



Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie: Ergebnisse einer Fragebogenerhebung zu
Angeboten für Schüler mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen

Abschlussarbeit zur Erlangung des
Master of Arts
im Fach Sprachtherapie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Kerstin Meßmer

aus
86568 Hollenbach

im
Mai 2013

Erschienen in der epub- Reihe „Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie“
Herausgegeben von Prof. Dr. M. Grohnfeldt und Dr. K. Reber

Erster Gutachter: Dr. Karin Reber
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Zusammenfassung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland am 26.03.2009 sowie dem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011 wird verstärkt eine inklusive Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf angestrebt. Folglich werden auch Schülerinnen mit Sprachbehinderungen nicht mehr in erster Linie in Förderschulen unterrichtet, was zu einer Schwerpunktverlagerung der Fördermaßnahmen in den außerschulischen Bereich führt. Diese Entwicklung erfordert Umstrukturierungen der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung in Deutschland. In diesem Zusammenhang unterstreicht bereits die Veränderung der Heilmittelrichtlinien am 01.07.2011 zunehmend die sprachtherapeutische Tätigkeit in pädagogischen Einrichtungen.

Anknüpfend an diese aktuellen Entwicklungen lautete die dieser Masterarbeit zugrunde liegende Forschungsfrage, welche sprachtherapeutischen und logopädischen Angebote derzeit für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen zur Verfügung stehen. Dies wurde anhand einer Fragebogenerhebung innerhalb des *Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)* sowie des *Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (dbl)* untersucht. Im Zentrum des konzipierten Fragebogens standen Fragestellungen zu den Themenkomplexen *Klientel, Formen der Kooperation, Sprachtherapie, Intervention direkt im Klassenzimmer* sowie *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*. Die Erhebung bildete einen Teilbereich des internationalen Forschungsprojekts „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“.

Insgesamt nahmen 244 Personen an der Befragung teil. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sprachtherapeutische und logopädische Angebote für sprachbehinderte Schülerinnen derzeit zum Großteil dem Modell der isolierten Sprachtherapie entsprechen. Somit besteht in der Regel keine beziehungsweise lediglich eine geringe räumliche, zeitliche und inhaltliche Verbindung zum Unterricht. Angebote direkt in den Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer sind bisher wesentlich weniger verbreitet. Sofern sprachtherapeutische Fachkräfte im Klassenraum tätig sind, führen sie überwiegend Interventionen durch, welche auf die allgemeine Sprachförderung abzielen. Dabei werden vor allem das Unterrichtsfach *Deutsch* und offene Unterrichtphasen zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer genutzt. Anknüpfungspunkte für eine Vernetzung schulischer und sprachtherapeutischer Lernziele bietet primär die Behandlung von Schriftspracherwerbsstörungen und kommunikativ-pragmatischen Auffälligkeiten.

Darüber hinaus wiesen die Ergebnisse auf eine hohe Zufriedenheit von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit ihrer beruflichen und fachlichen Situation hin.

Abstract

In accordance with the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Germany in 2009 and the 2011 guidelines of the Standing Conference of the Ministers of Education and Cultural Affairs of the Länder in the Federal Republic of Germany it is increasingly common for children and youth with special educational needs to attend mainstream schools. Hence, students with special language and communication needs do not primarily attend special schools anymore which is why language intervention is shifted to non-school contexts. The aforementioned development requires a reorganisation of speech and language therapy services in Germany. In this context, recent modifications of the guidelines for speech and language therapy services expressly underline the possibility of school-based service delivery.

Based on these developments this master thesis aims to gather information about the types of speech and language therapy services currently available for children and youth with special language and communication needs in German schools. Therefore a questionnaire survey was conducted among members of the *German Association of Academic Speech-Language therapists* (*Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.*) and the *German Association of Logopedics* (*Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.*). The questionnaire contained questions that covered the following topics: *clients, forms of cooperation, speech and language therapy, intervention in the classroom, overall evaluation of the labour situation*. The survey was a part of the international research project “Inclusion and speech and language therapy/logopedics/special education – language intervention for children and youth with special language and communication needs in schools”.

On the whole 244 therapists participated in the survey. The findings revealed that speech and language therapy services for students with special language and communication needs are predominantly provided via a pull-out model. Thus, speech and language therapy and education are usually separated in terms of time, location and content. Speech and language therapy services in the school setting and in the classroom are far less prevalent. Speech and language therapists working in the classroom are mainly responsible for general language support. In this context, German lessons and station teaching are primarily used for the incorporation of elements of speech and language therapy into the classroom. Furthermore, the treatment of reading and writing difficulties and pragmatic language impairment is considered to be most suitable for creating interconnections between the objectives of education and speech and language therapy.

Besides, the results displayed a high degree of job satisfaction among the speech and language therapists.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Einleitung	1
A	Theoretische Grundlagen	3
2	Rechtliche Rahmenbedingungen zur schulischen und außerschulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen	3
2.1	Internationale Ebene	3
2.2	Situation in Deutschland	6
3	Schulische Förderorte für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Deutschland	9
3.1	Historische Entwicklung: Die Sprachheilschule als spezielle Beschulungsform	9
3.2	Aktuelle Modelle der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen	11
4	Konzepte der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung in schulischen Settings	14
4.1	Direkte Modelle der Leistungserbringung	14
4.2	Indirekte Modelle der Leistungserbringung	16
5	Praktische Aspekte der Verbindung von Unterricht und Sprachtherapie	19
5.1	Stellenwert der Kooperation von Lehrerin und Sprachtherapeutin	19
5.2	Verbindung von Unterricht und isolierter Sprachtherapie	23
5.3	Sprachtherapeutische Intervention direkt im Klassenzimmer	24
5.3.1	Gemeinsames Unterrichten von Lehrerin und Sprachtherapeutin	24
5.3.2	Integration sprachtherapeutischer Elemente in den Unterricht	26
6	Effektivität verschiedener Fördermaßnahmen für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen	30
6.1	Art der Beschulung	30
6.2	Modelle der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung	32
7	Die Situation in den USA als internationale Vergleichsperspektive	36
7.1	Der Response to Intervention-Ansatz (RTI) als schulorganisatorischer Rahmen	36
7.2	Schulische Settings als klassisches Arbeitsgebiet von Sprachtherapeutinnen in den USA	38
B	Empirie - Forschungsprojekt	43
8	Gesamtforschungsprojekt: Inklusion und Sprachtherapie/ Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen	43
8.1	Fragestellungen des Gesamtforschungsprojekts	43
8.2	Forschungsmethodik und -design	44
8.3	Struktur des Fragebogens	48

8.3.1	Allgemeine Bemerkungen	48
8.3.2	Persönliche Angaben	50
8.3.3	Themenkomplex <i>Klientel</i>	52
8.3.4	Themenkomplex <i>Formen der Kooperation</i>	53
8.3.5	Themenkomplex <i>Sprachtherapie</i>	55
8.3.6	Themenkomplex <i>Intervention direkt im Klassenzimmer</i>	58
8.3.7	Themenkomplex <i>Gesamtbewertung der Arbeitssituation</i>	60
8.3.8	Modelle der Leistungserbringung	62
9	Empirische Erhebung: Schwerpunkt Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland	64
9.1	Fragestellungen	64
9.2	Stichprobenziehung und Durchführung der Fragebogenerhebung	67
C	Empirie - Ergebnisdarstellung	70
10	Ergebnisse	70
10.1	Allgemeine Bemerkungen	70
10.2	Deskriptive Datenanalyse	71
10.2.1	Stichprobenbeschreibung	71
10.2.2	Themenkomplex <i>Klientel</i>	76
10.2.3	Themenkomplex <i>Formen der Kooperation</i>	77
10.2.4	Themenkomplex <i>Sprachtherapie</i>	81
10.2.5	Themenkomplex <i>Intervention direkt im Klassenzimmer</i>	85
10.2.6	Themenkomplex <i>Gesamtbewertung der Arbeitssituation</i>	91
10.2.7	Modelle der Leistungserbringung	94
10.3	Inferenzstatistische Datenanalyse	99
10.3.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	99
10.3.2	Formen der Kooperation	103
10.3.3	Berufspolitische Aspekte	106
D	Verknüpfung: Theoretische Grundlagen - Empirie	108
11	Diskussion	108
11.1	Interpretation der Ergebnisse	108
11.1.1	Bemerkungen zur Stichprobe	108
11.1.2	Themenkomplex <i>Klientel</i>	109
11.1.3	Themenkomplex <i>Formen der Kooperation</i>	110
11.1.4	Themenkomplex <i>Sprachtherapie</i>	112
11.1.5	Themenkomplex <i>Intervention direkt im Klassenzimmer</i>	114
11.1.6	Themenkomplex <i>Gesamtbewertung der Arbeitssituation</i>	117
11.1.7	Bemerkungen zu den Ergebnissen der inferenzstatistischen Datenanalyse	118

11.2	Schlussfolgerungen und Implikationen	121
12	Fazit und Ausblick	125
	Literaturverzeichnis	127
	Abbildungsverzeichnis	139
	Tabellenverzeichnis	141
	Anhang	143
	Anhang A: Teilnahmeaufruf an die Verbandsmitglieder des dbl/dbs	
	Anhang B: Fragebogen zum Thema „Inklusion und Sprachtherapie/ Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“ (Papierversion)	
	Anhang C: Von den Befragten genannte Argumente, die für unterschiedliche Modelle der Leistungserbringung sprechen/Freie Kommentare	
	Anhang D: Ergebnisse der inferenzstatistischen Datenanalyse	

1 Einleitung

„Es ist normal, verschieden zu sein.“

(Richard von Weizsäcker¹)

Jener Ausspruch des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker wird häufig im Zusammenhang mit einer gesellschaftlichen Zielsetzung zitiert, die mit dem Schlagwort *Inklusion* bezeichnet wird. Diese ist auf die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen Lebensbereichen ausgerichtet (Flieger & Schönwiese 2011). Auch in Deutschland wird auf bildungspolitischer Ebene im Rahmen der Inklusionsbewegung zunehmend der gemeinsame Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf angestrebt – wie durch die *UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, welche in Deutschland am 26.03.2009 ratifiziert wurde, sowie den *Beschluss der Kultusministerkonferenz* vom 20.10.2011 gefordert (Vereinte Nationen 2008; Kultusministerkonferenz (KMK) 2011). Dies betrifft auch Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen, die aufgrund ihrer Defizite in den Bereichen *Sprache, Sprechen* und *Kommunikation* spezifische Barrieren in Bezug auf die gleichberechtigte Partizipation am Bildungswesen erfahren (Glück 2010). Die Tatsache, dass dem Förderbedarf von Schülerinnen² mit Sprachstörungen nicht mehr in erster Linie in spezialisierten Bildungseinrichtungen Rechnung getragen wird, führt zu einer Schwerpunktverlagerung der Fördermaßnahmen in den außerschulischen Bereich. Dies wiederum wirkt sich auf die Berufsgruppen der Logopädinnen und akademischen Sprachtherapeutinnen aus, welche in Deutschland primär für die Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen verantwortlich sind. Diese Entwicklung sowie die steigende Tendenz zu Ganztagsschulen erfordern Umstrukturierungen der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung. Zudem stellt nach den Forderungen der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF), den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Erhöhung der Teilhabemöglichkeiten – wie etwa die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im schulischen Alltag - das primäre Ziel einer jeden sprachtherapeutischen Intervention dar (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005). Daher ist eine stärkere Verbindung von Unterricht und Therapie bei Schülerinnen mit Sprachbehinderungen anzustreben. In diesem Zusammenhang ermöglicht bereits die Veränderung der Heilmittelrichtlinien am 01.07.2011 unter bestimmten Voraussetzungen

¹ Ansprache bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft *Hilfe für Behinderte*, 1. Juli 1993, Gustav-Heinemann-Haus in Bonn. URL: <http://www.imew.de/index.php?id=318>. (Aufruf am 18.12.2012)

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifisch differenzierende Formulierungen verzichtet. Die verwendete weibliche Form gilt im Sinne der Gleichberechtigung für Frauen wie Männer gleichermaßen.

eine sprachtherapeutische beziehungsweise logopädische Behandlung in pädagogischen Einrichtungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Anknüpfend an diese aktuellen Entwicklungen lautet die dieser Masterarbeit zugrunde liegende Forschungsfrage, welche sprachtherapeutischen und logopädischen Angebote nach derzeitigem Stand in Deutschland für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in verschiedenen pädagogischen Institutionen zur Verfügung stehen. Dies soll anhand einer Fragebogenerhebung innerhalb des *Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)* sowie des *Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (dbl)* evaluiert werden. Schwerpunktmäßig werden dabei Fragestellungen zu den Themenkomplexen *Klientel*, *Formen der Kooperation*, *Sprachtherapie*, *Intervention direkt im Klassenzimmer* sowie *Gesamtbewertung der Arbeitssituation* aufgegriffen. Anhand der gewonnenen Daten soll die Versorgungssituation schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher mit Sprachstörungen in Deutschland dargestellt werden.

Bevor jedoch detailliert auf die Fragebogenerhebung und deren Ergebnisse eingegangen wird, sollen im theoretischen Teil dieser Arbeit rechtliche Rahmenbedingungen für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen sowie schulische Förderorte vorgestellt werden. Als theoretische Grundlage für die Fragebogenerhebung werden weiterhin verschiedene Konzepte der sprachtherapeutischen und logopädischen Leistungserbringung in Theorie und Praxis diskutiert, bevor empirische Erkenntnisse zu deren Effektivität dargelegt werden. Zudem soll die internationale Perspektive am Beispiel der Situation in den USA einbezogen werden, da hier bereits langjährige Erfahrungen zur Verknüpfung von Inklusion und Sprachtherapie vorliegen und die Arbeitssituation von Sprachtherapeutinnen im schulischen Kontext regelmäßig erfasst wird.

Eingeleitet wird der empirische Teil dieser Arbeit durch die Vorstellung des Gesamtforschungsprojekts, in dessen Rahmen die Fragebogenerhebung erfolgte. Hierzu werden zunächst die Fragestellungen erläutert, welche der Fragebogenkonstruktion zugrunde lagen. Daraufhin werden der Konstruktionsprozess sowie die Struktur des Fragebogens beschrieben. Einen Schwerpunkt dieser Arbeit bildet die sich anschließende deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der gewonnenen Daten. Die Ergebnisse werden im Anschluss in der Diskussion interpretiert und kritisch hinterfragt, wobei auch Bezüge zu bisherigen Studienergebnissen hergestellt werden. Abschließend werden in Fazit und Ausblick die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst sowie Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsgebiete aufgezeigt.

Da der im Rahmen dieser Arbeit verwendete Fragebogen eine sehr komplexe Struktur aufwies und die Ergebnisse der Erhebung anhand von Grafiken und Tabellen anschaulich dargestellt werden sollten, geht die Arbeit etwas über den üblichen Umfang hinaus.

A Theoretische Grundlagen

2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur schulischen und außerschulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen

Um die in Deutschland institutionalisierten Angebote für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen erfassen und einordnen zu können, ist es nötig, zuerst deren rechtliche Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen. Daher sollen im Folgenden einige zentrale gesetzliche Grundlagen dargestellt werden, die wesentlichen Einfluss auf Bildung, Erziehung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Sprachstörungen haben.

2.1 Internationale Ebene

Zuerst sollen hierzu einige international gültige Richtlinien fokussiert werden:

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* vom 13.12.2006, kurz auch als *UN-Behindertenrechtskonvention* bezeichnet, welches in Deutschland am 26.03.2009 ratifiziert wurde. Mit diesem völkerrechtlichen Vertrag wird das Ziel verfolgt, Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (Vereinte Nationen 2008). Damit einher geht ein Paradigmenwechsel, der mit dem Begriff *Inklusion* bezeichnet und als Menschenrecht verstanden wird. Etymologisch geht der Terminus *Inklusion* auf das lateinische Verb *includere* zurück, welches sich mit *aufnehmen* oder *einschließen* übersetzen lässt (Speck 2010). Die Bezeichnung *Integration*, welche bisher für die Eingliederung von Menschen mit Einschränkungen stand und primär auf einem medizinisch-defizitären Verständnis von Behinderung beruht, weicht nun einem sozialen Modell von Behinderung. Nicht mehr das vermeintliche Defizit eines Menschen, sondern gesellschaftliche Barrieren, welche die soziale Teilhabe erschweren, gilt es zu beheben (Flieger & Schönwiese 2011).

Im Kontext der institutionalisierten Bildung als integraler Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens wurde der Begriff *Inklusion* Mitte der neunziger Jahre eingeführt. Im Sinne einer Weiterentwicklung des *Integrationsprinzips* wird im Rahmen des *Inklusionskonzepts* auf eine Etikettierung von Schülerinnen mit besonderen Bedürfnissen verzichtet. Das gemeinsame Lernen von Heranwachsenden mit und ohne Behinderung wird als Regelfall verstanden. Während *Integration* eine Anpassung der Schülerinnen an das allgemeine Schulsystem voraussetzt, ist es im

Rahmen *inklusiver Bildung* Aufgabe des Schulwesens, durch individuell differenzierte Unterstützungsmaßnahmen eine bestmögliche schulische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zu gewährleisten (Heimlich 2011).

Diese Unterschiede in den Begrifflichkeiten werden durch folgende Abbildung veranschaulicht:

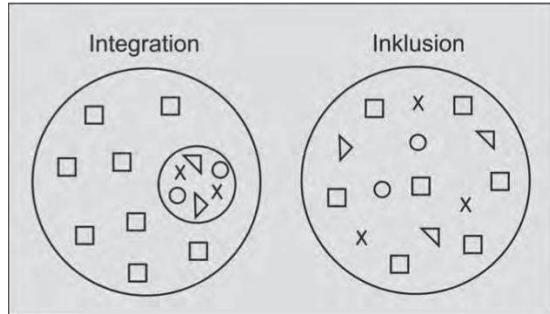


Abbildung 1: Von der Integration zur Inklusion: Abgrenzung der Begrifflichkeiten
(aus: URL: http://www.clubaktiv.de/images/16_inklusion.png)

Inklusion, auch im Kontext *Schule*, wird also von einem Menschenbild getragen, in dem Diversität und Heterogenität als Bereicherung geschätzt werden und die Individualität eines jeden Menschen im Mittelpunkt steht (Glück & Mußmann 2009).

Dieses inklusive Verständnis von Bildung spezifiziert die UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 24, indem sie unter anderem fordert, „Menschen mit Behinderung nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem“ (Vereinte Nationen 2008: Artikel 24, Absatz 2a) auszuschließen. Bildungspolitisches Ziel ist somit die Einführung eines umfassenden inklusiven Schulsystems (Vereinte Nationen 2008). Es werden jedoch keine konkreten Richtlinien für die praktische Umsetzung inklusiver Bildungsangebote genannt, womit es den einzelnen Staaten obliegt, individuelle Lösungen zu entwickeln. Deutschland hat sich durch die Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention ebenfalls der Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung – also auch Schülerinnen mit Förderbedarf im Bereich *Sprache* – in das allgemeine Schulsystem verpflichtet.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Eine weitere Rahmenbedingung für die Gestaltung der Förderung und Therapie von Schülerinnen mit sprachlichen Beeinträchtigungen stellt die im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* dar. Da diese mittlerweile die Grundlage für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in Deutschland bildet (Nüchtern 2005), ist sie von großer Bedeutung für die sprachtherapeutische und logopädische Leistungserbringung.

Die ICF basiert auf dem sogenannten *bio-psycho-sozialen Modell*, in dem die vielfältigen Wechselwirkungen der einzelnen Teilespekte von *Gesundheit* Beachtung finden:

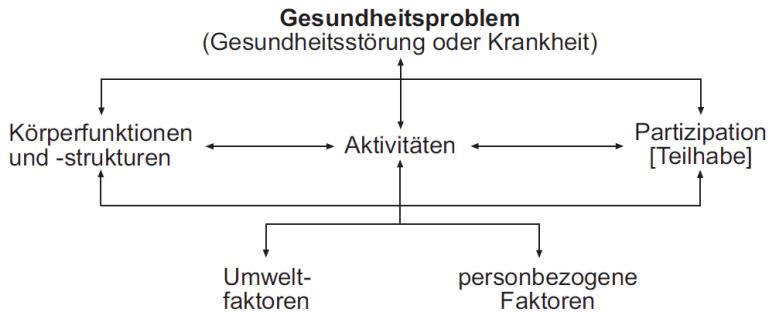


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (aus: DIMDI 2005:23)

Zentrales Charakteristikum hierbei ist das *Konzept der Funktionsfähigkeit*. Eine Person wird als funktional gesund eingestuft, wenn ihre physischen und psychischen Funktionen und Strukturen (z. B. Stimm- und Sprechfunktionen) mit denen eines Menschen ohne Gesundheitsproblem vergleichbar sind (*Ebene der Funktion und Struktur*), sie in alltäglichen Lebenssituationen wie ein gesunder Mensch agieren kann (*Ebene der Aktivität*) (z. B. Anwendung sprachlichen Wissens während des Lesens) und sie ihr soziales Leben auf allen Ebenen so gestalten kann, wie es einem Menschen ohne Beeinträchtigung möglich ist (*Ebene der Partizipation*) (z. B. adäquate Kommunikation in der Schule) (DIMDI 2005). Das Konzept von Behinderung wird somit – ähnlich wie im Rahmen der Inklusionsbewegung – nicht ausschließlich defizitorientiert auf Beeinträchtigungen von Körperfunktionen oder -strukturen reduziert, sondern umfasst auch Einschränkungen der Aktivität und Partizipation. Durch den Einbezug von Kontextfaktoren, die sich in Umweltfaktoren (z. B. Reaktion von Schulkameradinnen auf sprachliche Schwierigkeiten) und personenbezogene Faktoren (z. B. Motivation) aufgliedern, werden zudem individuelle Ressourcen und Fähigkeiten in den Fokus gerückt (Grötzbach & Iven 2009).

Diese ressourcenorientierte und idiographische Sichtweise der ICF hat Konsequenzen für die Planung und Durchführung sprachtherapeutischer Interventionen. So gilt es, Funktionsziele (z. B. die korrekte Artikulation eines Lautes) stets so zu wählen, dass eine verbesserte Partizipation im Alltag (z. B. höhere Verständlichkeit im Klassenzimmer) erreicht werden kann (Grötzbach & Iven 2009). Aus der Priorisierung von Aktivität und Teilhabe ergibt sich für die Förderung von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen die Fragestellung, wie eine Verknüpfung sprachtherapeutischer Maßnahmen mit dem Kontext *Schule* – einem der zentralen Lebensbereiche dieser Klientel – gelingen kann. Verschiedene Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten für eine derartige Verknüpfung werden in den Kapiteln 4 und 5 skizziert.

2.2 Situation in Deutschland

Neben den beschriebenen international gültigen Richtlinien ergaben sich in den letzten Jahren speziell in Deutschland weitere Veränderungen der Rahmenbedingungen zur Beschulung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen.

Ausbau inklusiver Bildungsangebote in Schulen

So ist im Bildungswesen die zunehmende Schaffung inklusiver Beschulungsmöglichkeiten zu beobachten. Während die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 1972 den Ausbau eines differenzierten Sonderschulwesens - mit Sprachheilschulen als festem Bestandteil - unterstützten, deutete sich durch den Beschluss der Kultusministerkonferenz von 1994 ein Paradigmenwechsel an (Bielfeld 2006). Der Fokus verlagerte sich von der Art der Institution auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder. Sonderschule und gemeinsamer Unterricht von Schülerinnen mit und ohne Behinderung wurden nun als gleichrangig und komplementär eingestuft (KMK 1994). Der Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011 geht noch einen Schritt weiter: In Anlehnung an das Inklusionsverständnis der UN-Behindertenrechtskonvention besteht das primäre Ziel darin, „die gemeinsame Bildung und Erziehung für Kinder und Jugendliche zu verwirklichen“ (KMK 2011:3). Die Rolle der Sonderpädagogik wird in erster Linie in der Beratung und Unterstützung zur Ausweitung inklusiver Bildungsmodelle gesehen und Förderschulen werden als „zeitlich befristete Bildungsangebote“ (KMK 2011:16) eingestuft. Als Maßnahmen der praktischen Umsetzung eines inklusiven Bildungssystems werden explizit die Individualisierung und Differenzierung der Lehrplaninhalte sowie die verstärkte Einbeziehung von Fachkräften unterschiedlicher – etwa therapeutischer oder sozialpädagogischer - Qualifikationen genannt (KMK 2011). Dies deutet darauf hin, dass in Zukunft auch die sprachtherapeutische beziehungsweise logopädische Leistungserbringung im schulischen Setting vorstellbar ist.

Pädagogische Institutionen als Orte der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung

Auch der Ausbau der Ganztagsbetreuung bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Situation von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen. Nach aktuellen Statistiken ist in den nächsten Jahren mindestens von einer Verdoppelung der Anzahl an Kindern auszugehen, die ganztägig eine pädagogische Einrichtung besuchen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009). Da die Heilmittelrichtlinien, welche in Deutschland die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie regeln, bisher im Rahmen des Regelfalls ausschließlich die Behandlung in zugelassenen Praxen oder in Form eines Hausbesuchs anerkennen, ergeben sich hieraus Konsequenzen für die sprachtherapeutische und logopädische Leistungserbringung:

So ist Sprachtherapie mit Schülerinnen, die ganztägig eine Bildungseinrichtung besuchen, nur noch zu späteren Tageszeiten möglich. Hierbei besteht jedoch das Risiko, dass Aufnahmefähigkeit und Motivation der Kinder und Jugendlichen bereits eingeschränkt sind, was sich nachteilig auf die Effektivität der therapeutischen Intervention auswirken kann (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) 2012b). Ein erster Schritt zur Öffnung des Bildungswesens für medizinisch-therapeutische Fachkräfte wurde im Jahr 2011 durch die Veränderung der Heilmittelrichtlinien unternommen, indem der Ort der Leistungserbringung auf pädagogische Institutionen ausgeweitet wurde. Bisher ist die Abrechnung von Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen außerhalb von Praxen jedoch nur in speziellen auf „Förderung ausgerichteten Tageseinrichtungen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: Paragraph 11, Absatz 2) möglich. Voraussetzung ist zudem, dass bei den betroffenen Kindern dauerhafte und schwerwiegende Beeinträchtigungen auf den – von der ICF beschriebenen - *Ebenen der Funktion und Struktur* sowie der *Aktivität* vorliegen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: Paragraph 11, Absatz 2).

Damit jedoch alle Schülerinnen, welche über eine Indikation für das Heilmittel *Sprachtherapie* verfügen, auch in einem zukünftigen inklusiven Schulsystem eine qualitativ und quantitativ adäquate sprachtherapeutische Versorgung erhalten, wären dezidierte Regelungen zur Tätigkeit in pädagogischen Institutionen - wie sie etwa der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. fordert (dbl 2012a) – wünschenswert. Auch die verstärkte Einbeziehung von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen in das Schulwesen – wie durch den Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011 angedeutet – wäre hilfreich.

Erschwert wird diese Entwicklung jedoch durch unterschiedliche Leistungs- und Kostenträger im Bildungs- und Gesundheitssektor (dbl 2012b). Während sprachtherapeutische beziehungsweise logopädische Interventionen als Krankenkassenleistung abgerechnet werden, sind schulische Mitarbeiter dem Bildungswesen untergeordnet.

Zudem gilt es zu bedenken, dass in Deutschland – einzigartig im internationalen Vergleich - die Berufsgruppe der Sprachheillehrerinnen existiert, die speziell für die Tätigkeit im schulischen Kontext ausgebildet ist. Nähere Informationen hierzu finden sich in Kapitel 5.1.

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 2

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen in Deutschland derzeit durch Veränderungen im Bildungs- und Gesundheitswesen im Wandel begriffen ist. So wird zunehmend inklusiver Unterricht angestrebt. Gleichzeitig werden teilhabeorientierte Ziele - wie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im Schulalltag – mehr und mehr zum Maßstab sprachtherapeutischer Interventionen.

Diese Entwicklungen münden in der Fragestellung, wie in Zukunft innerhalb eines inklusiven Schulsystems eine optimale Förderung für Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten aussehen kann. In diesem Zusammenhang zeigen sich bereits erste Tendenzen, schulische Settings als Orte sprachtherapeutischer Leistungserbringung zu etablieren.

Wie sich Sprachtherapie und Logopädie im Zuge der Inklusionsbewegung entwickeln und welche Angebote für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen zur Verfügung stehen, steht im Weiteren im Mittelpunkt dieser Arbeit.

→ Am Ende jedes Kapitels des Theorieteils sollen diejenigen Aspekte hervorgehoben werden, welche für die Operationalisierung der Variablen der im empirischen Teil vorgestellten Fragebogenerhebung relevant sind:

KAPITEL 2

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung:

Frage 20: Zusammenhang zwischen der Art der Therapieeinheit und dem Ort der Therapie
(Themenkomplex *Sprachtherapie*)

→ Hier erfolgte eine Klassifizierung der Therapieeinheiten nach den Komponenten der ICF:

Ebene der Funktion und Struktur

Ebene der Aktivität

Ebene der Partizipation

3 Schulische Förderorte für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Deutschland

Nachdem die rechtlichen Rahmenbedingungen für Bildung, Erziehung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen in Deutschland erläutert wurden, soll es in diesem Kapitel um traditionelle und aktuelle schulische Förderorte für jene Zielgruppe gehen.

Die Wahl der adäquaten Beschulungsform erweist sich gerade für Kinder mit sprachlichen Defiziten als wegweisende Entscheidung, da sprachlich-kommunikative Kompetenzen mehr noch als in vorschulischen Einrichtungen den Schlüssel zur erfolgreichen Eingliederung in diese sprachbetonte Umgebung darstellen. Dies beginnt auf der sozialen Ebene bei der Interaktion mit Gleichaltrigen. Des Weiteren korrelieren Schulerfolg und Bildungschancen eng mit sprachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Romonath 2001). Zudem steht mit dem Erwerb der Schriftsprache eine besondere Herausforderung bevor, weil Kinder mit Spracherwerbsstörungen eine Risikogruppe für die Entwicklung von Lese-Rechtschreibstörungen bilden (Dockrell & Lindsay 1998).

3.1 Historische Entwicklung: Die Sprachheilschule als spezielle Beschulungsform

Jahrzehntelang galt in Deutschland die Institution *Sprachheilschule*, welche 1910 gegründet wurde, als primärer schulischer Förderort für Kinder mit Sprachbehinderung und unauffälliger kognitiver Entwicklung (Grohnfeldt 2007). Im Rahmen dieser Förderschulart steht neben der Vermittlung curricularer Bildungsinhalte die therapeutische Behandlung der individuellen sprachlichen Problematik im Vordergrund. Mit der doppelten Aufgabe von Unterricht und Therapie geht jedoch die sogenannte *Dualismusproblematik* einher, also die Frage, wie eine sinnvolle Verknüpfung dieser beiden Domänen aussehen kann (Grohnfeldt 1987). In Kapitel 4 werden hierzu verschiedene Konzepte vorgestellt. Im Idealfall sollte ein komplementärer Bezug zwischen Unterricht und Therapie hergestellt werden, um Synergieeffekte zu erzeugen. Zudem soll im Sinne der Therapieimmanenz der Unterricht selbst therapeutisch wirksam werden (Dannenbauer 1998).

Die Sprachheilschule versteht sich klassischerweise als Durchgangsschule mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Rückschulung der Kinder und Jugendlichen in die Regelschule. Dies deckt sich mit der Annahme, dass eine Sprachbehinderung im Gegensatz zu vielen anderen Beeinträchtigungen aufgehoben oder zumindest kompensiert werden kann (Grohnfeldt 1990). Bezugnehmend auf die aktuellen Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der Kultusministerkonferenz stellt sich somit die Frage, ob nicht eine zeitlich befristete Beschulung in einer spezialisierten Institution als Maßnahme betrachtet werden kann, die dem langfristigen Ziel der gesellschaftlichen Partizipation dient (Sallat & Spreer 2011).

Die Sprachheilschule unterlag im Laufe der Jahrzehnte zahlreichen Veränderungen. Zum einen ist in diesem Zusammenhang der Strukturwandel der Schülerschaft zu nennen. Während in den ersten Jahrzehnten überwiegend Kinder mit Redeflussstörungen aufgenommen wurden, vergrößerte sich mit der Zeit der Anteil an Schülerinnen mit komplexen Sprachentwicklungsstörungen und zusätzlichen Auffälligkeiten in nichtsprachlichen Domänen, wie etwa Lernstörungen (Gieseke & Harbrucker 1991). Aus dieser zunehmenden Heterogenität der Schülerschaft resultierten veränderte Anforderungen an die Gestaltung von Unterricht und Therapie.

Auch bildungspolitische Bestimmungen blieben nicht ohne Folgen für die klassische Sprachheilschule. Während die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz 1972 – wie in Kapitel 2 angesprochen – zu einem starken Ausbau von Sprachheilschulen führten, resultierte der Beschluss der Kultusministerkonferenz von 1994 durch eine Abkehr von der Institutionsbezogenheit in einem Rückgang dieser Förderschulart. So verringerte sich die Gesamtzahl der Sprachheilschulen in Deutschland von zuvor 229 auf 179 (Bielfeld 2006).

Anschließend erfolgten in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedliche Entwicklungen. Während es in einigen Bundesländern – wie etwa in Bremen – zur vollständigen Auflösung von Sprachheilschulen kam, wurde in anderen – beispielsweise in Bayern – zunächst an dieser Förderschulart festgehalten. Allgemein zeigte sich jedoch die Tendenz, die störungsspezifischen Sprachheilschulen in störungsübergreifende Förderzentren mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten zu integrieren. Diese Förderzentren verstanden sich fortan als Kompetenz- und Beratungsstellen auch für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen. Neben der Beschulung und therapeutischen Unterstützung gewannen die Tätigkeit im Rahmen von ambulanten Diensten sowie die koordinierende Funktion bei der Umsetzung von inklusivem Unterricht an Gewicht (Bielfeld 2006).

Neben der Sprachheilschule als primärer Beschulungsmöglichkeit wurden jedoch auch vor 1994 Konzepte des gemeinsamen Unterrichts von Schülerinnen mit und ohne Sprachstörungen entwickelt und umgesetzt (z. B. Bonnie & Küster 1990). So stellte beispielsweise Buresch (1990) ein Modell vor, wonach Kinder mit und ohne Sprachauffälligkeiten gemeinsam von einer Regelschullehrerin sowie einer Sprachheillehrerin unterrichtet wurden (Buresch 1990). Diese Ansätze inklusiver Beschulung von Kindern mit Sprachbehinderungen wurden jedoch bundesweit sehr uneinheitlich umgesetzt und stellten in zahlreichen Bundesländern eher Ausnahmeerscheinungen dar.

Dies führte dazu, dass bis Mitte der Neunziger Jahre in erster Linie die Sprachheilschule Bildung und Sprachförderung von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen übernahm.

3.2 Aktuelle Modelle der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen

Nach diesem Rückblick auf die Geschichte der Sprachheilschule stellt sich die Frage, wie sich die Schulsituation von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in Deutschland aktuell darstellt.

Nach den derzeit gültigen Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zum Förderschwerpunkt *Sprache* ist „derjenige Förderort zu wählen, der auf bestmögliche Weise dem Förderbedarf dieser Kinder und Jugendlichen, ihrer Selbstfindung und Persönlichkeitsentwicklung gerecht wird und die schulische und gesellschaftliche Eingliederung sowie die Vorbereitung auf Beruf und Leben leisten kann“ (Drave et al. 2000:230). Die praktische Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt in den einzelnen Bundesländern jedoch sehr heterogen. Während einerseits die segregative Beschulung in Sprachheilschulen beziehungsweise Förderzentren beibehalten wird, gewinnen auf Grundlage der in Kapitel 2 dargestellten Bestimmungen inklusive Unterrichtsmodelle an Bedeutung (Sallat & Spreer 2011).

Im Schuljahr 2011/2012 wurden in Deutschland insgesamt 54.051 Schülerinnen mit Förderbedarf im Bereich *Sprache* unterrichtet, davon 18.725 Kinder und Jugendliche – und somit etwa ein Drittel - innerhalb allgemeiner Schulen. Die Mehrheit wurde also im letzten Schuljahr nicht inklusiv beschult. Während jedoch etwa in Schleswig-Holstein über 85 Prozent aller Kinder mit Sprachbehinderungen in der Regelschule unterrichtet wurden, wies beispielsweise Rheinland-Pfalz mit unter 15 Prozent eine relativ geringe Inklusionsquote für den Förderschwerpunkt *Sprache* auf. Über alle Förderschwerpunkte hinweg lag der Anteil aller Schülerinnen, die im Schuljahr 2011/2012 deutschlandweit in Regelschulen unterrichtet wurden, bei etwa einem Viertel (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2012a; Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2012b).

Da es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, dezidiert auf die Situation in den einzelnen Bundesländern einzugehen, soll exemplarisch anhand des Bundeslandes Bayern ein Überblick über aktuelle Beschulungsmöglichkeiten für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen gegeben werden (siehe nachstehende Tabelle 1). Derartige oder ähnliche Modelle finden sich jedoch deutschlandweit:

<i>Form der Beschulung</i>	<i>Charakteristika</i>
Schulen mit Förderschwerpunkt Sprache (selten)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung aus früheren Sprachheilschulen
Sonderpädagogische Förderzentren	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzzentren für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf → Sicherung der Qualität sonderpädagogischer Fachlichkeit • Kooperation mit Regeleinrichtungen → Unterstützung bei der Umsetzung inklusiver Bildungsangebote
Kooperationsklassen	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Unterricht von Kindern mit und ohne Förderbedarf in Klassen der allgemeinen Schule • Unterstützung durch <i>Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD)</i> → stundenweise Betreuung der Kooperationsklasse durch eine Förderschullehrerin
Partnerklassen (früher: Außenklassen)	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation einer Klasse der Förder- mit einer Klasse der Regelschule • Stundenweise gemeinsamer Unterricht
Einzelintegration (Allgemeine Schulen)	<ul style="list-style-type: none"> • Beschulung eines Kindes mit Förderbedarf in einer Regelklasse • Unterstützung durch MSD und/oder Integrationshelfer

Tabelle 1: Überblick über Beschulungsmodelle für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen innerhalb des bayerischen Schulsystems (Inhalte aus: Weigl 2010:36-41)

Derzeit besuchen in Bayern etwa 40 Prozent der Schülerinnen mit sprachlichem Förderbedarf allgemeine Schulen (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2012b).

Tabelle 1 macht deutlich, dass in Bayern für Schülerinnen mit sprachlichem Förderbedarf ein gestuftes System an Beschulungsmöglichkeiten zur Verfügung steht, wobei eine schrittweise Annäherung an inklusive Modelle erfolgt³.

Die beschriebenen Sachverhalte lassen jedoch kaum Rückschlüsse auf die Quantität und Qualität der sprachlichen Fördermaßnahmen zu, welche diese Schülerinnen – gerade innerhalb allgemeiner Schulen – erhalten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Angebote für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen näher in den Blick zu nehmen, wie es im empirischen Teil dieser Arbeit erfolgt.

³ Eine detailliertere Darstellung inklusiver Bildungsangebote innerhalb des bayerischen Schulsystems findet sich bei Weigl (2010).

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 3

Insgesamt fällt auf, dass sich die Bildung und Förderung von Schülerinnen mit Sprachstörungen zunehmend von spezialisierten Einrichtungen in allgemeine Schulen verlagert. Ziel sollte daher sein, innerhalb eines flexiblen Gefüges aus Regel- und Förderschule sowie außerschulischer Sprachtherapie und Logopädie eine ausreichende Versorgung dieser Klientel zu gewährleisten (Grohnfeldt 2011). Hierbei sollte weniger die Art des schulischen Förderortes, sondern vielmehr das Kind mit seinen individuellen Ressourcen und Förderbedürfnissen im Zentrum stehen.

Welche Rollen die Berufsgruppen der Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen im schulischen Kontext übernehmen können, wird in den Kapiteln 4 und 5 konkretisiert.

KAPITEL 3

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung:

Frage 10: Häufigkeit der Arbeit mit Schülerinnen aus verschiedenen pädagogischen Einrichtungen
(Themenkomplex *Klientel*)

→ Hier erfolgte eine Differenzierung zwischen **Regelschule** und **Förderschule**.

4 Konzepte der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung in schulischen Settings

Wie bereits in Punkt 3.1 angesprochen, ist die adäquate Verbindung von Unterricht und Therapie bei Schülerinnen mit Sprachbehinderungen ein zentraler Diskussionspunkt, der mit dem Begriff *Dualismusproblematik* bezeichnet wird (Grohnfeldt 1987). Daher sollen in diesem Kapitel verschiedene Konzepte der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung und der jeweilige Vernetzungsgrad zum Unterricht vorgestellt werden.

4.1 Direkte Modelle der Leistungserbringung

Zu Beginn liegt der Fokus auf Modellen der Leistungserbringung, die eine direkte Arbeit der Sprachtherapeutin oder Logopädin mit der von einer Sprachstörung betroffenen Schülerin voraussetzen. Die hier präsentierte Einteilung in vier unterschiedliche Formen von Sprachtherapie geht auf Braun et al. (1980) zurück und wurde von Grohnfeldt (1987) aufgegriffen:

Eine Komponente bildet hierbei die **isiolierte Sprachtherapie**, die weder in ihrer räumlichen und zeitlichen, noch in ihrer inhaltlichen Dimension in Verbindung zum Unterrichtsgeschehen steht (Braun et al. 1980). Ein Beispiel hierfür wäre die in einem separaten Therapieraum durchgeführte Einzelintervention. Im angloamerikanischen Raum wird diese Organisationsform klassischerweise als *Pull-out-Modell* bezeichnet (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) 1996). Diese Form der Leistungserbringung ist in Deutschland am weitesten verbreitet, da Sprachtherapie – wie in Kapitel 2.2 angesprochen - bisher größtenteils in externen Praxen ohne Verknüpfung zum schulischen Förderort der Kinder und Jugendlichen erfolgt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Das Konzept der **additiven Sprachtherapie** stellt ein räumliches und zeitliches Nebeneinander von Unterricht und Sprachtherapie dar. Die sprachtherapeutische Intervention erfolgt also parallel zum Unterrichtsgeschehen (Braun et al. 1980). So findet beispielsweise eine Lautanbahnung während einer Stillarbeitsphase innerhalb des Unterrichts im Gruppenraum der Klasse statt (Reber 2012a). Die Inhalte der Therapie sind jedoch auch hier nicht kongruent zu denen des Unterrichtsablaufs.

Das Modell der **integrierten Sprachtherapie** hingegen stützt sich auf sprachtherapeutische Interventionsmaßnahmen, die sich mit Unterrichtsinhalten verbinden lassen. Hier bestehen also neben einer örtlichen und zeitlichen Parallelle zusätzlich inhaltliche Verknüpfungspunkte (Braun et al. 1980). Ein Beispiel hierfür wäre die Verbindung von Artikulationsübungen mit der Einführung von Buchstaben in der Klasse. Ein fachlicher Austausch der involvierten Fachkräfte ist hierbei unabdingbar, um den adäquaten Anschluss therapeutischer Maßnahmen an das Unterrichtsgeschehen zu gewährleisten (Reber 2012a). Im angloamerikanischen Raum wird dieses

Konzept als *Push-in-Modell* bezeichnet. Eine Form der Umsetzung stellt das sogenannte *Team-Teaching*, also das gemeinsame Unterrichten von sprachtherapeutischer Fachkraft und Lehrerin dar (Meyer 1997). Dieses wird in Kapitel 5.3.1 näher vorgestellt.

Der höchste Verknüpfungsgrad von Unterricht und Sprachtherapie besteht in der **immanenter Sprachtherapie** beziehungsweise im **sprachtherapeutischen Unterricht**. Der Unterricht wird hierbei so gestaltet, dass der Unterrichtsgegenstand an sich sprachtherapeutisch relevant ist. Es besteht also keine klare Trennung zwischen Unterricht und Therapie. Ein Beispiel für dieses Konzept wäre ein in den Unterricht integriertes Rollenspiel mit dem primären Ziel, die sprachlich-kommunikativen Kompetenzen der Schülerinnen zu erweitern (Grohnfeldt 1987).

Im angloamerikanischen Raum werden die Modelle der additiven, integrierten und immanenten Sprachtherapie unter dem Oberbegriff *classroom-based service delivery models*, also *Modelle der Leistungserbringung, die im Klassenzimmer stattfinden*, zusammengefasst (ASHA 1996). Während diese Organisationsformen dort weit verbreitet sind, ist davon auszugehen, dass sie in Deutschland selten zum Einsatz kommen. Wie häufig und in welcher Form in Deutschland Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen bisher im Klassenraum arbeiten, wird in der Fragebogenerhebung, die im empirischen Teil dieser Arbeit vorgestellt wird, untersucht. Es ist jedoch vorstellbar, dass zukünftig auch hierzulande häufiger classroom-based service delivery models eingesetzt werden: So wird – wie in Kapitel 2.2 beschrieben – durch die aktuellen Heilmittelrichtlinien sowie die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz eine Öffnung schulischer Lernorte für sprachtherapeutische Fachkräfte ins Auge gefasst (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; KMK 2011).

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die beschriebenen Konzepte der Leistungserbringung:

	gemeinsamer Inhalt	zwingender fachlicher Austausch	gemeinsamer Ort
isolierte Sprachtherapie („Pull-out“-Modell)	nein	nein	nein
Therapie Unterricht			
additive Sprachtherapie	nein	nein	ja
Therapie Unterricht			
integrierte Sprachtherapie („Push-in“-Modell, Team-Teaching)	nein	ja	ja
Therapie Unterricht			
immanente Sprachtherapie/ sprachtherapeutischer Unterricht	ja	ja	ja
Therapie/Unterricht			

Abbildung 3: Direkte Formen der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung und deren Vernetzungsgrad mit dem Unterricht (aus: Reber 2012a:268)

4.2 Indirekte Modelle der Leistungserbringung

Neben den direkten Formen von Sprachtherapie in schulischen Settings existieren verschiedene indirekte Modelle. Charakteristikum dieser Konzepte ist der Verzicht auf direkte Arbeit der Sprachtherapeutin mit dem sprachlich auffälligen Kind. Stattdessen liegt der Fokus auf Supervision und Beratung anderer am Erziehungs- und Bildungsprozess des Kindes beteiligter Personen. Der Einsatz indirekter Formen der Leistungserbringung ist vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet und liegt unter anderem in der Notwendigkeit begründet, die große Anzahl an Schülerinnen mit Sprachstörungen trotz eingeschränkter personeller und finanzieller Ressourcen adäquat zu versorgen (Goldberg et al. 2002b).

Supervisionsmodelle

Im Rahmen von **Supervisionsmodellen** (Reber 2012a), die im angloamerikanischen Raum als *community based models* bekannt sind, werden Fähigkeiten im Bereich der Beratung und Supervision als Kernkompetenzen bei der sprachtherapeutischen Arbeit im schulischen Kontext angesehen. Die Aufgaben der Sprachtherapeutin bestehen in der Sprachdiagnostik und der Erstellung eines individuellen Förderplans. Hauptsächlich ist sie jedoch für die Beratung und Anleitung der Lehrerin oder anderer pädagogischer Fachkräfte zuständig. Dies umfasst Empfehlungen zur Differenzierung des Unterrichtsstoffes sowie das Aufzeigen konkreter Möglichkeiten der individuellen Sprachförderung (Law et al. 2002a). Bedeutsam hierbei ist, dass sprachsystematische Therapieziele nicht isoliert betrachtet, sondern mit Kontextfaktoren wie schulischen Lernzielen oder der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen in Bezug gesetzt werden (Doherty & Masters 1996). Dieses Modell kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn der Transfer sprachlicher Strukturen in die Spontansprache oder die Förderung kommunikativ-pragmatischer Kompetenzen als Therapieziele im Vordergrund stehen (ASHA 1996).

In Deutschland können Supervisionstätigkeiten je nach Ausbildung und Vorkenntnissen von verschiedenen Berufsgruppen, wie akademischen Sprachtherapeutinnen oder auch Sprachheil Lehrerinnen, durchgeführt werden (Reber 2012a).

Einsatz sprachtherapeutischer Assistentinnen

Ein weiteres Modell, das die Supervisionstätigkeit einer Sprachtherapeutin erfordert, stellt der Einsatz von **sprachtherapeutischen Assistentinnen** dar. Während diese Hilfskräfte in den USA als *Speech-language pathology assistants (SLPAs)* bekannt sind (Goldberg et al. 2002a), wird in Großbritannien die Berufsbezeichnung *Speech and Language Therapist Assistants (SLTA)* verwendet (McCartney et al. 2005).

Diese verfügen in der Regel über eine geringer qualifizierte sprachtherapeutische oder pädagogisch-psychologische Ausbildung und führen nach engmaschiger Anleitung durch eine akademische Sprachtherapeutin Interventionsmaßnahmen durch. Die Hauptverantwortung liegt bei der Supervisorin, die geeignete Schülerinnen auswählt, Frequenz, Setting und Methode der Therapie festlegt sowie Förderpläne erstellt (Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) 2003). Die direkte Arbeit mit dem Kind erfolgt jedoch ausschließlich durch die Assistenzkraft. Von großer Bedeutung sind hierbei regelmäßige Absprachen zwischen Sprachtherapeutin und Assistentin, um Zielvorstellungen und Inhalte von Therapieeinheiten abzustimmen (ASHA 2004). Auch in Deutschland gab es bereits Ansätze zum Einsatz von Assistenzkräften. So wurden beispielsweise in Niedersachsen ab Mitte der 1960er-Jahre sogenannte *sprachtherapeutische Assistentinnen* ausgebildet, um dem hohen Bedarf an Fachkräften gerecht zu werden, der nicht allein durch Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen gedeckt werden konnte (Maihack 2001).

Elternberatung

Im Rahmen von **consultation models** (*Beratungsmodelle*) liegt der Schwerpunkt im Sinne eines systemischen Ansatzes auf der Elternberatung. Derartige Konzepte sind – ähnlich wie Supervisionsmodelle - besonders dann indiziert, wenn die Generalisierung sprachlicher Strukturen angestrebt wird (ASHA 1996). In diesem Zusammenhang können beispielsweise Elterntrainings durchgeführt werden (Reber 2012a). In Deutschland entwickelte Rodrian (2008) unter anderem für Eltern von Schülerinnen mit sprachlichem Förderbedarf ein entsprechendes Konzept. Ein Ziel dieses Trainings ist es, das Elternverhalten so zu optimieren, dass sprachförderliche Strategien – wie korrigierende Rückmeldungen bei grammatisch fehlerhaften Äußerungen - in die Alltagskommunikation einfließen. Zudem werden spezifisch schulische Problemstellungen, wie etwa die Gestaltung von Lernsituationen, behandelt. Das Programm findet alternierend in Gruppen- und Einzelsitzungen statt, wobei auch die Schülerinnen selbst in die Einzelarbeit integriert werden. In einer Evaluation wurde dieses Training von der überwiegenden Mehrheit der teilnehmenden Eltern als sehr positiv bewertet⁴ (Rodrian 2008).

Insgesamt gilt es bei Interventionsmaßnahmen, die stark auf die Unterstützung der Eltern abzielen, zu bedenken, dass nicht in jedem Elternhaus ausreichend Ressourcen - sei es im zeitlichen oder sozial-emotionalen Bereich – für eine intensive Zusammenarbeit mit der Sprachtherapeutin zur Verfügung stehen. Daher ist es entscheidend, dass Elternberatung möglichst niedrigschwellig – beispielsweise im Rahmen der Schule - angeboten wird.

⁴ Eine ausführliche Darstellung dieses Konzepts findet sich bei Rodrian (2008).

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 4

Abschließend soll erwähnt werden, dass die vorgestellten indirekten Modelle der Leistungserbringung nicht im Widerspruch zu direkten Formen der Sprachtherapie stehen. In der Praxis greifen häufig direkte und indirekte Maßnahmen ineinander und bilden somit ein komplementäres System, das sowohl die individuelle sprachliche Förderung des Kindes, als auch die Fokussierung von Kontextfaktoren, wie Elternhaus oder Schule, ermöglicht. So finden sich beispielsweise in Deutschland, wo Sprachtherapie überwiegend isoliert stattfindet, Ansätze – wie das erwähnte Konzept von Rodrian (2008) –, die eine verstärkte Mitarbeit der Eltern erfordern. Auch im angloamerikanischen Raum wird die direkte Intervention von einer akademischen Sprachtherapeutin häufig durch Beratung der Eltern und Lehrerinnen oder den Einsatz einer Assistenzkraft ergänzt (Law et al. 2002a). Welches Modell letztlich gewählt wird, hängt zum einen von räumlichen, zeitlichen und personellen Ressourcen in der jeweiligen Schule, zum anderen auch von den individuellen Störungsschwerpunkten der Schülerinnen ab. So erscheint etwa für den Alltagstransfer sprachlicher Strukturen der Einbezug des natürlichen Lernumfeldes des Kindes sinnvoll, wie es in Supervisionsmodellen der Fall ist.

KAPITEL 4

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung:

Frage 16: Ort der Therapie

Frage 19: Zusammenhang zwischen sprachlichen Auffälligkeiten und dem Ort der Therapie

Frage 20: Zusammenhang zwischen der Art der Therapieeinheit und dem Ort der Therapie
(Themenkomplex *Sprachtherapie*)

→ Hier erfolgte jeweils eine Operationalisierung der Orte der Therapie nach der in Kapitel 4.1 vorgestellten Klassifizierung von Braun et al. (1980). Dabei wurde die Charakterisierung dieser Formen von Sprachtherapie von Reber (2012a) verwendet:

isierte Sprachtherapie	→	außerhalb der Schule; in der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum
additive Sprachtherapie	→	im Gruppenraum der Klasse
integrierte/immanente Sprachtherapie	→	im Klassenzimmer selbst

Bei den **Fragen 17 und 18** (Themenkomplex *Sprachtherapie*) interessierte der Grad der **inhaltlichen Verbindung** von Therapie und Unterricht.

5 Praktische Aspekte der Verbindung von Unterricht und Sprachtherapie

Nachdem in Kapitel 4 wesentliche Konzepte der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung im schulischen Kontext vorgestellt wurden, sollen in diesem Abschnitt praktische Aspekte der Vernetzung von Unterricht und Sprachtherapie erörtert werden.

5.1 Stellenwert der Kooperation von Lehrerin und Sprachtherapeutin

In diesem Zusammenhang soll zunächst die essentielle Bedeutung der Kooperation von Lehrerin und Sprachtherapeutin als wesentliche für Bildung, Erziehung und Therapie von Schülerinnen mit Sprachstörungen verantwortliche Fachpersonen erläutert werden.

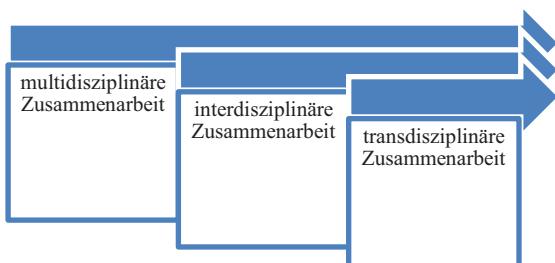
Modelltheoretischer Rahmen

Wachtel & Wittrock (1990) definieren *Kooperation* als „die bewußte, von allen Beteiligten verantwortete, zielgerichtete, gleichwertige und konkurrenzarme Zusammenarbeit in allen Bereichen der Schule“ (Wachtel & Wittrock 1990:264). Weiterhin können Kooperationsformen als multidisziplinäre, interdisziplinäre oder transdisziplinäre Ansätze klassifiziert werden.

Im Rahmen eines **multidisziplinären** Vorgehens agieren die einzelnen Fachpersonen weitgehend unabhängig voneinander (Mackey & McQueen 1998). In der Praxis ist dies häufig bei isolierter Sprachtherapie der Fall, wobei in der Regel keine Berührungspunkte mit dem Unterricht vorliegen und Therapeutin sowie Lehrkraft nur selten in fachlichem Austausch stehen.

Ein **interdisziplinärer** Ansatz ist durch einen höheren Grad der Vernetzung charakterisiert (Topping et al. 1998). Diese kann zum Beispiel in Form von regelmäßigen Treffen und gegenseitiger Beratung erfolgen.

Ein **transdisziplinäres** Vorgehen zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Verantwortungsbereiche der beteiligten Fachdisziplinen nicht mehr strikt abgrenzen lassen und die Rollen flexibel verteilt werden (Hatcher 2011). In der Praxis findet sich diese idealtypische Form der Zusammenarbeit am ehesten im Rahmen von integrierter oder immanenter Sprachtherapie, etwa wenn Lehrerin und Sprachtherapeutin gemeinsam den Unterricht gestalten – wie in Kapitel 5.3.1 näher erläutert wird.



Zu beachten gilt, dass sich die beschriebenen Ansätze der Kooperation nicht strikt voneinander abgrenzen lassen, sondern ein Kontinuum darstellen, in dem die einzelnen Ebenen fließend ineinander übergehen.

Kompetenzprofile von Lehrerin und Sprachtherapeutin

Um eine effektive Zusammenarbeit zu praktizieren, ist es nötig, die spezifischen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen – Lehrkräfte und Sprachtherapeutinnen – zu berücksichtigen:

Die **Lehrerin** verfügt über allgemein- und fachdidaktische Kompetenzen zur Gestaltung von Lernprozessen. Somit ist sie in erster Linie für die Vermittlung von Lehrplaninhalten und die Unterrichtsgestaltung verantwortlich (Lütje-Klose 1997). Handelt es sich um eine Regelschulpädagogin, sind jedoch nur geringe Kenntnisse über Sprache oder den Umgang mit sprachlich auffälligen Schülerinnen zu erwarten (Dockrell & Lindsay 2001).

In Deutschland ist – anders als im angloamerikanischen Raum - in der Lehrerausbildung auch eine Spezialisierung auf den Förderschwerpunkt *Sprache* möglich. So existiert hierzulande die Berufsgruppe der **Sprachheillehrerinnen**, die in Förderschulen unterrichten oder im Rahmen des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD) Regelschulen unterstützen (Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) o.J.). Ihre Kompetenzen liegen in den Bereichen *allgemeine Didaktik, Diagnostik* sowie *sprachheilpädagogischer Unterricht* (Reber 2012a). Die Sprachheillehrerin könnte - etwa bei der Erstellung von Förderplänen - eine koordinierende Funktion wahrnehmen (Grohnfeldt 2011) und unterrichtsimmanente Sprachförderung umsetzen. Auf die Situation von Sprachheillehrerinnen wird jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen, da sie nicht in die Ergebnisdarstellung im empirischen Teil dieser Arbeit einbezogen wurden.

Die **Sprachtherapeutin** bringt neben medizinischem und linguistischem Fachwissen über Sprache Kompetenzen in der Diagnostik und Therapie einzelner von Sprachstörungen betroffener Schülerinnen mit (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) 2010; Reber 2012a). Kritisch ist jedoch anzumerken, dass bisher lediglich die Grundlagen einer Therapiedidaktik entwickelt wurden (Grohnfeldt 2011), die gerade für eine Tätigkeit im Klassenzimmer wünschenswert wäre. Wertvolle Anknüpfungspunkte lassen sich hierzu aus den Methoden des sprachheilpädagogischen Unterrichts (Reber & Schönauer-Schneider 2011) ableiten.

Wie in Kapitel 4 beschrieben, existieren verschiedene Perspektiven der Einbindung von Sprachtherapie in den Schulalltag.

Gemeinsam ist den drei genannten Berufsgruppen, dass sie über Beratungskompetenzen verfügen. Diese umfassen sowohl die Elternarbeit, als auch die Supervision von Kolleginnen (Lütje-Klose 1997).

Einen Überblick über die spezifischen Kompetenzen von akademischen Sprachtherapeutinnen und Sprachheillehrerinnen, gibt Abbildung 4:

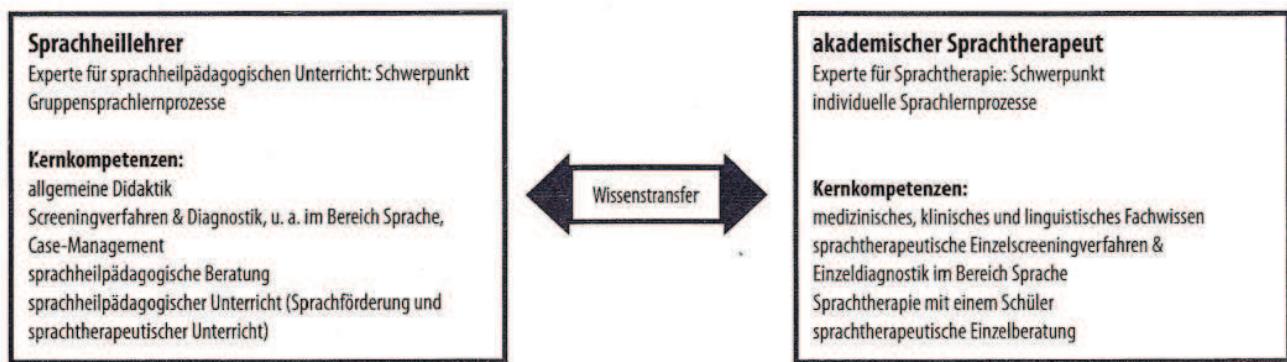


Abbildung 4: Berufsgruppenspezifische Kompetenzen in der kooperativen Arbeit mit sprachbehinderten Schülerinnen (aus: Reber 2012a:269)

Während sich die Zusammenarbeit im angloamerikanischen Raum in der Regel auf eine Lehrkraft und eine akademische Sprachtherapeutin beschränkt, ist in Deutschland auch eine Dreierkonstellation aus Sprachtherapeutin, Regelschul- und Sprachheillehrerin vorstellbar (Grohnfeldt 2011).

Ebenen von Kooperationsbeziehungen

Im Folgenden sollen Bedingungen für eine gelungene kooperative Arbeitsbeziehung zwischen Lehrkraft und Sprachtherapeutin erläutert werden:

Hierbei ist zu beachten, dass jede Zusammenarbeit auf gewissen **strukturellen Rahmenbedingungen** basiert. So ist etwa die administrative Unterstützung durch die Schulleitung eine wichtige Bedingung für die Etablierung inter- beziehungsweise transdisziplinären Arbeitens (Hartas 2004). In Abhängigkeit des jeweiligen Schulprofils können die Voraussetzungen für ein kooperatives Arbeitsumfeld variieren. So ist denkbar, dass in Förderschulen bereits institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit – zum Beispiel bei der Erstellung von Förderplänen – existieren, während sich die im Zuge der Inklusionsbewegung zunehmend notwendigen interdisziplinären Vernetzungen in Regelschulen noch im Aufbau befinden (Hatcher 2011). In Deutschland, aber auch in Großbritannien, besteht zudem – wie in Kapitel 2.2 angesprochen – das organisatorische Hindernis unterschiedlicher Leistungs- und Kostenträger (Law et al. 2002b). Wichtig sind auf organisatorischer Ebene auch räumliche, materielle und zeitliche Ressourcen. So kann etwa die Bedeutung regelmäßiger, ausgewiesener Zeiten für gemeinsame Reflexion, Fallbesprechungen und gegenseitige Beratung im Sinne eines Kompetenztransfers nicht hoch genug eingeschätzt werden (Baxter et al. 2009). Viele Sprachtherapeutinnen und Lehrerinnen wünschen sich außerdem entsprechende Aus- und Fortbildungsangebote, um ein theoretisches Rahmengerüst für die Umsetzung kooperativer Arbeitsstrukturen zu erwerben (Lütje-Klose 1997).

Auf der **Sachebene** bedarf es einer klaren Festlegung der Rollen und Verantwortungsbereiche der Kooperationspartner, um Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden. Interessant ist etwa die Frage, ob die Sprachtherapeutin eine mögliche Tätigkeit im Klassenzimmer auf die Unterstützung von sprachlich auffälligen Kindern beschränkt oder – im Sinne eines transdisziplinären Ansatzes – Verantwortung für die sprachlichen Lernfortschritte aller Schülerinnen übernimmt (Lütje-Klose & Willenbring 1999). Bei der Rollenverteilung sollten die im vorherigen Abschnitt beschriebenen berufsgruppenspezifischen Kompetenzen besondere Berücksichtigung finden. So wird eine Regelschulpädagogin auf Informationen zu Sprachstörungen oder Interventionsformen angewiesen sein, während eine Sprachheillehrerin eher von Supervision und fachlichem Austausch mit der Therapeutin profitieren kann. Für die Rolle der Sprachtherapeutin wäre es wünschenswert, dass sie nicht zu einer Assistenzkraft reduziert wird, die auf Veranlassung der Lehrerin hin additive Maßnahmen durchführt. Zielvorstellung ist vielmehr eine gleichwertige Partnerschaft, in der Therapeutin und Lehrerin ihre jeweiligen Kenntnisse einbringen, ohne, dass eine Nivellierung der Kompetenzprofile erfolgt (Lütje-Klose 1997).

Auch die **Beziehungsebene** einer Arbeit im Team sollte nicht vernachlässigt werden. Neben gegenseitigem Respekt sind Kritikfähigkeit und die Bereitschaft zur Austragung von Konflikten vonnöten. So können persönliche Vorbehalte – wie die Angst vor einem Autonomieverlust – die interdisziplinäre Arbeit behindern. Von großer Bedeutung ist daher die Gesprächsbereitschaft der Kooperationspartner (Lütje-Klose & Willenbring 1999).

Trotz der genannten Herausforderungen und Hürden sollten auch die **Chancen** einer Vernetzung unterschiedlicher Fachdisziplinen gesehen werden:

So können durch die Kumulation des fachspezifischen Wissens von Lehrkraft und Therapeutin Synergieeffekte bezüglich der Fördermaßnahmen erzeugt werden. Ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen eröffnet zudem die Möglichkeit, individueller auf die Bedürfnisse der Schülerinnen einzugehen. Durch den Austausch von Lehrerin und Sprachtherapeutin, die ein Kind jeweils in unterschiedlichen Situationen erleben, wird dieses von einem ganzheitlichen Blickwinkel aus gesehen.

Eine engere Verknüpfung von schulischen und sprachtherapeutischen Lernzielen führt außerdem zu einer erhöhten Kontinuität und Konsistenz der Förderung. Dies erscheint gerade dahingehend sinnvoll, als sprachliche Fähigkeiten – wie in Kapitel 3 beschrieben – einen starken Einfluss auf den Schulerfolg ausüben (Hatcher 2011). Aus sprachtherapeutischer Sicht deckt sich dieser Ansatz zudem mit den Vorgaben der ICF, wonach sich Therapieziele in erster Linie an der Partizipation an bedeutsamen Lebenskontexten – wie beispielsweise dem Schulalltag – orientieren sollen (DIMDI 2005).

Tabelle 2 bietet einen zusammenfassenden Überblick über die beschriebenen Kooperationsebenen:

Ebene	Bedeutsame Komponenten für kooperatives Arbeiten
Strukturelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Administrative Unterstützung • Grad der Institutionalisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit • Räumliche und materielle Ressourcen • Ausgewiesene Zeiten für regelmäßige Teambesprechungen • Fort- und Weiterbildungsangebote zur praktischen Umsetzung von Kooperation, Supervisionsmöglichkeiten
Sachebene	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Rollen und Verantwortungsbereichen • Berücksichtigung berufsspezifischer Kompetenzen
Beziehungsebene	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt und Akzeptanz dem Kooperationspartner gegenüber • Kritikfähigkeit • Bereitschaft zur Austragung von Konflikten • Gesprächsbereitschaft

Tabelle 2: Ebenen von Kooperationsbeziehungen zwischen Sprachtherapeutin und Lehrerin

5.2 Verbindung von Unterricht und isolierter Sprachtherapie

Gerade wenn Sprachtherapie isoliert vom Unterricht durchgeführt wird, stellt sich die Frage, wie eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann.

Die im Folgenden skizzierten Möglichkeiten des Austausches stammen überwiegend aus dem Artikel von Reber (2012a):

Als rechtliche Grundlage für die Kooperation ist eine schriftliche **Schweigepflichtsentbindung** notwendig, die von den Eltern sowohl für die Lehrerin, als auch die Sprachtherapeutin erteilt wird. In einigen pädagogischen Einrichtungen in Deutschland – vor allem Förderschulen – ist dies bereits bei Schuleintritt Standard. Des Weiteren ist ein **wechselseitiger Informationsfluss** zwischen Lehrkraft und Sprachtherapeutin wünschenswert. Konkret bedeutet dies, dass die Therapeutin Informationen über den Sprachstand des Kindes sowie therapeutische Zielsetzungen und Inhalte an die Lehrkraft übermittelt. Diese sollte ihrerseits bereit sein, aktuelle schulische Lernziele und Unterrichtsinhalte offenzulegen. Durch dieses Vorgehen eröffnen sich Möglichkeiten zum **inhaltlichen Anschluss** therapeutischer Maßnahmen an das Unterrichtsgeschehen oder umgekehrt. Die beschriebenen Schritte ermöglichen eine Annäherung der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung an ein additives oder sogar integriertes Modell – wie in Kapitel 4.1 vorgestellt (Reber 2012a).

Folgende **Informationswege** sind für die organisatorische Umsetzung der Kooperation geeignet: Findet die Sprachtherapie in einer externen Praxis statt, ist der Austausch schriftlich (per E-Mail oder über ein Mitteilungsheft) und telefonisch möglich.

Zudem kann sich die Sprachtherapeutin von den Kindern und Jugendlichen Schulhefte oder -bücher zeigen lassen (Hatcher 2011). Hilfreich ist auch, die Eltern für einen vertieften Kontakt zur Schule zu gewinnen. Über diesen Vermittlungsweg können der Lehrerin beispielsweise Therapiematerialien zur Ansicht mitgegeben werden.

Ist die Sprachtherapie zumindest räumlich in der Schule angesiedelt, ergeben sich häufig Möglichkeiten zu spontanen, informellen Gesprächen - zum Beispiel in der Pause oder bei einem Stundenwechsel. Sofern interdisziplinäres Arbeiten bereits fester Bestandteil des Schulkonzepts ist, sind möglicherweise Zeiten für gemeinsame Supervision oder regelmäßige Teamsitzungen, zum Beispiel in Form eines „Runden Tisches“, vorgesehen (Reber 2012a). Die umfassendste Form der Zusammenarbeit wäre gemeinsames, konzeptionelles Arbeiten, sodass zum Beispiel von unterschiedlichen Fachdisziplinen Impulse zur Erstellung eines Schulprogramms gegeben werden. Derartige institutionalisierte Formen des Austausches werden in Deutschland jedoch durch mangelnde zeitliche und finanzielle Ressourcen erschwert. So ist bisher weder für Sprachtherapeutinnen, noch für Lehrerinnen eine ausgewiesene Zeit für Fallbesprechungen vorgesehen, sodass hierfür kein finanzieller Ausgleich geleistet wird (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; KMK 2011; Deutscher Bildungsserver o.J.a).

Grundsätzlich gilt, dass für eine effektive Kooperation die Eigeninitiative der Fachkräfte unerlässlich ist und auch bei geringen zeitlichen und logistischen Ressourcen bewusst Wege für einen Austausch gesucht werden sollten.

5.3 Sprachtherapeutische Intervention direkt im Klassenzimmer

In diesem Unterkapitel sollen Umsetzungsmöglichkeiten von Sprachtherapie im Klassenzimmer erläutert werden. Die sprachtherapeutische Arbeit im natürlichen Umfeld der Schülerinnen ist – wie in Kapitel 4 angesprochen – besonders für den Alltagstransfer sprachlicher Strukturen in die Alltagskommunikation sinnvoll und wird vor allem bei semantisch-lexikalischen, syntaktisch-morphologischen und kommunikativ-pragmatischen Störungen praktiziert (Elksnin & Capilouto 1994).

5.3.1 Gemeinsames Unterrichten von Lehrerin und Sprachtherapeutin

Wie in Kapitel 4.1 erwähnt, kann die Sprachtherapeutin nach dem Modell der integrierten Sprachtherapie gemeinsam mit der Lehrkraft die Unterrichtsgestaltung übernehmen.

Folgende Modelle des Team-Teachings können hierbei zum Einsatz kommen:

Beim **Unterrichten an Stationen** (*station teaching*) werden Stationen mit unterschiedlichen Lernbereichen im Klassenraum verteilt, welche die Schülerinnen abwechselnd in Gruppen

besuchen. Hierbei bietet es sich an, spezielle Stationen zur Sprachförderung einzuführen, an denen die Sprachtherapeutin gemeinsam mit sprachlich auffälligen Kindern arbeitet. Wird beispielsweise im Rahmen des Lehrplans das Thema *Wiese* behandelt, könnte eine Station mit Lexemen verschiedener Pflanzenarten der Wortschatzerweiterung dienen. Die Sprachtherapeutin kann ihre Kompetenzen jedoch auch an anderen Stationen einbringen, indem sie Kinder bei sprachlichen Aufgabenstellungen – wie dem Erfassen eines Lesetextes - unterstützt (Reber 2012a).

Wird das Modell des **parallelen Unterrichtens** (*parallel teaching*) angewandt, unterrichten die Fachkräfte jeweils eine Klassenhälfte. Dabei behandeln beide dieselben Lerninhalte (Boyle & Provost 2011). Die Therapeutin kann hier durch gezielte Anpassung des Sprachniveaus und Schaffung eines kommunikativen Milieus ihr spezifisches Wissen über Sprachlernprozesse in den Unterricht einfließen lassen (Reber 2012a).

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, **Klassen- und Förderunterricht als Unterrichtsalternativen** (*alternative teaching*) anzubieten. Hierbei wird die Klasse von der Lehrkraft unterrichtet, während die Therapeutin einer Gruppe von Kindern Förderunterricht erteilt. Der wesentliche Unterschied zum parallelen Unterrichten besteht darin, dass die Unterrichtsinhalte in beiden Gruppen nicht identisch sind. Im Sinne des niveaudifferenzierenden Unterrichts (*remedial teaching*) kann innerhalb der Fördergruppe so verfahren werden, dass Lerninhalte für Schülerinnen, die Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Unterrichtsstoffes aufweisen, auf einem niedrigeren Niveau aufbereitet werden. Für die Sprachtherapeutin bietet dieses Konzept auch die Chance, nach dem Prinzip des Zusatzunterrichts (*supplemental teaching*) in einem Kleingruppensetting mit dem Lehrplan in Verbindung stehende sprachtherapeutische Ziele zu erarbeiten (z. B. Subjekt-Verb-Kongruenz, wenn im Unterricht die Wortart *Verb* eingeführt wird) (Elksnin & Capilouto 1994).

Im Rahmen des **interaktiven Unterrichtens** (*interactive teaching*) wird die gesamte Klasse innerhalb einer Unterrichtsstunde abwechselnd von der Lehrerin und der Sprachtherapeutin unterrichtet. Dabei bietet es sich an, dass die Sprachtherapeutin in Phasen, in denen zum Beispiel neue Begriffe eingeführt werden oder der Fokus auf der Sprachbetrachtung liegt, die Unterrichtsleitung übernimmt (Reber 2012a). Diese Form der Kooperation wird von praktizierenden Therapeutinnen häufig als am effektivsten eingestuft (Elksnin & Capilouto 1994).

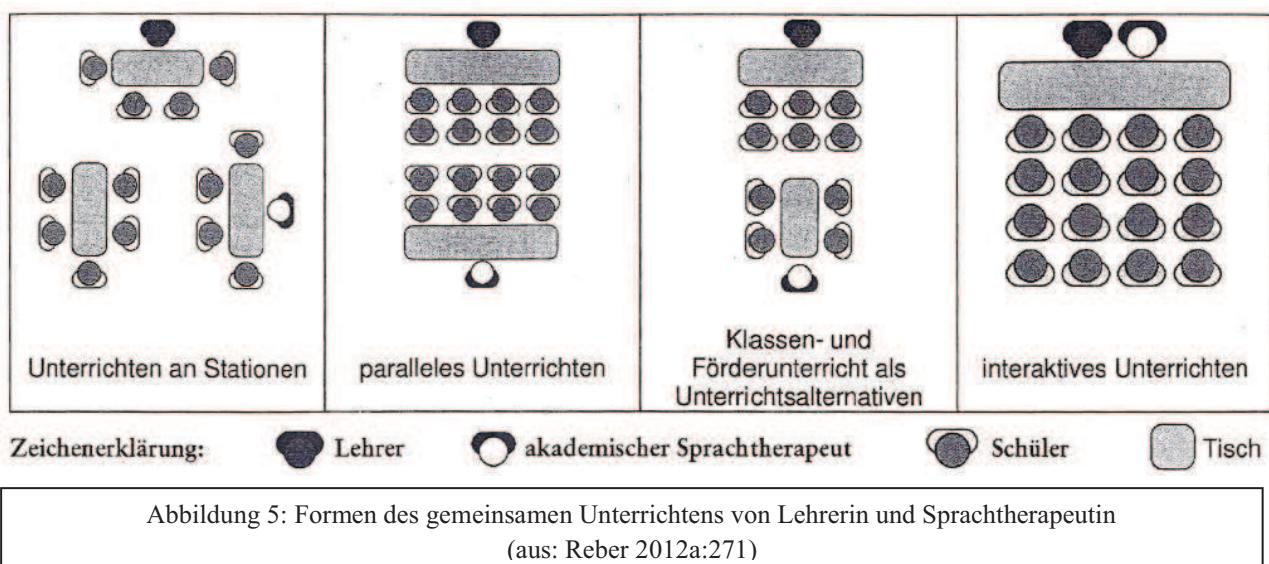
Neben diesen vier klassischen Formen des Team-Teachings lassen sich weitere Modelle differenzieren:

Innerhalb des Konzepts **Unterricht und Beobachtung** (*one teach, one observe*) übernimmt die Lehrerin durchgehend die Unterrichtsführung, während die Sprachtherapeutin die Lernfortschritte

der Schülerinnen beobachtet. Hieraus ergeben sich Möglichkeiten zur gemeinsamen Reflexion des Unterrichtsgeschehens.

In der Konstellation **Unterricht und Einzelunterstützung** (*one teach, one drift*) trägt ebenfalls die Lehrkraft die Hauptverantwortung für die Unterrichtsgestaltung, während die Therapeutin Hilfestellungen für bestimmte Schülerinnen – zum Beispiel bei schriftsprachlichen Aufgaben – anbietet. Dieses Modell stellt in den USA eine der am häufigsten praktizierten Kooperationsformen von Sprachtherapeutin und Lehrerin im Klassenzimmer dar (Beck & Dennis 1997).

In Abbildung 5 werden die wesentlichen Formen des Team-Teachings noch einmal grafisch veranschaulicht:



Während Sprachtherapeutinnen – wie in Kapitel 7 näher erläutert wird – im angloamerikanischen Raum häufiger auch im Klassenzimmer arbeiten (Gascoigne 2006; ASHA 2012), ist davon auszugehen, dass derartige Modelle in Deutschland derzeit eher selten realisiert werden.

Inwiefern Sprachtherapeutinnen in Deutschland bisher eine Rolle im Klassenzimmer übernehmen, ist unter anderem Gegenstand der im empirischen Teil dieser Arbeit vorgestellten Fragebogenerhebung. Hierzulande ist zudem vorstellbar, dass Sprachheillehrerinnen, die über Kenntnisse in den Bereichen *allgemeine Didaktik* und *Sprache* verfügen, gemeinsam mit Regelschulpädagoginnen unterrichten (Reber 2012a).

5.3.2 Integration sprachtherapeutischer Elemente in den Unterricht

Im Folgenden sollen Anknüpfungspunkte für die Integration sprachtherapeutischer Elemente in den Unterricht aufgezeigt werden. Konzepte hierzu liegen etwa für den Bereich des sprachheilpädagogischen Unterrichts vor (Reber & Schönauer-Schneider 2011). So bieten sich zum Beispiel bei Spracherwerbsstörungen zahlreiche Möglichkeiten der Vernetzung schulischer und sprachtherapeutischer Lernziele:

Bei Schwierigkeiten im **phonetisch-phonologischen** Bereich ist vor allem eine Verbindung mit Unterrichtsinhalten im Fach Deutsch sinnvoll. Im Rahmen der Einführung eines Graphems können Artikulationsübungen zum korrespondierenden Phonem integriert werden. Auch lässt sich die Buchstabeneinführung durch den Einsatz von Handzeichen ergänzen, wodurch eine visuelle Hilfestellung für die korrekte Lautbildung gegeben wird (Reber & Schönauer-Schneider 2011). Ebenfalls sinnvoll sind Aufgaben zur phonologischen Bewusstheit (z. B. das Erkennen von Anfangs- und Endphonemen eines Lexems), die eine bedeutende Vorläuferfähigkeit für den Schriftspracherwerb darstellt (Owens 2010).

Semantisch-lexikalische Therapieziele lassen sich gut im Sachunterricht fokussieren. So kann die Wortschatzerweiterung innerhalb eines Rahmenthemas wie *Tiere* oder *Obst und Gemüse* stattfinden. Die Arbeit mit Realgegenständen (z. B. Lebensmittel im Kaufladen) erleichtert dabei Kindern mit Sprachbehinderungen die Abspeicherung neuer Lexeme (Mußmann 2012). Ein besonders geeigneter Kontext für die Wortschatzarbeit ist das bereits beschriebene Unterrichten an Stationen, da so die Eigeninitiative der Kinder gefördert wird. Zur Erhöhung des Praxisbezugs ist auch der Besuch außerschulischer Lernorte – z. B. Bauernhof oder Museum –denkbar (Mußmann 2010). Ergänzend zur Erweiterung von Wortfeldern sollte ein Strategietraining erfolgen, wobei Techniken zur Generalisierung, wie gezieltes Nachfragen, eingeübt werden. Semantisch-lexikalische Förderung lässt sich auch in den Mathematik- oder Deutschunterricht integrieren, wenn etwa bei Sachaufgaben Fachbegriffe eingeführt werden (Reber & Schönauer-Schneider 2011).

Bei **morphologisch-syntaktischen** Störungen kann beispielsweise im Fach Deutsch anhand von Bildergeschichten eine Fülle von Zielstrukturen trainiert werden (z. B. Perfektbildung, Inversion). Auch die metasprachliche Reflexion wie das Untersuchen von Sprache in Bezug auf Morphologie oder Satzbau ist vorstellbar. In Mathematik können zum Beispiel bei Additions- und Subtraktionsaufgaben Akkusativ- und Dativstrukturen fokussiert werden. Im Sachunterricht lässt sich auf einem höheren Niveau operieren, wenn bei der Beschreibung von Zusammenhängen die Nebensatzbildung erforderlich ist (Reber & Schönauer-Schneider 2011).

Ein Therapie- und Unterrichtskonzept, das auf die Verbesserung morphologisch-syntaktischer Fähigkeiten im Kontext von Unterricht und Therapie abzielt, stellt die *Kontextoptimierung* von Motsch (2010) dar. Ziel hierbei ist die Schaffung eines bestmöglichen Lernumfeldes, um die Aufmerksamkeit der Kinder auf bisher unentdeckte grammatische Regeln zu lenken (Motsch 2010). Während sich die bisher beschriebenen Interventionsmaßnahmen in erster Linie auf die expressive Sprache konzentrieren, ist im Unterricht auch eine Arbeit an der **Sprachrezeption** möglich. Diese ist gerade dahingehend relevant, als das Erfassen von Arbeitsaufträgen und Lerninhalten im schulischen Kontext die erfolgreiche Dekodierung sprachlicher Strukturen voraussetzt. Als Einstieg eignen sich Übungen zum Monitoring des Sprachverständens. Ziel hierbei ist, dass die Kinder das

eigene Nichtverstehen erkennen und darauf – z. B. durch Nachfragen – reagieren. Dies lässt sich durch das gezielte positive Verstärken von Fragen im Unterricht evozieren. Spezifisch im Fach Deutsch ergeben sich zum Beispiel durch das Markieren unbekannter Wörter in Lesetexten Möglichkeiten zur Förderung des Sprachverständnisses (Reber & Schönauer-Schneider 2011).

Im Sinne der Prävention kann das Fachwissen von Sprachtherapeutinnen und Sprachheillehrerinnen auch bei der Unterstützung des **Schriftspracherwerbs** genutzt werden. Beispielhaft sei hier das Projekt *Kooperative Sprachförderung* (Troßbach-Neuner 2008)⁵ genannt, das seit dem Schuljahr 2007/2008 in Oberbayern erprobt wird. Ziel dieses Programms ist es, im Rahmen einer Kooperation von Regel- und Förderschulen die Lernvoraussetzungen für den Schriftspracherwerb bei Kindern der ersten Jahrgangsstufe durch gezielte sprachliche Förderung im Unterricht sowie in differenzierten Lerngruppen zu optimieren. Bezeichnend für dieses Projekt ist, dass durch die Kooperation von Regelschul- und Sprachheillehrerinnen ein Kompetenztransfer - wie in Kapitel 5.1 beschrieben – angestrebt wird.⁶

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 5

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Kooperation von Sprachtherapeutin und Lehrkraft ein hoher Stellenwert zuzuschreiben ist. Ziel der Zusammenarbeit sollte dabei eine gleichwertige Partnerschaft sein, in der sich die berufsspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten der jeweiligen Fachkräfte im Sinne eines Kompetenztransfers ergänzen.

Auch wenn die Sprachtherapie räumlich außerhalb der Schule erfolgt, bieten sich beispielsweise durch einen wechselseitigen Informationsfluss Möglichkeiten, die sprachtherapeutische Arbeit in Richtung additiver oder integrierter Formen der Leistungserbringung zu verlagern.

Für eine sprachtherapeutische Intervention direkt im Klassenzimmer stehen ebenfalls vielfältige Modelle zur Verfügung, die von einer unterstützenden Funktion der Sprachtherapeutin bis zur gemeinsamen Durchführung des Unterrichts von Lehrerin und Sprachtherapeutin reichen.

Die dargestellten Sachverhalte machen jedoch auch deutlich, dass eine effektive Kooperation durch zahlreiche Faktoren, wie etwa strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst wird. In diesem Sinne erscheint es hilfreich, in der Aus- und Fortbildung von Lehrkräften und Sprachtherapeutinnen Aspekte interdisziplinären Arbeitens einzubinden, um Konzepte zur Umsetzung in der Praxis zu vermitteln.

⁵ Nähere Informationen hierzu finden sich in den Artikeln von Troßbach-Neuner (2008) und Dörffel (2010).

⁶ Da es im Rahmen dieser Arbeit lediglich möglich ist, einige Anknüpfungspunkte für sprachtherapeutisches Arbeiten im Unterricht exemplarisch darzustellen, ist zur Vertiefung Literatur von Reber & Schönauer-Schneider (2011) sowie Owens (2010) zu empfehlen.

KAPITEL 5

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung – Teil I:

Themenkomplex *Formen der Kooperation*:

Bei den **Fragen 11 und 12** wurden die **Häufigkeit des Austausches** mit verschiedenen Personengruppen beziehungsweise die **Inhalte von Gesprächen mit Fachpersonen** in den Fokus gerückt.

Frage 13: Formen des Austausches

→ Hier erfolgte eine Operationalisierung der Fragebogenitems nach den in Kapitel 5.2 vorgestellten **Informationswegen** (Reber 2012a).

KAPITEL 5

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung – Teil II:

Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*:

Bei den **Fragen 21 und 24** interessierten die im Klassenzimmer durchgeführten **Interventionsformen** beziehungsweise, ob auch im **Team** gearbeitet wird.

Bei den **Fragen 22 und 23** interessierten die **Unterrichtsphasen und – gegebenheiten** beziehungsweise **-inhalte**, die zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer genutzt werden (siehe Kapitel 5.3.2).

Frage 25: Formen des Team-Teachings

→ Hier erfolgte eine Operationalisierung der **Formen des Team-Teachings** nach den in Kapitel 5.3.1 vorgestellten Einteilungen von Elksnin & Capilouto (1994) sowie Boyle & Provost (2011):

Unterrichten und Einzelunterstützung

Unterrichten an Stationen

Paralleles Unterrichten

Förderunterricht

Interaktives Unterrichten

6 Effektivität verschiedener Fördermaßnahmen für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen

Nachdem in den Kapiteln 3, 4 und 5 verschiedene Organisationsformen von Unterricht und Therapie für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen vorgestellt wurden, stellt sich nun die Frage, welche Modelle die effektivste Förderung ermöglichen. Dies ist von großer Bedeutung, da auch im Bereich der Sprachtherapie die Forderung nach Anwendung evidenzbasierter Konzepte wächst (Ullrich & Romonath 2008). Zudem gilt es die in Kapitel 2 beschriebenen Umstrukturierungen in Deutschland auf Grundlage empirischer Erkenntnisse so zu gestalten, dass in einem inklusiven Schulsystem eine optimale Versorgung von Schülerinnen mit Sprachstörungen gewährleistet ist.

6.1 Art der Beschulung

Für eine adäquate Förderung stellt die Wahl der geeigneten Schulform eine wesentliche Rahmenbedingung dar:

Förder- beziehungsweise Sprachheilschule

Studienergebnisse legen nahe, dass der Besuch einer Sprachheilschule – wie sie in einigen Ländern existiert - positive Auswirkungen auf die Bildungschancen sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher haben kann, was für eine hohe Qualität der angebotenen Förderung spricht. So erlangten ehemalige Sprachheilschülerinnen aus Deutschland und Großbritannien ein breites Spektrum an Bildungs- und Berufsabschlüssen (Carroll & Dockrell 2010; Sallat & Spreer 2011). Hieraus lässt sich folgern, dass eine temporäre segregative Beschulung und die damit verbundene spezifische Förderung eine sinnvolle Unterstützungsmaßnahme mit dem langfristigen Ziel der gesellschaftlichen Partizipation darstellen kann. Dies deckt sich - wie in Kapitel 3.1 thematisiert - mit dem Selbstverständnis der Sprachheilschule als zeitlich befristetes Förderangebot. Hierfür spricht auch die durchschnittliche Verweildauer der Schülerinnen von etwas weniger als drei Jahren, bevor eine Wiedereingliederung in allgemeine Schulen erfolgte (Sallat & Spreer 2011).

Auch subjektiv wird der Besuch einer Sprachheilschule überwiegend positiv bewertet. Als Gründe hierfür nannten ehemalige Schülerinnen die Intensität und Individualität der sprachlichen Förderung, das angepasste Lerntempo sowie positive Erfahrungen mit Gleichaltrigen (Simkin & Conti-Ramsden 2009; Sallat & Spreer 2011). Einzelne kritische Stimmen bezogen sich vor allem auf die Frage, ob im Rahmen eines Schonraums, wie ihn die Förderschule bietet, eine ausreichende Vorbereitung auf die Gesellschaft erfolgen kann (Sallat & Spreer 2011).

Die Zufriedenheit der Eltern mit dieser Schulform kann ebenfalls als sehr hoch eingestuft werden. Dies spiegelt sich in positiven Einschätzungen zu Bildungschancen sowie der Verbesserung der Sprachfähigkeiten ihrer Kinder wider (Ritterfeld et al. 2011).

Inklusives oder segregatives Setting?

Vorliegende Untersuchungen, welche die Auswirkungen inklusiver und segregativer Förderung vergleichen, konzentrieren sich vor allem auf die vorschulische Erziehung und stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum. Zudem existieren nur wenige empirische Daten, die sich spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen beziehen.

Tendenziell zeigen sich zwischen inklusivem und segregativem Setting gerade bei Kindern mit leichten Behinderungen jedoch keine Differenzen in Bezug auf die kognitive und sprachliche Entwicklung (Cole et al. 1991; Mills et al. 1998). Was die Sozialkompetenz betrifft, ergeben sich leichte Vorteile für inklusive Einrichtungen (Carlberg & Kavale 1980; Rafferty et al. 2003).

Für die Situation in Deutschland zeigen die Ergebnisse einer Studie von Zielke-Bruhn (2002), dass Schülerinnen, die eine Kooperationsklasse besuchten – also gemeinsam mit sprachlich unauffälligen Kindern unterrichtet wurden –, im Vergleich zu Sprachheilschülerinnen schneller sprachliche Fortschritte machten. Zudem bereitete ihnen ein späterer Wechsel auf die Regelschule weniger Schwierigkeiten. Als Gründe hierfür kommen das Sprachvorbild sprachgesunder Gleichaltriger in Kooperationsklassen sowie der stundenweise gemeinsame Unterricht durch eine Regelschul- und Sprachheilpädagogin in Betracht (Zielke-Bruhn 2002).

Die Zufriedenheit der Eltern ist nach einer Erhebung von Lüke & Ritterfeld (2011) in inklusiven und segregativen Beschulungsformen vergleichbar hoch. Die Eltern von Regelschülerinnen schätzten jedoch die Stigmatisierung ihrer Kinder etwas geringer und die Bildungs- und Berufschancen leicht positiver ein als Erziehungsberechtigte von Kindern, die eine Förderschule besuchten (Lüke & Ritterfeld 2011). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen, dass im Allgemeinen mit zunehmender Dauer des Schulbesuchs die Präferenz der Eltern für den gewählten Schultyp zunimmt (Duhaney & Salend 2000).

Psychosoziale Komponente

Auch die psychosoziale Situation der Schülerinnen sollte bei der Auswahl des adäquaten Schulsettings berücksichtigt werden. Dies ist besonders dahingehend relevant, als sprachlich auffällige Kinder und Jugendliche häufiger Schwierigkeiten bei der Knüpfung von Sozialkontakten aufweisen, was einen Risikofaktor für die Entwicklung von Verhaltens- und sozial-emotionalen Störungen darstellt. Besonders gefährdet scheinen hierfür Kinder mit kommunikativ-pragmatischen Defiziten zu sein (Conti-Ramsden & Botting 2004; Lindsay et al. 2008).

In diesem Zusammenhang zeigte eine Studie von Laws et al. (2012), dass die Akzeptanz von Kindern mit sprachlichem Förderbedarf unter typisch entwickelten Gleichaltrigen deutlich anstieg, sobald die beiden Gruppen häufiger gemeinsam unterrichtet wurden (Laws et al. 2012). Diese Entwicklung könnte zum einen durch den intensiveren Kontakt der Kinder erklärt werden, wodurch sich mehr Gelegenheiten zur Interaktion ergaben. Es ist auch denkbar, dass sich die Vorbildfunktion sprachgesunder Kinder positiv auf die Entwicklung der sozial-kommunikativen Kompetenz der sprachlich auffälligen Schülerinnen auswirkt. Dies würde für die Präferenz eines inklusiven Settings sprechen, um einen Schlüsselfaktor zur gesellschaftlichen Teilhabe zu fördern.

Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass Schülerinnen mit Sprachstörungen kein höheres Risiko für Mobbing aufweisen als ihre typisch entwickelten Altersgenossen. Zudem ist keine Diskrepanz der Prävalenz von Mobbing in Abhängigkeit davon feststellbar, ob die Beschulung in einer Regel- oder Förderschule erfolgt (Knox & Conti-Ramsden 2003; Lindsay et al. 2008).

6.2 Modelle der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung

Da es kaum möglich ist, die Qualität der sprachlichen Fördermaßnahmen im breiten Spektrum schulischer Förderorte pauschal zu beurteilen, ist es notwendig, die Effektivität verschiedener Formen sprachtherapeutischer beziehungsweise logopädischer Leistungserbringung in den Fokus zu rücken.

Direkte oder indirekte Modelle der Leistungserbringung?

Empirische Erkenntnisse sprechen dafür, dass Sprachförderung allein durch Lehrerinnen oder pädagogische Mitarbeiterinnen an Regelschulen keinen gleichwertigen Ersatz für eine direkte Intervention durch Sprachtherapeutinnen darstellt (McCartney et al. 2009; McCartney et al. 2011).

Die aktive Einbeziehung der Eltern in die Sprachtherapie hingegen kann sich gerade bei Kindern mit komplexen Störungsbildern als sinnvoll erweisen (z. B. Mobayed et al. 2000).

Direkte Interventionsmaßnahmen können jedoch ohne Qualitätseinbußen von einer sprachtherapeutisch geschulten Assistenzkraft übernommen werden, sofern eine intensive Supervision durch eine Sprachtherapeutin erfolgt (Boyle et al. 2007, 2009; Mecrow et al. 2010). In einer Studie von Boyle et al. (2009) etwa verbesserten sich die Leistungen sprachbehinderter Schülerinnen in den Bereichen *Sprachverständigen*, *Grammatik*, *Wortschatz* und *Erzählfähigkeit* signifikant – unabhängig davon, ob die direkte sprachtherapeutische Arbeit von einer akademischen Sprachtherapeutin oder deren Assistenzkraft durchgeführt wurde (Boyle et al. 2009).

Aus ökonomischer Sicht ist anzumerken, dass der Einsatz von Assistentinnen zu einer Kostenreduzierung führt (Dickson et al. 2009).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden: So wurden die sprachtherapeutischen Assistentinnen in der Studie von Boyle et al. (2007, 2009) von der verantwortlichen Sprachtherapeutin intensiv auf die therapeutische Arbeit vorbereit, indem etwa anhand eines Therapiemanuals konkrete Methoden ausgewählt wurden. Zudem beziehen sich die beschriebenen Therapieerfolge in erster Linie auf die semantisch-lexikalische und syntaktisch-morphologische Sprachebene. So bleibt die Frage offen, ob nicht bei anderen Störungsbildern wie Stottern oder Sprachstörungen bei geistiger Behinderung tiefergehendes sprachtherapeutisches Wissen und damit der direkte Einsatz einer Sprachtherapeutin vonnöten ist.

Daraus lässt sich folgern, dass die in Kapitel 4.2 präsentierten indirekten Formen der Leistungserbringung bei engmaschiger Supervision durch eine qualifizierte Sprachtherapeutin eine sinnvolle Ergänzung zur klassischen Sprachtherapie darstellen, diese jedoch nicht ersetzen können.

Sprachtherapie – isoliert oder im Klassenzimmer?

Bezüglich des Ortes der Leistungserbringung stellt sich die Frage, ob isolierte Sprachtherapie (*Pull-out-Modell*) oder eine im Klassenzimmer integrierte Intervention (*classroom-based service delivery models*) zu besseren Therapieerfolgen führt.

Vorteile eines integrierten Vorgehens, das mit dem Ausbau inklusiven Unterrichts zunehmend an Bedeutung gewinnt, liegen in den Möglichkeiten des Alltagstransfers sprachlicher Strukturen sowie der Fokussierung kommunikativ-pragmatischer Kompetenzen durch die Interaktion im Klassenverband. Auch die Verknüpfung sprachtherapeutischer und schulischer Lernziele ist auf diese Weise möglich. Speziell das Modell des Team-Teachings – wie in Kapitel 5.3.1 beschrieben – bietet die Chance, nach dem Ansatz des *Peer-Learnings* (*Lernen von Gleichaltrigen*; Topping 2001) sprachgesunde Schülerinnen als Sprachvorbilder einzubeziehen. Im Sinne des Präventionsgedankens erhalten auf diese Weise zudem alle Schülerinnen der Klasse Sprachförderung (McGinty & Justice 2006). Eine isolierte Therapie hingegen kann für die Einführung beziehungsweise Anbahnung sprachlicher Strukturen oder für Kinder, die eine ruhige Lernumgebung und häufige Wiederholungen benötigen, von Vorteil sein (Hernandez 2012).

Die wenigen bisher vorliegenden empirischen Ergebnisse lassen keine pauschale Präferenz eines Settings zu (Cirrin et al. 2010). Während isolierte und unterrichtsintegrierte Modelle in einigen Studien zu vergleichbaren Verbesserungen der Sprachproduktion führten, ergaben sich bezüglich rezeptiver Sprachstörungen leichte Vorteile für eine isolierte Therapie (Bland & Prelock 1996; Valdez & Montgomery 1997). Im Bereich Wortschatz sprechen jedoch mehrere Studienergebnisse für unterrichtsintegrierte Ansätze (Wilcox et al. 1991; Throneburg et al. 2000).

Interessanterweise zeigten die Schülerinnen in der Studie von Throneburg et al. (2000) einen signifikant größeren Wortschatzzuwachs nach einer Intervention im Stile des Team-Teachings als wenn beide Fachkräfte unabhängig voneinander mit der Klasse arbeiteten (Throneburg et al. 2000). Dies lässt auf die zentrale Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit für die Effektivität von Sprachtherapie in schulischen Settings schließen. Wichtiger als der Ort der Leistungserbringung scheinen also Umfang und Qualität der Vernetzung von Lehrerin und Sprachtherapeutin zu sein. Zudem konnte in Deutschland bereits die Wirksamkeit des in Kapitel 5.3.2 erwähnten Konzepts der *Kontextoptimierung* zur Behandlung grammatischer Störungen im Rahmen des sprachtherapeutischen Unterrichts sowie der Sprachtherapie in Kleingruppen nachgewiesen werden (Motsch & Berg 2003).

Einzel- oder Gruppenintervention?

Studien zufolge kann die Therapie von Sprachentwicklungsstörungen gleichermaßen effektiv im Einzel- und Gruppensetting erfolgen, wobei die parallele Behandlung mehrerer Kinder deutliche Kosteneinsparungen ermöglicht (Boyle et al. 2007, 2009). Dieser ökonomische Aspekt wird gerade dann relevant, wenn es darum geht, Kinder und Jugendliche trotz eingeschränkter finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen auch in einem inklusiven Schulsystem ausreichend mit Sprachtherapie zu versorgen. Zudem kann die Interaktion in Gruppen sowohl die Motivation der Schülerinnen erhöhen, als auch zur Förderung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten beitragen. Kriterien zur Gruppenbildung können unter anderem ein ähnliches Alter oder vergleichbare Störungsprofile von Schülerinnen sein (Dickson et al. 2009). Unbeantwortet bleibt jedoch die Frage nach der optimalen Gruppengröße: Da diese in der Untersuchung von Boyle et al. (2009) zwischen zwei und fünf Kindern variierte, ist es schwierig, zu beurteilen, welche Gruppengröße nicht überschritten werden sollte, um die Effektivität der Intervention zu gewährleisten (Cirrin et al. 2010). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass die Einzeltherapie bessere Möglichkeiten zur Individualisierung bietet, was vor allem bei komplexen Störungsbildern von Vorteil ist.

Einschätzung der Schülerinnen

Auch die Rolle der Kinder und Jugendlichen selbst sollte Beachtung finden. So kann sich die aktive Einbeziehung der Schülerinnen in den Therapieprozess – etwa durch gemeinsame Zielfestlegungen – positiv auf die Effektivität der Intervention auswirken, da hierdurch Eigenverantwortung und Motivation der Kinder gefördert werden (Hatcher 2011). Bisherige Untersuchungen weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche Sprachtherapie im schulischen Setting nicht als stigmatisierend empfinden, sondern als natürliche Komponente schulischer Lernmöglichkeiten.

Zudem zeichnet sich keine klare Präferenz für ein bestimmtes Modell der Leistungserbringung ab. Gruppentherapie wird in der Regel ebenso akzeptiert wie die Arbeit im Einzelsetting. Die meisten Schülerinnen sind auch damit einverstanden, wenn im Rahmen isolierter Sprachtherapie die Notwendigkeit besteht, den Klassenraum zu verlassen (Owen et al. 2004).

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 6

Insgesamt zeigen die empirischen Daten, dass keine Pauschallösung zur effektiven Förderung von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen existiert. Wünschenswert wäre daher ein breites Spektrum an schulischen und außerschulischen Förderangeboten, um den individuellen Bedürfnissen der Schülerinnen gerecht zu werden. Eine bedeutende Determinante für den Erfolg der Maßnahmen scheint jedoch die Qualität der Vernetzung von Unterricht und Sprachtherapie darzustellen.

In Bezug auf die Sprachtherapie wären zukünftige Studien sinnvoll, um zu evaluieren, unter welchen Bedingungen ein spezifisches Modell der Leistungserbringung am effektivsten ist. Zudem gilt es zu bedenken, dass eine adäquate Förderung nicht im Kindesalter enden sollte, sondern aufgrund der engen Korrelation von Sprachfähigkeiten und Schulerfolg eine kontinuierliche Unterstützung voneinander benötigt ist (Simkin & Conti-Ramsden 2009).

Während sich in Deutschland – wie in Kapitel 3.2 dargestellt – eine Diversifikation schulischer Förderorte abzeichnet, bleibt zu untersuchen, welche sprachtherapeutischen und logopädischen Angebote derzeit in Schulen zur Verfügung stehen. Dies bildet die zentrale Fragestellung der Fragebogenerhebung, die ab Kapitel 8 vorgestellt wird.

KAPITEL 6

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung:

Themenkomplex *Sprachtherapie*:

Bei **Frage 15** interessierte die Häufigkeit der Durchführung von **Einzel- und Gruppenintervention**.

Frage 18: Zusammenhang zwischen sprachlichen Auffälligkeiten und dem Grad der inhaltlichen Verbindung mit dem Unterricht

Frage 19: Zusammenhang zwischen sprachlichen Auffälligkeiten und dem Ort der Therapie

→ Hier interessierte jeweils, ob – wie im angloamerikanischen Raum (Cirrin et al. (2010): siehe Kapitel 6.2) - Unterschiede in Abhängigkeit der behandelten Störungsbilder auftreten.

7 Die Situation in den USA als internationale Vergleichsperspektive

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln verschiedene Modelle der Förderung sprachbehinderter Schülerinnen präsentiert wurden und dabei in erster Linie die Bedingungen in Deutschland im Fokus standen, soll nun am Beispiel der USA die internationale Situation ins Blickfeld gerückt werden. Hieraus lassen sich Anknüpfungspunkte für die zukünftige Entwicklung in Deutschland ableiten, da in den USA langjährige Erfahrungen zur sprachtherapeutischen Versorgung innerhalb eines inklusiven Schulsystems vorliegen (Lüdtke & Licandro 2012). Zudem wird über den dortigen Berufsverband - der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) – alle zwei Jahre eine Fragebogenerhebung unter im schulischen Kontext praktizierenden Sprachtherapeutinnen durchgeführt, deren jüngste Ergebnisse in Kapitel 7.2 vorgestellt werden. Diese Studie diente auch als Impuls zur Konzeption des im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Fragebogens.

7.1 Der Response to Intervention-Ansatz (RTI) als schulorganisatorischer Rahmen

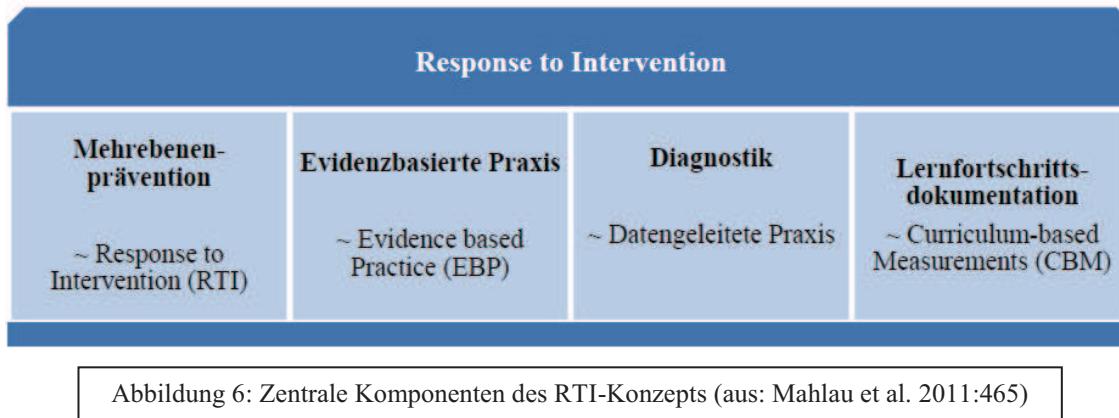
Den schulorganisatorischen Rahmen für die Zuteilung von Förderressourcen bildet in den USA der sogenannte *Response to Intervention-Ansatz (RTI)*, dessen Effektivität bereits in Evaluationsstudien nachgewiesen wurde (u.a. Deno et al. 2001). Von der ASHA sowie einem Großteil der US-amerikanischen Sprachtherapeutinnen wird dieser Ansatz ausdrücklich unterstützt (ASHA 2006; Sanger et al. 2012).

Die gesetzliche Grundlage für die Umsetzung des RTI-Modells stellt das *Individuals with Disabilities Education Improvement Act* (IDEIA 2004) dar. Darin ist das Recht von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf verankert, in der für sie am wenigsten einschränkenden Umgebung (*least restrictive environment*) unterrichtet zu werden. Hierunter wird soweit wie möglich eine inklusive Beschulung verstanden. Auf Wunsch der Eltern besteht jedoch auch die Möglichkeit, eine Förderklasse oder –schule zu besuchen. Zudem ist für jede Schülerin mit Behinderung ein individueller Erziehungsplan (*Individualized Education Program; IEP*) vorgesehen (IDEIA 2004).

Auf dieser Basis zielt das RTI-Konzept darauf ab, der Heterogenität schulischer Leistungen im Rahmen des Regelschulwesens durch ein gestuftes System an Fördermaßnahmen gerecht zu werden. Gleichzeitig dient der RTI-Ansatz als Maßnahme zur Qualitätssicherung des Unterrichts. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass durch die Implementierung evidenzbasierter Unterrichtsmethoden der Entstehung von Entwicklungs- und Lernauffälligkeiten entgegengewirkt werden kann (Torgesen 2009).

Insofern sollen im Sinne des Präventionskonzepts mögliche Lernschwierigkeiten früh identifiziert und gezielte Fördermaßnahmen eingeleitet werden, bevor sich eine Lernstörung manifestiert. Orientierungspunkt sind dabei – ähnlich wie im ICF-Modell – die individuellen Kompetenzen und Bedürfnisse der Schülerinnen (Glück 2012).

Abbildung 6 gibt einen Überblick über die wesentlichen Komponenten des RTI-Ansatzes:



In Bezug auf die sprachliche Förderung lässt sich das Mehrebenenmodell des RTI-Konzepts folgendermaßen konkretisieren:

Auf **Ebene 1** erhalten alle Schülerinnen gemeinsam einen qualitativ hochwertigen Unterricht. Im Sinne des Präventionsgedankens sollten durch die Regelschullehrerin sprachförderliche Maßnahmen in den Unterricht integriert werden, wobei ihr eine Sprachtherapeutin beratend zur Seite stehen kann (Rudebusch & Wiechmann 2011). Anhand von curriculumbasierten Messungen wird regelmäßig evaluiert, ob die Kinder mit entsprechenden Lernfortschritten auf das Unterrichtsangebot reagieren (*response to intervention*). So lassen sich nach dem Prinzip *teach-test-teach* (*Lehren–Prüfen–Lehren*) Rückschlüsse auf die schulische Entwicklung der Schülerinnen (*progress monitoring*) und die Effektivität der Unterrichtsmaßnahmen ziehen (Glück 2012). Zur Identifikation von Risikokindern sollten zudem Sprachscreenings zum Einsatz kommen. Bleiben bei einem Kind die gewünschten Lernfortschritte aus, stehen in der Regel auf zwei weiteren Ebenen Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung (Reber 2012a).

Auf **Ebene 2** erhalten die Kinder fokussierte Maßnahmen im Rahmen der allgemeinen Schule. Es ist davon auszugehen, dass dies etwa 15 Prozent der Schülerinnen betrifft (Reber 2012a). In der Regel werden Angebote im Gruppensetting durchgeführt, wie beispielsweise Sprachförderung in Kleingruppen durch eine spezialisierte Fachkraft. Die Sprachtherapeutin kann auf dieser Ebene auch ihre Beratungskompetenzen einbringen, indem etwa im Sinne des in Kapitel 4.2 beschriebenen Supervisionsmodells eine Anleitung der Regelschullehrkraft bezüglich der Optimierung des Lernangebots für sprachlich auffällige Kinder erfolgt (Rudebusch & Wiechmann 2011).

Sind auch infolge dieser Maßnahmen keine adäquaten Lernfortschritte festzustellen, besteht auf **Ebene 3** die Möglichkeit zur Intensivierung der Förderung. Geeignete Maßnahmen können eine Verringerung der Gruppengröße oder eine Erhöhung der Therapiefrequenz sein (Ehren 2005). Dies betrifft etwa fünf Prozent aller Schülerinnen. Auch der Besuch einer Förderklasse, die in den USA meist an die Regelschule angegliedert ist, oder Förderschule stellt auf Ebene 3 eine Möglichkeit zur Intensivierung des Förderangebots dar (Reber 2012a).

Charakteristisch für das RTI-Konzept ist dessen hohe Flexibilität, sodass eine Anpassung der Unterstützungsmaßnahmen und somit ein Wechsel der Förderstufen je nach individuellem Bedarf des Kindes realisierbar ist.

In Deutschland existieren ebenfalls Bestrebungen zur Umsetzung des RTI-Konzepts - beispielsweise im Bereich *Schriftsprache* (Hartmann 2008). Konzepte für *Sprache* finden sich bei Glück (2012) und Reber (2012a).

Abbildung 7 gibt einen Überblick über das RTI-Konzept für den Bereich *Sprache*:

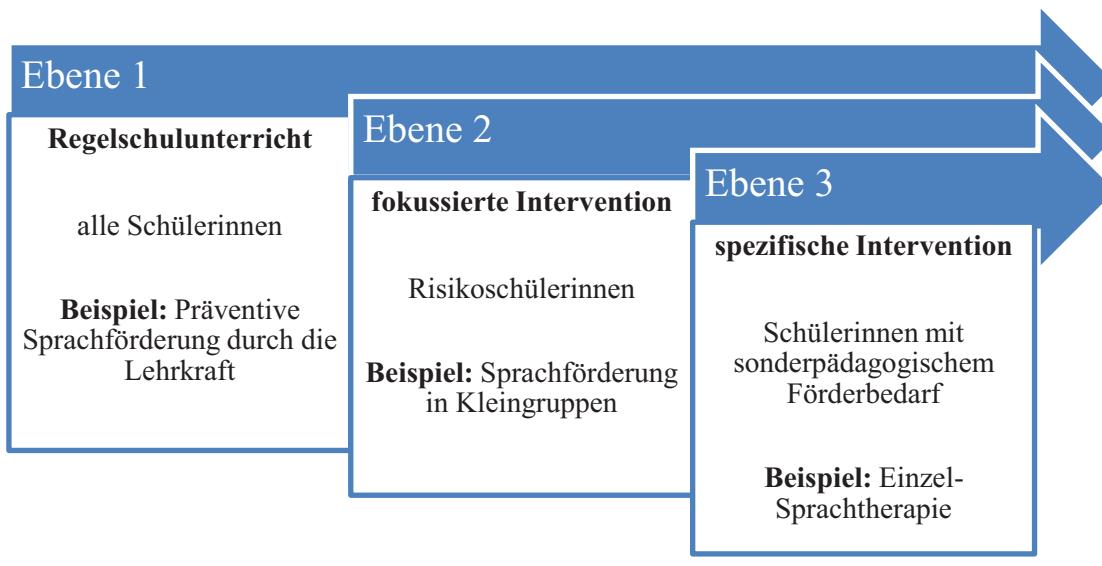


Abbildung 7: Mehrebenenmodell des RTI-Konzepts für den Bereich *Sprache*
(Inhalte aus Reber 2012a:267)

7.2 Schulische Settings als klassisches Arbeitsgebiet von Sprachtherapeutinnen in den USA

Die sprachtherapeutische Arbeit im schulischen Kontext ist in den USA bereits seit Jahrzehnten etabliert, da dort über die Hälfte der Sprachtherapeutinnen (*speech-language pathologists*; SLPs) direkt an Schulen oder Schulbezirken angestellt ist. Im Jahr 2012 übte mit knapp 58 Prozent der Großteil dieser Fachkräfte seinen Beruf in Grundschulen (*elementary schools*) aus (ASHA 2012).

In der Regel ist für die Tätigkeit im Schulbetrieb neben einem Masterabschluss ein von der ASHA vergebenes Zertifikat zur Qualitätssicherung der Ausbildung sprachtherapeutischer Fachkräfte (*ASHA Certificate of Clinical Competence; CCC*) erforderlich. Als Zusatzqualifikation werden häufig pädagogisch-didaktische Universitätskurse sowie eine mehrmonatige supervidierte Lehrtätigkeit an einer öffentlichen Schule (*student teaching*) vorausgesetzt (Lüdtke & Licandro 2012).

Mithilfe einer von der ASHA regelmäßig – zuletzt im Frühjahr 2012 – durchgeführten Fragebogenerhebung (*ASHA 2012 Schools Survey*) werden Informationen über den Tätigkeitsbereich und die Arbeitsbedingungen schulischer Sprachtherapeutinnen erhoben. Einige wesentliche Ergebnisse dieser Studie sollen im Folgenden vorgestellt werden:

Wie nachfolgender Tabelle 3 zu entnehmen ist, behandeln Sprachtherapeutinnen in US-amerikanischen Schulen ein breites Spektrum an kindlichen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen:

Interventionsbereich	Prozentualer Anteil der Therapeutinnen, die regelmäßig Schülerinnen mit diesem Störungsbild behandeln (n = 1.760)
Phonetisch-phonologische Störungen	92.6
Sprachstörungen bei Autismus-Spektrum-Störungen	90.3
Kommunikativ-pragmatische Störungen	83.0
Sprachstörungen bei geistiger Behinderung	78.9
Redeflussstörungen	66.5
Sprachstörungen bei Lernbehinderung	60.9
Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen	57.7
Kindliche Sprechapraxie	56.9
Unterstützte Kommunikation	48.8
Hörstörungen	45.4
Störungen beim Erwerb der Schriftsprache	29.6

Tabelle 3: Häufigste Interventionsbereiche schulischer Sprachtherapeutinnen in den USA
(Daten aus: ASHA 2012:24-25)

Es zeigt sich, dass die sprachtherapeutische Arbeit neben der Behandlung von Störungen auf den unterschiedlichen Sprachebenen – allen voran phonetisch-phonologischen Auffälligkeiten - häufig Sprachstörungen im Kontext zusätzlicher Beeinträchtigungen umfasst. So arbeiten zum Beispiel beinahe 80 Prozent der Befragten regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen, die von einer geistigen Behinderung betroffen sind. Hier spiegelt sich wider, dass in den USA Schülerinnen mit Behinderung im Regelfall innerhalb des allgemeinen Schulsystems unterrichtet und auch sprachtherapeutisch versorgt werden. Interessant ist zudem, dass sich die Intervention bei annähernd einem Drittel der Studienteilnehmerinnen auch auf Schriftsprachstörungen bezieht.

Dies lässt darauf schließen, dass das Fachwissen von Sprachtherapeutinnen in zahlreichen Schulen zur Unterstützung des Schriftspracherwerbs herangezogen wird.

Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse zu berücksichtigen, dass Sprachtherapie in US-amerikanischen Schulen in erster Linie auf das Erreichen schulischer Lernziele (Lüdtke & Licandro 2012) und die Partizipation am Schulalltag ausgerichtet ist.

In Bezug auf die Arbeitsbereiche ergibt sich folgende Aufteilung:

Arbeitsbereich	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden (n = 1.641)
Direkte sprachtherapeutische Intervention (<i>pull out</i>)	18.9
Direkte sprachtherapeutische Intervention (<i>push in</i>)	5.7
Verfassen von Berichten	5.2
Andere Tätigkeiten (z. B. Team-Sitzungen, Beratung)	5.0
Diagnostik	3.3
Tätigkeit in einer Förderklasse für Kinder mit Sprachbehinderungen	3.0
Supervision	2.3
Aufgaben im Rahmen von RTI	2.2

Tabelle 4: Durchschnittliche Aufteilung der wöchentlichen Arbeitszeit schulischer Sprachtherapeutinnen in den USA (Daten aus: ASHA 2012:31-32)

Wie in Tabelle 4 abzulesen, nimmt die direkte Intervention in Form von isolierter Sprachtherapie (*Pull-out-Modell*) den Großteil der Arbeitszeit in Anspruch. Weitaus seltener arbeiten die Befragten mit durchschnittlich sechs Stunden wöchentlich direkt im Klassenzimmer (*Push-in-Modell*).

Über 75 Prozent der Sprachtherapeutinnen geben zudem an, regelmäßig an der Umsetzung des in Kapitel 7.1 beschriebenen *Response to Intervention-Ansatzes* beteiligt zu sein. Die wichtigsten Aufgaben hierbei umfassen Beratungstätigkeiten (60 Prozent), die Anleitung von Lehrkräften (56 Prozent) sowie die Durchführung von Sprachscreenings (56 Prozent); seltener auch die direkte sprachtherapeutische Leistungserbringung (35 Prozent) (ASHA 2012: 30).

Als größte Hürden für die sprachtherapeutische Arbeit im Schulsetting werden der hohe Zeitaufwand für organisatorische Tätigkeiten (81 Prozent), die geringen zeitlichen Ressourcen für die Kooperation mit Lehrkräften (67 Prozent) sowie die hohe Patientenzahl (61 Prozent) genannt (ASHA 2012: 8-10).

Zusammenfassende Beurteilung – Kapitel 7

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Erhebung der ASHA (2012), dass in den USA umfassende strukturelle Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Sprachtherapie im Schulsetting existieren und akademische Sprachtherapeutinnen dort in einer Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben involviert sind. Bemerkenswert ist, dass die Therapie größtenteils ohne Verbindung zum Unterricht stattfindet. Dies lässt sich an der hohen Einsatzhäufigkeit des Pull-out-Modells sowie dem Wunsch der Therapeutinnen nach mehr zeitlichen Ressourcen für die Kooperation mit Lehrkräften ablesen.

Inwiefern in Deutschland Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen bereits im schulischen Kontext tätig sind und welche Angebote für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen hierzulande zur Verfügung stehen, wird ab dem nächsten Kapitel thematisiert. Dabei gilt es stets zu berücksichtigen, dass in Deutschland die Aufgabe der Sprachförderung im Schulsetting derzeit überwiegend den Sprachheillehrerinnen zukommt.

KAPITEL 7

Verknüpfung theoretische Grundlagen – Fragebogenerhebung:

Anhand von **Frage 14** wird – ähnlich wie in der Erhebung der ASHA (2012) - die **Aufteilung der Arbeitszeit** nach folgenden Bereichen abgefragt:

Prävention - Diagnostik - Therapie - Beratung - Unterricht

Zusammenfassung – Theoretische Grundlagen

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zur schulischen und außerschulischen Förderung von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in Deutschland Umstrukturierungen der Formen sprachtherapeutischer und logopädischer Leistungserbringung erfordern (*siehe Kapitel 2 und 3*). Insbesondere stellt sich die Frage, wie eine effektive Verbindung der Domänen *Unterricht* und *Therapie* aussehen kann. Hierzu existieren verschiedene Konzepte von Sprachtherapie, die sich jeweils durch einen unterschiedlich hohen Verknüpfungsgrad mit dem Unterricht auszeichnen (*siehe Kapitel 4*).

In der Praxis kommt vor allem der Kooperation von Lehrkraft und Sprachtherapeutin eine zentrale Bedeutung zu (*siehe Kapitel 5*). Besonders ins Blickfeld zu rücken sind zudem die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Schülerinnen selbst, zumal sich eine Vielzahl unterschiedlicher Fördermaßnahmen als effektiv erweist (*siehe Kapitel 6*).

Ansatzpunkte für die zukünftige Entwicklung in Deutschland bietet die Situation in den USA, da dort langjährige Erfahrungen zur sprachtherapeutischen Versorgung innerhalb eines inklusiven Schulwesens vorliegen (*siehe Kapitel 7*).

B Empirie - Forschungsprojekt

8 Gesamtforschungsprojekt: Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln wesentliche theoretische Grundlagen erörtert wurden, steht im Folgenden die im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführte Fragebogenerhebung im Fokus. Diese war in das Gesamtforschungsprojekt „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“ eingebettet, das in diesem Kapitel vorgestellt wird. Den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet der Teilbereich des Projekts, der sich spezifisch auf die Situation in Deutschland sowie auf die Berufsgruppen der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen konzentrierte.

Bevor der Konstruktionsprozess und die Struktur des im Rahmen des Forschungsprojekts konzipierten Fragebogens aufgezeigt werden, erfolgt eine Darstellung der zugrunde liegenden Fragestellungen.

8.1 Fragestellungen des Gesamtforschungsprojekts

Bei der Sichtung des aktuellen Forschungsstandes zu Sprachtherapie in schulischen Settings fällt auf, dass in Europa – beispielsweise im Vergleich zu den USA – bisher kaum Daten über das sprachtherapeutische, logopädische und sprachheilpädagogische Angebotsspektrum für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen vorliegen. Um diese Lücke zu schließen, wurde über den Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt *Sprache*) der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit der Fachhochschule Nordwestschweiz eine internationale Befragung unter Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen durchgeführt. Zu Beginn des Projekts lag der Schwerpunkt dabei auf den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz. Später wurden zudem Belgien, Finnland, Frankreich und Luxemburg ins Blickfeld gerückt.

Im Fokus dieser Erhebung stand folgende Hauptforschungsfrage:

Welche sprachtherapeutischen, logopädischen und sprachheilpädagogischen Angebote stehen nach derzeitigem Stand für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen zur Verfügung?

Wie in Kapitel 8.3 beschrieben wird, kristallisierten sich auf Basis der Literaturrecherche **fünf zentrale Themenkomplexe** der Befragung heraus. Diesen Themenbereichen lagen wiederum folgende Fragestellungen zugrunde:

Themenkomplex *Klientel*:

Wie häufig arbeiten Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern mit Schülerinnen, die eine Regel- beziehungsweise Förderschule besuchen?

Themenkomplex *Formen der Kooperation*:

Wie häufig und in welcher Form tauschen sich Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern mit unterschiedlichen Personengruppen aus?

Themenkomplex *Sprachtherapie*:

An welchen Orten und in welchem Setting wird in den jeweiligen Ländern Sprachtherapie durchgeführt?

Wie häufig wird Sprachtherapie in den jeweiligen Ländern inhaltlich mit dem Unterricht verbunden?

Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*:

Wie häufig und in welcher Form arbeiten Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern direkt im Klassenzimmer?

Themenkomplex *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*:

Wie zufrieden sind Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen mit ihrer Arbeitssituation in den jeweiligen Ländern?

8.2 Forschungsmethodik und -design

Die vorliegende Masterarbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojekts „Von der Integration zur Inklusion? Formen der Zusammenarbeit zwischen Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie in schulischen Einrichtungen“ am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt *Sprache*) der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit der Fachhochschule Nordwestschweiz. Bei der Sichtung des internationalen Forschungsstandes zu dieser Thematik zeigte sich, dass in den USA – wie in Kapitel 7 thematisiert – durch Erhebungen des dortigen Berufsverbandes (*ASHA Schools Survey*) detaillierte Informationen zu Sprachtherapie im schulischen Kontext vorliegen. In Europa hingegen stehen bisher keine vergleichbaren Daten zu Angeboten für sprachlich auffällige Kinder und Jugendliche im Schulalter zur Verfügung.

Entsprechende Informationen wären jedoch hilfreich, um ausgehend vom aktuellen Stand zukünftige Entwicklungsschritte für eine optimale Versorgung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher innerhalb eines inklusiven Schulsystems ableiten zu können.

Hieraus erwuchs die Idee, anhand einer empirischen Erhebung die berufliche und fachliche Situation von Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in schulischen Settings sowie die Versorgungsqualität von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen zu erfassen. Im Hinblick auf die aktuellen Inklusionsbemühungen sollte der Schwerpunkt dabei auf Angeboten direkt in den Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer liegen.

Als Forschungsmethode wurde – in Anlehnung an die Studie der ASHA (2012) – die standardisierte schriftliche Befragung (Fragebogenmethode) gewählt. Jene Form der quantitativen Datenerhebung stellt eines der am häufigsten eingesetzten Messinstrumente in der empirischen Sozialforschung dar. Da diese Untersuchungsvariante für die Erfassung von Beschreibungen und Einschätzungen spezifischer Sachverhalte durch die befragten Personen geeignet ist (Bortz & Döring 2006), war sie für das Ziel der Erhebung - aus Sicht von Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen einen Überblick über Angebote für sprachbehinderte Schülerinnen zu erhalten - angemessen. Ein weiterer Vorteil von Fragebogenerhebungen ist, dass sie für die Befragung großer, homogener Gruppen praktikabel sind. Es gilt jedoch zu beachten, dass ein hohes Maß an Strukturiertheit des Fragebogeninhalts vorausgesetzt ist, da während der Erhebungssituation - im Gegensatz zur mündlichen Befragung – keine Steuerung durch den Untersuchungsleiter möglich ist. Die nur schwer kontrollierbare Erhebungssituation stellt somit einen Nachteil der schriftlichen Befragung dar (Raab-Steiner & Benesch 2012). Als Befragungsmedium wurde das Internet gewählt (Online-Befragung), um den Fragebogen auf elektronischem Weg verteilen zu können und den Teilnehmerinnen zu ermöglichen, diesen ohne Mehraufwand am Computer zu bearbeiten. Auf diese Weise sollte eine effiziente Durchführung und Auswertung der Daten gewährleistet werden. Aus ökonomischer Sicht ließen sich so zudem die Kosten einsparen, die sich durch eine postalische Befragung ergeben hätten.

Das gewählte Forschungsdesign lässt sich somit als *Ex-post-facto-Design* bezeichnen, da mittels einer Befragung die Messung abhängiger und unabhängiger Variablen erfolgte, ohne dass experimentelle Kontrolltechniken zur Minimierung des Einflusses von Störvariablen eingesetzt werden konnten (Raab-Steiner & Benesch 2012). Grundsätzlich handelte es sich um eine Querschnittsstudie, da zum selben Zeitpunkt eine Vielzahl von Personen untersucht wurde (Bortz & Döring 2006). Zudem ist in einigen Jahren eine Wiederholung der Erhebung geplant, um Veränderungen abzubilden. Somit besteht das langfristige Ziel in der Durchführung einer Längsschnittstudie.

Nachfolgende Abbildung 8 gibt einen Überblick über das Gesamtdesign der Studie⁷:

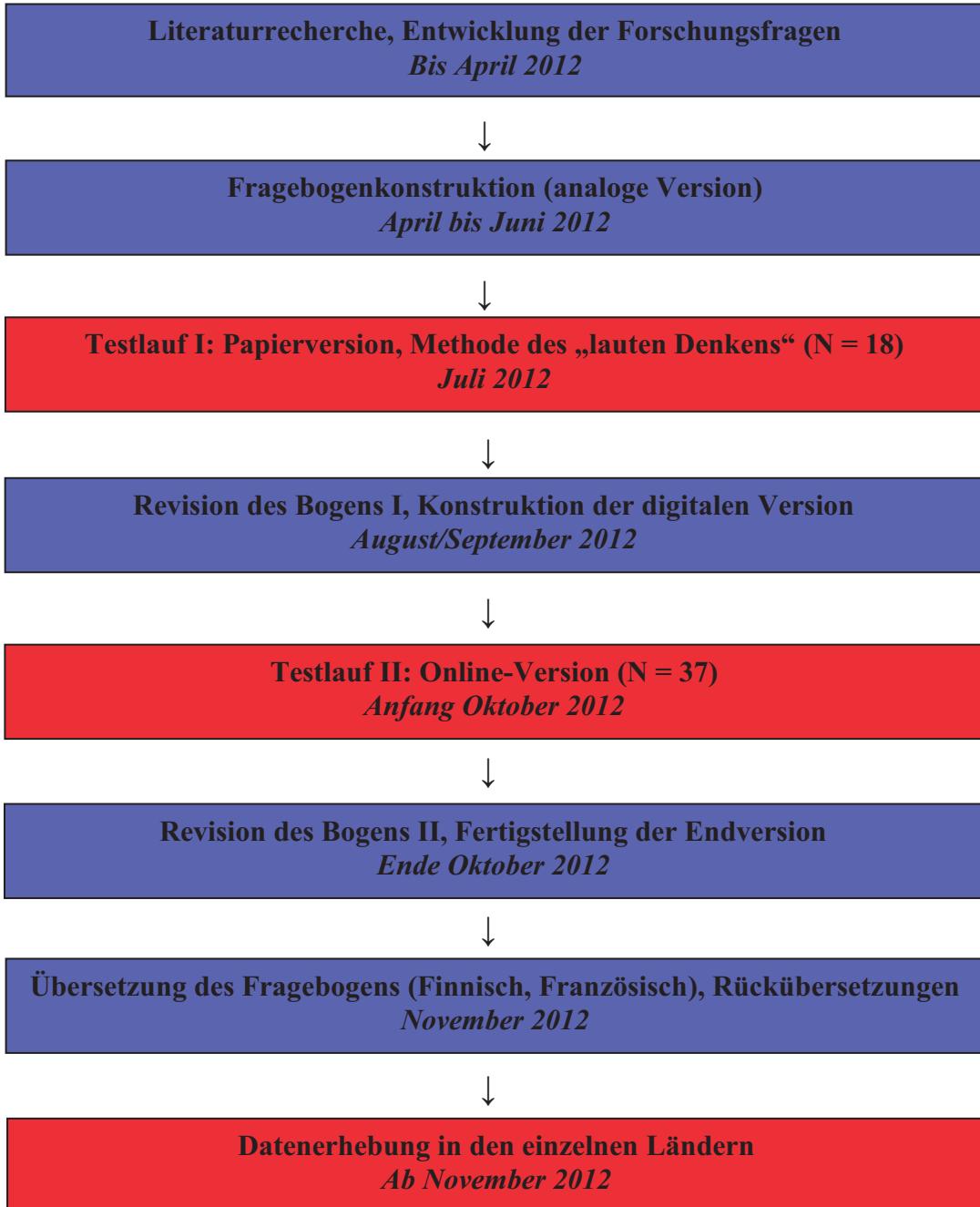


Abbildung 8: Design des Gesamtforschungsprojekts (Daten aus: Reber 2012b)

Wie aus Abbildung 8 hervorgeht, folgte auf die literaturbasierte Entwicklung der Forschungsfragen (siehe Kapitel 8.1) die Konstruktion einer ersten analogen Version des Fragebogens. Diese wurde daraufhin in papiergebundener Form einem ersten Testlauf mit 18 Personen unterzogen. Ziel des Pretests war es, die Durchführbarkeit und Praktikabilität der Befragung zu prüfen und eventuelle inhaltliche sowie formale Unstimmigkeiten in der Fragenformulierung zu ermitteln.

⁷ In der Grafik sind Teilschritte, die sich auf die Konstruktion des Fragebogens beziehen, jeweils blau koloriert und Teilschritte, welche die Befragung von Probanden betreffen, rot hinterlegt.

Als Probanden wurden hierfür Studierende der Fachrichtungen *Sprachtherapie* beziehungsweise *Sprachheilpädagogik* herangezogen, da diese über den nötigen fachlichen Hintergrund verfügen, um den Fragenkatalog auch aus fachwissenschaftlicher Sicht beurteilen zu können. Während des Pretests wurde die Methode des „lauten Denkens“ angewandt, wobei die Testpersonen zur Verbalisierung aller Eindrücke, die ihnen bei der Bearbeitung des Fragebogens in den Sinn kamen, aufgefordert wurden. Diese wurden schriftlich festgehalten (Raab-Steiner & Benesch 2012).

Auf Grundlage dieses Testlaufs erfolgte eine Revision des Fragebogens, wobei seine Gesamtlänge gekürzt und zur besseren Verständlichkeit einige inhaltliche Details modifiziert wurden.

Zur anschließenden Erstellung der digitalen Version des Bogens wurde die Software *IBM SPSS Data Collection Interviewer Server 6.0.1*⁸ verwendet. Vorteil dieses Fragebogentools ist, dass neben der Gestaltung eines ansprechenden Fragebogen-Layouts eine direkte Übertragung der gewonnenen Daten in die Statistik-Software *IBM SPSS Statistics 20* möglich ist, welche zur Datenauswertung eingesetzt wurde. Zudem konnten die Befragten durch entsprechende technische Einstellungen während der Bearbeitung auf fehlende Antworten aufmerksam gemacht werden, was sich positiv auf die Vollständigkeit der Fragebögen auswirkte. Zur Veranschaulichung folgt ein Screenshot einer Benutzeroberseite des Fragebogentools:

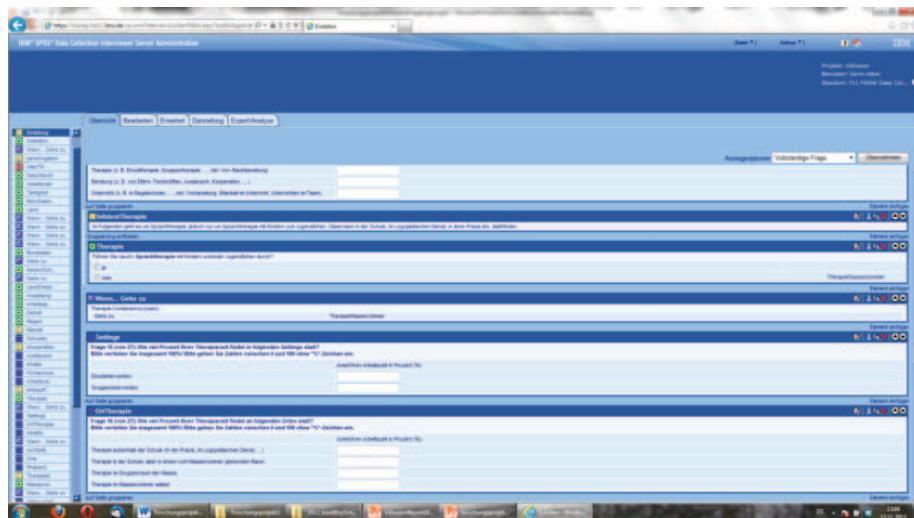


Abbildung 9: Exemplarischer Screenshot einer Benutzeroberseite des Fragebogentools *SPSS Data Collection Interviewer Server 6.0.1* (aus: Reber 2012b)

Die internetbasierte Version des Fragebogens wurde – vor allem hinsichtlich ihrer technischen Durchführbarkeit – ebenfalls einem Pretest unterzogen. Als Testpersonen wurden bereits praktizierende Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen gewählt, da diese

⁸ Nähere Informationen zu diesem Fragebogentool finden sich auf folgender Homepage: <http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/products/data-collection/>. (Aufruf am 20.02.2013)

mit der Zielgruppe der Studie identisch waren und somit die Praktikabilität der Befragung realistisch einschätzen konnten. Nach einer anschließenden zweiten Revision, wobei lediglich marginale inhaltliche und formale Korrekturen vorgenommen werden mussten, erfolgte schließlich die Fertigstellung der Fragebogenendversion. Eine detaillierte Beschreibung der Struktur des Bogens folgt in Kapitel 8.3. Zudem befindet sich eine Papierversion in Anhang B dieser Arbeit.

Da es sich um eine internationale Befragung handelte, wurden Parallelversionen des Fragebogens für die Datenerhebung in Finnland, Frankreich, Österreich und der Schweiz erstellt. Die Grundstruktur des Fragebogens blieb hierbei unverändert; es erfolgten lediglich Adaptionen an die landestypischen Terminologien beziehungsweise Übersetzungen in die jeweilige Landessprache.

Mitte November 2012 konnte der Fragebogen veröffentlicht und so mit der Datenerhebung in den einzelnen teilnehmenden Ländern begonnen werden. Um sicher zu stellen, dass nur qualifizierte Therapeutinnen an der Befragung teilnahmen, erfolgte diese über Mitglieder der entsprechenden Berufsverbände. Detaillierte Informationen zur Stichprobengewinnung sowie zur praktischen Durchführung der Erhebung in Deutschland finden sich in Kapitel 9.2.

8.3 Struktur des Fragebogens

Ziel dieses Unterkapitels ist es, den Aufbau des Fragebogens und die dahinterstehenden theoretischen Überlegungen zu erläutern. Als Fachliteratur zur Fragebogenkonzeption dienten die Werke von Bortz & Döring (2006), Bühner (2011) sowie Raab-Steiner & Benesch (2012).

Eine Papierversion des konzipierten Fragebogens findet sich in Anhang B.

8.3.1 Allgemeine Bemerkungen

Insgesamt wurde auf eine zumutbare Gesamtlänge des Fragebogens geachtet, um die Befragungspersonen nicht abzuschrecken und so die Rücklaufquote nicht zu gefährden (Raab-Steiner & Benesch 2012). Wie anhand der Pretests überprüft wurde, umfasste die Bearbeitungszeit für den Fragenkatalog circa 20 Minuten.

Um einen thematischen roten Faden zu gewährleisten (Raab-Steiner & Benesch 2012), wurden die Fragen des Bogens in verschiedene Themenkomplexe gegliedert, die jeweils eine ähnliche Anzahl an Einzelfragen enthielten. Die Themenblöcke wurden im Verlauf des Fragebogens zunehmend inhaltlich spezifischer.

Einen Überblick über die Gesamtstruktur des Fragebogens bietet nachfolgende Tabelle 5:

Instruktion		
Themenkomplexe	Persönliche Angaben	Alter, Geschlecht, Einrichtungstyp, Art der Tätigkeit, Abschluss, Land, Bundesland/Kanton, Beschäftigungsverhältnis, Berufserfahrung, Gehalt, Region
	Klientel	Art
	Formen der Kooperation	Häufigkeit, Inhalte, Formen des Austausches, Aufgabenbereiche
	Sprachtherapie	Setting, Orte der Therapie, Verbindung mit dem Unterricht (Häufigkeit, Störungsbilder), Orte der Therapie (Störungsbilder), Einheiten der Therapie
	Intervention direkt im Klassenzimmer	Interventionsformen, Unterrichtsphasen/-inhalte, Team-Teaching (Häufigkeit, Formen)
	Gesamtbewertung der Arbeitssituation	
	Fortbildungswünsche	
	Modelle der Leistungserbringung	Argumente für Arbeit in der Klasse/außerhalb des Klassenzimmers/in der Kleingruppe
	Freie Kommentare	

Tabelle 5: Überblick über die Gesamtstruktur des Fragebogens

Der Fragebogen beinhaltete insgesamt 27 Einzelfragen. Zudem waren einigen Themenkomplexen sogenannte *Filterfragen* vorgeschaltet, „von deren Beantwortung es abhängt, welche weiteren Fragen zu stellen sind“ (Bortz & Döring 2006:244). Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die Teilnehmerinnen nur diejenigen Themenbereiche bearbeiteten, über die sie aufgrund ihrer Arbeitssituation fundierte Aussagen treffen konnten.

Die Fragebogenitems wurden beinahe durchgängig in Frageform formuliert (z. B. „Arbeiten Sie...?“), da dies zur Erfassung konkreter Sachverhalte besser geeignet ist als Zustimmungsaussagen (z. B. „Ich arbeite...“) (Bortz & Döring 2006).

Auch kamen fast ausschließlich gebundene Antwortformate zum Einsatz, wobei den Befragten eine Auswahl an Antwortmöglichkeiten vorgegeben wird. Vorteil hierbei ist neben der höheren Objektivität die zeitökonomische Auswertung. So entfällt - anders als bei offenen Fragen - die Kategorisierung frei formulierter Antworten (Bortz & Döring 2006). Zudem wurde darauf geachtet, pro Themenkomplex jeweils ein ähnliches Antwortformat zu wählen.

Auf die Verwendung von Fachterminologie wurde größtenteils verzichtet, um die Verständlichkeit der Fragen zu gewährleisten. Sofern dies jedoch notwendig war, wurden zur Präzisierung des Bedeutungsgehalts von Fachbegriffen Definitionen ergänzt (Bühner 2011).

Ebenso wurde Wert darauf gelegt, die Fragebogenitems sprachlich konsistent und so kurz und prägnant wie möglich zu formulieren, um die Befragten nicht durch die Komplexität der Fragestellung zu überfordern (Raab-Steiner & Benesch 2012).

Instruktion

Hauptintention der Fragebogeninstruktion war es, Interesse für den Forschungsgegenstand zu wecken und die Zielgruppe zur Teilnahme an der Erhebung zu motivieren (Raab-Steiner & Benesch 2012). In diesem Sinne erfolgte eine grobe Darstellung des Forschungsprojekts, wobei die Relevanz des Themas *Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik* hervorgehoben wurde. Weiterhin erfolgte eine Zusicherung der anonymen und vertraulichen Behandlung der erhobenen Daten. Da der Fragebogen in mehreren europäischen Ländern zum Einsatz kam, wurde den Befragten zudem empfohlen, sich nicht von etwaigen weniger vertrauten Begrifflichkeiten irritieren zu lassen und jeweils die am ehesten zutreffende Antwortmöglichkeit auszuwählen. Der Einleitungs- text endete mit einem Verweis auf das Ende der Rücklaufzeit sowie einem Dank für die Teilnahme.

8.3.2 Persönliche Angaben

Den Fragen zu den **persönlichen Angaben** war eine Filterfrage vorangestellt, die sich darauf bezog, ob die Befragten mit **Kindern und Jugendlichen im Schulalter** arbeiten. Da der Fragebogen – wie in Kapitel 8.2 dargestellt - darauf abzielte, spezifische Angebote für diese Klientel zu erfassen, erübrigte sich die weitere Bearbeitung des Fragenkatalogs für Personen, welche diese Frage mit *nein* beantworteten.

Anschließend wurden persönliche Angaben erfragt, weil sich einfach zu beantwortende *Eisbrecher*- beziehungsweise *Aufwärmfragen* als Einstieg empfehlen, um das Thema einzuführen und die Befragungspersonen für die weitere Teilnahme zu motivieren (Raab-Steiner & Benesch 2012). Zudem konnten hierdurch Hintergrundinformationen zur Stichprobe erhoben werden, die wertvolle Ansätze für die spätere Auswertung und Interpretation der Ergebnisse lieferten.

Wie aus Tabelle 5 zur Gesamtstruktur des Fragebogens hervorgeht, sollten die Teilnehmerinnen neben demographischen Daten wie **Alter** und **Geschlecht** auch den **Einrichtungstyp** (Frage 1) angeben, in dem sie den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen. Folgende Antwortmöglichkeiten waren dabei vorgegeben: *Praxis – Logopädischer Dienst – Regelschule – Förderschule – Sprachheilschule – Heilpädagogische Schule / Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung - (Reha-)Klinik*. Durch dieses Antwortspektrum sollten alle potenziellen Tätigkeitsfelder von Berufsgruppen, die für die Versorgung sprachbehinderter Schülerinnen zuständig sind, abgedeckt werden (dbl o.J.; dbs o.J.).

Da die Zielgruppe der Fragebogenerhebung neben Therapeutinnen auch Sprachheilpädagoginnen umfasste, die häufig als Lehrerinnen arbeiten, wurde anhand von Frage 2 die **Art der Tätigkeit** (*Therapeutische Tätigkeit – Tätigkeit als Lehrerin*) ermittelt.

Frage 3 diente der Differenzierung der **Berufsabschlüsse** (*Berufsfachschulniveau – akademisches Niveau*). Diese Auskunft ist vor allem dahingehend relevant, als Mitglieder unterschiedlicher Berufsverbände für die Fragebogenerhebung herangezogen wurden und gerade in Deutschland eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen für die Behandlung kindlicher Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen zugelassen ist (Breuer 2013).

Mit Frage 4 und 5 wurde der Internationalität der Befragung Rechnung getragen: So wurden sowohl das **Land** (*Deutschland – Finnland – Österreich – Schweiz*), als auch das **Bundesland** beziehungsweise bei Teilnehmerinnen aus der Schweiz der Kanton, in dem die Befragten hauptsächlich arbeiteten, erfasst.

Des Weiteren wurden die Teilnehmerinnen nach ihrem derzeitigen **Beschäftigungsverhältnis** (Frage 6) gefragt, wobei folgende Antwortkategorien zur Auswahl standen: *Tätigkeit auf Honorarbasis – Tätigkeit als Praxisinhaber – Angestellte Tätigkeit – Angestellte Tätigkeit (Staatsdienst) – Verbeamtete Tätigkeit (Staatsdienst)*.

Um die **Berufserfahrung** der Befragten einschätzen zu können, wurden in Frage 7 Angaben zu den bisher abgeleisteten Berufsjahren erbeten, welche folgendermaßen kategorisiert wurden: *Weniger als 1 Jahr – 1-5 Jahre – 6-10 Jahre – 11-20 Jahre – Mehr als 20 Jahre*.

Von Interesse war außerdem das monatliche Brutto-**Gehalt** (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle) (Frage 8), wobei die Teilnehmerinnen aus folgenden Antwortkategorien wählen konnten: *Bis 1.500 € / 1.800 CHF - Bis 2.500 € / 3.000 CHF - Bis 3.500 € / 4.200 CHF - Bis 4.500 € / 5.400 CHF - Bis 5.500 € / 6.600 CHF – Bis 6.500 € / 7.800 CHF – Über 6.500 € / 7.800 CHF*. Diese feine Differenzierung des Antwortkontinuums diente dazu, den Fragebogen in den verschiedenen Ländern einsetzen zu können, die über unterschiedliche Gehaltssysteme verfügen.

Der erste Themenkomplex des Fragebogens schloss mit der Frage nach der **Region** (Frage 9), in der die Befragten arbeiten, um etwaige regionale Unterschiede in der Versorgung sprachlich auffälliger Schülerinnen festzustellen zu können. Hierzu wurden folgende Antwortmöglichkeiten formuliert: *Ländliche Region (weniger als 5 000 Einwohner) – Kleinstadt (5 000 – 20 000 Einwohner) – Stadt (20 000 – 100 000 Einwohner) – Großstadt (mehr als 100 000 Einwohner)*.

Alle Fragen des Themenkomplexes *Persönliche Angaben* wurden im Format von **Mehrfachwahl-aufgaben** präsentiert, wobei die Teilnehmerinnen aus mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten jeweils eine auswählen konnten. Aufgrund technischer Einstellungen der Online-Befragung, die mithilfe des verwendeten Fragebogentools *IBM SPSS Data Collection Interviewer Server 6.0.1* eingerichtet wurden, war es möglich, keine Mehrfachnennungen zuzulassen. Neben der zeitökonomischen Durchführung und Auswertung bietet dieses Antwortformat im Vergleich zu offenen Fragen den Vorteil einer besseren Vergleichbarkeit der Daten (Bühner 2011).

8.3.3 Themenkomplex *Klientel*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig arbeiten Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern mit Schülerinnen, die eine Regelbeziehungsweise Förderschule besuchen?

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, zeichnet sich in Deutschland eine Diversifikation schulischer Förderorte für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen ab, wobei inklusive Unterrichtsmodelle zunehmend an Bedeutung gewinnen. Daher war es von hoher Relevanz zu erfahren, wie häufig die Befragten mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, die in allgemeinen Schulen (*Regelschule*) beziehungsweise in spezialisierten Bildungseinrichtungen (*Förderschule*) unterrichtet werden (Frage 10).

Zur Beantwortung dieser Frage wurde für die Items *Regelschule* und *Förderschule* jeweils folgende unipolare **Ratingskala** gewählt:



Abbildung 10: Mehrkategorielles Antwortformat (Ratingskala) des Fragebogens

Grund für den Einsatz eines mehrkategoriellem Antwortformates (ordinalskalierte Ratingskala) war, dass hierdurch detaillierte Informationen über die Ausprägung eines Merkmals erhoben werden können (Bühner 2011). Um den Befragten eine feine Differenzierung ihrer Einschätzung zu ermöglichen, wurde die Skala in sechs Stufen gegliedert. Dies basiert auf Empfehlungen der Fachliteratur, wonach maximal fünf bis sieben Abstufungen vorhanden sein sollten, um die Teilnehmerinnen nicht zu überfordern. Somit verfügte die Skala über eine gerade Anzahl an Abstufungen, womit das Prinzip der *Forced Choice (Erzwungene Antwort)*, also der Verzicht auf eine Mittelkategorie, einhergeht. Auf diese Weise sollte eine mögliche Tendenz vermieden werden, die neutrale Kategorie zur Antwortverweigerung zu nutzen (Raab-Steiner & Benesch 2012). Weiterhin erfolgte eine verbale Skalenbezeichnung. Da es sich schwierig gestaltet, für die einzelnen Antwortkategorien Beschreibungen auszuwählen, die zweifelsfrei äquidistante – also konstant gleiche - Intervalle widerstreifen (Raab-Steiner & Benesch 2012), wurden nur die äußersten Pole der Skala mit den Begriffen *oft* und *nie* versehen, wodurch den Teilnehmerinnen Spielraum für subjektive Einschätzungen blieb. Allerdings gilt es bezüglich dieses Antwortformates zu berücksichtigen, dass die Häufigkeitsangaben durch die Befragten subjektiv interpretiert werden. So verstehen verschiedene Personen unter dem Begriff *oft* möglicherweise unterschiedliche Zeitangaben (Bühner 2011).

8.3.4 Themenkomplex *Formen der Kooperation*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig und in welcher Form tauschen sich Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern mit unterschiedlichen Personengruppen aus?

Wie in Kapitel 5.1 thematisiert, kommt der Qualität der Zusammenarbeit von Sprachtherapeutinnen beziehungsweise Logopädinnen und anderen Fachpersonen eine zentrale Bedeutung zu, um durch die Kumulation der Fachkenntnisse unterschiedlicher Teildisziplinen Synergieeffekte im Förderprozess zu erzielen (Hatcher 2011). Dies ist gerade bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter erstrebenswert, da sprachliche Kompetenzen eine wesentliche Determinante für den Schulerfolg darstellen (Romonath 2001).

Aus diesem Grund beschäftigte sich ein Themenkomplex des Fragebogens spezifisch mit Aspekten interdisziplinären Arbeitens:

In Frage 11 stand dabei zunächst die **Häufigkeit** der Kooperation im Fokus. Um die wichtigsten Personengruppen, die in den Erziehungs- und Bildungsprozess von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen involviert sind, zu berücksichtigen, sollten die Befragten die durchschnittliche Häufigkeit des Austausches mit folgenden Personen angeben:

<i>Mit den Eltern eines Schülers</i>
<i>Mit Regelschullehrerinnen</i>
<i>Mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen, CH: Schulische Heilpädagoginnen</i>
<i>Mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen</i>
<i>Mit anderen Fachpersonen</i>

Tabelle 6: Personengruppen, die in den Erziehungs- und Bildungsprozess von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen involviert sind (Fragebogenitems - Frage 11)

Weiterhin bezog sich Frage 12 auf die **Inhalte**, welche die Teilnehmerinnen in Gesprächen mit Fachpersonen⁹ thematisieren.

Hierzu wurde eine Häufigkeitsangabe bezüglich des Austausches über folgende sprachtherapeutische und schulische Themengebiete erbeten:

⁹ Zur Präzisierung des Begriffs *Fachpersonen* wurde folgende Anmerkung in den Fragebogen eingefügt: Mit *Fachpersonen* sind z. B. Lehrkräfte, Therapeutinnen, Medizinerinnen, Psychologinnen gemeint.

Wissensvermittlung: Informationen zu Sprachstörungen, Interventionsformen
Supervision: Anleitung und Üben mit den Kolleginnen, Training von sprachlichen und sonstigen Strategien
Informationen zu Therapieerfolgen, zu Lernfortschritten des Kindes in der Therapie
Informationen zu Schulerfolgen, zu Lernfortschritten des Kindes in der Schule
Schullaufbahnberatung

Tabelle 7: Themen in Gesprächen mit Fachpersonen (Fragebogenitems - Frage 12)

Des Weiteren wurden Informationen über die **Formen des Austausches** mit Fachpersonen erhoben (Frage 13). Hierzu sollten die Teilnehmerinnen die Häufigkeit der Nutzung folgender Informationswege (Reber 2012a), die in Kapitel 5.2 skizziert wurden, beurteilen. Die Anordnung der Items spiegelte dabei eine stufenweise Steigerung des Vernetzungsgrades wider:

<i>Schriftlicher (z. B. Mitteilungsheft, Mail) oder telefonischer Austausch</i>
<i>Spontanes Gespräch (z. B. in der Pause)</i>
<i>Gemeinsame Supervision</i>
<i>„Runder Tisch“/Teamsitzung</i>
<i>Gemeinsam, konzeptionelle Arbeit (z. B. Erarbeitung eines Schulkonzepts)</i>

Tabelle 8: Formen des Austausches mit Fachpersonen (Fragebogenitems - Frage 13)

Für die Fragen 11 bis 13 wurde jeweils pro Item die in Abbildung 10 dargestellte **Ratingsskala** verwendet, um den Befragten eine differenzierte Bewertung zu ermöglichen.

Ähnlich wie in der Erhebung der ASHA (2012) (siehe Kapitel 7.2) wurde auch untersucht, welchen Anteil der Gesamtarbeitszeit folgende **Aufgabenbereiche** jeweils in Anspruch nehmen (Frage 14):

<i>Prävention (z. B. Fortbildungstätigkeiten, Aufklärung,...)</i>
<i>Diagnostik (z. B. Screenings, Beobachtungen, Tests,...)</i>
<i>Therapie (z. B. Einzeltherapie, Gruppentherapie,..., inkl. Vor-/Nachbereitung)</i>
<i>Beratung (z. B. von Eltern, Fachkräften, Austausch, Kooperation,...)</i>
<i>Unterricht (z. B. in Regelschulen, ..., inkl. Vorbereitung, Mitarbeit im Unterricht, Unterrichten im Team)</i>

Tabelle 9: Aufgabenbereiche (Fragebogenitems - Frage 14)

Die Wahl der Items zielte darauf ab, das vielfältige Aufgabenspektrum von Logopädinnen, akademischen Sprachtherapeutinnen und Sprachheilpädagoginnen (Grohfeldt 2007) abzudecken. Da der Schwerpunkt der Fragebogenerhebung auf Angeboten direkt in Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer lag und auch Sprachheillehrerinnen teilnahmen, wurde das Item *Unterricht* aufgenommen.

Bei Frage 14 war es die Aufgabe der Teilnehmerinnen, **Prozentangaben** zu verteilen. Hierfür sollten sie in ein Kästchen, das neben jedem Aufgabenbereich erschien, eine Zahl zwischen 0 und 100 eingeben, die dem prozentualen Anteil entspricht, den der jeweilige Aufgabenbereich im Rahmen der Arbeitszeit einnimmt. Insgesamt sollten sich hierbei 100 Prozent ergeben.

Folgendes Beispiel dient der Veranschaulichung dieses Antwortformats:

Aufgabenbereich	Anteil der Arbeitszeit in Prozent (%) (0-100)
Prävention	20
Diagnostik	10
Therapie	60
Beratung	5
Unterricht	5

Tabelle 10: Exemplarische Beantwortung (Frage 14)

Einschränkend ist anzumerken, dass im Rahmen des Online-Fragebogens technisch nicht kontrollierbar war, ob sich bei den Befragten tatsächlich insgesamt 100 Prozent ergaben. Welche Konsequenzen hieraus für die Datenauswertung resultieren, wird in Kapitel 10 dargelegt. Dennoch erschien dieses Antwortformat am besten geeignet, um Informationen über die Aufteilung der Arbeitszeit zu erfassen.

8.3.5 Themenkomplex *Sprachtherapie*

Zugrunde liegende Fragestellung:

An welchen Orten und in welchem Setting wird in den jeweiligen Ländern Sprachtherapie durchgeführt?

Wie häufig wird Sprachtherapie in den jeweiligen Ländern inhaltlich mit dem Unterricht verbunden?

Ein Kernelement des Fragebogens bildete der Themenkomplex *Sprachtherapie*, der Fragen zur Gestaltung der therapeutischen Intervention umfasste. Um diesen Fragenblock nur von Teilnehmerinnen bearbeiten zu lassen, die **Sprachtherapie mit Kindern und/oder Jugendlichen** durchführen, war eine entsprechende Filterfrage vorgeschaltet.

Als Einstieg in diesen Themenblock fungierte die Frage, wie viel Prozent der Therapiezeit als *Einzel-* beziehungsweise *Gruppenintervention* stattfindet (Frage 15). Dieser Aspekt erschien dahingehend interessant, als sich – wie in Kapitel 6.2 erläutert – beide **Settings** als gleichermaßen effektiv für die Behandlung sprachlich auffälliger Schülerinnen erweisen und Gruppentherapie gerade im schulischen Kontext eine ökonomische Alternative zur Einzelintervention darstellen kann (Boyle et al. 2007, 2009).

Um Informationen über die gewählten Modelle der Leistungserbringung zu erhalten, wurden die Teilnehmerinnen zu den **Orten der Therapie** befragt (Frage 16). Hierzu wurden die in Kapitel 4.1 vorgestellten Formen von Sprachtherapie folgendermaßen operationalisiert:

Formen von Sprachtherapie (Braun et al. 1980/Grohnfeldt 1987)	Formen der Operationalisierung (Fragebogenitems) (Reber 2012a)
Isolierte Sprachtherapie	<i>Therapie außerhalb der Schule (in der Praxis, im Logopädischen Dienst,...)</i>
Additive Sprachtherapie	<i>Therapie in der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum</i>
Integrierte/Immanente Sprachtherapie	<i>Therapie im Gruppenraum der Klasse</i> <i>Therapie im Klassenzimmer selbst</i>

Tabelle 11: Formen von Sprachtherapie (Fragebogenitems - Frage 16)

Diese Art der Operationalisierung erschien sinnvoll, um die Verwendung von Fachtermini, die – gerade bei einer internationalen Befragung – unter Umständen nicht allen Befragungspersonen bekannt sind, zu vermeiden.

Weiterhin wurde untersucht, wie viel Prozent der Therapiezeit inhaltlich **mit dem Unterricht verbunden** wird (z. B. durch eine Orientierung an Unterrichtsthemen, durch Kooperation mit der Lehrkraft) (Frage 17). Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass sich eine Vernetzung sprachtherapeutischer und schulischer Inhalte – wie sie beispielsweise im Rahmen integrierter oder immanenter Sprachtherapie erfolgt – positiv auf den Erfolg einer sprachtherapeutischen Intervention auswirken kann (u. a. Hatcher 2011; siehe Kapitel 4/5).

Für die Fragen 15 bis 17 wurde jeweils das Antwortformat aus Frage 14 (Verteilung von **Prozentangaben**) beibehalten.

Um zu erfassen, ob das behandelte **Störungsbild** eine Prädiktorvariable für die Vernetzung der Sprachtherapie mit Unterrichtsthemen darstellt, sollten die Teilnehmerinnen zudem angeben, bei welchen Auffälligkeiten sie ihre Therapie inhaltlich **mit dem Unterricht verbinden** (Frage 18).

Die zur Operationalisierung dieser Frage herangezogene Klassifikation von Sprachstörungen basiert auf den linguistischen Sprachebenen *Phonetik/Phonologie*, *Semantik/Lexikon*, *Syntax/Morphologie* sowie *Pragmatik*. Dies basiert auf der Annahme, dass die Fähigkeit zur erfolgreichen Kommunikation Kompetenzen in allen genannten Bereichen voraussetzt (Gadler 2006; Reber 2012b). Da der Schriftsprachkompetenz im schulischen Kontext eine essentielle Bedeutung zukommt, sollten die Befragten auch beurteilen, ob bei der Behandlung von *Schriftspracherwerbstörungen* eine Verbindung mit Unterrichtsinhalten hergestellt wird. Um Aussagen über Sprechstörungen treffen zu können, wurde das Item *Redeflussstörungen* ergänzt.

Nachfolgende Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Generierung der Fragebogenitems:

Linguistische Ebenen (Gadler 2006)	Sprachliche Auffälligkeiten (Fragebogenitems) (Grohnfeldt 2012)
Phonetik/Phonologie (Bereich <i>Aussprache</i>)	<i>Phonetisch-phonologische Störungen</i>
Semantik/Lexikon (Bereich <i>Wortschatz</i>)	<i>Semantisch-lexikalische Störungen</i>
Morphologie/Syntax (Bereich <i>Grammatik</i>)	<i>Syntaktisch-morphologische Störungen</i>
Pragmatik (Bereich <i>Kommunikation</i>)	<i>Kommunikativ-pragmatische Störungen</i>
Sprachrezeption	<i>Sprachverständnisstörungen</i>
Schriftsprache	<i>Störungen beim Erwerb der Schriftsprache</i>
Sprechen	<i>Redeflusstörungen</i>

Tabelle 12: Sprachliche Auffälligkeiten (Fragebogenitems - Frage 18)

Bei dieser Frage kam ein **dichotomes Antwortformat** zum Einsatz, das heißt pro angegebenem Störungsbild standen folgende beiden Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: *Ja, hier besteht eine intensive Verbindung von Therapie und Unterricht.* - *Nein, hier besteht nur eine geringe oder keine Verbindung von Therapie und Unterricht.*

Ein Nachteil dieses Formates besteht darin, dass Personen Schwierigkeiten aufweisen können, ohne Abstufungsmöglichkeiten zwischen zwei Alternativen zu wählen. Dies resultiert unter Umständen im Phänomen der *Reaktanz*, wobei Probanden auf Einschränkungen mit willkürlichen Antworten reagieren. Einige Studien konnten ferner die Tendenz mancher Personen nachweisen, eine Frage unabhängig von deren Inhalt eher zu bejahen (*Akquieszenz*) (Raab-Steiner & Benesch 2012). Zur Vermeidung dieser Probleme wurden die beiden Antwortalternativen nicht als strikte Antonyme formuliert. So traf etwa die zweite Antwortmöglichkeit unabhängig davon zu, ob eine *geringe oder keine Verbindung von Therapie und Unterricht* existierte.

Frage 19 rekurrierte erneut auf die **Orte der Therapie**, diesmal jedoch differenziert nach **Störungsbildern**. Hintergrund hierfür ist die Beobachtung, dass das gewählte Modell der Leistungserbringung in Abhängigkeit des Therapieschwerpunktes variieren kann. So zeichnet sich etwa im angloamerikanischen Raum die Tendenz ab, semantisch-lexikalische und kommunikativ-pragmatische Störungen häufiger im Klassenzimmer zu therapieren als andere Störungsbilder (u.a. Elksnin & Capilouto 1994; siehe Kapitel 5/6). Hiervon ausgehend sollten die Befragten einschätzen, welche Auffälligkeiten sie wie oft an welchen Orten behandeln. Dafür wurde die in Tabelle 12 dargestellte Kategorisierung von Sprachstörungen präsentiert. Weiterhin kam die Klassifikation der Therapieorte aus Tabelle 11 zum Einsatz. Für den Fall, dass ein Störungsbild nicht im Behandlungsspektrum einer Befragungsperson integriert war, wurde zusätzlich die Kategorie *nie* eingeführt. Aufgabe der Teilnehmerinnen war es erneut, pro Störungsbild 100 Prozent der Therapiezeit auf die unterschiedlichen Therapieorte zu verteilen.

Anschließend sollten die Befragten einschätzen, welche **Einheiten der Therapie** sie wie oft an welchen Orten durchführen (Frage 20). Die Konzeption dieser Frage orientierte sich am *bio-psycho-sozialen Modell* der ICF, wobei das Konzept von Behinderung neben Einschränkungen der *Körperfunktionen* und –*strukturen* auch die Bereiche *Aktivität* und *Partizipation* einschließt (Grötzbach & Iven 2009). Die Perspektive der ICF ist dahingehend relevant, als diese – wie in Kapitel 2.1 thematisiert – eine zunehmend bedeutsame Rahmenbedingung für die Gestaltung sprachtherapeutischer Interventionen darstellt. Es wurde folgende Operationalisierung vorgenommen:

Ebenen der ICF (DIMDI 2005)	Einheiten der Therapie (Fragebogenitems)
Ebene der Funktion und Struktur	<i>Einführung bzw. Anbahnung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Funktionen)</i>
Ebene der Aktivität	<i>Übung bzw. Vertiefung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Aktivitäten)</i>
Ebene der Partizipation	<i>(Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Partizipation)</i>

Tabelle 13: Einheiten der Therapie (Fragebogenitems - Frage 20)

Zur Beantwortung sollten die Teilnehmerinnen pro Therapieeinheit 100 Prozent auf die verschiedenen Therapieorte verteilen.

8.3.6 Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig und in welcher Form arbeiten Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen in den jeweiligen Ländern direkt im Klassenzimmer?

Eine weitere Spezifizierung des Fragebogens wurde durch die Fokussierung auf den Interventionsort *Klassenzimmer* vorgenommen. Im Zentrum dieses Themenblocks standen Fragen zu Formen von Sprachtherapie, die im angloamerikanischen Raum als *classroom-based service delivery models* bekannt sind (siehe Kapitel 4.1). Aufgrund der zunehmenden Öffnung schulischer Förderorte für sprachtherapeutische Berufsgruppen in Deutschland war es ein wesentliches Ziel dieser Erhebung, einen Überblick über den aktuellen Stand sprachtherapeutischer Arbeit im Klassenraum zu gewinnen.

Um zu gewährleisten, dass der Fragenblock nur von Teilnehmerinnen bearbeitet wird, die **direkt im Klassenzimmer mit sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen arbeiten**, war eine entsprechende Filterfrage vorangestellt.

Als Einstieg in den Themenkomplex diente eine Frage zur Häufigkeit der Durchführung verschiedener **Interventionsformen** im Klassenzimmer (Frage 21).

Basierend auf der Klassifikation des sprachtherapeutischen Aufgabenspektrums aus Frage 14 wurde hierzu folgende Operationalisierung erstellt:

Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche (Grohnfeldt 2007)	Interventionsformen im Klassenzimmer (Fragebogenitems)
Diagnostik	<i>Sprachscreenings und Sprachdiagnostik im Klassenzimmer</i>
Prävention	<i>Allgemeine sprachliche Förderung im Klassenzimmer</i>
Therapie	<i>Einzel-Sprachtherapie im Klassenzimmer</i> <i>Gruppen-Sprachtherapie im Klassenzimmer</i>
Unterricht	<i>Sprachtherapeutischen/spracheheilpädagogischen Unterricht</i>
Beratung	<i>Supervision im Klassenzimmer (z. B. für die Lehrkraft)</i>

Tabelle 14: Interventionsformen im Klassenzimmer (Fragebogenitems - Frage 21)

Wie in Abschnitt 5.3 beschrieben, bieten sich vielfältige Ansatzpunkte zur sprachtherapeutischen Intervention im Unterricht. Hierauf Bezug nehmend wurden anhand der nächsten beiden Fragen Rahmenbedingungen und inhaltliche Aspekte der sprachtherapeutischen Arbeit im Klassenzimmer thematisiert:

So wurden die Teilnehmerinnen in Frage 22 um eine Angabe gebeten, wie häufig sie folgende typische **Unterrichtsphasen** und –gegebenheiten (Meyer 1994) zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer nutzen:

<i>Frontalunterricht: Unterricht mit der ganzen Klasse</i>
<i>Stillarbeitsphasen im Unterricht</i>
<i>Offene Unterrichtsphasen (z. B. Stationen, Wochenplan, Projekte)</i>
<i>Einzelarbeit am Platz im Klassenzimmer</i>
<i>Gruppenarbeit im Klassenzimmer</i>
<i>Einzelarbeit im Gruppenraum</i>
<i>Gruppenarbeit im Gruppenraum</i>

Tabelle 15: Unterrichtsphasen und –gegebenheiten (Fragebogenitems - Frage 22)

Weiterhin wurde die Häufigkeit der Nutzung folgender **Unterrichtsinhalte** zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer erfragt (Frage 23):

<i>Unterrichtsgespräche</i>
<i>Deutsch (z. B. Schriftspracherwerb, Sprachbetrachtung und Sprache untersuchen)</i>
<i>Fremdsprachen</i>
<i>Mathematik (z. B. Grundrechenarten, Sachaufgaben)</i>
<i>Sachunterricht</i>
<i>Sozialwissenschaftliche Inhalte (z. B. Geschichte)</i>
<i>Naturwissenschaftliche Inhalte (z. B. Biologie)</i>
<i>Künstlerische Inhalte (z. B. Musik, Kunst)</i>

Tabelle 16: Unterrichtsinhalte (Fragebogenitems - Frage 23)

Die Wahl der Items zielte darauf ab, das breite Fächerspektrum von Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Altersgruppen und Schultypen abzubilden und orientierte sich an den Lehrplänen der einzelnen Bundesländer in Deutschland (Deutscher Bildungsserver o.J.b).

Die letzten beiden Fragen dieses Themenkomplexes beschäftigten sich mit dem vor allem im anglo-amerikanischen Raum verbreiteten Modell des **Team-Teachings** von Sprachtherapeutin und Lehrkraft (siehe Kapitel 5.3.1), das sich positiv auf die Effektivität sprachtherapeutischer Maßnahmen auswirken kann (u. a. Throneburg et al. 2000).

So sollten die Befragten die **Häufigkeit** einschätzen, mit der sie *alleine* in der Klasse *arbeiten und sprachtherapeutischen Unterricht halten* beziehungsweise *im Team mit mindestens einer zweiten Person agieren* (Frage 24).

Zudem wurden die Teilnehmerinnen zur Anwendungshäufigkeit verschiedener **Formen** des Team-Teachings befragt (Frage 25). Die Operationalisierung dieser Frage basierte auf den in Kapitel 5.3.1 dargestellten Einteilungen von Elksnin & Capilouto (1994) sowie Boyle & Provost (2011):

<i>Unterricht und Einzelunterstützung</i>
<i>Unterrichten an Stationen</i>
<i>Paralleles Unterrichten</i>
<i>Förderunterricht</i>
<i>Interaktives Unterrichten</i>

Tabelle 17: Formen des Team-Teachings (Fragebogenitems - Frage 25)

Die einzelnen Formen des Team-Teachings wurden für die Untersuchungsteilnehmerinnen jeweils kurz definiert, um eventuelle Unklarheiten zu vermeiden.

Zur Beantwortung der Fragen 21 bis 25 wurde pro Item die in Abbildung 10 dargestellte Ratingskala gewählt.

8.3.7 Themenkomplex **Gesamtbewertung der Arbeitssituation**

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie zufrieden sind Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen mit ihrer Arbeitssituation in den jeweiligen Ländern?

Im letzten Themenblock standen die subjektive Perspektive der Teilnehmerinnen bezüglich ihrer Arbeitssituation beziehungsweise berufspolitische Aspekte im Mittelpunkt.

Hintergrund ist die Annahme, dass die Zufriedenheit sprachtherapeutischer Fachkräfte einen nicht zu vernachlässigenden Faktor bei der Entwicklung von Ansatzpunkten zur Umstrukturierung der Formen sprachtherapeutischer und logopädischer Leistungserbringung im Zuge der Inklusionsbewegung darstellt.

Zur Erfassung der **Selbsteinschätzung ihrer Arbeitssituation** wurden die Befragten gebeten, nach dem Prinzip einer sogenannten **Likert-Skala** den Grad ihrer Zustimmung zu verschiedenen Aussagen auszudrücken (Frage 26). Bei dieser Skalierungsmethode handelt es sich um ein bewährtes Verfahren zur Messung persönlicher Einstellungen. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Haltung einer Person bezüglich eines Sachverhalts an ihrer Einschätzung zu unterschiedlichen Aussagen, die dieses Konstrukt abbilden, widerspiegelt (Bortz & Döring 2006).

Alle hierfür gewählten Aussagen waren in der ersten Person Singular formuliert (z. B. „*Ich bin zufrieden mit...*“), um die Subjektivität der Einschätzung zu unterstreichen. Zur Bewertung stand jeweils die bereits zuvor verwendete Ratingskala mit modifizierter Skalenbezeichnung zur Verfügung:

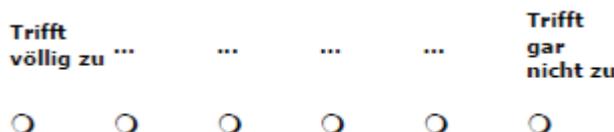


Abbildung 11: Ratingskala zur Selbsteinschätzung der Arbeitssituation (Frage 26)

Die Zusammenstellung der Items zielte darauf ab, verschiedene bedeutsame Komponenten des Arbeitsalltags sprachtherapeutischer Berufsgruppen anzusprechen, die speziell Kinder und Jugendliche im Schulalter behandeln:

So bezogen sich drei Items auf Faktoren, welche die allgemeine Zufriedenheit mit der beruflichen Situation beeinflussen können. Hierzu sollten die Teilnehmerinnen den Grad der *Zufriedenheit mit ihrer Rolle im Team, der Wertschätzung ihrer Arbeit durch andere sowie ihrem Gehalt* beurteilen. Den Aspekt der Kooperation betreffend, sollten die Befragten einschätzen, inwiefern sie *ausreichend Möglichkeiten zur Zusammenarbeit haben*.

Zur Erfassung struktureller Rahmenbedingungen, die – wie in Kapitel 5.1 dargestellt – ebenfalls Einfluss auf die Qualität der Arbeit ausüben können, thematisierten weitere vier Items die am jeweiligen Arbeitsplatz vorhandenen Ressourcen: Konkret sollten die Teilnehmerinnen angeben, ob sie *über eine ausgewiesene Vor- und Nachbereitungszeit verfügen* und ob *Kinder und Jugendliche in ihrem Arbeitsumfeld ohne Wartezeit sofort eine Sprachtherapie erhalten*. Ferner wurde um eine Einschätzung gebeten, ob *ausreichend räumliche Ressourcen* sowie *ausreichend Material für die Arbeit* zur Verfügung stehen.

Vor dem Hintergrund der Inklusionsbewegung war zudem von Interesse, ob sich die Befragten *ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings fühlen*.

Fortbildungswünsche

Um Informationen darüber zu erhalten, welche Kompetenzbereiche in der sprachtherapeutischen Aus- und Fortbildung - gerade im Hinblick auf eine Tätigkeit in inklusiven Settings - Berücksichtigung finden sollten, beschäftigte sich Frage 27 mit den Fortbildungswünschen der Teilnehmerinnen.

Hierbei konnten die Befragten anhand des Antwortmusters von Frage 26 einstufen, inwieweit sie sich **Fortbildungen** in unterschiedlichen Bereichen wünschen. Dabei wurden mehrere Kompetenzbereiche vorgegeben, die sowohl für die sprachtherapeutische Tätigkeit im Allgemeinen, als auch für die Arbeit im Schulsetting im Speziellen relevant sind:

<i>Pädagogischer Bereich</i>
<i>Didaktischer Bereich</i>
<i>Sprachtherapeutischer Bereich</i>
<i>Management-Bereich</i>
<i>Bereich Schlüsselqualifikationen (z. B. Teamfähigkeit, Beratungskompetenz)</i>
<i>Administrativ-rechtlicher Bereich</i>
<i>Schulorganisatorischer Bereich</i>

Tabelle 18: Fortbildungsbereiche (Fragebogenitems - Frage 27)

8.3.8 Modelle der Leistungserbringung

Gegen Ende des Fragebogens wurden nochmals einige Modelle der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung im schulischen Kontext in den Fokus gerückt. So konnten die Teilnehmerinnen im Rahmen eines **freien Antwortformates Argumente** angeben, die (1) für eine **Arbeit in der Klasse**, (2) für eine **Arbeit außerhalb des Klassenzimmers** und (3) für eine **Arbeit in der Kleingruppe** sprechen.

Der wesentliche Vorteil einer freien Beantwortung besteht darin, dass die Befragten ihre Meinung unmittelbar ohne einschränkende Vorgaben verbalisieren können (Raab-Steiner & Benesch 2012). Da hierbei jedoch im Vergleich zu gebundenen Antwortformaten ein höherer Bearbeitungsaufwand und somit Motivationsgrad der Teilnehmerinnen erforderlich ist, waren die Angaben fakultativ und bildeten den Abschluss dieser Erhebung. Ziel war es, im Hinblick auf eine qualitative Auswertung differenzierte Informationen über subjektive Ansichten und Präferenzen bezüglich unterschiedlicher Formen von Sprachtherapie zu gewinnen.

Freie Kommentare

Abschließend stand den Teilnehmerinnen Raum für freie Anmerkungen, Kommentare und Kritik zur Verfügung.

Zusammenfassung – Kapitel 8

Die vorliegende Masterarbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojekts „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“. Ziel des Projekts war es, anhand einer Fragebogenerhebung Informationen über die Arbeitssituation von Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen und Sprachheilpädagoginnen sowie die Versorgungsqualität von sprachlich auffälligen Kindern und Jugendlichen im Schulalter zu erheben. Im Zentrum standen dabei Angebote unmittelbar in Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer. Es handelte sich um eine internationale Befragung, die in Deutschland, Finnland, Frankreich, Österreich und der Schweiz durchgeführt wurde. Der konzipierte Fragebogen beinhaltete schwerpunktmäßig Fragestellungen zu den Themenkomplexen *Klientel, Formen der Kooperation, Sprachtherapie, Intervention direkt im Klassenzimmer sowie Gesamtbewertung der Arbeitssituation.*

9 Empirische Erhebung: Schwerpunkt Sprachtherapie/ Logopädie in Deutschland

Nach der Vorstellung des Gesamtforschungsprojekts, in dessen Rahmen die vorliegende Masterarbeit entstand, steht in diesem Kapitel der Teilbereich der empirischen Erhebung im Mittelpunkt, der sich spezifisch auf die Situation in Deutschland sowie auf die Berufsgruppen der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen bezieht.

Hierzu werden zunächst die zugrunde liegenden Fragestellungen dargestellt, bevor Aspekte der Stichprobenziehung sowie der praktischen Durchführung der Fragebogenerhebung erläutert werden. Anschließend folgt in Kapitel 10 die Ergebnisdarstellung ebenfalls bezogen auf den Teilbereich **Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland**.

9.1 Fragestellungen

Die der Fragebogenkonstruktion zugrunde liegende Hauptforschungsfrage wurde für den Teilbereich des Forschungsprojekts, der sich auf *Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland* bezog, folgendermaßen spezifiziert:

**Welche sprachtherapeutischen und logopädischen Angebote stehen nach derzeitigem
Stand für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen zur
Verfügung?**

Analog hierzu wurden die Fragestellungen, auf welchen die einzelnen Themenkomplexe des Fragebogens basieren (siehe Kapitel 8.1), dergestalt modifiziert, dass nur Deutschland sowie die Berufsgruppen der Logopädinnen und akademischen Sprachtherapeutinnen berücksichtigt wurden.

Im Folgenden sind die Fragestellungen für den Teilbereich *Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland* abgebildet:

Themenkomplex *Klientel*:

Wie häufig arbeiten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit Schülerinnen, die eine Regel- beziehungsweise Förderschule besuchen?

Themenkomplex *Formen der Kooperation*:

Wie häufig und in welcher Form tauschen sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit unterschiedlichen Personengruppen aus?

Themenkomplex *Sprachtherapie*:

An welchen Orten und in welchem Setting wird Sprachtherapie durchgeführt?

Wie häufig wird Sprachtherapie inhaltlich mit dem Unterricht verbunden?

Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*:

Wie häufig und in welcher Form arbeiten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen direkt im Klassenzimmer?

Themenkomplex *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*:

Wie zufrieden sind Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit ihrer Arbeitssituation?

Ergänzend zu diesen deskriptiven Fragestellungen standen im Hinblick auf eine inferenzstatistische Datenanalyse weitere Fragestellungen im Mittelpunkt. Diese bezogen sich schwerpunktmäßig auf Zusammenhänge zwischen **strukturellen Rahmenbedingungen** sowie **Formen der Kooperation** und der **Intervention im Klassenzimmer**. Zudem wurden **berufspolitische Aspekte**, die im Themenkomplex *Gesamtbewertung der Arbeitssituation* betrachtet werden, fokussiert. Methodisch-didaktische Gesichtspunkte der sprachtherapeutischen Arbeit wurden hierbei nicht berücksichtigt, da diese anhand der Fragestellungen zu den Themenkomplexen *Sprachtherapie* und *Intervention direkt im Klassenzimmer* differenziert erfasst werden konnten.

Strukturelle Rahmenbedingungen:

Fragestellung 1: Zusammenhang *Einrichtung – Intervention im Klassenzimmer*

Besteht ein Zusammenhang zwischen der **Art der Einrichtung** (*Frage 1*), in der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (*Filterfrage vor Themenkomplex Intervention direkt im Klassenzimmer*)?

Annahme: Es besteht ein Zusammenhang.

Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die den größten Teil ihrer Arbeitszeit in einer *schulischen Einrichtung* (*Regelschule, Förderschule, Sprachheilschule* oder *Heilpädagogische Schule/Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*) verbringen, aufgrund der räumlichen Nähe von Therapie und Unterricht häufiger nach dem Prinzip von *classroom-based service delivery models* (ASHA 1996; siehe Kapitel 4.1) im Klassenzimmer arbeiten als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die in einer anderen Institution tätig sind.

Fragestellung 2: Zusammenhang *Beruf – Intervention im Klassenzimmer*

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Variablen **Berufsabschluss** (Frage 3), **Berufserfahrung** (Frage 7) sowie **Bundesland** (Frage 5) und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (Filterfrage vor Themenkomplex Intervention direkt im Klassenzimmer)?

Annahme: Es besteht kein Zusammenhang.

Da nach den aktuellen Heilmittelrichtlinien – wie in Kapitel 2.2 erläutert – Sprachtherapie in pädagogischen Institutionen nur dann möglich ist, wenn es sich dabei um „Förderung ausgerichtete Tageseinrichtungen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: Paragraph 11, Absatz 2) handelt, wird angenommen, dass unabhängig von *Berufsabschluss*, *Berufserfahrung* oder *Bundesland* weniger als 25 Prozent der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen Interventionen im Klassenzimmer durchführen.

Formen der Kooperation:

Fragestellung 3: Zusammenhang *Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*

Besteht ein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit des Austausches** (Frage 11) mit unterschiedlichen Personengruppen und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (Filterfrage vor Themenkomplex Intervention direkt im Klassenzimmer)?

Annahme: Es besteht ein Zusammenhang.

Hierbei liegt die Vermutung zugrunde, dass sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die auch im Klassenzimmer arbeiten, durch den gemeinsamen Ort von Unterricht und Therapie häufiger mit *Regelschul-* und/oder *Sonderschullehrerinnen* austauschen (siehe Kapitel 5.1) als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die ausschließlich außerhalb des Klassenzimmers tätig sind. Zugleich wird angenommen, dass es in diesem Fall seltener zum Austausch mit den *Eltern*

kommt, da im schulischen Setting anders als bei der Therapie in einer externen Praxis kein regelmäßiges Zusammentreffen von Therapeutin und Eltern erfolgt.

Fragestellung 4: Zusammenhang *Formen des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*

Besteht ein Zusammenhang zwischen den **Formen des Austausches** (Frage 13) mit Fachpersonen und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (Filterfrage vor Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*)?

Annahme: Es besteht ein Zusammenhang.

Es wird erwartet, dass Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die im Klassenzimmer arbeiten, durch den gemeinsamen Ort von Unterricht und Therapie häufiger *spontane Gespräche, gemeinsame Supervision und Teamsitzungen* (Reber 2012a; siehe Kapitel 5.2) nutzen als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die keine Interventionen im Klassenzimmer durchführen.

Berufspolitische Aspekte:

Fragestellung 5: Zusammenhang *Beruf – Qualifikation Inklusion*

Besteht ein Zusammenhang zwischen der **Art des Berufsabschlusses** (Frage 3) sowie der Dauer der **Berufserfahrung** (Frage 7) und der als **ausreichend empfundenen Qualifikation für Aufgaben in inklusiven Settings** (Frage 26)?

Annahme: Es besteht kein Zusammenhang.

Diese Annahme wird damit begründet, dass sich die Bemühungen um eine inklusive Beschulung sprachbehinderter Schülerinnen in Deutschland erst durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 verstärkten (siehe Kapitel 2) und inklusives Arbeiten daher keinen Schwerpunkt in der bisherigen Ausbildung und Berufserfahrung von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen bildete.

9.2 Stichprobenziehung und Durchführung der Fragebogenerhebung

Wie in Kapitel 8.2 erwähnt, wurden für die Fragebogenerhebung Mitglieder der entsprechenden Berufsverbände herangezogen. In Deutschland sind dies für sprachtherapeutische Berufsgruppen der *Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)*, dessen Mitglieder über ein abgeschlossenes Hochschulstudium verfügen, sowie der *Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)*, der Zusammenschluss überwiegend auf Berufsfachschulniveau ausgebildeter

Logopädinnen¹⁰. Die Vorsitzenden von *dbl* und *dbs* – Frau Christiane Hoffschmidt und Herr Dr. Volker Maihack - zeigten großes Interesse an der Fragebogenerhebung und boten ihre Kooperation sowie Unterstützung an, wofür an dieser Stelle ein herzlicher Dank ausgesprochen werden soll. So wurde zu Beginn der Online-Umfrage auf den Internetseiten beider Berufsverbände ein Teilnahmeaufruf an alle Verbandsmitglieder einschließlich des Links zur Umfrage veröffentlicht¹¹. Zunächst wurde eine Rücklaufzeit von vier Wochen angesetzt. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, erfolgte anschließend mithilfe eines aktualisierten Online-Teilnahmeaufrufs eine Verlängerung um drei Wochen. Zudem wurden die Verbandsmitglieder per E-Mail um ihre Mitwirkung gebeten. Darüber hinaus wurden Landesgruppenvorsitzende von Regionen kontaktiert, aus denen bisher wenige Teilnehmerinnen zu verzeichnen waren. Diese wiederum machten per E-Mail an die Mitglieder ihrer Landesgruppe erneut auf die Studie aufmerksam. Hierbei handelte es sich um die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen.

Das Vorgehen über die Berufsverbände hatte den Vorteil, dass eine bundesweit flächendeckende Befragung der Verbandsmitglieder ermöglicht wurde. Zudem konnte auf diese Weise gewährleistet werden, dass nur Therapeutinnen mit entsprechender Qualifikation an der Befragung teilnahmen. Es gilt jedoch auch einige Faktoren zu berücksichtigen, welche die Repräsentativität der Stichprobe einschränken: So wurden keine Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen erreicht, die keinem Berufsverband angehören. Da keine Daten dazu vorliegen, welcher Anteil der in Deutschland praktizierenden sprachtherapeutischen Fachkräfte in Verbänden organisiert ist und durch welche Merkmale sich dieser auszeichnet, kann nur spekuliert werden, wie zuverlässig die gezogene Stichprobe die Grundgesamtheit aller Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen in Deutschland abbildet. Da die Methode der schriftlichen Befragung dem Prinzip der freiwilligen Untersuchungsteilnahme unterliegt, konnten die befragten Personen zudem nicht durch ein zufälliges Stichprobenverfahren ausgewählt werden (Bortz & Döring 2006). So liegt etwa die Vermutung nahe, dass Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit besonderem Interesse für den Untersuchungsgegenstand eher zur Teilnahme bereit waren. Dies vermindert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Durch die Wahl des Internets als Befragungsmedium lässt sich zudem nicht vollkommen ausschließen, dass einige Teilnehmerinnen den Fragebogen mehrmals durchliefen, was ebenfalls zu Verzerrungen der Stichprobe führen könnte.

¹⁰ Detaillierte Informationen zu den beiden Berufsverbänden finden sich auf den jeweiligen Homepages: <http://www.dbs-ev.de/> beziehungsweise <http://www dbl-ev.de/> (Aufruf jeweils am 22.02.2013).

¹¹ Ein Exemplar des Teilnahmeaufrufs an die Verbandsmitglieder ist in Anhang A abgedruckt.

Trotz der genannten Einschränkungen können die in den Kapiteln 8.1 und 9.1 aufgeführten Fragestellungen am zuverlässigsten über die Methode der schriftlichen Befragung und die beschriebene Form der Stichprobengenerierung beantwortet werden.

Zusammenfassung – Kapitel 9

Im Rahmen dieser Arbeit wird primär der Teilbereich des Gesamtforschungsprojekts vorgestellt, der sich auf Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland bezieht. Hierfür wurden ergänzend zu den deskriptiven Fragestellungen des Forschungsprojekts eine Reihe von inferenzstatistischen Fragestellungen ins Blickfeld gerückt. Diese konzentrierten sich auf Zusammenhänge zwischen der Intervention im Klassenzimmer und strukturellen Rahmenbedingungen sowie Formen der Kooperation. Darüber hinaus fanden berufspolitische Aspekte Berücksichtigung.

Als Studienteilnehmerinnen wurden für den Teilbereich Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland Angehörige des *Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)* und des *Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (dbl)* herangezogen.

C Empirie – Ergebnisdarstellung

10 Ergebnisse

Nachdem in den letzten beiden Kapiteln das Design der Studie erläutert wurde, soll es das Ziel dieses Kapitels sein, die Ergebnisse der Fragebogenerhebung bezogen auf den Teilbereich **Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland** vorzustellen. Dabei bezieht sich Abschnitt 10.1 auf allgemeine Bemerkungen zur Datenanalyse, woraufhin in den Punkten 10.2 sowie 10.3 die Darstellung der deskriptiven und inferenzstatistischen Ergebnisse erfolgt.

10.1 Allgemeine Bemerkungen zur Datenanalyse

Insgesamt gingen **244 Fragebögen** in die Auswertung ein. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die im Rahmen dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse ausschließlich auf Personen beziehen, die in Deutschland arbeiten und eine therapeutische Tätigkeit ausüben. Daher entfällt die Ergebnisdarstellung bezüglich der Fragen, anhand derer die *Tätigkeit* (Frage 2) und das *Land* (Frage 4), in dem die Befragten praktizieren, erhoben wurden. Diese Fragen waren deshalb Bestandteil des Bogens, da dieser - wie in Kapitel 8 beschrieben – in mehreren europäischen Ländern und innerhalb der Berufsgruppe der Sprachheilpädagoginnen, die häufig als Lehrerinnen arbeiten, zum Einsatz kam.

Auf eine Berechnung der Rücklaufquote wurde aus folgenden Gründen verzichtet: So umfasste die Zielgruppe der Erhebung nicht alle Mitglieder der Berufsverbände *dbl* und *dbs*, sondern lediglich diejenigen Therapeutinnen, die auch mit Kindern und Jugendlichen im Schulalter arbeiten. Durch die Nutzung des Internets als Befragungsmedium lässt sich anders als bei postalischen Befragungen zudem kaum beurteilen, wie viele Verbandsmitglieder tatsächlich durch den Teilnahmeaufruf erreicht werden konnten. Infolgedessen erschien es wenig sinnvoll, die Zahl der Rückmeldungen in Bezug zur Anzahl der Verbandsmitglieder zu setzen. Des Weiteren liegen – wie bereits erwähnt – keine Angaben dazu vor, welcher Anteil der in Deutschland tätigen Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen in einem Berufsverband organisiert ist. Dadurch ist es schwierig, Aussagen über die Repräsentativität der gewonnenen Stichprobe zu treffen¹².

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Datenauswertung mithilfe der Statistik-Software *IBM SPSS Statistics 20*.

¹² Nähere Informationen zur Problematik der Stichprobenziehung finden sich in Kapitel 9.2.

10.2 Deskriptive Datenanalyse

Im Folgenden steht die deskriptive Darstellung der Fragebogenergebnisse – gegliedert nach den in Kapitel 8.3 vorgestellten Themenkomplexen – im Fokus.

10.2.1 Stichprobenbeschreibung

Die Antworten der Teilnehmerinnen auf die Fragen zu den **persönlichen Angaben** ergeben ein komplexes Bild der gewonnenen Stichprobe:

Demographische Daten

Die **Altersverteilung** der Teilnehmerinnen wird anhand des Histogramms in Abbildung 12 veranschaulicht, in dem die absoluten Häufigkeiten abgebildet sind. Dabei gilt es zu beachten, dass die Altersangaben zweier Personen nicht in die Auswertung einbezogen wurden, da sich diese im einstelligen Bereich bewegten und somit nicht wahrheitsgetreu erschienen. Daher bezieht sich Abbildung 12 auf 242 Befragungspersonen:

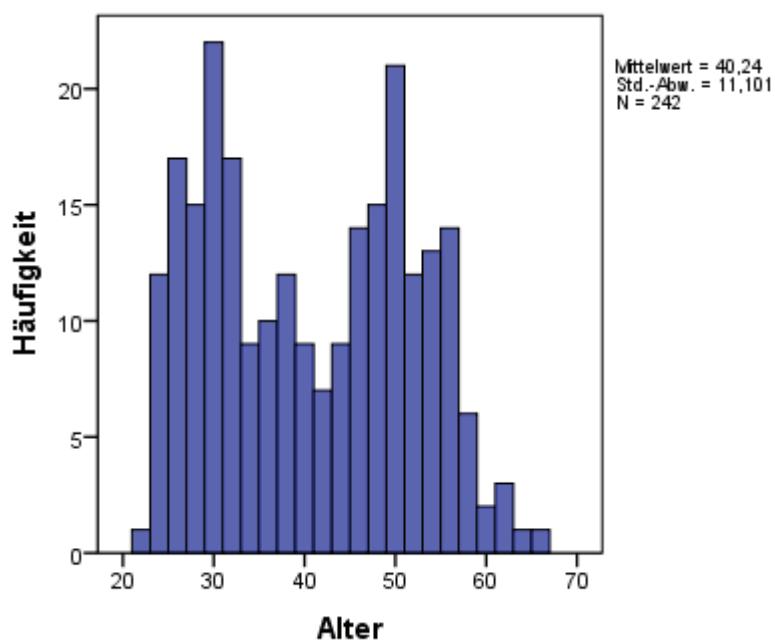


Abbildung 12: Altersverteilung der Befragten

Wie der grafischen Darstellung zu entnehmen ist, betrug das Durchschnittsalter der Befragten 40,2 Jahre (Wertebereich: 22 bis 66 Jahre). Das Alter von über der Hälfte der Teilnehmerinnen lag dabei zwischen 25 und 32 beziehungsweise 45 und 52 Jahren.

Mit 96,3 Prozent war der überwiegende Teil der Teilnehmerinnen weiblich, während der Anteil männlicher Befragter 3,7 Prozent betrug. Dieses Ergebnis spiegelt in etwa die **Geschlechterverteilung** in der Grundgesamtheit der sprachtherapeutischen Fachkräfte in Deutschland wider. So liegt der Frauenanteil der dbl-Mitglieder bei circa 90 Prozent (dbl o.J.).

In Bezug auf die **Einrichtung**, in der die Teilnehmerinnen den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen (Frage 1), zeichnet sich folgendes Bild ab:

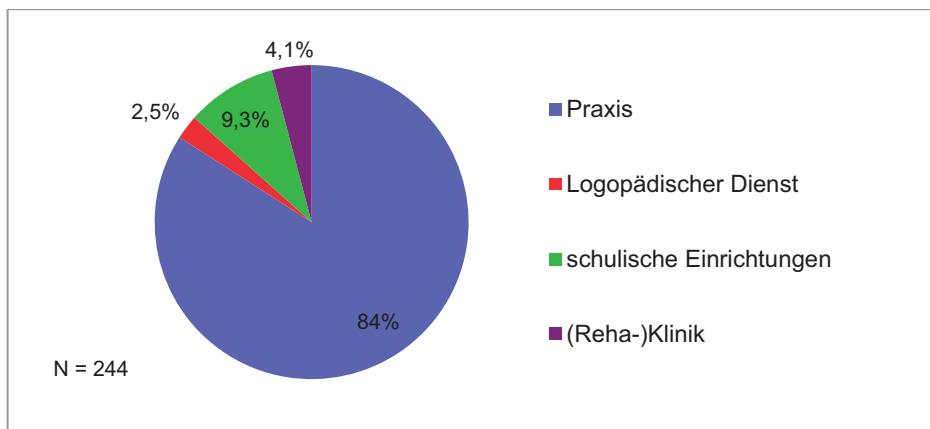


Abbildung 13: Einrichtung, in der die Befragten den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen (Frage 1)

Wie aus der Grafik hervorgeht, praktizierte mit 84 Prozent der Großteil der Befragten überwiegend in logopädischen beziehungsweise sprachtherapeutischen *Praxen*. Knapp 10 Prozent der Therapeutinnen gaben an, hauptsächlich in einer schulischen Einrichtung zu arbeiten, wobei sich folgende Aufteilung ergab: So wurden *Förderschulen* mit 4,9 Prozent am häufigsten als Beschäftigungsorte im schulischen Kontext genannt. Seltener vermerkten die Befragten in diesem Zusammenhang *Heilpädagogische Schulen/Schulen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* (2,0 Prozent), *Sprachheilschulen* (1,6 Prozent) sowie *Regelschulen* (0,8 Prozent). Jeweils unter 5 Prozent lag der Anteil der Personen, die *Logopädische Dienste* beziehungsweise *(Reha-)Kliniken* als ihre primäre Arbeitsstätte bezeichneten.

Des Weiteren gab mit 55,3 Prozent etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, über einen **Abchluss auf Berufsfachschulniveau** zu verfügen, während 44,7 Prozent auf *akademischem Niveau* ausgebildet wurden (Frage 3).

Dieses ausgewogene Verhältnis von Logopädinnen und akademischen Sprachtherapeutinnen ist überraschend, da die Mitgliederzahlen der beiden für die Umfrage herangezogenen Berufsverbände stark differieren: So sind im *Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)* über 10 000 Personen organisiert, während dem *Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)* etwas über 3 000 Therapeutinnen angehören (dbs 2010).

Weiterhin gibt Abbildung 14 einen Überblick über die Verteilung der **Bundesländer**, in denen die Teilnehmerinnen arbeiten (Frage 5):

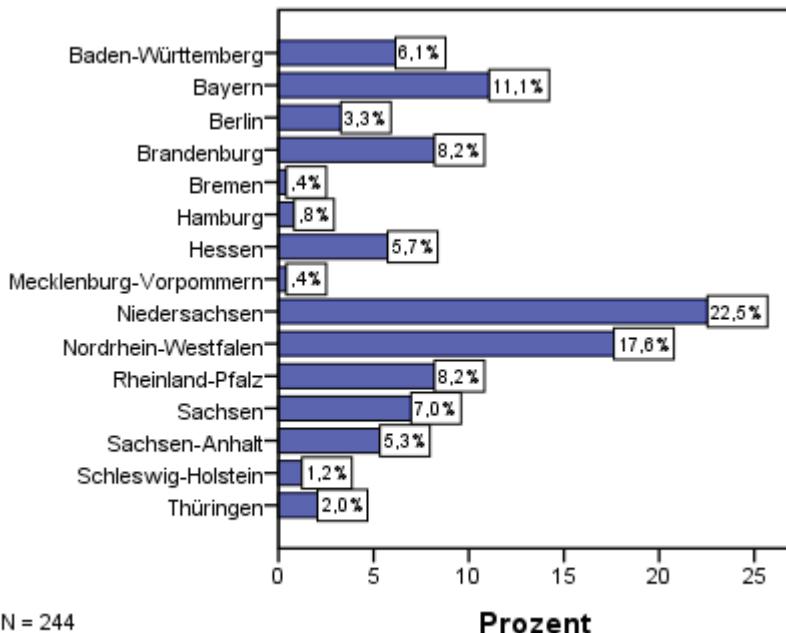


Abbildung 14: Bundesland, in dem die Befragten hauptsächlich arbeiten
(Frage 5)

Mit Ausnahme des *Saarlandes* konnten Therapeutinnen aus allen deutschen Bundesländern für die Umfrage gewonnen werden. Dabei fällt auf, dass annähernd ein Viertel der Teilnehmerinnen in *Niedersachsen* tätig war und Personen aus *Nordrhein-Westfalen* mit 17,6 Prozent die zweitgrößte Gruppe bildeten. Mit jeweils circa 10 Prozent waren zudem Therapeutinnen aus den Bundesländern *Bayern*, *Brandenburg* sowie *Rheinland-Pfalz* vertreten. Die Teilnehmerquote aus *Baden-Württemberg*, *Hessen*, *Sachsen* und *Sachsen-Anhalt* betrug jeweils etwa 5 Prozent. Eine Teilnehmerquote von je unter 4 Prozent wurde hingegen in den Bundesländern *Berlin*, *Bremen*, *Hamburg*, *Mecklenburg-Vorpommern*, *Schleswig-Holstein* und *Thüringen* erreicht.

Die heterogenen Teilnehmerquoten in den einzelnen Bundesländern spiegeln zum Teil die Verteilung der Grundgesamtheit von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen in Deutschland wider. So ist etwa davon auszugehen, dass in einem Flächenstaat wie Nordrhein-Westfalen deutlich mehr sprachtherapeutische Fachkräfte praktizieren als in einem Stadtstaat wie beispielsweise Bremen. Ferner wurden – wie in Kapitel 9.2 angesprochen – nach der ersten Rücklaufphase gezielt Therapeutinnen aus bis dahin unterrepräsentierten Bundesländern um ihre Mitwirkung an der Studie gebeten. Auf diese Weise konnten die Rücklaufquoten aus Brandenburg, Rheinland-Pfalz und vor allem Niedersachsen merklich erhöht werden.

Bezüglich des **Beschäftigungsverhältnisses** der Teilnehmerinnen (Frage 6) lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

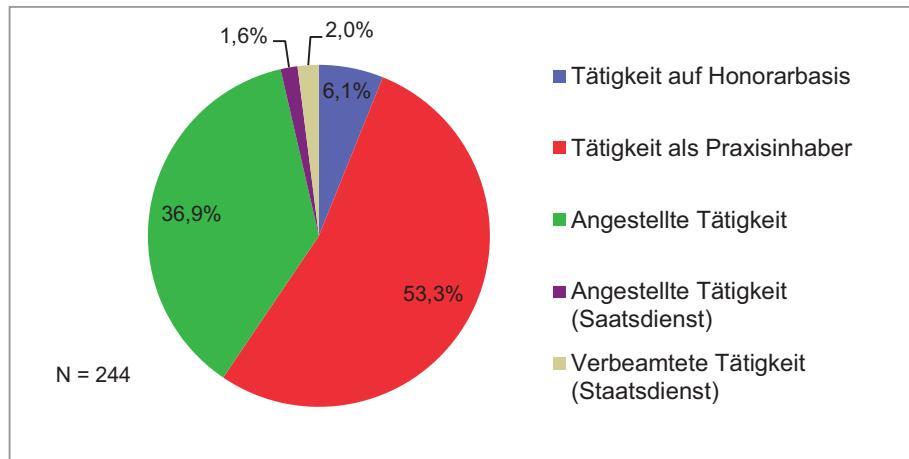


Abbildung 15: Beschäftigungsverhältnis der Befragten (Frage 6)

Wie aus der Grafik ersichtlich wird, fungierte mit 53,3 Prozent etwas mehr als die Hälfte der Befragten als *Inhaber* einer logopädischen beziehungsweise sprachtherapeutischen *Praxis*. Den zweitgrößten Anteil bildeten mit 36,9 Prozent Personen, die einer *Angestelltentätigkeit* nachgingen. Weiterhin waren 6,1 Prozent der Befragten auf *Honorarbasis* beschäftigt, während mit knapp 4 Prozent nur eine Minderheit im *Staatsdienst* arbeitete.

Hinsichtlich der **Berufserfahrung** (Frage 7) zeichnet sich unter den Teilnehmerinnen eine relativ gleichmäßige Verteilung ab:

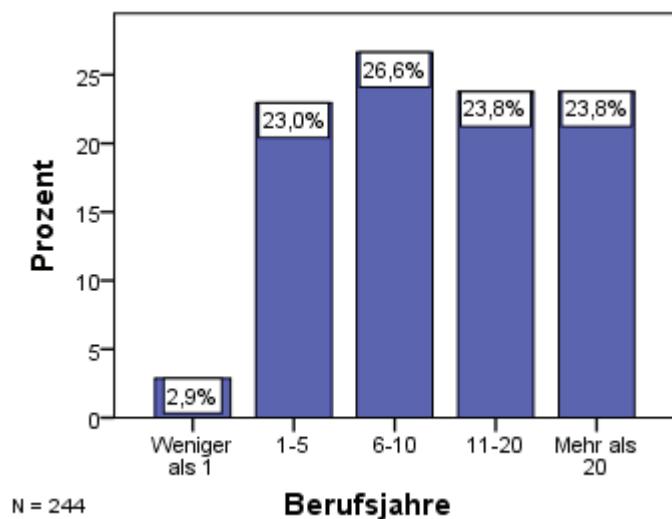


Abbildung 16: Anzahl der bisherigen Berufsjahre der Befragten (Frage 7)

Wie Abbildung 16 verdeutlicht, praktizierte je etwa ein Viertel der Therapeutinnen seit *1 bis 5 Jahren*, *6 bis 10 Jahren*, *11 bis 20 Jahren* sowie *mehr als 20 Jahren*. Die größte Gruppe bildeten hierbei Personen, die seit *6 bis 10 Jahren* im Berufsleben standen (26,6 Prozent). Lediglich ein geringer Anteil der Befragten (2,9 Prozent) kann mit einer Berufserfahrung von *weniger als 1 Jahr* als Berufseinsteiger bezeichnet werden.

Was die Höhe des monatlichen Brutto-Gehalts betrifft (Frage 8), zeigt sich hingegen eine klare Tendenz:

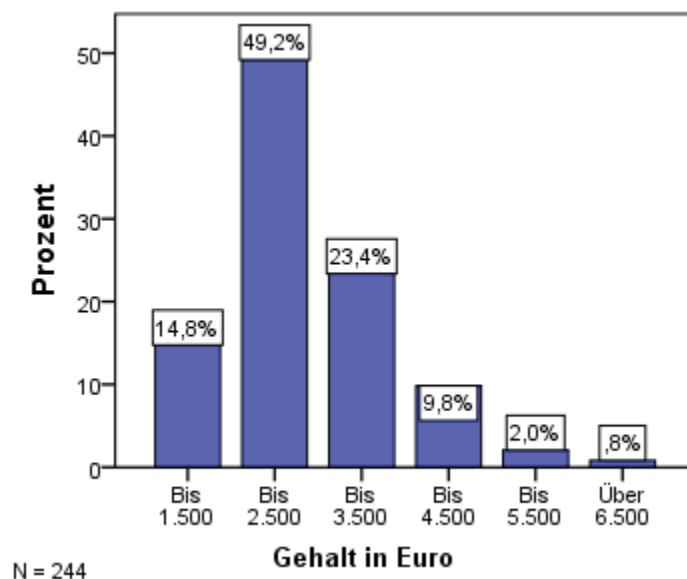


Abbildung 17: Höhe des monatlichen Brutto-Gehalts
(umgerechnet auf eine Vollzeitstelle)
(Frage 8)

So gab knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen an, pro Monat *bis zu 2.500 Euro* zu verdienen. Circa ein Viertel der Therapeutinnen erhielt nach eigener Aussage *bis zu 3.500 Euro* monatlich, während sich das Einkommen von 14,8 Prozent der Befragten auf *1.500 Euro* oder weniger belief. Insgesamt betrug das Monatsgehalt von 12,6 Prozent der Teilnehmerinnen *mehr als 3.500 Euro*, wobei lediglich ein geringer Anteil dieser Personengruppe (2,8 Prozent) angab, pro Monat *mehr als 4.500 Euro* zu verdienen.

Folgende Verteilung ergibt sich bezüglich der **Regionen**, in denen die Untersuchungsteilnehmerinnen arbeiten (Frage 9):

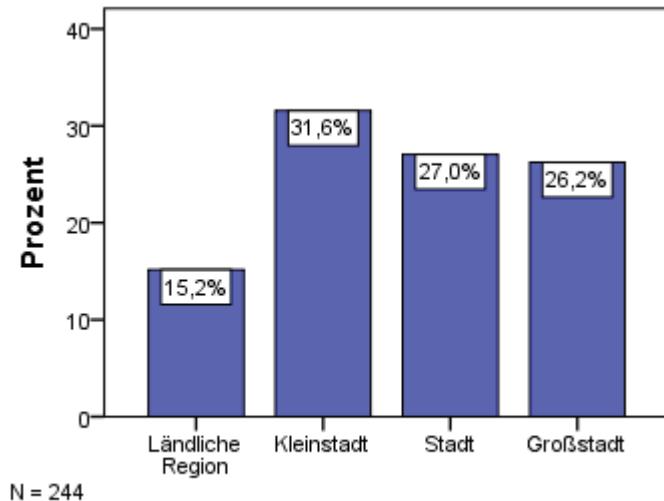


Abbildung 18: Region, in der die Befragten arbeiten (Frage 9)

Wie anhand des Diagramms offensichtlich wird, gab etwa ein Drittel der Befragten an, in einer *Kleinstadt* (*5 000 – 20 000 Einwohner*) zu arbeiten. Eine ungefähr gleich große Personenzahl praktizierte jeweils in einer *Stadt* (*20 000 – 100 000 Einwohner*) (27,0 Prozent) beziehungsweise *Großstadt* (*mehr als 100 000 Einwohner*) (26,2 Prozent). Mit 15,2 Prozent war ein relativ geringer Anteil der befragten Therapeutinnen in einer *ländlichen Region* (*weniger als 5 000 Einwohner*) beschäftigt.

10.2.2 Themenkomplex *Klientel*

Nachfolgende Abbildung 19 gibt einen Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Frage, wie häufig die Teilnehmerinnen mit Schülerinnen aus unterschiedlichen **pädagogischen Einrichtungen** arbeiten (Frage 10). Wie in Kapitel 8.3.3 berichtet, stand zur Beantwortung dieser Frage für die Items *Regelschule* und *Förderschule* je eine sechsstufige Ratingskala zur Verfügung, die sich zwischen den Polen *oft* und *nie* bewegte. Abgesehen von den äußersten Polen der Skala wurde dabei auf eine verbale Skalenbezeichnung verzichtet.

In der Grafik spiegeln nun die einzelnen Unterteilungen der Balken jeweils den Prozentanteil der Befragten wider, der eine spezifische Antwortkategorie der Ratingskala wählte. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden je drei Skalierungswerte zusammengefasst. So wurde definiert, dass die ersten drei Stufen der Ratingskala, das heißt die Kategorie *oft* sowie die folgenden beiden Antwortkategorien, den Anteil der Befragten abbilden, deren Häufigkeitsangaben sich als *tendenziell oft* charakterisieren lassen. Diese sind in der Grafik farblich hervorgehoben.

Die übrigen drei Skalierungswerte - einschließlich der Kategorie *nie* – wurden unter dem Begriff *tendenziell selten* subsumiert. Jene Klassifizierung wurde bei allen weiteren Fragen des Bogens, die anhand der beschriebenen Ratingskala zu beantworten waren, beibehalten.

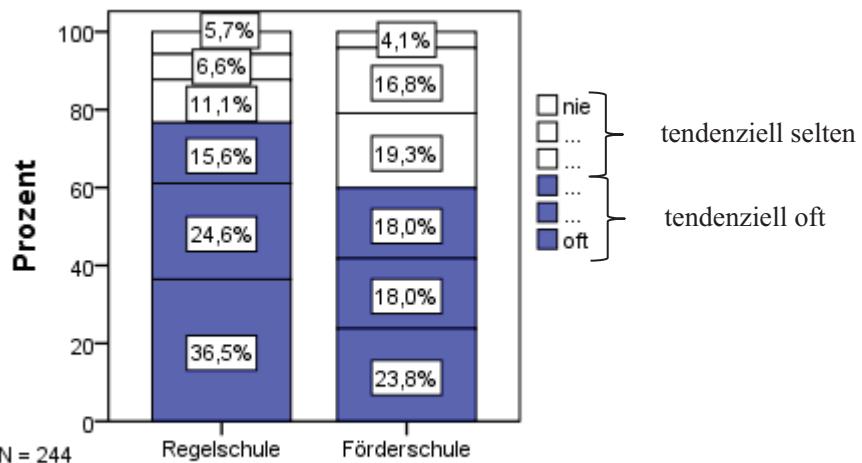


Abbildung 19: Häufigkeit, mit der die Befragten mit Schülerinnen aus unterschiedlichen pädagogischen Einrichtungen arbeiten (Frage 10)

Wie aus der Grafik hervorgeht, gaben insgesamt etwas mehr als drei Viertel der Befragten (76,7 Prozent) an, *tendenziell oft* mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, die eine *Regelschule* besuchen. Weniger Personen arbeiteten hingegen *tendenziell oft* mit Kindern und Jugendlichen aus *Förderschulen* (59,8 Prozent).

10.2.3 Themenkomplex *Formen der Kooperation*

Im Folgenden stehen die Ergebnisse des Themenbereichs *Formen der Kooperation* im Zentrum:

Dabei zeichnet sich hinsichtlich der **Häufigkeit** des Austausches mit unterschiedlichen Personengruppen (Frage 11) folgendes Bild ab:

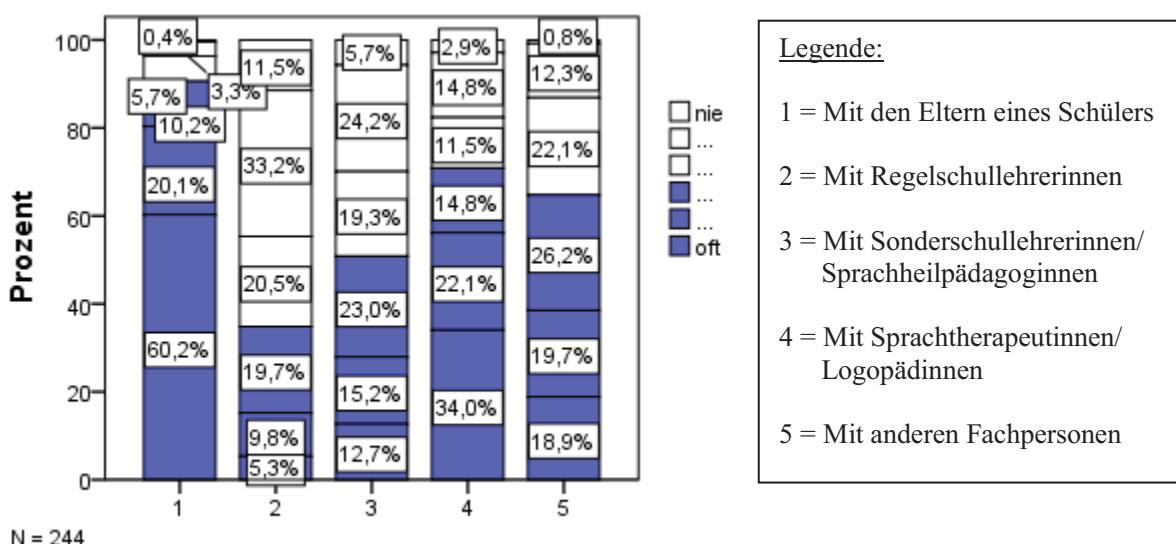


Abbildung 20: Häufigkeit, mit der sich die Befragten mit unterschiedlichen Personengruppen austauschen (Frage 11)

Wie aus dem Diagramm hervorgeht, gaben insgesamt 90,5 Prozent und damit die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen an, sich *tendenziell oft mit den Eltern eines Schülers* (1)¹³ auszutauschen. 70,9 Prozent der Befragungspersonen vermerkten, sich *tendenziell oft mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* (4) auszutauschen. *Mit anderen Fachpersonen* (5) tauschte sich ebenfalls mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen *tendenziell oft* aus (64,8 Prozent). Etwa die Hälfte der befragten Therapeutinnen gab an, sich *tendenziell oft mit Sonder schullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen* (3) auszutauschen (50,9 Prozent).

Die Häufigkeit des Austausches *mit Regelschullehrerinnen* (2) hingegen lässt sich als vergleichsweise gering einstufen, da knapp zwei Drittel der Befragten von einem *tendenziell selten* stattfindenden Austausch mit dieser Personengruppe berichteten (65,2 Prozent).

Was die **Inhalte** von Fachgesprächen betrifft (Frage 12), lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

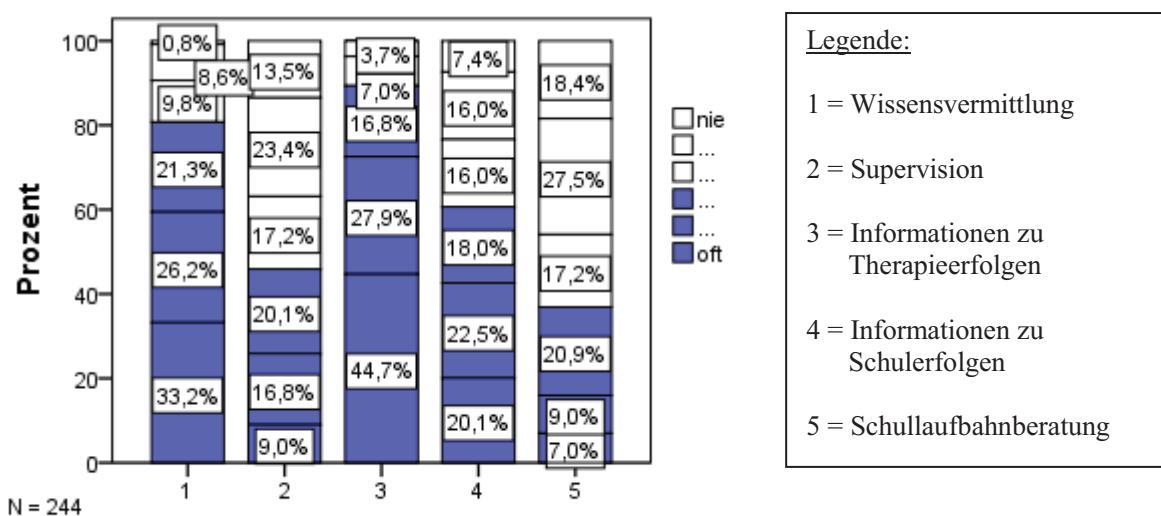


Abbildung 21: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Inhalte in Gesprächen mit Fachpersonen thematisieren (Frage 12)

Wie der Grafik zu entnehmen ist, wurden *Informationen zu Therapieerfolgen, zu Lernfortschritten des Kindes in der Therapie* (3) von einem Großteil der Befragten *tendenziell oft* in Gesprächen mit Fachpersonen thematisiert (89,4 Prozent). Weiterhin berichteten mehr als drei Viertel der befragten Therapeutinnen, den Bereich *Wissensvermittlung: Informationen zu Sprachstörungen, Interventionsformen* (1) *tendenziell oft* in der Kommunikation mit Fachpersonen anzusprechen (80,7 Pro-

¹³ Die Ziffern in Klammern beziehen sich jeweils auf die Nummerierung der den Fragebogenitems zugehörigen Balken innerhalb des Diagramms.

zent). 60,6 Prozent der Teilnehmerinnen thematisierten *tendenziell oft Informationen zu Schulerfolgen, zu Lernfortschritten des Kindes in der Schule* (4).

Etwas mehr als die Hälfte der Befragungspersonen gab jedoch an, den Bereich *Supervision: Anleitung und Üben mit den Kolleginnen, Training von sprachlichen und sonstigen Strategien* (2) *tendenziell selten* zu berücksichtigen (54,1 Prozent). Zudem thematisierten knapp zwei Drittel der Teilnehmerinnen in Gesprächen mit Fachpersonen *tendenziell selten* den Aspekt der *Schullaufbahnberatung* (5) (63,1 Prozent).

Abbildung 22 gibt einen Überblick über die gewählten **Formen des Austausches** mit Fachpersonen (Frage 13):

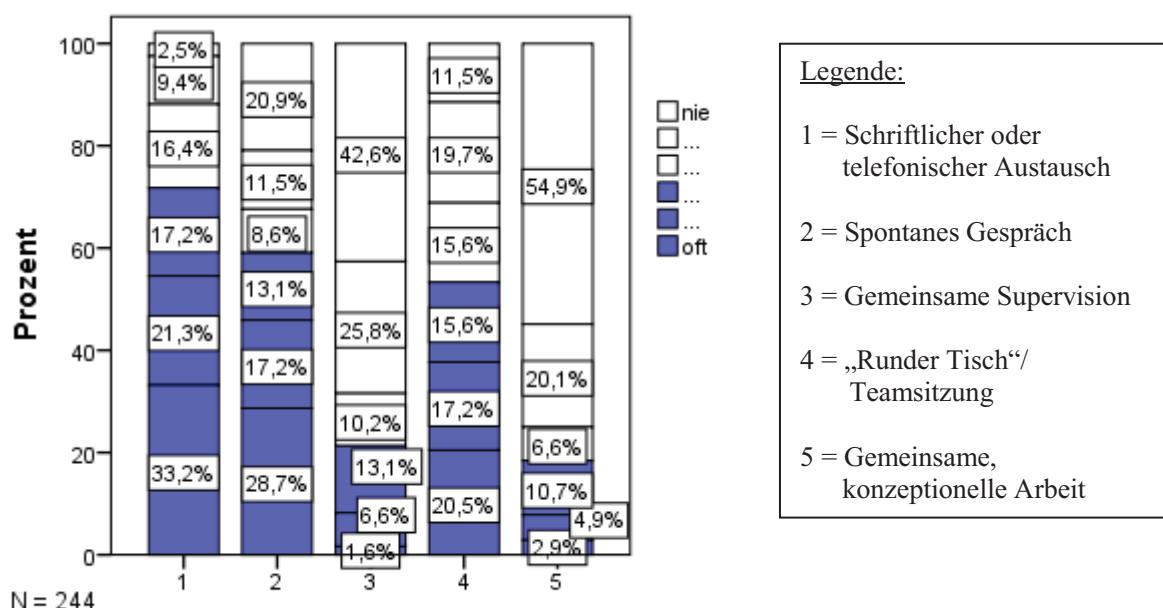


Abbildung 22: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzen (Frage 13)

Es zeigt sich, dass der größte Anteil der Befragten (71,7 Prozent) *tendenziell oft* den *schriftlichen* (z. B. *Mitteilungsheft, Mail*) oder *telefonischen Austausch* (1) mit Fachpersonen nutzte. Mehr als die Hälfte der Befragungspersonen nutzte zudem *tendenziell oft spontane Gespräche* (z. B. in der Pause) (2) für den Austausch mit Fachpersonen (59 Prozent). Auf den Informationsweg des „Runden Tisches“/Teamsitzungen (4) konnte etwa die Hälfte der Befragten *tendenziell oft* zurückgreifen (53,3 Prozent).

Die Mehrheit der Befragten gab jeweils an, *tendenziell selten gemeinsame Supervision* (3) durchzuführen (78,6 Prozent) beziehungsweise an *gemeinsamer, konzeptioneller Arbeit* (z. B. *Erarbeitung eines Schulkonzepts*) (5) beteiligt zu sein (81,6 Prozent).

Hinsichtlich der Auswertung von Frage 14, die sich darauf bezieht, welchen Anteil der gesamten Arbeitszeit unterschiedliche **Aufgabenbereiche** jeweils in Anspruch nehmen, gilt es Folgendes zu beachten: Wie in Kapitel 8.3.4 beschrieben, sollten die Teilnehmerinnen zur Beantwortung dieser Frage jeweils den prozentualen Anteil angeben, den verschiedene Bereiche innerhalb ihrer Arbeitszeit einnehmen. Insgesamt sollten sich dabei 100 Prozent ergeben. Da im Rahmen der Online-Befragung technisch nicht gewährleistet werden konnte, dass die Summe 100 Prozent betrug und dies bei einigen wenigen Befragungspersonen nicht der Fall war, wurden die Werte mithilfe der verwendeten Statistik-Software *IBM SPSS Statistics 20* so umkodiert, dass der Gesamtwert jeweils 100 Prozent entsprach. Dieses Verfahren wurde auch bei allen weiteren Fragen des Bogens, die Prozentangaben erforderten, angewandt.

Nachfolgende Abbildung 23 veranschaulicht die Ergebnisse von Frage 14. Im Diagramm ist pro Aufgabenbereich der Mittelwert der prozentualen Angaben aller Teilnehmerinnen dargestellt:

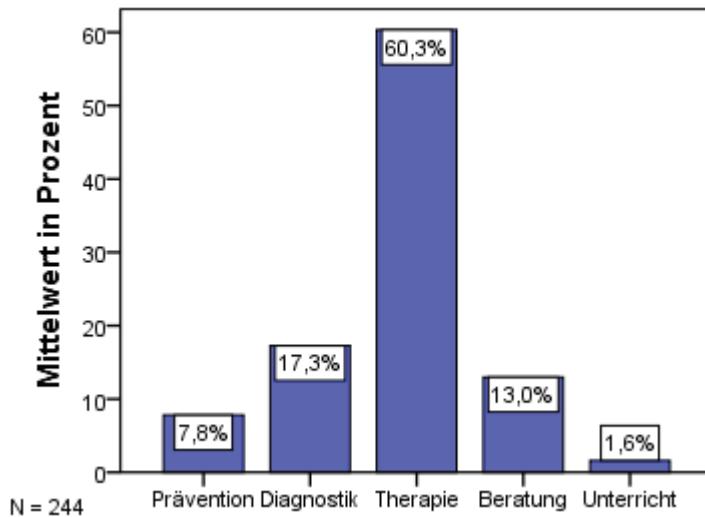


Abbildung 23: Prozentanteile, die verschiedene Aufgabenbereiche im Rahmen der gesamten Arbeitszeit der Befragten durchschnittlich in Anspruch nehmen (Frage 14)

Wie aus der Grafik hervorgeht, nahm der Bereich *Therapie* (z. B. *Einzeltherapie, Gruppentherapie, ...*, inkl. *Vor-/Nachbereitung*) mit durchschnittlich 60,3 Prozent mehr als die Hälfte der Arbeitszeit der Befragten in Anspruch. Des Weiteren verbrachten die Teilnehmerinnen durchschnittlich 17,3 Prozent ihrer Gesamtarbeitszeit mit *Diagnostik* (z. B. *Screenings, Beobachtungen, Tests, ...*) und der Bereich *Beratung* (z. B. von *Eltern, Fachkräften, Austausch, Kooperation, ...*) nahm im Mittel 13 Prozent der Arbeitszeit ein. Durchschnittlich widmeten sich die Befragten zudem 7,8 Prozent ihrer Arbeitszeit Tätigkeiten, die dem Bereich *Prävention* (z. B. *Fortbildungstätigkeiten, Aufklärung, ...*) zuzuordnen sind. Der Bereich *Unterricht* (z. B. in *Regelschulen, ...*, inkl. *Vorbereitung, Mitarbeit im Unterricht, Unterrichten im Team*) stellte mit durchschnittlich 1,6 Prozent lediglich einen geringen Anteil der Gesamtarbeitszeit dar.

Bei diesen Ergebnissen gilt es zu berücksichtigen, dass diese die Mittelwerte der Angaben aller 244 befragten Therapeutinnen abbilden. So ist davon auszugehen, dass innerhalb der Untersuchungsgruppe mehr oder weniger starke interindividuelle Unterschiede bestanden und die Teilnehmerinnen im Einzelfall unterschiedliche Schwerpunkte bezüglich der Aufteilung ihrer Beschäftigungszeit setzten. Die gewählte Darstellungsform erschien dennoch sinnvoll, um einen Überblick über die Verteilung der Gesamtarbeitszeit der Teilnehmerinnen zu geben.

10.2.4 Themenkomplex *Sprachtherapie*

Im Rahmen dieses Teilkapitels sollen die Ergebnisse bezüglich des Themenkomplexes *Sprachtherapie* vorgestellt werden:

Wie in Absatz 8.3.5 erwähnt, war diesem Fragenblock eine Filterfrage vorangestellt, um ihn ausschließlich von Personen bearbeiten zu lassen, die **Sprachtherapie mit Kindern und/oder Jugendlichen durchführen**. Dies traf auf **242 Teilnehmerinnen** zu, weshalb sich die im Folgenden präsentierten Ergebnisse – sofern nicht anders vermerkt – auf diese Personengruppe beziehen.

In Bezug auf das für die Therapie gewählte **Setting** (Frage 15) wird deutlich, dass die Befragten im Mittel 95,3 Prozent ihrer Therapiezeit als *Einzelintervention* durchführten. Somit spielten Formen der *Gruppenintervention*, die durchschnittlich 4,7 Prozent der Therapiezeit einnahmen, eine stark untergeordnete Rolle.

Was die **Orte der Therapie** betrifft (Frage 16), lassen sich die Ergebnisse aus nachfolgender Abbildung 24 entnehmen. Innerhalb des Kreisdiagramms ist dabei pro Ort der Mittelwert der Prozentangaben aller Teilnehmerinnen abgebildet:

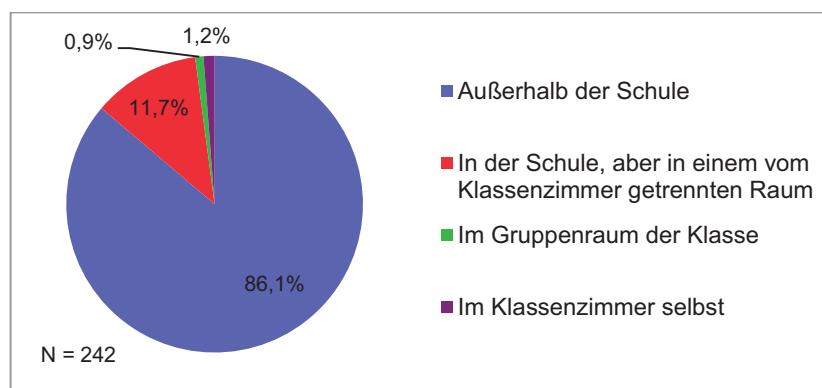


Abbildung 24: Prozentanteile, zu denen die Therapiezeit der Befragten durchschnittlich an den verschiedenen Orten stattfindet (Frage 16)

Wie anhand der Grafik ersichtlich, fand durchschnittlich 86,1 Prozent der Therapiezeit *außerhalb der Schule (in der Praxis, im Logopädischen Dienst,...)* statt. Durchschnittlich 11,7 Prozent der Therapiezeit führten die Teilnehmerinnen *in der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum* durch. Sprachtherapie, die *im Klassenzimmer selbst* erfolgte, bildete mit 1,2 Prozent der Therapiezeit ebenfalls einen geringen Anteil. Noch seltener fand die Therapie *im Gruppenraum der Klasse* (0,9 Prozent der Therapiezeit) statt.

Bezüglich der inhaltlichen **Verbindung von Therapie und Unterricht** (Frage 17) zeichnet sich folgendes Ergebnis ab: Durchschnittlich gaben die befragten Therapeutinnen an, drei Viertel ihrer Therapiezeit (74,7 Prozent) *nicht mit dem Unterricht zu verbinden* und etwa ein Viertel ihrer Therapiezeit (25,3 Prozent) *inhaltlich mit dem Unterricht zu verbinden (z. B. durch eine Orientierung an den Unterrichtsthemen, durch Kooperation mit der Lehrkraft)*.

Folgende Ergebnisse lassen sich bezüglich der Frage festhalten, bei welchen **Auffälligkeiten** die Teilnehmerinnen ihre Therapie inhaltlich **mit dem Unterricht verbinden** (Frage 18):

Wie in Abschnitt 8.3.5 erwähnt, konnten die Befragten hier pro angegebenem Störungsbild zwischen folgenden beiden Antwortmöglichkeiten wählen: *Ja, hier besteht eine intensive Verbindung von Therapie und Unterricht. - Nein, hier besteht nur eine geringe oder keine Verbindung von Therapie und Unterricht.*

Da von 51 Teilnehmerinnen keine Angaben zu dieser Frage vorlagen, beziehen sich die Ergebnisse auf 191 Personen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass es versäumt wurde, die Befragten durch entsprechende technische Einstellungen auf fehlende Antworten aufmerksam zu machen – wie es bei der Bearbeitung der meisten anderen Fragen der Fall war.

Nachfolgende Abbildung 25 gibt einen Überblick über den Prozentsatz der befragten Therapeutinnen, die pro Störungsbild angaben, dass *eine intensive Verbindung von Therapie und Unterricht besteht*:



Abbildung 25: Prozentsatz der Befragten, die ihre Therapie bei verschiedenen Auffälligkeiten inhaltlich mit dem Unterricht verbinden (Frage 18)

Wie anhand des Diagramms offensichtlich wird, gab mit 81,7 Prozent die große Mehrheit der Teilnehmerinnen an, die Therapie von *Schriftspracherwerbsstörungen* inhaltlich mit dem Unterricht zu verbinden. Etwa die Hälfte der Befragten vermerkte jeweils, dass bei der Behandlung *kommunikativ-pragmatischer* (51,8 Prozent) sowie *semantisch-lexikalischer Störungen* (48,7 Prozent) eine intensive Verbindung von Therapie und Unterricht bestehe. Bei *syntaktisch-morphologischen Störungen* sowie *Sprachverständnisstörungen* verband jeweils etwas weniger als die Hälfte der Befragten ihre Therapie inhaltlich mit dem Unterricht (je 43,5 Prozent). Des Weiteren wurde die Behandlung *phonetisch-phonologischer Störungen* von 37,2 Prozent der Teilnehmerinnen mit dem Unterricht verknüpft. Nur etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen gab an, die Therapie von *Redeflussstörungen* inhaltlich mit dem Unterricht zu verbinden (32,5 Prozent).

Was die **Orte der Therapie** differenziert nach **Störungsbildern** betrifft (Frage 19), sind die Ergebnisse in tabellarischer Form dargestellt, um eine zusammenfassende Übersicht über die Daten zu erhalten.

Wie in Kapitel 8.3.5 vermerkt, sollten die Befragten pro Störungsbild 100 Prozent der Therapiezeit auf die verschiedenen Therapieorte verteilen. In Tabelle 19 sind daher pro Störungsbild die Mittelwerte der Prozentangaben aller Teilnehmerinnen angeführt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse – wie in Tabelle 19 ersichtlich – jeweils auf eine unterschiedliche Personenzahl (*N*) beziehen. Dies ist primär auf fehlende Angaben der Befragten zurückzuführen. Weiterhin konnten die Angaben zweier Teilnehmerinnen in Bezug auf das Fragebogenitem *Störungen beim Erwerb der Schriftsprache* nicht in die Auswertung einfließen, da diese nicht wahrheitsgetreu erschienen (so umfasste die Verteilung von Prozentangaben neben der Kategorie *nie* weitere Therapieorte).

	<i>Außerhalb der Schule</i>	<i>In der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum</i>	<i>Im Gruppenraum der Klasse</i>	<i>Im Klassenzimmer selbst</i>	<i>Nie</i>
<i>Phonetisch-phonologische Störungen (N = 122)</i>	87%	10,4%	0,5%	0,4%	1,6%
<i>Semantisch-lexikalische Störungen (N = 120)</i>	85,1%	11,3%	0,8%	1,2%	1,7%
<i>Syntaktisch-morphologische Störungen (N = 121)</i>	84,8%	11,8%	0,7%	1,0%	1,7%
<i>Kommunikativ-pragmatische Störungen (N = 122)</i>	81,6%	12,7%	1%	2,2%	2,5%
<i>Sprachverständnisstörungen (N = 122)</i>	83,5%	12,9%	0,8%	1,2%	1,6%
<i>Störungen beim Erwerb der Schriftsprache (N = 119)</i>	82,7%	10%	0,1%	1,9%	5,2%

Tabelle 19: Häufigkeit der Behandlung verschiedener Auffälligkeiten an unterschiedlichen Orten
(Mittelwerte der Prozentangaben der Befragten) (Frage 19)

Insgesamt zeichnet sich bei der Behandlung aller Störungsbilder eine ähnliche Verteilung der Therapiezeit auf die Therapieorte ab wie in Frage 16 (siehe Abbildung 24). Es sind jedoch einige interessante Tendenzen zu beobachten:

Mit 87 Prozent der Therapiezeit bezüglich dieses Störungsbildes wurden *phonetisch-phonologische Störungen* durchschnittlich am häufigsten *außerhalb der Schule* behandelt. *Kommunikativ-pragmatische Störungen* hingegen wurden noch am häufigsten an einem Ort therapiert, der räumlich in der Schule angesiedelt ist (insgesamt 18,4 Prozent der Therapiezeit bezüglich dieses Störungsbildes).

In der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum wurden *Sprachverständnisstörungen* (12,9 Prozent) sowie *kommunikativ-pragmatische Störungen* (12,7 Prozent) vergleichsweise häufig therapiert. Einen eher geringen Anteil bildeten diesen Therapieort betreffend *Störungen beim Erwerb der Schriftsprache* (10 Prozent).

Die Therapie fand allgemein äußerst selten *im Gruppenraum der Klasse* statt, wobei die Behandlung *kommunikativ-pragmatischer Störungen* mit einem Prozent der Therapiezeit noch am häufigsten dort erfolgte. Nur sehr sporadisch wurden *Störungen beim Erwerb der Schriftsprache im Gruppenraum der Klasse* therapiert (0,1 Prozent).

Am häufigsten wurde die Therapie bei *kommunikativ-pragmatischen Störungen im Klassenzimmer selbst* durchgeführt (2,2 Prozent). Sehr selten wurde von den Teilnehmerinnen angegeben, dass die Behandlung *phonetisch-phonologischer Störungen* an diesem Ort erfolgte (durchschnittlich 0,4 Prozent der Therapiezeit bezüglich dieses Störungsbildes).

In Bezug auf die Kategorie *nie* ließ sich Folgendes ermitteln: So behandelte die überwiegende Mehrheit der Befragungspersonen *phonetisch-phonologische Störungen* sowie *Sprachverständnisstörungen*. Vergleichsweise viele Personen vermerkten jedoch, dass *Schriftspracherwerbsstörungen* nicht in ihrem Behandlungsspektrum integriert waren (5,2 Prozent).

Nachfolgende Tabelle 20 verdeutlicht die Ergebnisse bezüglich der **Orte der Therapie** differenziert nach **Einheiten der Therapie** (Frage 20). Dabei sind pro Therapieeinheit die Mittelwerte der Prozentangaben aller Teilnehmerinnen aufgelistet.

Die Angaben von vier befragten Therapeutinnen konnten nicht in die Auswertung dieser Frage einfließen. Zusätzlich wurde in Bezug auf das Fragebogenitem (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Partizipation)*) die Angabe einer weiteren Person von der Analyse ausgenommen. Dies lag darin begründet, dass in diesen Fällen die Verteilung von Prozentangaben neben der Kategorie *nie* weitere Therapieorte umfasste und somit nicht realistisch erschien.

	<i>Außerhalb der Schule</i>	<i>In der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum</i>	<i>Im Gruppenraum der Klasse</i>	<i>Im Klassenzimmer selbst</i>	<i>Nie</i>
<i>Funktionen (N = 238)</i>	87,3%	11%	0,4%	0,5%	0,8%
<i>Aktivitäten (N = 238)</i>	85,7%	11,6%	0,9%	1,4%	0,4%
<i>Partizipation (N = 237)</i>	82,7%	11%	1,6%	3,5%	1,3%

Tabelle 20: Häufigkeit der Durchführung verschiedener Therapieeinheiten an unterschiedlichen Orten
(Mittelwerte der Prozentangaben der Befragten) (Frage 20)

Wie sich aus Tabelle 20 ergibt, erfolgte die *Einführung bzw. Anbahnung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Funktionen)* mit 87,3 Prozent der Therapiezeit bezüglich dieser Einheit im Mittel am häufigsten *außerhalb der Schule*. Der (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Partizipation)* hingegen wurde noch am häufigsten an einem Ort durchgeführt, der räumlich in der Schule angesiedelt ist (insgesamt 17,3 Prozent).

In der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum fand vergleichsweise häufig die Übung bzw. Vertiefung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (*Aktivitäten*) statt (im Mittel 11,6 Prozent der Therapiezeit bezüglich dieser Einheit).

Der (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Partizipation)* wurde im Vergleich am ehesten *im Gruppenraum der Klasse* (1,6 Prozent) sowie *im Klassenzimmer selbst* (3,5 Prozent) durchgeführt.

In Bezug auf die Kategorie *nie* lässt sich festhalten, dass vergleichsweise viele Teilnehmerinnen angaben, den (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Partizipation)* im Rahmen ihrer Therapie nicht zu berücksichtigen (1,3 Prozent).

10.2.5 Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*

In diesem Unterkapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf den Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*:

Wie in Abschnitt 8.3.6 angesprochen, war diesem Fragenblock eine Filterfrage vorgeschaltet, um zu gewährleisten, dass er nur von Personen bearbeitet wurde, die **direkt im Klassenzimmer mit sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen arbeiten**. Dies war bei **21 Teilnehmerinnen** und somit 8,6 Prozent aller Befragten der Fall. Daher beziehen sich die im Folgenden präsentierten Ergebnisse – sofern nicht anders vermerkt – auf diese Teilgruppe.

Im Hinblick auf die Häufigkeit der Durchführung verschiedener **Interventionsformen** im Klassenzimmer (Frage 21) lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

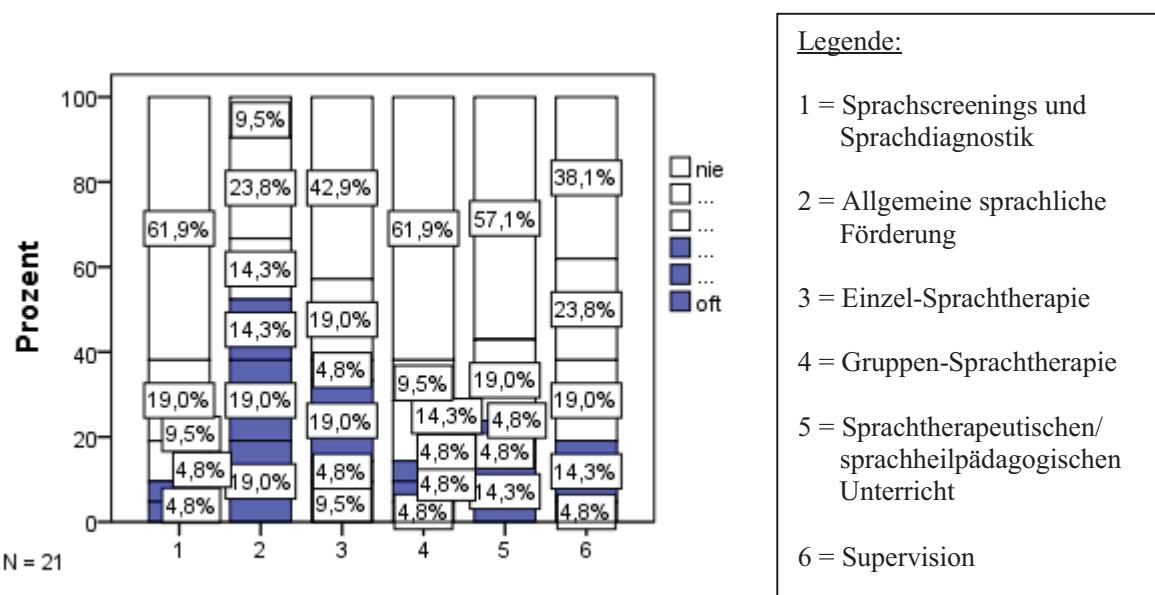


Abbildung 26: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Interventionsformen im Klassenzimmer durchführen (Frage 21)

Wie anhand der Grafik ersichtlich, wurden nahezu alle angeführten Interventionsformen von der Majorität der Teilnehmerinnen *tendenziell selten* durchgeführt. Einige Tendenzen sind jedoch erkennbar:

So führte immerhin die Hälfte der Befragten *tendenziell oft allgemeine sprachliche Förderung im Klassenzimmer* (2) durch (52,3 Prozent \approx 11 Personen¹⁴). *Einzel-Sprachtherapie im Klassenzimmer* (3) wurde von einem Drittel der Teilnehmerinnen *tendenziell oft* durchgeführt (33,3 Prozent \approx 7 Personen). Etwa ein Viertel der befragten Therapeutinnen gab an, *tendenziell oft sprachtherapeutischen/sprachheilpädagogischen Unterricht* (5) zu halten (23,9 Prozent \approx 5 Personen). Weiterhin führten 19,1 Prozent der Befragten (\approx 4 Personen) *tendenziell oft Supervision im Klassenzimmer* (z. B. für die Lehrkraft) (6) durch. Lediglich 14,4 Prozent (\approx 3 Personen) berichteten, dass *tendenziell oft Gruppen-Sprachtherapie im Klassenzimmer* (4) stattfand. Auch *Sprachscreenings und Sprachdiagnostik* (1) wurden nur von 9,6 Prozent der Teilnehmerinnen (\approx 2 Personen) *tendenziell oft* durchgeführt und spielten somit bei der Intervention im Klassenzimmer eine sehr geringe Rolle.

¹⁴ Aufgrund der kleinen Teilstichprobe ist in diesem Kapitel zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse neben der Prozentangabe jeweils die absolute Anzahl der Befragten angegeben.

Folgende Verteilung ergibt sich in Bezug auf die Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher **Unterrichtsphasen** und -gegebenheiten zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer (Frage 22)¹⁵:

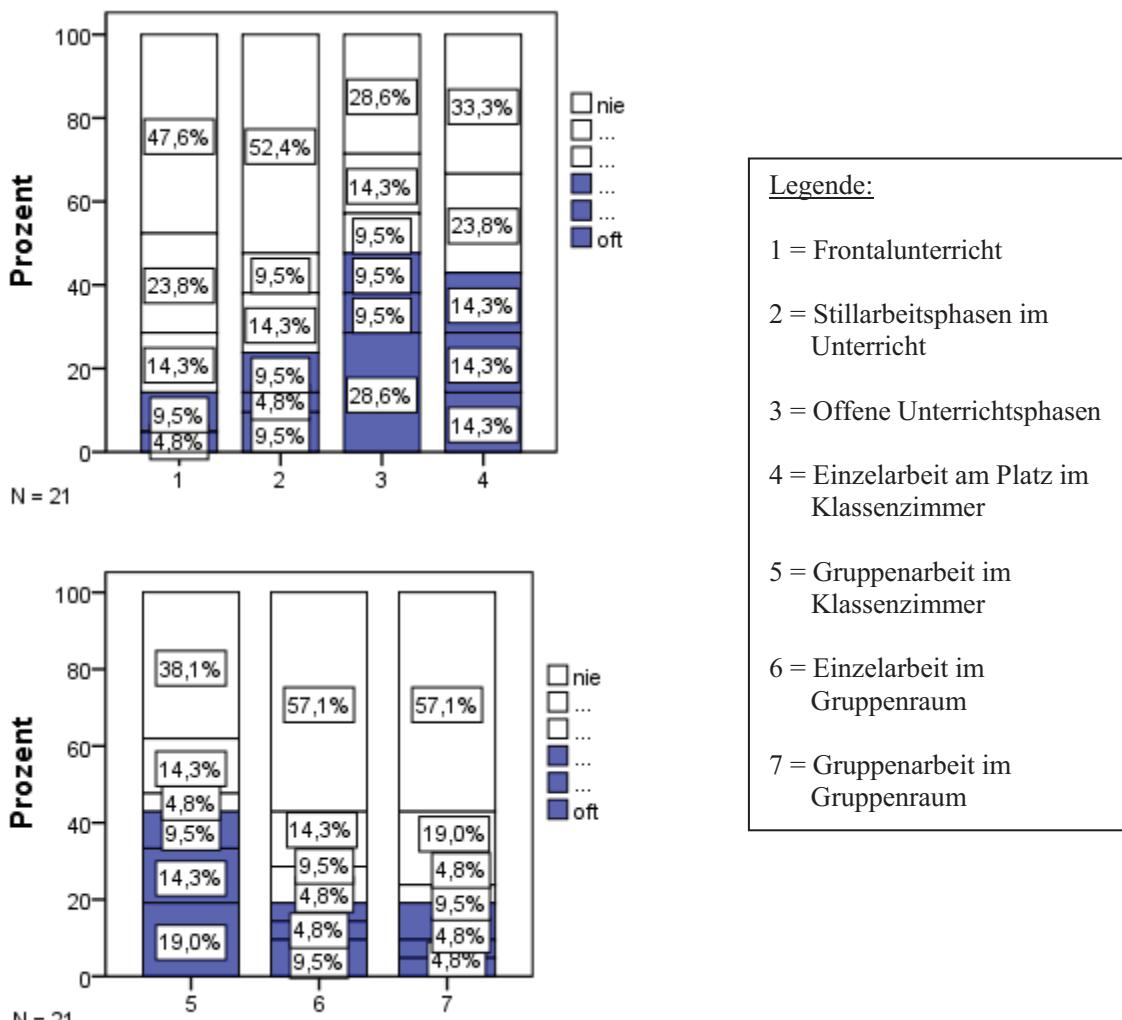


Abbildung 27: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Unterrichtsphasen und -gegebenheiten zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer nutzen (Frage 22)

Wie anhand der Diagramme offensichtlich wird, stellten *offene Unterrichtsphasen* (z. B. *Stationen*, *Wochenplan*, *Projekte*) (3) die am häufigsten gewählte Unterrichtsphase zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer dar. Diese nutzte knapp die Hälfte der befragten Therapeutinnen *tendenziell oft* (47,6 Prozent \cong 10 Personen). Eine gleich große Untergruppe gab jeweils an, *tendenziell oft Einzelarbeit am Platz im Klassenzimmer* (4) sowie *Gruppenarbeit im Klassenzimmer* (5) (je 42,9 Prozent \cong 9 Personen) zu nutzen. Auf *Stillarbeitsphasen im Unterricht* (2) griff etwa ein Viertel der Teilnehmerinnen *tendenziell oft* zurück (23,8 Prozent \cong 5 Personen).

¹⁵ Um die Übersichtlichkeit der Darstellung zu gewährleisten, werden die Ergebnisse von Frage 22 und 23 jeweils anhand zweier Grafiken präsentiert.

Eine geringe Anzahl der Teilnehmerinnen berichtete, *tendenziell oft Einzelarbeit im Gruppenraum* (6) sowie *Gruppenarbeit im Gruppenraum* (7) durchzuführen (je 19,1 Prozent \cong 4 Personen). *Frontalunterricht: Unterricht mit der ganzen Klasse* (1) nutzte ebenfalls lediglich eine Minderheit (14,3 Prozent \cong 3 Personen) *tendenziell oft*, um sprachtherapeutische Elemente im Klassenzimmer zu integrieren.

Was die Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher **Unterrichtsinhalte** zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer betrifft (Frage 23), zeichnet sich folgendes Bild ab:

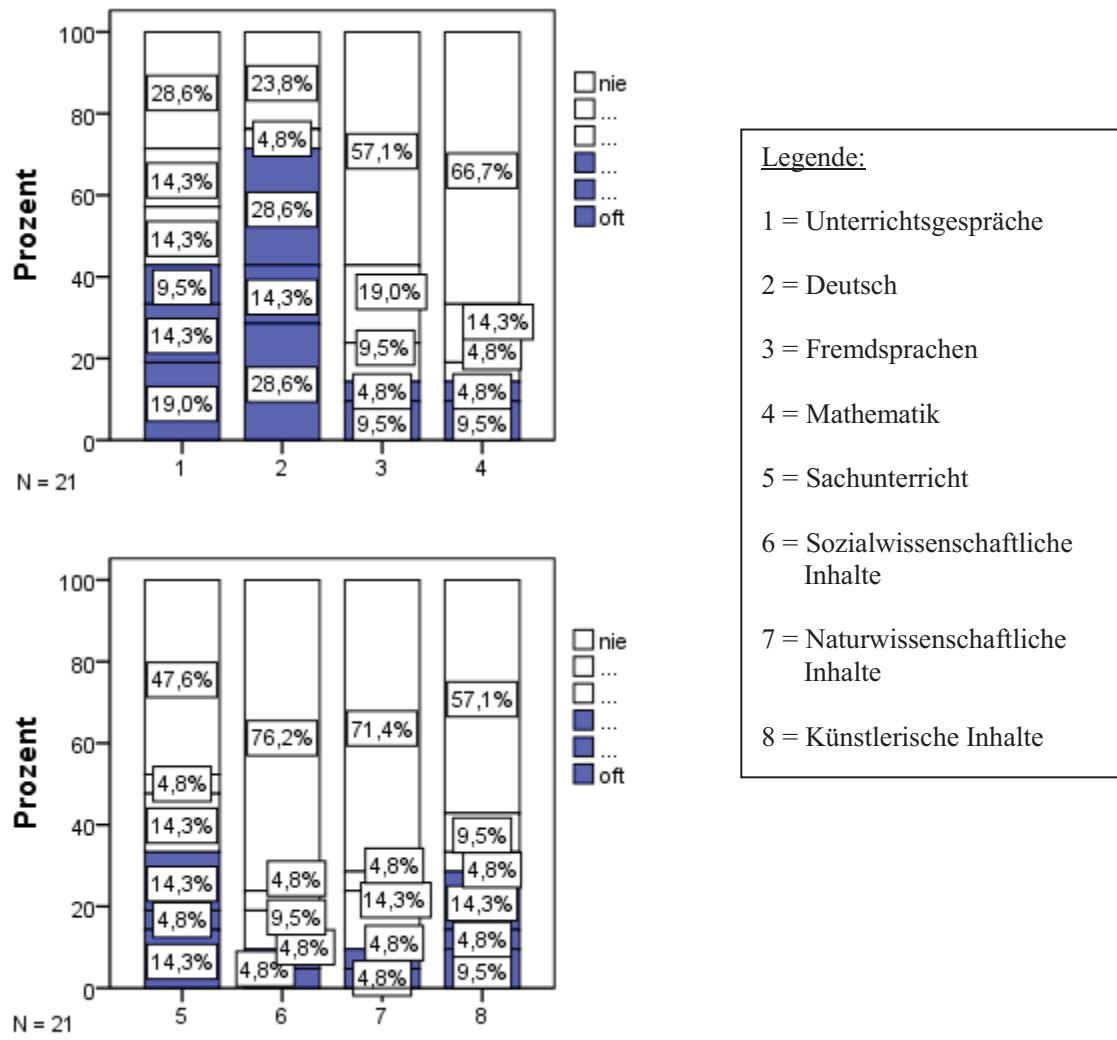


Abbildung 28: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Unterrichtsinhalte zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer nutzen (Frage 23)

Wie an den Grafiken zu sehen, wurde *Deutsch* (z. B. *Schriftspracherwerb, Sprachbetrachtung und Sprache untersuchen*) (2) am häufigsten zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer herangezogen. So gaben nahezu drei Viertel der Befragten an, diesen Unterrichtsinhalt *tendenziell oft* zu nutzen (71,5 Prozent \cong 15 Personen).

42,8 Prozent der Teilnehmerinnen ($\hat{=}$ 9 Personen) nutzten *tendenziell oft Unterrichtsgespräche* (1). Im *Sachunterricht* (5) bezog etwa ein Drittel der Befragten *tendenziell oft* sprachtherapeutische Elemente ein (33,4 Prozent $\hat{=}$ 7 Personen). 28,6 Prozent der Teilnehmerinnen ($\hat{=}$ 6 Personen) integrierten sprachtherapeutische Elemente *tendenziell oft* in die Vermittlung *Künstlerischer Inhalte* (z. B. *Musik, Kunst*) (8). Jeweils 14,3 Prozent der Teilnehmerinnen ($\hat{=}$ 3 Personen) gaben an, *tendenziell oft Fremdsprachen* (3) und *Mathematik* (z. B. *Grundrechenarten, Sachaufgaben*) (4) zur Integration sprachtherapeutischer Elemente heranzuzuziehen. Lediglich eine Minderheit der Befragungspersonen griff *tendenziell oft* auf *Sozialwissenschaftliche Inhalte* (z. B. *Geschichte*) (6) sowie *Naturwissenschaftliche Inhalte* (z. B. *Biologie*) (7) zurück (je 9,6 Prozent $\hat{=}$ 2 Personen).

Was die **Häufigkeit** betrifft, mit der die befragten Therapeutinnen *alleine* in der Klasse *arbeiten* und *sprachtherapeutischen Unterricht halten* beziehungsweise *im Team mit mindestens einer zweiten Person agieren* (Frage 24), zeigen sich folgende Tendenzen:

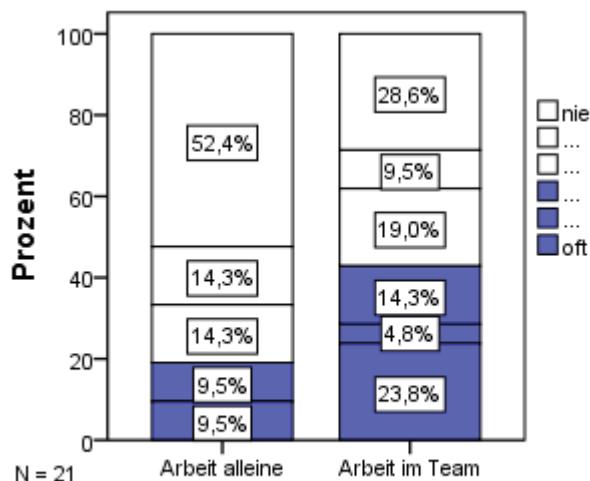


Abbildung 29: Häufigkeit, mit der die Befragten alleine beziehungsweise im Team in der Klasse arbeiten (Frage 24)

Wie die Grafik verdeutlicht, gab knapp die Hälfte der Befragten an, *tendenziell oft im Team mit mindestens einer zweiten Person* in der Klasse *zu arbeiten* (42,9 Prozent $\hat{=}$ 9 Personen). Ein geringerer Anteil der Befragungspersonen *arbeitete tendenziell oft alleine* und *hielt sprachtherapeutischen Unterricht* (19 Prozent $\hat{=}$ 4 Personen).

Nachfolgende Abbildung 30 gibt Auskunft über die Häufigkeit der Nutzung verschiedener **Formen des Team-Teachings** (Frage 25).

Hierbei gilt es zu beachten, dass sich die Ergebnisse auf 15 befragte Therapeutinnen beziehen, da von sechs Personen keine Angaben zu dieser Frage vorlagen.

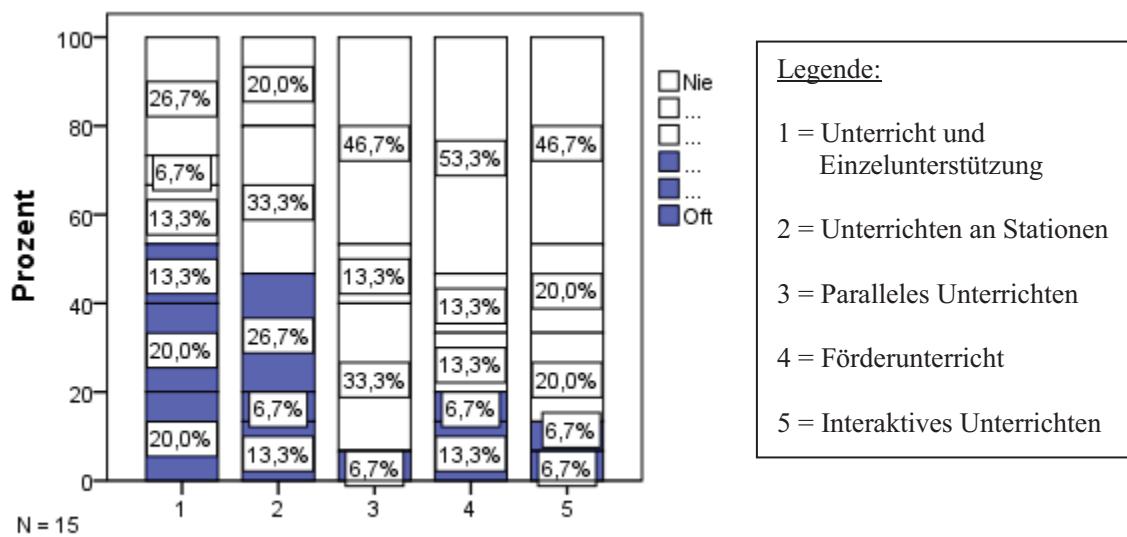


Abbildung 30: Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Formen des Team-Teachings in der Klasse nutzen (Frage 25)

Wie anhand des Diagramms ersichtlich, stellte *Unterricht und Einzelunterstützung* (1), wobei eine Person unterrichtet und eine weitere Person sprachtherapeutische Maßnahmen für einzelne Schülerrinnen anbietet, die am häufigsten genutzte Form des Team-Teachings dar. So gab etwa die Hälfte der Befragten an, diese *tendenziell oft* durchzuführen (53,3 Prozent \approx 8 Personen). 46,7 Prozent der Befragten (\approx 7 Personen) wählten *tendenziell oft* das *Unterrichten an Stationen* (2), das heißt beide Personen sind für Stationen im offenen Unterricht zuständig. Ein geringerer Anteil der befragten Therapeutinnen nutzte *tendenziell oft* den *Förderunterricht* (4), wobei beide Personen jeweils eine Hälfte der Klasse zu unterschiedlichen Themen unterrichten (20 Prozent \approx 3 Personen). Auch *interaktives Unterrichten* (5) (beide Personen unterrichten abwechselnd) (13,4 Prozent \approx 2 Personen) sowie *paralleles Unterrichten* (3), das heißt beide Personen unterrichten je eine Hälfte der Klasse parallel zum selben Thema, aber auf unterschiedliche Art (6,7 Prozent \approx 1 Person) kamen lediglich bei einer Minderheit der Teilnehmerinnen *tendenziell oft* zum Einsatz.

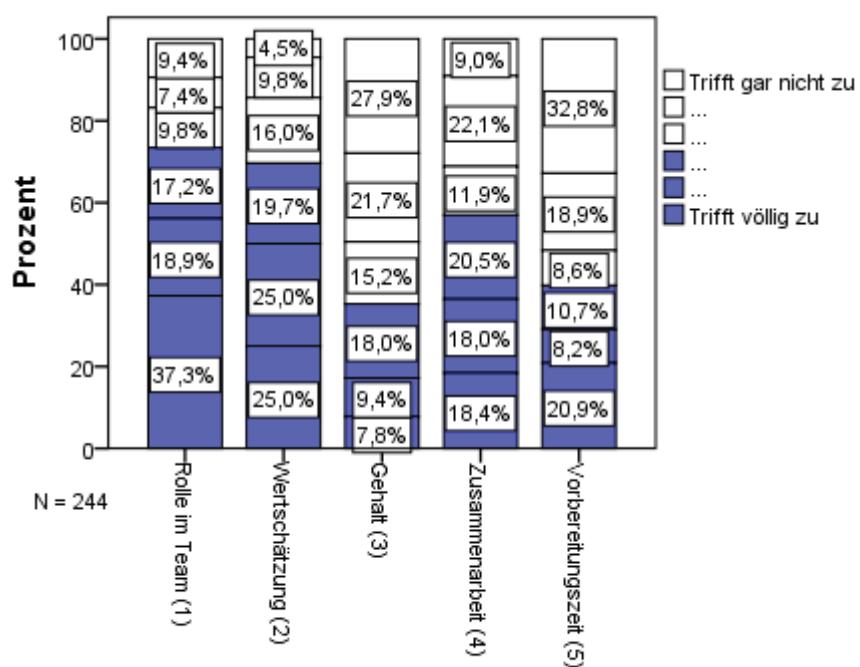
10.2.6 Themenkomplex *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*

Wie in Kapitel 8.3.7 beschrieben, diente der letzte Themenkomplex des Fragebogens dazu, die subjektive Einschätzung der Teilnehmerinnen bezüglich ihrer **Arbeitssituation** zu erfassen. Hierzu wurden die befragten Therapeutinnen gebeten, anhand einer sechsstufigen Ratingskala den Grad ihrer Zustimmung zu diversen Aussagen auszudrücken.

Zur Darstellung der Ergebnisse wurden – wie bereits zuvor bei Fragen mit Ratingskala als Antwortformat – je drei Skalierungswerte zusammengefasst. So wurde festgelegt, dass die ersten drei Stufen der Skala, also die Kategorie *trifft völlig zu* und die folgenden beiden Antwortkategorien, den Anteil der Teilnehmerinnen widerspiegeln, die einer spezifischen Aussage *tendenziell zustimmen*. Diese sind in der Abbildung farblich markiert. Die übrigen drei Skalierungswerte – einschließlich der Kategorie *trifft gar nicht zu* – bildeten den Anteil der Befragten ab, die einer Aussage *tendenziell nicht zustimmen*.

Nachfolgende Abbildung 31 gibt einen Überblick über die **Gesamtbewertung der Arbeitssituation** (Frage 26).

Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse auf die gesamte Stichprobe (244 Teilnehmerinnen) beziehen.



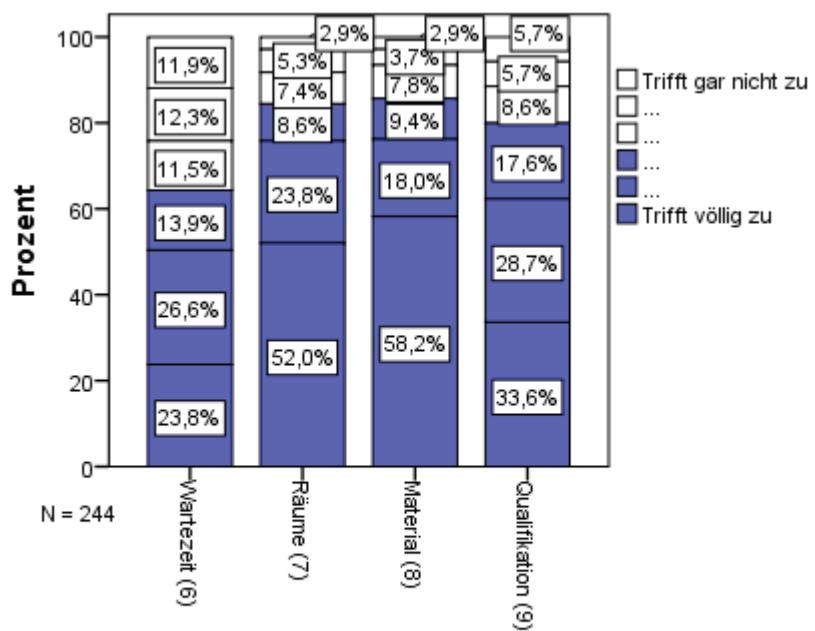


Abbildung 31: Selbsteinschätzung der Arbeitssituation (Frage 26)

In Bezug auf die allgemeine Zufriedenheit mit der beruflichen Situation zeigte sich, dass die Majorität der befragten Therapeutinnen *mit ihrer Rolle im Team (1)* (73,4 Prozent) und mit der *Wertschätzung ihrer Arbeit durch andere (2)* (69,7 Prozent) *tendenziell zufrieden* war.

Mit ihrem *Gehalt (3)* waren jedoch knapp zwei Drittel der Befragten (64,8 Prozent) *tendenziell unzufrieden*.

Den Aspekt der Kooperation betreffend, gaben 56,9 Prozent der Befragten an, *tendenziell über ausreichend Möglichkeiten zur Zusammenarbeit (4)* zu verfügen.

Hinsichtlich struktureller Rahmenbedingungen lässt sich festhalten, dass 60,3 Prozent der Befragten *tendenziell über keine ausgewiesene Vor- und Nachbereitungszeit (5)* verfügten. 64,3 Prozent der Teilnehmerinnen berichteten, dass *Kinder und Jugendliche in ihrem Arbeitsumfeld tendenziell ohne Wartezeit sofort eine Sprachtherapie erhielten (6)*.

Die überwiegende Mehrheit gab weiterhin an, *tendenziell über ausreichend räumliche Ressourcen (7)* (84,4 Prozent) sowie über *ausreichend Material (8)* (85,6 Prozent) für ihre Arbeit zu verfügen.

Mit 79,9 Prozent fühlte sich zudem der überwiegende Teil der Befragten *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings (9)*.

Fortbildungswünsche

Im Hinblick auf die **Fortbildungswünsche** der Teilnehmerinnen (Frage 27) sind folgende Tendenzen zu verzeichnen:

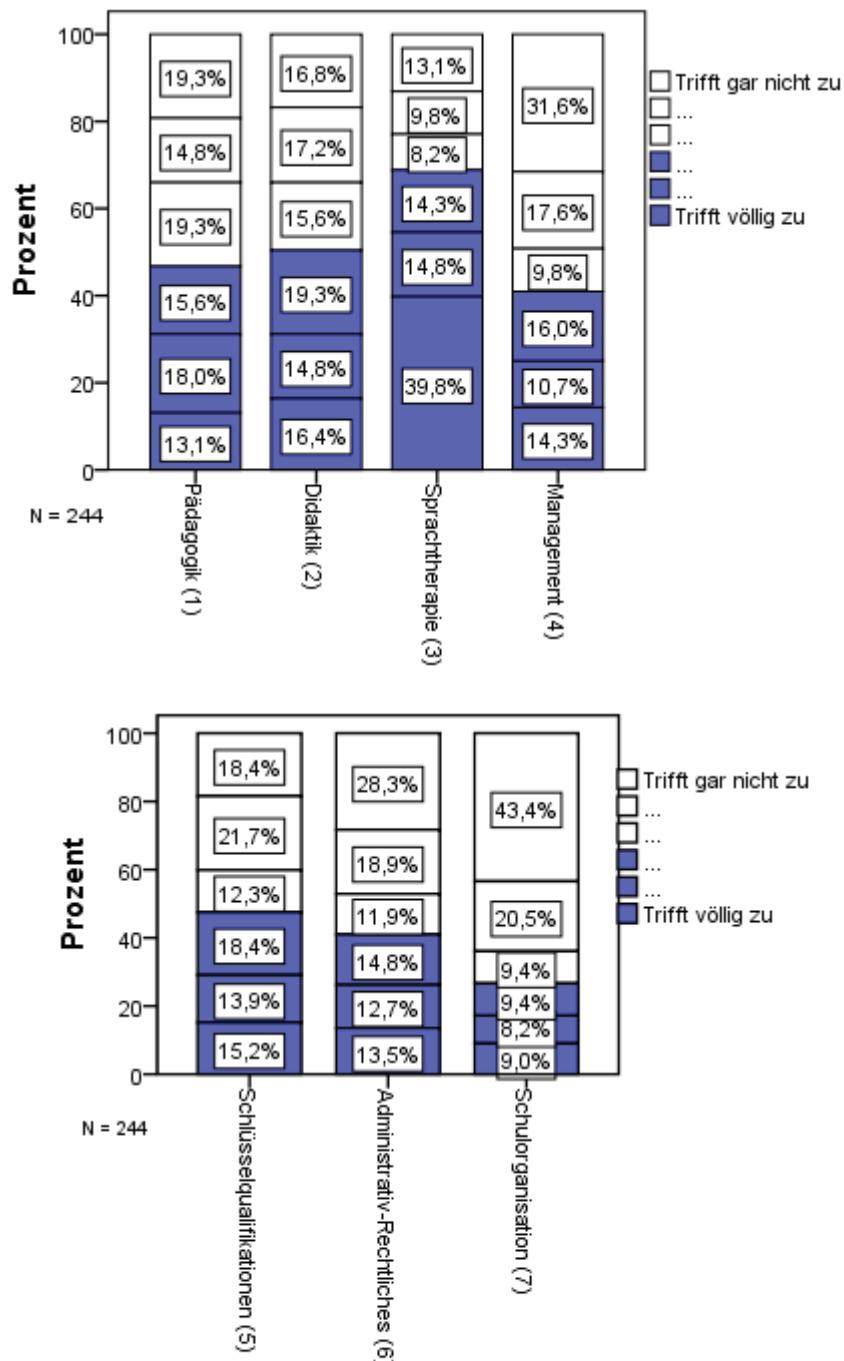


Abbildung 32: Fortbildungswünsche der Befragten (Frage 27)

Es wird offensichtlich, dass sich die meisten befragten Therapeutinnen (68,9 Prozent) *tendenziell* Fortbildungen im *sprachtherapeutischen Bereich* (3) wünschten. Fortbildungen im *didaktischen Bereich* (2) wünschte sich *tendenziell* etwa die Hälfte der Befragungspersonen (50,5 Prozent).

Jeweils etwas weniger als die Hälfte der Befragten interessierte sich *tendenziell* für Fortbildungen im Bereich *Schlüsselqualifikationen* (z. B. *Teamfähigkeit, Beratungskompetenz*) (5) (47,5 Prozent) sowie im *pädagogischen Bereich* (1) (46,7 Prozent). Je 41 Prozent der Teilnehmerinnen gaben an, sich *tendenziell* Fortbildungen im *Management-Bereich* (4) und im *administrativ-rechtlichen Bereich* (6) zu wünschen. Die wenigsten befragten Therapeutinnen wünschten sich *tendenziell* Fortbildungen im *schulorganisatorischen Bereich* (7) (26,6 Prozent).

10.2.7 Modelle der Leistungserbringung

Wie in Kapitel 8.3.7 dargestellt, konnten die Teilnehmerinnen gegen Ende des Fragebogens im Rahmen eines freien Antwortformates **Argumente** nennen, die für verschiedene Modelle der sprachtherapeutischen Leistungserbringung sprechen. Da es sich um fakultative Angaben handelte, antwortete hier erwartungsgemäß lediglich ein Teil der Befragten.

Zur qualitativen Auswertung der erhobenen Daten erfolgte eine Klassifizierung der Antworten nach inhaltlich orientierten Gesichtspunkten. So wurden inhaltlich kongruente Argumente jeweils zu Kategorien zusammengeschlossen. Dieser Vorgang wird auch als *Signierung* bezeichnet (Raab-Steiner & Benesch 2012).

Im Folgenden werden jeweils die am häufigsten genannten Argumente näher vorgestellt. Eine vollständige Auflistung aller von den Teilnehmerinnen angeführten Punkte findet sich in Anhang C. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass zahlreiche Mehrfachnennungen auftraten, da der Großteil der Befragten mehrere Argumente pro Modell der Leistungserbringung vorbrachte.

Argumente, die für eine Arbeit in der Klasse sprechen

Insgesamt nannten 84 Personen und damit 34,4 Prozent aller Teilnehmerinnen Argumente, die für eine **Arbeit in der Klasse** sprechen, wobei sich folgende Verteilung ergibt:

Argument	Prozentanteil der Befragten (N = 84)
Unterstützung des Transfers sprachlicher Strukturen in die Spontansprache	33,3%
Förderung der Kooperation von Lehrkraft und Sprachtherapeutin	29,8%
Erhöhter Alltagsbezug der Therapie	17,9%
Erzeugung von Synergieeffekten durch die Verbindung schulischer und sprachtherapeutischer Lerninhalte	15,5%

Tabelle 21: Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Klasse sprechen

Wie anhand von Tabelle 21 ersichtlich, nannte ein Drittel aller Personen, welche sich zu diesem Thema äußerten, Argumente, die der Kategorie *Unterstützung des Transfers sprachlicher Strukturen in die Spontansprache* zuzuordnen sind (33,3 Prozent). So erwähnte beispielsweise eine Teilnehmerin, sich durch die sprachtherapeutische Arbeit in der Klasse eine „bessere Einbettung und Übertragung der Therapieinhalte in den schulischen Alltag des Kindes“ zu versprechen. In diesem Zusammenhang verwiesen drei befragte Therapeutinnen explizit auf die Forderungen der ICF, wonach teilhabeorientierte Ziele – wie die Förderung der Kommunikationsfähigkeit im Schulalltag – im Rahmen sprachtherapeutischer Maßnahmen zunehmend an Bedeutung gewännen.

29,8 Prozent der Befragungspersonen vermerkten, dass sich eine sprachtherapeutische Intervention im Klassenzimmer positiv auf die *Kooperation von Lehrkraft und Sprachtherapeutin* auswirke. Auf diese Weise könne laut einer befragten Therapeutin eine „bessere Abstimmung notwendiger therapeutischer Maßnahmen“ erfolgen.

17,9 Prozent der Teilnehmerinnen sahen zudem Vorteile im *erhöhten Alltagsbezug der Therapie* in der Klasse. So gab eine Befragte zu bedenken, dass „Sprache (...) im Alltag stattfindet und zumindest teilweise dort therapiert“ werden sollte.

Weiterhin gaben 15,5 Prozent der Teilnehmerinnen an, sich durch die Verbindung *schulischer und sprachtherapeutischer Lerninhalte Synergieeffekte* zu erhoffen. Eine befragte Therapeutin vertrat hierzu die Meinung, dass ein „Ineinandergreifen von therapeutischen und schulischen Inhalten zu Wiederholungs- und Wiedererkennungseffekten“ führen könne.

9,5 Prozent der Befragungspersonen äußerten jedoch Bedenken hinsichtlich der Praktikabilität von Sprachtherapie in der Klasse. In diesem Zusammenhang vertrat eine Teilnehmerin die Meinung, dass im Klassenraum „keine Spezifizierung (...), nur allgemeine Sprachförderung“ durchführbar sei.

Argumente, die für eine Arbeit außerhalb des Klassenzimmers sprechen

94 Teilnehmerinnen und somit 38,5 Prozent der gesamten Stichprobe gaben Argumente an, die für eine **Arbeit außerhalb des Klassenzimmers** sprechen. Dabei zeichnet sich folgendes Bild ab:

Argument	Prozentanteil der Befragten (N = 94)
Erhöhung der Konzentrationsleistung der Schülerinnen	57,4%
Mehr Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie	36,2%
Schaffung eines geschützten Rahmens	18,1%
Erleichterung der Elternarbeit	14,9%

Tabelle 22: Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit außerhalb des Klassenzimmers sprechen

Die meisten Befragten sahen den Vorteil einer Arbeit außerhalb des Klassenzimmers darin, dass sich die ruhige Atmosphäre in einem separaten Therapieraum positiv auf die *Konzentrationsleistung der Schülerinnen* auswirke (57,4 Prozent). Einige Teilnehmerinnen verwiesen in diesem Zusammenhang auf Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits- sowie auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen, die in besonderem Maße auf eine reizarme Lernumgebung angewiesen seien.

Des Weiteren gaben 36,2 Prozent der Teilnehmerinnen an, dass außerhalb des Klassenraums *mehr Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie* zur Verfügung stünden. So wertete es eine befragte Therapeutin als positiv, dass außerhalb der Klasse allein die individuellen „Bedürfnisse, Fähigkeiten und Schwierigkeiten des Kindes im Mittelpunkt stehen“.

18,1 Prozent der Befragungspersonen vertraten die Meinung, dass ein separater Therapieraum für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen einen *geschützten Rahmen* darstelle, in dem sie ohne Beobachtung durch sprachgesunde Gleichaltrige lernen könnten. Dies sei laut einer Teilnehmerin gerade bei Schülerinnen „mit hohem Störungsbewusstsein und geringer Frustrationstoleranz“ von Vorteil.

Weiterhin nannten 14,9 Prozent der Befragungspersonen Argumente, die der Kategorie *Erleichterung der Elternarbeit* zuzuordnen sind. Hierbei fällt auf, dass der im Fragebogen verwendete Ausdruck *außerhalb des Klassenzimmers* von einem Teil der Befragten derart interpretiert wurde, dass die Therapie in diesem Fall auch außerhalb der Schule stattfindet. Infolgedessen nahmen die Befragten an, dass Sprachtherapie im Schulsetting weniger Gelegenheiten zur Elternberatung biete, da anders als bei der Therapie in einer Praxis kein regelmäßiges Zusammentreffen von Therapeutin und Eltern möglich sei.

Argumente, die für eine Arbeit in der Kleingruppe sprechen

Hinsichtlich der Argumente, die für eine **Arbeit in der Kleingruppe** sprechen, liegen Angaben von 87 Personen vor, was einem Anteil von 35,7 Prozent der Gesamtstichprobe entspricht. Dabei lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

Argument	Prozentanteil der Befragten (N = 87)
Erhöhung der Motivation der Schülerinnen	40,2%
Verminderung negativen Störungsbewusstseins	20,7%
Leistungssteigerung durch positiven Konkurrenzdruck	18,4%
Sprachvorbild anderer Kinder und Jugendlicher	13,8%

Tabelle 23: Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Kleingruppe sprechen

Am häufigsten wurde von den Teilnehmerinnen angeführt, dass die Arbeit in der Kleingruppe zur *Erhöhung der Motivation der Schülerinnen* beitrage (40,2 Prozent).

Ferner gaben 20,7 Prozent der Befragten an, dass das *negative Störungsbewusstsein* vieler sprachbehinderter Schülerinnen durch die Interaktion mit Gleichaltrigen mit vergleichbaren Schwierigkeiten *vermindert* werden könne. So wirke sich die Erfahrung, „dass es auch andere mit ähnlichen Problemen gibt und (...) man nicht alleine ist“, nach Ansicht einer befragten Therapeutin positiv auf die psychosoziale Entwicklung sprachlich auffälliger Heranwachsender aus.

18,4 Prozent der Teilnehmerinnen versprachen sich von einer Arbeit im Gruppensetting eine *Leistungssteigerung durch positiven Konkurrenzdruck*. So beobachtete etwa eine Teilnehmerinnen, dass sich die „Kinder gegenseitig anspornen“.

Weiterhin vertraten 13,8 Prozent der Befragungspersonen die Meinung, dass das *Sprachvorbild anderer Kinder und Jugendlicher* die Therapiefortschritte vieler Schülerinnen positiv beeinflusse.

Kritisch vermerkten sechs Personen, dass für die Bildung von Therapiegruppen Kinder und Jugendliche mit vergleichbaren Störungsprofilen gefunden werden müssten, was sich mitunter schwierig gestalte. Auch gaben drei Teilnehmerinnen zu bedenken, dass Gruppeninterventionen für Schülerinnen mit Aufmerksamkeitsdefiziten unter Umständen weniger geeignet seien.

Zusammenfassung – Modelle der Leistungserbringung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich anhand der genannten Argumente keine eindeutige Präferenz der Befragten für ein spezifisches Modell der Leistungserbringung ablesen lässt. So befürworteten zahlreiche Teilnehmerinnen die sprachtherapeutische Intervention im Klassenzimmer und sahen darin in erster Linie Chancen für den Alltagstransfer sprachlicher Strukturen. Ein Teil der befragten Therapeutinnen äußerte sich jedoch auch kritisch hinsichtlich der praktischen Umsetzung von unterrichtsintegrierter Sprachtherapie.

Des Weiteren wurden Gruppeninterventionen vor allem zur Steigerung der Motivation von Kindern und Jugendlichen sehr positiv eingeschätzt. Deutlich wird allerdings auch, dass die Teilnehmerinnen die klassische sprachtherapeutische Einzelintervention als unverzichtbar erachteten, um in ruhiger Umgebung auf die individuellen Bedürfnisse der Schülerinnen eingehen zu können.

Freie Kommentare

Den Raum für freie Kommentare am Ende des Fragebogens nutzten 78 Personen und somit 32 Prozent der gesamten Stichprobe. Eine vollständige Auflistung aller Anmerkungen ist in Anhang C dieser Arbeit abgedruckt.

Nachfolgende Tabelle 24 gibt einen Überblick über die am häufigsten genannten Themen:

Thema	Prozentanteil der Befragten (N = 78)
Wunsch nach Öffnung schulischer Lernorte für sprachtherapeutisches Fachpersonal	33,3%
Mangelnde Ressourcen für die Inklusion von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen	19,2%
<u>Kritik am Fragebogen:</u> Fragen zu sehr auf Therapeutinnen bezogen, die unmittelbar im schulischen Setting tätig sind	10,2%

Tabelle 24: Von den Befragten am häufigsten genannte Themen am Ende des Fragebogens
(Freie Kommentare)

Ein Drittel aller Personen, die sich am Ende der Befragung äußerten, erhoffte sich eine zukünftige *Öffnung schulischer Lernorte für sprachtherapeutische Fachkräfte* (33,3 Prozent). Viele Teilnehmerinnen verwiesen hierzu auf die rechtliche Situation in Deutschland (siehe Kapitel 2.2), wodurch Sprachtherapie in schulischen Einrichtungen bisher nur eingeschränkt möglich sei.

Des Weiteren vertraten 19,2 Prozent der Befragten die Meinung, dass in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt *keine ausreichenden finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen* für eine gelungene schulische Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen zur Verfügung stünden.

In Bezug auf die Konzeption des Fragebogens kritisierten 10,2 Prozent der Befragungspersonen, dass dieser zu sehr auf Therapeutinnen ausgerichtet gewesen sei, die direkt in Schulen tätig sind. Hierdurch hätte sich die Bearbeitung des Bogens zum Teil erschwert.

10.3 Inferenzstatistische Datenanalyse

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die inferenzstatistische Analyse der Daten¹⁶. Hierbei wurden die in Kapitel 9.1 angeführten Fragestellungen untersucht.

Allgemein ist es das Ziel der Inferenzstatistik, von den Ergebnissen einer Stichprobe auf die dahinterstehende Grundgesamtheit zu schließen. Es stellt sich somit die Frage, ob sich die gefundenen Ergebnisse verallgemeinern lassen (Schäfer 2011).

Zur Darstellung von Zusammenhängen zwischen den Daten wurden **Kreuztabellen** verwendet. Diese stellen eine geeignete Möglichkeit dar, um Beziehungen zwischen nichtmetrischen Variablen (Nominal- und Ordinalskala) abzubilden. In einer Kreuztabelle sind die Häufigkeiten der Kombinationen unterschiedlicher Merkmalsausprägungen enthalten (Schäfer 2011).

Die statistische Überprüfung erfolgte aufgrund der teilweise kleinen Subgruppen mithilfe des **Exakten Tests nach Fisher**. Dieser ähnelt in seiner Anwendung dem Chi-Quadrat-Test und überprüft jeweils die Nullhypothese, dass zwischen den Variablen der Kreuztabelle Unabhängigkeit besteht. Der Exakte Test nach Fisher birgt dabei den Vorteil, dass er auch bei einer geringen Anzahl an Beobachtungen in den Zellen der Kreuztabelle zuverlässige Ergebnisse liefert (Bühl 2012).

Das Signifikanzniveau wurde auf fünf Prozent ($\alpha = 0,05$) festgelegt.

Im Folgenden werden pro Fragestellung die wesentlichen Ergebnisse dargestellt. Für detailliertere Informationen befinden sich die Kreuztabellen in Anhang D.

10.3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

Folgende Fragestellungen wurden in der Kategorie *strukturelle Rahmenbedingungen* überprüft:

Fragestellung 1: Zusammenhang *Einrichtung – Intervention im Klassenzimmer*

Nullhypothese (H0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der **Art der Einrichtung** (Frage 1), in der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (Filterfrage vor Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*).

Ergebnis: H0 wurde verworfen.

¹⁶ Für die inferenzstatistische Datenanalyse stand das *Statistische Beratungslabor* der Ludwig-Maximilians-Universität München beratend zur Seite. Nähere Informationen hierzu finden sich auf folgender Homepage: <http://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/>. (Aufruf am 15.04.2013)

→ Es besteht ein Zusammenhang zwischen der **Art der Einrichtung**, in der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer**.

Der Signifikanztest zeigte hierzu ein signifikantes Ergebnis an: Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, konnte mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,004$ zurückgewiesen werden.

Hinweise auf die Richtung des Zusammenhangs ergeben sich aus folgenden Daten:

So zeigte sich, dass insgesamt 30,4 Prozent aller Befragten, die den größten Teil ihrer Arbeitszeit in einer *schulischen Einrichtung* (*Regelschule*, *Förderschule*, *Sprachheilschule* oder *Heilpädagogische Schule/Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*) verbrachten, im Klassenzimmer tätig waren. Demgegenüber führten lediglich 6,3 Prozent der Teilnehmerinnen, die den überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit in einer anderen Institution (*Praxis*, *Logopädischer Dienst*, *(Reha-)Klinik*) arbeiteten, Interventionen im Klassenzimmer durch.

Schlussfolgerung Fragestellung 1 (Zusammenhang *Einrichtung – Intervention im Klassenzimmer*):

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass – wie in Abschnitt 9.1 vermutet – Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die in einer schulischen Institution arbeiten, häufiger im Klassenzimmer praktizieren als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die in einer anderen Einrichtung tätig sind.

Fragestellung 2: Zusammenhang *Beruf – Intervention im Klassenzimmer*

Nullhypothese (H0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Variablen **Berufsabschluss** (Frage 3), **Berufserfahrung** (Frage 7) sowie **Bundesland** (Frage 5) und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (Filterfrage vor Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*).

Ergebnis: H0 wurde beibehalten.

→ Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Variablen **Berufsabschluss**, **Berufserfahrung** sowie **Bundesland** und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer**.

In Bezug auf die Variable **Berufsabschluss** ergab sich, dass 9,6 Prozent der Befragten mit einem *Abschluss auf Berufsfachschulniveau* und 7,3 Prozent der Teilnehmerinnen mit einem *Abschluss auf akademischem Niveau* im Klassenzimmer arbeiteten.

Der Exakte Test nach Fisher erreichte jedoch keine Signifikanz ($p = 0,648$), weshalb die Nullhypothese, dass zwischen den Variablen *Berufsabschluss* und *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* Unabhängigkeit besteht, beibehalten wurde.

Weiterhin gibt Tabelle 25 einen Überblick über die absoluten Häufigkeiten sowie die Prozentanteile der Befragten, die in Abhängigkeit von der Variable ***Berufserfahrung*** im Klassenzimmer arbeiteten:

	<i>Intervention im Klassenzimmer</i>	<i>Keine Intervention im Klassenzimmer</i>	<i>Gesamt</i>
<i>Weniger als 1 Jahr</i>	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (100%)
<i>1-5 Jahre</i>	4 (7,1%)	52 (92,9%)	56 (100%)
<i>6-10 Jahre</i>	5 (7,7%)	60 (92,3%)	65 (100%)
<i>11-20 Jahre</i>	6 (10,3%)	52 (89,7%)	58 (100%)
<i>Mehr als 20 Jahre</i>	5 (8,6%)	53 (91,4%)	58 (100%)

Tabelle 25: Anteil der Befragten, die in Abhängigkeit von der Berufserfahrung im Klassenzimmer arbeiten

Der Exakte Test nach Fisher führte auch hier zu keinem signifikanten Ergebnis ($p = 0,868$), weshalb die Nullhypothese, wonach zwischen den Variablen *Berufserfahrung* und *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* Unabhängigkeit besteht, angenommen wurde.

Auch hinsichtlich der Variable ***Bundesland*** erreichte der Exakte Test nach Fisher keine Signifikanz ($p = 0,680$), sodass die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den Variablen *Bundesland* und *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* vorliegt, beibehalten wurde. Dennoch sind einige interessante Tendenzen erkennbar:

Tabelle 26 gibt einen Überblick über alle Bundesländer, aus denen keine Teilnehmerinnen stammten, die im Klassenzimmer tätig waren:

<i>Bundesland</i>	<i>Absolute Anzahl der Teilnehmerinnen</i>
<i>Berlin</i>	8
<i>Brandenburg</i>	20
<i>Bremen</i>	1
<i>Hamburg</i>	2
<i>Hessen</i>	14
<i>Mecklenburg-Vorpommern</i>	1
<i>Schleswig-Holstein</i>	3
<i>Thüringen</i>	5

Tabelle 26: Überblick über alle Bundesländer, aus denen keine Teilnehmerinnen stammten, die im Klassenzimmer tätig waren

Bemerkenswert ist etwa, dass trotz der relativ hohen Teilnehmerzahlen keine Befragten aus *Brandenburg* und *Hessen* Interventionen im Klassenzimmer durchführten.

Ferner gibt nachfolgende Tabelle 27 Auskunft über die Verteilung innerhalb der Bundesländer, aus denen Teilnehmerinnen gewonnen werden konnten, die im Klassenraum arbeiteten. Dargestellt sind jeweils die absoluten Häufigkeiten und die Prozentanteile:

	<i>Intervention im Klassenzimmer</i>	<i>Keine Intervention im Klassenzimmer</i>	<i>Gesamt</i>
<i>Baden-Württemberg</i>	3 (20%)	12 (80%)	15 (100%)
<i>Bayern</i>	1 (3,7%)	26 (96,3%)	27 (100%)
<i>Niedersachsen</i>	7 (12,7%)	48 (87,3%)	55 (100%)
<i>Nordrhein-Westfalen</i>	5 (11,6%)	38 (88,4%)	43 (100%)
<i>Rheinland-Pfalz</i>	2 (10%)	18 (90%)	20 (100%)
<i>Sachsen</i>	1 (5,9%)	16 (94,1%)	17 (100%)
<i>Sachsen-Anhalt</i>	2 (15,4%)	11 (84,6%)	13 (100%)

Tabelle 27: Anteil der Befragten, die in Abhängigkeit des Bundeslandes, in dem sie praktizieren, im Klassenzimmer arbeiten

Wie anhand obiger Tabelle 27 ersichtlich, stammte ein Drittel aller Personen die auch im Klassenzimmer tätig waren, aus *Niedersachsen*.

Vergleicht man die Bundesländer untereinander, fällt auf, dass mit 20 Prozent ein recht hoher Prozentsatz der Befragten aus *Baden-Württemberg* Interventionen im Klassenraum durchführte. Vergleichsweise gering war dagegen der Anteil der im Klassenzimmer tätigen Teilnehmerinnen aus *Bayern* und *Sachsen*.

Schlussfolgerung Fragestellung 2 (Zusammenhang Beruf – Intervention im Klassenzimmer):

Insgesamt lässt sich festhalten, dass – wie in Kapitel 9.1 vermutet - unabhängig von *Berufsabschluss*, *Berufserfahrung* oder *Bundesland* weniger als 25 Prozent der Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen im Klassenzimmer arbeiten.

10.3.2 Formen der Kooperation

Folgende Fragestellungen wurden in der Kategorie *Formen der Kooperation* untersucht:

Fragestellung 3: Zusammenhang *Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*

Nullhypothese (H0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit des Austausches** mit unterschiedlichen Personengruppen (*Frage 11*) und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (*Filterfrage vor Themenkomplex Intervention direkt im Klassenzimmer*).

Ergebnis: H0 wurde hinsichtlich der Variablen *Häufigkeit des Austausches mit den Eltern eines Schülers* und *mit anderen Fachpersonen* beibehalten und bezüglich der Variablen *Häufigkeit des Austausches mit Regelschullehrerinnen, mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen und mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* verworfen.

→ Es besteht kein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit des Austausches mit den Eltern eines Schülers** und *mit anderen Fachpersonen* und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer**. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit des Austausches mit Regelschullehrerinnen, mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen und mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen** und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer**.

Hinsichtlich der Variablen *Häufigkeit des Austausches mit den Eltern eines Schülers* ($p = 0,114$) sowie *mit anderen Fachpersonen* ($p = 0,387$) erreichte der Exakte Test nach Fisher keine Signifikanz. Daher wurde die Nullhypothese, wonach zwischen der *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* und den genannten Variablen Unabhängigkeit besteht, beibehalten.

Allerdings deutete die statistische Analyse jeweils auf einen Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* und den Variablen *Häufigkeit des Austausches mit Regelschullehrerinnen* ($p = 0,029$), *mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen* ($p = 0,019$) sowie *mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* ($p = 0,031$) hin.

Hinweise auf die Richtung des Zusammenhangs ergeben sich aus Tabelle 28. Dort sind die absoluten Häufigkeiten beziehungsweise die Prozentanteile der Befragten enthalten, die sich in Abhängigkeit davon, ob Interventionen im Klassenzimmer durchgeführt wurden, *tendenziell oft* mit unterschiedlichen Personengruppen austauschten¹⁷:

¹⁷ Variablen, die laut statistischer Analyse mit der *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* zusammenhängen, sind farbig hinterlegt.

	<i>Intervention im Klassenzimmer</i> N = 21 (100%)	<i>Keine Intervention im Klassenzimmer</i> N = 223 (100%)
<i>Mit den Eltern eines Schülers</i>	17 (81%)	204 (91,5%)
<i>Mit Regelschullehrerinnen</i>	10 (47,6%)	75 (33,6%)
<i>Mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen</i>	16 (76,2%)	108 (48,4%)
<i>Mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen</i>	14 (66,7%)	159 (71,3%)
<i>Mit anderen Fachpersonen</i>	16 (76,2%)	142 (63,7%)

Tabelle 28: Anteil der Befragten, die sich *tendenziell oft* mit unterschiedlichen Personengruppen austauschen

Wie anhand von Tabelle 28 ersichtlich, gab knapp die Hälfte der im Klassenraum tätigen Befragten an, *tendenziell oft mit Regelschullehrerinnen* im Austausch zu stehen (47,6 Prozent). Lediglich ein Drittel der Teilnehmerinnen, die keine Interventionen im Klassenzimmer durchführten, tauschte sich *tendenziell oft* mit dieser Personengruppe aus (33,6 Prozent).

Weiterhin tauschte sich knapp die Hälfte der Befragten, die nicht im Klassenzimmer intervenierten, *tendenziell oft mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen* aus (48,4 Prozent). In der Gruppe der im Klassenzimmer tätigen befragten Therapeutinnen lag dieser Anteil bei 76,7 Prozent. Außerdem tauschten sich mit 71,3 Prozent mehr nicht im Klassenzimmer tätige Personen *tendenziell oft mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* aus als Befragte, die im Klassenzimmer arbeiteten (66,7 Prozent).

Schlussfolgerung Fragestellung 3 (Zusammenhang Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer):

Die Daten sprechen dafür, dass sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die im Klassenzimmer arbeiten, - wie in Kapitel 9.1 vermutet - häufiger *mit Regelschullehrerinnen und mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen* austauschen als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die ausschließlich außerhalb des Klassenzimmers tätig sind.

Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die nicht im Klassenzimmer tätig sind, häufiger *mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* austauschen als diejenigen, die im Klassenzimmer arbeiten.

In Bezug auf die Häufigkeit des Austausches *mit den Eltern eines Schülers* und *mit anderen Fachpersonen* ergaben sich keine Unterschiede.

Fragestellung 4: Zusammenhang Formen des Austausches – Intervention im Klassenzimmer

Nullhypothese (H0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen den **Formen des Austausches** mit Fachpersonen (*Frage 13*) und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer** (*Filterfrage vor Themenkomplex Intervention direkt im Klassenzimmer*).

Ergebnis: H0 wurde hinsichtlich der Variablen *schriftlicher oder telefonischer Austausch, gemeinsame Supervision* und „*Runder Tisch“/Teamsitzung* beibehalten und bezüglich der Variablen *spontanes Gespräch* und *gemeinsame, konzeptionelle Arbeit* verworfen.

→ Es besteht kein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit der Nutzung** des *schriftlichen oder telefonischen Austausches, gemeinsamer Supervision* und von „*Runden Tischen“/Teamsitzungen und der Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer.*

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit der Nutzung** *spontaner Gespräche* und *gemeinsame, konzeptioneller Arbeit* und der **Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer.**

In Bezug auf die Variablen *schriftlicher* (z. B. *Mitteilungsheft, Mail*) oder *telefonischer Austausch* ($p = 0,258$), *gemeinsame Supervision* ($p = 0,052$) sowie „*Runder Tisch“/Teamsitzung ($p = 0,249$) kam der Exakte Test nach Fisher zu keinem signifikanten Ergebnis. Demzufolge wurde die Nullhypothese, wonach zwischen der *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* und den genannten Variablen kein Zusammenhang existiert, angenommen.*

Weiterhin wies die statistische Analyse darauf hin, dass jeweils ein Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer* und den Variablen *spontane Gespräch* (z. B. *in der Pause*) ($p < 0,01$) sowie *gemeinsame, konzeptionelle Arbeit* (z. B. *Erarbeitung eines Schulkonzepts*) ($p < 0,01$) vorliegt.

Hinweise auf die Richtung des Zusammenhangs lassen sich aus Tabelle 29 ablesen. Diese gibt Auskunft über die absoluten Häufigkeiten sowie die Prozentanteile der Befragten, die in Abhängigkeit davon, ob Interventionen im Klassenzimmer durchgeführt wurden, *tendenziell oft* unterschiedliche Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzten:

	<i>Intervention im Klassenzimmer</i> N = 21 (100%)	<i>Keine Intervention im Klassenzimmer</i> N = 223 (100%)
<i>Schriftlicher oder telefonischer Austausch</i>	13 (61,9%)	162 (72,6%)
<i>Spontanes Gespräch</i>	20 (95,2%)	124 (55,6%)
<i>Gemeinsame Supervision</i>	4 (19%)	48 (21,5%)
<i>„Runder Tisch“/Teamsitzung</i>	14 (66,7%)	116 (52%)
<i>Gemeinsame, konzeptionelle Arbeit</i>	7 (33,3%)	38 (17%)

Tabelle 29: Anteil der Befragten, die *tendenziell oft* unterschiedliche Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzen

Es zeigte sich, dass 95,2 Prozent der Personen, die Interventionen im Klassenzimmer durchführten, *tendenziell oft spontane Gespräche* (z. B. *in der Pause*) nutzten. Unter den nicht im Klassenraum tätigen Befragten lag dieser Anteil lediglich bei 55,6 Prozent.

Außerdem nutzten ein Drittel der im Klassenraum tätigen Befragten und nur 17 Prozent der Teilnehmerinnen, die nicht im Klassenzimmer arbeiteten, *tendenziell oft gemeinsame, konzeptionelle Arbeit* (z. B. *Erarbeitung eines Schulkonzepts*) als Form des Austausches mit Fachpersonen.

Schlussfolgerung Fragestellung 4 (Zusammenhang Formen des Austausches – Intervention im Klassenzimmer):

Die Daten weisen darauf hin, dass Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die im Klassenzimmer tätig sind, häufiger *spontane Gespräche* sowie *gemeinsame, konzeptionelle Arbeit* als Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzen als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die nicht im Klassenzimmer praktizieren.

In Bezug auf die Häufigkeit der Nutzung des *schriftlichen oder telefonischen Austausches*, *gemeinsamer Supervision* und „*Runder Tische“/Teamsitzungen* ergaben sich keine Unterschiede.

10.3.3 Berufspolitische Aspekte

Folgende Fragestellung stand in der Kategorie *Berufspolitische Aspekte* im Fokus:

Fragestellung 5: Zusammenhang Beruf – Qualifikation Inklusion

Nullhypothese (H0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der **Art des Berufsabschlusses** (*Frage 3*) sowie der Dauer der **Berufserfahrung** (*Frage 7*) und der als **ausreichend empfundenen Qualifikation für Aufgaben in inklusiven Settings** (*Frage 26*).

Ergebnis: HO wurde verworfen.

→ Es besteht ein Zusammenhang zwischen der **Art des Berufsabschlusses** sowie der Dauer der **Berufserfahrung** und der als **ausreichend empfundenen Qualifikation für Aufgaben in inklusiven Settings**.

Was die Variablen *Berufsabschluss* und als *ausreichend empfundene Qualifikation für Aufgaben in inklusiven Settings* betrifft, führte der Exakte Test nach Fisher zu einem signifikanten Ergebnis: Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, konnte mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,021$ zurückgewiesen werden.

Im Detail wurde deutlich, dass sich 73,4 Prozent der Befragungspersonen mit einem *Abschluss auf akademischem Niveau* und 85,2 Prozent der Teilnehmerinnen mit einem *Abschluss auf Berufsfachschulniveau* *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings* fühlten.

Zudem deuteten die Ergebnisse der statistischen Analyse darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen den Variablen *Berufserfahrung* und der als *ausreichend empfundenen Qualifikation für Aufgaben in inklusiven Settings* existiert ($p = 0,001$).

So fühlten sich 88,9 Prozent aller Teilnehmerinnen, die *seit fünf oder weniger Jahren* im Berufsleben standen, *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings*. Innerhalb der Gruppe der Personen, die *seit sechs oder mehr Jahren* berufstätig waren, liegt dieser Anteil lediglich bei 76,8 Prozent.

Schlussfolgerung Fragestellung 5 (Zusammenhang Beruf – Qualifikation Inklusion):

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass sich – entgegen der in Kapitel 9.1 angeführten Annahme - Logopädinnen, die über einen *Abschluss auf Berufsfachschulniveau* verfügen, häufiger *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings* fühlen als Sprachtherapeutinnen mit einem *Abschluss auf akademischem Niveau*.

Zudem fühlen sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die *seit fünf oder weniger Jahren* in ihrem Beruf arbeiten, häufiger *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings* als Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die *seit sechs oder mehr Jahren* in ihrem Beruf tätig sind.

D Verknüpfung: Theoretische Grundlagen - Empirie

11 Diskussion

Nachdem im letzten Kapitel die Ergebnisse der Fragebogenerhebung in Bezug auf den Teilbereich **Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland** vorgestellt wurden, besteht das Ziel von Abschnitt 11 darin, diese zu interpretieren. Zudem wird eine Beantwortung der in Kapitel 9.1 angeführten Fragestellungen vorgenommen.

Abschließend werden aus den gewonnenen Ergebnissen weiterführende Schlussfolgerungen gezogen.

11.1 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Unterpunkt sollen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zusammengefasst, interpretiert und diskutiert werden.

11.1.1 Bemerkungen zur Stichprobe

Insgesamt lässt sich festhalten, dass mit den 244 Teilnehmerinnen ein vielfältiges Spektrum von in Deutschland praktizierenden sprachtherapeutischen Fachkräften gewonnen werden konnte. So waren die Angaben der Befragten zu demographischen Daten, Beschäftigungsart und Berufsstatus breit gestreut.

Erwähnenswert ist, dass ein nahezu gleich großer Anteil an Logopädinnen und akademischen Sprachtherapeutinnen teilnahm, obwohl sich die Mitgliederzahlen der beiden für die Erhebung herangezogenen Berufsverbände – wie bereits erwähnt – deutlich unterscheiden. In Relation zur Grundgesamtheit waren akademische Sprachtherapeutinnen in der Stichprobe überrepräsentiert, da in Deutschland wesentlich mehr Logopädinnen tätig sind als auf Hochschulniveau ausgebildete Therapeutinnen (dbs 2010). Dies vermindert unter Umständen die Repräsentativität der Stichprobe und somit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Über die Gründe für diese Verteilung lässt sich spekulieren: So wäre es beispielsweise denkbar, dass akademische Sprachtherapeutinnen tendenziell einen stärkeren Bezug zu den Themen *Inklusion und Sprachtherapie* und/oder *Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Schulalter* aufweisen. Vorstellbar ist auch, dass Akademikerinnen allgemein ein höheres Interesse für Forschungsthemen zeigen, da forschungsbezogene Inhalte im Rahmen eines Hochschulstudiums vermutlich mehr Berücksichtigung finden als innerhalb der Ausbildung von Logopädinnen.

Besonders interessant im Hinblick auf das Ziel dieser Studie war, dass nur knapp zehn Prozent der Teilnehmerinnen den größten Teil ihrer Arbeitszeit in einer *schulischen Einrichtung* verbrachten.

Im Zusammenhang mit der Inklusionsthematik ist bemerkenswert, dass die überwiegende Mehrheit dieser Teilgruppe in einer auf Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf spezialisierten Einrichtung (*Förderschule, Heilpädagogische Schule / Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, Sprachheilschule*) tätig war. Teilnehmerinnen, die hauptsächlich in einer *Regelschule* arbeiteten, bildeten hingegen einen sehr geringen Anteil (0,8 Prozent). Eine Erklärung hierfür ist, dass Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen außerhalb von Praxen – wie in Kapitel 2.2 dargestellt – nach den aktuellen Heilmittelrichtlinien nur in sogenannten auf „Förderung ausgerichteten Tageseinrichtungen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: Paragraph 11, Absatz 2) durchführbar ist. Da die Teilnehmerinnen jedoch lediglich nach der Einrichtung gefragt wurden, in der sie den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen, ist nicht ausgeschlossen, dass manche Befragte für einige Stunden pro Woche – etwa über einen Kooperationsvertrag zwischen Praxis und Schule – in einer schulischen Institution arbeiteten, was anhand dieser Frage nicht erfasst wurde.

Dass der Anteil der Befragten, der in einer (*Reha-)Klinik* praktizierte, gering ausfiel (4,1 Prozent), lässt sich darauf zurückführen, dass die Teilnahme an der Umfrage durch eine Filterfrage auf Personen beschränkt wurde, die mit Kindern und Jugendlichen im Schulalter arbeiten und davon auszugehen ist, dass die Klientel von Therapeutinnen in (*Reha-)Kliniken* primär Personen im Erwachsenenalter umfasst.

Überraschend war, dass ein Teil der Befragten (2,5 Prozent) angab, in einem *Logopädischen Dienst* tätig zu sein. Diese Organisationsform ist in der Schweiz verbreitet und wurde als Fragebogenitem aufgenommen, da die Erhebung – wie in Kapitel 8 vermerkt – dort ebenfalls durchgeführt wurde. Dass Therapeutinnen aus Deutschland diese Art der Einrichtung als ihre primäre Arbeitsstätte bezeichneten, ist möglicherweise dadurch erklärbar, dass auch hierzulande einige Organisationen, die Logopädie beziehungsweise Sprachtherapie anbieten, so benannt sind¹⁸.

11.1.2 Themenkomplex *Klientel*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig arbeiten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit Schülerinnen, die eine Regel- beziehungsweise Förderschule besuchen?

Ergebnis:

Der Großteil der befragten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen arbeitete sowohl mit *Regelschülerinnen* (76,7 %), als auch mit *Förderschülerinnen* (59,8 %) *tendenziell oft*.

¹⁸ Exemplarisch sei hier der *Logopädische Dienst des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf* genannt.
URL:
http://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/hilfen_und_beratung/logopaedischer_dienst/aufgaben_und_ziele.shtml.
(Aufruf am 01.04.2013)

Allgemein sollte bei der Interpretation der Ergebnisse aller Fragen mit Ratingskala berücksichtigt werden, dass die Häufigkeitsangaben - wie bereits in Kapitel 8.3.3 vermerkt – der subjektiven Einschätzung der Teilnehmerinnen unterlagen und sich somit nur schwer objektivieren lassen.

Dass die Mehrheit der Befragten *tendenziell oft* mit Kindern und Jugendlichen aus *Förderschulen* arbeitete, hängt vermutlich damit zusammen, dass derzeit in Deutschland der überwiegende Anteil der Schülerinnen mit Förderbedarf im Bereich *Sprache* spezialisierte Bildungseinrichtungen besucht. So wurde – wie in Kapitel 3.2 thematisiert - im Schuljahr 2011/2012 lediglich etwa ein Drittel dieser Klientel inklusiv beschult (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2012a; Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2012b). Zudem erhält ein Teil der Schülerinnen, die aufgrund eines anderweitigen sonderpädagogischen Förderbedarfs (z. B. einer Mehrfachbehinderung) eine Förderschule besuchen, Sprachtherapie.

Dass die befragten Therapeutinnen tendenziell häufiger mit Regelschülerinnen arbeiteten, lässt sich folgendermaßen erklären: So fällt der Prozentsatz an Schulanfängerinnen, deren sprachliche Beeinträchtigungen so gravierend ausfallen, dass eine sonderpädagogische Förderung angezeigt ist, mit etwas unter 1,5 Prozent eher gering aus (Glück 2012). Demgegenüber erhalten knapp 15 Prozent der Fünf- bis Siebenjährigen, die größtenteils in *Regelschulen* eingeschult werden, mindestens einmal eine Verordnung für das Heilmittel *Sprachtherapie* (Waltersbacher et al. 2012).

Interessant wäre zu beobachten, wie sich der Anteil der Förderschülerinnen innerhalb der Gruppe sprachtherapeutisch versorger Kinder und Jugendlicher zukünftig im Zuge des Ausbaus inklusiver Bildungsangebote entwickelt.

11.1.3 Themenkomplex *Formen der Kooperation*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig und in welcher Form tauschen sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit unterschiedlichen Personengruppen aus?

Ergebnis:

Der Großteil der befragten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen tauschte sich *tendenziell oft mit den Eltern eines Schülers* (90,5 %), *mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* (70,9 %) und *mit anderen Fachpersonen* (64,8 %) aus.

Die meisten Befragten thematisierten *tendenziell oft Informationen zu Therapieerfolgen* (89,4 %), *Wissensvermittlung* (80,7 %) und *Informationen zu Schulerfolgen* (60,6 %) in Gesprächen mit Fachpersonen.

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen nutzte *tendenziell oft den schriftlichen oder telefonischen Austausch* (71,7 %) und *spontane Gespräche* (59 %) als Formen des Austausches mit Fachpersonen.

Der **Austausch mit den Eltern eines Schülers**, der bei nahezu allen Befragten einen hohen Stellenwert einnahm, wurde vermutlich dadurch erleichtert, dass die Therapie überwiegend in externen Praxen stattfand. Dabei werden viele Kinder von einem Elternteil zur Therapie begleitet, wodurch sich häufig Möglichkeiten zum Austausch bieten. Auch *mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen* und *mit anderen Fachpersonen* pflegten die meisten Teilnehmerinnen einen regelmäßigen Austausch. Zu Letzteren könnten beispielsweise Ärztinnen zählen, welche für die Verordnung von Sprachtherapie zuständig sind. Seltener berichteten die Teilnehmerinnen von einem Kontakt mit Lehrkräften: So sprach etwa die Hälfte der Befragungspersonen von einem häufigen Austausch mit *Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen* und circa ein Drittel tauschte sich *tendenziell oft* mit *Regelschullehrerinnen* aus. Für den geringen Kontakt mit Regelschullehrkräften kommt folgender Erklärungsansatz in Frage: So ist vorstellbar, dass Therapeutinnen bei Schülerinnen mit leichteren Sprachstörungen, die in der Regel allgemeine Schulen besuchen, seltener die Notwendigkeit zur Kooperation mit der Lehrperson sehen.

Hinsichtlich der **Inhalte von Fachgesprächen** zeichnete sich die Tendenz ab, am häufigsten Themen anzusprechen, welche direkt die sprachtherapeutische Intervention betreffen (*Informationen zu Therapieerfolgen, Wissensvermittlung*). Mehr als die Hälfte der Befragten gab jedoch auch an, durch den Austausch von *Informationen zu Schulerfolgen* *tendenziell oft* eine Verbindung von Therapie und Schule anzustreben. Selten bezogen sich die Gespräche mit Fachpersonen auf die *Schullaufbahnberatung*. Dies lässt möglicherweise darauf schließen, dass in der Praxis die Einschätzung von Sprachtherapeutinnen bezüglich der Schulwahl für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen eine eher untergeordnete Rolle spielt. Zu bedenken ist allerdings, dass diese Thematik vor allem bei Vorschulkindern im Vordergrund steht und sich die vorliegende Erhebung auf Kinder und Jugendliche im Schulalter bezog.

Als **Formen des Austausches** mit Fachpersonen nutzten die Teilnehmerinnen am häufigsten Informationswege, die sich durch einen geringeren Vernetzungsgrad auszeichnen und hierdurch weniger Zeit in Anspruch nehmen (*schriftlicher oder telefonischer Austausch, spontanes Gespräch*). Etwa die Hälfte der Befragten berichtete allerdings auch, dass *tendenziell oft* die Möglichkeit zu „*Runden Tischen*“/Teamsitzungen zur Verfügung steht. Lediglich eine Minderheit war hingegen in *gemeinsame Supervision* sowie *gemeinsame, konzeptionelle Arbeit* eingebunden. Dass institutionalisierte Formen der Kooperation eher selten zu verzeichnen waren, hängt vermutlich mit mangelnden zeitlichen und finanziellen Ressourcen für interdisziplinäres Arbeiten zusammen. So ist in Deutschland weder für Sprachtherapeutinnen, noch für Lehrerinnen eine finanzielle Vergütung für Fallbesprechungen vorgesehen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; KMK 2011; Deutscher Bildungsserver o.J.a; siehe Kapitel 5.2).

Des Weiteren wurde deutlich, dass die direkte sprachtherapeutische Arbeit (*Therapie, Diagnostik*) mit durchschnittlich knapp 80 Prozent den weitaus größten Teil der **Arbeitszeit** der Teilnehmerinnen in Anspruch nahm. Die Aufgabenbereiche *Beratung* und *Prävention* waren von zweitrangiger Bedeutung. Hier zeigt sich eine Parallele zur Situation in den USA, wo schulische Sprachtherapeutinnen ebenfalls überwiegend mit der Durchführung von direkter Sprachtherapie beschäftigt sind (ASHA 2012; siehe Kapitel 7.2). Dass dem Bereich *Unterricht* ein sehr geringer Stellenwert zukam, deutet bereits an, dass in Deutschland die Tätigkeit von Sprachtherapeutinnen im Klassenraum bisher kaum verbreitet ist. Zudem gilt es zu bedenken, dass dieser Bereich hierzulande in erster Linie von Sprachheillehrerinnen übernommen wird.

11.1.4 Themenkomplex *Sprachtherapie*

Zugrunde liegende Fragestellung:

An welchen Orten und in welchem Setting wird Sprachtherapie durchgeführt?

Wie häufig wird Sprachtherapie inhaltlich mit dem Unterricht verbunden?

Ergebnis:

Der Großteil der Therapiezeit der befragten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen (durchschnittlich 86,1 %) fand *außerhalb der Schule* statt. Seltener wurde die Therapie *in der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum* durchgeführt (durchschnittlich 11,7 %).

Die Therapie fand nahezu ausschließlich als *Einzelintervention* statt (durchschnittlich 95,3 % der Therapiezeit).

Durchschnittlich wurden 25,3 % der Therapiezeit *inhaltlich mit dem Unterricht verbunden*, am häufigsten bei *Schriftspracherwerbsstörungen* und *kommunikativ-pragmatischen Störungen*.

In Bezug auf die gewählten **Modelle der Leistungserbringung** zeigte sich, dass die Therapie nahezu ausschließlich (durchschnittlich zu knapp 98 Prozent) nach dem Konzept der isolierten Sprachtherapie erfolgte (*Therapie außerhalb der Schule; Therapie in der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum*), wobei keine räumliche oder zeitliche Parallele zum Unterricht besteht (Braun et al. 1980; Reber 2012a; siehe Kapitel 4.1). Modelle der integrierten oder immanenten Sprachtherapie, die *im Klassenzimmer selbst* zum Tragen kommen, spielten eine deutlich untergeordnete Rolle (durchschnittlich 1,2 Prozent). Noch seltener fand die Intervention im Sinne einer additiven Sprachtherapie *im Gruppenraum der Klasse* statt (durchschnittlich 0,9 Prozent). Dies beruht möglicherweise unter anderem darauf, dass nicht in jeder Schule ein für die Durchführung von Sprachtherapie adäquater Gruppenraum zur Verfügung steht.

Dass die Therapie räumlich selten in der Schule angesiedelt ist, hängt – wie bereits erwähnt - vermutlich damit zusammen, dass pädagogische Einrichtungen nach den aktuellen Heilmittelrichtlinien nur unter bestimmten Voraussetzungen als Orte der Leistungserbringung zugelassen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Teilnehmerinnen *phonetisch-phonologische Störungen* am häufigsten nach dem Konzept der isolierten Sprachtherapie und am seltensten im Rahmen unterrichtsintegrierter Ansätze behandelten. Jene Tendenz könnte darin begründet liegen, dass viele Therapeutinnen zur Behandlung derartiger Auffälligkeiten die ruhige Atmosphäre eines separaten Therapieraums präferieren, um sich den individuellen Bedürfnissen der Schülerinnen widmen zu können. Additive und integrierte/immanente Sprachtherapie kamen am häufigsten bei *kommunikativ-pragmatischen Störungen* zum Einsatz. Dies deckt sich mit Resultaten aus angloamerikanischen Studien, die ebenfalls indizieren, dass Auffälligkeiten auf dieser Sprachebene zu jenen **Störungsbildern** zählen, die am häufigsten im Klassenzimmer behandelt werden. Eine Erklärung hierfür ist, dass die Interaktionsmöglichkeiten im Unterricht zur Förderung kommunikativ-pragmatischer Kompetenzen beitragen können (Hernandez 2012). Auch *Schriftspracherwerbsstörungen* wurden von den Teilnehmerinnen vergleichsweise häufig im Klassenraum therapiert. Dies ist dahingehend positiv zu bewerten, als der Entwicklung der Schriftsprachkompetenz gerade in den ersten Schuljahren eine hohe Bedeutung zukommt und sprachbehinderte Schülerinnen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Lese-Rechtschreibstörungen aufweisen (Dockrell & Lindsay 1998).

Hier zeigte sich eine Parallele zum Grad der **inhaltlichen Verbindung** mit dem Unterricht: So gaben über 80 Prozent der Befragten an, die Therapie von *Störungen beim Erwerb der Schriftsprache* inhaltlich intensiv mit dem Unterricht zu verbinden. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass Kinder und Jugendliche ihr Wissen über Schriftsprache primär in der Schule erwerben und sich die Therapeutinnen bei der Therapieplanung am aktuellen Lernstand der Schülerinnen orientieren. Etwa die Hälfte der Befragten berichtete zudem von einer inhaltlichen Verbindung bei der Behandlung von *semantisch-lexikalischen* und *kommunikativ-pragmatischen Störungen*. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmerinnen orientierte sich bei der Therapie von *phonetisch-phonologischen Störungen* an Unterrichtsthemen. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass eine Therapie auf der Sprachebene der *Phonetik/Phonologie* in erster Linie auf formale Aspekte von Sprache abzielt (z. B. die korrekte Artikulation) und somit Inhalte in den Hintergrund treten. Insgesamt bestand bei etwa einem Viertel der Therapiezeit eine Vernetzung mit in der Schule behandelten Themen.

Hinsichtlich der **Einheiten der Therapie** zeichnete sich ab, dass Modelle der additiven und integrierten/immanenten Sprachtherapie am häufigsten für den (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten* heranzogen wurden. Also Therapieschritte, die der ICF-Ebene der Partizipation zuzuordnen sind (DIMDI 2005). Dies erscheint sinnvoll, da die Einbettung der Therapie in das natürliche Umfeld der Schülerinnen die Generalisierung sprachlicher Strukturen unterstützen kann (McGinty & Justice 2006). Auffallend war, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten angab, den (*Alltags-)Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten* nicht in seiner Therapie zu berücksichtigen; zumal die Teilhabemöglichkeiten sprachbehinderter Menschen nach den Forderungen der ICF im Mittelpunkt jeder Behandlung stehen sollten (Grötzbach & Iven 2009). Als Erklärungsansatz kommt hierfür infrage, dass es vielen Therapeutinnen schwer fällt, im Rahmen einer isolierten Einzelintervention – wie Sprachtherapie in Deutschland überwiegend durchgeführt wird - einen Alltagsbezug herzustellen.

Bemerkenswert ist zudem, dass *Gruppeninterventionen* durchschnittlich weniger als fünf Prozent der Therapiezeit der Teilnehmerinnen ausmachten. Ein Grund hierfür könnten unter anderem organisatorische Hürden sein. Da die Sprachtherapie überwiegend in externen Praxen stattfand, erschwerte sich für die Befragten möglicherweise die Koordination der parallelen Arbeit mit mehreren Schülerinnen. So besteht hierbei – anders als bei sprachtherapeutischen Interventionen im Schulsetting – für die Eltern die Notwendigkeit, ihre Kinder zur Therapie zu begleiten.

11.1.5 Themenkomplex *Intervention direkt im Klassenzimmer*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie häufig und in welcher Form arbeiten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen direkt im Klassenzimmer?

Ergebnis:

Insgesamt arbeiteten 8,6 % der befragten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen auch *direkt im Klassenzimmer mit sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen*.

Die meisten Befragten führten im Klassenzimmer *tendenziell oft allgemeine sprachliche Förderung* (52,3 %) und *Einzel-Sprachtherapie* (33,3 %) durch.

Die meisten Befragten nutzten *tendenziell oft offene Unterrichtsphasen* (47,6 %), *Einzelarbeit am Platz im Klassenzimmer* (42,9 %) und *Gruppenarbeit im Klassenzimmer* (42,9 %) zur Integration sprachtherapeutischer Elemente.

Die meisten Teilnehmerinnen nutzten *tendenziell oft Deutsch* (71,5 %) und *Unterrichtsgespräche* (42,8 %) zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer.

Als Modelle des Team-Teachings kamen bei den meisten Befragten *tendenziell oft Unterricht und Einzelunterstützung* (53,3 %) sowie *Unterrichten an Stationen* (46,7 %) zum Einsatz.

Bei der Interpretation der Ergebnisse bezüglich des Themenkomplexes *Intervention direkt im Klassenzimmer* ist zu beachten, dass sich diese auf eine relativ kleine Teilstichprobe von 21 Personen beziehen. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der Resultate ein. Die geringe Personenzahl lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass die sprachtherapeutische Arbeit im Klassenzimmer in Deutschland bisher kaum etabliert ist.

Zudem fiel auf, dass die Teilnehmerinnen für alle Fragebogenitems überwiegend diejenigen Skalierungswerte der Ratingskala wählten, die zur Kategorie *tendenziell selten* zusammengefasst wurden. Möglicherweise lässt sich dieses Antwortverhalten teilweise auf die Formulierung der Fragestellung zurückführen. So wurden die Befragten pro Item um eine allgemeine Häufigkeitsangabe gebeten - ohne diese in Relation zur Häufigkeit ihrer Tätigkeit im Klassenzimmer zu setzen. Daher lässt sich vermuten, dass zahlreiche Teilnehmerinnen insgesamt eher selten im Klassenraum arbeiteten und folglich für sämtliche Fragebogenitems Skalierungswerte wählten, die eine eher geringe Häufigkeit abbildeten.

Im Detail zeigte sich, dass die Befragten im Klassenzimmer primär **Interventionsformen** durchführten, welche den sprachtherapeutischen Aufgabenbereichen *Prävention* und *Therapie* zuzuweisen sind. So gab mehr als die Hälfte der Befragten an, *tendenziell oft allgemeine sprachliche Förderung* durchzuführen und ein Drittel führte *tendenziell oft Einzel-Sprachtherapie* durch. Tätigkeiten, welche die Bereiche *Diagnostik*, *Unterricht* und *Beratung* betreffen, kam ein geringerer Stellenwert zu. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass der Begriff *allgemeine sprachliche Förderung* im Vergleich zu den anderen Items relativ unspezifisch ist und theoretisch eine Fülle unterschiedlicher Tätigkeiten umfassen kann. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass die Befragten für dieses Item vergleichsweise häufig Skalierungswerte wählten, die der Kategorie *tendenziell oft* angehörten. Denkbar ist auch, dass einige Teilnehmerinnen die Meinung vertraten, dass sich im Klassenzimmer kaum Möglichkeiten zur Individualisierung bieten und daher keine spezifische Therapie, sondern nur eine allgemeine Förderung möglich ist. Dieses Argument wurde von einem Teil der Befragten im Rahmen der Bewertung unterschiedlicher Modelle der Leistungserbringung vorgebracht (siehe Kapitel 10.2.6).

Als **Unterrichtsphasen und –gegebenheiten** zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer wurden am häufigsten *offene Unterrichtsphasen* – beispielsweise das in Kapitel 5.3.1 vorgestellte Unterrichten an Stationen oder der Einsatz eines Wochenplans – sowie *Einzelarbeit am Platz im Klassenzimmer* und *Gruppenarbeit im Klassenzimmer* gewählt. Die Arbeit mit der ganzen Klasse – etwa in Form von *Frontalunterricht* – spielte kaum eine Rolle. Somit zeichnet sich hinsichtlich der sprachtherapeutischen Arbeit im Klassenzimmer eine Tendenz zur Nutzung von

Formen der inneren und äußeren Differenzierung, also der Aufteilung der gesamten Lerngruppe (Jank & Meyer 2009), ab. Dies deckt sich mit dem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011, in dem Individualisierung und Differenzierung der Lehrplaninhalte als Maßnahmen zur praktischen Umsetzung inklusiven Unterrichts genannt werden (KMK 2011; siehe Kapitel 2.2).

Des Weiteren wurde in erster Linie das Fach *Deutsch* genutzt, um sprachtherapeutische Elemente im Klassenzimmer einzubinden. Dies erscheint naheliegend, da sich jener Unterrichtsbereich durch die direkte Beschäftigung mit sprachlichen Elementen auszeichnet (z. B. bei der Sprachbetrachtung). Die Schriftsprache spielte hierbei vermutlich eine große Rolle, da die Therapie von Schriftspracherwerbsstörungen – wie in Punkt 11.1.4 angesprochen – relativ häufig im Klassenraum erfolgte. Auch *Unterrichtsgespräche* stuften zahlreiche Teilnehmerinnen als sinnvoll ein, um sprachtherapeutische Kompetenzen einzubringen. Dabei ist vorstellbar, dass dieser **Unterrichtsinhalt** besonders für die Förderung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten und den Alltagstransfer sprachlicher Strukturen geeignet ist. Ein Drittel der Teilnehmerinnen nutzte den *Sachunterricht* für sprachtherapeutisches Arbeiten, der sich – wie in Kapitel 5.3.2 aufgezeigt – besonders für die Fokussierung semantisch-lexikalischer Therapieziele anbietet. Sprachtherapeutische Elemente wurden jedoch kaum in *sozial- und naturwissenschaftliche Inhalte* integriert. Dieses Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass derartige Unterrichtsinhalte erst in höheren Klassenstufen an Bedeutung gewinnen und unterrichtsintegrierte Sprachtherapie eher bei jüngeren Schülerinnen verbreitet ist. So praktiziert auch in den USA über die Hälfte der schulischen Sprachtherapeutinnen in Grundschulen (ASHA 2012; siehe Kapitel 7).

Dass die befragten Therapeutinnen deutlich häufiger *im Team mit mindestens einer zweiten Person* im Klassenzimmer *arbeiteten* (42,9 Prozent) als *alleine sprachtherapeutischen Unterricht* zu halten (19 Prozent), basiert vermutlich darauf, dass Letzteres in Deutschland vorwiegend von der Berufsgruppe der Sprachheillehrerinnen übernommen wird, die sowohl über Qualifikationen im Bereich *Didaktik*, als auch im Bereich *Sprache* verfügt (Reber 2012a; siehe Kapitel 5.1).

Als **Formen des Team-Teachings** kamen vornehmlich *Unterricht und Einzelunterstützung* sowie *Unterrichten an Stationen* zum Einsatz. *Paralleles* und *interaktives Unterrichten* fanden dagegen kaum Anwendung. Hierin spiegelt sich wider, dass die Teilnehmerinnen Modelle bevorzugten, die keine aktive Unterrichtsrolle, sondern eher eine unterstützende Funktion der Therapeutin erforderten. Dies liegt vermutlich darin begründet, dass die Tätigkeit von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen im Unterricht bisher kaum verbreitet ist und daher in der Ausbildung keine entsprechende Vorbereitung (z. B. die Vermittlung didaktischer Konzepte) erfolgt. Zudem liegen im Bereich der

Sprachtherapie gegenwärtig lediglich Grundlagen einer Therapiedidaktik vor (de Langen-Müller 2008; Grohnfeldt 2011).

11.1.6 Themenkomplex *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*

Zugrunde liegende Fragestellung:

Wie zufrieden sind Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit ihrer Arbeitssituation?

Ergebnis:

Der Mehrheit der befragten Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen war *tendenziell* zufrieden mit ihrer Rolle im Team (73,4 %) und der Wertschätzung ihrer Arbeit durch andere (69,7 %).

Mit ihrem Gehalt waren knapp zwei Drittel der Befragten *tendenziell* unzufrieden (64,8 %).

Insgesamt lassen die Ergebnisse auf eine hohe allgemeine **Zufriedenheit** der Befragten mit ihrer beruflichen Situation schließen. Lediglich die Zufriedenheit mit der finanziellen Vergütung war relativ schwach ausgeprägt. Dies deckt sich mit aktuellen berufspolitischen Forderungen. So strebt etwa der dbl eine Verbesserung der Verdienstmöglichkeiten sprachtherapeutischer Fachkräfte an (Hoffschildt 2013).

Etwas überraschend war, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen berichteten, *tendenziell* über ausreichend Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zu verfügen. Da **interdisziplinäres Arbeiten** häufig durch mangelnde zeitliche und finanzielle Ressourcen erschwert wird (siehe Kapitel 5.1), ist davon auszugehen, dass die Teilnehmerinnen größtenteils ein hohes Maß an Eigeninitiative aufbrachten, um kooperative Arbeitsstrukturen zu etablieren.

Weiterhin bewerteten die Befragungspersonen die **strukturellen Rahmenbedingungen** für ihre Berufstätigkeit sehr positiv. So ist bemerkenswert, dass jeweils über 80 Prozent der Teilnehmerinnen die ihnen zur Verfügung stehenden *räumlichen* und *materiellen Ressourcen* *tendenziell* als ausreichend bezeichneten.

Interessanterweise fühlte sich mit knapp 80 Prozent ein sehr hoher Anteil der Teilnehmerinnen *tendenziell ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings*. Da die **inklusive Schulung** von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf hierzulande erst seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 verstärkt als bildungspolitisches Ziel in den Fokus rückte (siehe Kapitel 2), war eher davon auszugehen, dass inklusives Arbeiten bisher keinen Schwerpunkt in der Aus- und Fortbildung sprachtherapeutischer Fachkräfte darstellte. Denkbar ist, dass die Teilnehmerinnen dem Thema *Inklusion* bejahend gegenüberstanden und sich eine Tätigkeit in inklusiven Settings grundsätzlich gut vorstellen konnten – ohne bisher über spezi-

fische Konzepte zur praktischen Umsetzung zu verfügen. Auch der Aspekt der *sozialen Erwünschtheit* sollte nicht außer Acht gelassen werden. Hierunter versteht man die Tendenz von Befragungspersonen, „die Items eines Fragebogens in jene Richtung zu beantworten, die ihrer Meinung nach den sozialen Normen entspricht“ (Raab-Steiner & Benesch 2012:62). Da es sich hierbei um eine Umfrage mit dem Schwerpunkt *Inklusion* handelte, ging möglicherweise ein Teil der Befragten davon aus, dass eine positive Einschätzung dieses Sachverhalts erwartet wird. Ferner ist anzunehmen, dass eine Einschätzung der eigenen Qualifikation in der Regel eher positiv ausfällt.

Fortbildungswünsche

In Bezug auf die **Fortbildungswünsche** wurde deutlich, dass sich die Befragten in erster Linie Fortbildungen im *sprachtherapeutischen Bereich* wünschten (68,9 Prozent). Es besteht somit großes Interesse an der Vertiefung von Kenntnissen über Konzepte und Methoden zur direkten therapeutischen Arbeit. Auch der Wunsch nach Fortbildungen im didaktischen Bereich (50,5 Prozent) sowie im *Bereich Schlüsselqualifikationen* (z. B. *Teamfähigkeit, Beratungskompetenz*) (47,5 Prozent) war unter den Teilnehmerinnen weit verbreitet. Dies deutet möglicherweise auf das Problemfeld hin, dass für die Sprachtherapie – anders als die Lehrtätigkeit – bisher kaum didaktische Konzepte vorliegen (de Langen-Müller 2008; Grohnfeldt 2011). Lediglich ein geringer Anteil der Befragten wünschte sich Fortbildungsangebote im *schulorganisatorischen Bereich* (26,6 Prozent), was vermutlich damit zusammenhängt, dass die befragten Therapeutinnen eher selten in schulischen Einrichtungen tätig waren.

11.1.7 Bemerkungen zu den Ergebnissen der inferenzstatistischen Datenanalyse

Bei der Interpretation der inferenzstatistischen Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen, dass die Repräsentativität der Stichprobe und somit die Generalisierbarkeit der Resultate eingeschränkt ist. Dies liegt – wie in Kapitel 9.2 beschrieben – unter anderem darin begründet, dass keine Zufallsstichprobe gezogen werden konnte. Zudem fiel die Teilstichprobe der Befragten, die Interventionen im Klassenzimmer durchführten, mit 21 Personen relativ gering aus.

Dennoch waren einige interessante Tendenzen zu beobachten:

Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Öffnung schulischer Lernorte für die logopädische und sprachtherapeutische Leistungserbringung – wie sie durch die aktuellen Heilmittelrichtlinien und die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz ins Auge gefasst wird (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; KMK 2011; siehe Kapitel 2.2) – auf struktureller Ebene einen ersten Schritt darstellen könnte, um langfristig gesehen auch unterrichtsintegrierte Sprachtherapie zu etablieren. So zeigte sich in der Stichprobe die Tendenz, dass Personen, die den größten Teil ihrer Arbeitszeit

in einer *schulischen Einrichtung* verbrachten, häufiger im Klassenzimmer arbeiteten als Therapeutinnen, die in einer anderen Institution tätig waren (vgl. Fragestellung 1: Zusammenhang *Einrichtung – Intervention im Klassenzimmer*).

Weiterhin ergab sich kein statistischer Zusammenhang zwischen dem *Bundesland*, in dem die Befragten praktizierten und der Häufigkeit der Intervention im Klassenzimmer (vgl. Fragestellung 2: Zusammenhang *Beruf – Intervention im Klassenzimmer*). Da in der vorliegenden Studie jedoch annähernd drei Viertel aller im Klassenzimmer tätigen Personen aus Baden-Württemberg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen stammten, liegt die Vermutung nahe, dass die sprachtherapeutische Arbeit im Klassenraum bisher vor allem in jenen Bundesländern verbreitet ist. Diese Schlussfolgerung ist jedoch spekulativ und müsste anhand weiterführender Studien untersucht werden. Auch müssten die strukturellen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern in den Blick genommen werden.

Formen der Kooperation

Hinsichtlich kooperativen Arbeitens wurde die Annahme bestätigt, dass sich ein gemeinsamer Ort von Unterricht und Therapie förderlich auf den Kontakt mit Lehrkräften auswirken kann (vgl. Fragestellung 3: Zusammenhang *Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*). So tauschten sich im Klassenzimmer tätige Therapeutinnen tendenziell häufiger *mit Regel- und Sonderschullehrerinnen* aus. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich etwa in Schulpausen oder bei einem Stundenwechsel zahlreiche Gelegenheiten zum Austausch bieten. Zudem ist gerade bei einer gemeinsamen Tätigkeit im Klassenraum eine Absprache der beteiligten Fachkräfte unabdingbar.

In Bezug auf die Häufigkeit des Austausches *mit den Eltern eines Schülers* zeigte sich ein differenziertes Bild: So tauschten sich über 90 Prozent der Personen, die keine Interventionen im Klassenzimmers durchführten und gut 80 Prozent der im Klassenraum tätigen Therapeutinnen tendenziell oft mit dieser Personengruppe aus. Somit ist eine leichte Tendenz erkennbar, dass eine Verlagerung der sprachtherapeutischen Arbeit in den schulischen Kontext die Einbeziehung der Eltern in den Therapieprozess erschweren könnte. Das regelmäßige Zusammentreffen mit den Eltern wurde – wie in Punkt 10.2.6 angesprochen – auch von zahlreichen Befragten als Vorteil der Therapie in einer Praxis genannt. Allerdings zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen (vgl. Fragestellung 3: Zusammenhang *Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*). So ist ebenfalls denkbar, dass Therapeutinnen, die Interventionen im schulischen Setting durchführten, anstelle des persönlichen Kontaktes andere Informationswege (z. B. den telefonischen oder schriftlichen Austausch) für die Elternarbeit

nutzten. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass sich beispielsweise die Anleitung für häusliches Üben ohne persönlichen Kontakt deutlich schwieriger gestaltet.

Dass sich Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen, die nicht im Klassenzimmer arbeiteten, tendenziell häufiger mit Vertreterinnen der eigenen Berufsgruppe austauschten (vgl. Fragestellung 3: Zusammenhang *Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*), liegt möglicherweise darin begründet, dass diese überwiegend in niedergelassenen Praxen tätig waren. So ist anzunehmen, dass dort – im Gegensatz zum schulischen Umfeld – in der Regel mehrere sprachtherapeutische Fachkräfte für den Austausch zur Verfügung stehen.

Erwartungsgemäß nutzten im Klassenzimmer tätige Personen für den Austausch mit Fachpersonen tendenziell häufiger Informationswege, die sich durch einen höheren Vernetzungsgrad auszeichnen (*spontanes Gespräch; gemeinsame, konzeptionelle Arbeit*) (vgl. Fragestellung 4: Zusammenhang *Formen des Austausches – Intervention im Klassenzimmer*). Dies deutet ebenfalls darauf hin, dass die Etablierung von Sprachtherapie in Schulen inter- beziehungsweise transdisziplinäres Arbeiten fördern könnte. Andererseits wurde etwa *gemeinsame Supervision* selten in Anspruch genommen, unabhängig davon, ob die Befragten Interventionen im Klassenraum durchführten. Dieses Ergebnis spiegelt möglicherweise eine gewisse zeitliche und finanzielle Ressourcenknappheit wider. So lassen sich institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit - wie gemeinsame Supervision – kaum ohne adäquate strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. regelmäßige, ausgewiesene Zeiten für Absprachen) umsetzen (u.a. Baxter et al. 2009; siehe Kapitel 5.1).

Berufspolitische Aspekte

Auf berufspolitischer Ebene ist bemerkenswert, dass sich Logopädinnen tendenziell häufiger ausreichend qualifiziert für *Aufgaben in inklusiven Settings* fühlten als akademische Sprachtherapeutinnen (vgl. Fragestellung 5: Zusammenhang *Beruf – Qualifikation Inklusion*). Da inklusives Arbeiten erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewann, war eher davon auszugehen, dass diese Thematik in der Ausbildung beider Berufsgruppen bisher eine geringe Rolle spielte.

Zugleich zeigte sich, dass Personen, die erst seit wenigen Jahren im Berufsleben standen, ihre Qualifikation für *Aufgaben in inklusiven Settings* tendenziell häufiger als ausreichend einschätzten als Befragte mit langjähriger Berufserfahrung (vgl. Fragestellung 5: Zusammenhang *Beruf – Qualifikation Inklusion*). Dies könnte möglicherweise darauf hindeuten, dass im Rahmen der Ausbildung sprachtherapeutischer Fachkräfte in den letzten Jahren zunehmend Bezug zur Thematik *Inklusion* genommen wurde. Denkbar ist auch, dass sich vor allem jüngere Berufstätige für dieses aktuelle Thema interessierten und eventuell bereits entsprechende Fortbildungen besuchten.

11.2 Schlussfolgerungen und Implikationen

In diesem Teilkapitel soll zunächst die Hauptforschungsfrage der Erhebung beantwortet werden, bevor weiterführende Schlussfolgerungen und Implikationen aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

Wie in Kapitel 9.1 dargestellt, lag dem Teilbereich des Forschungsprojekts, der sich auf **Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland** bezog, folgende Hauptforschungsfrage zugrunde:

Welche sprachtherapeutischen und logopädischen Angebote stehen nach derzeitigem Stand für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen zur Verfügung?

Es zeigte sich, dass die mithilfe der Fragebogenerhebung gewonnenen Daten differenzierte Informationen zu unterschiedlichen Aspekten der sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Versorgung von Schülerinnen mit Sprachstörungen in Deutschland liefern konnten.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Angebote in erster Linie dem Modell der **isolierten Sprachtherapie** entsprechen und somit keinen beziehungsweise einen eher geringen räumlichen, zeitlichen und inhaltlichen Verknüpfungsgrad zum Unterrichtsgeschehen aufweisen. Angebote direkt in den Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer spielen bisher eine untergeordnete Rolle. Es zeichnet sich jedoch die Tendenz ab, vor allem die Behandlung von **Schriftspracherwerbsstörungen** und **kommunikativ-pragmatischen Störungen** mit dem Unterricht zu verbinden. Dies erfolgt durch eine inhaltliche Orientierung an Unterrichtsthemen oder eine Kooperation mit der Lehrkraft. Sofern Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen im Klassenzimmer selbst arbeiten, sind sie gegenwärtig überwiegend für die **allgemeine sprachliche Förderung** zuständig.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse gilt es zu bedenken, dass in Deutschland die Berufsgruppe der Sprachheillehrerinnen existiert, welche in erster Linie für die sprachliche Förderung im Schulsetting verantwortlich ist.

Aus den gewonnenen Ergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

Strukturelle Ebene

Wie sich im Rahmen dieser Arbeit herauskristallisierte, bietet die Öffnung schulischer Lernorte für sprachtherapeutische Fachkräfte viele Chancen, um Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in einem inklusiven Schulsystem quantitativ und qualitativ adäquat mit Sprachtherapie zu versorgen. Erstrebenswert wäre daher, dass der durch die aktuellen Heilmittelrichtlinien und die Empfehlungen

der Kultusministerkonferenz eingeschlagene Weg, die Tätigkeit therapeutischer Berufsgruppen in pädagogischen Institutionen zu ermöglichen, weiterverfolgt wird. Auch zahlreiche befragte Therapeutinnen wünschten sich Veränderungen der entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen, um supplementär zur Therapie in externen Praxen Interventionen im schulischen Kontext durchführen zu können.

Schlussfolgerung 1:

Als Grundlage für die Etablierung von Sprachtherapie in schulischen Settings ist eine konkrete rechtliche Regelung zur sprachtherapeutischen beziehungsweise logopädischen Leistungserbringung in pädagogischen Einrichtungen vonnöten.

Ebene der Aus- und Weiterbildung

Um sprachtherapeutische Fachkräfte auf eine Tätigkeit im Schulsetting vorzubereiten, sind entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten wünschenswert. Ziel hierbei sollte sein, den Therapeutinnen theoretisches Hintergrundwissen sowie konkrete Handlungsstrategien zur Durchführung von Sprachtherapie in der Schule und im Klassenzimmer – wie sie in den Kapiteln 4 und 5 vorgestellt wurden - an die Hand zu geben. Chancen, derartige Inhalte in die Ausbildung zu integrieren, bieten sich im Rahmen der Umstrukturierung der Ausbildungsstandards für sprachtherapeutische Berufe. So wird in Deutschland seit Jahren eine grundständige Akademisierung dieses Berufsstandes angestrebt – wie sie in den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern Standard ist (Hoffschildt 2013). Denkbar ist beispielsweise, dass zukünftig im Rahmen eines weiterführenden Masterstudiums eine spezifische Qualifikation für die Tätigkeit als schulische Sprachtherapeutin erworben werden kann. Zudem wären einschlägige Fort- und Weiterbildungsangebote erforderlich.

Schlussfolgerung 2:

Um das Tätigkeitsspektrum von sprachtherapeutischen Fachpersonen im Hinblick auf Aufgaben in schulischen Settings zu erweitern, sind entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten durch Aus- und Weiterbildungsangebote anzustreben.

Konzeptuelle Ebene

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass Gruppentherapie kaum eine Rolle spielte und sich die Tätigkeit von Therapeutinnen im Klassenzimmer überwiegend auf die Unterstützung der Lehrkraft beschränkte. Denkbar wäre, dass den Teilnehmerinnen didaktische Konzepte für die parallele Arbeit mit mehreren Schülerinnen fehlten und sie daher die klassische sprachtherapeutische Einzelintervention bevorzugten. So liegen im Bereich der Sprachtherapie bisher lediglich Grundlagen einer Therapiedidaktik vor (de Langen-Müller 2008; Grohnfeldt 2011).

Dies spiegelte sich auch in den Fortbildungswünschen der Befragten wider, die neben sprachtherapeutischen Themen vor allem die Bereiche *Didaktik* und *Pädagogik* umfassten.

Hierzu lohnt sich ein Blick in die USA, wo schulische Sprachtherapeutinnen häufig durch eine supervidierte Lehrtätigkeit an einer öffentlichen Schule (*student teaching*) (Lüdtke & Licandro 2012) auf die didaktischen Anforderungen unterrichtsintegrierter Sprachtherapie vorbereitet werden. Wie eine äquivalente Zusatzqualifikation in Deutschland aussehen könnte, bliebe noch zu klären.

Hierzulande ist vorstellbar, dass entsprechende Konzepte im Rahmen von Gruppentherapien erprobt werden. Diese wurden von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmerinnen als sehr positiv eingeschätzt und bieten sich im schulischen Kontext aus ökonomischer und organisatorischer Sicht an. Somit könnte die Arbeit im Gruppensetting in gewisser Hinsicht eine Vorbereitung auf die sprachtherapeutische Arbeit im Klassenraum darstellen.

Zudem existieren etwa für den Bereich des sprachheilpädagogischen Unterrichts bereits Konzepte, auf die zurückgegriffen werden kann (siehe Reber & Schönauer-Schneider 2011).

Schlussfolgerung 3:

Besonders für die Intervention im Gruppensetting und die sprachtherapeutische Arbeit im Klassenzimmer wäre die Weiterentwicklung didaktischer Konzepte in der Sprachtherapie erstrebenswert.

Praktische Ebene

Wie bereits deutlich wurde, bildet eine inter- beziehungsweise transdisziplinäre Zusammenarbeit von Sprachtherapeutinnen und Lehrkräften die Basis für eine effektive Vernetzung schulischer und therapeutischer Lernziele. Um hierfür entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, wäre es wünschenswert, dass mehr zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Arbeit im Team geschaffen werden. Zugleich sind einschlägige Fort- und Weiterbildungsangebote erforderlich, um den Fachkräften konkrete Umsetzungsmöglichkeiten von Kooperationen – wie sie in Kapitel 5 dargelegt wurden – aufzuzeigen. Hier ist auch die Regelschulpädagogik gefragt, kooperative Arbeitsstrukturen weiterzuentwickeln. Denn gerade in einem inklusiv ausgerichteten Schulsystem, das verstärkt die Bedürfnisse von Schülerinnen mit Förderbedarf berücksichtigt, steigt die Bedeutung eines Kompetenztransfers zwischen sonder- und regelpädagogischen sowie therapeutischen Fachdisziplinen.

Schlussfolgerung 4:

Für eine engere Verbindung von Sprachtherapie und Unterricht ist eine kooperative Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und Lehrkraft im Sinne eines Kompetenztransfers anzustreben.

Schulorganisatorische Ebene

Um dem Förderbedarf von Schülerinnen mit Defiziten in den Bereichen *Sprache*, *Sprechen* und *Kommunikation* innerhalb eines inklusiven Schulsystems Rechnung zu tragen, wäre ein breites Spektrum unterschiedlicher Förderangebote hilfreich. Hierzu können sowohl die Regel- und Sonderpädagogik, als auch die außerschulische Sprachtherapie und Logopädie beitragen. Zumal sich – wie in Kapitel 6 dargestellt – vielfältige Formen der Förderung als effektiv erweisen. Im Zentrum sollten dabei im Sinne des Inklusionskonzepts die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen selbst stehen. Ein Orientierungspunkt zur praktischen Umsetzung könnte der vor allem in den USA verbreitete *Response to Intervention-Ansatz (RTI)* bilden, der in Kapitel 7.1 thematisiert wurde.

Besonderes Augenmerk sollte auch auf die Prävention von Sprachstörungen gelegt werden. So profitieren – wie in Kapitel 6.2 dargestellt – Risikoschülerinnen, die bisher über keine Indikation für das Heilmittel *Sprachtherapie* verfügen – ebenfalls von einem Einsatz sprachtherapeutischer Fachkräfte im Klassenzimmer. Auch die Schriftsprache betreffend können hier die Kompetenzen von sprachtherapeutischen Fachpersonen einfließen.

Schlussfolgerung 5:

Für eine adäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen innerhalb eines inklusiven Schulwesens ist ein breites Spektrum an Fördermaßnahmen wünschenswert.

12 Fazit und Ausblick

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung zu Angeboten für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen in deutschen Schulen vorgestellt. Diese Erhebung bildete einen Teilbereich des internationalen Forschungsprojekts „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“. Die Zielsetzung dieses Projekts bestand darin, Informationen über die Versorgungsqualität von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen sowie die berufliche und fachliche Situation von sprachtherapeutischen Fachkräften im schulischen Kontext zu erheben. Zielgruppe des Teilstudienprojekts, das sich spezifisch auf *Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland* bezog, waren Angehörige des *Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)* sowie des *Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (dbl)*. Im Fokus des konzipierten Fragebogens standen Fragestellungen zu den Themenkomplexen *Klientel, Formen der Kooperation, Sprachtherapie, Intervention direkt im Klassenzimmer* sowie *Gesamtbewertung der Arbeitssituation*. Insgesamt wirkten 244 Therapeutinnen an der Umfrage mit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Untersuchung von heuristischem Interesse ist und einen Überblick über den aktuellen Stand des Angebotsspektrums an Sprachtherapie und Logopädie für sprachbehinderte Schülerinnen in Deutschland ermöglicht. So zeigte sich, dass die sprachtherapeutische beziehungsweise logopädische Versorgung dieser Klientel überwiegend im Rahmen von Einzelinterventionen außerhalb des schulischen Settings stattfindet. Ansatzpunkte für eine Verbindung von Therapie und Unterricht liefern bisher in erster Linie das Fach *Deutsch* sowie Schriftspracherwerbsstörungen und kommunikativ-pragmatische Störungen. Sofern sprachtherapeutische Fachkräfte Interventionen im Klassenzimmer durchführen, sind sie eher für die Unterstützung einzelner Schülerinnen als für die aktive Unterrichtsgestaltung zuständig. Bei der Einschätzung dieser Resultate ist zu beachten, dass in Deutschland die Berufsgruppe der Sprachheillehrerinnen existiert, die über Kenntnisse in den Bereichen *allgemeine Didaktik* und *Sprache* verfügt und somit bisher primär für die Sprachförderung im Unterricht zuständig ist.

Darüber hinaus spiegelten die Ergebnisse eine hohe Zufriedenheit von Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen mit ihrer beruflichen Situation wider. Auch für zukünftige Aufgaben in inklusiven Settings fühlte sich die überwiegende Mehrheit der Befragten ausreichend qualifiziert.

Insgesamt wurde deutlich, dass die sprachtherapeutische Arbeit im Schulsetting beziehungsweise im Klassenzimmer gerade in einem inklusiven Schulsystem viele Chancen bietet – beispielsweise zur Förderung des Alltagstransfers sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der traditionellen Einzelintervention ist jedoch weiterhin ein hoher Stellenwert zuzuschreiben, etwa um eine stärkere Individualisierung von Therapiezielen zu erreichen.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen bieten sich Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungsvorhaben:

So kamen im Rahmen des Gesamtforschungsprojekts Parallelversionen des Fragebogens in den Ländern Finnland, Frankreich, Österreich und der Schweiz zum Einsatz. Interessant wäre es, die Ergebnisse dieser Befragungen mit den Resultaten aus Deutschland zu vergleichen, um Aufschluss über Parallelen und Unterschiede der sprachtherapeutischen Versorgung in den einzelnen Ländern zu erhalten.

Ferner wurde die Zielgruppe der empirischen Erhebung in Deutschland auf Sprachheillehrerinnen ausgeweitet. Die Auswertung der Daten dieser Teilstichprobe lässt auf weitere Erkenntnisse vor allem im Hinblick auf die schulische Förderung von sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen hoffen.

Um im Sinne einer Längsschnittstudie Veränderungen abbilden zu können, ist des Weiteren geplant, die Befragung in zwei bis vier Jahren zu wiederholen. So wäre es aufschlussreich zu erfahren, ob sich im Zuge der Inklusionsbewegung eine zunehmende Öffnung schulischer Förderorte für sprachtherapeutische Fachkräfte abzeichnet. In diesem Zusammenhang ist eventuell eine Itemanalyse in Betracht zu ziehen, um zur Optimierung des Fragebogens Modifikationen einzelner Fragebogenitems vornehmen zu können.

Auch die im Rahmen dieser Masterarbeit präsentierten Daten, die sich spezifisch auf Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland beziehen, bieten Möglichkeiten für weiterführende Untersuchungen: So wären beispielsweise - gerade im Hinblick auf die aktuellen berufspolitischen Entwicklungen - Vergleiche der Subgruppen der Logopädinnen und akademischen Sprachtherapeutinnen interessant. Zudem bietet es sich an, sprachtherapeutische Fachkräfte, die bereits im Klassenzimmer intervenieren und Therapeutinnen, die bisher nicht dort tätig sind, zu vergleichen. Dies war jedoch im begrenzten Umfang dieser Arbeit nicht durchführbar.

Ergänzend zur quantitativen Datenerhebung mittels eines Fragebogens wären im Sinne einer Methodentriangulation auch mündliche Befragungen (qualitative Interviews) von sprachtherapeutischen Fachkräften, die bereits im schulischen Setting tätig sind, vorstellbar. Im Vergleich zur schriftlichen Befragung liegen die Vorteile eines qualitativen Interviews in einer erhöhten Offenheit und Flexibilität der Erhebungssituation (Bortz & Döring 2006). Auf diese Weise könnten anhand des subjektiven Blickwinkels der Befragten weitere Erklärungshypothesen und Interpretationsansätze für die Ergebnisse der Fragebogenerhebung generiert werden. Als möglicher Themenbereich bietet sich hierzu die Gestaltung von sprachtherapeutischen Interventionen im Klassenzimmer an.

Literaturverzeichnis

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1996). *Inclusive Practices for Children and Youths With Communication Disorders [Technical Report]*. URL: <http://www.asha.org/docs/html/TR1996-00245.html>. (Aufruf am 29.12.2012)
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2004). *Guidelines for the training, use, and supervision of speech-language pathology assistants. [Guidelines]*. URL: <http://www.asha.org/policy/GL2004-00054/>. (Aufruf am 30.12.2012)
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2006). *New Roles in Response to Intervention: Creating Success for Schools and Children*. URL: <http://www.asha.org/uploadedFiles/slp/schools/prof-consult/rtiroledefinitions.pdf>. (Aufruf am 03.02.2013)
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2012). *2012 Schools survey summary report: Number and type of responses, SLPs*. URL: <http://www.asha.org/uploadedFiles/Schools-2012-SLP-Frequencies.pdf>. (Aufruf am 05.02.2013)
- Baxter, S., Brookes, C., Bianchi, K., Rashid, K. & Hay, F. (2009). Speech and language therapists and teachers working together: Exploring the issues. *Child Language Teaching and Therapy* 25, 2, 215-234.
- Beck, A.R. & Dennis, M. (1997). Speech-Language Pathologists' and Teachers' Perceptions of Classroom-Based Interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 28, 146-153.
- Bielfeld, K. (2006). Zum Wandel schulischer Aufgabenstellung in der Sprachheilpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 51, 1, 12-20.
- Bland, L.E. & Prelock, P.A. (1996). Effects of collaboration on language performance. *Journal of Children's Communication Development* 17, 2, 31-37.
- Bonnie, D. & Küster, H. (1990). Nico oder der Versuch integrativer Förderung. *Die Sprachheilarbeit* 35, 4, 197-202.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boyle, J.R. & Provost, M. C. (2011). *Strategies for Teaching Students with Disabilities in Inclusive Classrooms. A Case Method Approach*. Boston: Pearson.
- Boyle, J.M., McCartney, E., Forbes, J. & O'Hare, A. (2007). A randomized controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and

language therapy for children with primary language impairment. *Health Technology Assessment* 11, 25, 1-158.

- Boyle, J.M., McCartney, E., O'Hare, A. & Forbes, J. (2009). Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44, 6, 826-846.
- Braun, O., Homburg, G. & Teumer, J. (1980). Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. *Die Sprachheilarbeit* 25, 1, 1-17.
- Breuer, C. (2013). Logopäden auf dem Feld der Sprachtherapie schon lange nicht allein. *Forum Logopädie* 27, 1, 34-35.
- Buresch, U. (1990). „Der stottert so doll, der müßte mal in die Sprachheilschule!“ oder Acht Jahre Erfahrungen in Kombi-Klassen. *Die Sprachheilarbeit* 35, 4, 191-193.
- Bühl, A (2012). *SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse*. 13., aktualisierte Auflage. München: Pearson.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Pearson.
- Carlberg, C. & Kavale, K.A. (1980). The efficacy of special versus regular class placement for exceptional children: A meta-analysis. *The Journal Of Special Education* 14, 3, 295-309.
- Carroll, C. & Dockrell, J. (2010). Leaving special school: post-16 outcomes for young adults with specific language impairment. *European Journal of Special Needs Education* 25, 2, 131-147.
- Cirrin, F. M., Schooling, T. L., Nelson, N. W., Diehl, S. F., Flynn, P. F., Staskowski, M., Torrey, T. Z. & Adamczyk, D. F. (2010). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Different Service Delivery Models on Communication Outcomes for Elementary School-Age Children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 41, 233-264.
- Cole, K., Mills, P., Dale, P. & Jenkins, J.R. (1991). Effects of preschool integration for children with disabilities. *Exceptional Children* 58, 36-43.
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2004). Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 47, 1, 145-161.
- Dannenbauer, F.M. (1998). Thesen zum Zusammenhang von sprachheilpädagogischem Unterricht und sprachlicher Individualtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 43, 90-94.
- de Langen-Müller, U. (2008). Zwischen Heilmittel und Heilkunst – Gedanken zu einer Didaktik der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Didaktik in der Sonderpädagogik* (95-129). Rimpar: Edition von Freisleben.

- Deno, S.L., Fuchs, L.S., Marston, D.B. & Shin, J. (2001). Using curriculum-based measurement to develop growth standards for students with learning disabilities. *School Psychology Review* 30, 4, 507-524.
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) (o.J.). *Ausbildung in der Sprachheilpädagogik*. URL: <http://www.dgs-ev.de/index.php?id=477>. (Aufruf am 02.01.2013)
- Deutscher Bildungsserver (o.J.a). *Schulrecht (Links zu Gesetzesresten der Bundesländer)*. URL: <http://www.bildungsserver.de/Schulrecht-72.html>. (Aufruf am 04.01.2013)
- Deutscher Bildungsserver (o.J.b). *Bildungspläne/Lehrpläne der Bundesländer für allgemeinbildende Schulen*. URL: <http://www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-Lehrplaene-der-Bundeslaender-fuer-allgemeinbildende-Schulen-400.html>. (Aufruf am 20.03.2013)
- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) (2010). *Leitbild Akademische Sprachtherapeutin/Akademischer Sprachtherapeut*. URL: http://www.sprachtherapie.uni-muenchen.de/download/dbs_leitbild.pdf. (Aufruf am 02.01.2013)
- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) (o.J.). *Wir über uns*. URL: <http://dbs-ev.de/wirueberuns.html>. (Aufruf am 25.02.2013)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2012a). *Logopädische Behandlung von Kindern in Einrichtungen. dbl-Positionspapier (5. Mai 2012)*. URL: http://dbl-ev.de/fileadmin/media/meldungen/2012/Behandlung_in_Einrichtungen_Endversion_Positionspapier_Mai2012.pdf. (Aufruf am 21.12.2012)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2012b). *Logopädische Behandlung von Kindern in Einrichtungen. Kommentar zum dbl-Positionspapier (Mai 2012)*. URL: http://dbl-ev.de/fileadmin/media/meldungen/2012/Behandlung_in_Einrichtungen_Kommentar_Positionspapier_BehEinr.pdf. (Aufruf am 21.12.2012)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (o.J.). *Der Verband. Unsere Mitglieder*. URL: <http://www dbl-ev.de/der-dbl/der-verband/unsere-mitglieder.html>. (Aufruf am 25.02.2013)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. URL: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf. (Aufruf am 18.12.2012)
- Dickson, K., Marshall, M., Boyle, J., McCartney, E., O'Hare, A. & Forbes, J. (2009). Cost analysis of direct versus indirect and individual versus group modes of manual-based speech-

and-language therapy for primary school-age children with primary language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44, 3, 369-381.

- Dockrell, J.E. & Lindsay, G. (1998). The ways in which speech and language difficulties impact on children's access to the curriculum. *Child Language Teaching and Therapy* 14, 117-133.
- Dockrell, J.E. & Lindsay, G. (2001). Children with specific speech and language difficulties – the teachers' perspective. *Oxford Review of Education* 27, 3, 369-394.
- Doherty, K.M. & Masters, R.Y. (1996). Collaborative consultation: a systemic activity. *Seminars in speech and language* 17, 2, 123-128.
- Dörffel, B. (2010). Kooperative Sprachförderung. *Spuren – Sonderpädagogik in Bayern* 53, 1, 6-9.
- Drave, W., Rumpler, F. & Wachtel, P. (Hrsg.) (2000). *Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK)*. Würzburg: Edition Bentheim.
- Duhaney, L.M. G. & Salend, S.J. (2000). Parental Perceptions of Inclusive Educational Place-ments. *Remedial and Special Education* 21, 2, 121-128.
- Ehren, B.J. (Hrsg.) (2005). Responsiveness to intervention and the speech-language pathologist [Special issue]. *Topics in Language Disorders* 25, 2.
- Elksnin, L.K. & Capilouto, G.J. (1994). Speech-Language Pathologists' Perceptions of Integrat-ed Service Delivery in School Settings. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 25, 258-267.
- Flieger, P. & Schönwiese, V. (2011). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Eine Herausforderung für die Integrations- und Inklusionsforschung. In: Flie-ger, P. & Schönwiese, V. (Hrsg.). *Menschenrechte. Integration. Inklusion. Aktuelle Perspek-tiven aus der Forschung* (27-35). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Gadler, H. (2006). *Praktische Linguistik. Eine Einführung in die Linguistik für Logopäden und Sprachheillehrer*. 4. Auflage. Stuttgart: UTB.
- Gascoigne, M. (2006). *Supporting children with speech, language and communication needs within integrated children's services*. RCSLT Position Paper. RCSLT: London.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19.Mai 2011. *Bundesanzeiger* 2011, 96, 2247. (in Kraft getreten am 1. Juli 2011). URL: <http://www.gba.de/informationen/richtlinien/12/>. (Aufruf am 18.12.2012)

- Gieseke, T. & Harbrucker, F. (1991). Wer besucht die Schule für Sprachbehinderte? – Untersuchung zur Struktur der Schülerschaft der Schulen für Sprachbehinderte in Berlin (West) zur Ermittlung von Aussagen über sonderpädagogische Interventionsvoraussetzungen -. *Die Sprachheilarbeit* 36, 4, 170-180.
- Glück, C.W. (2010). *Mit Sprache teilhaben. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs).* URL: http://www.dgs-rheinland.de/wp-content/uploads/2012/01/Positionspapier_MitSprache_Inklusion.pdf. (Aufruf am 18.12.2012)
- Glück, C.W. (2012). Sprachheilpädagogik inklusiv: Sonderpädagogik zwischen sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie. *Sonderpädagogische Förderung heute* 57, 2, 132-144.
- Glück, C.W. & Mußmann, J. (2009). Inklusive Bildung braucht exklusive Professionalität – Entwurf für eine ‚Inklusive Sprachheilpädagogik‘. *Die Sprachheilarbeit* 54, 5, 212-219.
- Goldberg, L.R., Williams, P.S. & Paul-Brown, D. (2002a). Leading the Change Effort: I. Real and perceived challenges in working with speech-language pathology assistants. *Communication Disorders Quarterly* 23, 4, 193-201.
- Goldberg, L.R., Williams, P.S. & Paul-Brown, D. (2002b). Leading the Change Effort: II. Developing a Systematic Framework for the Inclusion of Speech-Language Pathology Assistants in Service Delivery. *Communication Disorders Quarterly* 24, 1, 5-9.
- Grohnfeldt, M. (1987). Dualismus von Unterricht und Therapie – Eine spezifische Aufgabenstellung in der Schule für Sprachbehinderte. *Die Sprachheilarbeit* 32, 4, 162-168.
- Grohnfeldt, M. (1990). Fragestellungen zur schulorganisatorischen Integration sprachgestörter Schüler im Widerstreit der Meinungen. *Die Sprachheilarbeit* 35, 4, 173-185.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Grohnfeldt, M. (2011). Inklusion als fachspezifisches Aufgabengebiet von Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. *Sprache – Stimme – Gehör* 35, 170-171.
- Grohnfeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Reinhardt.
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Einführung in die ICF. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (9-21). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hartas, D. (2004). Teacher and speech-language therapist collaboration: being equal and achieving a common goal? *Child Language Teaching and Therapy* 20, 33-54.
- Hartmann, E. (2008). Konzeption und Diagnostik von schriftsprachlichen Lernstörungen im Responsiveness-to-Intervention-Modell: eine kritische Würdigung. *Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 77, 123-137.

- Hatcher, C. (Hrsg.) (2011). *Making Collaborative Practice Work. A Model for Teachers and SLTs*. Emsworth/GB: J & R Press Ltd.
- Heimlich, U. (2011). Inklusion und Sonderpädagogik. Die Bedeutung der Behindertenrechtskonvention (BRK) für die Modernisierung sonderpädagogischer Förderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 2, 44-54.
- Hernandez, S.J. (2012). Evaluation of Push-In/Integrated Therapy in a Collaborative Preschool for Children with Special Needs. *Journal of the American Academy of Special Education Professionals (JAASEP)*, Spring-Summer 2012, 47-77.
- Hoffschmidt, C. (2013). Akademisierung ohne Ausnahme: Logopädie gehört an die Hochschule. *Forum Logopädie* 27, 1, 6-7.
- Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEIA) (2004). *Public Law 108-446*. URL: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-108publ446/html/PLAW-108publ446.htm>. (Aufruf am 03.02.2013)
- Jank, W. & Meyer, H. (2009). *Didaktische Modelle*. 9. Auflage. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Knox, E. & Conti-Ramsden, G. (2003). Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language and Communication Disorders* 38, 1, 1-12.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1994). *Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland* (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 06.05.1994). URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluessel/1994/1994_05_06-Empfehl-Sonderpaedagogische-Foerderung.pdf. (Aufruf am 21.12.2012)
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2011). *Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen* (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011). URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluessel/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf. (Aufruf am 18.12.2012)
- Law, J., Lindsay, G., Peacey, N., Gascoigne, M., Soloff, N., Radford, J. & Band, S. (2002a). Consultation as a model for providing speech and language therapy in schools: a panacea or one step too far? *Child Language Teaching and Therapy* 18, 145-163.
- Law, J., Luscombe, M. & Roux, J. (2002b). Whose standards? Using the Standards Fund for children with speech and language needs – a survey of allocation of resources in England. *British Journal of Special Education* 29, 3, 136-140.
- Laws, G., Bates, G., Feuerstein, M., Mason-Apps, E. & White, C. (2012). Peer acceptance of children with language and communication impairments in a mainstream primary school: Asso-

ciations with type of language difficulty, problem behaviours and a change in placement organization. *Child Language Teaching and Therapy* 28, 1, 73-86.

- Lindsay, G., Dockrell, J. E. & Mackie, C. (2008). Vulnerability to bullying in children with a history of specific speech and language difficulties. *European Journal of Special Needs Education* 23, 1, 1-16.
- Lüdtke, U. & Licandro, U. (2012). Die inklusive Schule als Arbeitsfeld für akademische Sprachtherapeutinnen?! – Ein Interview mit ASHA-Expertinnen aus den USA. *Die Sprachheilarbeit* 57, 3, 164-166.
- Lüke, T. & Ritterfeld, U. (2011). Elterliche Schulzufriedenheit in integrativer und segregativer Beschulung sprachauffälliger Kinder: Ein Vergleich zwischen Förderschule und Gemeinsamem Unterricht. *Empirische Sonderpädagogik* 4, 324-342.
- Lütje-Klose, B. (1997). *Wege integrativer Sprach- und Kommunikationsförderung in der Schule. Konzeptionelle Entwicklungen und ihre Einschätzung durch amerikanische und deutsche ExpertInnen*. Saarbrücker Hochschulschriften; Band 31: Erziehungswissenschaft. St. Ingbert: Röhrlig.
- Lütje-Klose, B. & Willenbring, M. (1999). Kooperation von Regelschullehrerin und Sprachbehindertenpädagogin – eine wesentliche Bedingung für die integrative Sprach- und Kommunikationsförderung. *Die Sprachheilarbeit* 44, 2, 63-76.
- Mackey, S. & McQueen, J. (1998). Exploring the association between integrated therapy and inclusive education. *British Journal of Special Education* 25, 1, 22-27.
- Mahlau, K., Diehl, K., Voß, S. & Hartke, B. (2011). Das Rügener Inklusionsmodell (RIM) – Konzeption einer inklusiven Grundschule. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 11, 464-472.
- Maihack, V. (2001). *Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Zur historischen Entwicklung klinisch-therapeutischer Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945-1990*. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) in der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund.
- McCartney, E., Boyle, J., Bannatyne, S., Jessiman, E., Campbell, C., Kelsey, C., Smith, J., McArthur, J. & O'Hare, A. (2005). 'Thinking for two': a case study of speech and language therapists working through assistants. *International Journal of Language and Communication Disorders* 40, 2, 221-235.
- McCartney, E., Ellis, S. & Boyle, J. (2009). The mainstream primary classroom as a language-learning environment for children with severe and persistent language impairment – implications of recent language intervention research. *Journal of Research in Special Educational Needs* 9, 2, 80-90.

- McCartney, E., Boyle, J., Ellis, S., Bannatyne, S. & Turnbull, M. (2011). Indirect language therapy for children with persistent language impairment in mainstream primary schools: outcomes from a cohort intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders* 46, 1, 74-82.
- McGinty, A.S. & Justice, L.M. (2006). Classroom-based versus pull-out speech language intervention: A review of the experimental evidence. *EBP Briefs* 1, 1, 1-25.
- Mecrow, C., Beckwith, J. & Klee, T. (2010). An exploratory trial of the effectiveness of an enhanced consultative approach to delivering speech and language intervention in schools. *International Journal of Language and Communication Disorders* 45, 3, 354-367.
- Meyer, H. (1994). *Unterrichtsmethoden I: Theorieband*. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Cornelsen Scriptor.
- Meyer, J. (1997). Models of service delivery. In: O'Connell, P.F. (Hrsg.). *Speech, language, and hearing programs in schools: A guide for students and practitioners* (241-286). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Mills, P.E., Cole, K.N., Jenkins, J.R. & Dale, P.S. (1998). Effects of differing levels of inclusion on preschoolers with disabilities. *Exceptional Children* 65, 79-90.
- Mobayed, K., Collins, B., Strangis, D., Schuster, J. & Hemmeter, M. (2000). Teaching parents to employ mand-model procedures to teach their children requesting. *Journal of Early Intervention* 23, 3, 165-179.
- Motsch, H.-J. (2010). *Kontextoptimierung: Evidenzbasierte Intervention bei grammatischen Störungen in Therapie und Unterricht*. 3. Auflage. München: Reinhardt Verlag.
- Motsch, H.-J. & Berg, M. (2003). Therapie grammatischer Störungen – Interventionsstudie zur Kontextoptimierung. *Die Sprachheilarbeit* 48, 4, 151-156.
- Mußmann, J. (2010). Sprachförderung an außerschulischen Lernorten? Ideen für inklusive Konzepte im Förderschwerpunkt Sprache. In: Frontzek, G. (Hrsg.). *Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog. 29. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Dortmund 2010* (387-400). Hamm: Gebrüder Wilke GmbH.
- Mußmann, J. (2012). Sprachförderung in inklusiven Settings – 10 Beispiele für sprachliche Barrieren und Lernchancen. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis* 1, 1, 23-31.
- Nüchtern, E. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der vertragsärztlichen Versorgung. *Neurologie und Rehabilitation* 11, 189-195.

- Owen, R., Hayett, L. & Roulstone, S. (2004). Children's views of speech and language therapy in school: consulting children with communication difficulties. *Child Language Teaching and Therapy* 20, 55-73.
- Owens, R.E. (2010). *Language Disorders. A Functional Approach to Assessment and Intervention*. Boston: Pearson.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2012). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Rafferty, Y., Piscitelli, V. & Boettcher, C. (2003). The Impact of Inclusion on Language Development and Social Competence Among Preschoolers with disabilities. *Exceptional Children* 69, 4, 467-479.
- Reber, K. (2012a). Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie in inklusiven Settings: Perspektiven der Vernetzung zwischen Sprachheilpädagogik, Sprachtherapie und Regelschule. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 20, 4, 264-275.
- Reber, K. (2012b). *Unveröffentlichte Unterlagen aus dem Forschungsprojekt „Von der Integration zur Inklusion? Formen der Zusammenarbeit zwischen Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie in schulischen Einrichtungen“*. Ludwig-Maximilians-Universität München: Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt Sprache).
- Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2011). *Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts*. 2. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ritterfeld, U., Lüke, T., Dürkoop, A.-L. & Subellok, K. (2011). Schulentscheidungsprozesse und Schulzufriedenheit in Familien mit einem sprachauffälligen Kind. Ein empirischer Beitrag zur Inklusionsdebatte am Beispiel von Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache in NRW. *Die Sprachheilarbeit* 56, 2, 66-77.
- Rodrian, B. (2008). *Sprachförderung im familiären Alltag – ein Konzept aus Gruppenarbeit und Elternarbeit*. Berlin: Edition Marhold.
- Romonath, R. (2001). Schule als Sprachlernort – Sprachstörungen als Lernschwierigkeiten. *Die Sprachheilarbeit* 46, 4, 155-163.
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2003). *Standards for Working with Speech and Language Therapy Support Practitioners*. London: RCSLT.
- Rudebusch, J. & Wiechmann, J. (2011). How to Fit Response to Intervention Into a Heavy Workload. *The ASHA Leader* 16, 10, 10-13.
- Sallat, S. & Spreer, M. (2011). Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe. *Die Sprachheilarbeit* 56, 2, 78-86.

- Sanger, D., Mohling, S. & Stremlau, A. (2012). Speech-Language Pathologists' Opinions on Response to Intervention. *Communication Disorders Quarterly* 34, 1, 3-16.
- Schäfer, T. (2011). *Statistik II. Inferenzstatistik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2012a). *Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen) 2011/2012*. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_Sopae_2011.pdf. (Aufruf am 27.12.2012)
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2012b). *Sonderpädagogische Förderung in allgemeinen Schulen (ohne Förderschulen) 2011/2012*. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_SoPae_Int_2011.pdf. (Aufruf am 27.12.2012)
- Simkin, Z. & Conti-Ramsden, G. (2009). 'I went to a language unit': Adolescents' views on specialist educational provision and their language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy* 25, 1, 103-122.
- Speck, O. (2010). *Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht. Rhetorik und Realität*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009). *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 3. Auswirkungen auf Kindertagesbetreuung und Schülerzahlen im Bund und in den Ländern. Teil 2: Kindertagesbetreuung heute und in Zukunft*. URL: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft3.pdf. (Aufruf am 21.12.2012)
- Throneburg, R.N., Calvert, L.K., Sturm, J.J., Paramboukas, A.A. & Paul, P.J. (2000). A comparison of service delivery models: Effects of curricular vocabulary skills in the school setting. *American Journal of Speech-Language Pathology* 9, 10-20.
- Topping, K.J. (2001). *Peer assisted learning: a practical guide for teachers*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Topping, C.T., Gascoigne, M.T. & Cook, M. (1998). 'Excellence for all children' a redefinition of the role of the speech and language therapist. *International Journal of Language and Communication Disorders* 33, 608-613.
- Torgesen, J.K. (2009). The Response to Intervention Instructional Model: Some Outcomes from a Large-Scale Implementation in Reading First Schools. *Child Development Perspectives* 3, 1, 38-40.

- Troßbach-Neuner, E. (2008). Kooperative Sprachförderung in der Grundschule. Ein Baustein zur Prävention von Lernstörungen. *Schulverwaltung Bayern* 31, 11, 298-301.
- Ullrich, A. & Romonath, R. (2008). Evidenzbasierte Entscheidungsprozesse in der sprachtherapeutischen Intervention. *Die Sprachheilarbeit* 53, 5, 274-283.
- Valdez, F.M. & Montgomery, J.K. (1997). Outcomes from two treatment approaches for children with communication disorders in Head Start. *Journal of Children's Communication Development* 18, 2, 65-71.
- Vereinte Nationen (2008). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. URL: <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>. (Aufruf am 18.12.2012)
- Wachtel, P. & Wittrock, M. (1990). Aspekte der Kooperation von Grundschullehrern und Sonderschullehrern. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 41, 4, 263-271.
- Waltersbacher, A., Krüger, H.-W. & Rehbein, I. (2012). *Heilmittelbericht 2011. Ergotherapie. Sprachtherapie. Physiotherapie*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmbericht2011_1211.pdf. (Aufruf am 27.12.2012)
- Weigl, E. (2010). Der bayerische Weg der Inklusion durch Kooperation. In: Metzger, K. & Weigl, E. (Hrsg.). *Inklusion – eine Schule für alle. Modelle – Positionen - Erfahrungen* (29-41). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Wilcox, M.J., Kouri, T.A. & Caswell, S.B. (1991). Early language intervention. A comparison of classroom and individual treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1, 1, 49-62.
- Zielke-Bruhn, J. (2002). Die gemeinsame Beschulung von sprach- und nicht-sprachbehinderten Kindern an der Sternschule. Eindeutige Bestätigung des Kombiklassen-Systems durch Eltern- und Kindbefragung. *Die Sprachheilarbeit* 47, 2, 55-62.

Internetquellen

- URL: <http://www.imew.de/index.php?id=318>. (Aufruf am 18.12.2012)
- URL: http://www.clubaktiv.de/images/16_inklusion.png. (Aufruf am 19.12.2012)
- URL: <http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/products/data-collection/>. (Aufruf am 20.02.2013)
- URL: <http://www.dbs-ev.de>. (Aufruf am 22.02.2013)
- URL: <http://www dbl-ev.de>. (Aufruf am 22.02.2013)
- URL:
http://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/hilfen_und_beratung/logopaedischer_dienst/aufgaben_und_ziele.shtml. (Aufruf am 01.04.2013)
- URL: <http://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/>. (Aufruf am 15.04.2013)

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1 Von der Integration zur Inklusion: Abgrenzung der Begrifflichkeiten (aus: URL: http://www.clubaktiv.de/images/16_inklusion.png)	4
Abbildung 2 Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (aus: DIMDI 2005:23)	5
Abbildung 3 Direkte Formen der sprachtherapeutischen/logopädischen Leistungserbringung und deren Vernetzungsgrad mit dem Unterricht (aus: Reber 2012a:268)	15
Abbildung 4 Berufsgruppenspezifische Kompetenzen in der kooperativen Arbeit mit sprachbehinderten Schülerinnen (aus: Reber 2012a:269)	21
Abbildung 5 Formen des gemeinsamen Unterrichtens von Lehrerin und Sprachtherapeutin (aus: Reber 2012a:271)	26
Abbildung 6 Zentrale Komponenten des RTI-Konzepts (aus: Mahlau et al. 2011:465)	37
Abbildung 7 Mehrebenenmodell des RTI-Konzepts für den Bereich <i>Sprache</i> (Inhalte aus Reber 2012a:267)	38
Abbildung 8 Design des Gesamtforschungsprojekts (Daten aus: Reber 2012b)	46
Abbildung 9 Exemplarischer Screenshot einer Benutzeroberseite des Fragebogentools <i>SPSS Data Collection Interviewer Server 6.0.1</i> (aus: Reber 2012b)	47
Abbildung 10 Mehrkategorielles Antwortformat (Ratingskala) des Fragebogens	52
Abbildung 11 Ratingskala zur Selbsteinschätzung der Arbeitssituation (Frage 26)	61
Abbildung 12 Altersverteilung der Befragten	71
Abbildung 13 Einrichtung, in der die Befragten den größten Teil ihrer Arbeitszeit verbringen (Frage 1)	72
Abbildung 14 Bundesland, in dem die Befragten hauptsächlich arbeiten (Frage 5)	73
Abbildung 15 Beschäftigungsverhältnis der Befragten (Frage 6)	74
Abbildung 16 Anzahl der bisherigen Berufsjahre der Befragten (Frage 7)	74
Abbildung 17 Höhe des monatlichen Brutto-Gehalts (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle) (Frage 8)	75
Abbildung 18 Region, in der die Befragten arbeiten (Frage 9)	76
Abbildung 19 Häufigkeit, mit der die Befragten mit Schülerinnen aus unterschiedlichen pädagogischen Einrichtungen arbeiten (Frage 10)	77
Abbildung 20 Häufigkeit, mit der sich die Befragten mit unterschiedlichen Personengruppen austauschen (Frage 11)	77
Abbildung 21 Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Inhalte in Gesprächen mit Fachpersonen thematisieren (Frage 12)	78
Abbildung 22 Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzen (Frage 13)	79
Abbildung 23 Prozentanteile, den verschiedene Aufgabenbereiche im Rahmen der gesamten Arbeitszeit der Befragten durchschnittlich in Anspruch nehmen (Frage 14)	80

Abbildung 24	Prozentanteile, zu denen die Therapiezeit der Befragten durchschnittlich an den verschiedenen Orten stattfindet (Frage 16)	81
Abbildung 25	Prozentsatz der Befragten, die ihre Therapie bei verschiedenen Auffälligkeiten inhaltlich mit dem Unterricht verbinden (Frage 18)	82
Abbildung 26	Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Interventionsformen im Klassenzimmer durchführen (Frage 21)	86
Abbildung 27	Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Unterrichtsphasen und -gegebenheiten zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer nutzen (Frage 22)	87
Abbildung 28	Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Unterrichtsinhalte zur Integration sprachtherapeutischer Elemente im Klassenzimmer nutzen (Frage 23)	88
Abbildung 29	Häufigkeit, mit der die Befragten alleine beziehungsweise im Team in der Klasse arbeiten (Frage 24)	89
Abbildung 30	Häufigkeit, mit der die Befragten unterschiedliche Formen des Team-Teachings in der Klasse nutzen (Frage 25)	90
Abbildung 31	Selbsteinschätzung der Arbeitssituation (Frage 26)	91/92
Abbildung 32	Fortbildungswünsche der Befragten (Frage 27)	93

Tabellenverzeichnis

	Seite	
Tabelle 1	Überblick über Beschulungsmodelle für Schülerinnen mit Sprachbehinderungen innerhalb des bayerischen Schulsystems (Inhalte aus: Weigl 2010: S. 36-41)	12
Tabelle 2	Ebenen von Kooperationsbeziehungen zwischen Sprachtherapeutin und Lehrerin	23
Tabelle 3	Häufigste Interventionsbereiche schulischer Sprachtherapeutinnen in den USA (Daten aus: ASHA 2012:24-25)	39
Tabelle 4	Durchschnittliche Aufteilung der wöchentlichen Arbeitszeit schulischer Sprachtherapeutinnen in den USA (Daten aus: ASHA 2012:31-32)	40
Tabelle 5	Überblick über die Gesamtstruktur des Fragebogens	49
Tabelle 6	Personengruppen, die in den Erziehungs- und Bildungsprozess von Schülerinnen mit Sprachbehinderungen involviert sind (Fragebogenitems - Frage 11)	53
Tabelle 7	Themen in Gesprächen mit Fachpersonen (Fragebogenitems - Frage 12)	54
Tabelle 8	Formen des Austausches mit Fachpersonen (Fragebogenitems - Frage 13)	54
Tabelle 9	Aufgabenbereiche (Fragebogenitems - Frage 14)	54
Tabelle 10	Exemplarische Beantwortung (Frage 14)	55
Tabelle 11	Formen von Sprachtherapie (Fragebogenitems - Frage 16)	56
Tabelle 12	Sprachliche Auffälligkeiten (Fragebogenitems - Frage 18)	57
Tabelle 13	Einheiten der Therapie (Fragebogenitems - Frage 20)	58
Tabelle 14	Interventionsformen im Klassenzimmer (Fragebogenitems - Frage 21)	59
Tabelle 15	Unterrichtsphasen und –gegebenheiten (Fragebogenitems - Frage 22)	59
Tabelle 16	Unterrichtsinhalte (Fragebogenitems - Frage 23)	59
Tabelle 17	Formen des Team-Teachings (Fragebogenitems - Frage 25)	60
Tabelle 18	Fortbildungsbereiche (Fragebogenitems - Frage 27)	62
Tabelle 19	Häufigkeit der Behandlung verschiedener Auffälligkeiten an unterschiedlichen Orten (Mittelwerte der Prozentangaben der Befragten) (Frage 19)	83
Tabelle 20	Häufigkeit der Durchführung verschiedener Therapieeinheiten an unterschiedlichen Orten (Mittelwerte der Prozentangaben der Befragten) (Frage 20)	85
Tabelle 21	Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Klasse sprechen	94
Tabelle 22	Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit außerhalb des Klassenzimmers sprechen	95
Tabelle 23	Von den Befragten am häufigsten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Kleingruppe sprechen	96

Tabelle 24	Von den Befragten am häufigsten genannte Themen am Ende des Fragebogens (Freie Kommentare)	98
Tabelle 25	Anteil der Befragten, die in Abhängigkeit von der Berufserfahrung im Klassenzimmer arbeiten	101
Tabelle 26	Überblick über alle Bundesländer, aus denen keine Teilnehmerinnen stammten, die im Klassenzimmer tätig waren	101
Tabelle 27	Anteil der Befragten, die in Abhängigkeit des Bundeslandes, in dem sie praktizieren, im Klassenzimmer arbeiten	102
Tabelle 28	Anteil der Befragten, die sich <i>tendenziell oft</i> mit unterschiedlichen Personengruppen austauschen	104
Tabelle 29	Anteil der Befragten, die <i>tendenziell oft</i> unterschiedliche Formen des Austausches mit Fachpersonen nutzen	106

Anhang

Inhalt:

- **Anhang A:** Teilnahmeaufruf an die Verbandsmitglieder des dbl/dbs
- **Anhang B:** Fragebogen zum Thema „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen“ (Papierversion)
- **Anhang C:** Von den Befragten genannte Argumente, die für unterschiedliche Modelle der Leistungserbringung sprechen/Freie Kommentare
- **Anhang D:** Ergebnisse der inferenzstatistische Datenanalyse

Anhang A

Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik: Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen in Schulen

Sehr geehrte Verbandsmitglieder,

der Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt Sprache) der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Dr. Karin Reber) führt in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Nordwestschweiz (Professur für Logopädie; Prof. Anja Blechschmidt) ein Forschungsprojekt zum Thema „Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik“ durch.

Bestandteil dieses Projekts ist eine **Online-Fragebogenerhebung** über die Berufsverbände der jeweiligen Länder, mit dem Ziel, Daten in Deutschland, in der Schweiz, in Österreich und Finnland zur Situation von Logopädinnen und Logopäden/Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sowie zur Versorgungsqualität zu erheben.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Angeboten für Kinder und Jugendliche im Schulalter, inklusive Angebote direkt in den Schulen beziehungsweise im Klassenzimmer (Schlagwort Inklusion) liegen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die Datenerhebung unterstützen und bis zum **10. Dezember 2012** an der Online-Befragung teilnehmen würden.

Die Umfrage finden Sie unter folgendem Link:

XXXXXXXXXXXX

Kerstin Meßmer betreut die Erhebung in Deutschland und ist bei Fragen folgendermaßen zu erreichen: Kerstin.Messmer@campus.lmu.de

Mit freundlichen Grüßen,
Kerstin Meßmer (akademische Sprachtherapeutin, B.A.)
Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Dr. Karin Reber

Anhang B

Der folgende Fragebogen entstand im Rahmen eines Forschungsprojekts der Ludwig-Maximilians-Universität München am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt Sprache) unter der Leitung von Dr. Karin Reber und in Kooperation mit der Fachhochschule Nordwestschweiz Basel. Am Projekt beteiligt waren:

Ludwig-Maximilians-Universität München:

Dr. Karin Reber

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Kerstin Meßmer

Veronika Maier

Johanna Wrede

Franziska Hagemeister

Fachhochschule Nordwestschweiz Basel:

Prof. Dr. Anja Blechschmidt

Sophie Besset

Jacqueline Läber

Der Fragebogen unterliegt dem Urheberrecht und darf nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung des Lehrstuhls für Sprachheilpädagogik (Dr. Karin Reber) verwendet werden.

Kontakt:

Dr. Karin Reber

Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik (Sprachtherapie und Förderschwerpunkt Sprache)

Ludwig-Maximilians-Universität München

Leopoldstr. 13

80802 München

karin.reber@edu.lmu.de

INKLUSION UND SPRACHTHERAPIE / LOGOPÄDIE / SPRACHHEILPÄDAGOGIK: ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT SPRACHBEHINDERUNGEN IN SCHULEN

Online-Fragebogenerhebung über die Fach- und Berufsverbände in Deutschland (dbl, dbs und dgs), der Schweiz (ARLD, DLV), Österreich (Logopädieaustria, ÖGS) und Finnland (SPTL)

Sehr geehrte Damen und Herren! Im Zuge der Inklusion werden sich Veränderungen in den Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Sprachbehinderungen an pädagogischen Einrichtungen ergeben: Sie werden nicht mehr nur an Förderschulen unterrichtet. Aufgrund dieser Veränderungen ist es wichtig, die sprachtherapeutische, logopädische und sprachheilpädagogische Versorgung von Schülerinnen und Schülern mit Sprachbehinderungen und die Zufriedenheit der Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten/Logopädinnen und Logopäden/Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen mit der Arbeitssituation in den Blick zu nehmen, damit langfristig die Qualität und der Umfang der Leistungen gesichert werden können. Daher bitten wir Sie, an dieser Online-Umfrage teilzunehmen, und uns durch Ihr Mitwirken Ihre Einschätzung des aktuellen Standes mitzuteilen. Die Umfrage erfolgt online. Ihre Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 20 Minuten in Anspruch. Durch die internationale Befragung kann es vorkommen, dass manche Begrifflichkeiten oder Formen der Umsetzung in Ihrem Land nicht so gebräuchlich sind. Kreuzen Sie das an, was für Sie am besten zutrifft. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifisch differenzierende Formulierungen verzichtet. Die verwendete weibliche Form gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für Frauen wie Männer gleichermaßen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die Datenerhebung unterstützen und bis zum 10. Dezember 2012 an der Online-Befragung mitwirken würden und bedanken uns im Voraus ganz herzlich für Ihre Teilnahme!

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachhochschule

Nordwestschweiz Pädagogische Hochschule Sophie Besset, Franziska Hagemeister, Jacqueline Läber, Veronika Maier, Kerstin Meßmer, Johanna Wrede (Studentinnen im Forschungsprojekt) Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Dr. Karin Reber (Universität München), Prof. Anja Blechschmidt (Fachhochschule Nordwestschweiz Pädagogische Hochschule)

ARBEITKINDER

Arbeiten Sie (auch) mit Kindern/Jugendlichen im Schulalter?

- ja
- nein

PAGE

Persönliche Angaben:

ALTERTN

Alter:

(0 - 99)

--	--

GESCHLECHT

Geschlecht:

- weiblich
- männlich

PAGE1#9

ARBEITSZEIT

Frage 1 (von 27): In welcher Einrichtung arbeiten Sie den größten Teil Ihrer Arbeitszeit? Bitte beantworten Sie alle weiteren Fragen aus dieser Perspektive.

- Praxis
- Logopädischer Dienst
- Regelschule
- Förderschule
- Sprachheilschule
- Heilpädagogische Schule / Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
- (Reha-)Klinik

TAETIGKEIT

Frage 2 (von 27): Sind Sie derzeit (hauptsächlich) als Lehrerin oder als Therapeutin tätig?

- Therapeutische Tätigkeit (z.B. Sprachtherapeutin, Logopädin)
- Tätigkeit als Lehrerin (z.B. Sprachheilpädagogin, Heilpädagogin, Sonderpädagogin)

BERUFSABSCHLUSS

Frage 3 (von 27): Über welche Art des Abschlusses verfügen Sie?

- Abschluss auf Berufsfachschulniveau (Berufsfachschule etc.)
- Abschluss auf akademischem Niveau (Fachhochschule, Universität etc.)

LAND

Frage 4 (von 27): In welchem Land arbeiten Sie (hauptsächlich)?

- Deutschland
- Finnland
- Österreich
- Schweiz

BUNDESLANDDEUTSCHLAND

Frage 5 (von 27): In welchem Bundesland in Deutschland arbeiten Sie (hauptsächlich)?

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

KANTONSCHWEIZ

Frage 5 (von 27): In welchem Kanton in der Schweiz arbeiten Sie (hauptsächlich)?

- Aargau
- Appenzell Ausserrhoden
- Appenzell Innerrhoden
- Basel-Stadt
- Basel-Landschaft
- Bern
- Freiburg
- Genf
- Glarus
- Graubünden
- Jura
- Luzern
- Neuenburg
- Nidwalden
- Obwalden
- Schaffhausen
- Schwyz
- Solothurn
- St. Gallen
- Thurgau
- Tessin
- Uri
- Waadt
- Wallis
- Zürich
- Zug

*LANDOESTERREICH***Frage 5 (von 27): In welchem Bundesland in Österreich arbeiten Sie (hauptsächlich)?**

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

*ANSTELLUNG***Frage 6 (von 27): In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich derzeit?**

- Tätigkeit auf Honorarbasis
- Tätigkeit als Praxisinhaber

- Angestellte Tätigkeit
- Angestellte Tätigkeit (St~~off~~dienst)
- Verbe~~hofftete~~ Tätigkeit (St~~off~~dienst)

*ARBEITSJAHRE***Frage 7 (von 27): Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?**

- Weniger als 1 Jahr
- 1-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- Mehr als 20 Jahre

*GEHALT***Frage 8 (von 27): Wie hoch ist Ihr monatliches Brutto-Gehalt (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle)?**

- Bis 1.500 € / 1.800 CHF
- Bis 2.500 € / 3.000 CHF
- Bis 3.500 € / 4.200 CHF
- Bis 4.500 € / 5.400 CHF
- Bis 5.500 € / 6.600 CHF
- Bis 6.500 € / 7.800 CHF
- Über 6.500 € / 7.800 CHF

*REGION***Frage 9 (von 27): In welcher Region arbeiten Sie?**

- Ländliche Region (weniger als 5 000 Einwohner)
- Kleinstadt (5 000 - 20 000 Einwohner)
- Stadt (20 000 - 100 000 Einwohner)
- Großstadt (mehr als 100 000 Einwohner)

*PAGE2***Klientel***SCHUELER***Frage 10 (von 27): Wie häufig arbeiten Sie mit Schülern aus folgenden pädagogischen Einrichtungen?**

	oft	nie
Regelschule	<input type="radio"/>					
Förderschule	<input type="radio"/>					

PAGE1#3

Formen der Kooperation

AUSTAUSCH

Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?

	oft	nie
Mit den Eltern eines Schülers	<input type="radio"/>					
Mit Regelschullehrerinnen	<input type="radio"/>					
Mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen, CH: Schulfische Heilpädagoginnen	<input type="radio"/>					
Mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen	<input type="radio"/>					
Mit anderen Fachpersonen	<input type="radio"/>					

INHALTE

Frage 12 (von 27): Wie oft thematisieren Sie folgende Inhalte in Gesprächen mit Fachpersonen? (Anmerkung: Mit "Fachpersonen" sind z. B. Lehrkräfte, Therapeutinnen, Medizinerinnen, Psychologinnen gemeint)

	oft	nie
Wissensvermittlung:							
Informationen z. B. Sprachstörungen, Interventionsformen	<input type="radio"/>						
Supervision: Anleitung und Üben mit den Kolleginnen, Training von sprachlichen oder sonstigen Strategien							
Informationen zu Therapieerfolgen, z. B. Lernfortschritten des Kindes in der Therapie	<input type="radio"/>						
Informationen zu Schulerfolgen, z. B. Lernfortschritten des Kindes in der Schule	<input type="radio"/>						
Schullaufbahnberatung	<input type="radio"/>						

FORMENAUSTAUSCH

Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?

	oft	nie
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Schriftlicher (z.B. Mitteilungsheft, Mail) oder telefonischer Austausch	<input type="radio"/>					
Spontanes Gespräch (z. B. in der Pause)	<input type="radio"/>					
Gemeinsame Supervision	<input type="radio"/>					
"Runder Tisch"/Teamsitzung	<input type="radio"/>					
Gemeinsame, konzeptionelle Arbeit (z.B. Erarbeitung eines Schulkonzepts)	<input type="radio"/>					

ARBEITSZEITBEREICHE

Frage 14 (von 27): Wie viel Prozent Ihrer gesamten Arbeitszeit nehmen folgende Bereiche jeweils in Anspruch? Bitte verteilen Sie insgesamt 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%" -Zeichen ein. Tipp: Mit der Tabulator-Taste (links neben dem Buchstaben "Q") können Sie schnell zum nächsten Feld springen.

Anteil Ihrer Arbeitszeit in Prozent (%) (0 - 100)

Prävention (z. B.
Fortbildungstätigkeiten,
Aufklärung...)

--	--	--

Diagnostik (z. B.
Screenings,
Beobachtungen, Tests,
...)

--	--	--

Therapie (z. B.
Einzeltherapie,
Gruppentherapie, ...,
inkl. Vor-
/Nachbereitung)

--	--	--

Beratung (z. B. von
Eltern, Fachkräften,
Austausch,
Kooperation, ...)

--	--	--

Unterricht (z. B. in
Regelschulen, ..., inkl.
Vorbereitung, Mitarbeit
im Unterricht,
Unterrichten im Team)

--	--	--

Im Folgenden geht es um Sprachtherapie, jedoch nur um Sprachtherapie mit Kindern und Jugendlichen. Diese kann in der Schule, im Logopädischen Dienst, in einer Praxis etc. stattfinden.

THERAPIE

Führen Sie (auch) Sprachtherapie mit Kindern und/oder Jugendlichen durch?

- ja
- nein

SETTINGS

Frage 15 (von 27): Wie viel Prozent Ihrer Therapiezeit findet in folgenden Settings statt? Bitte verteilen Sie insgesamt 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%" -Zeichen ein.

Anteil Ihrer Arbeitszeit in Prozent (%) (0 - 100)

Einzelintervention

--	--	--

Gruppenintervention

--	--	--

ORT THERAPIE

Frage 16 (von 27): Wie viel Prozent Ihrer Therapiezeit findet an folgenden Orten statt? Bitte verteilen Sie insgesamt 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%" -Zeichen ein.

Anteil Ihrer Arbeitszeit in Prozent (%) (0 - 100)

Therapie außerhalb
der Schule (in der
Praxis, im
Logopädischen
Dienst, ...)

--	--	--

Therapie in der
Schule, aber in
einem vom
Klassenzimmer
getrennten Raum

--	--	--

Therapie im
Gruppenraum der
Klasse

--	--	--

Therapie im
Klassenzimmer
selbst

--	--	--

INHALT LICH E VERBINDUNG

Frage 17 (von 27): Wie viel Prozent Ihrer Therapiezeit verbinden Sie inhaltlich mit dem Unterricht (z.B. durch eine Orientierung an den Unterrichtsthemen, durch Kooperation mit der Lehrkraft)? Bitte verteilen Sie insgesamt 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%"-Zeichen ein.

Anteil Ihrer Arbeitszeit in Prozent (%) (0 - 100)

Therapie wird inhaltlich mit dem Unterricht verbunden

--	--	--

Therapie wird nicht mit dem Unterricht verbunden

--	--	--

AUFAELLIGKEITEN

Frage 18 (von 27): Bei welchen Auffälligkeiten verbinden Sie Ihre Therapie inhaltlich mit dem Unterricht? Bitte setzen Sie ein Kreuz pro Zeile!

Ja, hier besteht eine intensive Verbindung von Therapie und Unterricht.

Nein, hier besteht nur eine geringe oder keine Verbindung von Therapie und Unterricht.

Phonetisch-phonologische Störungen
Semantisch-lexikalische Störungen
Syntaktisch-morphologische Störungen
Kommunikativ-pragmatische Störungen
Sprachverständnisstörungen
Störungen beim Erwerb der Schriftsprache
Redeflussstörungen

ORTE

Frage 19 (von 27): Bitte schätzen Sie ein: Welche Auffälligkeiten behandeln Sie wie oft an welchen Orten? Bitte verteilen Sie in jeder Zeile 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%"-Zeichen ein. Anmerkung: Diese und die folgende Frage sind für die Auswertung der Studie sehr wichtig. Daher bitten wir Sie hier trotz der Länge um Geduld. Wir danken Ihnen vielmals!

Außerhalb der Schule (in der Praxis, im Logopädischen Dienst, ...) (0 - 100)	In der Schule, aber in einem vom Klassenzimmer getrennten Raum (0 - 100)	Im Gruppenraum der Klasse (0 - 100)	Im Klassenraum selbst (0 - 100)
---	--	-------------------------------------	---------------------------------

Phonetisch-phonologische Störungen

Semantisch-lexikalische Störungen

Syntaktisch-morphologische Störungen

Kommunikativ-pragmatische Störungen

Sprachverständnisstörungen

Störungen beim Erwerb der Schriftsprache

PHASEN2

Frage 20 (von 27): Bitte schätzen Sie ein: Welche Einheiten der Therapie führen Sie wie oft an welchen Orten durch? Bitte verteilen Sie in jeder Zeile 100%! Bitte geben Sie Zahlen zwischen 0 und 100 ohne "%" -Zeichen ein. Anmerkung: Wir bitten noch einmal um Geduld und danken vielmals!

Außerhalb der Schule,	In der Schule,					
Schule (in der Praxis, im Logopädischen Dienst, ...)	aber in einem vom Klassenzimmer (o - 255)	Im Gruppenraum	Im Klassenzimmer	Im der Klasse (0 - 255)	Nie selbst (0 - 255)	Nie (0 - 255)
(0 - 255)	getrennten Raum (0 - 255)	(0 - 255)	(0 - 255)	(0 - 255)	(0 - 255)	(0 - 255)

Einführung bzw. Anbahnung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Funktionen)

Übung bzw.
Vertiefung
sprachlicher
Fähigkeiten
und
Fertigkeiten
(Aktivitäten)
(Alltags-)
Transfer
sprachlicher
Fähigkeiten
und
Fertigkeiten
(Partizipation)

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

PAGE1#5

Arbeit direkt im Klassenzimmer Im Folgenden geht es darum, ob Sie direkt im Klassenzimmer mit sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen arbeiten (diagnostizieren, therapieren, unterrichten, ...). Die kommenden Fragen beziehen sich also ausschließlich auf den Interventionsort Klassenzimmer.

KLASSENZIMMER

Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?

- ja
- nein

ZIELGRUPPE2

Frage 21 (von 27): Wie häufig führen Sie folgende Arten von Interventionsformen im Klassenzimmer durch?

	Oft	Nie
Sprachscreenings und Sprachdiagnostik im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Allgemeine sprachliche Förderung im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Einzel-Sprachtherapie im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Gruppen-Sprachtherapie im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Sprachtherapeutischen/sprachheilpädagogischen Unterricht	<input type="radio"/>					
Supervision im Klassenzimmer (z.B. für die Lehrkraft)	<input type="radio"/>					

UNTERRICHTSPHASEN

Frage 22 (von 27): Welche Unterrichtsphasen und -gegebenheiten nutzen Sie, um sprachtherapeutische Elemente im Klassenzimmer zu integrieren?

	Oft	Nie
Frontalunterricht:						
Unterricht mit der ganzen Klasse	<input type="radio"/>					
Stillarbeitsphasen im Unterricht	<input type="radio"/>					
Offene Unterrichtsphasen (z.B. Stationen, Wochenplan, Projekte)	<input type="radio"/>					
Einzelarbeit am Platz im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Gruppenarbeit im Klassenzimmer	<input type="radio"/>					
Einzelarbeit im Gruppenraum	<input type="radio"/>					
Gruppenarbeit im Gruppenraum	<input type="radio"/>					

UNTERRICHTSINHALTE

Frage 23 (von 27): Welche Unterrichtsinhalte nutzen Sie, um sprachtherapeutische Elemente im Klassenzimmer zu integrieren?

	Oft	Nie
Unterrichtsgespräche	<input type="radio"/>					
Deutsch (z.B. Schriftspracherwerb, Sprachbetrachtung und Sprache untersuchen)	<input type="radio"/>					
Fremdsprachen	<input type="radio"/>					
Mathematik (z.B. Grundrechenarten, Sachaufgaben)	<input type="radio"/>					
Sachunterricht	<input type="radio"/>					
Sozialwissenschaftliche Inhalte (z.B. Geschichte)	<input type="radio"/>					
Naturwissenschaftliche Inhalte (z.B. Biologie)	<input type="radio"/>					
Künstlerische Inhalte (z.B. Musik, Kunst)	<input type="radio"/>					

TEAM

Frage 24 (von 27): Arbeiten Sie alleine in der Klasse oder im Team?

	Oft	Nie
Ich arbeite alleine und halte sprachtherapeutischen Unterricht	<input type="radio"/>					
Ich arbeite im Team mit mindestens einer zweiten Person	<input type="radio"/>					

TEAMTEACHING

Frage 25 (von 27): Welche Formen des Team-Teachings nutzen Sie in der Klasse?

	Oft	Nie
Unterricht und Einzelunterstützung: Eine Person unterrichtet, eine Person bietet sprachtherapeutische Maßnahme für einzelne Schüler an	<input type="radio"/>					
Unterrichten an Stationen: Beide Personen betreuen Stationen im offenen Unterricht	<input type="radio"/>					
Paralleles Unterrichten: Beide Personen unterrichten jeweils eine Hälfte der Klasse zum selben Thema parallel, aber auf unterschiedliche Art (z.B. Lernniveau)	<input type="radio"/>					
Förderunterricht: Beide Personen unterrichten jeweils eine Hälfte der Klasse, aber zu ganz verschiedenen Themen	<input type="radio"/>					
Interaktives Unterrichten: Beide Personen unterrichten abwechselnd	<input type="radio"/>					

PAGE1#6

Gesamtwertung

GESAMTWERTUNG

Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
Bitte kreuzen Sie an!

	Trifft völlig zu	Trifft gar nicht zu
Ich bin zufrieden mit meiner Rolle im Team.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden mit der Wertschätzung meiner Arbeit durch andere.	<input type="radio"/>					
Ich bin zufrieden mit meinem Gehalt.	<input type="radio"/>					
Ich habe ausreichend Möglichkeiten zur Zusammenarbeit.	<input type="radio"/>					
Ich verfüge über eine ausgewiesene Vor- und Nachbereitungszeit.	<input type="radio"/>					
Kinder und Jugendliche erhalten in meinem Arbeitsumfeld ohne Wartezeit sofort eine Sprachtherapie.	<input type="radio"/>					
Ich verfüge über ausreichend räumliche Ressourcen für meine Arbeit.	<input type="radio"/>					
Ich verfüge über ausreichend Material für meine Arbeit.	<input type="radio"/>					
Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings.	<input type="radio"/>					

PAGE1

Fortbildungswünsche

FORTBILDUNGEN

**Frage 27 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
Bitte kreuzen Sie an!**

	Trifft völlig zu	Trifft gar nicht zu
Ich wünsche mir Fortbildung im pädagogischen Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im didaktischen Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im sprachtherapeutischen Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im Management-Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im Bereich Schlüsselqualifikationen (z. B. Teamfähigkeit, Beratungskompetenz).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im administrativ-rechtlichen Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir Fortbildung im schulorganisatorischen Bereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PAGE1#1

ARGUMENTEKLASSE

**Bitte geben Sie Argumente an, die für eine Arbeit in der Klasse sprechen:
(Freiwillige Angabe, evtl. einfach nur auf "weiter" klicken)**

ARGUMENTEPULLOUT

**Bitte geben Sie Argumente an, die für eine Arbeit außerhalb des Klassenzimmers sprechen:
(Freiwillige Angabe, evtl. einfach nur auf "weiter" klicken)**

ARGUMENTEKLEINGRUPPE

**Bitte geben Sie Argumente an, die für eine Arbeit in der Kleingruppe sprechen:
(Freiwillige Angabe, evtl. einfach nur auf "weiter" klicken)**

ABSCHLUSS

**Zum Abschluss - was ich noch sagen wollte:
(Freiwillige Angabe, evtl. einfach nur auf "weiter" klicken)**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir würden uns freuen, wenn Sie den Link zu dieser Umfrage auch an andere Sprachtherapeutinnen, Logopädinnen oder Sprachheillehrerinnen weitergeben würden. Sie können sich demnächst unter <http://www.lmu.de/shp> über die Ergebnisse informieren.

Anhang C

Von den Befragten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Klasse sprechen:

Argument	Anzahl der Nennungen
Übung, Vertiefung und Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (ICF-Komponenten der Aktivität und Partizipation) (v.a. bei Stottern/Mutismus)	28
Förderung der Kooperation von Lehrkraft und Sprachtherapeutin	25
Schaffung eines natürlichen Lernumfeldes => Erhöhung des Alltagsbezugs	15
Verknüpfung sprachtherapeutischer und schulischer Lerninhalte => Synergieeffekte	13
Förderung von Toleranz und Akzeptanz der Mitschüler (Stichwort Inklusion)	8
Möglichkeit für die Therapeutin, das Kind in einer anderen Umgebung wahrzunehmen	8
Zeitlicher/ökonomischer Aspekt (vormittags höhere Aufnahmefähigkeit)	6
Möglichkeit der Unterstützung des Kindes in der Lernsituation durch die Sprachtherapeutin	5
Wahrnehmung des schulischen Leistungsstandes des Kindes => Vergleichbarkeit mit Mitschülern	5
Förderung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten	4
Geringere Stigmatisierung des Kindes	3
Einbezug der Mitschüler als Sprachvorbilder (Prinzip des Peer-Learnings)	3
Erhöhung der Motivation des Kindes	2
Vorhandensein adäquater Materialien	2
Erhöhung der Intensität der Therapie	2
Präventives Arbeiten für die gesamte Klasse	2
Erhöhung der Effektivität durch gemeinsames Lernen	2
Keine Vorteile	2

Von den Befragten genannte Argumente, die für eine Arbeit außerhalb des Klassenzimmers sprechen:

Argument	Anzahl der Nennungen
Erhöhung der Konzentration, weniger Ablenkungsmöglichkeiten (v.a. bei ADHS/AVWS)	54
Mehr Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie	34
Schaffung eines (emotional) geschützten Rahmens, keine Beobachtung durch die Peergroup	17
Erleichterung der Elternarbeit	14
Erhöhung der Intensität der Therapie	13
Einführung bzw. Anbahnung sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (ICF-Komponente der Funktionen)	11
Therapeut kann sich intensiver auf die Bedürfnisse des Patienten konzentrieren/fokussieren	10
Materialien stehen direkt zur Verfügung	5
Geringere Stigmatisierung des Kindes	5
Unbeobachtete Atmosphäre, v.a. für Kinder mit hohem Störungsbewusstsein und geringer Frustrationstoleranz	2
Hinweis: Aktuelle Gesetzeslage ermöglicht kaum Therapie in der Schule	2

Erschwerung der Elternarbeit	2
Kein Konkurrenzdruck	2
Gezieltere Förderung möglich	2
Neue Lernerfahrung außerhalb des Schulsettings	2

Von den Befragten genannte Argumente, die für eine Arbeit in der Kleingruppe sprechen:

Argument	Anzahl der Nennungen
Steigerung der Motivation der Kinder	35
Verminderung des Störungsbewusstsein durch Interaktion mit Kindern mit ähnlichen Problemen	18
Leistungssteigerung durch positiven Konkurrenzdruck	16
Sprachvorbild anderer Kinder (Konzept des Peer-Learnings)	12
Übung, Vertiefung und Transfer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (ICF-Komponenten der Aktivität und Partizipation)	9
Förderung von Sozialkompetenz und Teamfähigkeit	8
Förderung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten	7
Kinder können sich gegenseitig beim Lernen/Umgang mit der Sprachstörung unterstützen	7
Gruppenbildung nach dem Kriterium ähnlicher Störungsprofile sollte gewährleistet sein	6
Mehr Spaß an der Therapie auf Seiten der Kinder	6
Erhöhung der Effektivität durch gemeinsames Lernen	6
Ökonomischer Aspekt: Einsparung finanzieller und zeitlicher Ressourcen	5
Stärkung des Selbstbewusstseins	3
Anregung von Lernprozessen durch Gruppendynamik	3
Verminderung der Erwartungshaltung an einzelnes Kind	2
Individualisierung der Therapie möglich	2
Möglichkeit der Beurteilung des Leistungsstands eines Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen	2
Lernsituation natürlicher als in der Einzeltherapie	2

Von den Befragten genannte freie Kommentare:

Themen	Anzahl der Nennungen
Mangelnde zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen für eine gelungene Inklusion	15
Rechtliche Rahmenbestimmungen verhindern/erschweren Tätigkeit von Sprachtherapeuten an Schulen	13
Wunsch nach stärkerer Kooperation mit Lehrkräften/schulischem Fachpersonal; Problematik der mangelnden Vergütung von Teamsitzungen	13
Wunsch nach mehr Möglichkeiten des therapeutischen Arbeitens an Schulen	13
Kritik am Fragebogen: Fragen zu sehr auf Therapeuten gemünzt, die direkt in der Schule arbeiten, was rein rechtlich kaum möglich ist	8
Wunsch nach engerer Verknüpfung von Therapie und Unterricht	3
Chancen für Sprachtherapeuten im schulischen Setting gerade im Bereich LRS präventiv tätig zu werden	2
Problem, ausreichend Therapieplätze für Schüler an Nachmittagen zur Verfügung zu stellen; zusätzlich: geringere Aufnahmefähigkeit nach Schulschluss	2
Kritik am Fragebogen: Gehaltsfrage zu persönlich	1
Kritik am Fragebogen: Umfrage zu sehr auf schweizerdeutsche Verhältnisse gemünzt	1
Kritik am Fragebogen: Was soll man ankreuzen, wenn man sowohl über einen Berufsfachschul-, als auch einen akademischen Abschluss verfügt?	1

Anhang D

Fragestellung 1: Zusammenhang Einrichtung – Intervention im Klassenzimmer

Frage 1 (von 27): In welcher Einrichtung arbeiten Sie den größten Teil Ihrer Arbeitszeit?

Bitte beantworten Sie alle weiteren Fragen aus dieser Perspektive. * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	12	193	205
Praxis	Erwartete Anzahl	17,6	187,4	205,0
	% der Gesamtzahl	4,9%	79,1%	84,0%
	Anzahl	1	5	6
Logopädischer Dienst	Erwartete Anzahl	,5	5,5	6,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	2,0%	2,5%
	Anzahl	1	1	2
Regelschule	Erwartete Anzahl	,2	1,8	2,0
Frage 1 (von 27): In welcher Einrichtung arbeiten Sie den größten Teil Ihrer Arbeitszeit?	% der Gesamtzahl	0,4%	0,4%	0,8%
	Anzahl	4	8	12
Förderschule	Erwartete Anzahl	1,0	11,0	12,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	3,3%	4,9%
	Anzahl	1	3	4
Bitte beantworten Sie alle weiteren Fragen aus dieser Perspektive.	Sprachheilschule	Erwartete Anzahl	,3	3,7
	% der Gesamtzahl	0,4%	1,2%	1,6%
	Heilpädagogische Schule / Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung	Anzahl	1	4
		Erwartete Anzahl	,4	4,6
		% der Gesamtzahl	0,4%	1,6%
		Anzahl	1	9
(Reha-)Klinik	Erwartete Anzahl	,9	9,1	10,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	3,7%	4,1%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	18,371 ^a	6	,005	,023		
Likelihood-Quotient	12,292	6	,056	,029		
Exakter Test nach Fisher	17,387			,004		
Zusammenhang linear-mit-linear	6,542 ^b	1	,011	,014	,014	,004
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 9 Zellen (64,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,17.

b. Die standardisierte Statistik ist -2,558.

Fragestellung 2: Zusammenhang Beruf – Intervention im Klassenzimmer

Frage 3 (von 27): Über welche Art des Abschlusses verfügen Sie? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

Frage 3 (von 27): Über welche Art des Abschlusses verfügen Sie?	Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
	ja	nein	
Abschluss auf Berufsfachschulniveau (Berufsfachschule etc.)	Anzahl Erwartete Anzahl % der Gesamtzahl	13 11,6 5,3%	122 123,4 50,0%
Abschluss auf akademischem Niveau (Fachhochschule, Universität etc.)	Anzahl Erwartete Anzahl % der Gesamtzahl	8 9,4 3,3%	101 99,6 41,4%
Gesamt	Anzahl Erwartete Anzahl % der Gesamtzahl	21 21,0 8,6%	223 223,0 91,4%
			244 244,0 100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,402 ^a	1	,526	,648	,345	
Kontinuitätskorrektur ^b	,164	1	,686			
Likelihood-Quotient	,407	1	,524	,648	,345	
Exakter Test nach Fisher				,648	,345	
Zusammenhang linear-mit-linear	,400 ^c	1	,527	,648	,345	,151
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,38.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist ,633.

Frage 7 (von 27): Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

			Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
			ja	nein	
Frage 7 (von 27): Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?	Weniger als 1 Jahr	Anzahl	1	6	7
		Erwartete Anzahl	,6	6,4	7,0
		% der Gesamtzahl	0,4%	2,5%	2,9%
	1-5 Jahre	Anzahl	4	52	56
		Erwartete Anzahl	4,8	51,2	56,0
		% der Gesamtzahl	1,6%	21,3%	23,0%
Gesamt	6-10 Jahre	Anzahl	5	60	65
		Erwartete Anzahl	5,6	59,4	65,0
		% der Gesamtzahl	2,0%	24,6%	26,6%
	11-20 Jahre	Anzahl	6	52	58
		Erwartete Anzahl	5,0	53,0	58,0
		% der Gesamtzahl	2,5%	21,3%	23,8%
	Mehr als 20 Jahre	Anzahl	5	53	58
		Erwartete Anzahl	5,0	53,0	58,0
		% der Gesamtzahl	2,0%	21,7%	23,8%
	Anzahl		21	223	244
	Erwartete Anzahl		21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl		8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,731 ^a	4	,947	,978		
Likelihood-Quotient	,687	4	,953	,984		
Exakter Test nach Fisher	1,318			,868		
Zusammenhang linear-mit-linear	,042 ^b	1	,837	,846	,458	,076
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,60.

b. Die standardisierte Statistik ist -,206.

Frage 5 (von 27): In welchem Bundesland in Deutschland arbeiten Sie (hauptsächlich)? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

			Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
			ja	nein	
Frage 5 (von 27): In welchem Bundesland in Deutschland arbeiten Sie (hauptsächlich)?	Baden-Württemberg	Anzahl	3	12	15
		Erwartete Anzahl	1,3	13,7	15,0
		% der Gesamtzahl	1,2%	4,9%	6,1%
	Bayern	Anzahl	1	26	27
		Erwartete Anzahl	2,3	24,7	27,0
		% der Gesamtzahl	0,4%	10,7%	11,1%
	Berlin	Anzahl	0	8	8
		Erwartete Anzahl	,7	7,3	8,0
		% der Gesamtzahl	0,0%	3,3%	3,3%
	Brandenburg	Anzahl	0	20	20
		Erwartete Anzahl	1,7	18,3	20,0
		% der Gesamtzahl	0,0%	8,2%	8,2%
	Bremen	Anzahl	0	1	1
		Erwartete Anzahl	,1	,9	1,0
		% der Gesamtzahl	0,0%	0,4%	0,4%
	Hamburg	Anzahl	0	2	2
		Erwartete Anzahl	,2	1,8	2,0
		% der Gesamtzahl	0,0%	0,8%	0,8%
	Hessen	Anzahl	0	14	14
		Erwartete Anzahl	1,2	12,8	14,0

		% der Gesamtzahl	0,0%	5,7%	5,7%
	Anzahl	0	1	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	Erwartete Anzahl	,1	,9	1,0	
	% der Gesamtzahl	0,0%	0,4%	0,4%	
	Anzahl	7	48	55	
Niedersachsen	Erwartete Anzahl	4,7	50,3	55,0	
	% der Gesamtzahl	2,9%	19,7%	22,5%	
	Anzahl	5	38	43	
Nordrhein-Westfalen	Erwartete Anzahl	3,7	39,3	43,0	
	% der Gesamtzahl	2,0%	15,6%	17,6%	
	Anzahl	2	18	20	
Rheinland-Pfalz	Erwartete Anzahl	1,7	18,3	20,0	
	% der Gesamtzahl	0,8%	7,4%	8,2%	
	Anzahl	1	16	17	
Sachsen	Erwartete Anzahl	1,5	15,5	17,0	
	% der Gesamtzahl	0,4%	6,6%	7,0%	
	Anzahl	2	11	13	
Sachsen-Anhalt	Erwartete Anzahl	1,1	11,9	13,0	
	% der Gesamtzahl	0,8%	4,5%	5,3%	
	Anzahl	0	3	3	
Schleswig-Holstein	Erwartete Anzahl	,3	2,7	3,0	
	% der Gesamtzahl	0,0%	1,2%	1,2%	
	Anzahl	0	5	5	
Thüringen	Erwartete Anzahl	,4	4,6	5,0	
	% der Gesamtzahl	0,0%	2,0%	2,0%	
	Anzahl	21	223	244	
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0	
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	11,041 ^a	14	,683	,608		
Likelihood-Quotient	14,970	14	,380	,398		
Exakter Test nach Fisher	10,914			,680		
Zusammenhang linear-mit-linear	,419 ^b	1	,518	,522	,271	,018
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 20 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,09.

b. Die standardisierte Statistik ist ,647.

Fragestellung 3: Zusammenhang Häufigkeit des Austausches – Intervention im Klassenzimmer

Mit den Eltern eines Schülers : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit

folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und

Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	8	139	147
oft	Erwartete Anzahl	12,7	134,3	147,0
	% der Gesamtzahl	3,3%	57,0%	60,2%
	Anzahl	7	42	49
...	Erwartete Anzahl	4,2	44,8	49,0
	% der Gesamtzahl	2,9%	17,2%	20,1%
Mit den Eltern eines Schülers : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?	Anzahl	2	23	25
...	Erwartete Anzahl	2,2	22,8	25,0
	% der Gesamtzahl	0,8%	9,4%	10,2%
	Anzahl	3	11	14
...	Erwartete Anzahl	1,2	12,8	14,0
	% der Gesamtzahl	1,2%	4,5%	5,7%
	Anzahl	1	7	8
...	Erwartete Anzahl	,7	7,3	8,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	2,9%	3,3%
	Anzahl	0	1	1
nie	Erwartete Anzahl	,1	,9	1,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	0,4%	0,4%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	7,067 ^a	5	,216	,195		
Likelihood-Quotient	6,311	5	,277	,297		
Exakter Test nach Fisher	8,402			,114		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,200 ^b	1	,074	,077	,054	,017
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,09.

b. Die standardisierte Statistik ist -1,789.

Mit Regelschullehrerinnen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	3	10	13
oft	Erwartete Anzahl	1,1	11,9	13,0
	% der Gesamtzahl	1,2%	4,1%	5,3%
	Anzahl	5	19	24
...	Erwartete Anzahl	2,1	21,9	24,0
	% der Gesamtzahl	2,0%	7,8%	9,8%
	Anzahl	2	46	48
Mit Regelschullehrerinnen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?	...	Erwartete Anzahl	4,1	43,9
	% der Gesamtzahl	0,8%	18,9%	19,7%
	Anzahl	3	47	50
	...	Erwartete Anzahl	4,3	45,7
	% der Gesamtzahl	1,2%	19,3%	20,5%
	Anzahl	4	77	81
	...	Erwartete Anzahl	7,0	74,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	31,6%	33,2%
	Anzahl	4	24	28
nie	Erwartete Anzahl	2,4	25,6	28,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	9,8%	11,5%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	12,191 ^a	5	,032	,032		
Likelihood-Quotient	10,385	5	,065	,089		
Exakter Test nach Fisher	11,165			,029		
Zusammenhang linear-mit-linear	2,346 ^b	1	,126	,133	,076	,021
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,12.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,532.

'Mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen, CH: Schulische Heilpädagoginnen' : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	7	24	31
oft	Erwartete Anzahl	2,7	28,3	31,0
	% der Gesamtzahl	2,9%	9,8%	12,7%
	Anzahl	5	32	37
...	Erwartete Anzahl	3,2	33,8	37,0
'Mit Sonderschullehrerinnen/Sprachheilpädagoginnen, CH: Schulische Heilpädagoginnen' : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle	% der Gesamtzahl	2,0%	13,1%	15,2%
	Anzahl	4	52	56
...	Erwartete Anzahl	4,8	51,2	56,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	21,3%	23,0%
	Anzahl	4	43	47
...	Erwartete Anzahl	4,0	43,0	47,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	17,6%	19,3%
folgenden Personen aus?	Anzahl	1	58	59
...	Erwartete Anzahl	5,1	53,9	59,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	23,8%	24,2%
	Anzahl	0	14	14
nie	Erwartete Anzahl	1,2	12,8	14,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	5,7%	5,7%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,883 ^a	5	,016	,017		
Likelihood-Quotient	14,407	5	,013	,019		
Exakter Test nach Fisher	12,232			,019		
Zusammenhang linear-mit-linear	12,052 ^b	1	,001	,000	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,20.

b. Die standardisierte Statistik ist 3,472.

Mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
Mit Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?	Anzahl	12	71	83
	oft	Erwartete Anzahl	7,1	75,9
		% der Gesamtzahl	4,9%	29,1%
		Anzahl	1	53
	...	Erwartete Anzahl	4,6	49,4
		% der Gesamtzahl	0,4%	21,7%
	Mit	Anzahl	1	35
	Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?	Erwartete Anzahl	3,1	32,9
		% der Gesamtzahl	0,4%	14,3%
		Anzahl	5	23
Gesamt	...	Erwartete Anzahl	2,4	25,6
		% der Gesamtzahl	2,0%	9,4%
		Anzahl	2	34
	...	Erwartete Anzahl	3,1	32,9
		% der Gesamtzahl	0,8%	13,9%
		Anzahl	0	7
	nie	Erwartete Anzahl	,6	6,4
		% der Gesamtzahl	0,0%	2,9%
		Anzahl	21	223
		Erwartete Anzahl	21,0	223,0
		% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%
				100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	12,431 ^a	5	,029	,033		
Likelihood-Quotient	13,737	5	,017	,022		
Exakter Test nach Fisher	11,081			,031		
Zusammenhang linear-mit-linear	1,219 ^b	1	,269	,303	,152	,033
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,60.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,104.

Mit anderen Fachpersonen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
Mit anderen Fachpersonen : Frage 11 (von 27): Wie häufig tauschen Sie sich durchschnittlich mit folgenden Personen aus?	Anzahl	8	38	46
	oft	Erwartete Anzahl	4,0	46,0
		% der Gesamtzahl	3,3%	15,6%
		Anzahl	4	48
	...	Erwartete Anzahl	4,1	48,0
		% der Gesamtzahl	1,6%	18,0%
		Anzahl	4	60
		Erwartete Anzahl	5,5	64,0
		% der Gesamtzahl	1,6%	24,6%
		Anzahl	3	54
Nie	...	Erwartete Anzahl	4,6	54,0
		% der Gesamtzahl	1,2%	22,1%
		Anzahl	2	30
	...	Erwartete Anzahl	2,6	30,0
		% der Gesamtzahl	0,8%	12,3%
Gesamt		Anzahl	0	2
		Erwartete Anzahl	,2	2,0
		% der Gesamtzahl	0,0%	0,8%
		Anzahl	21	223
		Erwartete Anzahl	21,0	244,0
		% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%
				100,0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,940 ^a	5	,312	,325		
Likelihood-Quotient	5,312	5	,379	,375		
Exakter Test nach Fisher	5,199			,387		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,813 ^b	1	,051	,056	,030	,010
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,17.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,953.

Fragestellung 4: Zusammenhang Formen des Austausches – Intervention im Klassenzimmer

'Schriftlicher (z.B. Mitteilungsheft, Mail) oder telefonischer Austausch' : Frage 13 (von 27): Wie häufig

nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen? * Arbeiten Sie (auch) direkt im

Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	6	75	81
oft	Erwartete Anzahl	7,0	74,0	81,0
	% der Gesamtzahl	2,5%	30,7%	33,2%
	Anzahl	2	50	52
...	Erwartete Anzahl	4,5	47,5	52,0
'Schriftlicher (z.B. Mitteilungsheft, Mail) oder telefonischer Austausch' : ...	% der Gesamtzahl	0,8%	20,5%	21,3%
Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie	Anzahl	5	37	42
folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?	Erwartete Anzahl	3,6	38,4	42,0
	% der Gesamtzahl	2,0%	15,2%	17,2%
	Anzahl	7	33	40
...	Erwartete Anzahl	3,4	36,6	40,0
	% der Gesamtzahl	2,9%	13,5%	16,4%
	Anzahl	1	22	23
...	Erwartete Anzahl	2,0	21,0	23,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	9,0%	9,4%
	Anzahl	0	6	6
nie	Erwartete Anzahl	,5	5,5	6,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	2,5%	2,5%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)	Punkt- Wahrscheinlichk eit
Chi-Quadrat nach Pearson	7,345 ^a	5	,196	,189		
Likelihood-Quotient	7,432	5	,190	,222		
Exakter Test nach Fisher	6,034			,258		
Zusammenhang linear-mit- linear	,493 ^b	1	,483	,532	,264	,048
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,52.

b. Die standardisierte Statistik ist -,702.

Spontanes Gespräch (z. B. in der Pause) : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	15	55	70
oft	Erwartete Anzahl	6,0	64,0	70,0
	% der Gesamtzahl	6,1%	22,5%	28,7%
	Anzahl	1	41	42
...	Erwartete Anzahl	3,6	38,4	42,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	16,8%	17,2%
Spontanes Gespräch (z. B. in der Pause) : Frage 13 ...	Anzahl	4	28	32
(von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?	Erwartete Anzahl	2,8	29,2	32,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	11,5%	13,1%
	Anzahl	0	21	21
...	Erwartete Anzahl	1,8	19,2	21,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	8,6%	8,6%
	Anzahl	0	28	28
...	Erwartete Anzahl	2,4	25,6	28,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	11,5%	11,5%
	Anzahl	1	50	51
nie	Erwartete Anzahl	4,4	46,6	51,0
	% der Gesamtzahl	0,4%	20,5%	20,9%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	24,795 ^a	5	,000	,000		
Likelihood-Quotient	27,000	5	,000	,000		
Exakter Test nach Fisher	20,866			,000		
Zusammenhang linear-mit-linear	14,451 ^b	1	,000	,000	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,81.

b. Die standardisierte Statistik ist 3,801.

Gemeinsame Supervision : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
Gemeinsame Supervision : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?	Anzahl	0	4	4
	oft Erwartete Anzahl	,3	3,7	4,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	1,6%	1,6%
	Anzahl	0	16	16
	... Erwartete Anzahl	1,4	14,6	16,0
	% der Gesamtzahl	0,0%	6,6%	6,6%
	Anzahl	4	28	32
	... Erwartete Anzahl	2,8	29,2	32,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	11,5%	13,1%
	Anzahl	6	19	25
Gesamt	... Erwartete Anzahl	2,2	22,8	25,0
	% der Gesamtzahl	2,5%	7,8%	10,2%
	Anzahl	6	57	63
	... Erwartete Anzahl	5,4	57,6	63,0
	% der Gesamtzahl	2,5%	23,4%	25,8%
	Anzahl	5	99	104
	nie Erwartete Anzahl	9,0	95,0	104,0
	% der Gesamtzahl	2,0%	40,6%	42,6%
	Anzahl	21	223	244
	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
		8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	12,007 ^a	5	,035	,043		
Likelihood-Quotient	11,751	5	,038	,043		
Exakter Test nach Fisher	9,848			,052		
Zusammenhang linear-mit-linear	,636 ^b	1	,425	,455	,234	,046
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,34.

b. Die standardisierte Statistik ist ,798.

"Runder Tisch"/Teamsitzung : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
"Runder Tisch"/Teamsitzung : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?	Anzahl	6	44	50
	oft	Erwartete Anzahl	4,3	45,7
		% der Gesamtzahl	2,5%	18,0%
		Anzahl	5	37
	...	Erwartete Anzahl	3,6	38,4
		% der Gesamtzahl	2,0%	15,2%
		Anzahl	3	35
	...	Erwartete Anzahl	3,3	34,7
		% der Gesamtzahl	1,2%	14,3%
		Anzahl	5	33
	...	Erwartete Anzahl	3,3	34,7
		% der Gesamtzahl	2,0%	15,6%
Gesamt	Anzahl	2	46	48
	...	Erwartete Anzahl	4,1	43,9
		% der Gesamtzahl	0,8%	18,9%
		Anzahl	0	28
	nie	Erwartete Anzahl	2,4	25,6
		% der Gesamtzahl	0,0%	11,5%
Gesamt	Anzahl	21	223	244
		Erwartete Anzahl	21,0	223,0
		% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%
				100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	6,178 ^a	5	,289	,290		
Likelihood-Quotient	8,584	5	,127	,172		
Exakter Test nach Fisher	6,382			,249		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,823 ^b	1	,051	,051	,029	,008
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,41.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,955.

'Gemeinsame, konzeptionelle Arbeit (z.B. Erarbeitung eines Schulkonzepts)' : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen? * Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen? Kreuztabelle

		Arbeiten Sie (auch) direkt im Klassenzimmer mit Kindern und Jugendlichen?		Gesamt
		ja	nein	
	Anzahl	3	4	7
oft	Erwartete Anzahl	,6	6,4	7,0
	% der Gesamtzahl	1,2%	1,6%	2,9%
	Anzahl	1	11	12
...	Erwartete Anzahl	1,0	11,0	12,0
'Gemeinsame, konzeptionelle Arbeit (z.B. Erarbeitung eines Schulkonzepts)' : Frage 13 (von 27): Wie häufig nutzen Sie folgende Formen des Austausches mit Fachpersonen?	% der Gesamtzahl	0,4%	4,5%	4,9%
	Anzahl	3	23	26
...	Erwartete Anzahl	2,2	23,8	26,0
	% der Gesamtzahl	1,2%	9,4%	10,7%
	Anzahl	5	11	16
...	Erwartete Anzahl	1,4	14,6	16,0
	% der Gesamtzahl	2,0%	4,5%	6,6%
	Anzahl	5	44	49
...	Erwartete Anzahl	4,2	44,8	49,0
	% der Gesamtzahl	2,0%	18,0%	20,1%
	Anzahl	4	130	134
nie	Erwartete Anzahl	11,5	122,5	134,0
	% der Gesamtzahl	1,6%	53,3%	54,9%
	Anzahl	21	223	244
Gesamt	Erwartete Anzahl	21,0	223,0	244,0
	% der Gesamtzahl	8,6%	91,4%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	26,697 ^a	5	,000	,001		
Likelihood-Quotient	19,966	5	,001	,001		
Exakter Test nach Fisher	21,890			,000		
Zusammenhang linear-mit-linear	13,132 ^b	1	,000	,001	,001	,000
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,60.

b. Die standardisierte Statistik ist 3,624.

Fragestellung 5: Zusammenhang Beruf – Qualifikation Inklusion

Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an! * Frage 3 (von 27): Über welche Art des Abschlusses verfügen Sie? Kreuztabelle

		Frage 3 (von 27): Über welche Art des Abschlusses verfügen Sie?		Gesamt
		Abschluss auf Berufsfachschul niveau (Berufsfachschule etc.)	Abschluss auf akademischem Niveau (Fachhochschule, Universität etc.)	
Trifft völlig zu	Anzahl	42	40	82
	Erwartete Anzahl	45,4	36,6	82,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	51,2%	48,8%	100,0%
	% der Gesamtzahl	17,2%	16,4%	33,6%
Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	Anzahl	48	22	70
	Erwartete Anzahl	38,7	31,3	70,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	68,6%	31,4%	100,0%
	% der Gesamtzahl	19,7%	9,0%	28,7%
...	Anzahl	25	18	43
	Erwartete Anzahl	23,8	19,2	43,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	58,1%	41,9%	100,0%
	% der Gesamtzahl	10,2%	7,4%	17,6%
...	Anzahl	11	10	21
	Erwartete Anzahl	11,6	9,4	21,0

	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	52,4%	47,6%	100,0%
	% der Gesamtzahl	4,5%	4,1%	8,6%
	Anzahl	3	11	14
	Erwartete Anzahl	7,7	6,3	14,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	21,4%	78,6%	100,0%
	% der Gesamtzahl	1,2%	4,5%	5,7%
	Anzahl	6	8	14
	Erwartete Anzahl	7,7	6,3	14,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	42,9%	57,1%	100,0%
	% der Gesamtzahl	2,5%	3,3%	5,7%
	Anzahl	135	109	244
	Erwartete Anzahl	135,0	109,0	244,0
Gesamt	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	55,3%	44,7%	100,0%
	% der Gesamtzahl	55,3%	44,7%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,129 ^a	5	,022	,021		
Likelihood-Quotient	13,504	5	,019	,022		
Exakter Test nach Fisher	13,123			,021		
Zusammenhang linear-mit-linear	2,491 ^b	1	,114	,123	,063	,010
Anzahl der gültigen Fälle	244					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,25.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,578.

Frage 7 (von 27): Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf? * Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven

Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an! Kreuztabelle

		Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!						Gesamt
		Trifft völlig zu	Trifft gar nicht zu	
	Anzahl	0	4	2	0	1	0	7
	Erwartete Anzahl	2,4	2,0	1,2	,6	,4	,4	7,0
	% innerhalb von							
	Ich fühle mich ausreichend							
Frage 7 (von 27): Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?	Weniger als 1 Jahr	qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings.	0,0%	5,7%	4,7%	0,0%	7,1%	0,0% 2,9%
		: Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!						
	1-5 Jahre	Anzahl	15	19	16	2	2	2 56
		Erwartete Anzahl	18,8	16,1	9,9	4,8	3,2	3,2 56,0

	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	18,3%	27,1%	37,2%	9,5%	14,3%	14,3%	23,0%
	Anzahl	18	22	11	10	4	0	65
	Erwartete Anzahl	21,8	18,6	11,5	5,6	3,7	3,7	65,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	22,0%	31,4%	25,6%	47,6%	28,6%	0,0%	26,6%
	Anzahl	22	12	11	7	2	4	58
	Erwartete Anzahl	19,5	16,6	10,2	5,0	3,3	3,3	58,0
	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	26,8%	17,1%	25,6%	33,3%	14,3%	28,6%	23,8%
	Anzahl	27	13	3	2	5	8	58
Mehr als 20 Jahre	Erwartete Anzahl	19,5	16,6	10,2	5,0	3,3	3,3	58,0

	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	32,9%	18,6%	7,0%	9,5%	35,7%	57,1%	23,8%
	Anzahl	82	70	43	21	14	14	244
	Erwartete Anzahl	82,0	70,0	43,0	21,0	14,0	14,0	244,0
Gesamt	% innerhalb von Ich fühle mich ausreichend qualifiziert für Aufgaben in inklusiven Settings. : Frage 26 (von 27): Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an!	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	44,033 ^a	20	,001
Likelihood-Quotient	50,117	20	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	,069	1	,793
Anzahl der gültigen Fälle	244		

a. 17 Zellen (56,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,40.

Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.“

München, den 07. Mai 2013

Kerstin Meßmer