abb. 4.18	Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die Logopäden (N=36)	76
Abb. 4.19	Abb.4.25 Die Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden (N=36) in Prozent	80
Abb. 4.20	Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden (N=36) in Prozent	81
Abb. 4.21	Die Arbeitstätigkeit der Logopäden (N=36) im Bereich der Gesangsstimme	83

Abb.4.22	Das Interesse an den Resultaten der Untersuchung durch die Logopäden (N=36)	93
Abb.4.23	Das Interesse der Musikhochschuldozenten (N=23) bezüglich der Erhaltung der Resultate in Prozent	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Die Bezeichnungen der Atemstütze sortiert nach Häufigkeit	8
Tabelle 2.2	Die Bezeichnungen der Atemstütze per Autor	9
Tabelle 2.3	Die Definitionen der Atemstütze	11
Tabelle 2.4	Die Kernaussagen der physiologischen Realisation der Atemstütze während des Sprechens	13
Tabelle 2.5	Die Beschreibungen der physiologischen Realisation der Atemstütze während des Singens	16
Tabelle 2.6	Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimmen per Autor	20
Tabelle 2.7	Die Ziele der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme per Autor	22
Tabelle 3.1	Die entstandenen Kosten	29
Tabelle 3.2	Die Vor,- und Nachteile der Enquete (D.B Baarda & M.P.M De Goede, 2010)	31
Tabelle 4.1	Ausschlusskriterien der Auswertung	36
Tabelle 4.2	Die Geschlechtsverteilung der Logopäden in absoluten Zahlen	38
Tabelle 4.3	Die Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen	39
Tabelle 4.4	Das Alter der Logopäden in absoluten Zahlen per Kategorie	41
Tabelle 4.5	Das Alter der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen per Kategorie	42
Tabelle 4.6	Der Bildungsweg der Logopäden in absoluten Zahlen	44
Tabelle 4.7	Die Bildungsinstitutionen (Studium) der Logopäden in absoluten Zahlen	45
Tabelle 4.8	Die Länderverteilung des Logopädie Studiums in absoluten Zahlen	46

Tabelle 4.9	Die Bildungsinstitutionen der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen	47
Tabelle 4.10	Die Bildungsinstitutionen der Logopäden in absoluten Zahlen	48
Tabelle 4.11	Das Abschlussjahr der Logopäden in ihrer Häufigkeit	51
Tabelle 4.12	Das Abschlussjahre der Musikhochschuldozenten in ihrer Häufigkeit	52
Tabelle 4.13	Die Berufserfahrungsjahre der Logopäden in ihrer Häufigkeit in Jahren	54
Tabelle 4.14	Die Berufserfahrungsjahre der Musikhochschuldozenten in ihrer Häufigkeit in Jahren (Kategorien)	55
Tabelle 4.15	Die Verwendung der Atemstütze durch die Logopäden in absoluten Zahlen	57
Tabelle 4.16	Die Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen	57
Tabelle 4.17	Die Definitionen der Atemstütze durch die Logopäden	59
Tabelle 4.18	Die Definitionen der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten	61
Tabelle 4.19	Die Kernaussagen bezüglich der Definitionen der Atemstütze durch die Respondenten	63
Tabelle 4.20	Die Definitionsquellen der Atemstütze der Logopäden angegeben in ihrer Häufigkeit	64
Tabelle 4.21	Die Definitionsquellen der Atemstütze der Musikhochschuldozenten angegeben in ihrer Häufigkeit	65
Tabelle 4.22	Die Quelledetails der Logopäden	67
Tabelle 4.23	Die Quelledetails der Definition der Musikhochschuldozenten	68
Tabelle 4.24	Die Quelledetails der Atemstütze im Vergleich	69
Tabelle 4.25	Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Logopäden	70
Tabelle 4.26	Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Musikhochschuldozenten	71

Tabelle 4.27	Der Vergleich der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze durch die Respondenten	75
Tabelle 4.28	Die Wiedergabe der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die Logopäden	76
Tabelle 4.29	Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der Logopäden	77
Tabelle 4.30	Kernaussagen bezüglich des Zieles der Verwendung der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen durch die Logopäden	78
Tabelle 4.31	Die Antworten bezüglich der Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen	79
Tabelle 4.32	Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen	80
Tabelle 4.33	Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden	82
Tabelle 4.34	Kernaussagen bezüglich der Verwendung der Atemstütze bei gesunden Sprechstimmen durch die Logopäden	82
Tabelle 4.35	Die Antworten bezüglich des Arbeitens im Bereich der Gesangsstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen	83
Tabelle 4.36	Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die Logopäden	84
Tabelle 4.37	Die Kernaussagen bezüglich der Ziele der Verwendung der Atemstütze bei Gesangsstimmstörungen durch die Logopäden	85
Tabelle 4.38	Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme durch die Musikhochschuldozenten	86
Tabelle 4.39	Die Kernaussagen bezüglich des Zieles der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme durch die Musikhochschuldozenten	88

Tabelle 4.40	Die Begründung der Nichtverwendung der Atemstütze durch die Logopäden	89
Tabelle 4.41	Die Kernaussagen der Nichtverwendung der Atemstütze durch die Respondenten	92
Tabelle 4.42	Die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate durch die Logopäden in absoluten Zahlen	92
Tabelle 4.43	Die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate durch die Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen	93
Tabelle 4.44	Die Anmerkungen der Logopäden	95
Tabelle 4.45	Die Anmerkungen der Musikhochschuldozenten	95
Tabelle 5.1	Mögliche Folgestudien	101
Tabelle 5.2	Mögliche Messungen	102

1. Einleitung

1.1 Anlass und Problemstellung:

Diese Untersuchung bezieht sich auf eine, bereits im vergangenen Jahr (2012) systematisch abgeschlossene Literaturstudie¹.

N. Slenders untersuchte anhand einer systematischen Literaturstudie das Thema der „Atemstütze“ und ihrer Verwendung. Die Studie wurde ausschließlich auf niederländische und englische Literatur begrenzt. Zur Beantwortung ihrer Hauptuntersuchungsfrage *„Wat is er in de Nederlands- en Engelstalige literatuur bekend over ademsteun binnen de scholing en/of de therapie van de spreek- en/of de zangstem?“* (Was ist in der niederländischen und englischsprachigen Literatur über die „Atemstütze“ innerhalb der Schulung und,-/oder der Therapie der Sprech- und/oder Gesangsstimme bekannt?) und den daraus resultierenden 15 Subfragen, suchte sie Literatur über die Atemstütze in der Logopädie und in der Gesangspädagogik. Sie fand über 30 verschiedene Definitionen zur Atemstütze, welche sich teilweise widersprachen. N. Slenders schlussfolgerte daraus, dass die Relevanz der Atemstütze für die Sprechstimme in der Literatur nicht ausreichend verdeutlicht wird. Für die Schulung der Gesangsstimme wird die Bedeutung der Atemstütze deutlicher, jedoch besteht auch hier keine einheitliche Definition. Des Weiteren wird die physiologische Realisation nur unzureichend beschrieben. Diese Thesis soll die Verwendung der Atemstütze von Logopäden und Musikhochschuldozenten in der Praxis untersuchen. Die Theorie dieser Untersuchung bezieht sich auf die von N. Slenders verwendeten 15 Subfragen. Diese Fragen werden ausschließlich mithilfe von deutscher Literatur beantwortet. Dies geschieht jedoch nicht in dem Ausmaß einer systematischen Literaturrecherche. Als Untersuchungsinstrument wurde eine digitale Enquete verwendet.

1.2 Fragestellungen:

Diese Thesis untersucht die Verwendung der Atemstütze von Logopäden und Musikhochschuldozenten in der Praxis.

¹N. Slenders (2012). *Ademsteun binnen scholing en therapie van de spreek- en zangstem. Een systematische literatuurstudie in het nederlands- en engelstalige gebied. Hogeschool Zuyd, Heerlen.*

Einleitung

Die Hauptfragestellung lautet:

„Inwiefern wird die Atemstütze in der Therapie und/ oder Schulung der Sprech- und/oder Gesangsstimme durch Logopäden und Musikhochschuldozenten in der Praxis verwendet? Sofern sie verwendet wird, mit welchem Ziel, auf welche Weise und mit welchem Resultat?“

Diese Hauptfragestellung wird mithilfe der 15 Subfragen, die bereits von N. Slenders verwendet worden sind, beantwortet.

Subfragen:

A Was ist die „Atemstütze“?

1. Wie lautet die Definition der Atemstütze?
2. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Sprechens?
3. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Singens?
4. Welche Bezeichnungen werden für „Atemstütze“ in der deutschen Literatur verwendet?
5. Was ist über den Ursprung der Atemstütze bekannt?

B Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?

6. Bei welchen verschiedenen Sprechstimmstörungen wird die „Atemstütze“ verwendet?
7. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?
8. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?

Einleitung

9. Welche Effekte kommen zu Stande wenn die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet wird?

C Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der gesunden Sprechstimme verwendet?

10. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der gesunden Sprechstimme verwendet?
11. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie der gesunden Sprechstimme verwendet?
12. Welche Effekte kommen zustande, wenn die „Atemstütze“ in der Therapie der gesunden Sprechstimme verwendet wird?

D Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?

13. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?
14. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?
15. Welche Effekte kommen zustande wenn die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet wird?

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Untersuchung ist es, Antworten auf folgende Frage zu finden:

„Wird die „Atemstütze“ in deutschen logopädischen Einrichtungen und deutschen Musikhochschulen, während der Therapie und/ oder Schulung der Sprech- und /oder Gesangsstimme in der Praxis verwendet und wenn ja, mit welchem Ziel, auf welche Weise und mit welchem Resultat?“

1.4 Zielgruppe:

Die Respondentengruppe setzt sich aus Logopäden und Musikhochschuldozenten innerhalb Deutschlands, spezialisiert in dem Fach Gesang, zusammen. Die Untersuchung soll nicht nur Logopäden, sondern allen Berufssprechern (z.B. Gesangssprechern, Stimmlehrern), welche sich für das Thema interessieren, als nützliche Informationsquelle dienen.

1.5 Logopädische und gesellschaftliche Relevanz:

Der Verband der Logopädie und Phoniatrie (Niederlande) schreibt vor, dass der Logopäde „Evidence Based“ handeln muss. Das heißt, dass die neuesten wissenschaftlichen Kenntnisse, kombiniert mit allgemeinem klinischem Sachverstand (NVL 2003) verwendet werden müssen. Es wird von einem „Research–Practice-Gap“ gesprochen, wenn der wissenschaftliche Kenntnisstand in der Praxis nicht angewendet wird oder nicht angewendet werden kann (Roddam et al. 2010). Auch nach Beschluss des deutschen Verbandes für Logopädie (dbl) heißt es, dass sich Logopädinnen und Logopäden in ihrem Vorgehen an Wirksamkeitsnachweisen orientieren müssen. Dabei müssen Patientenpräferenz, klinische Erfahrung und die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz berücksichtigt werden. Dem „dbl“ zu Folge heißt es: *„Evidenzbasierte Praxis wird heute bereits für alle Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung gefordert und auch international diskutiert und umgesetzt. Logopädinnen und Logopäden stellen sich diesen Entwicklungen und kommen auf der Grundlage von klinischer Erfahrung, bester verfügbarer Evidenz und Patientenpräferenz zu begründeten Entscheidungen in Diagnostik, Therapie und Beratung“*². N. Slenders stellte mithilfe Ihrer systematischen Literaturstudie fest, dass sich die 30 verschiedenen Definitionen der Atemstütze teilweise widersprechen. Sie schlussfolgerte, dass die Bedeutung der Atemstütze unzureichend in der Literatur verdeutlicht ist. Aus diesem Grund ist es von großer logopädischer und gesellschaftlicher Relevanz die Atemstütze in der Praxis zu untersuchen. Des Weiteren wurde die physiologische Realisation in der Literatur nur unzureichend beschrieben. Die von N. Slenders gefundenen Informationen beruhen ausschließlich auf literarischen Daten. Diese praktische Untersuchung ist wichtig, um die Relevanz der „Atemstütze“ in der Praxis verdeutlichen zu können.

² Berufsleitlinien in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 04.06.2012, dbl

1.6 Aufbau der Thesis

Im zweiten Kapitel wird der theoretische Teil dargelegt.

Unter diesem Punkt werden die Ergebnisse der deutschen Literatur bezüglich des Ursprungs, der Definition, der physiologischen Realisation und der Verwendung der Atemstütze in der Therapie und/oder Schulung der Sprech- und / oder Gesangsstimme präsentiert.

Die Methode wird im dritten Kapitel aufgeführt. Die Untersuchungsfrage und das Untersuchungsdesign werden beschrieben. Zusätzlich wird die Zielgruppe der Untersuchung, sowie die Selektion und Kontaktaufnahme dieser wiedergegeben. Schließlich wird die Vorgehensweise zur Erstellung der Enquete erläutert. Diese orientiert sich an den Arbeitsschritten von „D.B Baarda & M.P.M De Goede (2010)“

Im vierten Kapitel werden die Resultate der Enquete aufgeführt. Die Kriterien zur Auswertung der Enqueten werden beschrieben. Zudem findet ein Vergleich der verschiedenen Ergebnisse statt.

Die Diskussion wird im fünften Kapitel wiedergegeben.

Hier werden zunächst die Resultate der Enquete aufgeführt. Anschließend wird ein Vergleich der Ergebnisse der praktischen Untersuchung zu den Ergebnissen der Literaturstudie von N. Slenders bzw. den Ergebnissen des theoretischen Teils dieser Untersuchung gezogen. Es werden Einschränkungen der Methodologie, mögliche Folgestudien und eine Schlussfolgerung bezüglich der Hauptuntersuchungsfrage (Fazit) gegeben.

2.Theoretischer Teil

Der theoretische Teil bildet eine Ergänzung zur systematischen Literaturstudie von N. Slenders. Hierzu wird ausschließlich deutsche Literatur verwendet. Es werden die gleichen 15 Subfragen zur Verwendung der Atemstütze, wie in N. Slenders' Untersuchung, beantwortet. Es wird jedoch keine systematische Literaturstudie ausgeführt.

Die Fragen beziehen sich auf die Atemstütze und ihre Verwendung. Im Anhang 8 (ab S.43) sind Zitate und wichtige Textauszüge nachzulesen. Die Theorie umfasst keinen festen Bestandteil der praktischen Untersuchung, sondern formt eine Ergänzung.

Der Aufbau des theoretischen Teils folgt der Struktur von N. Slenders' Literaturstudie. Die deutschen Literaturauszüge werden am Ende jedes Unterparagraphen mit den Informationen der niederländischen und englischen Literatur verglichen.

Zu einigen Subfragen wurden sehr umfangreiche Antworten gefunden. Um die Beschreibungen strukturierter einzuteilen, wurden diese Antworten zu Kernaussagen zusammengefasst und verglichen.

2.1 Atemstütze

2.1.1 Der Ursprung der Atemstütze

In der Literatur findet man wenige Antworten auf die Frage des genauen Ursprungs der Atemstütze.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Atemstütze ihren Ursprung in der italienischen Gesangslehre hat. Hier ist sie unter dem Begriff "*Appoggio*" bekannt. In Venedig wurde im 17. Jahrhundert das erste Opernhaus gegründet. Für diese Sänger war ein ökonomischer Stimmgebrauch eine grundlegende Voraussetzung (vgl. Berne, P. (2008)).

Es ließen sich keine widersprüchlichen Ergebnisse finden.

Die wichtigsten Autorenaussagen werden im folgenden Teil zusammengefasst.

Weitere Textauszüge sind im Anhang unter Punkt 8 (Seite 43) nachzulesen.

Seidner& Wendler, 1997

Die Autoren übersetzen den alten Motivationsgedanken der Gesangsmethodik Italiens.

„Wer gut atmet, singt gut!“ Laut Ihnen gewinnt dieser Leitspruch nur in Verbindung mit der Verwendung der Atemstütze an Relevanz und muss unbedingt mit dieser in Zusammenhang gebracht werden.

Die Italiener unterscheiden zwischen den Begriffen *“Appoggiare la voce in petto“* (Stützen der Stimme im Brustkorb) und *“Appogiarsi in testa“* (sich im Kopf stützen). Der letztgenannte Begriff, also *„Appogiarsi in testa“* wird in der Praxis für die Klangbildung in den Ansatzräumen („im Kopf“) verwendet. Der erstgenannte Begriff (*Appoggiare la voce in petto*) bezieht sich stärker auf den Atmungsvorgang während des Sprechens. Beide Begriffe verkörpern die Atemstütze (*Appoggio*).

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Die Studie von N. Slenders beschreibt, genau wie diese Untersuchung, dass die Atemstütze ihren Ursprung in Italien findet. Eine genaue Jahreszahl des Entstehungsjahres konnte jedoch weder in der niederländischen, der englischen noch in der deutschen Literatur gefunden werden. Die Literatur aller drei Sprachen beschreibt jedoch, dass die Atemstütze erstmalig von den ital-ienischen Opernsängern bewusst verwendet wurde.

N. Slenders erwähnt in ihrer Ausarbeitung den Namen „Porpora“ welcher die Atemstütze als einer der ersten gelehrt haben soll. In der deutschen Literatur ließen sich keine Namen diesbezüglich finden.

2.1.2 Die Bezeichnungen der Atemstütze

In der Tabelle 2.1 sind die Bezeichnungen aufgeführt, welche in der Literatur verwendet werden. Die Bezeichnungen sind in ihrer Häufigkeit aufgelistet.

Tabelle 2.1. Die Bezeichnungen der Atemstütze sortiert nach Häufigkeit

Bezeichnungen	Anzahl der Autoren
Atemstütze	11
Appoggio	6
Stütze	7
Inspiratorische Gegenspannung	4
Stimmstütze	3
Stützvorgang	3
Elastische Spannhalte	2
Anlehnung	2
Atembalance	1
Zwerchfellstütze	2
Tonstütze	1
Stützfunktion	1
Luftkontrolle	1
Appoggiare la voce	1
Lockere Atemstütze	1
Atemhalt	1
Atemanlehnung	1

In der Tabelle 2.2 sind die Bezeichnungen, welche verschiedene Autoren verwendet haben, wiedergegeben.

Tabelle 2.2 Die Bezeichnungen der Atemstütze per Autor

Autor, Jahreszahl	Bezeichnungen für die „Atemstütze“
Buchholz, Jahreszahl unbekannt	Atemstütze
Böhme, 1980	Tonstütze
Coblenzer, H., 2002	Atemstütze, Atembalance, inspiratorische Gegenspannung
Feil, 2012	Atemstütze, Inspiratorische Gegenspannung
Friedrich et al., 2003,	Atemstütze, Appoggio
Fritz, 1961	Elastische Spannhalte
Gallenmüller & Günzburg, 2004	Atemstütze, Stütze
Gundermann, H. 1987	Luftkontrolle
Habermann, 1986	Atemstütze, Appoggio, Stütze
Kia & Schulze-Schindler, 1999	Appoggio, Stimmstütze
Klingholz, 2000	Appoggiare la voce / Atemstütze
Kreutzer, 2004	Lockere Atemstütze, Stütze, Stimmstütze
Kneip, 1996	Appoggio
Luchsinger, 1970	Stützvorgang, Stütze
Moser, 1989	Appoggio
Nadoleczny, Jahreszahl unbekannt	Atemstütze
Nöbauer, 2008	Inspiratorische Gegenspannung
Nawaka & Wirth, 2008	Atemstütze, Anlehnung, Stützvorgang
Parow, 1988	„Atemhalt“
Rosales, Jahreszahl unbekannt	Atemstütze, Anlehnung, Atemanlehnung
Schilling, Jahreszahl unbekannt	elastische Spannhalte, Zwerchfellstütze
Schürmann, 2013	Atemstütze
Seidner & Wendler, 1997	Appoggio, Stützvorgang, Stützfunktion
Stengel & Strauch, 1996	Inspiratorische Gegenspannung, Stütze, Zwerchfellstütze
Spiecker-Henke, 1997	Stütze, Stimmstütze
Winckel, Jahreszahl unbekannt	Stütze

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Genau wie in der niederländischen & englischen Literatur lassen sich in der deutschen Literatur zahlreiche Begriffe finden, welche die Atemstütze beschreiben. N. Slenders führte in ihrer Literaturrecherche auf, dass fünf Autoren den Begriff Appoggio verwenden. In der deutschen Literatur verwendeten sechs Autoren diesen Begriff. Diese italienische Bezeichnung ist folglich in mehreren Sprachen verbreitet. N. Slenders hat in ihrer Ausarbeitung 37 unterschiedliche Bezeichnungen gefunden. In dieser Untersuchung konnte man 17 unterschiedliche Begriffe finden. So konnte belegt werden, dass die Atemstütze in der niederländischen und englischen, als auch in der deutschen Literatur unter verschiedenen Namen bekannt ist.

2.1.3 Die Definition der Atemstütze

Zusammengefasste Kernaussagen zur Definition der Atemstütze werden in der Tabelle 2.3 aufgeführt. Die vollständigen Definitionen enthalten Informationen über die Bedeutung, das Ziel und über die Physiologie der Atemstütze. Um einen präziseren Vergleich zwischen den Definitionen ziehen zu können, wurden die Kernaussagen der Definitionen in die Unterkategorien „Bedeutung“, „Umschreibung“, „Physiologie“ und „Ziel“ aufgeteilt. Unter Punkt 2.1.4 wird die Physiologie jedoch ausführlicher beschrieben. Unter den darauf folgenden Punkten sind die Ziele der Atemstütze beschrieben. Die vollständigen Definitionen sind im Anhang unter Punkt 8 (Seite 44) nachzulesen.

Tabelle 2.3 Die Definitionen der Atemstütze

Kategorie	Zusammenfassungen der Definitionen der Atemstütze
Bedeutung	• Summe aller Einatemungskräfte • Erzeugung einer Luftsäule • Gleichmäßiger Wechsel von Spannungs- und Entlastungsphasen • Koordination guter Atem,- und Stimmtechnik • Adäquater subglottischer Druck • Aktives Führen der Ausatmung • Elastische Spannhalte • Muskulär geführte Ausatemungstechnik • Ökonomische Form der Ausatemungsverlängerung
Umschreibung	• Kraft die dem Verströmen der Luft während der Phonation entgegenwirkt • Luftdruck für die jeweilige Tonhöhe • Halt, den die Einatemungsmuskulatur dem Zusammensinken des Atembehälters entgegensetzt

	• Die Summe aller Kräfte die dem Ausströmen der Luft entgegenwirkt • Bewusste Verlangsamung der Ausatmung unter Kontrolle des Muskelempfindens
Physiologie	• Die Einatemsmuskulatur setzt sich dem Zusammensinken des Atembehälters entgegen • Bauch-, Brust- und Rückenmuskulatur werden aktiv betätigt, die Atmung erfolgt intensiver • Inspirationsspannung der Einatemsmuskulatur (bes. des Zwerchfelles) wird während der Ausatmung beibehalten
Ziel	• Befähigt die Stimme zu höchster Leistung • Laute durchdringende leicht dramatisch klingende Stimme • Den subglottischen auf den kritischen Druck reduzieren • Minimale Luftabgabe bei der Tonerzeugung • Der Luftstrom wird besser dosiert und die Luft langsamer abgegeben. • Gesangshygienische und ästhetische Atemregulierung

Vergleich zu N. Slenders (2012)

N. Slenders hat 17 verschiedene Definitionen zur Atemstütze gefunden. In dieser Untersuchung hat man 13 Definitionen finden können. Es fällt auf, dass sowohl die Definitionen der niederländischen und englischen Literatur, als auch die Definitionen der deutschen Literatur undeutlich sind. Es wird weder eine niederländische, englische, noch eine deutsche Definition genannt, welche bestimmte Muskeln oder andere messbare Faktoren benennt.

2.1.4 Physiologie der Atemstütze während des Sprechens

Die Beschreibungen der physiologischen Realisation der Atemstütze sind vielseitig. Es wurden zehn Beschreibungen zur Physiologie der Atemstütze während des Sprechens gefunden. In diesen zehn Erläuterungen wurden 14 Kernaussagen gefunden. Die 14 Kernaussagen dieser zehn Erläuterungen sind in der Tabelle 2.4 zusammengefasst. Weitere Textauszüge sind im Anhang unter Punkt 8 (Seite 46) nachzulesen. Die Autoren Gallenmüller, E. (2004), Stengel, I. und Strauch, T. (2005), Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt), und Wendler, J. und Seidner, W. (2005) thematisieren die Physiologie der Atemstütze am ausführlichsten. Da sich die Aussagen der einzelnen Autoren teilweise widersprechen, wurden diese nach der Tabellenübersicht intensiver thematisiert.

Tabelle 2.4 Die Kernaussagen der physiologischen Realisation der Atemstütze während des Sprechens

Beschreibung der Aktivität	Kodierte Segmente der physiologischen Realisation der Atemstütze während des Sprechens	Frequenz
	Abfolge von Zwerchfell und Bauchmuskelaktivität • Wendler, J. und Seidner, W.(1997) • Gallenmüller, E. (2004) • Rosales, M.(Jahreszahl unbekannt) • Spiecker-Henke, 1997	4
	Absenken des Zwerchfells • B. Stengel, I. und Strauch, T. (2005), • Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) • Luchsinger, A. 1970 • Gallenmüller, E. (2004)	4
	Antagonistische Spannungsbalance zwischen der Einatemsmuskulatur und Ausatemsmuskulatur • Böhme 1980 • Brügge&Moos, 1994 • Luchsinger A. , 1970	3

	Keine Anspannung der Muskelpartien • Kreutzer, R (1996& 2010) • Stengel, I. und Strauch, T	2
	Aktive Dehnung des Brustkorbs • Kia& Schulze-Schindler,1999	1

Über die Beteiligung der knöchernen Struktur, wie z.B. der Zustand der Rippen oder des Rückens sind nur wenige Informationen zu finden.

Stattdessen wird die Aktivität der Muskeln, bzw. des Zwerchfelles als ausschlaggebend erklärt. Stengel, I. und Strauch, T. (2005) beschreiben, dass während des Sprechens das Zwerchfell abgesenkt wird und somit ein sehr niedriger Luftverbrauch entsteht.

Diese Aussagen sind auch in den Beschreibungen von Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) und Gallenmüller (2004) nachzulesen.

Bei der Beschreibung der Muskelaktivität lassen sich hingegen widersprüchliche Informationen finden.

Laut Wendler, J. und Seidner, W. (1997) erfolgt die Ausübung der Atemstütze aus einer stetigen Abfolge von Zwerchfell und Bauchmuskelaktivität.

Auch Gallenmüller, E. (2004) und Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) unterstützen diese Aussage. Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) beschreibt eine Kontraktion der unteren Bauchmuskeln, der Zwischenrippenmuskeln und Rückenmuskeln. Die Aussage von Kreutzer, R. (2010) unterscheidet sich diesbezüglich stark. Kreutzer, R. (2010) betont, dass während der Atemstütze keineswegs eine Anspannung der Muskelpartien stattfinden darf. *„Jedes Anspannen ist ein Verspannen! Unmittelbar vor und nach einer musikalischen Aktivität müssen alle Muskeln absolut locker sein.“* (Kreutzer, R. 1996,S.24). Sofern diese Basis nicht gewährleistet werden kann, werden die Stimmbänder einem zu starkem Druck ausgesetzt. Auch Stengel, I. und Strauch, T. (2005) sprechen gegen eine Aktivierung der Muskeln. Sie sprechen von einer Einatmungs-tendenz, welche durch die Atemstütze während des Sprechens (eigentliche Ausatmungs-funktion) stattfindet. Die Autoren Stengel, I. und Strauch, T. (2005) betonen, dass die Atemstütze durch das Gehirn und nicht etwa durch ein Anspannen der Bauchmuskeln angewendet wird.

Die Namen der verwendeten Muskeln der Atemstütze werden nicht ausreichend benannt. Dies macht einen präzisen Vergleich der Physiologie der Atemstütze unmöglich. Es werden keine

Faktoren der Atemstütze genannt die gemessen wurden und als evident bezeichnet werden könnten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es in der deutschen Literatur keine einheitliche Beschreibung der Physiologie der Atemstütze gibt.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Die Physiologie der Atemstütze wird sowohl in der niederländischen & englischen Literatur, als auch in der deutschen Literatur unterschiedlich beschrieben. Vergleicht man die Ergebnisse der deutschen mit der niederländischen und englischen Literatur so fällt auf, dass sich viele Kernaussagen der physiologischen Beschreibungen ähneln. Oft enthält die Beschreibung die Kernaussage, dass die Zwischenrippenmuskeln und das Zwerchfell bei der Atemstütze eine Rolle spielen. Es fällt auf, dass in der Ausarbeitung von N. Slenders die Knochenstrukturen wie Nacken, Rücken und Thorax einen intensiveren Einbezug zur Verwendung der Atemstütze erhalten.

2.1.5 Die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Singens

Die Atemstütze ist im Bereich des Gesangs weit verbreitet. Hier wird jedoch vor allem das Ziel und die Bedeutung der Atemstütze und weniger die Physiologie der Atemstütze erläutert. In Tabelle 2.5 sind Beschreibungen der physiologischen Realisation der Atemstütze, während des Singens, zusammengefasst. Nach der Tabelle wird ein kurzer Vergleich der Autorenaussagen gezogen und der Unterschied der Atemstütze während des Gesanges, zu der Atemstütze, während des Sprechens, beschrieben.

Tabelle 2.5 Die Beschreibungen der physiologischen Realisation der Atemstütze während des Singens

Autor, Jahr	Zusammenfassungen der Autorenaussagen
Gundermann, H. (1987)	Für die Atemstütze baut der Sänger eine Spannung im Supra,- und subglottischen Bereich auf.
Moser, M. (1989)	Der Thorax befindet sich während der meisten Zeit in der „inspiratorischen Stellung“. Dem gegenüberstehend wird die Expiration zum größten Teil vom Zwerchfell reguliert.
Buchholz, T.(1996)	Das Zwerchfell wird angespannt. Daraus resultierend gerät der Brustraum unter Druck. Dieser verkleinert sich. Ist die Spannung sehr hoch, kann die Bauch- und die hintere Lenden-muskulatur die Atemstütze unterstützen.
Kreutzer, R. (2004)	Die Bauchflanken- und die Rückenatmung werden vom Zwerchfell eingeschlossen. Die Bauchatmung ist bei diesem Prozess intensiver aktiviert als die Rückenatmung. Die Hauptaktivität übernimmt das Zwerchfell.

In diesen Beschreibungen wird die Relevanz des Zwerchfelles deutlich. Das Zwerchfell wird von jedem Autor zur Beschreibung der Physiologie genannt. Die gefundenen Darstellungen widersprechen sich nicht. Es findet sich jedoch keine einheitliche evidente Definition der Physiologie der Atemstütze, da keine messbaren Faktoren genannt werden. Dadurch kann kein Vergleich der Physiologie der Atemstütze des Sprechens zu der Physiologie der Atemstütze des Gesangs dargestellt werden. Es kann zusammenfassend gesagt werden, dass

die Beschreibungen der physiologischen Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Singens dem der physiologischen Beschreibung der Vorgehensweise während des Sprechens ähneln. Dies bestätigen auch folgende Textauszüge.

Pascher, W. & Bauer, H, 1984:

„Beim Sprechen und Singen ist der Entstehungsmechanismus für beide Stimmarten derselbe, wenn auch die akustischen Effekte verschieden sind. Atmung, Stimmklangbildung und Lautbildung erfolgen nach den gleichen Grundsätzen, und alle physiologischen Gesetze und Regeln gelten für die Singstimme in gleicher Weise wie für die Sprechstimme.“ (Pascher, W. & Bauer, H. 1984. S. 100)

Auch Kreutzer (2004) bestätigt, dass die Technik der Atemstütze, sowohl bei Sängern als auch bei Sprechtechniken die gleiche sei. Der Unterschied läge in der Intensität des Atemdruckes, welcher mithilfe der Stimmstütze erzielt wird.

Die Sänger müssten einen wesentlich höheren Druck mithilfe der Atemstütze realisieren. Erst dann folge die normgerechte Sprechstimme.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Die Ausarbeitung von N. Slenders und diese Untersuchung ähneln sich im Bereich der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze während des Singens. In beiden Beschreibungen wird die Relevanz des subglottischen Drucks und des Zwerchfelles wiederholt ausgelegt. Es fällt jedoch auf, dass in der deutschen Literatur wiederholt betont wird, dass die Atemstütze während des Singens die gleiche Physiologie wie die Atemstütze während des Sprechens erzielt. Der Unterschied bestünde lediglich in der Intensivität. In der niederländischen und englischen Literatur wird dieser Vergleich kaum gezogen.

2.2 Die Verwendung der „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen

2.2.1 Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen

Genau wie unter Punkt 2.2.2 „Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen“ wurden bezüglich des „Zieles bei der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen“ nur wenige Informationen in der Literatur gefunden. Aufgrund dessen wurden Experten zu Rate gezogen.

Im Experteninterview mit Schürmann, U., (2013) erklärte dieser, dass die Atemstütze das Ziel verfolge den Anblasedruck zu reduzieren und somit zur Entlastung der primären Stimmfunktion beizutragen. Des Weiteren würde mithilfe der Atemstütze der/die supraglottische(n) Sphinkter/Ventile entlastet werden. Die Atemstütze führe somit zur Förderung einer entspannten Weite im Vokaltrakt.

R. Kreutzer äußerte sich bezüglich des Zieles der Atemstütze im Experteninterview (2013) wie folgt: *„Ein freier Atemfluss nach außen und eine flexible Atemstütze ist Grundvoraussetzung, um Sprechstimmstörungen beheben zu können, um eine gesunde Entwicklung bis hin zu einer professionellen Ebene erreichen zu können!“*

Die erhaltenden Informationen sind zu ungenau. Die Thematik der Atemstütze muss noch tiefgründiger erforscht werden.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

N. Slenders konnte nicht viele Literaturangaben zu diesem Thema finden. Die erhaltenden Informationen waren zu ungenau. Sie bezog sich auf Shewell (2009), welcher beschreibt dass die Atemstütze der Überanstrengung der Stimme entgegen wirken soll. Wie in der niederländischen und englischen Literatur ließen sich auch in der deutschen Literatur nur wenige Informationen zum Ziel der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen finden. U. Schürmann erklärte im Experteninterview, dass das Ziel der Atemstütze darin bestehe, den Anblasedruck zu reduzieren. Da ein geringerer Anblasedruck die Anstrengung verringert bestätigt dies die Aussage von Shewell.

2.2.2 Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen

Bezüglich der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen wurden keine konkreten Informationen gefunden.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

N. Slenders konnte konkretere Informationen zu diesem Punkt finden. Sie bezog sich auf Xu et al., (1991): Die Atemstütze könne bei Stimmbandknoten, bei der Paralyse vom Nervus Laryngeus recurrens, bei einer unvollständigen Stimmbandschließung, sowie bei einer chronischen Laryngitis und bei glottalem Sulcus angewendet werden. Weiter bezog sich N. Slenders auf Van Lierde et al. (2010), welcher die Verwendung der Atemstütze bei der Muscle tension dysphonia beschreibt.

2.2.3 Effekte bei der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen

Da in der Literatur keine Therapiemethoden zu Sprechstimmstörungen gefunden wurden, wurden auch keine Effekte der Therapiemethoden aufgezählt.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

N. Slenders konnte in der Literatur auch keine eindeutigen Informationen bezüglich der Effekte für die Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Sprechstimmstörungen finden.

2.3 Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme

2.3.1 Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme

Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme wird in der Literatur in neun verschiedenen Quellen wie folgt beschrieben:

Tabelle 2.6. Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimmen per Autor

Autor	Ziel
Kreutzer, R.(2013)	• Sprechproduktion mit geringem Kraftaufwand • Ausbleiben von Muskelverkrampfungen
Böhme, G. (1980)	• Erreichung maximaler Stimmleistung
Friedrich et al. 2003, S. 33	• Die Luftabgabe wird optimal dosiert
Feil, 2012	• Dosierte Luftabgabe • Ausatemungsverlängerung
Winckel, F. Jahreszahl unbekannt	• Der subglottische Druck wird auf einen kritischen Druck verringert.
Stengel I. & Strauch T. (2005)	• Geringer Luftverbrauch • Reduzierter Anblasedruck • Stimmlippen werden entlastet • Stimmhygienischeres Singen durch geringeren Druck
Kia. R.A & Schulze-Schindler. R (1999)	• Volumenstarke, durchdringende und „leicht dramatisch“ klingende Stimme.
Luchsinger, R. (1970)	• <i>„Jeder auf dem rhythmischen Atem schwingende Ton ist gestützt.“ (S.17)</i> Wenn jedoch die gleichmäßige und automatische Bewegung des Zwerchfells und der Glottis schwankt oder aussetzt, entgleitet dem Ton die Stütze, sodass der Ton abbricht.
Schürmann, U. (2001)	• Geringe Luftabgabe bei der Ausatmung Zunahme von: Ruhe Längerer Atem Entlastung der Kehlkopfmuskulatur

Theoretischer Teil

Die Autorenaussagen bezüglich des Zieles der Atemstütze, während des Sprechens, ähneln sich. Als Hauptziel der Atemstütze wird die dosierte Luftabgabe, welche zu einem längeren Atem führt, und das Ziel des geringsten erforderlichen Kraftaufwandes, genannt.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Im Vergleich mit N. Slenders wird deutlich, dass der Fokus in der niederländischen, englischen als auch in der deutschen Literatur, auf einem ökonomischen Stimmgebrauch liegt. Das Ziel ist es durch wenig Kraftaufwand eine maximale Stimmleistung zu erreichen.

2.4 Verwendung der „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme

2.4.1 Das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme

In neun Quellen wird das Ziel der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme beschrieben.

Tabelle 2.7 Die Ziele der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme per Autor

Autor	Ziel
Wendler . J & Seidner .W & Eysholdt. U, (2005)	• Führung des Ausatemungsstromes während des Singens • Verlängerung der Ausatmung • Es solle eine bestmögliche Kehlkopffunktion entstehen
Prof. Buchholz, T. (Jahreszahl unbekannt)	• Eine Dosierung des Luftstromes auf das Kehlorgan • Geringer Luftdruck auf die Stimmbänder
Kreutzer, R. (1996)	• Minimale Luftabgabe während der Tonerzeugung.
Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt)	• Eine längere, langsamere, vertiefte Ausatmung
Stengel I. & Strauch, T. (1996)	• Der „Anblasedruck“ wird gering gehalten • Die Tonfrequenzen werden möglichst lange produziert • Lange Phrasen können zielgemäß ohne Unterbrechung gesungen werden
Habermann, (1986)	• Mit dem geringsten benötigtem Aufwand kann eine hohe Leistung erzielt werden • „Stimmhygienische Atemregulierung“
Nawka & Wirth, (2008)	• Die Zeit der Ausatmung wird verlängert • Der subglottische Druck wird während der gesamten Phonation kontrollierbar

	• Eine gute Resonanz
Luchsinger, R. (1970)	Luchsinger beschreibt eine Untersuchung, welche er durchgeführt hatte. Eine Sängerin sollte das „c“ (1024 Hz) bei einer dreistufigen Prüfung ohne Stütze produzieren. Die Sängerin sollte dabei, in der Tiefe und in der Höhe die gleiche Tonintensität halten. Dies misslang, der Ton brach ab. Das Ziel ist laut ihm folglich: Das Halten des gleichmäßigen Tones!
Luchsinger der sich auf K. Hartlieb (1952) beruft	„Die Stütze dient dazu, den zur Phonation subglottischen Druck, auf den kritischen Druck (optimaler Betriebsdruck) zu reduzieren“ (S.17) Wenn Abweichungen vom optimalen Betriebsdruck auftreten, so verarmt das Teiltonspektrum wegen des zu geringen Gehaltes an Teiltönen. F. Winckel konnte in einem Fall dem Sopran D zeigen, dass die dritte Stütze („Tiefstütze, Tiefgriff“) eine deutliche Erweiterung des Spektrums bis zum neunten Teilton bringt.“

Das Ziel der Atemstütze während des Singens unterscheidet sich nicht vom Ziel der Atemstütze während des Sprechens. Die Autoren fokussieren auch hier das Ziel der dosierten Luftabgabe (des längeren Atems und der Stimmhygiene).

Die Relevanz der dosierten Luftabgabe und somit des längeren Atems ist während des Singens größer, da die Sänger nur an festgelegten Stellen Luft holen können.

Vergleich zu N. Slenders (2012)

Im Vergleich zu N. Slenders' Studie wird deutlich, dass es das Hauptziel der Atemstütze ist, die Ausatmung kontrollierbar zu gestalten und diese verlängern zu können. Dabei spielt ein geringer subglottischer Druck eine große Rolle. In der deutschen Literatur wurden die gleichen Informationen gefunden.

3.Methode

Zur Beantwortung der Fragen wurde eine digitale Enquete für Logopäden und Musikhochschuldozenten innerhalb Deutschlands aufgestellt. Diese wurde mithilfe der Literatur „Basisboek Enqueteren“ von D.B Baarda & M.P.M. De Goede (2010), gestaltet und digitalisiert. Die Logopäden und Musikhochschuldozenten wurden mithilfe einer Stichprobe selektiert und kontaktiert.

3.1 Untersuchungsfragen

Die Hauptuntersuchungsfrage lautet:

„Inwiefern wird die Atemstütze in der Therapie und/oder der Schulung der Sprech- und/oder Gesangsstimme durch Logopäden und Musikhochschuldozenten in der Praxis verwendet? Sofern sie verwendet wird, mit welchem Ziel, auf welche Weise und mit welchem Resultat?“

Subfragen:

A Was ist die „Atemstütze“?

1. Wie lautet die Definition der Atemstütze?
2. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Sprechens?
3. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze während des Singens?

B Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?

4. Bei welchen verschiedenen Sprechstimmstörungen wird die „Atemstütze“ verwendet?
5. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?

Methode

6. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet?
7. Welche Effekte kommen zu Stande, wenn die „Atemstütze“ in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet wird?

C Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der gesunden Sprechstimme verwendet?

8. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der gesunden Sprechstimme verwendet?
9. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in der Therapie der gesunden Sprechstimme verwendet?
10. Welche Effekte kommen zu Stande, wenn die „Atemstütze“ in der Therapie der gesunden Sprechstimme verwendet wird?

D Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?

11. Mit welchem Ziel wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?
12. Auf welche Weise wird die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet?
13. Welche Effekte kommen zu Stande, wenn die „Atemstütze“ in den Schulungen der Gesangsstimme verwendet wird?

3.2 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign ist ein „Cross-Sectional-Practical-Survey“ (Cross-Sectional-Survey) (Paul J, Lavrakas (2008)). Das Untersuchungsinstrument formt die digitale Enquete. Die Enquete wurde mit Hilfe des kostenlosen Onlineprogrammes www.enquete.com aufgestellt. Die aufgestellten Enqueten sind im Anhang 4 und 6 (S.11 & S. 33) nachzulesen.

3.3 Niveau der Beweisstärke

Nach: Die Evidenzhierarchie (CEBM (2011) Center for evidence based medicine [online]. Available www.cebm.net [Stand:15.05.2013])

Evidenzlevel

- 1a Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Gruppenstudien
- 1b Mindestens eine randomisierte, kontrollierte Gruppenstudie
- 2a Mindestens eine gut angelegte kontrollierte Gruppenstudie ohne Randomisierung bzw. systematische Übersicht aus Kohortenstudien
- 2b Mindestens eine gut angelegte, quasi experimentelle Gruppenstudie bzw. einzelne Kohortenstudie
- 3a Gut angelegte, nicht experimentelle deskriptive Gruppenstudien bzw. systematische Übersicht aus Fallkontrollstudien
- 3b Einzelne Fallkontrollstudien
- 4 Fallberichte bzw. Studien mit methodischen Mängeln
- 5 Berichte von Expertenausschüssen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Die Querschnittsstudie befindet sich zwischen den Evidenzleveln 3b und 4. Diese ist dem oben aufgezeigten System jedoch nicht zu entnehmen. Bei der Querschnittsstudie wird eine Stichprobe aus der zu untersuchenden Population gezogen, diese setzt sich in dieser Untersuchung aus „Logopäden“ und „Musikhochschuldozenten“ innerhalb Deutschlands zusammen. Zu einem festgelegten Zeitpunkt wird der „Wissensstatus“ in Bezug auf die „Atemstütze“ bei beiden Gruppen gleichzeitig mithilfe einer „digitalen Enquete“ erhoben. Die Querschnittsstudie eignet sich besonders gut, um einen „Ist-Zustand“ zu dokumentieren (Momentanes Wissen zur Atemstütze). Bei dieser Untersuchung ist es möglich, einen großen Stichprobenumfang zu erhalten und eine standardisierte Befragung auszuführen (digitale Enquete).

3.4 Zielgruppe der Untersuchung

Die Zielgruppe der Untersuchung bildeten zwei Berufsgruppen. Eine Gruppe bestand aus Logopäden und die andere aus Musikhochschuldozenten, spezialisiert in dem Fach „Gesang“. Beide Gruppen wurden zur Beantwortung der Enqueten nur innerhalb Deutschlands gebildet. Die Logopäden und Musikhochschuldozenten wurden bei dieser Untersuchung befragt, da die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass diese die Atemstütze verwenden. Der Fokus der Logopäden liegt in der Therapie der Sprechstimme. Die Musikhochschuldozenten arbeiten mit der Gesangsstimme.

3.5 Selektion und Kontaktaufnahme mit den Respondenten

Die möglichen Respondenten wurden, durch die im „dbl“ (Deutscher Bundesverband für Logopädie) verzeichneten logopädischen Einrichtungen, und die im Internet verzeichneten Musikhochschulen über dem Verband „Die deutschen Musikhochschulen“ innerhalb Deutschlands, gesucht. Diese Verbände zeigten die Anzahl der Logopädiepraxen und staatlich anerkannten Musikhochschulen in jedem der 16 Bundesländer auf. Insgesamt sind 8826 Logopäden im „dbl“ verzeichnet. Auf der Internetseite der deutschen Musikhochschulen sind 473 Musikhochschuldozenten, spezialisiert in dem Fach Gesang vermeldet. Aufgrund der umfangreichen Zielgruppe wurde eine Stichprobe durchgeführt. Die Anzahl der möglichen logopädischen Respondenten wurde mit einer Prozentzahl von fünf per Bundesland festgelegt. Da die Mindestanzahl einer repräsentativen Umfrage bei 33 % liegt, ist eine Prozentzahl von fünf für eine repräsentative Umfrage nicht ausreichend. Jedoch war eine höhere Prozentzahl aus zeittechnischen,- und Kostengründen nicht umsetzbar. Eine Kontaktaufnahme zu 33 Prozent hätte 3067,68 Euro gekostet und war zu kostenintensiv. Die entstandenen Kosten der Kontaktaufnahme der Zielgruppe sind in der Tabelle 3.1 nachzulesen. Diese Kosten wurden von der Hogeschool Zuyd, Heerlen übernommen. In Deutschland gibt es 24 staatlich anerkannte Musikhochschulen. Da jede dieser Musikhochschulen im Internet vertreten ist, wurde festgestellt, dass an jeder Musikhochschule mindestens fünf Gesangsdozenten unterrichten. Um eine einheitliche Anzahl an Musikhochschul-Respondenten zu erhalten, wurde dieser Wert (5 Gesangsdozenten per staatlich anerkannte Musikhochschule) als Richtwert für alle Musikhochschulen gewählt. Insgesamt wurden 596 Respondenten (456 Logopäden und 140 Musikhochschuldozenten) kontaktiert. Mithilfe eines Introduktionsbriefes wurden die Respondenten persönlich, per Postweg, angeschrieben und zur Teilnahme aufgefordert. Die

Methode

Kontaktaufnahme per E-Mail wäre kostensparender gewesen, jedoch werden E-mails öfter leichtfertig und ungelesen gelöscht, als dass Briefe ungelesen weggeschmissen werden. Deshalb fiel die Entscheidung auf einen persönlichen Brief.

Dieser Brief ist im Anhang 1, Seite 1 nachzulesen. In diesem Introduktionsbrief wurde die Kontaktadresse „Atemstuetze@gmail.com“ genannt. Von dieser Adresse aus wurde der Link der Enqueten an die möglichen Teilnehmer verschickt. Zudem konnten auftretende Fragen der Respondenten beantwortet werden. Zusätzlich wurden die möglichen Teilnehmer, welche keine Reaktion zeigten, durch zwei Reminder erneut zur Teilnahme aufgefordert.

In der Tabelle 3.1 werden die entstandenen Kosten wiedergegeben

Tabelle 3.1 Die entstandenen Kosten

Material	Kosten (Euro)
Briefmarken (Standartbrief intern.)	0,75,- x 596 = 447,-
Briefumschläge mit Fenster (600 Stück)	11.97,-
Papier (596 x)	5,83
Total	464, 80,-

3.6 Enquete

Für eine korrekte Enquete wurden die vier folgenden Arbeitsschritte beachtet (Die Struktur orientiert sich an „D.B Baarda & M.P.M De Goede“ (2010)).

3.6.1 Die Vorbereitung der Enquete

3.6.1.1. Struktur der Enquete

Um der Enquete eine strukturierte Übersicht geben zu können, wurden die Fragen thematisch in Blöcken gegliedert:

Block A: Demographische Angaben: Geschlecht, Alter

Block B: Bildungsangaben: Bildungsweg, Bildungsinstitut, Abschlussjahr, Berufserfahrung

Block C: Verwendung der Atemstütze in Therapie und Schulung

Block D: Abschluss: Nichtverwendung der Atemstütze, Wunsch der Erhaltung der Resultate, Anmerkungen

3.6.1.2 Definition der gewünschten Information

Die gewünschte Information bezog sich auf die praktische Verwendung der Atemstütze in der Therapie und/oder Schulung der Sprech- und/oder Gesangsstimme im Berufsalltag der Logopäden und Musikhochschuldozenten. (siehe Hauptfragestellung).

Definition der Hauptfragestellung:

„Inwiefern wird die Atemstütze in der Therapie und/oder Schulung der Sprech- und/oder Gesangsstimme durch Logopäden und Musikhochschuldozenten in der Praxis verwendet? Sofern sie verwendet wird, mit welchem Ziel, auf welche Weise und mit welchem Resultat?“

3.6.1.3 Mögliche relevante Probleme und Nachteile der Enquete-Untersuchung

Ein Nachteil der praktischen Untersuchung hätte eine zu geringe Teilnahme durch Zeitmangel und Desinteresse der Respondenten darstellen können. Dies hätte die Validität der Resultate in Frage stellen können. Um einer Non-Respons vorzubeugen, wurde ein Introduktionsbrief versendet. Durch den Introduktionsbrief hoffte man auf eine größere Teilnehmeranzahl. Der Brief enthielt eine persönliche Vorstellung und eine Beschreibung der Zielsetzung. Die Respondenten erhielten nach dem Ausfüllen der Enquete die Möglichkeit anzugeben, ob sie die Resultate der Untersuchung per Mail erhalten wollten. Die schriftliche Enquete bürgte einige Nachteile (z.B. konnten keine spontanen Fragen gestellt werden). Zusätzlich war die schriftliche Enquete nicht individuell und flexibel. Die Vorteile der schriftlichen Enquete bildete das Ersparnis von Zeit und Geld. Die Einrichtungen mussten nicht persönlich besucht werden. Aufgrund des Umfangs, der Art der aufgestellten Fragen, sowie des Zeit- und Kostenfaktors wäre es nicht möglich gewesen, ein mündliches Interview durchzuführen. Um eine vollständige Auswertung und Analyse bewerkstelligen zu können musste die Enquete vollständig ausgefüllt werden. Die Resonanz der Enqueten musste bei mindestens 10% liegen, damit die Resultate valide waren. Im Folgenden, in Tabelle 3.2, sind Vor- und Nachteile einer digitalen Enquete tabellarisch aufgelistet.

Tabelle 3.2 Die Vor- und Nachteile der Enquete (D.B Baarda & M.P.M De Goede, 2010)

Vorteile	Nachteile
Enqueten sind oft quantitativ und somit ist eine statistische Analyse gewährleistet	Enqueten sind starr (Man kann die Fragen nicht spontan anpassen)
Es ist möglich die Meinung einer großen Anzahl von Menschen zu erfragen und so ist die Chance einer großen Zuverlässigkeit erhöht	Es ist sinnlos eine Enquete für wenige Ziel-gruppen zu verwenden
Enqueten sind schnell ausführbar	Es können keine „neuen Entdeckungen“ gemacht werden, sowie es bei einem Interview möglich ist
Eine Enquete kann Face-to-Face, schriftlich, telefonisch oder via Internet abgenommen werden	Viele Menschen sind „Enquete-müde“ und es ist mühselig diese für die Enquete zu motivieren

3.6.1.4. Verwendung von technischer Unterstützung

Die Enquete wurde mithilfe eines „Onlineprogrammes“ (www.enquete.com) erstellt. Dieses Programm ist übersichtlich gestaltet und führt somit zu einer schnellen und korrekten Verarbeitung der Daten. Das Programm ist kostenlos und der Link konnte den möglichen Teilnehmern per Email (Atemstuetze@gmail.com) zugeschickt werden. Das Programm teilte jeder ausgefüllten Enquete eine Respondentennummer zu. Die beantworteten Enqueten wurden somit zur Einsicht aufgeführt und mit einer bestimmten Nummer gekennzeichnet. Zur Auswertung der geschlossenen Fragen wurde das Software Hilfsprogramm „Excel“ verwendet. Da insgesamt 59 Enqueten ausgefüllt wurden, war es zeitsparender die offenen Fragen manuell auszuwerten, anstatt mit einer Software. Die Antworten wurden analysiert und ausgewertet. Es wurde eine Synthese verfasst. Der genaue Vorgang der Auswertung der Enqueten ist unter Punkt 4.2 nachzulesen.

3.6.1.5. Anonymität der Respondenten

Da für das Ausfüllen der Enquete keine Kontaktdaten erfragt wurden, blieben die Respondenten anonym. Die Respondenten hatten zudem keine Einsicht in bereits ausgefüllte Enqueten anderer Teilnehmer. Sie erhielten jedoch die Möglichkeit ihre E-Mail Adresse anzugeben, um nach Abrundung der Untersuchung, die Thesis zu erhalten. Sofern die E-Mail Adresse den richtigen Namen enthielt, konnte die Anonymität den Untersuchern gegenüber nicht mehr gewährleistet werden. Dies entstand jedoch auf freiwilliger Basis.

3.6.2 Beachtungspunkte beim Aufstellen einer Enquete

3.6.2.1 Definition der Begriffe der Untersuchungsfrage

Die Zielgruppe bestand aus Logopäden und Musikhochschuldozenten. Da die Logopäden und Musikhochschuldozenten die verwendeten Begriffe aus ihrer Berufsausbildung kennen, wurden keine zusätzlichen Begriffserklärungen gegeben.

3.6.2.2 Verantwortung und Begründung der Fragestellungen

Die Verantwortung und Begründung der Fragestellungen sind im Anhang 2 (Seite 2) nach zu lesen.

3.6.2.3. Verständlichkeit der Enquetefragen

Vor der Online-Veröffentlichung der Enqueten, wurden diese durch die Untersuchenden, den inhaltlichen Begleiter und durch sechs Probanden kontrolliert. Drei Probanden per Berufsgruppe (Logopäden und Musikhochschuldozenten) überprüften durch eine Probe-Enquete die Verständlichkeit und Richtigkeit der Enquete. Zur Verbesserung der Qualität gaben sie Feedback. Die Probanden wurden per Berufsgruppe in drei Kategorien eingeteilt:

Proband 1 verwendet die Atemstütze.

Proband 2 übt den Beruf des Logopäden / des Musikhochschuldozenten aus, verwendet aber die Atemstütze nicht.

Proband 3 hat keinerlei Bezug zum Beruf des Logopäden/ des Musikhochschuldozenten und

Methode

zur Verwendung der Atemstütze.

Der dritte Proband konnte sicherstellen, dass die Enquete auch für fachlich unspezialisierte verständlich war.

3.6.2.4 Qualitätsansprüche einer Enquete

Um den Qualitätsansprüchen einer Enquete gerecht zu werden, wurde mit Hilfe des begleitenden Dozenten Rudi Verfaillie und der sechs Prüfpersonen sichergestellt, dass die Enquetefragen nicht widersprüchlich formuliert waren. Es wurde darauf geachtet, nicht zwei Fragen in einer Fragestellung zu formulieren. Die Fragen wurden, sofern möglich, geschlossen gehalten. Einige Fragen wurden jedoch offen formuliert, um das Wissen der Respondenten erfragen zu können.

3.6.2.5 Objektivität der Enquetefragen

Die Fragen der Enquete wurden sachlich und objektiv formuliert (es wurden keine suggestiven Fragen verwendet, welche die Antworten durch eventuelle Wertungsäußerungen in der Fragestellung beeinflussen konnten).

3.6.2.6 Filterfragen der Enquete

Um die Zeit der selektierten Logopäden und Musikhochschuldozenten, welche die Atemstütze nicht verwendeten, nicht unnütz in Anspruch zu nehmen, wurden für diese Respondenten einige Filterfragen (Fragen, die zu anderen Fragen überleiten) aufgestellt. So konnten diese Respondenten, mithilfe einer Filterfrage, alle Fragen zur Verwendung der Atemstütze überspringen. Sie wurden direkt zu den Fragen geleitet, welche die Nichtverwendung der Atemstütze thematisierten.

3.6.2.7 Die Enquetefragen in Bezug auf Meinungsäußerungen und Gefühle

In der Enquete wurden keine Fragen in Bezug auf Gefühle gestellt. Die geschlossenen Fragen betrafen sachliche Angaben (Demographie, Bildung, Verwendung der Atemstütze). Bei allen offenen Fragen wurde nach der eigenen Meinung und nach dem eigenen Kenntnisstand des Respondenten gefragt.

3.6.3. Erwartungen bzw. Kenntnis diverser Antwortmöglichkeiten (Ziel: Wie realistisch sind die Antworten?)

Dieser Punkt kann im Anhang 3 (Seite 7) der Thesis nachgelesen werden, da dieser Teil für die Methode keine große Relevanz darstellt.

3.6.4. Die letzten Schritte

3.6.4.1. Bedrohliche Faktoren

Die Enqueten enthalten keine Fragen, welche als bedrohlich erachtet werden könnten.

3.6.4.2 Formgebung der Enquete

Folgende formgebende Aspekte wurden in der Enquete berücksichtigt:

- Gut lesbarer Lettertype mit Schriftgröße (min.) 10.
- Leerzeilen zwischen den Fragen und Themen, wodurch diese deutlich zu unterscheiden sind.
- Der Zeilenabstand liegt bei (minimal) 1.
- Die Randlinie ist minimal 3 cm.
- Die Formgebung ist konsistent und regelmäßig.
- Alle Themen und die dazugehörigen Fragen sind nacheinander richtig nummeriert.
- Es wird stetig das gleiche Antwortsymbol verwendet und diese stehen immer direkt vor oder nach der Antwortalternative.

3.6.4.3. Checklist der Probe-Enqueten

Aus den “Probe-Enqueten” wurde folgendes deutlich:

- Alle Fragen sind deutlich (grammatikalisch richtig formuliert, es wurden keine zwei Fragen in einer Frage formuliert, die Frageintention ist leicht verständlich)
- Alle Fragen sind auf die jeweilige Berufsqualifizierung der zwei Zielgruppen (Logopäden und Gesangsdozenten der Musikhochschulen) ausgerichtet.
- Alle Fragen sind vollständig. Es fehlen keine Antwortalternativen.
- Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Enquete beträgt höchstens 15 Minuten.
- Die Enquete ist qua Design, Aufbau und Fragestellungen visuell und informativ ansprechend.
- Die Enqueteinstruktionen sind deutlich
Ein „Printscreen“ der zwei Enqueten ist im Anhang 4 und 6 auf Seite 11 und 33 der Thesis einzusehen.

4. Resultate

4.1 Ausschlusskriterien der Auswertung

Die Daten eines Respondenten wurden nicht ausgewertet wenn folgende Fälle zutrafen:

Tabelle 4.1 Ausschlusskriterien der Auswertung

	Ausschlusskriterium	Begründung
1.	Verneinung der Frage „Verwenden Sie die Atemstütze?“ und der Respondent folgt nicht der Anweisung mit der Frage 25 der Logopädenenquete / Frage 13 der Musikhochschuldozenten-Enquete fort zu fahren. Er füllt Fragen zur praktischen Verwendung der Atemstütze aus.	Ein Respondent welcher die Atemstütze nicht verwendet, kann keine praktischen Fragen diesbezüglich beantworten. Die Auswertung würde die Ergebnisse verfälschen.
2.	Fragebögen in denen nur der demographische Block (A) ausgefüllt wurde (Alter und Geschlecht).	Es werden keinerlei Informationen bezüglich der Atemstütze erfasst.
3.	Fragebögen in denen nur der Bildungsblock (B) ausgefüllt wurde (Bildungsweg, Bildungsort, Bildungsabschlussjahr, Zeitangabe der Tätigkeit in dem Beruf)	
4.	Fragebögen in denen nur der demographische Block (A) und der Bildungsblock (B) ausgefüllt worden sind.	

Bei den Logopäden wurde eine der ausgefüllten Enqueten nicht mit in die Wertung genommen.

Bei den Musikhochschuldozenten wurden alle ausgefüllten Enqueten mit in die Wertung genommen.

4.2 Vorgehensweise der Auswertung

Für die statistische Auswertung der geschlossenen Fragen wurde das Computer-Software-Rechenprogramm „Excel“ verwendet.

Zur Auswertung der offenen Fragen wurde eine manuelle Auswertung durchgeführt.

Auswertung der geschlossenen Fragen:

Die Antworten der geschlossenen Fragen, welche keine quantitativen Antworten bildeten, wurden mithilfe von Zahlen (die bestimmte Antwortmöglichkeiten darstellten) kodiert. Diese Kodierungen wurden per Respondent in eine Excel Tabelle übertragen. Aus dem daraus resultierendem Zahlensystem konnten die Resultate in einer Übersicht eingesehen werden. Hierdurch konnten die Resultate auch bildlich wiedergegeben werden.

Die Kodierungssysteme zur Auswertung der Enqueten können im Anhang 5, S.17 (Kodierung der Antworten zur Auswertung der Logopäden-Enquete) und 7, S. 37 (Kodierung der Antworten zur Auswertung der Musikhochschuldozenten-Enquete) nachgelesen werden.

Auswertung der offenen Fragen

Die offenen Fragen konnten manuell (ohne technische Unterstützung) oder mit Softwareprogrammen (z.B. MAXQDA 10“ oder „Grafstat“) ausgewertet werden. Aus Kostengründen wurde eine manuelle Auswertung durchgeführt. Die Antworten aller Respondenten wurden per Frage in einer Tabelle aufgelistet. Dann wurden die Antworten der einzelnen Fragen verschiedenen Oberkategorien zugeordnet. Dadurch konnten die Antworten anschließend synthetisiert werden.

Die Resultate wurden in Tabellen und Texten wiedergegeben.

4.3 Resultate und Vergleiche der Enqueten

4.3.1 Enquete-Respons

- 37 von 456 Logopäden füllten die Enquete aus. 36 Enqueten waren brauchbar und wurden ausgewertet. 36 der 456 Logopäden machen 7,9 % der angeschriebenen Logopäden aus.
- 23 von 140 Musikhochschuldozenten füllten die Enquete aus. 23 Enqueten waren brauchbar und wurden ausgewertet. 23 der 140 Musikhochschuldozenten bilden eine Prozentzahl von 16,4 % der angeschriebenen Musikhochschuldozenten.
- Insgesamt wurden 59 Enqueten ausgewertet. Das sind 9,9 % der insgesamt 596 angeschriebenen Logopäden und Musikhochschuldozenten.

4.3.2 Geschlechtsverteilung der Respondenten

Geschlechtsverteilung der logopädischen Respondenten:

In Tabelle 4.2 und Abbildung 4.1 wird die Geschlechtsverteilung der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.2 Die Geschlechtsverteilung der Logopäden in absoluten Zahlen

Gesamtanzahl	Weiblich	Männlich
N = 36	35	1

Resultate

Die Berufsgruppe der Logopäden hat eine höhere weibliche, als männliche Respondenz. Die weibliche Teilnahme überwiegt mit 97,2%

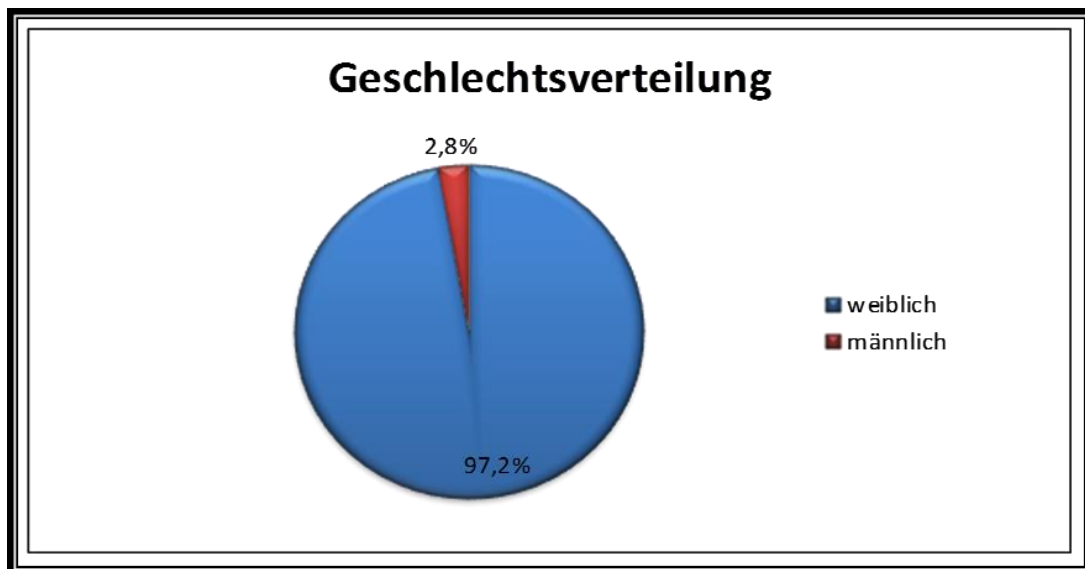


Abb.4.1. Die Geschlechtsverteilung der Logopäden (N=36) in Prozent

Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozent-Respondenten:

In Tabelle 4.3 und Abbildung 4.2 wird die Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.3 Die Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen.

Gesamtanzahl	Weiblich	Männlich
N = 23	10	13

Resultate

Die Berufsgruppe der Musikhochschuldozenten weist mehr männliche, als weibliche Respondenten auf. Die männliche Respondenz liegt bei 56,5 % und die weibliche bei 43,5%

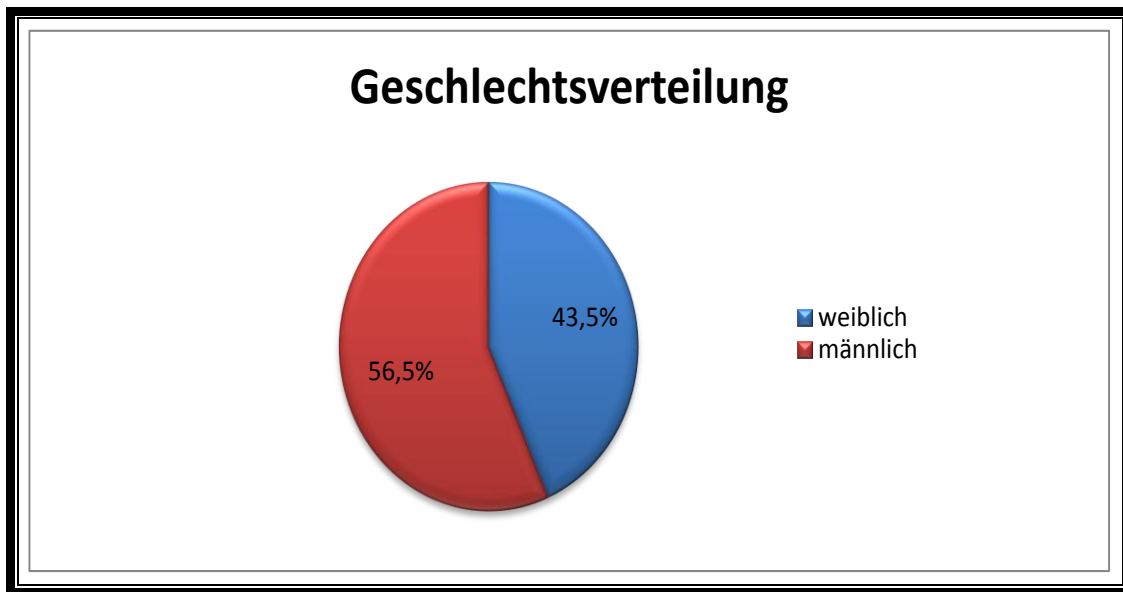


Abb. 4.2. Die Geschlechtsverteilung der Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent

Vergleich der Geschlechtsverteilung unter den Logopäden und Musikhochschuldozenten:

Bei den Logopäden überwiegt der weibliche Anteil der Respondenten deutlich (97,2% weibliche und 2,8% männliche Respondenz), während bei den Musikhochschuldozenten der männliche Anteil leicht überwiegt. (56,5% versus 43,5%).

Der Frauenquotient im Fachbereich der Logopädie ist höher, sodass es den Erwartungen entspricht, dass mehr weibliche Teilnehmer die Enquete beantworten würden.

4.3.3 Die Altersangabe der Respondenten

Altersangabe der logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.4 und Abbildung 4.3 wird das Alter der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Resultate

Tabelle 4.4. Das Alter der Logopäden in Absoluten Zahlen per Kategorie

Alterskategorie	Anzahl
<i>Gesamtanzahl</i>	<i>N = 36</i>
20 - 25 Jahre	0
26 - 30 Jahre	5
31 - 35 Jahre	6
36 - 40 Jahre	5
41 - 45 Jahre	3
46 - 50 Jahre	7
51 - 55 Jahre	6
56 - 60 Jahre	3
61 - 65 Jahre	1

Das Durchschnittsalter der Respondenten liegt bei 43,1 Jahren. In der Enquete wird deutlich, dass die meisten Respondenten zwischen 46 und 55 Jahren und zwischen 31 und 35 Jahren sind. Die wenigsten Respondenten sind in der Alterskategorie 61-65 Jahren vertreten. Auffällig ist, dass die Kategorie 20-25 Jahre gar nicht besetzt ist.

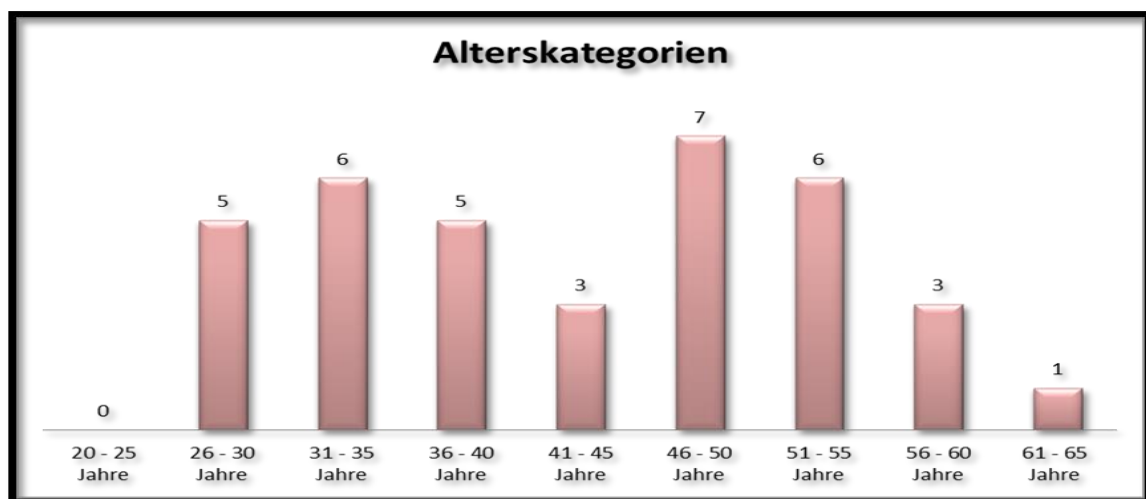


Abb. 4.3. Die Altersangabe der Logopäden (N=36) in Kategorien und absoluten Zahlen

Resultate

Altersangabe der Musikhochschuldozent-Respondenten

In Tabelle 4.5 und Abbildung 4.4 wird das Alter der Musikhochschuldozent-Respondenten widergegeben

Tabelle 4.5 Das Alter der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen per Kategorie

<i>Alterskategorie</i>	<i>Anzahl</i>
<i>Gesamtanzahl</i>	<i>N = 23</i>
20 - 25 Jahre	0
26 - 30 Jahre	1
31 - 35 Jahre	0
36 - 40 Jahre	2
41 - 45 Jahre	3
46 - 50 Jahre	9
51 - 55 Jahre	1
56 - 60 Jahre	2
61 - 65 Jahre	4
66 – 70 Jahre	1

Das Durchschnittsalter der Respondenten liegt bei 50,04 Jahren. Es wird deutlich, dass die meisten Respondenten zwischen 46-50 Jahren und zwischen 61-65 Jahren alt sind. Danach folgen die Alterskategorien 36-45 Jahre. Die Alterskategorien, welche am wenigsten zu verzeichnen sind, sind die Gruppen der 26 bis 30,- 51 bis 55,- und 66 bis 70-jährigen. Die 20 bis 25-jährigen und die 31 bis 35-jährigen waren nicht vertreten.

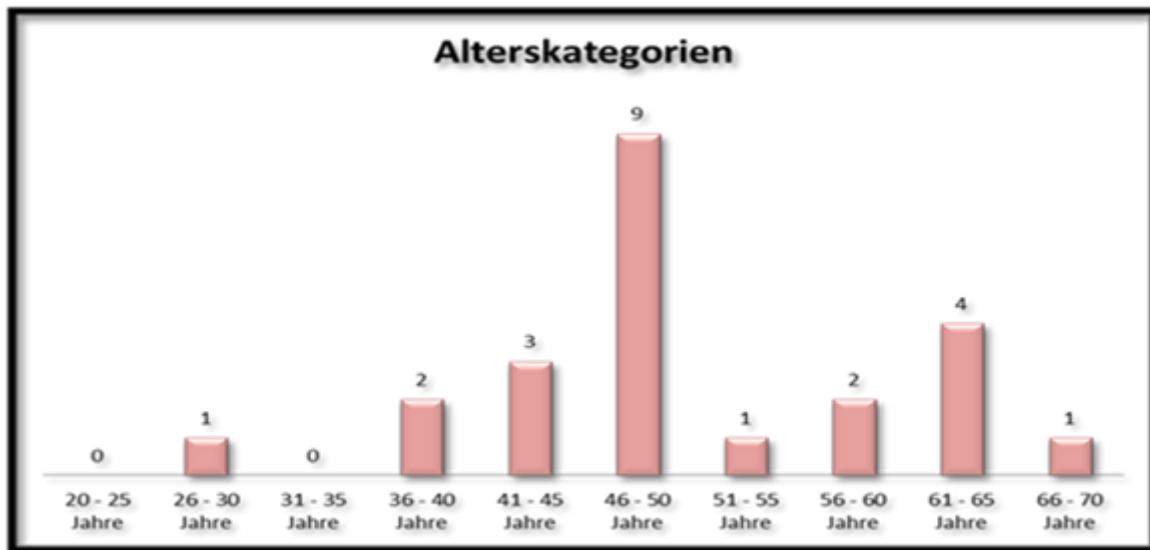


Abb.4.4 Die Altersangabe der Musikhochschuldozenten (N=23) in Jahreskategorien und absoluten Zahlen

Vergleich der Altersangabe der Logopäden und Musikhochschuldozenten:

Die Respondenten befanden sich überwiegend in dem Alter zwischen 43-50 Jahren.

Das Durchschnittsalter bei den Logopäden lag bei 43,1 Jahren und bei den Musikhochschuldozenten bei 50,04 Jahren. In der Berufsgruppe der Logopäden kamen am häufigsten Respondenten zwischen 31-55 Jahren und bei den Musikhochschuldozenten zwischen 46-65 Jahren vor. In beiden Berufsgruppen wird deutlich, dass vor allem junge Respondenten (20-25) wenig oder gar nicht an der Umfrage teilgenommen haben. Die teilnehmenden Logopäden waren durchschnittlich jünger als die Musikhochschuldozenten.

Dies kann daran liegen, dass Musikhochschuldozenten eine größere Berufserfahrung brauchen um Dozent werden zu können, als ein Logopäde.

4.3.4 Der Bildungsweg der Logopäden

Bildungsweg der logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.6 und Abbildung 4.5 wird der Bildungsweg der logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.6 Der Bildungsweg der Logopäden in absoluten Zahlen

Gesamtanzahl	Studium	Ausbildung	Weiterbildung
N = 36	7	29	0

Die meisten der Respondenten haben eine Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden getätigt. Die prozentuale Lage liegt bei der Ausbildung bei 80,6 % der Befragten. 19,4 % der Respondenten absolvierten ein Studium. Keiner der Respondenten durchlief eine Weiterbildung.

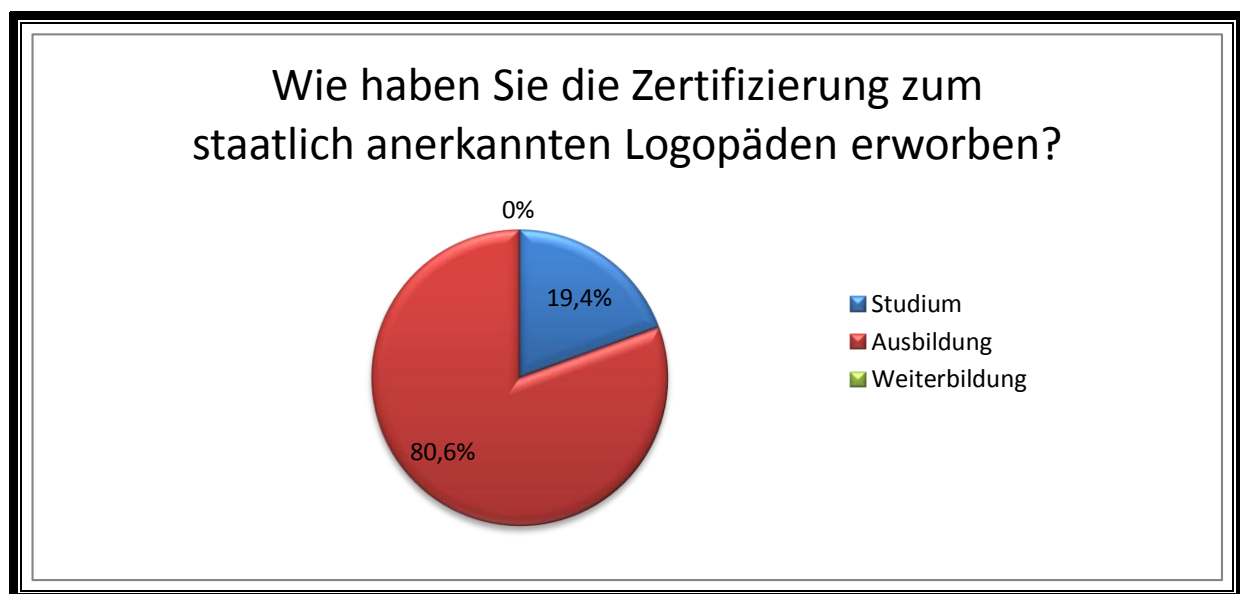


Abb.: 4.5 Der Bildungsweg der Logopäden (N=36) in Prozent

Die meisten Respondenten der Berufsgruppe Logopädie haben eine Ausbildung gemacht (80,6%). Nur 19,4 % der befragten Logopäden haben ein Studium absolviert. Dies war zu erwarten, da der Beruf des Logopäden in Deutschland bis 1998 nur durch eine Ausbildung erlernt werden konnte. Bei dieser Frage ist kein Vergleich, zwischen den Logopäden und den Musikhochschuldozenten, möglich, da alle Musikhochschuldozenten ein Studium absolviert haben.

4.3.5 Die Bildungsinstitutionen (Studium) der Respondenten

Bildungsinstitutionen des Studiums der logopädischen Respondenten

Resultate

In Tabelle 4.7 und Abbildung 4.6 werden die Bildungsinstitutionen (Studium) der logopädischen Respondenten widergegeben

Tabelle 4.7 Die Bildungsinstitutionen (Studium) der Logopäden in absoluten Zahlen

Institutionen	Anzahl der dort studierten Logopäden
<i>Gesamtanzahl der Studiumabsolventen</i>	<i>N = 7</i>
University of Mississippi	1
Uni Köln	2
Hogeschool Nijmegen	1
Idstein	1
Hogeschool Groningen	1
Hogeschool Zuyd Heerlen	1
<i>Keine Antwort (wegen Ausbildung)</i>	29

Die meisten akademischen Respondenten haben an der Universität Köln (NRW) studiert. Danach folgen die Fachhochschule Idstein, und die ausländischen Hochschulen der Niederlande, wie Hogeschool Zuyd, Hogeschool Nijmegen, Hogeschool Groningen. Zusätzlich wurde auch außerhalb Europas (University of Mississippi) ein Logopädie Studium absolviert.

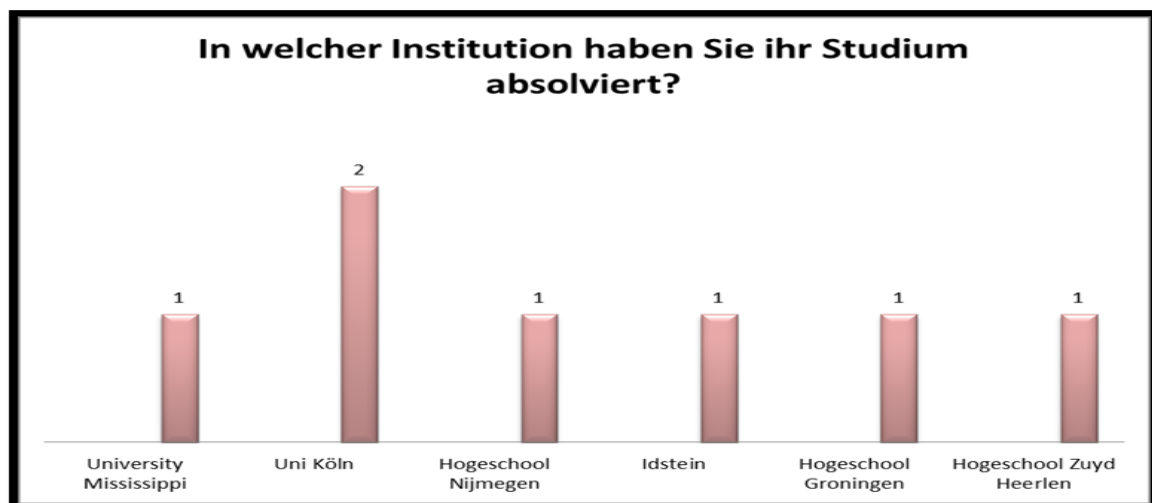


Abb. 4.6 Die Bildungsinstitutionen (Studium) der Logopäden (N=7) in absoluten Zahlen

Resultate

Länderverteilung des Logopädiestudiums

In Tabelle 4.8 und Abbildung 4.7 wird die Länderverteilung des Logopädie Studiums widergegeben.

Tabelle 4.8 Die Länderverteilung des Logopädie Studiums in absoluten Zahlen

Länderverteilung des Logopädiestudiums	Anzahl der Logopäden mit einem absolvierten Studium
Deutschland	3
Niederlande	3
USA	1

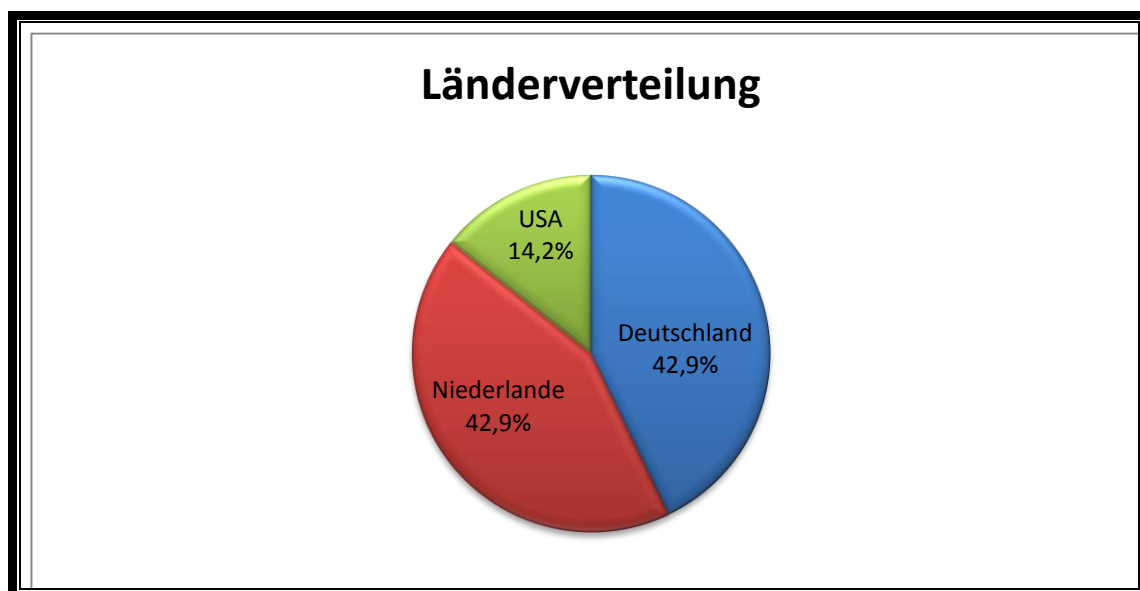


Abb.4.7 Die Länderverteilung der Logopädiestudenten (N=7) in Prozent

Bildungsinstitutionen des Studiums der Musikhochschuldozent-Respondenten:

In Tabelle 4.9 und Abbildung 4.8 werden die Bildungsinstitutionen der Musikhochschul-Respondenten widergegeben.

Resultate

Tabelle 4.9 Die Bildungsinstitutionen der Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen

Institution	Anzahl der dort studierten Musikhochschuldozenten
Hochschule für Musik Berlin	1
Universität der Künste Berlin	2
Hochschule für Musik Detmold	1
Folkswang Universität Essen	1
Hochschule für Musik und darstellende Kunst Frankfurt am Main	2
Hochschule für Musik und Theater Hamburg	2
Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover	1
Hochschule für Musik Karlsruhe	2
Hochschule für Musik und Tanz Köln	3
Musikhochschule Lübeck	1
Hochschule für Musik und Theater München	1
Hochschule für Musik Saarbrücken	1
Hochschule für Musik Trossingen	1
Hochschule für Musik Würzburg	1
Staatliche Hochschule Münster	1
Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien	1
Keine Antwort	1

Die meisten der Respondenten (13%) haben ihr Studium zum Musikhochschuldozenten an der Hochschule für Musik in Köln (NRW) absolviert. Danach folgen die Hochschulen für Musik in Karlsruhe, Hamburg, Frankfurt am Main und Berlin.

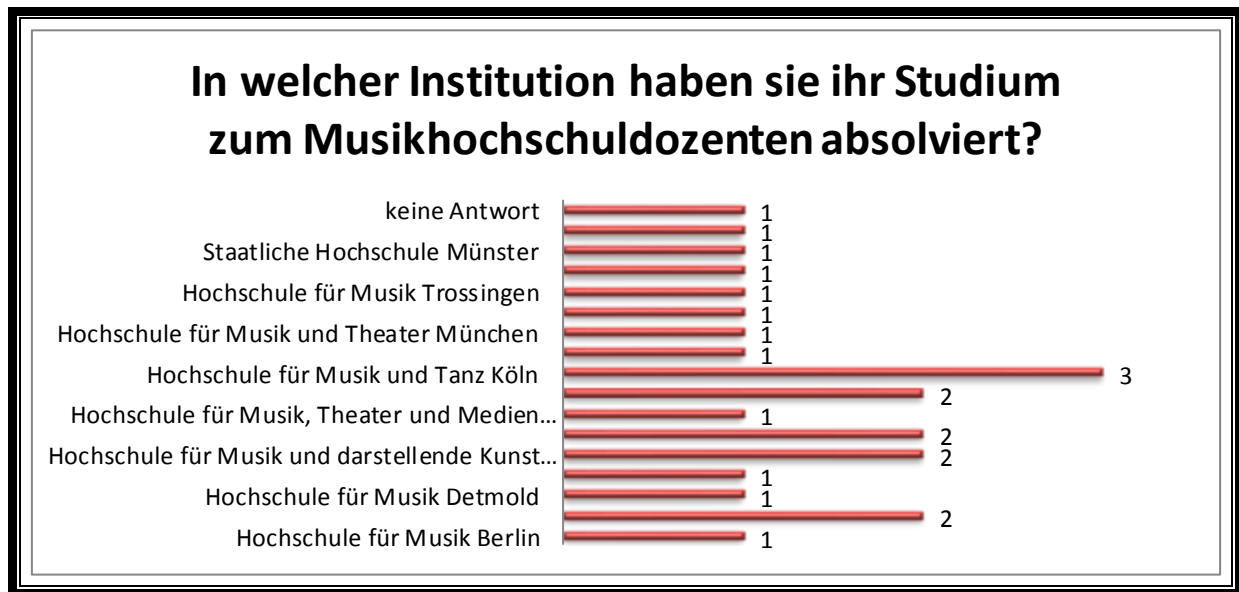


Abb.4.8. Die Bildungsinstitutionen des Studiums der Musikhochschuldozenten (N=23) in absoluten Zahlen

Der Vergleich der Bildungsinstitutionen zwischen den Logopäden und Musikhochschuldozenten wird zum Abschluss des Punktes 4.3.6 erläutert.

4.3.6 Die Bildungsinstitutionen (Ausbildung) der Logopäden

In Tabelle 4.10 und Abbildung 4.9 werden die Ausbildungsinstitutionen der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle:4.10 Die Bildungsinstitutionen der Logopäden in absoluten Zahlen

Institution	Anzahl der ausgebildeten Logopäden
<i>Gesamtanzahl der Auszubildenden</i>	<i>N = 29</i>
Prof. König und Leiser Schulen für Ergotherapie und Logopädie Kaiserslautern	1
Staatliche Lehranstalt für Logopädie Aachen	4
BFW Zentrum für Gesundheitsberufe Dort-mund	1
Lippe Institut Fachschule für Logopädie Bad Lippspringe	1

Resultate

Charité' Gesundheitsakademie Berlin	1
IFBE Schule Berlin	2
Freseniussschule Darmstadt	2
EWS Rostock	1
FH Gera	1
Berufliches Fortbildungszentrum Erlangen	1
Lehranstalt für Logopädie Mainz	2
IFBE Schule für Berufe mit Zukunft Chemnitz	1
Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg	1
Lehranstalt für Logopädie Münster	2
Berufsfachschule für Logopädie Augsburg	1
Schule für Logopädie am katholischem Klinikum Koblenz	1
Berufsfachschule für Logopädie Kassel	1
Akademie für Gesundheitsberufe Ulm-Wiblingen	1
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie München	1
Werner Otto Institut (WOI) Hamburg	1
<i>Keine Antwort (Wegen Studium)</i>	7
<i>Nicht definierbar</i>	2

Die Mehrzahl der Respondenten hat eine Ausbildung gemacht. Die meisten Ausbildungsgänge sind im Westen Deutschlands, in NRW zu verzeichnen. Insgesamt 13,8 % der Respondenten, die eine Ausbildung zum Logopäden absolviert haben, haben dies an der staatlichen Lehranstalt für Logopädie in Aachen getätigt. Danach folgen die Institutionen: Lehranstalt für Logopädie Münster, Lehranstalt für Logopädie Mainz, die Freseniussschule Darmstadt, sowie die IFBE Schule in Berlin. Es folgen in der Auflistung noch 15 andere Ausbildungsstätten.



Abb. 4.9 Die Bildungsinstitutionen der Logopäden (N=29) die eine Ausbildung absolviert haben, angegeben in absoluten Zahlen.

Ein Vergleich zu den Musikhochschuldozenten ist hierbei nicht möglich, da alle Musikhochschuldozenten nur den Bildungsweg des Studiums wählen konnten. Weitere Erläuterungen siehe Abschluss 4.3.

4.3.7 Die Bildungsinstitutionen (Weiterbildung) der Logopäden

Weder Logopäden noch Musikhochschuldozenten haben Angaben bezüglich einer Weiterbildung gemacht.

Vergleich der Bildungsinstitutionen der Respondenten:

Die Ausbildungen bzw. Studiengänge der Logopäden und die Studiengänge der Musikhochschuldozenten wurden hauptsächlich in NRW (Köln und Aachen) absolviert. Bei den Logopäden fällt auf, dass auch in den an NRW angrenzenden Bundesländern/Ländern

Resultate

Ausbildungen und Studiengänge absolviert worden sind. Dazu zählen Hessen, Rheinland-Pfalz und die Niederlande. Die erhöhte Respondentenanzahl in diesen Bundesländern/Ländern lässt sich möglicherweise anhand der naheliegenden Umgebung und den daraus entstehenden Sympathiegründen erklären.

4.3.8 Das Abschlussjahr der Respondenten

Abschlussjahre der logopädischen Respondenten:

In Tabelle 4.11 und Abbildung 4.10 werden die Abschlussjahre der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.11 Das Abschlussjahr der Logopäden in ihrer Häufigkeit

Jahreszahl	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Abschlussjahr	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1

Jahreszahl	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abschlussjahr	0	3	1	0	1	0	3	0	0	2

Jahreszahl	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Abschlussjahr	0	1	1	0	2	4	2	2	0	2

Jahreszahl	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Abschlussjahr	0	1	3	1	1	2

Median 2000/2001

Die meisten Abschlüsse zum Logopäden sind im Jahre 2001 zu verzeichnen. Danach folgen die Abschlussjahre 1987, 1992 und 2008. Der Median liegt bei 2000/2001.

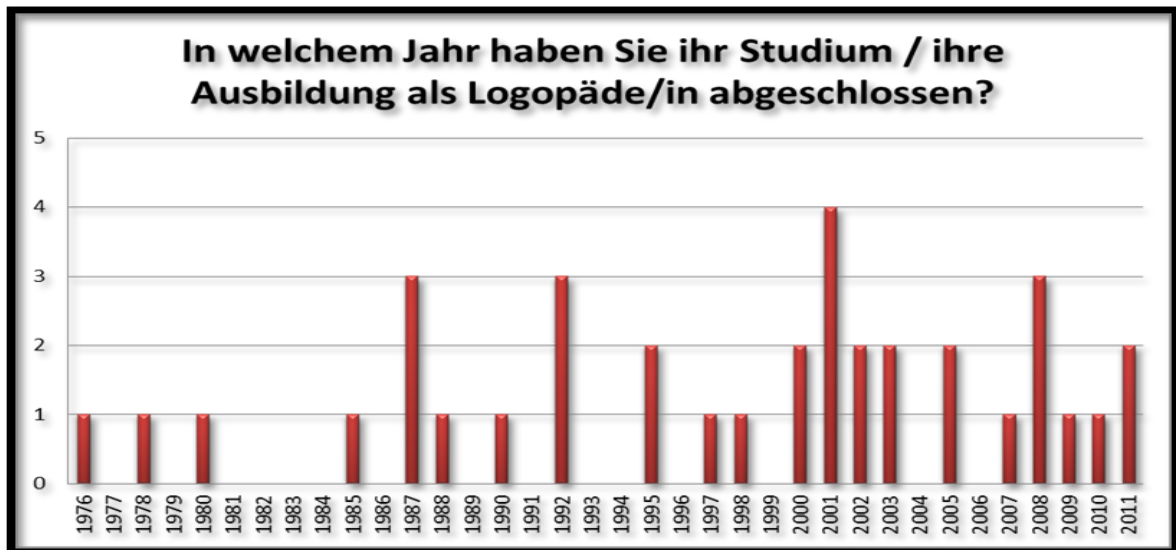


Abb. 4.10 Anzahl (N=36) der Abschlüsse zum Logopäden in Jahreszahlen

Die Abschlussjahre der Musikhochschuldozenten:

In Tabelle 4.12 und Abbildung 4.11 werden die Abschlussjahre der Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben

Tabelle 4.12 Das Abschlussjahre der Musikhochschuldozenten in ihrer Häufigkeit

Jahreszahl	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Abschlussjahr	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jahreszahl	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Abschlussjahr	3	0	0	0	0	1	0	2	0	2

Jahreszahl	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Abschlussjahr	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0

Jahreszahl	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Abschlussjahr	5	0	0	1	0	1	0	0	0	1

Jahreszahl	2005	2006	2007	2008
Abschlussjahr	0	0	0	1

Der Median liegt im Jahr 1986.

Zwei Respondenten (8,7 %) haben auf diese Frage keine Antwort gegeben. Die meisten Musikhochschuldozenten haben im Jahre 1995 ihren Studienabschluss abgelegt. Danach folgt die Jahreszahl 1975. Der Median liegt bei 1986. Nur sehr wenige Respondenten (0-4%) haben einen Studienabschluss zwischen 1966-1974 absolviert.



Abb. 4.11 Die Abschlussjahre der Musikhochschuldozenten (N=23) angegeben in Jahreszahlen

Vergleich der Abschlussjahre der Respondenten:

Die meisten Abschlüsse der Logopäden wurden im Jahre 2001 getätigt. Der Median liegt hier im Jahre 2000/2001. Das häufigste Abschlussjahr des Studiums der Musikhochschuldozenten liegt im Jahre 1995. Der Median liegt hier im Jahre 1986.

Auffällig ist, dass die Respondenten der Musikhochschuldozenten ihren Abschluss durchschnittlich länger haben, als die Logopäden. Dies kann eventuell damit begründet werden, dass die Musikhochschuldozenten mehr Erfahrung haben müssen, um ihren Beruf ausüben zu dürfen.

4.3.9 Die Berufserfahrung der Respondenten

Berufserfahrung der logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.13 und Abbildung 4.12 werden die Berufserfahrungsjahre der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.13 Die Berufserfahrungsjahre der Logopäden in ihrer Häufigkeit in Jahren

Jahreszahl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Berufserfahrungs-jahre	2	1	0	4	1	0	1	1	0	4

Jahreszahl	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Berufserfahrungs-jahre	2	4	0	1	0	0	2	1	0	2

Jahreszahl	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Berufserfahrungs-jahre	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0

Jahreszahl	31	32	33	34	35	36
Berufserfahrungs-jahre	1	0	1	0	0	1

14,5 ist der Durchschnitt an Berufserfahrungsjahre der Logopäden.

Die meisten Respondenten haben eine Berufserfahrung von 4, 10 und 12 Jahren. Danach folgt mit großem Abstand eine Berufserfahrung von 25 Jahren. Weniger werden die Berufserfahrungsjahre 6-10, 13 -24 und 26-40 Jahren erwähnt. Der Mittelwert liegt hier bei 14,56 Jahren.

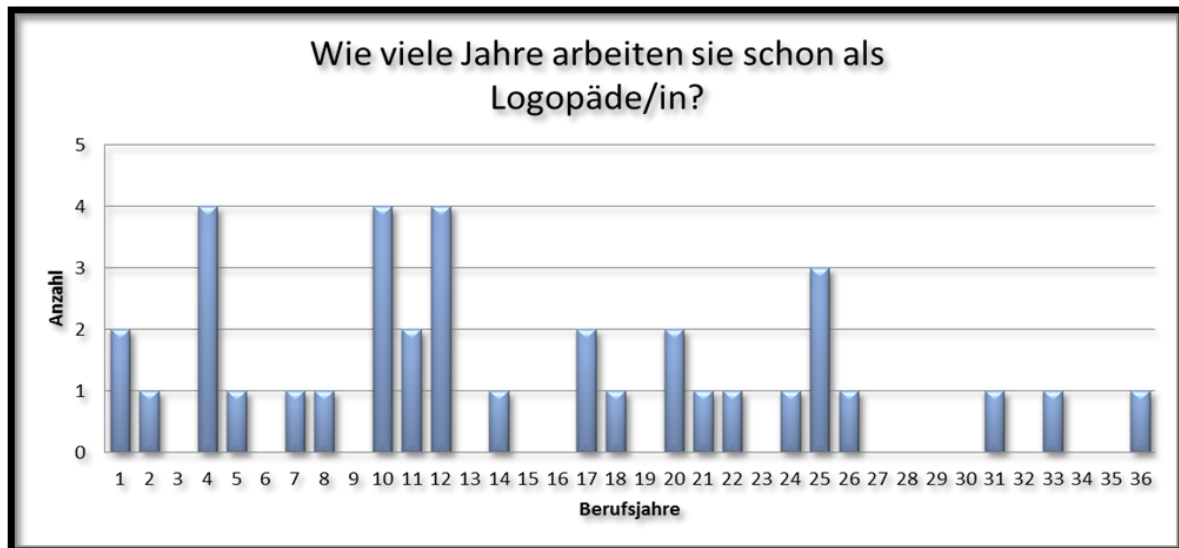


Abb. 4.12 Die Berufserfahrung der Logopäden (N=36) angegeben in Jahren

Berufserfahrung der Musikhochschuldozent-Respondenten

In Tabelle 4.14 und Abbildung 4.13 werden die Berufserfahrungsjahre der Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben

Tabelle 4.14 Die Berufserfahrungsjahre der Musikhochschuldozenten in ihrer Häufigkeit in Jahren (Kategorien)

Jahres- anzahl	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45
Berufs- erfahrung	2	7	5	4	1	1	0	2	1
16,04 Jahre					Durchschnittswert der Berufserfahrungs- jahre				

Die meisten Respondenten (69,6%) arbeiten zwischen 6- 20 Jahren als Musikhochschuldozent. Die wenigsten Respondenten (0 – 4%) haben eine Arbeitserfahrung von 0-5 und 21-50 Jahren. Der Mittelwert liegt bei 16,04 Jahren.

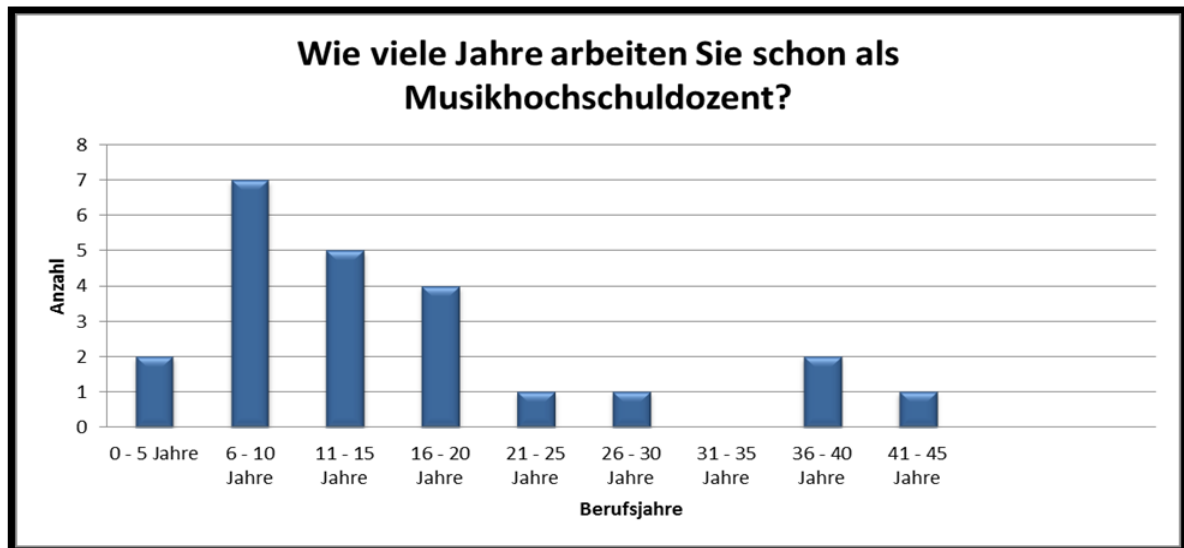


Abb.: 4.13 Die Berufserfahrung der Musikhochschuldozenten (N=23) in Jahreskategorien

Vergleich der Berufserfahrungsjahre der Logopäden und Musikhochschuldozenten

Die Erfahrung im Arbeitsbereich der Logopäden liegt durchschnittlich bei 14,5 Jahren.

Die Erfahrung im Arbeitsbereich der Musikhochschuldozenten liegt durchschnittlich bei 16,04 Jahren. Hier bestätigt sich, dass die Musikhochschuldozenten durchschnittlich länger im Beruf sind und somit mehr Erfahrung haben.

Die Respondenten der Berufsgruppe Logopädie weisen am häufigsten eine Arbeitserfahrung zwischen 4-12 Jahren auf. Die Berufserfahrung der Musikhochschuldozenten liegt zwischen 6-20 Jahren. Diese ist also deutlich höher. Auffällig ist, dass bei beiden Berufsgruppen sehr wenige oder keine Respondenten vorliegen, die wenig oder viel Berufserfahrung aufweisen können (0-4 Jahre, 25-50 Jahre).

4.3.10 Die Verwendung der Atemstütze durch die Respondenten

Verwendung der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.15 und Abbildung 4.14 wird die Verwendung der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Resultate

Tabelle 4.15 Die Verwendung der Atemstütze durch die Logopäden in absoluten Zahlen

Verwendung der Atemstütze	Anzahl der Antworten
Gesamtanzahl	<i>N</i> = 36
Ja	14
Nein	22

38,9% der Respondenten verwenden die Atemstütze.

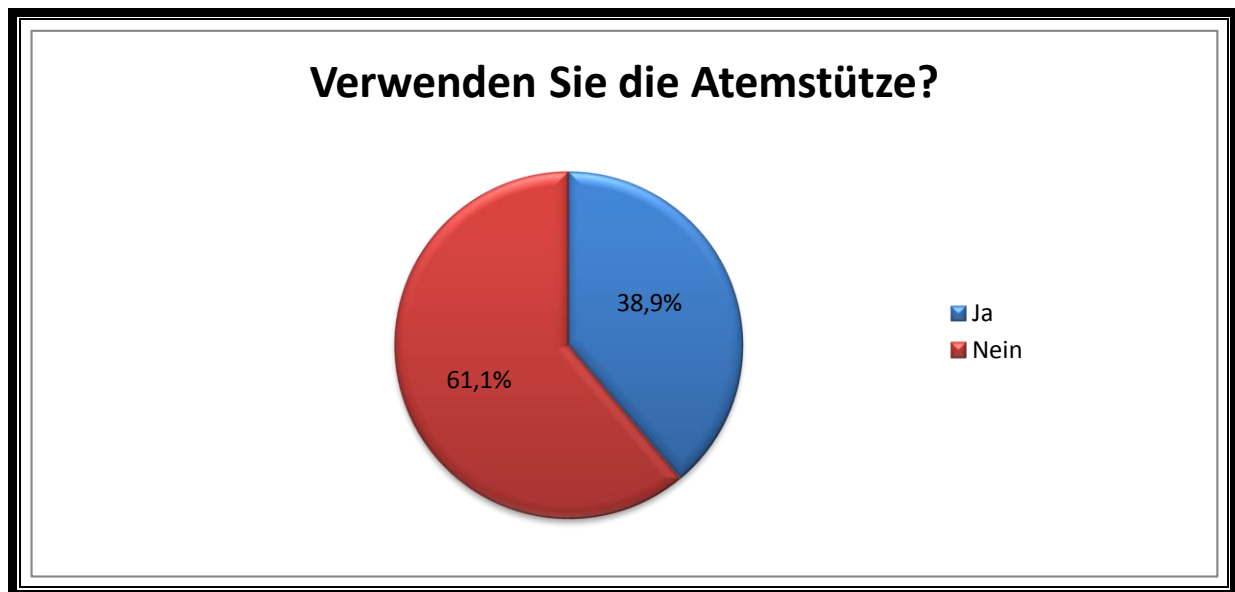


Abb.4.14 Die Verwendung der Atemstütze durch die Logopäden (N=36) in Prozent.

Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten

In Tabelle 4.16 und Abbildung 4.15 wird die Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.16 Die Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen

Verwendung der Atemstütze	Anzahl der Antworten
Gesamtanzahl	<i>N</i> = 23
Ja	22
Nein	1

95,7% der Musikhochschuldozenten verwenden die Atemstütze.



Abb.4.15 Die Verwendung der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent

Vergleich zur Verwendung der Atemstütze durch die Respondenten

Die Verwendung der Atemstütze ist bei den Musikhochschuldozenten prozentual gesehen mit 95,7 % viel höher, als bei den Logopäden mit 38,9 %.

4.3.11 Die Definition der Atemstütze der Respondenten

Die Definition der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten.

Elf von 36 logopädischen Respondenten (30,6 %) haben diese Frage beantwortet. Eine Kernaussage konnte jedoch unter zwei Überschriften zusammengefasst werden.

In Tabelle 4.17 werden die Definitionen der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.17 Die Definitionen der Atemstütze durch die Logopäden

Definition der Atemstütze

1. Inspiratorische Gegenspannung

Provozieren inspiratorischer Gegenspannung: Dadurch wird die Einatmungstendenz durch Aktivierung der Einatemsmuskulatur aufrechterhalten. Die Phonation wird gezügelt.

Aufbau einer inspiratorischen Gegenspannung zur Reduzierung des subglottischen Druckes zur Optimierung des Stimmansatzes

2. Erzeugung von Resonanz

Druckaufbau mithilfe der costo-abdominalen Atmung, um eine resonanzreiche Phonation produzieren zu können. Aktivierung des Zwerchfells. (Siehe auch 5. Aktivierung des Zwerchfells)

Eine Atem-/Stimmtechnik, die durch den kontrollierten Gebrauch der Einatemsmuskulatur einen resonanzvollen Ton klingen lässt. Die an der Einatmung beteiligten Muskeln bleiben während der Phonation aktiv und bieten der Ausatmung einen natürlichen Widerstand. Der Stimmklang wird durch den aktiven Atemstrom unterstützt.

Alle körperlichen, seelischen und geistigen Zustände, die einem zu raschen Entweichen der Ausatemluft entgegenwirken und subglottischen Druck vermeiden helfen, sodass die Stimmlippen frei schwingen können und gute resonatorische Voraussetzungen geschaffen werden.

3. Längere kontrollierte Expirationsabgabe, welche anhaltende Phonation erzeugt.

Kontrollierte und dosierte Abgabe der Expirationsluft, dadurch kann eine besonders kräftige und anhaltende Phonation erzeugt werden.

Eine Hilfe (hauptsächlich für Sänger), um die Ausatmung länger zu ermöglichen.

4. Bauchdecke in Einatemposition

Aktive, dosierte Luftabgabe bei Phonation durch Halten der Bauchdecke in Einatemposition.

Die Bauchdeckenspannung bei der Phonation beim Sprechen und Singen, ist je nach Gebrauch einsetzbar und verstärkt zur Unterstützung der Durchdringungsfähigkeit die Lautstärke, etc.

5. Aktivierung des Zwerchfelles

Die kontrollierte gleichmäßige Abgabe des Ausatemstroms unter Aktivierung des Zwerchfelles und der Atemhilfsmuskulatur (Inspirationsstellung).

(Bereits unter Resonanz aufgezählt):

Druckaufbau mit Hilfe der costo-abdominalen Atmung um eine resonanzreiche Phonation produzieren zu können. Aktivierung des Zwerchfells.

6. Antagonist und Agonist

Komplex zwischen Agonistischen und antagonistischen Atemmuskeln.

Die Definition der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten

16 von 23 Musikhochschul-Respondenten (69,6%) haben diese Frage beantwortet. Eine Kernaussage konnte jedoch unter zwei Überschriften zusammengefasst werden.

In Tabelle 4.18 werden die Definitionen der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben

Tabelle 4.18 Die Definitionen der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten

1.Längere kontrollierte Expirationsabgabe

Das aktive Verzögern des Ausatmungsvorganges durch Tiefhalten des Zwerchfelles und Weithalten des Einatemungsraumes mithilfe der abdominalen/thorakalen Muskulatur.

2.Muskuläre Unterstützung

Eine der schwierigsten Definitionsfindungen per se! Die muskuläre Unterstützung eines aus Atem gewonnenen Konstrukts, das das selbstgebaute Instrument eines Sängers darstellt. Je besser die Muskulatur dieses Instrument erhält, desto besser kann der Konstrukteur es bespielen.

Die Atemstütze definiere ich als das gute Zusammenspiel aller beteiligten Muskeln bei der Tongebung, damit jederzeit ausreichend Luft, genau dosiert für alle Tonlautstärken, zur Verfügung steht. Das zurückweichen der Bauchdecke geschieht natürlich physiologisch, wenn die Luft in der Lunge immer weniger wird. Einatemungsmuskeln sind am Beginn, Ausatemungsmuskeln gegen Ende dieses Vorgangs stärker beteiligt.

Die flexible Unterstützung des Singens + Sprechens durch die Atemhilfs,- und Bauchmuskulatur.

Eine kontrollierte Atemabgabe, die auf dem Aufbau eines muskulären Widerstandes; in Bezug auf die Tonbildung beruht.

Muskuläre Balance zwischen Einatemungs- und Ausatemungsvorgang

Die ideale Verbindung zwischen äußerer Kehlmuskulatur und Ausatemungsmuskulatur und vieles mehr. (ist es wirklich der Atem, der gestützt wird? - vielleicht ist die Bezeichnung Atmungsstütze besser?)

Atemstütze: Anpassen des subglottischen Druckes an die jeweilige Schwingungsform (Registrierung) der Stimmlippe, durch Aktivierung des Antagonismus der Einatemungs- und Ausatemungsmuskulatur.

3. Beibehalten der Einatmungsspannung

Das ist eine höchstkomplexe Angelegenheit. Es gibt physische aber auch emotionale Anteile. Physisch: Beibehalten der Einatmungsspannung, Brustkorbweite, nach außen gedehnte Bauchdecke (oberhalb des Bauchnabels), langes Ansatzrohr, gehobenes Gaumenseegel, gesenktes Zwerchfell, Hebespannung vom Beckenboden aus (unterhalb des Bauchnabels, Balance Atemholender und Atemgebender Kräfte. - Zu der nächsten Frage (Nr. 8). Vor allem durch meine Gesangslehrer, den Unterricht bei N. Gedda und aus den Erfahrungen der eigenen künstlerischen Tätigkeit und aus den Unterrichtserfahrungen.

Die Aktivierung der Einatmungsmuskulatur während des Singens und die Luftbalance zwischen Zwerchfell und Stimmklappen. (Siehe auch Punkt 4. Aktivierung des Zwerchfells)

4. Aktivierung des Zwerchfells

Die Aktivierung und die Luftbalance zwischen Zwerchfell und Stimmklappen (Siehe auch 3. Beibehaltung der Einatmungsspannung)

Keine willentliche Muskelaktivität, sondern das passgenaue Zulassen der Anpassung der Reaktionen des Zwerchfells und der Atmungshilfsmuskulatur auf die Aktionen der Stimme. Sie wird über Vorstellungskraft und über eine körperoffene, aufgespannte Körperausrichtung begünstigt.

Der gute Kontakt mit dem Atem, der es ermöglicht, dass der Atem (Singen ist kontrolliertes Ausatmen!) in gleichmäßigem Strom entweicht und das Zwerchfell flexibel auf die musikalischen und physikalischen Anforderungen der Musik reagieren kann.

Das Zurückhalten der Luft, wird erreicht durch das kontrollierte Unterhalten des Zwerchfells, indem die Rippen weit gehalten werden. Letzteres wird möglich durch Bauchmuskulatur (Einziehen des Bauches um den Bauchnabel), Anspannen der Rückenmuskulatur (latissimus dorsi) und das Aktivieren der Lendenmuskulatur (quadratus lumborum). Stütze ist kein Zustand, sondern eine kontinuierliche Bewegung, als wenn man gegen einen Widerstand arbeitet. Blockaden oder Überstützen wird vermieden, indem der

Vorgang locker und dem Energiebedarf des zu singenden Tones/ Phrase angepasst wird.

5. Druckerzeugung

Die Arbeit des Körpers, die den Druck unterhalb der Kehle optimiert, sodass der Kehlkopf frei und unbelastet schwingen kann.

Atemstütze ist ein körperlicher Vorgang von dosierter Druckerzeugung, durch den die Atemluft den Widerstand der leicht geschlossenen Stimmlippen überwinden kann um durch diese hindurch zu strömen.

Der Druck auf die Stimme, die die Stimme präsent macht. Somit kann man die Phrasen deutlich gestalten, die Vokale deutlich in den Maskenbereich bringen. Auch das Legato kann man mit der Stütze tragen, auch bis zu dem Publikum.

Vergleich der Definition der Atemstütze der Respondenten

Mithilfe der ausgefüllten Enquete der Logopäden und Musikhochschuldozenten konnten verschiedene Definitionen aufgestellt werden.

Tabelle 4.19 Die Kernaussagen bezüglich der Definitionen der Atemstütze durch die Respondenten

Definition (Kernaussage)	Frequenz	Logopäden	Musikhochschuldozenten
Inspiratorische Gegenspannung	2	2	0
Erzeugung von Resonanz	3	3	0
Längere kontrollierte Expirationsabgabe	3	2	1
Bauchdecke in Einatmungsposition	2	2	0
Aktivierung des Zwerchfelles	6	2	4

Resultate

Antagonist und Agonist	1	1	0
Muskuläre Unterstützung	7	0	7
Beibehalten der Einatmungsspannung	2	0	2
Druckerzeugung	3	0	3
Keine Antwort	32	25	7

Man erhielt viele verschiedene Definitionen zur Beschreibung der Atemstütze. Auffallend dabei war, dass man unter der Kernaussage „Muskuläre Unterstützung“ die meisten Antworten zusammenfassen konnte. Diese Aussagen stammen jedoch nur von den Musikhochschuldozenten. Die zweithäufigste Antwort war, dass das Zwerchfell von relevanter Bedeutung für die Atemstütze sei. Diese Antwortauswahl ist im Anzahlverhältnis von den Logopäden zu den Musikhochschuldozenten relativ ausgeglichen. In der gesamten Betrachtung der verschiedenen Definitionen fällt jedoch auf, dass die Definitionen sehr vielfältig und teilweise auch widersprüchlich sind. Es wird deutlich, dass dieses Thema noch viele Fragen aufwirft. Die Tatsache dass 25 der 36 Respondenten der Logopäden keine Definition der Atemstütze aufstellten, bestätigt diesen Eindruck. Dies war zu erwarten, da die Musikhochschuldozenten im Bereich des Gesangs arbeiten und die Atemstütze in diesem Bereich verbreiteter ist.

4.3.12 Die Quelle der Definition der Atemstütze der Respondenten

Quelle der Definition der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.20 und in der Abbildung 4.16 werden die Quellen der Definitionen der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.20 Die Definitionsquellen der Atemstütze der Logopäden angegeben in ihrer Häufigkeit

Quelle	Keine Antwort	Bücher	Weiteres	Fortbildung	Zeitschriften	Internet
Häufigkeit	26	7	6	3	0	0

Resultate

72,2 % (26) der logopädischen Respondenten gaben auf diese Frage keine Antwort. Nur 27,8 % (10) beantworteten diese Frage. Die Respondenten konnten mehrere Quellen gleichzeitig während der Enquete angeben. 43,8 % der Respondenten gaben die Quelle „Bücher“ an. 37,5 % der Respondenten gaben auch die Quelle „Weiteres“ an. 18,7 % der Respondenten wählten die Quelle „Fortbildung“. Keiner der Respondenten wählten die Quellen „Zeitschriften“ oder „Internet“ aus.

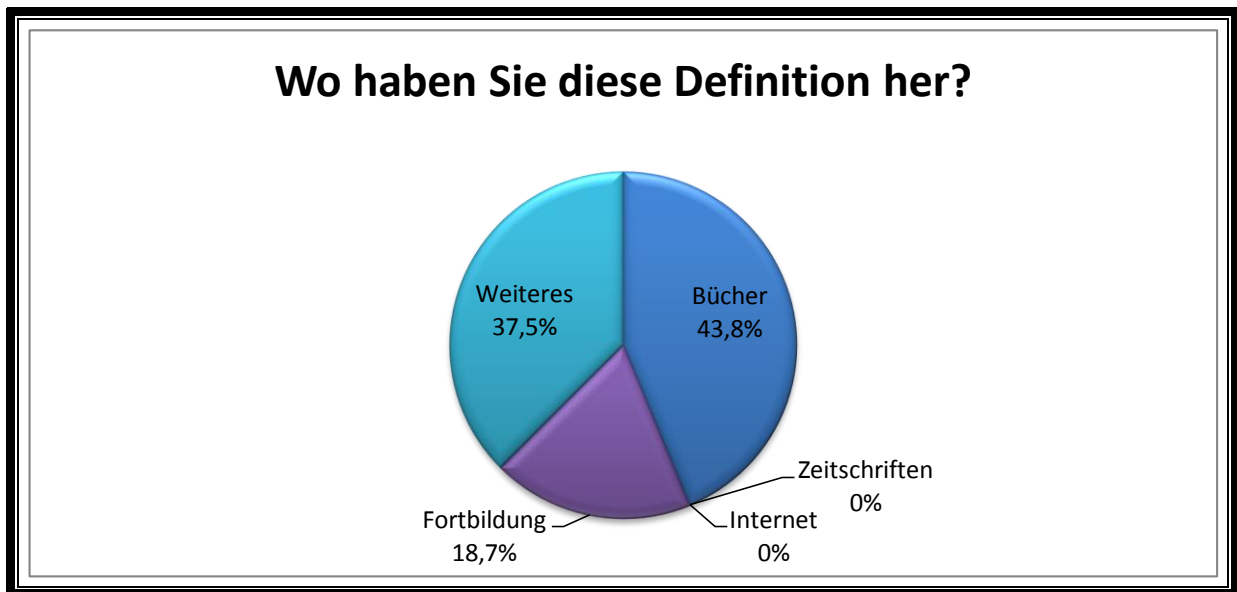


Abb. 4.16 Die Quellenangabe zur Definition der Atemstütze durch die Logopäden (N=36) in Prozent

Quelle der Definition der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten

In Tabelle 4.21 und in der Abbildung 4.17 werden die Quellen der Definitionen der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.21 Die Definitionsquellen der Atemstütze der Musikhochschuldozenten angegeben in ihrer Häufigkeit.

Quelle	Weiteres	Bücher	Fortbildungen	Zeitschriften	Internet	Keine Antwort
Häufigkeit	19	11	9	2	1	2

Resultate

8,7 % (2) der Musikhochschuldozent-Respondenten gaben auf diese Frage keine Antwort. 91,3% (21) beantworteten diese Frage. Die Respondenten konnten mehrere Quellen gleichzeitig während der Enquete angeben. 45,2 % der Respondenten gaben die Quelle „Weiteres“ an. 26,2% der Respondenten gaben auch die Quelle „Bücher“ an. 21,4 % der Respondenten wählten die Quelle „Fortbildung“. 4,8 % der Respondenten gaben die Quelle „Zeitschriften“ an. 2,4 % der Respondenten gaben das „Internet“ als Quelle an.

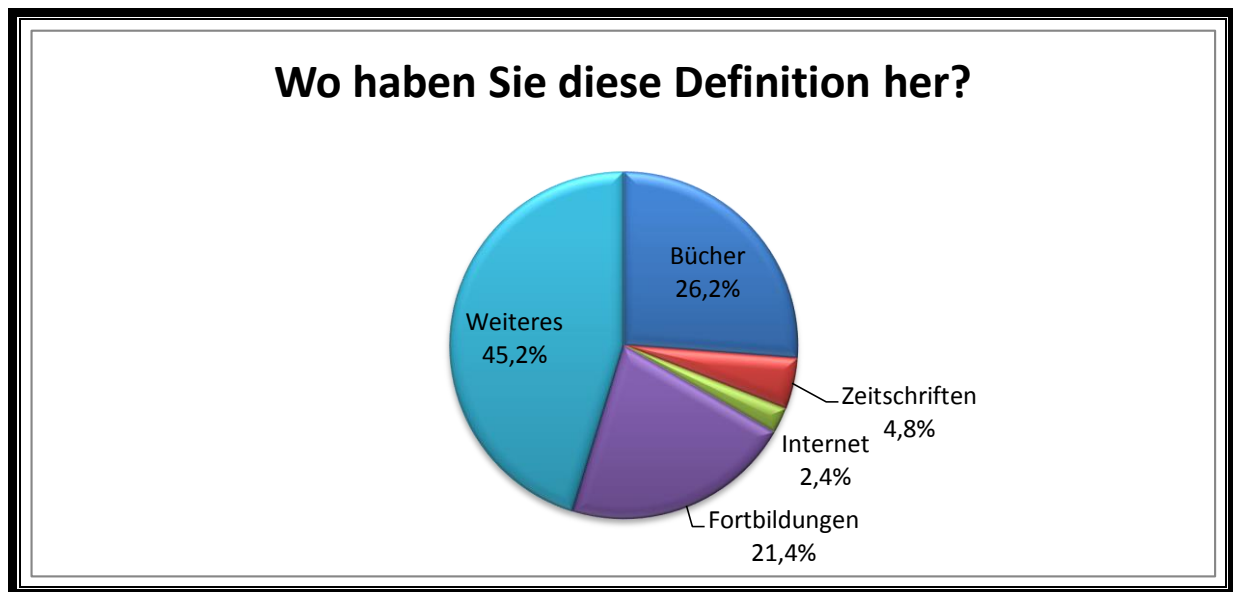


Abb. 4.17 Die Quellenangabe zur Definition der Atemstütze durch die Musikhochschuldozenten (N=23) in Prozent

Vergleich der Quellen der Definitionen der Atemstütze durch die Respondenten

Die Quelle der Definition der Atemstütze finden die Logopäden vor allem in Büchern, die Musikhochschuldozenten aber unter dem Punkt „Weiteres“. Bei den Logopäden stehen an zweiter Stelle der Quellenangaben „Weiteres“ bei den Musikhochschuldozenten hingegen „Bücher“. Es lässt sich nicht mehr erfragen, welche Quelle die Logopäden und Musikhochschuldozenten unter „Weiteres“ verstehen, vielleicht sind es die Erfahrungen. Am wenigsten verwenden beide Berufsgruppen die Quelle der Zeitschriften und des Internets. Auffällig bei den Logopäden ist, dass 72,2% der Respondenten hierauf keine Antwort gegeben haben.

4.3.13 Die Quelledetails der Respondenten

Quelledetails der logopädischen Respondenten

5 von 36 logopädischen Respondenten (13,9%) haben diese Frage beantwortet. Zwei Respondenten gaben zwei Quellen gleichzeitig an.

In Tabelle 4.22 werden die Quelledetails der Definitionen der Atemstütze der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.22 Die Quelledetails der Logopäden.

1.Bücher

- Coblenzer Muhar Atem und Stimme
- Coblenzer, Skillslab-serie voor logopedische vaardigheden, derde druk, Moniek Frankort, LEMMA, Utrecht 2003
- Lexikon der Sprachtherapie., Manfred Grohnfeldt (Hrsg.) Verlag W. Kohlhammer
- Logopädisches Lexikon / Ulrike Franke / 5. Auflage
- Personale Stimmtherapie / Stengel, Strauch

2.Ausbildung

- Ausbildung bei M. Heptner Voice Coach Ausbildung Düsseldorf
- Allgemein aus der Zeit der Ausbildung

Quelledetails der Musikhochschuldozent-Respondenten:

11 von 23 Musikhochschul-Respondenten (47,8%) haben diese Frage beantwortet. Zwei Respondenten gaben zwei Quellen gleichzeitig an.

In Tabelle 4.23 werden die Quelledetails der Definitionen der Atemstütze der Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben

Tabelle 4.23 Die Quelledetails der Definition der Musikhochschuldozenten

1.Eigene Erfahrung

- Ich habe meine Definitionen selber durch den Unterricht herausgefunden.
- Eigene Reflexion.
- Eigene jahrelange Forschung.
- Das ist die Definition aus meinen eigenen Erfahrungen als Sängerin!
- Ist meine eigene, aber ich orientiere mich an funktionalem Stimmtraining (Gisela Rohmert, Lichtenberg) sowie der Atemarbeit nach Ilse Middendorf. Alexandertechnik, die Feldenkrais- und die Canticenica- Methode tun das Übrige dazu.
- Eigene Definition.
- Am 9.1.13 spontan formuliert.
- Eigene Unterrichtserfahrung.
- Kann ich nicht genau sagen, da sich das Ergebnis durch Literatur, eigene Erfahrung und Unterrichtspraxis ergeben hat.
- Nein, das ist meine eigene Formulierung.

2. Ausbildung

- Ich habe ein 3-jähriges Zusatzstudium bei Cathrine Sadolin am Complete Vocal Institute in Kopenhagen absolviert und bin nun autorisierter CVT - Vocalcoach. Ich habe zehnmal so viel gelernt wie in meinem Hochschulstudium zum Gesanglehrer. www.completevocaltechnique.com
- Eugen Rabine, Grundzüge der funktionalen Stimmbildung, 1988 (oder so)
- Faulstich, Gerhard Singen lehren, Singen lernen Grundlagen für die Praxis des Gesangsunterrichtes Wißner, Gerhard Die Stimme Instrument für Sprache, Gesang und Gefühl Springer, Berlin 1995

Resultate

Vergleich der Quelledetails der Atemstütze durch die Respondenten

Durch die ausgefüllten Enqueten der Logopäden und Musikhochschuldozenten konnte festgestellt werden, mit welcher Literatur die Respondenten zu ihren Ergebnissen gelangten. Die Literatur wurde in der folgenden Tabelle aufgelistet.

In Tabelle 4.24 werden die Quelledetails der Atemstütze der Respondenten im Vergleich widergegeben.

Tabelle 4.24 Die Quelledetails der Atemstütze im Vergleich

Quelledetails (Kernaussage)	Frequenz	Logopäden	Musikhochschul- dozenten
Bücher	5	5	0
Ausbildung	5	2	3
Eigene Erfahrung	10	0	10
Keine Antwort		31	12

Die in der Literatur bekanntesten Informationen bezüglich der Atemstütze sind scheinbar bei Coblenzer zu finden. Dies wurde aus den Enqueten der Logopäden deutlich. Dies bestätigt die Vermutung, dass es wenig Literatur gibt, welche die Problematik der Atemstütze ausführlich thematisiert. In den meisten Büchern wird die Atemstütze unzureichend beschrieben. So ist es nicht verwunderlich, dass eine große Anzahl der Befragten (ausschließlich Musikhochschuldozenten) angaben, diese Definition lediglich mithilfe ihrer eigenen Erfahrung aufgesetzt zu haben.

4.3.14 Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Respondenten

Physiologische Vorgehensweise der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten

7 von 36 logopädischen Respondenten (19,4%) haben diese Frage beantwortet.

Resultate

In Tabelle 4.25 wird die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.25 Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Logopäden

1.Spannung der (Bauch)-Muskeln bei Phonation

Physiologisch gesehen werden die Muskeln bewusst gespannt bzw. entspannt, um den gewünschten Ton zu produzieren. Aus meiner Sicht kann eine Vorgehensweise sein, nach Coblenzer / Muhar zu arbeiten, nämlich mit Intention z. B.:

Bei der Phonation wird die Bauchdecke aktiviert und zur Unterstützung der Stimme eingesetzt. Provozieren inspiratorischer Gegenspannung. Dadurch wird die Einatmungstendenz durch Aktivierung der Einatmungsmuskulatur aufrechterhalten. Die Phonationsatmung wird gezügelt.

2. Aktivierung des Zwerchfells

Es wird eine Kombination aus tiefer gestelltem Zwerchfell und erhöhter Brustmuskulatur angewendet.

Das Zwerchfell wird während der Ausatemungs-Phonationsphase verzögert und entspannt.

Das Zwerchfell bleibt länger gespannt und entspannt sich nur langsam. Dadurch kann der Brustkorb länger aufgefächert bleiben, weil das Zwerchfell einen guten Gegenzug nach unten gibt. Der Kehlkopf bleibt länger abgesenkt (so wie das Zwerchfell) speziell, wenn die hinteren Zwerchfellschenkel aktiv sind, kann das Brustbein sich freier heben und die Rachenhinterwand sich entfalten, der Körper richtet sich besser auf, besonders der Hals. In Folge dessen kann sich der Kiefer nach hinten und unten lösen.

3.Trotz Ausatmung werden Inspirationsmuskeln angespannt

Trotz Ausatmung werden die Inspirationsmuskeln aktiviert, was den gesamten Tonus der Atemmuskulatur verändert und so eine bewusste und umfangreichere Feindosierung ermöglicht.

Die Einatmungsmuskulatur hält der Ausatmung entgegen.

Physiologische Vorgehensweise der Atemstütze durch die Musikhochschuldozent-Respondenten

15 von 23 Musikhochschul-Respondenten (65,2%) haben diese Frage beantwortet. Eine Kernaussage konnte jedoch unter zwei Überschriften zusammengefasst werden.

In Tabelle 4.26 wird die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Musikhochschuldozent-Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.26 Die physiologische Vorgehensweise der Atemstütze der Musikhochschuldozenten.

1.Spannung der Muskeln bei Phonation

Muskeln, die den Thorax und das Abdomen weit/tief halten, sind angespannt und bleiben es auch. Bei höherer Lufterfordernis setzt ein feindosierter Luftsendungsprozess ein (Impulse der Unterbauchmuskulatur bei gleichzeitigem Appoggio im Flanken- und Brustraum). Ziel: die passende Luftmenge von unten an die Stimmbänder heranzuführen, damit ein optimaler subglottischer Druck entsteht.

Siehe Nr. 7 Es ist eine auf der Organisation von Muskeln basierende Regulation bzw. Balancierung des Atemdrucks (Quantität und Qualität) in Korrespondenz mit der Stimmbandspannung und der Artikulation. Es sind im Prinzip die Muskeln, die jeder Mensch von Natur aus zur Ein- und Ausatmung benutzt, nur werden bei der Stütze Ein- und Ausatmung nicht nacheinander sondern quasi gleichzeitig ausgeführt, um es vereinfacht zu sagen: Welche Muskelgruppen hier mitwirken, sollte ich als bekannt voraussetzen dürfen.

Der Brustkorb dehnt sich in dem Maße wie Luft abgegeben wird.

Physiologisch funktioniert das Stützen über ein Aufspannen des Skeletts/ der beteiligten Muskelpartien.

Die Bauchmuskulatur zieht nach unten.

Das ist individuell unterschiedlich und muss deshalb für jeden Schüler einzeln definiert werden, da die Atmungs,- und Bauchmuskulatur unterschiedlich koordiniert zusammenarbeiten.

Durch die Aktivierung der Einatemsmuskulatur (Bewegungen, die mit dem Ziehen zum Körper oder durch Balancieren entsteht) wird der für die Stimm lippen notwendige Unterdruck erzeugt.

Singen ist ohne Stützen nicht möglich - der Sänger kann es nicht aus oder einschalten. Er stützt immer, nur nicht immer perfekt. Es gibt verschiedene Zustände von denen sich einige günstig auf den klassischen Gesang z.B. bezüglich der Formanten auswirken können. Zunächst ist Singen (und somit auch Stützen) eine ausatmende Tätigkeit, diese wird mit den meist zu Beginn eher schwachen Ausatemsmuskulatur trainiert, hierbei erachte ich die hintere untere Rückenmuskulatur und die Interkostalmuskulatur als sehr zentral. Die Bauchdecke betrachte ich als recht störanfällig und arbeite dort recht wenig. Wenn dies mit der Einhängemuskulatur der Kehle reflektorisch zusammenarbeitet kann man im Unterricht recht schnell gute Ergebnisse erzielen.

Atemstütze: Anpassen des subglottischen Druckes an die jeweilige Schwingungsform (Registrierung) der Stimm lippe, durch Aktivierung des Antagonismus der Einatmungs- und Ausatemsmuskulatur.

2. Aktivierung des Zwerchfells

Durch die Einatmung senkt sich das Zwerchfell und bewirkt gleichzeitig dank der Verbindung mit den Rippen eine Dehnung im Thoraxbereich. Durch Kontraktion des Unterbauches und des Beckenbodens erhalten wir diesen Zustand nach Bedarf, was anders ausgedrückt auch Atemstütze genannt werden darf.

Die Bewegung des Zwerchfells (etc.) wird an die Artikulation und die Stimm bandaktivitäten unwillkürlich angepasst. Man muss allerdings den Weg freimachen und die Bewegungen zulassen können, d.h. bewusste Muskulatur darf nicht eingesetzt werden.

(auch schon unter dem Punkt Spannung der Muskeln bei Phonation notiert)

Durch die Einatmung senkt sich das Zwerchfell und bewirkt gleichzeitig dank der Verbindung

mit den Rippen eine Dehnung im Thoraxbereich. Durch Kontraktion des Unterbauches und des Beckenbodens erhalten wir diesen Zustand nach Bedarf, was anders ausgedrückt auch Atemstütze genannt werden darf.

Durch die Kontraktion verschiedener, den Rumpf umspannenden Muskelgruppen, wird ein Druck auf den inneren Bauchraum ausgeübt, der über eine Umlenkung nach oben (der untere Weg gibt nicht nach) das entspannende Zwerchfell anschiebt. Das so angeschobene Zwerchfell drückt nun auf den unteren Teil der Lungenflügel, so dass das Ausströmen der Luft eine zusätzliche Kraft erfährt.

Atemstütze ist das Zurückhalten der Luft. Sie wird erreicht durch das kontrollierte Unterhalten des Zwerchfells, indem die Rippen weit gehalten werden. Letzteres wird möglich durch die Bauchmuskulatur (Einziehen des Bauches um den Bauchnabel), Anspannen der Rückenmuskulatur (latissimus dorsi) und das Aktivieren der Lendenmuskulatur (quadratus lumborum). Stütze ist kein Zustand, sondern eine kontinuierliche Bewegung, als wenn man gegen einen Widerstand arbeitet. Blockaden oder Überstützen wird vermieden, indem der Vorgang locker und dem Energiebedarf des zu singenden Tones/ Phrase angepasst wird.

3. Trotz der Ausatmung werden Inspirationsmuskeln aktiviert.

Auf der Grundlage der Doppelventilfunktion passiert durch die Aktivierung der Einatemsmuskulatur eine erhöhte Funktionsbereitschaft der Stimmlippen. Wird eine dominante Aktivität der Einatemsmuskulatur während einer großen Einatmung und während der Ausatemmsphase der Phonation beibehalten, erhalten wir eine hohe stimmliche Effizienz und keine Aktivierung der Taschenfalten, die bei einer dominanten Aktivität der Ausatemsmuskeln (erhöhter Luftdruck) aktiv werden. Erhöhter Luftdruck aktiviert immer die Taschenfalten und sorgt so für eine Einschränkung der stimmlichen Differenzierungs-, und Leistungsfähigkeit. Eine dominante Einatemmsaktivität ist daher unbedingt anzustreben. Diesen Zusammenhang würde ich aus funktionaler Perspektive als optimale Gesangs-Atmung bezeichnen und daher als funktionale Stütze. Ist aber bestimmt nicht deckungsgleich mit vielen Stützmodellen, die im traditionellen Gesangsunterricht angewendet werden.

4. Sonstige Aussagen die jedoch keiner Gruppe zugeordnet werden kann

Physiologisch, weiß ich nicht genau. Ich finde es aber auch nicht unbedingt wichtig, dass man genau wissen muss, was genau beim Stützen physiologisch passierte. Es wäre aber wichtig, dass man nicht nur körperlich stützt, sondern auch irgendeine Vorstellung hat. Ich sage beim Unterricht z.B., man solle bei der Abphasierung der Stimme sie so stützen, als ob man irgendeinen kostbaren Gegenstand zu jemanden von Hand zu Hand überreicht, oder so. Zu viele Kenntnisse könnte, meiner Meinung nach, eher die stimmliche Entwicklung verhindern, weil das Singen von vielen verschiedenen Faktoren abhängt, die man auch nicht bewusst beherrschen kann und muss.

Leichter Druckwechsel und damit auch der Wechsel in der Atemflussgeschwindigkeit im Kehlbereich unterhalb der Stimmlippen. Dabei kommt ein Durchfluss im Kehlbereich ohne Stau bei locker (nicht zu verstehen spannungslos) aufgehängtem Kehlbereich ohne künstlichen Druckpunkt widerstand durch Verschluss oder Zungenhochstellung zu Stande. Der Korrespondenzpunkt der Stütze ist immer der Sitz. Er ist körperlich nicht als ein Punkt wahrnehmbar, sondern als Austritt der Klänge aus verschiedenen Körperbereichen, die sich außerhalb des Körpers zentrieren. Aus diesem Grunde gibt es immer auch die Erklärung, dass die Stütze ein Kontaktvorgang ist und nicht eine Frage eines Kraftpunktes oder einer Düsen-vorstellung.

Verbunden mit anderen wichtigen Aspekten der Gesangstechnik ist es vom reinen Atmungs-vorgang her so, dass man mit Hilfe der Bauchatmung bis unterhalb des Bauchnabels und auch in Flanken / Steißbein atmet und zur Klangbildung ohne zu fixieren die Luft seufzend und so viel / so wenig ausströmen lässt, wie für das Schließen der Stimmbänder benötigt wird. So lange die Klangbildung anhält, behält man die Atemräume / Durchlässigkeit bis zum Steißbein und bis zum Beckenboden mit einem Offenheitsgefühl bei.

Resultate

Vergleich der Aussagen der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze durch die Respondenten:

Mithilfe der Enquete an die Logopäden und Musikschuldozenten konnte man verschiedene Erklärungen zur Physiologie der Atemstütze erhalten.

In Tabelle 4.27 werden die Kernaussagen der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze der Respondenten in ihrer Frequenz widergegeben

Tabelle 4. 27 Der Vergleich der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze durch die Respondenten

Physiologische Vorgehensweise der Atemstütze	Frequenz	Logopäden	Musikschul- dozenten
Spannung der (Bauch)-Muskeln bei Phonation	11	3	8
Aktivierung des Zwerchfells	7	3	4
Trotz Ausatmung werden die Inspirationsmuskeln angespannt	3	2	1
Nicht zuzuordnen	3	0	3
Keine Antwort		28	7

Die meisten Respondenten gaben an, dass die wichtigste physiologische Vorgehensweise bei der Atemstütze das Anspannen der Muskeln bei der Phonation ist. Die Kernaussage, dass trotz der Ausatmung noch Inspirationsmuskeln angespannt würden, lehnt sich daran an. Dieser Punkt wurde jedoch noch einmal extra erwähnt, da unter der Kernaussage „Spannung der Muskeln bei der Phonation“ der Punkt der „Einatmungstendenz“ nicht erwähnt wurde. Ein weiterer wichtiger Punkt scheint die Annahme zu sein, dass das Zwerchfell bei der Atemstütze höchst relevant ist. Es besteht wieder keine eindeutige Beschreibung. Die Anzahl der verschiedenen Kernaussagen ist nicht sehr groß. Auffällig ist, dass lediglich nur 8 von 36 Respondenten der Logopäden diese Frage beantwortet haben.

Resultate

4.3.15 Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.28 und Abbildung 4.18 wird die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.28 Die Wiedergabe der Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die Logopäden.

Antwort der Logopäden	Anzahl der Logopäden die die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwenden
Ja	11
Nein	2
Keine Antwort	23

Die Respondenten verwenden die Atemstütze zu 30,6% in der Therapie von Sprechstimmstörungen.



Abb. 4.18 Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen durch die Logopäden (N=36)

Ein Vergleich ist mit den Musikhochschuldozenten diesbezüglich nicht möglich, da diese keine Therapien durchführen.

4.3.16 Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der logopädischen Respondenten

9 von 36 logopädischen Respondenten (25%) haben diese Frage beantwortet. Eine Kernaussage konnte jedoch unter zwei Überschriften zusammengefasst werden

In Tabelle 4.29 wird das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.29 Das Ziel der Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen der Logopäden

1. Verbesserung der Stimmqualität/ Hygiene

Resonanzreichere und physiologische Phonation, physiologische Atemsprechkoordination, nach vorne verlagerter Stimmansatz

Verbesserung der Stimmqualität

Lautstärke steigern, Durchdringungsfähigkeit steigern, In der Stimmtherapie für den Stimmlippenschluss beim Atemwurf, Aktivierung der Stimmlippenparese

Besonders um der Stimme Kraft und Volumen ohne Druck zu geben, z-B. bei der Arbeit mit Lehrern, Erzieherinnen, Sporttrainern...

2. Ökonomischer Ansatzpunkt

Bewusstmachung der Inspirations- und Expirationskräfte - Verbesserte Dosierung des Ausatemungsstromes - Verringerung eines übermäßigem Anblasedrucks bei der Phonation.

Um Sprechanstrengung zu vermeiden

3. Aktivierung der Stimmlippenparese

(Bereits unter Verbesserung der Stimmqualität aufgezählt)

Lautstärke steigern, Durchdringungsfähigkeit steigern, In der Stimmtherapie für den Stimmlippenschluss beim Atemwurf, Aktivierung der Stimmlippenparese

4.Verlängerung der Phonation

Längere Phonationsdauer bei der Singstimme.

Verlängerung der Ausatemungsdauer, Phonationsdauer, bei funktionellen Stimmstörungen bewusste Wahrnehmung, dass die gesunde Kraft für die Phonation nicht aus dem Hals kommt, sondern von der Atmung.

5.Aufrichtung der reflektorischen Atemergänzung

Meist in Verbindung mit Erhöhung der Körperspannung und Aufrichtung und reflektorischer Atemergänzung

Mithilfe der ausgefüllten Enqueten der Logopäden konnte man verschiedene Erklärungen zum Ziel der Atemstütze erhalten.

In Tabelle 4.30 werden die Kernaussagen der Zielsetzungen in ihrer Frequenz widergegeben

Tabelle 4.30 Kernaussagen bezüglich des Zieles der Verwendung der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen durch die Logopäden

Kernaussage Ziel der Verwendung der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen	Logopäden
Verbesserung der Stimmqualität/Hygiene	4
Ökonomischer Ansatzpunkt	2
Aktivierung der Stimmlippenparese	1

Resultate

Verlängerung der Phonation	2
Aufrichtung der reflektorischen Atemergänzung	1
Keine Antwort	27

Die Logopäden gaben in der Frageleiste hauptsächlich an, dass die Verbesserung der Stimmqualität und der Hygiene das Hauptziel der Atemstütze bei Sprechstimmstörung ist. Unter diesem Punkt wurden vor allem die Ziele einer resonanzreicheren Phonation oder Kraft und Volumensteigerung ohne Druckanstrengung, aufgezählt. Ausschließlich ein Respondent nannte eine Stimmstörung bei der die Atemstütze verwendet werden könnte, nämlich die Stimmlippenparese.

Ein Vergleich ist mit den Musikhochschuldozenten diesbezüglich nicht möglich, da diese keine Therapien durchführen.

4.3.17 Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.31 und Abbildung 4.19 werden die Antworten bezüglich der Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.31 Die Antworten bezüglich der Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen

Antwort der Logopäden	Anzahl der Antworten der Logopäden
Ja	2
Nein	11
keine Antwort	23
Gesamtanzahl	$N = 36$

Resultate

63,8 % (23 Respondenten) haben hierauf eine Antwort gegeben. Die Respondenten geben zu 5,6% Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme und zu 30,6 % nicht.



Abb.4.19 Die Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden (N=36) in Prozent

Ein Vergleich ist mit den Musikhochschuldozenten diesbezüglich nicht möglich, da diese keine Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme geben.

4.3.18 Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten

In Tabelle 4.32 und Abbildung 4.20 wird die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.32 Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen.

Antwort der Logopäden	Anzahl der Antworten der Logopäden
Ja	2
Nein	1
keine Antwort	33
Gesamtanzahl	N = 36

Resultate

91,6 % gaben hierauf keine Antwort. Nur 8,3 % der Respondenten beantworteten diese Frage. Die Respondenten verwenden zu 5,6% die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme und zu 2,8% nicht.

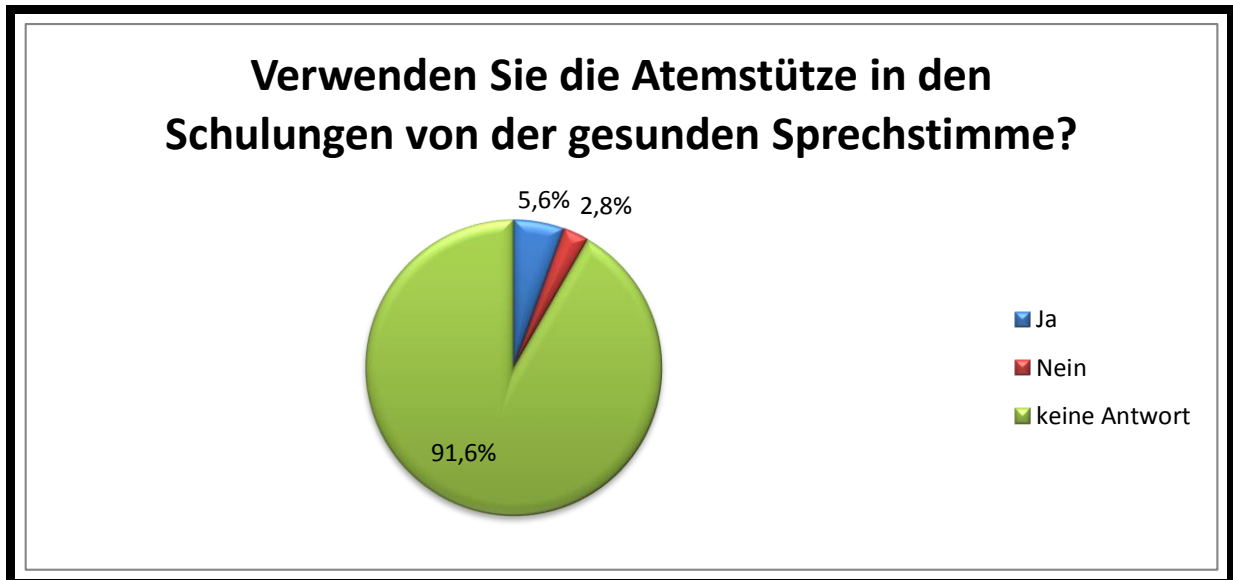


Abb. 4.20 Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden (N=36) in Prozent.

Ein Vergleich ist mit den Musikhochschuldozenten diesbezüglich nicht möglich, da diese keine Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme geben, und somit auch nicht die Atemstütze hierbei verwenden.

4.3.19 Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten

2 von 36 logopädischen Respondenten (5,6%) haben diese Frage beantwortet.

In Tabelle 4.33 werden die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Resultate

Tabelle 4.33 Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme durch die Logopäden.

1. Physiologische Stimmgebung
Ich gebe Fortbildungen für Erzieherinnen, die eine physiologische Stimmgebung im Beruf benötigen.
2. Volumensteigerung
Durchdringungsfähigkeit und Lautstärkensteigerung.

Mithilfe der Enqueten beabsichtigte man das Ziel die Verwendung der Atemstütze bei gesunden Sprechstimmen zu hinterfragen.

In Tabelle 4.34 werden die Kernaussagen bezüglich der Verwendung der Atemstütze bei gesunden Sprechstimmen durch die logopädischen Respondenten widergegeben

Tabelle 4.34 Kernaussagen bezüglich der Verwendung der Atemstütze bei gesunden Sprechstimmen durch die Logopäden

Kernaussage	Logopäden
Ziel der Verwendung der Atemstütze bei gesunden Sprechstimmen	
Physiologische Stimmgebung	1
Volumensteigerung	1
Keine Antwort	34

Ein Vergleich ist mit den Musikhochschuldozenten diesbezüglich nicht möglich, da diese keine Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme geben.

Resultate

4.3.20 Der Bereich der Gesangsstimme der Respondenten

Der Bereich der Gesangsstimme bei den logopädischen Respondenten:

In Tabelle 4.35 und Abbildung 4.21 werden die Antworten bezüglich des Arbeitens im Bereich der Gesangsstimme durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.35 Die Antworten bezüglich des Arbeitens im Bereich der Gesangsstimme durch die Logopäden in absoluten Zahlen

Antwort der Logopäden	Anzahl der Antworten der Logopäden
Ja	5
Nein	9
keine Antwort	22
Gesamtanzahl	$N = 36$

Die Respondenten arbeiten zu 13,9% im Bereich der Gesangsstimme.



Abb. 4.21 Die Arbeitstätigkeit der Logopäden (N=36) im Bereich der Gesangsstimme

Resultate

4.3.21 Die Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten

Alle Logopäden die im Bereich der Gesangsstimme arbeiten, verwenden auch die Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen.

4.3.22 Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten

Drei von 36 logopädischen Respondenten (8,3%) haben diese Frage beantwortet. Zwei Kernaussagen konnten jedoch unter einer Überschrift zusammengefasst werden

In Tabelle 4.36 werden die Ziele der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.36 Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen durch die Logopäden.

1.Längere Phonation

Eine Verbesserung des Stimmklangs durch den physiologischen Glottisschluss, sowie die Verlängerung der Tonhaldedauer.

Eine klarere Stimmgebung ohne wilde Luft, das Schwelltonvermögen, eine beweglichere Stimme bei Koloraturen (ohne Stützung nicht möglich) sowie längere Phrasen.

Unterstützung der Atmung, gepaart mit guter Körperhaltung um länger singen zu können.

2.Verbetterung der Klangqualität

(beide Aussagen wurden bereits unter dem Punkt längere Phonation aufgelistet.)

Verbesserung des Stimmklangs durch physiologischen Glottisschluss, Verlängerung der

Resultate

Tonhaltedauer
Klarere Stimmgebung ohne wilde Luft, Schwelltonvermögen, beweglichere Stimme bei Koloraturen (ohne Stützung nicht möglich) längere Phrasen

Mithilfe der Enqueten beabsichtigte man das Ziel die Verwendung der Atemstütze bei Gesangsstimmstörungen zu hinterfragen.

In Tabelle 4.37 werden die Kernaussagen bezüglich der Ziele der Verwendung der Atemstütze bei Gesangsstimmstörungen durch die logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.37 Die Kernaussagen bezüglich der Ziele der Verwendung der Atemstütze bei Gesangsstimmstörungen durch die Logopäden.

Ziel der Verwendung der Atemstütze in der Therapie der Gesangsstimmstörungen	Logopäden
Längere Phonation	3
Verbesserung der Klangqualität	2
Keine Antwort	33

Nur drei Logopäden haben diese Frage beantwortet. Von besonderer Relevanz scheint die Phonationsverlängerung zu sein, unter diesem Punkt wird die Verlängerung der Tonhaltedauer aufgezählt, sowie die Möglichkeit mit der Atemstütze längere Phrasen singen zu können.

4.3.23 Schulungen im Bereich der Gesangsstimme durch die logopädischen Respondenten

Alle Logopäden, die im Bereich der Gesangsstimme arbeiten, geben keine Schulungen im Bereich der Gesangsstimme.

4.3.24 Die Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der (gesunden) Gesangsstimme durch die Respondenten

Die Frage bezüglich der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme konnte bei den Logopäden nicht ausgewertet werden, da keinerlei Aussagen diesbezüglich gemacht wurden.

Alle Musikhochschuldozenten verwenden die Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme.

4.3.25 Das Ziel der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der (gesunden) Gesangsstimme durch die Respondenten

Keiner der Logopäden gab hierauf eine Antwort.

16 von 23 Musikhochschul-Respondenten (69,6%) haben diese Frage beantwortet.

In Tabelle 4.38 werden die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme durch Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben.

4.38 Die Ziele der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme durch die Musikhochschuldozenten

1. Verbesserung der Stimmqualität/ Stimmhygiene

Für die gesamte Entwicklung des Singens. Es gibt keinen bestimmten Bereich für Atemstütze. Die gehört zum sämtlichen Singen immer dazu.

Ohne Stütze würden wir wahrscheinlich hyperventilieren oder ganz furchtbar auf der Stimme singen, d.h. drücken. Wir stützen auch beim guten Sprechen. Singen bedeutet primär die Fähigkeit das 'legato' praktisch umzusetzen. Dazu brauchen wir die Stütze.

Stimmeinsatz, Registerarbeit/Registermischung, Tonhöhe, Artikulation, Phrasierung, Klangfarben, Ausdruck ...

Das Ziel ist, Fehlbelastung der Stimme zu vermeiden.

Schaden von der Gesangsstimme abzuwenden, den Studierenden eine gesunde Art des Singens zu vermitteln.

Reduktion von Spannungen bezogen auf Zunge / Unterkiefer, freies Schwingen der Stimmbänder und damit Entlastung derer, Nutzung aller verwendbaren Räume im Körper: Nasennebenhöhlen, Stirn- und auch Mundhöhle.

Hiermit kann ich einige Parameter günstig beeinflussen: Formanten (Tragfähigkeit der Stimme), Lautheit, Phrasierung, hohe Lage und im schönsten Fall ein echtes Mezza die Voce.

Hauptziel ist es, Verspannungen zu vermeiden und damit die Arbeit der Stimmbänder nicht zu behindern. Die Folge ist ein gesundes, freies und kraftvolles Singen.

Präzise Ausatemungsführung, um einen gleichmäßigen Luftstrom sicherzustellen, bzw. einen, (der jeweiligen Schwingungsform der Stimmlippen) idealen Luftdruck zu erzeugen, der die Kehle nicht mit Überdruck belastet, und so ein freies Zusammenspiel der muskulären Kräfte erst ermöglicht.

2.Ökonomischer Ansatzpunkt

Feindosierung des Atems (Impulse im Unterbauch, um die genau erforderliche Luftmenge für die jeweilige Tonlautstärke zu liefern.

Die aktive Aus- und passive Einatmung der Ausatmer (solarer Atemtyp) zu stärken. Die passive Aus- und aktive Einatmung der Einatmer (lunarer Atemtyp) zu stärken.

Mit dem Ziel dem Kehlkopf, entsprechend der Klangvorstellung des Sängers, den optimalen Luftdruck (zur Erzeugung des angestrebten Klanges) anzureichen.

Nur in der vorangegangenen Definition!!! ist die Grundlage für eine effiziente Stimm-anwendung. in der traditionellen Definition (Aktivierung der Bauchmuskeln während des

Singens) ein ziemlich sicherer Weg zur Herbeiführung aller Arten von stimmlichen Einschränkungen.

Verbindung von affektiven Stimmäußerungen und damit natürlichen Atemaktivitäten mit einer künstlerischen Ausformung zur Befreiung der natürlichen Stimme, um diese dann im musikalischen Kontext stilbezogen technisch einsetzen zu können. Hierbei wird Technik als stückbezogene und intentionsbezogene stimmlich Handlungsfähigkeit angesehen, die immer mit der Entwicklung des Gesangs-Instruments einhergeht.

3.Verlängerung der Phonation

Zur Erlernung der Atemführung, zum Singen von legato Bögen, von langen Phrasen und großen Intervallsprüngen, zur Artikulationsgeschwindigkeit, zum Singen von Koloraturen, zur Haltung der sauberen Intonation.

vom Körpergefühl her tief; zu kommen, zugunsten eines dadurch verbesserten Legatos.

.

Diese Frage wurde nur von Musikhochschuldozenten beantwortet.

In Tabelle 4.39 werden die Kernaussagen bezüglich des Zieles der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme durch die Musikhochschuldozent-Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.39 Die Kernaussagen bezüglich des Zieles der Verwendung der Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme durch die Musikhochschuldozenten

Schulungen der gesunden Gesangsstimme	Musikhochschul- dozenten
Verbesserung der Stimmqualität/ Stimmhygiene	9
Ökonomischer Ansatzpunkt	5
Verlängerung der Phonation	2
Keine Antwort	7

Resultate

Diese Frage wurde nur von den Musikhochschuldozenten beantwortet. Die Antworten zur Verwendung der Atemstütze der gesunden Gesangsstimme spiegeln jedoch die Antworten des Zieles der Verwendung der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen wider.

Auch hier werden die Punkte der Verlängerung der Phonation und vor allem der Verbesserung der Stimmqualität genannt.

4.3.26 Die Nichtverwendung der Atemstütze durch die Respondenten

Nichtverwendung der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten

Neun von 36 logopädischen Respondenten (25%) haben diese Frage beantwortet. Zwei Kernaussagen konnten jedoch unter einer Überschrift zusammengefasst werden

In Tabelle 4.40 werden die Begründungen der Nichtverwendung der Atemstütze durch die logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.40 Die Begründung der Nichtverwendung der Atemstütze durch die Logopäden.

1. Das Thema Stütze wurde in der Schule nicht thematisiert

Während unserer Ausbildung ist unser Lehrlogopädie (Herr Banzhaf) skeptisch mit diesem Begriff Atemstütze umgegangen. Ich kann mich heute noch an seine Aussage erinnern, dass dieser Begriff Stütze physiologisch nicht überprüfbar ist. Deshalb wurde an unserer Schule mit der Atemstütze auch nicht gearbeitet. Bezüglich des Therapiebereichs Atmung wurde vorwiegend mit Abspannübungen zur reflektorischen Atemergänzung gearbeitet.

Die Patienten haben in der Regel schon erhebliche Probleme die Bauchatmung zu erlernen, so dass die verordneten Therapieeinheiten nicht ausreichen, die Atemstütze auch noch zu vermitteln. Ich selbst singe in einem Chor und profitiere enorm davon!

2. Begriff wissenschaftlich unfundiert

Viele Patienten haben eher Hypertonie, zu hohes Risiko für Überspannung; Theorie zur Anwendung der Atemstütze in der Stimmtherapie wissenschaftlich unfundiert (12815)

(dieser Ansatz wurde bereits unter Punkt 1 aufgelistet)

Während unserer Ausbildung ist unser Lehrlogopädie (Herr Banzhaf) skeptisch mit diesem Begriff Atemstütze umgegangen. Ich kann mich heute noch an seine Aussage erinnern, dass dieser Begriff Stütze physiologisch nicht überprüfbar ist. Deshalb wurde an unserer Schule mit der Atemstütze auch nicht gearbeitet. Bezüglich des Therapiebereichs Atmung wurde vorwiegend mit Abspannübungen zur reflektorischen Atemergänzung gearbeitet.

Die Patienten haben in der Regel schon erhebliche Probleme die Bauchatmung zu erlernen, so dass die verordneten Therapieeinheiten nicht ausreichen, die Atemstütze auch noch zu vermitteln. Ich selbst singe in einem Chor und profitiere enorm davon!

3. Annahme, dass der Begriff Stütze für den Patienten zu komplex sei

(dieser Ansatz wurde bereits unter Punkt 1 aufgelistet)

Während unserer Ausbildung ist unser Lehrlogopädie (Herr Banzhaf) skeptisch mit diesem Begriff Atemstütze umgegangen. Ich kann mich heute noch an seine Aussage erinnern, dass dieser Begriff Stütze physiologisch nicht überprüfbar ist. Deshalb wurde an unserer Schule mit der Atemstütze auch nicht gearbeitet. Bezüglich des Therapiebereichs Atmung wurde vorwiegend mit Abspannübungen zur reflektorischen Atemergänzung gearbeitet.

Die Patienten haben in der Regel schon erhebliche Probleme die Bauchatmung zu erlernen, so dass die verordneten Therapieeinheiten nicht ausreichen, die Atemstütze auch noch zu vermitteln. Ich selbst singe in einem Chor und profitiere enorm davon.

Schon lange keine Stimmtherapie mehr gemacht) Für mich war es ein für Patient/innen etwas missverständliches Konzept: Ich würde mehr Wert auf Selbstwahrnehmung im Klang und ggf. des Atemmuster bei der Einatmung legen. Vorstellungshilfen des Einatmens bei der Phonation konnten hilfreich sein (und kommen möglichen Definitionen der Atemstütze nahe), aber von Atemstütze würde ich mit Patienten nicht explizit sprechen: Da besteht die Gefahr, dass Patient/innen sich in hinderlicher Weise zu sehr selbst kontrollieren, Muskulaturen halten etc.(13807)

4.Unkenntnis

Ich bin mir nicht im Klaren, was Sie damit meinen. Schlimmstenfalls kenne ich sie nicht, bzw. kenne keine Therapiemöglichkeiten damit.

Weil ich zu wenig Erfahrung damit habe.

5.Zu wenige Stimmpatienten

..zu wenige Stimmpatienten die überwiesen werden. Es gibt noch einige organische Dysphonien, die aber dann anders behandelt werden und bei Besserung die Therapie beenden, bevor man in den Bereich Stimmschulung vordringen könnte. Schade, aber bei uns ist das leider so...

Ich arbeite in einer neurologisch-orthopädischen Rehabilitationsfachklinik, wo die überwiegend neurologisch schwer betroffenen Pat. nicht in der Lage sind, die Atemstütze umzusetzen.

sehr wenige Stimmpatientinnen, arbeite gerne mit Intentionen.

Die Musikhochschuldozenten verwenden alle die Atemstütze, außer einem Respondent, der diese Frage aber auch nicht beantwortet hat. Daher ist hierbei kein Vergleich möglich.

Diese Frage sollten die Logopäden, sowie die Musikhochschuldozenten nur beantworten, sofern sie die Atemstütze nicht verwenden.

In Tabelle 4.41 werden die Kernaussagen der Nichtverwendung der Atemstütze durch die Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.41 Die Kernaussagen der Nichtverwendung der Atemstütze durch die Respondenten

Warum wird die die Atemstütze nicht angewendet	Logopäden
Das Thema Stütze wurde in der Schule nicht thematisiert	1
Begriff wissenschaftlich unfundiert	2
Annahme, dass der Begriff Stütze für den Patienten zu komplex sei	2
Unkenntnis	2
Zu wenige Stimmpatienten	3
Keine Antwort	27

Diese Frage wurde nur von Logopäden beantwortet. Die Musikhochschuldozenten gaben in der Mehrheit an, dass sie die Atemstütze verwenden. Im Bereich der Logopädie wird die Atemstütze noch immer unzureichend thematisiert. Bei den Logopäden entwickelt sich so eine große Unsicherheit und Unkenntnis. Des Weiteren behandeln viele angeschriebene Respondenten nur wenige Stimmpatienten.

4.3.27 Das Interesse an den Resultaten

Das Interesse der logopädischen Respondenten an den Resultaten der Enquete:

In Tabelle 4.42 und Abbildung 4.22 werden die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate der logopädischen Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.42 Die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate durch die Logopäden in absoluten Zahlen.

Antwortmöglichkeiten	Anzahl der Antworten
Ja	20
Nein	11
Keine Antwort	5
<i>Gesamtanzahl</i>	<i>N = 36</i>

Resultate

Die Respondenten möchten zu 55,6% die Resultate erhalten und zu 30,6% nicht. 13,8 % der Respondenten gaben auch hierauf keine Antwort.



Abb.4.22 Das Interesse an den Resultaten der Untersuchung durch die Logopäden.
(N=36)

Das Interesse der Musikhochschul- Respondenten an den Resultaten der Enquete:

In Tabelle 4.43 und Abbildung 4.23 werden die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate der Musikhochschuldozent-Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.43 Die Antworten und deren Anzahl bezüglich der Erhaltung der Resultate durch die Musikhochschuldozenten in absoluten Zahlen.

Antwortmöglichkeiten	Anzahl der Antworten
Ja	16
Nein	6
Keine Antwort	1
Gesamtanzahl	N = 23

Resultate

Die Respondenten möchten zu 69,6% die Resultate erhalten und zu 26,1% nicht. 4,3 % der Respondenten gaben auch hierauf keine Antwort.



Abb.4.23 Das Interesse der Musikhochschuldozenten (N=23) bezüglich der Erhaltung der Resultate in Prozent.

Vergleich der Erhaltung der Resultate bezüglich der Respondenten.

Von den Logopäden möchten nur 55,6 % der Respondenten die Resultate der Untersuchung erhalten im Gegensatz zu den Musikhochschuldozenten mit 69,6%. Das Interesse der Musikhochschuldozenten bezüglich der Atemstütze ist scheinbar größer, als das der Logopäden.

4.3.28 Die Anmerkungen der Respondenten

Anmerkungen der logopädischen Respondenten.

Drei von 36 logopädischen Respondenten (8,3%) gaben Anmerkungen.

In Tabelle 4.44 werden die Anmerkungen der logopädischen Respondenten wiedergegeben.

Tabelle 4.44 Die Anmerkungen der Logopäden

Den Begriff Atemstütze halte ich für überholt, da er wenig Dynamik, sondern eher Statik impliziert. Ist der Begriff in der neueren Methodenlehre noch aktuell?

Wichtig für die erfolgreiche Arbeit am Einsatz der Atemstütze sind meiner Meinung nach besonders die Arbeit an Körper und Haltung (auch im geistigen Sinne) Viel Erfolg und neue Erkenntnisse wünsche ich Ihnen!

Je funktionstüchtiger die Stimmlippen sind, desto eher ergibt sich beim Singen oder Sprechen eine natürliche Stützung durch die Ökonomie und Koordination der Kehlkopfmuskeln.

Anmerkungen der Musikhochschuldozent-Respondenten

Acht von 23 Musikhochschul-Respondenten (34,8%) gaben Anmerkungen.

In Tabelle 4.45 werden die Anmerkungen der Musikhochschuldozent- Respondenten widergegeben.

Tabelle 4.45 Die Anmerkungen der Musikhochschuldozenten

Ich thematisiere die Atemstütze im Unterricht kaum! (Ausnahmen bestätigen die Regel) bei Anfängern, erst wenn die Schüler besser in der Lage sind, ihren Körper während des Singens/ Sprechens relativ gut wahr zu nehmen! Vorher ist es eher verwirrend mit zu vielen Informationen und damit möglichen Fehlerquellen!

Die sogenannte Atemstütze ist ein elastischer, beweglicher Vorgang, der alles andere als fest ist. Der Ausdruck Stütze führt häufig zu einem zu großen Krafteinsatz und zu großer Starrheit der beteiligten Muskelgruppen. Im Jazz und Popbereich ist eine lockere Stütze von Vorteil, da sie perkussiven Gesang ermöglicht und zudem Stimmvibrato erzeugen kann.

Atemstütze ist immer dem personalen Verhältnis des Singenden anzupassen, wobei mir eine

reine Einteilung in Ein- und Ausatmer zu pauschalisierend wäre. Atemstütze ist ohne die Sicht in andere Gewohnheitshaltungen, wie gehen, stehen, sprechen, Öffnung und Verschluss im körperlichen Bereich wie auch dem Persönlichkeitsbereich etc., nicht generalisierbar. So sind die Proportionen der muskulären Einspannung jeweils individuell und es bedarf einer genauen Wahrnehmung des Lehrers, die Proportionen zu erkennen, den Lernvorgang aktiv anzuleiten und auch zu überprüfen.

Ich würde nicht von Stützen sprechen, vielmehr Unterstützung. Mit dem Wort Stütze erzielt man insbesondere bei Anfängern im Bereich Gesang Anspannung der Bauchdecke und Fixierung der Vorgänge im Allgemeinen.

Das ist eines jener Themen, die man theoretisch nicht erörtern kann, weil jeder Studierende eine Erklärung benötigt, die seinem individuellen Körpergefühl entspricht. Man muss es jedem ein wenig anders erklären, aber erklären muss man es!

Seit vielen Jahren gebe ich Gesangskurse und wundere mich ständig, dass ein komplexer körperlicher Vorgang mit nur dem Vorstellen an etwas bestimmten erarbeitet werden soll. Nach meiner Erfahrung besteht die Erarbeitung von Stütze nicht darin, was ich dem Schüler sage, sondern was ich mit ihm tue! Vielleicht können Sie ja so etwas Licht ins Dunkle bringen.... Ein spannendes Thema - ich bin sehr an den Ergebnissen interessiert.

Ich habe in 20 Jahren gesangspädagogischer Arbeit erlebt, welche große Verwirrung ungenaue, inkorrekte Definitionen und Anleitungen zur Atemstütze Sänger in Stimmprobleme und Ratlosigkeit geführt haben. Viele Gesangspädagogen haben mangelndes Wissen bezüglich Anatomie, Physiologie und Vermittlung der korrekten Atemstütze. Hier besteht ein enormer Nachholbedarf, um mit Mythen aufzuräumen.

Atemstütze ist nur ein Teil eines gesamtkörperlichen Vorganges der Sängerstütze. Körperhaltung, Einhängung, bzw. Stabilisierung der Kehle und resonatorische Einstellung spielen ebenfalls eine große Rolle im Sinne von Appoggio.

5. Diskussion

Unter diesem Punkt werden die Resultate der Enquete diskutiert. Anschließend wird ein Vergleich der Ergebnisse der praktischen Untersuchung zu den Ergebnissen der Literaturstudie von N. Slenders, bzw. den Ergebnissen des theoretischen Teils dieser Untersuchung, gezogen.

Es werden Einschränkungen der Methodologie, mögliche Folgestudien und eine Schlussfolgerung bezüglich der Hauptuntersuchungsfrage (Fazit) beschrieben.

5.1. Die Resultate der Enquete bezüglich der Atemstütze und ihrer Verwendung

Die Atemstütze und ihre Verwendung

Die Auswertung der Enqueten zeigte, dass die Logopädie-Respondenten die Atemstütze zu 38,9% verwenden (Nichtverwendung 61,1%). Bei den Musikhochschuldozenten gaben 95,7% an, die Atemstütze zu verwenden (Nichtverwendung 4,3%).

Die Respondenten beider Zielgruppen konnten keine eindeutige Definition bezüglich der Atemstütze aufstellen. Elf der 36 Logopädie-Respondenten beantworteten diese Frage nicht. Die Aussagen der Musikhochschuldozenten konnten aber auch nicht zu einer eindeutigen Definition zusammengefasst werden.

Die Respondenten gaben verschiedene Quellenangaben bezüglich der Definition an. Auffallend ist, dass 26 Logopäden keine Quellenangaben nannten. Sofern doch eine Quelle genannt wurde, wurden primär Bücher (z.B. Coblenzer) als Quellenangabe angegeben. Zehn von 23 Musikhochschuldozenten richteten sich nach den eigenen Erfahrungen.

Auch bei der physiologischen Vorgehensweise der Atemstütze konnten beide Zielgruppen keine eindeutige Beschreibung aufstellen.

Sofern die Logopäden die Atemstütze verwenden, geschieht dies im Bereich der Therapie der Sprechstimme. Therapieziele sind hierbei: Volumensteigerung, Verlängerung der Phonation und die Verbesserung der Stimmqualität und Stimmhygiene. Ein logopädischer Respondent gab an, dass er die Atemstütze auch zur Behandlung der Stimmlippenparese verwendet.

Effekte dieser Methode wurden nicht beschrieben.

Da die teilnehmenden Logopäden keine Schulungen bezüglich der Gesangsstimme geben, wurde diese Frage von ihnen ausgelassen.

Die Ziele, welche die Musikhochschuldozenten für die Atemstütze aufgestellt haben, gleichen den Zielen der Logopäden in der Therapie der Stimmstörungen. Hier werden wiederholt die Punkte: Volumensteigerung, Phonationsverlängerung, Verbesserung der Stimmqualität und Stimmhygiene genannt.

8,3 % der logopädischen Respondenten geben an, dass sie die Atemstütze nicht verwenden, da sie zu wenig Stimmunpatienten haben. Zusätzlich bemängeln die Logopäden (5,6%), dass die Atemstütze zu komplex für die Patienten und der Begriff der Atemstütze unfundiert sei. Zudem geben 2,8% der Respondenten an, dass sie die Atemstütze, aufgrund von mangelnder Kenntnis, zu wenig anwenden. Die Unkenntnis ist wahrscheinlich die Folge einer unzureichenden Thematisierung der Atemstütze in der Ausbildung. In der Gesangsschulung ist die Atemstütze verbreiteter (95,7 % verwenden die Atemstütze und 4,3 % verwenden sie nicht) Dies war zuvor zu erwarten.

5.2 Vergleich der Ergebnisse der praktischen Untersuchung zu den Ergebnissen der Literaturstudie von N. Slenders, bzw. den Ergebnissen des theoretischen Teils unserer praktischen Thesis.

Da sich die Ergebnisse der niederländischen und englischen Literatur und die Ergebnisse der Theorie der deutschen Untersuchung ähneln, werden jene zusammen in diesem Paragraph mit den Ergebnissen der Enqueten verglichen.

Auf Basis der niederländischen und englischen Literatur fand N. Slenders 17 verschiedene Definitionen bezüglich der Atemstütze. Diese Definitionen widersprachen sich zum Teil. So betont Griffin et al. (1995), dass die Stütze nicht auf einer Aktivierung der respiratorischen Muskeln basiere. Viele andere Autoren gehen jedoch davon aus, dass die Muskeln aktiviert werden (vgl. Schutte, 2006). Zudem sind sowohl die Definitionen, der niederländischen und englischen Literatur, als auch die der deutschen Literatur zu unkonkret. Es werden Begriffe wie „Einatmungsspannung“ (vgl. N. Slenders nach Damste, 1989) und „Summe aller Einatmungskräfte“ (vgl. Schürmann 2013), genannt. Diese Umschreibungen lassen viele Interpretationen zu und werfen noch mehr Fragen auf. Zudem werden häufig Muskelpartien

beschrieben, wie z.B. bei Priwitzer: *“Bei der Atemstütze werden in der Regel mehr Muskelgruppen (Bauch-, Brust und Rückenmuskulatur) aktiv betätigt als bei der normalen Atmung, die Atmung erfolgt intensiver.”* (Priwitzer, K. Jahreszahl nicht bekannt, S.2) Diese Muskelgruppen werden aber in keiner gefundenen Definition benannt. Somit ist ein genauer Vergleich der Definitionen unmöglich. Fehlinterpretationen und Unsicherheiten bei den Respondenten sind eine logische Konsequenz. Die Enquete zeigt diese Unsicherheiten. Die Aussagen der Respondenten beider Gruppen lassen sich nicht zu einer Definition zusammenfassen. elf der 36 Logopädie-Respondenten beantworten die Frage erst gar nicht.

Bezüglich des physiologischen Ablaufs setzen die Autoren der deutschen Literatur verschiedene Schwerpunkte. Ein Großteil der Autoren der niederländischen(z.B. van Dixhoorn (1999)), der englischen (z. B. Mc Callion (1988)), sowie der deutschen (z.B. Spiecker-Henke, (1997)) Literatur sprechen von einer Aktivierung des Zwerchfells. Dieses wird tiefer gehalten und bewirkt eine dosierte Luftabgabe und eine Kontrolle des subglottischen Druckes. Kein Autor widerspricht dieser Aussage. Ein Großteil der Respondenten verwendet diese Aussagen. In den Enqueten ließen sich sieben Aussagen zu der Kernaussage „Aktivierung des Zwerchfells“ zusammenfassen. Bezüglich der physiologischen Vorgehensweise lassen sich jedoch auch einige Widersprüche finden. Sowohl Wendler, J. & Seidner, W. (2005) als auch Gallenmüller, E und Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) beschreiben eine Aktivierung der Bauch-, bzw. Zwischenrippenmuskeln. Kreutzer hingegen beschreibt, dass eine bewusste Anspannung dieser Muskelpartien vermieden werden muss. In den Aussagen der Enquete teilte kein Respondent Kreutzers Ansichtsweise. Drei Respondenten teilten jedoch die Meinung von Rosales, M. und Gallenmüller, E. Ihre Aussagen ließen sich unter dem Punkt „Trotz Ausatmung werden Inspirationsmuskeln angespannt“ zusammenfassen. Der Vergleich der Physiologie zeigt also, dass sich bei den Respondenten die Meinungen bekannter Autoren teilen. Es lassen sich, im Gegensatz zu den Enqueten, keine Widersprüchlichkeiten finden. Jedoch lässt sich auch keine einheitliche Kernaussage zusammenfassen.

In der Literatur wurden wenige Informationen bezüglich der Zielsetzung der Atemstütze bei Sprechstimmstörungen gefunden. Die Aussagen sind allgemein und undeutlich verfasst. So äußerte sich Kreutzer im Experteninterview, dass die flexible Atemstütze die Basis für die Behebung von Sprechstimmstörungen sei. Es lassen sich weder in der niederländischen, englischen noch in der deutschen Literatur präzise Ziele für die Atemstütze bei Sprechstimmstörungen finden. Diesen Wissensstand spiegeln auch die Enqueten der Respondenten wider. Viele Aussagen lassen sich unter dem allgemeinen Punkt der

„Verbesserung der Stimmqualität“ oder dem „ökonomischen Ansatzpunkt“ zusammenfassen. Zum Ziel der Atemstütze bei der Schulung der gesunden Sprechstimmen lassen sich in der deutschen Literatur verschiedene Aussagen finden. Als Hauptziel werden in der niederländischen, englischen als auch in der deutschen Literatur die „dosierte Luftabgabe“ genannt. Es sind zudem auch die Vorteile der Volumensteigerung nachzulesen. Die Aussagen widersprechen sich nicht. Diese Frage wurde nur in den Logopäden Enqueten aufgestellt und nur von zwei Respondenten beantwortet. Ein Respondent gab an, dass er die Stütze bei Erzieherinnen anlerne, welche eine physiologische Stimmgebung im Beruf benötigten. Der Respondent erklärte seine Zielsetzung nicht präzise und es bleiben Fragen offen, wie z.B., was er unter dem Begriff „physiologische Stimmgebung“ versteht. Eine weitere Aussage beschreibt das Ziel der Durchdringungsfähigkeit und Lautstärkensteigerung, dieser Punkt ist auch in der Literatur nachzulesen.

Zum Punkt der Gesangsstimmstörungen war in der Literatur nichts zu finden. Drei Respondenten gaben jedoch an, die Atemstütze zur längeren Phonation zu verwenden. Zwei Respondenten verwenden diese für eine bessere Klangqualität.

In der niederländischen, englischen, als auch in der deutschen Literatur gleichen die Ziele der Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme den Zielen der Schulungen der gesunden Sprechstimme. Es wird hauptsächlich das Ziel der dosierten Luftabgabe genannt. Zudem soll der subglottische Druck reduziert werden. Diese Frage wurde ausschließlich den Musikhochschuldozenten gestellt. Ihre Aussagen lassen sich überwiegend unter dem Punkt „Verbesserung der Stimmqualität“, dem „ökonomischen Ansatzpunkt“ und der „Verlängerung der Phonation“ zusammenfassen und entsprechen so den Literatúrauszügen.

5.3 Fazit

Die praktische Untersuchung zeigte, dass die Enqueten mit den Fragen bezüglich der Hauptfragestellung nur unzureichend beantwortet werden konnten. Die Mehrheit der Respondenten ist an den Ergebnissen dieser Studie interessiert. 55,6 % der Logopäden und 69,6 % der Musikhochschuldozenten möchten die Resultate der praktischen Untersuchung erhalten. Das Fazit dieser Studie entspricht dem von N. Slenders. Sie schlussfolgerte, dass sie mit ihrer Studie die Undeutlichkeiten bezüglich der Atemstütze hervorgehoben hat, jedoch nicht aufklären konnte. Diese Studie zeigte, dass nicht nur in der Literatur sondern auch in der Praxis Verwirrung bezüglich der Atemstütze besteht. Es sind nähere Evidenz basierte

Diskussion

Untersuchungen nötig, um die Atemstütze und ihre Verwendung eindeutig beschreiben zu können. Unter Punkt 5.5 „Mögliche Folgestudien“ werden Vorschläge für evidenzbasierte Untersuchungen, beschrieben.

5.4 Einschränkungen der praktischen Untersuchung

Von den 596 Enqueten wurden nur 59 beantwortet. Zudem ließen die teilnehmenden Respondenten Fragen unbeantwortet. Die geringe Enqueten-Respons und die vielen unbeantworteten Fragen beeinflusste die praktische Untersuchung

5.5 Mögliche Folgestudien

Diese weiteren Aufbaustudien wären möglich, werden jedoch als wenig sinnvoll betrachtet:

Tabelle 5.1 Mögliche Folgestudien

Möglichkeit	Kommentar
Eine Folgestudie auf Basis von französischer oder italienischer Literatur.	Es ist unwahrscheinlich, dass die Atemstütze in diesen Sprachen präziser umschrieben wird.
Eine Enquete-Befragung anderer Berufsgruppen, z. B. Stimmtrainern.	Diese Berufsgruppe, lernt mithilfe der gleichen Literatur, wie die Logopäden bzw. Musikhochschuldozenten. Die Ergebnisse der Stimmtrainer-Enqueten würden wahrscheinlich keine neuen Ergebnisse darlegen.

Diese Folgestudie betrachten wir als sinnvoller:

Es könnte ein Expertentreffen organisiert werden, in dem die einzelnen Experten ihre verschiedenen Behauptungen aufstellen. Diese sollen folglich diskutiert werden. Um die Atemstütze fassbarer zu machen, müssen die Parameter, die der Atemstütze zugeschrieben werden, untersucht werden. Folgende Messungen könnten durchgeführt werden.

Tabelle 5.2 Mögliche Messungen

Parameter, die in der Literatur bezüglich der Atemstütze genannt werden	Messungsmethoden
Verringerung des subglottischen Druckes	„Die Messung des subglottischen Drucks kann auf verschiedene Weise erfolgen z.B. mittels eines dünnen Katheters oder mit Hilfe eines Miniatur Druckmessers, der durch die Glottis in den subglottischen Raum eingeführt wird.“ (Wendler.J, 2005, S. 108).
Aktivierung der Muskelgruppen	Aktivierte Muskelgruppen können mithilfe einer Elektromyographie gemessen werden (vgl. Prof. Dr. Walter Paulus).
Verbesserung der Resonanz	Eine Anzahl von Probanden singen/sprechen mit und einmal ohne Atemstütze. Die Experten geben an, ob sie einen Unterschied hören.
Verlängerung der Tonhaltedauer	Die Probanden halten einen Ton mit bzw. ohne Atemstütze. Die Zeit der Phonation wird jeweils gemessen und anschließend verglichen.

Literaturverzeichnis

Aderhold, E. & Wolf, E. (2000). *Atmung*. 15 Aufl. *Sprecherzieherisches Übungsbuch*. Berlin, Henschelverlag.

(Autor unbekannt). (2011). *Die Evidenzhierarchie Center for evidence based medicine*. [online]. Available: www.cebm.de [Stand:15.05.2013].

Baarda, Dr. D.B. & Dr. De Goede & M.P.M. Dr. Kalmijn, M. (2000). *Enqueteren en gestructureerd interviewen*. (Eerste druk). Groningen, Wolters-Nordhoff bv.

Baarda, Dr. D.B. & Dr. De Goede & M.P.M. Dr. Kalmijn, M. (2010). *Enqueteren en gestructureerd interviewen*. (Derde druk). Groningen, Wolters-Nordhoff bv.

Berne, P. (2008). *Belcanto-Historische Aufführungspraxis in der italienischen Oper von Russini bis Verdi*. (1. Auflage). Wernersche Verlagsgesellschaft

Böhme, G. (1980). *Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*. Stuttgart. New York, Gustav Fischer Verlag

Brügge, W. & Mohs, K. (1994). *Therapie funktioneller Stimmstörungen. Übungssammlung zu Körper, Atem, Stimme*. München, Ernst Reinhardt Verlag

Buchholz, Prof. T. (Jahreszahl unbekannt) *Stimmbildung als Grundlage des Sprechens und Singens*. [Online]. Available:
<http://www.buchholz-komponist.de/downloads/Stimme.pdf> [30.05.2013]

Coblenzer, H. & Muhar, F. (2002) . *Atem und Stimme. Anleitung zum guten Sprechen*. Verlag öbvht.

Feil, M. (2012). *Atem und Stimme in der Arbeit mit funktioneller Entspannung*. Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis, Heft 39, S. 25-42

Gallenmüller, E. & Blum, J. (2004) *Die Bedeutung der Atemstütze für Bläser*. Zeitschrift für Musikphysiologie und Musikermmedizin, Heft 3. Mainz

Gundermann, H. (1987). *Aktuelle Probleme der Stimmtherapie*. Stuttgart. New York, Gustav Fischer Verlag

Habermann, G. (1986). *Stimme und Sprache. Eine Einführung in ihre Physiologie und Hygiene. Für Ärzte, Sänger, Pädagogen und alle Sprechberufe*. (2. Aufl.). Stuttgart, Thieme Verlag

Kia, R.A. & Schulze-Schindler, R. (1999). *Sonne, Mond und Stimme. Atemtypen in der Stimmfaltung*. (3. Aufl.). Braunschweig, Aurum Verlag

Kittel, G. (1989). *Phoniatrie und Pädaudiologie. Kurs für Ärzte, Logopäden, Sprachheil,- und Gehörlosenpädagogen*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Kneip, S. (1996). *Hyperfunktionelle Stimmstörungen bei Erwachsenen*. Frankfurt am Main, Europäischer Verlag der Wissenschaften

Kreutzer, R. (2010). *Stütze!!?- Atemtechnik für Bläser, Sänger und Sprecher- Theoretische Analyse und praktische Anwendung*. 6. Auflage, Eigenverlag.

Luchsinger, R. (1970). *Die Stimme und ihre Störungen*. 3. Auflage. Wien, Springer Verlag.

Nawka, T & Wirth, G. (2008). *Stimmstörungen. Für Ärzte, Logopäden, Sprachheilpädagogen und Sprechwissenschaftler*. (5. Aufl.). Köln, Deutscher Ärzte Verlag

Nöbauer, C. (2008). *Die stimmliche Belastung im Sportlerberuf*. Diplomarbeit, Studiengang Leibeserziehung, Universität Wien.

Pascher, W. & Bauer, H. (1984). *Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen*. Stuttgart, Thieme Verlag

Literaturverzeichnis

Paulus, Prof. Dr. W. (Jahreszahl unbekannt). *Elektromyographie und Elektro-neurographie* [Online]. Available: <http://www.neurologie.uni-goettingen.de/index.php/elektromyographie-und-elektroneurographie.html>. [29 Mai 2013]

Priwitzer, K. (Jahreszahl unbekannt). *Die Atmung*. [Online]. Available: www.karlpriwitzer.de [30.05.2013]

Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt) *Atmung, Anlehnung und Stimmeinsatz*. [Online]. Available: <http://www.gesangsatelier.com/pdf/Margitta%20Rosales/physiologie%20atmung%20stimme.pdf>. [30.05.2013]

Schürmann, U. (2011). *AAP: Mehr als Abspannen. Technik. Ganzheit. Wirksamkeit*. [Online]. Available: <http://www.dvaap.de/pdfs/Schuermann%20%20Stimmig%20pr%C3%A4sentieren.pdf> DGS. [20.05.2013]

Seidner, W. & Wendler, J. (1978). *Die Sängerstimme, phoniatische Grundlagen für den Gesangsunterricht*. (1. Aufl.). Berlin, Henschelverlag

Seidner, W. & Wendler, J. (1997). *Die Sängerstimme*. (3. Aufl.). Berlin, Henschel Verlag.

Slenders, N. (2012). *Ademsteun binnen scholing en therapie van de spreek,- en zangstem*. Heerlen, Hogeschool Zuyd.

Spiecker-Henke, M. (1997). *Leitlinien der Stimmtherapie*. Stuttgart. New York, Georg Thieme Verlag

Stengel, I. & Strauch, T. (1996). *Stimme und Person*. Stuttgart, Klett-Cotta.

Stengel, I. & Strauch T. (2005). *Stimme und Person*. (5.Auflage). Stuttgart, Klett- Cotta.

Thiel, M.M & Ewerbeck, C. (2007). *Stimmtherapie mit Erwachsenen. Was Stimmtherapeuten wissen sollten*. (3. Aufl.). Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Wendler, J. & Seidner, W. & Eysholdt, U. (2005). *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie* (4. Aufl.). Stuttgart. New York, Georg Thieme Verlag

Anhang

1) Introduktionsbrief (Printscreen)

Nicola Pugh
Zur Worbelsheide 10
52156 Monschau
Deutschland

Riccarda Nobis
Virchowstr. 3
52531 Ubach-Palenberg
Deutschland

Frau x
Logopädische Praxisgemeinschaft
Musterstraße x

D – xxxxx Musterstadt

14. Dezember 2012

Betreff: praktische Untersuchung der Atemstütze

Sehr geehrte Frau x,

wir sind zwei Logopädie-Studentinnen der Hogeschool Zuyd in Heerlen (Niederlande) und sind nun im vierten und letzten Jahr unseres Studiums. Als Bachelorthesis führen wir eine Untersuchung durch, die sich mit dem Thema der Atemstütze beschäftigt.

Unserer Ausarbeitung ist eine Aufbaustudie der bereits im vergangenen Jahr abgeschlossenen systematischen Literaturstudie von Nadya Slenders. Nadya's Ziel war es nach zu gehen, was in der Literatur über die Anwendung der Atemstütze innerhalb Schulungen und/oder Therapien der Sprech-, und/oder Gesangsstimme zu finden ist.

In unserer Untersuchung möchten wir nun herausfinden, ob die Atemstütze **in der Praxis** angewendet wird, mit welchem Ziel, auf welcher Weise und mit welchem Resultat. Hierzu werden wir eine schriftlich digitale Enquete verwenden.

Der Titel unserer Untersuchung lautet wie folgt: „Die Atemstütze innerhalb der Schulung und Therapie der Sprech-, und Gesangsstimme. Eine praktische qualitative Untersuchung.“ (2012)

Um diese Studie gut abschließen zu können, **benötigen wir Ihre Teilnahme**, um valide Ergebnisse zu bekommen. Diese Untersuchung kann wissenschaftlich sehr wertvoll sein.

Sie erhalten am 21. Dezember 2012 eine E-Mail von „Atemstuetze@gmail.com“ in der ein Link angegeben ist, der zu der digitalen Enquete führt, um diese ausfüllen zu können. Hierdurch müssen Sie den Link nicht selbst eingeben.

Damit wir genügend Zeit haben die Ergebnisse der Enquete auszuwerten, bitten wir Sie die Enquete bis zum **18. Januar 2013** ausgefüllt zu haben.

Der Zeitaufwand für die Ausfüllung der Enquete ist sehr gering.

Wenn Sie noch zusätzliche Informationen benötigen oder etwas undeutlich ist, können Sie sich gerne an die oben angegebene E-Mail-Adresse wenden! Wir werden uns dann so schnell wie möglich mit Ihnen in Verbindung setzen.
Wir bedanken uns bei Ihnen schon im Voraus und schicken Ihnen als Dank und bei gegebenem Interesse die Resultate dieser Untersuchung zu. Dies können Sie auch zu einem späteren Zeitpunkt in der Enquete angeben.

Mit freundlichen Grüßen

Riccarda Nobis & Nicola Pugh
(Hogeschool Zuyd, Logopädie, Heerlen)

2) Verantwortung und Begründung der Enquete-Fragestellungen per Block

Block A:

Demografische Angaben: Der demografische Block gab uns Informationen bezüglich des Alters und des Geschlechts der Respondenten.

Geschlecht und Alter

Um bei einer späteren Auswertung und Analyse ermitteln zu können, wer im Durchschnitt am meisten und am wenigsten an der Enquete teilgenommen hatte, mehr oder weniger Wissen im Bezug auf die Atemstütze hatte, war es interessant in Erfahrung zu bringen, ob die mehr wissenden z.B weiblich oder männlich waren und ob die Berufserfahrung bezüglich des Wissens der Atemstütze eine Rolle spielte.

Block B

Bildung: Der Bildungsblock gab uns Informationen bezüglich des Bildungsweges, des Bildungsinstituts, des Abschlussjahres und der Berufserfahrung der Respondenten

Wie haben Sie die Zertifizierung zum staatlich anerkannten Logopäden /Musik-hochschuldozenten erworben?

Mit dieser Frage wollte man erfahren, wie der Respondenten mit Hilfe eines Studiums, einer Ausbildung oder Fortbildung den Abschluss absolviert hat. Dadurch konnte man zum ersten herausfinden welcher Bildungsweg am häufigsten und am wenigsten gewählt worden ist und zum zweiten, ob der Bildungsweg Einfluss auf das Wissen der Respondenten bezüglich der Atemstütze hatte.

In welcher Institution haben sie ihr Studium / ihre Ausbildung / ihre Weiterbildung absolviert?

Mit Hilfe dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Atemstütze an bestimmten Ausbildungsorten / Studiumsorten / Fortbildungsorten intensiver thematisiert wird als an anderen Orten. Hierdurch konnte man herausfinden ob das Wissen der Atemstütze im Bezug zu bestimmten Institutionen steht, das heißt ob die Wahl der Institution das Wissen bezüglich der Atemstütze variieren lässt.

In welchem Jahr haben Sie ihr Studium / Ihre Ausbildung / ihre Fortbildung abgeschlossen?

Mit dieser Frage erhielt man Informationen über die bisher gesammelte Berufserfahrung die die Respondenten in ihrem jeweiligen Beruf erlangt haben. Hieran konnte man sehen, ob Respondenten die das Studium/ die Ausbildung/ die Fortbildung schon länger beendet haben, z.B mehr zu dem Thema Atemstütze wissen und damit mehr arbeiten, als die Respondenten die erst kürzlich angefangen haben diesen Beruf zu praktizieren.

Wie viele Jahre arbeiten sie schon in ihrem Beruf?

Mit dieser Frage wollte man erfahren, ob die Respondenten, welche schon länger im Arbeitsfeld tätig sind, eher mit Hilfe der Atemstütze arbeiten. Sie hatten womöglich die Erfahrung gemacht, dass diese effektiv ist oder nicht. Zusätzlich konnte man herausfinden ob die Respondenten, welche schon über mehrere Jahre Praxiserfahrung verfügen, nicht mehr so häufig, bzw. gar nicht mehr mit der Atemstütze arbeiteten.

Block C

Verwendung der Atemstütze:

Der Block „Verwendung der Atemstütze“ gab Informationen bezüglich der Verwendung der Atemstütze in der Therapie und,- / oder Schulung der Sprech,-und / oder Gesangsstimme und dessen Ziel, sowie bezüglich der Definition und Definitionsquelle der Atemstütze sowie der physiologischen Vorgehensweise.

Verwenden Sie die Atemstütze?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden in welchem Maße die Respondenten die Atemstütze verwenden. Dies war die erste explizite Frage in der Enquete bezüglich des Themas Atemstütze.

Was ist laut Ihnen Atemstütze (Definition)?

Aus der Literaturstudie von N. Slenders wurde deutlich, dass die Definition der Atemstütze in der Literatur nicht eindeutig ist. Diese Aufbaustudie wollte darum der Sache nachgehen, welcher Inhalt dem Begriff der Atemstütze zugeteilt wird und ob hier, im Vergleich mit der Literatur, mehr oder weniger Eindeutigkeit besteht.

Wo haben sie diese Definition her?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden woher die Respondenten die Definition der Atemstütze haben.

Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Verwendung der Atemstütze?

Anders formuliert: Was passiert physiologisch gesehen während der Verwendung der Atemstütze?

Da jede Behandlungsmethode, die aktiv am Körper ausgeführt wird, den Körper beeinflussen, sollte man wissen was mit dem Körper genau passiert, wenn man diese Methode einsetzt. Man kann dem Körper schließlich etwas Gutes oder (auch vielleicht ungewollt) schlechtes zufügen. Zusätzlich wäre dies eine Frage die auch durchaus durch Klienten gestellt werden könnte. Man kommt unprofessionell herüber, wenn man diese Frage nicht beantworten kann, obwohl man diese Technik / Methode verwendet.

Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen verwendet wird oder nicht.

Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten überhaupt wissen warum sie die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen einsetzen. Aus N. Slenders' Literaturstudie wurde nämlich deutlich, dass es mehrere und nicht eindeutige Ziele gibt.

Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme?

Mit dieser Frage wollte man feststellen, ob die Respondenten überhaupt im Bereich der gesunden Sprechstimme arbeiten und dementsprechend Schulungen geben. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, war es überflüssig näher auf die Verwendung der Atemstütze in diesem Bereich einzugehen.

Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme verwenden oder nicht.

Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten überhaupt wissen warum sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme einsetzen. Aus N. Slenders' Literaturstudie wurde nämlich deutlich, dass es mehrere und nicht eindeutige Ziele gibt.

Arbeiten Sie auch im Bereich der Gesangsstimme?

Mit dieser Frage wollte man feststellen, ob die Respondenten überhaupt im Bereich der Gesangsstimme arbeiten und dementsprechend Schulungen geben. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, war es überflüssig näher auf die Verwendung der Atemstütze in diesem Bereich einzugehen.

Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen verwenden oder nicht.

Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten überhaupt wissen warum sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen einsetzen. Aus N. Slenders' Literaturstudie wurde nämlich deutlich, dass es mehrere und nicht eindeutige Ziele gibt.

Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Gesangsstimme?

Mit dieser Frage wollte man feststellen, ob die Respondenten überhaupt im Bereich der gesunden Gesangsstimme arbeiten und dementsprechend Schulungen geben. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, war es überflüssig näher auf die Verwendung der Atemstütze in diesem Bereich einzugehen.

Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme verwenden oder nicht.

Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme?

Mit dieser Frage wollte man herausfinden, ob die Respondenten überhaupt wissen warum sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme verwenden. Aus N. Slenders' Literaturstudie wurde nämlich deutlich, dass es mehrere und nicht eindeutige Ziele gibt.

Anhang

Block D

Der Block D „Abschluss“ gab Informationen bezüglich der Begründung warum die Atemstütze eventuell nicht verwendet wird und bezüglich des Interesses gegenüber dem Thema der Atemstütze. Außerdem konnte man hierbei zusätzlich persönlich verfasste Anmerkungen vom Respondenten einholen.

Im Falle, dass Sie die Atemstütze nicht anwenden: Können sie uns gegebenenfalls angeben, warum sie die Atemstütze nicht verwenden?

Es war wichtig herauszufinden, warum die Respondenten die Atemstütze nicht verwenden, um hieraus eine logische Schlussfolgerung ziehen zu können.

Haben sie Interesse daran die Resultate dieser Untersuchung zu erhalten?

Diese Frage verdeutlichte, ob die Respondenten Interesse daran haben die Resultate zu erhalten oder nicht.

Email Adresse

Diese sollte angegeben werden, um die späteren Resultate an die Respondenten schicken zu können.

Wichtige Anmerkungen im Bezug auf die Atemstütze die Sie uns mitteilen möchten, die jedoch nicht in dieser Enquete thematisiert worden sind.

Hier gab man den Respondenten den Raum, Anmerkungen, Kommentare, weiteres Wissen etc. anzugeben.

3) Erwartungen bzw. Kenntnis diverser Antwortmöglichkeiten (Ziel: Wie realistisch sind die Antworten?)

Logopäden-Enquete

Antwortalternative	Antwort bekannt ja / fast / nein	Exakte Antwort ja / nein	Frage
Ja	Nein	Ja	(1) A1. Geschlecht:
Nein	Nein	Ja	(2) A2. Alter:
Ja	Nein	Ja	(3) B1. Wie haben Sie die Zertifizierung zum staatlich anerkannten Logopäden erworben?
Ja	Nein	Ja	(4) B2. In welcher Institution haben sie ihr Studium absolviert?
Ja	Nein	Ja	(5) B3. In welcher Institution haben sie ihre Ausbildung absolviert?
Ja	Nein	Ja	(6) B4. In welcher Institution haben sie ihre Weiterbildung absolviert?
Nein	Nein	Ja	(7) B5. In welchem Jahr haben Sie ihr/ihre Ausbildung / Studium / Weiterbildung als Logopäde/in abgeschlossen?
Nein	Nein	Ja	(8) B6. Wie viele Jahre arbeiten sie schon als Logopäde/in?
Ja	Nein	Ja	(9) C1. Verwenden Sie die Atemstütze?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(10) C2. Was ist laut Ihnen Atemstütze (Definition)?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(11) C3. Wo haben sie diese Definition her?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(12) C4. Wenn Sie genauere Quelledetails der Definition kennen, schreiben sie diese bitte in die gekennzeichneten Felder.
Nein	Nein	Ja/ Nein	(13) C5. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Anwendung der Atemstütze? Anders formuliert: Was passiert physiologisch gesehen während der Anwendung der Atemstütze?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(14) C6. Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen?

Nein	Nein	Ja/ Nein	(15) C7. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Sprechstimmstörungen?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(16) C8. Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(17) C9. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(18) C10. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(19) C11. Arbeiten Sie auch im Bereich der Gesangsstimme?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(20) C12. Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(21) C13. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(22) C14. Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Gesangsstimme?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(23) C15. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(24) C16. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(25) D1. Im Falle, dass Sie die Atemstütze nicht anwenden (siehe Frage 9): Können sie uns gegebenenfalls angeben, warum sie die Atemstütze nicht verwenden?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(26) D2. Haben Sie Interesse daran die Resultate dieser Untersuchung zu erhalten?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(27) D3. Email Adresse
Nein	Nein	Ja/ Nein	(28) D4. Anmerkungen

Musikhochschuldozenten Enquete

Antwortalternative	Antwort bekannt ja / fast / nein	Exakte Antwort ja / nein	Frage
Ja	Nein	Ja	(1) A1. Geschlecht:
Nein	Nein	Ja	(2) A2. Alter:
Nein	Nein	Ja	(3) B1. In welcher Institution haben sie ihr Studium zum Musikhochschul-dozenten absolviert?
Nein	Nein	Ja	(4). B2. In welchem Jahr haben Sie ihr Studium zum Musikhochschul-dozent abgeschlossen?
Nein	Nein	Ja	(5). B3Wie viele Jahre arbeiten sie schon als Musikhochschul-dozent?
Ja	Nein	Ja	(6). C1.Verwenden Sie die Atemstütze?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(7). C2 Was ist laut Ihnen Atemstütze (Definition)?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(8). C3 Wo haben sie diese Definition her?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(9). C4 Wenn sie genauere Quelledetails der Definition kennen, schreiben sie diese bitte in die gekennzeichneten Felder.
Nein	Nein	Ja/ Nein	(10) C5. Wie ist die physiologische Vorgehensweise bei der Anwendung der Atemstütze? Anders formuliert: Was passiert physiologisch gesehen während der Anwendung der Atemstütze?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(11) C6. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(12) C7. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme?
Nein	Nein	Ja/ Nein	(13) D1. Im Falle, dass sie die Atemstütze nicht anwenden (siehe Frage 6): Können sie uns gegebenenfalls angeben, warum sie die Atemstütze nicht verwenden?
Ja	Nein	Ja/ Nein	(14.) D2. Haben sie Interesse daran die Resultate der Untersuchung zu erhalten?

Anhang

Nein	Nein	Ja/ Nein	(15) D3. Email Adresse
Nein	Nein	Ja/ Nein	(16) D4. Anmerkungen

Fazit: Diese Aufgabe wurde ausgeführt um festzulegen wie viele offene oder geschlossene Fragen in die Enqueten kommen. Hierdurch konnte man festlegen, welche Fragen später in der Auswertung in die geschlossene Analyse (Kodierungssystem in Excel) kommen und welche Fragen in die offene Analyse (Manuell) aufgenommen werden.

4) Enquete für die Logopäden (Printscreen)

Enquete Atemstütze (L) 16.12.

Sehr geehrte Logopäden und Logopädinnen,
die Angaben, welche Sie in der folgenden Enquete geben werden, werden
vertraulich behandelt und nicht an Außenstehende weitergeben.
Das Ausfüllen der Enquete wird voraussichtlich 10-15 Minuten dauern.
Wir danken Ihnen schon im Vorraus für ihre Unterstützung.
Nicola Pugh & Riccarda Nobis

[Start Survey](#)

Free version  **ENQUETE**
Survey Solution

1. Geschlecht:

- ☐ weiblich
☐ maennlich

2. Alter:

Jahre

3. Wie haben Sie die Zertifizierung zum staatlich anerkannten Logopäden erworben?

- ☐ Via Studium (Sofern ja, machen sie weiter mit Frage 4)
☐ Via Ausbildung (Sofern ja, machen sie weiter mit Frage 5)
☐ Via Weiterbildung (Sofern ja machen sie weiter mit Frage 6)

4. In welcher Institution haben Sie ihr Studium absolviert? Bitte geben Sie hier auch den Namen und den Ort der Institution an. (Fahren Sie danach mit Frage 7 fort)

Name der Institution:

Ort der Institution:

5. In welcher Institution haben Sie ihre Ausbildung absolviert? Bitte geben Sie hier auch den Namen und den Ort der Institution an. (Fahren Sie danach mit Frage 7 fort.)

Name der Institution:

Ort der Institution:

6. In welcher Institution haben sie ihre Weiterbildung absolviert? Bitte geben Sie hier auch den Namen und den Ort der Institution an.

Name der Institution:

Ort der Institution:

7. In welchem Jahr haben Sie Ihr/ Ihre Ausbildung/ Studium/ Weiterbildung als Logopäde/in abgeschlossen?

Im Jahr:

8. Wie viele Jahre arbeiten Sie schon als Logopäde/in?

Jahre

9. Verwenden Sie die Atemstütze?

☐ Ja

☐ Nein. Wir danken Ihnen fuer die Bereitschaft bei unserer Umfrage teilzunehmen. Fahren Sie mit Frage 24 fort.

10. Was ist laut Ihnen die Atemstütze? (Definition):

Die Atemstütze ist...

--

11. Wo haben Sie diese Definition her? Es können mehrere Antworten angekreuzt werden.
Aus:

☐ Buechern

☐ Zeitschriften

☐ dem Internet

☐ Fortbildungen

☐ Weiteres

11.1 Wenn Sie genauere Quellenangaben der Definitionen kennen(Titel, Autor, Jahr der Veröffentlichung) schreiben Sie diese bitte in das folgende Textfeld.

--

12. Wie ist laut Ihnen die physiologische Vorgehensweise bei der Anwendung der Atemstütze? Anders formuliert: Was passiert physiologisch gesehen während der Anwendung der Atemstütze?

--

13. Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie der Sprechstimmstörungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 15 fort)

14. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie der Sprechstimmstörungen?

15. Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Sprechstimme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 18 fort)

16. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Sprechstimme?

17. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen von der gesunden Sprechstimme?

18. Arbeiten Sie auch im Bereich der Gesangsstimme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 25 fort)

19. Verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 21 fort)

20. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in der Therapie von Gesangsstimmstörungen?

21. Geben Sie Schulungen im Bereich der gesunden Gesangsstimme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 25 fort)

22. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der gesunden Gesangsstimme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 25 fort)

23. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen von der gesunden Gesangsstimme?

24. Im Falle, dass Sie die Atemstütze **nicht** anwenden (siehe Frage 9): Können Sie uns gegebenenfalls angeben, warum Sie die Atemstütze nicht anwenden?

25. In welchem Bundesland leben Sie?

26. Haben Sie Interesse daran die Resultate dieser Untersuchung zu erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

27. Falls Sie Frage 25 mit "Ja" beantwortet haben, geben Sie bitte im folgenden Textfeld ihre e-mail adresse ein, an die die Resultate geschickt werden sollen.

Wichtige Anmerkungen, im Bezug auf die Atemstütze, welche Sie und mitteilen möchten, die jedoch nicht in dieser Enquete thematisiert wurden sind.

Wir danken herzlichst für Ihre Teilnahme!

5) Kodierung der Antworten zur Auswertung der Logopäden-Enquete

1. Frage- Fragenblock A

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Weiblich	1
Männlich	2
Keine Antwort	999

2. Frage-Fragenblock A

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahl- Jahreskategorie Zahl - (20-25)= 1 - (26-30)= 2 - (31-35) = 3 - (36-40) = 4 - (41-45) = 5 - (46-50) = 6 - (51-55) = 7 - (56-60) = 8 - (61-65) = 9
Keine Antwort	999

3. Frage- Fragenblock B

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Via Studium	1
Via Ausbildung	2
Via Weiterbildung	3
keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

4. Frage- Fragenblock B

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Institution an: TH / RWTH Aachen	1
Hochschule für angewandte Wissenschaften Bamberg	2
FH Gera	3
MSH Hamburg	4
FH Idstein	5
FH Emden / Leer	6
FH Osnabrück	7
FH Hildesheim / Holzm./ Göttingen	8
HS Hildesheim / Holzm./ Göttingen	9
FH Arnstadt	10
FH Bad Sooden Allendorf	11
FH Bochum	12
FH Brühl	13
FH Dresden	14
Erlangen	15
FH Hamburg	16
Universität Köln	17
Hogeschool Groningen	18
Hogeschool Rotterdam	19
Hogeschool Utrecht	20
Windesheim Locatie Zwolle	21
Fontys Hogescholen Eindhoven	22
Hanze Hogeschool Groningen	23
Hogeschool Zuyd Heerlen	24
Hogeschool Nijmegen	25
University Mississippi USA	26
keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

5. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Staatl. Lehranstalt für Logopädie Aachen	1
Staatl. Schule für Logopädie Marburg	2
Akademie für Gesundheitsberufe Ulm – Wiblingen	3
Lehranstalt für Logopädie Münster	4
Logopädielehranstalt Göttingen	5
Berufliche Schule der med. Fakultät der Ernst	6
Moritz Arndt Universität Greifswald	7
Medizinische Hochschule Hannover	8
Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Halle	9
Lehranstalt für Logopädie Mainz	10
Staatl. Berufsfachschule für Logopädie Regensburg	11
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie München	12
Staatlich anerkannte Schule für Logopäden Tübingen	13
Carte / Charité Gesundheitsakademie Berlin	14
Berufsfachschule für Logopädie Ingolstadt	15
Staatlich Berufsbildende Schule für Gesundheit und Soziales Jena	16
Staatlich anerkannte Schule für Logopädie Essen	17
Berufsfachschule für Logopädie Augsburg	18
Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg	19
Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg IFBE Schule für Berufe mit Zukunft, Chemnitz	20
Staatlich anerkannte Schule für Logopädie Chemnitz	21
Medau Schule Staatlich anerkannte Berufsfachschule für Physiotherapie und Logopädie Coburg	22
IFBE Schule Berlin	23
Freseniussschule Darmstadt	24
Schule für Logopädie am katholischem Klinikum Koblenz	25

Berufsfachschule für Logopädie Kassel	26
Berufsfachschule für Logopädie des evangelischen Krankenhauses Alsterdorf im Werner Otto Institut (WOI) Hamburg	27
BFW Zentrum für Gesundheitsberufe Dortmund	28
DPFA Schulen Dresden	29
Malteser Krankenhaus St. Anna GmbH Schule für Logopädie	30
Düsseldorfer Akademie Fachzentrum der Logopädie Düsseldorf	31
IFBE Erfurt / Mühlhau	32
IFBE Erfurt	33
Berufliche Fortbildungszentren Erlangen	34
Universitätsklinikum Essen	35
IB GIS Freiburg	36
Bernd Blindau Schulen Bückeburg	37
Medau & Hendriks Gießen	38
MAH Hamburg	39
IB GIS Hamburg	40
Döpfer Schulen Schwandorf	41
Fachakademie Gesundheitswesen Hannover	42
Akademie für Rehabilitationsberufe Hannover	43
Arbeiterwohlfahrt Ennepe Ruhr Schule für Logopädie Hattingen	44
SRH Fachschulen Heidelberg	45
SRH Berufliche Rehabilitation Heidelberg	46
Schule für Logopädie Hamburg	47
Prof. König und Leiser Schulen für Ergotherapie und Logopädie Kaiserslautern	48
IBAF Martinshaus Rendsburg	49
Döpfer Schulen Schwandorf	50
IB GIS Berlin	51
Erste europäische Schule für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie Kreischa / Sachsen	52
Bernd Blindau Schulen Leipzig	53
IWK Institut Delmenhorst	55
IB GIS Mannheim	55

Staatliche Berufsfachschule für Logopädie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München	56
IB GIS München	57
GFEB medizinale Schulen München	58
Döpfer Schulen München	59
MBA Bildungs-Akademie Naumburg	60
Sprachheilzentrum Oldenburg	61
Sprachheilzentrum Oldenburg	61
DAA Osnabrück	62
Staatlich anerkannte Berufsfachschule Plauen	63
IWK Potsdam-Brandenburg	64
Bernd Blindau Schulen Ravensburg	65
IB GIS Reichenau	66
Bildungszentrum für Soziales, Gesundheit und Wirtschaft Reichenbach	67
REHA Med Lehranstalt für Logopädie Rheine	68
DAA Rheine	69
Zentrum für Gesundheitsberufe Saarbrücken	70
SWS Schwerin	71
Private Berufsfachschule für Logopädie Straubing	72
IB GIS Stuttgart	73
Euro medizinales Kolleg Staatlich anerkannte Berufsfachschule Stuttgart	74
Bildungszentrum Stuttgart	75
Private Fachschule für Wirtschaft und Soziales Suhl / Thüringen	76
Euro medizinale Kolleg Staatlich anerkannte Berufsfachschule Trier	77
IB GIS Trier	78
IB GIS Tübingen	79
Diakonisches Institut für soziale Berufe Weingarten	80
Staatlich anerkannte Berufsfachschule für Logopädie Würzburg	81
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie Erlangen	82
Lippe Institut Fachschule für Logopädie Bad Lippspringe	83
IB GIS Aschaffenburg	84
ESB Bad Neustadt	85
IB GIS Baden-Baden	86

IB GIS Medizinische Akademie Berlin	87
BEST – Sabel Bildungszentrum Berlin	88
Deutsche Angestellten Akademie Bielefeld (DAA)	89
Die Schule für Berufe mit Zukunft Bochum	90
Wirtschafts,- und Sozialakademie Bremen	91
EWS Rostock	92
University of Mississippi USA	93
FH Gera	94
keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

6. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Staatl. Lehranstalt für Logopädie Aachen	1
Staatl. Schule für Logopädie Marburg	2
Akademie für Gesundheitsberufe Ulm – Wiblingen	3
Lehranstalt für Logopädie Münster	4
Logopädielehranstalt Göttingen	5
Berufliche Schule der med. Fakultät der Ernst	6
Moritz Arndt Universität Greifswald	7
Medizinische Hochschule Hannover	8
Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Halle	9
Lehranstalt für Logopädie Mainz	10
Staatl. Berufsfachschule für Logopädie Regensburg	11
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie München	12
Staatlich anerkannte Schule für Logopäden Tübingen	13
Carte / Charité Gesundheitsakademie Berlin	14
Berufsfachschule für Logopädie Ingolstadt	15
Staatlich Berufsbildende Schule für Gesundheit und Soziales Jena	16

Staatlich anerkannte Schule für Logopädie Essen	17
Berufsfachschule für Logopädie Augsburg	18
Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg	19
IFBE Schule für Berufe mit Zukunft, Chemnitz	20
Staatlich anerkannte Schule für Logopädie Chemnitz	21
Medau Schule Staatlich anerkannte Berufsfachschule für Physiotherapie und Logopädie Coburg	22
IFBE Schule Berlin	23
Freseniussschule Darmstadt	24
Schule für Logopädie am katholischem Klinikum Koblenz	25
Berufsfachschule für Logopädie Kassel	26
Berufsfachschule für Logopädie des evangelischen Krankenhauses Alsterdorf im Werner Otto Institut (WOI) Hamburg	27
BFW Zentrum für Gesundheitsberufe Dortmund	28
DPFA Schulen Dresden	29
Malteser Krankenhaus St. Anna GmbH Schule für Logopädie	30
Düsseldorfer Akademie Fachzentrum der Logopädie Düsseldorf	31
IFBE Erfurt / Mühlhau	32
IFBE Erfurt	33
Berufliche Fortbildungszentren Erlangen	34
Universitätsklinikum Essen	35
IB GIS Freiburg	36
Bernd Blindau Schulen Bückeburg	37
Medau & Hendriks Gießen	38
MAH Hamburg	39
IB GIS Hamburg	40
Döpfer Schulen Schwandorf	41
Fachakademie Gesundheitswesen Hannover	42
Akademie für Rehabilitationsberufe Hannover	43
Arbeiterwohlfahrt Ennepe Ruhr Schule für Logopädie Hattingen	44
SRH Fachschulen Heidelberg	45
SRH Berufliche Rehabilitation Heidelberg	46
Schule für Logopädie Hamburg	47
Prof. König und Leiser Schulen für Ergotherapie und Logopädie	48

Kaiserslautern	
IBAF Martinshaus Rendsburg	49
Döpfer Schulen Schwandorf	50
IB GIS Berlin	51
Erste europäische Schule für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie Kreischa / Sachsen	52
Bernd Blindau Schulen Leipzig	53
IWK Institut Delmenhorst	54
IB GIS Mannheim	55
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie am Klinikum der Ludwig- Maximilians-Universität München	56
IB GIS München	57
GFEB medizinale Schulen München	58
Döpfer Schulen München	59
MBA Bildungs-Akademie Naumburg	60
Sprachheilzentrum Oldenburg	61
DAA Osnabrück	62
Staatlich anerkannte Berufsfachschule Plauen	63
IWK Potsdam-Brandenburg	64
Bernd Blindau Schulen Ravensburg	65
IB GIS Reichenau	66
Bildungszentrum für Soziales, Gesundheit und Wirtschaft Reichenbach	67
REHA Med Lehranstalt für Logopädie Rheine	68
DAA Rheine	69
Zentrum für Gesundheitsberufe Saarbrücken	70
SWS Schwerin	71
Private Berufsfachschule für Logopädie Straubing	72
IB GIS Stuttgart	73
Euro medizinales Kolleg Staatlich anerkannte Berufsfachschule Stuttgart	74
Bildungszentrum Stuttgart	75
Private Fachschule für Wirtschaft und Soziales Suhl / Thüringen	76
Euro medizinale Kolleg Staatlich anerkannte Berufsfachschule Trier	77
IB GIS Trier	78
IB GIS Tübingen	79

Diakonisches Institut für soziale Berufe Weingarten	<i>80</i>
Staatlich anerkannte Berufsfachschule für Logopädie Würzburg	<i>81</i>
Staatliche Berufsfachschule für Logopädie Erlangen	<i>82</i>
Lippe Institut Fachschule für Logopädie Bad Lippspringe	<i>83</i>
IB GIS Aschaffenburg	<i>84</i>
ESB Bad Neustadt	<i>85</i>
IB GIS Baden-Baden	<i>86</i>
IB GIS Medizinische Akademie Berlin	<i>87</i>
BEST – Sabel Bildungszentrum Berlin	<i>88</i>
Deutsche Angestellten Akademie Bielefeld (DAA)	<i>89</i>
Die Schule für Berufe mit Zukunft Bochum	<i>90</i>
Wirtschafts,- und Sozialakademie Bremen	<i>91</i>
Institution an: TH / RWTH Aachen	<i>92</i>
Hochschule für angewandte Wissenschaften Bamberg	<i>93</i>
FH Gera	<i>94</i>
MSH Hamburg	<i>95</i>
FH Idstein	<i>96</i>
FH Emden / Leer	<i>97</i>
FH Osnabrück	<i>98</i>
FH Hildesheim / Holzm./ Göttingen	<i>99</i>
HS Hildesheim / Holzm./ Göttingen	<i>100</i>
FH Arnstadt	<i>101</i>
FH Bad Soden Allendorf	<i>102</i>
FH Bochum	<i>103</i>
FH Brühl	<i>104</i>
FH Dresden	<i>105</i>
Erlangen	<i>106</i>
FH Hamburg	<i>107</i>
Universität Köln	<i>108</i>
Hogeschool Groningen	<i>109</i>
Hogeschool Rotterdam	<i>110</i>
Hogeschool Utrecht	<i>111</i>
Windesheim Locatie Zwolle	<i>112</i>
Fontys Hogescholen Eindhoven	<i>113</i>

Hanze Hogeschool Groningen	<i>114</i>
Hogeschool Zuyd Heerlen	<i>115</i>
Hogeschool Nijmegen	<i>116</i>
keine Antwort	<i>999</i>
Antwort nicht definierbar	<i>888</i>

7. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahlen
Keine Antwort	999

8. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahl- Jahreskategorie - (0-5) = 1 - (6-10) = 2 - (11-15) = 3 - (16-20) = 4 - (21-25) = 5 - (26-30) = 6 - (31-35) = 7 - (36-40) = 8 - (41-45) = 9 - (46-50) = 10

Keine Antwort	999
----------------------	-----

9. Frage- Fragenblock C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999

10. Frage- Fragenblock- C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

11. Frage-Fragenblock C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Bücher	1
Zeitschriften	2
Internet	3
Fortbildungen	4
Weiteres	5
keine Antwort	999

Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>
---	----------

12. Frage- Fragenblock- C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
keine Antwort	<i>999</i>
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>
Antwort nicht definierbar	<i>888</i>

13. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
keine Antwort	<i>999</i>
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>
Antwort nicht definierbar	<i>888</i>

14 Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	<i>1</i>
Nein	<i>2</i>

Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

15. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0
Antwort nicht definierbar	888

16. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

17. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999

Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>
---	----------

18. Frage- Fragenblock-C

<i>Antwort</i>	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	<i>999</i>
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>
Antwort nicht definierbar	<i>888</i>

19. Frage- Fragenblock-C

<i>Antwort</i>	Kodierung/ Auswertung
Ja	<i>1</i>
Nein	<i>2</i>
Keine Antwort	<i>999</i>
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>

20. Frage- Fragenblock-C

<i>Antwort</i>	Kodierung/ Auswertung
Ja	<i>1</i>
Nein	<i>2</i>
Keine Antwort	<i>999</i>
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	<i>0</i>

21. Frage- Fragenblock-C

<i>Antwort</i>	Kodierung/
----------------	-------------------

	Auswertung
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0
Antwort nicht definierbar	888

22. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

23. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

24. Frage- Fragenblock-C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0
Antwort nicht definierbar	888

25. Frage-Fragenblock- D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

26. Frage-Fragenblock- D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999

27. Frage-Fragenblock- D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

28. Frage-Fragenblock- D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

6) Enquete für die Musikhochschuldozenten (Printscreen)

Enquete Atemstütze (D) 16.12.

Sehr geehrte Musikhochschuldozenten und Musikhochschuldozentinnen,
die Angaben, welche Sie in der folgenden Enquete geben werden, werden
vertraulich behandelt und nicht an Außenstehende weitergeben.
Das Ausfüllen der Enquete wird voraussichtlich 10-15 Minuten dauern.
Wir danken Ihnen schon im Voraus für ihre Unterstützung.
Nicola Pugh & Riccarda Nobis

[Start Survey](#)

Free version  **ENQUETE**
Survey Solution

1. Geschlecht:

- ☐ weiblich
☐ maennlich

2. Alter:

	Jahre

3. In welcher Institution haben Sie ihr Studium zum Musikhochschuldozenten absolviert?
Bitte geben Sie hier auch den Namen und den Ort der Institution an.

Name der Institution:

Ort der Institution:

4. In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium zum Musikhochschuldozenten abgeschlossen?

Im Jahr:

5. Wie viele Jahre arbeiten Sie schon als Musikhochschuldozent?

	Jahre

6. Verwenden Sie die Atemstütze?

- ☐ Ja
☐ Nein. Wir danken Ihnen fuer die Bereitschaft bei unserer Umfrage teilzunehmen. Fahren Sie mit Frage 12 fort.

7. Was ist laut Ihnen die Atemstütze? (Definition):

Die Atemstütze ist...

--

8. Wo haben Sie diese Definition her? Es können mehrere Antworten angekreuzt werden.
Aus:

- ☐ Buechern ☐ Zeitschriften
☐ dem Internet ☐ Fortbildungen
☐ Weiteres

8.1 Wenn Sie genauere Quellenangaben der Definitionen kennen(Titel, Autor, Jahr der Veröffentlichung) schreiben Sie diese bitte in das folgende Textfeld.

9. Wie ist laut Ihnen die physiologische Vorgehensweise bei der Anwendung der Atemstütze? Anders formuliert: Was passiert physiologisch gesehen während der Anwendung der Atemstütze?

10. Verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Fahren Sie mit Frage 12 fort)

11. Mit welchem Ziel verwenden Sie die Atemstütze in den Schulungen der Gesangsstimme?

12. Im Falle, dass Sie die Atemstütze **nicht** verwenden (siehe Frage 6): Können Sie uns gegebenenfalls angeben, warum Sie die Atemstütze nicht verwenden?

13. In welchem Bundesland leben Sie?

14. Haben Sie Interesse daran die Resultate dieser Untersuchung zu erhalten?

- ☐ Ja
☐ Nein

15. Falls Sie Frage 13 mit "Ja" beantwortet haben, geben Sie bitte im folgenden Textfeld ihre e-mail adresse ein, an die die Resultate geschickt werden sollen.

Wichtige Anmerkungen, im Bezug auf die Atemstütze, welche Sie und mitteilen möchten, die jedoch nicht in dieser Enquete thematisiert wurden sind.

Wir danken herzlichst für Ihre Teilnahme!

7) Kodierung der Antworten zur Auswertung der Musikhochschul- dozenten-Enquete

1. Frage- Fragenblock A

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Weiblich	1
Männlich	2
Keine Antwort	999

2. Frage-Fragenblock A

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahl- Jahreskategorie Zahl - (20-25)= 1 - (26-30)= 2 - (31-35) = 3 - (36-40) = 4 - (41-45) = 5 - (46-50) = 6 - (51-55) = 7 - (56-60) = 8 - (61-65) = 9
Keine Antwort	999

3. Frage- Fragenblock B

Antworten	Kodierung/ Auswertung
Hochschule für Musik Berlin	1
Universität der Künste Berlin	2
Hochschule für Künste Bremen	3
Hochschule für Musik Detmold	4

Hochschule für Musik Dresden	5
Robert Schumann Hochschule Düsseldorf	6
Folkwang Universität Essen	7
Hochschule für Musik und darstellende Kunst Frankfurt am Main	8
Hochschule für Musik Freiburg	9
Hochschule für Musik und Theater Hamburg	10
Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover	11
Hochschule für Musik Karlsruhe	12
Hochschule für Musik und Tanz Köln	13
Hochschule für Musik und Tanz Aachen	14
Hochschule für Musik und Tanz Wuppertal	15
Hochschule für Musik und Theater Leipzig	16
Musikhochschule Lübeck	17
Hochschule für Musik und darstellende Kunst Mannheim	18
Hochschule für Musik und Theater München	19
Hochschule für Musik Nürnberg	20
Hochschule für Musik und Theater Rostock	21
Hochschule für Musik Saarbrücken	22
Musik und darstellende Kunst Stuttgart	23
Hochschule für Musik Trossingen	24
Hochschule für Musik Weimar	25
Hochschule für Musik Würzburg	26
Johannes Gutenberg Universität Mainz	27
Staatliche Hochschule Münster	28
Conservatorium voor lichte muziek Hilversum	29
Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien	30
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

4. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahlen

Keine Antwort	999

5. Frage- Fragenblock B

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Alter in Jahreszahlen	Jahreszahl- Jahreskategorie - (0-5) = 1 - (6-10) = 2 - (11-15) = 3 - (16-20) = 4 - (21-25) = 5 - (26-30) = 6 - (31-35) = 7 - (36-40) = 8 - (41-45) = 9 - (46-50) = 10
Keine Antwort	999

6. Frage- Fragenblock C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999

7. Frage- Fragenblock- C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

8. Frage-Fragenblock C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Bücher	1
Zeitschriften	2
Internet	3
Fortbildungen	4
Weiteres	5
keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0

9. Frage- Fragenblock- C

Antwort	Kodierung/ Auswertung
keine Antwort	999
Ich verwende die Atemstütze nicht, habe diese Frage aber trotzdem ausgefüllt	0
Antwort nicht definierbar	888

13. Frage- Fragenblock-D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

14 Frage- Fragenblock-D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Ja	1
Nein	2
Keine Antwort	999

15. Frage- Fragenblock-D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

16. Frage- Fragenblock-D

Antwort	Kodierung/ Auswertung
Keine Antwort	999
Antwort nicht definierbar	888

8) Weitere literarische Ausarbeitungen der Atemstütze

Der Ursprung der Atemstütze

Kia. R.A & Schulze-Schindler.R, 1999, s.43: „Der Motivationsgedanke der Gesangsmethodik Italiens lautet: Wer gut atmet singt gut! Lange Zeit galt die Stütze als das Markenzeichen einer gut ausgebildeten Singstimme. Sogar Schauspieler übten sich stützend in einem (manchmal etwas schneidend) überzeugenden Brustton. Schauspieler müssen gestützt sprechen, so meinte man, damit sie in den Theatern deutlich zu verstehen sind“

Seidner, W. & Wendler, J.1997, S.62: „Der Begriff „Appoggio“ stammt aus der italienischen Gesangspädagogik und wird meist mit der Atemstütze übersetzt. Die Italiener unterscheiden das „Appoggiare la voce in petto“ (Stützen der Stimme im Brustkorb) von einem „Appoggiarsi in testa“ (sich in den Kopf stützen“). Der letztgenannte Begriff wird in der Praxis wohl mehr für die Klangbildung in den Ansatzräumen („im Kopf“) verwendet, der erstgenannte bezieht sich stärker auf den Atmungsvorgang während des Sprechens“

Die Definition der Atemstütze

Experteninterview mit Schürmann, 2013: *„Die Summe aller Einatemkräfte, die dem Verströmen der Luft während der Phonation entgegen wirken. Die Definition von Coblenzer/Muhar spricht nicht von Einatem-Kräften, sondern nutzt nur die Kräfte; Ich halte die Erweiterung auf Einatemkräfte für notwendig, um eine Ventilwirkung im Vokaltrakt auszuschließen.“*

Experteninterview mit Kreutzer, 2013: *„Atemstütze bezeichnet das Erzeugen einer Luftsäule mit einem gewissen Luftdruck für die jeweilige Tonhöhe.“*

Kreutzer, 2009, S.60: *„Mit „Atemstütze“ ist das Erzeugen einer Luftsäule mit einem gewissen Luftdruck für den jeweiligen zu produzierenden Ton gemeint“*

Luchsinger A, (1970, S. 16) zitiert nach Nadoleczny, unbekannt: *„Wichtig ist für den Sänger bei einer Höchstleistung die Atemstütze. Diese allein leitet eine gesangshygienische und ästhetische Atemregulierung, wobei durch eine bewusste Verlangsamung der Ausatmung, unter Kontrolle des Muskelempfindens und des Drucksinns, das Stützen der Tongebung erreicht wird“*

Coblenzer, 2002: *„Es ist wichtig, dass bei der Phonation eine Inspirationstendenz vorherrscht. Natürlich kommt es zu einer gewissen Expirationstendenz, diese darf aber nie das Übergewicht über die Einatemkräfte bekommen.“*

Böhme, 1980: *„Eine rhythmische Automatie gleichmäßigen Wechsels von Spannungs- und Entlastungsphasen-mit dem Lachvorgang vergleichbar -,der die Stimme zu höchster Leistung befähigt. Dies sei eine dem Willensimpuls zugängliche Eigenbewegung des Zwerchfells, und jeder auf dem rhythmischen (aus dem Zwerchfell federnden) Atem schwingende Ton sei gestützt.“*

Kia. R.A & Schulze-Schindler.R, 1999: *„Man spricht von gut gestützter Stimme und meint damit eine laute, durchdringende, leicht dramatisch klingende Stimme“*

Brügge & Mohs, 1994: *„Die Atemstütze ist das Ergebnis der Koordination guter Atem- und Stimmtechnik und kein isolierter Atemvorgang“*

Habermann, (1986. S.120) zitiert nach Habermann,: *„Stütze ist der Halt, den die Einatemmuskulatur dem Zusammensinken des Atembehälters entgegensetzt. Die Stütze dient dazu, den zur Phonation notwendigen subglottischen Druck auf den kritischen Druck (optimaler Betriebsdruck) zu reduzieren.“*

Friedrich et al., 2003: *„Das aktive Führen der Ausatmung wird als Atemstütze (Appoggio) bezeichnet. Sie ist derjenige Halt, den die Einatemmuskulatur dem Zusammensinken des Atembehälters entgegensetzt, um eine optimale Dosierung der Luftabgabe zu erzielen“*

Quelle unbekannt: *„Die Summe aller Kräfte die dem Ausströmen der Luft während der Phonation entgegenwirken, ergibt das Appoggio.“*

Priwitzer, Jahreszahl nicht bekannt S. 2: *„Atemstütze (ital.: Appoggio) bezeichnet beim Gesang oder beim Sprechen eines Blasinstruments die gesteuerte Atemtechnik. Der Begriff wird sehr unterschiedlich verstanden, da die unterschiedlichen Musikinstrumente und die menschliche Stimme verschiedene Atemtechniken erfordern. Generell handelt es sich jedoch immer um eine bewusst muskulär geführte Ausatemungstechnik, die letztlich dazu führt, dass der Ton in der gewünschten Art erklingt. Bei der Atemstütze werden in der Regel mehr Muskelgruppen (Bauch-, Brust und Rückenmuskulatur) aktiv betätigt als bei der normalen Atmung, die Atmung erfolgt intensiver.“*

Feil, 2012: *„Die Inspirationsspannung in der Einatemmuskulatur (bes. des Zwerchfells) wird während der Ausatmung (= Sprechen) noch beibehalten und nur langsam nachgelassen. Dadurch wird der Luftstrom besser dosiert und die zur Verfügung stehende Luft langsamer Abgegeben -> ökonomische Form der Ausatemungsverlängerung“*

Klingholz, F. 2000: *„Koordinierte Einstellung von Atem und Stimmorgan für eine optimale Stimmerzeugung.“*

Die physiologische Vorgehensweise bei der Anwendung der Atemstütze während des Sprechens

Im Folgenden werden Textauszüge relevanter Literatur zusammengefasst:

Kreutzer ,R. (1996, S.24) : *„Jedes Anspannen ist ein Verspannen! Unmittelbar vor und nach einer musikalischen Aktivität müssen alle Muskeln absolut locker sein.“*

Spiecker- Henke, 1997: *„Um eine Phonation zu Stande bringen zu können, wird ein subglottischer Druck benötigt. Wesentlich bei der Regulation des subglottischen Drucks sind die Bauchmuskeln im antagonistischen Zusammenspiel mit dem Zwerchfell und den inspiratorischen Rippenhebern. Um den subglottischen Druck also zu Stande zu bringen und bei zuhalten ist es nötig zu Beginn der phonatorischen Expiration eine gleichzeitige inspiratorische Aktivität auszulösen, die eine Art Gegengewicht zu den expiratorischen Kräften darstellt. Hierbei sind auch die passiven Rückstellkräfte von Lunge, Gewicht des Brustkorbes und Torsionskräften der Rippenknorpel mit eingeschlossen. Die inspiratorischen Kräfte bewirken ein Weitungsempfinden im Brust,- und Bauchraum, sowie im Kehlräum und Ansatzrohr. Aus diesen aufeinander abgestimmten inspiratorischen und expiratorischen Kräften mit geringem Überwiegen der expiratorischen Tendenzen wird ein optimales Verhältnis von subglottischem Druck, Stimmlippenspannung, Stimmeinsatz sowie ökonomischen Luftverbrauch hergestellt. Dies bezeichnet man dann auch als „Stütze“.“*

Böhme, 1980: Während der Atemstütze findet laut Böhme eine inspiratorische Gegenspannung statt. Die Bewegung der Expiration wird somit ausgeglichen.

Kia & Schulze- Schindler, 1999: Die inspiratorische Tendenz wird laut Kia & Schulze- Schindler beibehalten. Die Phonation mithilfe der Atemstütze geschieht dabei mithilfe einer aktiven Dehnung des Brustkorbes während der Expiration.

Brügge & Mohs, 1994: Die expiratorischen und inspiratorischen Kräfte müssen bei der Atemstütze ausgeglichen sein. Somit kann die kleinst nötige Luftabgabe gewährleistet werden.

Luchsinger A. 1970: Luchsinger beruft sich darauf, dass das Hauptprinzip der Atemstütze aus einem Zusammenspiel der antagonistischen Muskelgruppen besteht. (Ein und Ausatmungs-

Anhang

muskulatur)

Die Aktivität während der Einatmung:

Die Lunge wird vor der Tongebung „aufgeladen“.

Während der Phonation:

Es wird ein kinästhetischer Vorgang aufgebaut. Das Spannungsverhältnis der Muskeln verändert sich qua Intensität und Reihenfolge.

Bei der höchsten Spannung kann man die Muskelkontraktion visuell wahrnehmen. Die leichten Spannungen sind nur noch vom Sänger wahr zu nehmen.

Zur näheren physischen Beschreibung beruft er sich auf R. Schilling

„Das Zwerchfell verharret, nach dem Beginn der Stimmgebung in der Einatemstellung, während der gehobene Brustkorb sich langsam senkt (Zwerchfellstütze)“

Rosales, M. (Jahreszahl unbekannt, S. 6) : *„Physiologisch bedeutet dies, dass das Zwerchfell, durch Kontraktion und Zusammenschaltung der an der Atmung beteiligten Hilfsmuskulatur, in seiner relativen Tiefstellung verharret und sich, anders als dies während der normalen Ruhe-atmung der Fall ist, erst wesentlich später wieder nach oben bewegt.“*

Gallenmüller, E. (2004 , S. 109) : *„Bei der sog. Stütze wird quasie versucht, die Tiefstellung (Einatemstellung) des Zwerchfells beizubehalten, obwohl Töne geblasen werden. Dabei spannt sich der Bauchmuskelschlauch an und leistet dem Zwerchfell Widerstand.“*

Seidner & Wendler, (1997), S.63: *„Die Regulierung des Atemvorgangs erfolgt durch ein differenziertes –wechselspiel zwischen dem Zwerchfell, das auch nach vollzogener Inspirationsbewegung die Tendenz zur Einatmung beibehält, und der Bauchwandmuskulatur, die bei Kontraktion die Inspirationstendenz des Zwerchfells überwindet und die Ausatmung steuert. Das Zwerchfell bewegt sich dann langsam aufwärts und geht in die Ausatemstellung zurück“*