

Charité – Universitätsmedizin Berlin
CC 1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Studiengang Medizin- und Pflegepädagogik

**Das Theorie-Praxis Verhältnis in der Ausbildung zum Logopäden
in Deutschland – eine vergleichende Untersuchung an
ausgewählten Ausbildungsstätten**

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Dipl. Medizinpädagogin

eingereicht von: Anne-Kathrin Nowojski
10. Fachsemester
Immatrikulationsnummer: 209504
Kontaktdaten: Stargarder Straße 37/I
10437 Berlin
annenowojski@web.de
Erstgutachter: Prof. Dr. Ortfried Schäffter
Zweitgutachterin: Dipl. Med. Päd. Azzisa Pula-Keuneke

Berlin, 14.03.2010
Wintersemester 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Ausbildung zum Logopäden in Deutschland	7
2.1	Berufsbild: Logopädie	7
2.2	Gesetzliche Bestimmungen zur Ausbildung	7
2.3	Curriculare Vorgaben in Deutschland und Ergänzungen in einzelnen Bundesländern	8
2.4	Lehranstalten und Schulen	11
2.5	Qualifikation der Lehrenden	12
2.6	Akademisierungstendenzen	13
3	Gegenstand und Konzept von Supervision und Beratung im Allgemeinen und im Kontext der Logopädie	16
3.1	Begriffsbestimmung und historische Entwicklung	16
3.2	Gegenstand, Funktion und Anwendungsgebiete von Supervision als Beratungsformat	18
3.3	Soziale Konstellationen und Methoden von Beratungsformaten	20
3.4	Theorie und Methodenvielfalt in der Supervision	21
3.5	Supervision in der Aus- und Weiterbildung	23
3.6	Rollenkonflikte und ethische Konsequenzen in der Ausbildungssupervision	24
3.7	Forschungsstand und bisherige Umsetzung von Supervision in der Logopädieausbildung	25
4	Die Theorie-Praxis Wechselbeziehung in der wissenschaftlichen Diskussion	28
4.1	Begriffsbestimmung: Theorie und Praxis	28
4.2	Die Problematik des Theorie-Praxis Transfers	29
4.3	Das Verhältnis von Wissen und Können bzw. Wissen und Handeln	30
4.4	Der dritte Lernort	32
4.5	Profession und Professionalität	34
4.6	Der Theorie-Praxis Transfer in der Ausbildung zum Logopäden	36
5	Die Datenerhebung	39
5.1	Sampling/Auswahl der Interviewpartner	39
5.2	Erhebungsmethode	40
5.3	Durchführung der Erhebung und Erhebungszeitpunkte	42
5.4	Transkription	42
5.5	Auswertung der Daten	43

6 Die Theorie-Praxis Wechselbeziehung in der Ausbildung zum Logopäden aus Sicht der Befragten	45
6.1 Gestaltung der praktischen Ausbildung.....	45
6.2 Qualifikation der Lehrenden	55
6.3 Gegenstand und Aufgabe von Ausbildungssupervision	59
6.4 Methodenansätze in der praktischen Ausbildung zum Logopäden.....	64
6.5 Die aktuelle Ausbildungssituation der Logopädie in Deutschland und mögliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung.....	67
7 Diskussion und Schlussfolgerung.....	74
8 Zusammenfassung	79
9 Summary.....	80
Literatur	81
Anhang	89
Anhang 1: Inhalte der LogAPro.....	90
Anhang 2: Interviewleitfaden	91
Anhang 3: Fragebogen.....	93
Anhang 4: Transkriptionsregeln.....	97
Anhang 5: Kategorisierung der Interviews.....	98

1 Einleitung

*Sokrates kannst du mir sagen, ob man Gutsein lehren kann?
Oder kann man es nicht lehren, sondern einüben?
Oder kann man weder durch Übung noch durch Lernen gut
werden sondern ist man es von Natur aus oder auf sonst ir-
gendeine Weise?
(Platon: Menon 1994: 5)*

Menons Frage nach dem „Gutsein“ stellt sich den Studierenden der Logopädie in diesem, allumfassenden Sinne nicht. Eine sehr ähnliche Problematik steht jedoch im Raum: Wie gelingt es, innerhalb der Ausbildung zum Logopäden zu einer „Therapeutenpersönlichkeit“ heranzureifen, die im späteren Berufsleben sowohl eine emphatische als auch effektive, effiziente und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Behandlung durchführen kann?

Die Anforderungen sowohl an Studierende als auch an Lehrende in der heutigen Ausbildung zum Logopäden sind vielfältig und entsprechen denen eines Expertenberufs. Expertenberufe zeichnen sich durch „systematisches und spezialisiertes Wissen [aus], dessen Wert zur Lösung wichtiger gesellschaftlicher Probleme anerkannt ist“ (Macha-Krau & Braun 2000: 72).

Die Logopädie hat gerade in den letzten Jahren eine starke Erweiterung und Entwicklung ihres Wissens vorzuweisen. In Folge dessen müssen sich Logopäden verstärkt mit „der Pluralität ihres fachlichen Wissens und seiner praktischen Handhabung“ (Baumgartner & Giel 2000: 285) auseinandersetzen.

Innerhalb der praktischen und theoretischen Ausbildung zum Logopäden sind die Anforderungen entsprechend gestiegen. In der Theorie werden den Auszubildenden die umfangreichen Inhalte des zu behandelnden Fachgebietes bzw. Störungsbildes vermittelt. „Das theoretische Wissen bietet Abstraktionen, Schemata, Modelle, aufgrund derer die wesentlichen Aspekte eines Themas verdeutlicht werden sollen“ (De Jong 1998: 11). Doch in welcher Form erlernen werdende Logopäden die praktische Anwendung ihres Wissens? Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dieser bisher wenig erforschten Frage und zeigt Ansätze, wie das entsprechende Wissen momentan in die praktisch-therapeutische Tätigkeit umgesetzt wird.

Das in der Wirtschaftspädagogik angewandte Konzept zur Lernortkooperation, wie es im dualen System der Berufsbildung verwendet wird, greift in der Ausbildung zum Logopäden nicht. Die Schulen des Gesundheitswesens schlagen von jeher einen Sonderweg ein, indem sie versuchen den Theorie-Praxis-Transfer innerhalb von Praktika zu gewährleisten.

Hier nimmt die Logopädie eine besondere Stellung ein, da dieser Ausbildungsgang als einziger neben z. B. der Pflege, der Physiotherapie oder der Ergotherapie versucht, die praktische Ausbildung größtenteils innerhalb des Lernortes Schule zu gewährleisten. Die von den Logopädieschülern im Rahmen der Ausbildung durchgeführten externen Praktika dienen „der Er-

weiterung und Vertiefung der bereits an der Lehranstalt erworbenen praktischen Fähigkeiten in den Bereichen logopädische Untersuchung, Befunderhebung, Therapieplanung und -durchführung [...]. Die externen Praktika sind eine Ergänzung und kein Ersatz für die praktische Ausbildung an der Lehranstalt“ (dbl 1998: 1).

Die relativ unklare Vorgabe der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro: 1980) lässt es den Schulen offen, wie und in welcher Form mit der praktisch-therapeutischen Tätigkeit der Studierenden verfahren wird.

„Das Fehlen diesbezüglicher Durchführungsbestimmungen hat zur Folge, dass es trotz des einheitlichen Curriculums zu recht unterschiedlichen Ausbildungsniveaus an den einzelnen Fachschulen kommt, die stark sowohl von der Initiative als auch der Qualifikation der dort tätigen Lehrlogopädinnen abhängen“ (Bröckel 2005: 36).

Aufgrund der unklaren oder nicht vorhandenen Vorgaben für die praktische Ausbildung kommt es zu einer Vielzahl von Ansätzen und zu deren Vermischungen in der Umsetzung.

Obwohl die heute betriebene praktische Ausbildung als vermeintlicher „Goldstandard für therapeutische Berufe angesehen wird“ (Schulz 2007: 60), ist noch weitestgehend unerforscht, mit welchen Ansätzen und wie konkret gearbeitet wird. Häufig fällt in diesem Zusammenhang der Begriff „Supervision“ als Methode zur Wissensvermittlung und Betreuung der praktischen Ausbildung der Schüler. Ebenfalls gebraucht werden in diesem Kontext die Bezeichnungen „Praxisanleiter“, „Coaching“ und „Ausbildungssupervision“.

Degenkolb-Weyers, Hollenbach & Nonn betonen, wie wünschenswert es wäre, eine einheitliche Basis im Sinne eines bundesweit verbindlichen Lehrplanes, zu schaffen. Dieser könne sowohl die theoretische als auch die praktische Ausbildung umfassen und für alle Schulen im Rahmen der Diskussion um Qualitätssicherung gelten (vgl. Degenkolb-Weyers, Hollenbach & Nonn 2005: 5).

Diese Arbeit will auf empirischem Weg einen ersten Beitrag leisten indem ein Überblick über die bisherige Gestaltung des Theorie-Praxis Verhältnisses in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland gegeben wird.

Die Datenerhebung fand an verschiedenen Ausbildungsstätten für Logopädie in Deutschland statt. Hierfür wurden qualitative Interviews mit in der Lehre tätigen Logopäden sowie eine Erhebung per Fragebogen durchgeführt.

Aufgrund des eingeschränkten Rahmens wurde die Anzahl der Interviews auf sechs Lehrlogopäden und 20 Fragebögen begrenzt. Die Aussagen dieser Arbeit sind daher lediglich richtungweisend, können jedoch nicht als repräsentativ für die Gestaltung der praktischen Ausbildung zum Logopäden angesehen werden.

Der theoretische Rahmen der Arbeit basiert auf folgenden Hypothesen:

1. Die Gestaltung des Theorie-Praxis-Transfers in der praktischen Ausbildung zum Logopäden weist eine große Spannweite der Ansätze bzw. Herangehensweisen auf, da kaum curriculare Vorgaben existieren.
2. Die Supervidierenden verfügen über unterschiedliche Qualifikationen für ihre Arbeit als Praxisanleiter, da verbindliche formale Vorgaben fehlen.
3. Der Begriff der Supervision wird als Sammelbegriff für verschiedene Formen des Theorie-Praxis-Transfers benutzt, da Unsicherheiten in Bezug auf Gegenstand und Aufgabe von Supervision bestehen.
4. Ausgehend von der Unsicherheit in Bezug auf Wesen und Methode der Supervision finden sich verschiedene sozialwissenschaftliche Ansätze und Theorien in der praktischen Ausbildung zum Logopäden wieder.
5. Qualitätssichernde Maßnahmen sind zu formulieren, um eine einheitliche und vergleichbare praktische Ausbildung zu gewährleisten.

Ergänzend zum Problem des Theorie-Praxis-Transfers wird die vorliegende Arbeit das Thema der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe aufgreifen. Eine Diskussion über das Für und Wider der Akademisierungstendenzen kann jedoch aufgrund des begrenzten Rahmens nicht geleistet werden.

Die Arbeit ist in fünf Kapitel gegliedert. Das erste Kapitel wird die aktuelle Ausbildungssituation sowie die formalen Vorgaben der Logopädieausbildung thematisieren.

Das zweite Kapitel erläutert das Konzept der Supervision und wie es in der Logopädieausbildung als Form von reflexivem Erfahrungslernen angewandt wird.

Die Theorie-Praxis-Verknüpfung bzw. der dritte Lernort sowie das Verhältnis von Wissen und Können wird Gegenstand des dritten Kapitels sein.

In Kapitel vier werden die methodischen Grundlagen der durchgeführten Datenerhebung erläutert.

Kapitel fünf stellt die gewonnenen Aussagen der Erhebung vor und analysiert diese.

Kapitel sechs zeigt Perspektiven und Entwicklungschancen, wie die praktische Ausbildung im Bereich der Logopädie weiter verbessert und eine einheitliche Basis geschaffen werden kann.

Abschließend ein Hinweis zur Form: Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei der Bezeichnung von Personen auf Doppelformen wie „Therapeutinnen und Therapeuten“ oder „Schüler und Schülerinnen“ verzichtet. Stattdessen kommt die kurze männliche Form zur Anwendung, hierbei ist die weibliche selbstverständlich mitgemeint.

2 Ausbildung zum Logopäden in Deutschland

2.1 Berufsbild: Logopädie

Die Logopädie gehört ebenso wie die Ergo- und Physiotherapie zu den Heilberufen in der Gruppe der Medizinalfachberufe bzw. Gesundheitsfachberufe. Als therapeutische Disziplin beschäftigt sie sich mit der „Prävention, der logopädischen Diagnostik und der Behandlung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen bei Menschen jeglichen Alters“ (Tesak 1999: 11).

Die logopädische Therapie in Form einer persönlichen Leistung des Therapeuten am Patienten, als sogenanntes Heilmittel, wird auf eine ärztliche Verordnung hin erbracht. Sie gehört zum Leistungskatalog der gesetzlichen und privaten Krankenkassen (vgl. Bröckel 2005: 23).

2.2 Gesetzliche Bestimmungen zur Ausbildung

Die Ausbildung zum Logopäden wird bundeseinheitlich über das „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ (LogG) sowie die „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden“ (LogAPro) geregelt. Im Folgenden werden die genannten Kurzformen der Gesetze verwendet.

Im LogG wird der Zugang zum Beruf des Logopäden geregelt. Wer diesen erlernen möchte, muss eine dreijährige Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule für Logopädie absolvieren (vgl. LogG § 4 Abs. 2). Voraussetzung dafür ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer (vgl. ebd.). Nach Abschluss der Ausbildung durch eine staatliche Prüfung (vgl. LogG § 2 Abs. 1, Nr. 1) ist der Auszubildende berechtigt, die Berufsbezeichnung Logopäde/Logopädin zu führen.

Die LogAPro regelt den Ablauf des Examens sowie die wesentlichen Lerninhalte der Ausbildung.

Innerhalb der gesamten Ausbildung sind 3840 Stunden Unterricht abzuleisten. Hiervon entfallen 1740 Stunden auf theoretischen Unterricht, der zu einem großen Teil medizinische Grundlagenfächer, wie z.B. Phoniatrie, Anatomie, Physiologie, Kieferorthopädie, Neurologie oder Psychiatrie umfasst. Das Fach Logopädie nimmt insgesamt 480 Stunden innerhalb der theoretischen Ausbildung ein. Eine Gewichtung innerhalb der genannten logopädischen Inhalte erfolgt nicht. Weiterhin vertreten sind sozialwissenschaftliche Bezugsdisziplinen, wie z.B. Psychologie, Soziologie und Pädagogik ebenso wie Linguistik und Phonetik als weitere Bezugswissenschaften.

Die praktische Ausbildung umfasst 2100 Stunden. Hiervon sind 340 Stunden als Hospitationen in Phoniatrie und Logopädie abzuleisten und 1520 Stunden (also der Großteil) in „Übungen zur Befunderhebung, Therapieplanung sowie Therapie unter fachlicher Aufsicht“ innerhalb der „Praxis der Logopädie“ (LogAPro § 1 Abs. 1, Anlage 1 und 2). Weiterhin gefordert ist eine Durchführung der Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeuti-

schen Teams auf den Gebieten der Audiologie, Pädaudiologie, Psychologie sowie der Musiktherapie (vgl. ebd. sowie Anhang 1).

2.3 Curriculare Vorgaben in Deutschland und Ergänzungen in einzelnen Bundesländern

Die schon 1980 in Kraft getretenen Gesetze über den Beruf des Logopäden (LogG) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro) machten es nötig, die bis zu diesem Zeitpunkt bereits „vorliegenden Curricula für die Logopädenausbildung zu überarbeiten und den Anforderungen der LogAPro anzupassen.“ Hieraus entstand das „Curriculum für die Ausbildung des Logopäden nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden in der Bundesrepublik Deutschland (LogAPro)“ (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen 1993: 1). Innerhalb dessen „wurden die Ziele für den theoretischen und praktischen Unterricht und die Praxis der Logopädieausbildung entsprechend der LogAPro neu und ausführlich gefasst“ (ebd.). Bis auf unerhebliche Änderungen in wenigen Kapiteln besteht dieses Curriculum bis heute unverändert als Vorlage für die Ausgestaltung der Ausbildung an den Logopädieschulen in Deutschland.

Es ist fraglich, inwieweit das mittlerweile fast zwei Jahrzehnte alte Curriculum für die Ausbildung zum Logopäden den heutigen Anforderungen gerecht werden kann, denn aufgrund eines „enormen Wissenszuwachses und methodischer Fortschritte in den Grundlagenwissenschaften [...] sowie im Fachgebiet Logopädie hat sich in den letzten Jahren das Spektrum der Kenntnisse, das Logopädinnen im Hinblick auf eine verantwortungsvolle Ausübung ihrer Tätigkeit zur Verfügung steht, erheblich erweitert“ (Bröckel 2005: 37). Im Rahmen der LogAPro und des Curriculums bleibt den Fachschulen die konkrete Umsetzung der Ausbildungsinhalte weitestgehend selbst überlassen, so z.B. die zeitliche Ausgestaltung der Studieninhalte oder Beginn und Gestaltung der praktisch-therapeutischen Tätigkeit der Studierenden (vgl. Bröckel 2005: 36).

Vielerorts wurde bereits erkannt, dass für eine an Wirksamkeit und Ergebnisqualität orientierte Behandlung eine standardisierte und qualitätsgesicherte Ausbildung notwendig ist (vgl. Wallesch 1999: 46) und diese durch klare curriculare Vorgaben erreicht werden kann. So wurde z. B. in Bayern und Nordrhein-Westfalen auf die LogAPro aufgebaut: Inhalte wurden weiterentwickelt und Vorgaben für den praktischen und theoretischen Unterricht geschaffen, ein Lehrplan (Bayern) sowie eine empfehlende Ausbildungsrichtlinie (Nordrhein-Westfalen) implementiert.

Ein Lehrplan zeichnet sich dadurch aus, dass er verbindliche Lernziele, Lehrinhalte und Themen eines oder mehrerer Fächer nach Umfang, Reihenfolge und Zusammenhang ordnet. Richtlinien hingegen haben lediglich Empfehlungscharakter. Sie lassen den Lehrenden somit einen großen Freiraum für ihre pädagogischen Entscheidungen (vgl. Schewior-Popp 1998:41).

Richtlinie in Nordrhein-Westfalen

Durch diese Richtlinie wird versucht, den aktuellen Anforderungen an die Ausbildung zum Logopäden Rechnung zu tragen, die sich aus den Veränderungen innerhalb der Gesellschaft ergeben (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2007: 1). Die Veränderungen betreffen sowohl die soziodemographische Entwicklung als auch das gewandelte Krankheitspanorama. Sie führen dazu, dass Logopäden immer mehr mit älteren multimorbiden oder auch sehr jungen (frühgeborenen) Menschen oder mit Patienten mit chronisch-degenerativen Krankheiten arbeiten.

Weiterhin soll die theoretische Kompetenz der Logopäden erweitert werden. Hierbei geht es darum, eine logopädische Therapieforschung als grundlegende Voraussetzung für das therapeutische Handeln zu etablieren.

Der Grundsatz *ambulant vor stationär* ergibt sich aus der Umstrukturierung und zunehmenden Kostenorientierung des deutschen Gesundheitswesens. Er setzt einerseits eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen der Heilmittel voraus, erfordert jedoch andererseits auch ein eigenständiges logopädisches Diagnostizieren und Therapieren (ebd.).

Das vorliegende Curriculum für die Ausbildung zum Logopäden führt vor allem dazu, dass „nicht exemplarisch, sondern enzyklopädisch“ (Tesak 1999: 14) gelernt wird, und lässt somit wenig Freiraum für selbstständigen Wissenserwerb oder wissenschaftliche Vorgehensweisen. Im Gegensatz dazu versucht die Ausbildungsrichtlinie für Nordrhein-Westfalen den Schülern eine „Schnittmenge aus berufsbezogenen und -übergreifenden Qualifikationen zu vermitteln, die sie zur Bewältigung unterschiedlicher, sich wandelnder beruflicher Anforderungen sowie zu deren aktiver Gestaltung befähigt“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2007: 3). Dies wird gewährleistet durch eine fächerintegrierte Grundausbildung, die sich in vier verschiedene Lernbereiche aufgliedert:

- logopädischen Kernaufgaben (Lernbereich 1),
- spezifische logopädische Aufgaben (Lernbereich 2),
- Zielgruppen, Rahmenbedingungen und Institutionen logopädischer Arbeit (Lernbereich 3) und
- Ausbildungs- und Berufssituation des Logopäden (Lernbereich 4).

Durch das Konzept der Schlüsselqualifikationen wird versucht, eine berufsübergreifende Qualifikation zu gewährleisten, welche aus Sicht des Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen als besonders wichtig eingestuft wird (ebd.: 8). Anhand dieses Konzeptes sollen sowohl fachliche als auch sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenz der Schüler gestärkt werden (ebd.: 9). Um dies zu erreichen, sollen Lernprozesse neu gestaltet werden: weg von der reinen Lehrerzentrierung und dem Aufbau von Faktenwissen hin zu sogenannten „Lernorientierungen“ (ebd.: 9). Der Fokus richtet sich hierbei auf soziales, problemorientiertes, erfahrungsorientiertes oder handlungsorientiertes Lernen.

Die angeratenen Lernorientierungen entsprechen in weiten Teilen den „Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen

Unterricht in der Berufsschule“ und der dort geforderten Handlungsorientierung (Sekretariat der Kultusministerkonferenz 2007).

Lehrplan in Bayern

Die in Bayern entwickelten und im Schuljahr 2000/2001 in Kraft getretenen „Lehrpläne für die Berufsfachschule für Logopädie“ orientieren sich ausschließlich an der LogAPro (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2000: 2). Der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Berufsfachschule umfasst die Vermittlung „einer Berufsfähigkeit und Berufsmündigkeit“ sowie von „beruflicher Flexibilität zur Bewältigung der sich wandelnden Anforderungen in Arbeitswelt und Gesellschaft“ (ebd.: 1). Dies soll umgesetzt werden, indem die Berufsfachschulen „den Unterricht an einer für ihre Aufgabe spezifischen Pädagogik ausrichten, die Handlungsorientierung betont“ und „ein differenziertes und flexibles Bildungsangebot gewährleisten, um unterschiedliche Fähigkeiten und Begabungen sowie den jeweiligen Erfordernissen der Arbeitswelt und der Gesellschaft gerecht zu werden“ (ebd.:1).

„Die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis ist das grundsätzliche didaktische Anliegen der Berufsausbildung“ (ebd.: 4). Dies soll gelingen, indem „theoretische Grundlagen und Erkenntnisse [...] praxisorientiert vermittelt werden und zum beruflichen Handeln befähigen“ (ebd.:4).

Gegliedert ist der Lehrplan in die unterschiedlichen Fächer, entsprechend Vorgabe der LogAPro. Einleitend wird jedes Fach durch ein Fachprofil charakterisiert. Nach einer Übersicht über die Lerngebiete folgen Lernziele, Lerninhalte und Hinweise zum Unterricht. Dies gilt sowohl für den theoretischen als auch für den praktischen Unterricht. Innerhalb des Lehrplanes für die praktische Ausbildung ist relativ genau geregelt, welche Störungsbilder in welcher Anzahl an Therapien behandelt werden müssen. So sollen in den Störungsbildern kindliche Sprachentwicklungsstörungen, Stimmstörungen, Aphasie und Redeflussstörungen jeweils 20 eigene therapeutische Behandlungen erfolgen, d.h. jeweils mindestens 45 Minuten Arbeit des Schülers mit dem Patienten sowie 20 Behandlungen als Co-Therapeut: mindestens 45 Minuten dauernde aktive Mitgestaltung der Therapie mit Stellvertreterfunktion. In weiteren Störungsbildern bzw. Lerngebieten wie Cerebralpareesen, Dysphagien, Entwicklungsdyslexien/dysgraphien, Hörstörungen, Zustand nach Laryngektomie, orofaciale Muskelfunktionsstörungen (MFS) und Rhinophonien sind insgesamt weitere 20 Behandlungen und Co-Behandlungen durchzuführen (ebd.: 172). Auch in den Lehrplänen für die praktische Ausbildung in Bayern erfolgt eine Aufteilung in Lernziele, Lerninhalte und Hinweise zum Unterricht.

Die Ausbildungsrichtlinie für Nordrhein-Westfalen und die Lehrpläne in Bayern unterscheiden sich aber auch strukturell: so ist die Ausbildungsrichtlinie Nordrhein-Westfalen „nicht, wie bei traditionellen Lehrplänen nach einem Fächerkanon aufgeschlüsselt [...], sondern nach fächerintegrativen Lernbereichen bzw. Lerneinheiten, die sich auf berufliche Handlungsfelder bzw. Handlungssituationen beziehen“ (Oelke 2007: 34).

Bayern hingegen hält weiterhin an der Fächerstruktur fest; lediglich die Inhalte sind im Vergleich zum Curriculum für die Ausbildung zum Logopäden (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden 1993) weitergehend ausformuliert und präzisiert.

Weitere Lehrpläne liegen für die Bundesländer Sachsen und Thüringen vor (vgl. Freistaat Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Kultus 2005 und Thüringer Kultusministerium 2006). Diese regeln jedoch nur den Aufbau der theoretischen Ausbildung und nicht die praktische Ausbildung.

2.4 Lehranstalten und Schulen

Im gesamten Bundesgebiet beläuft sich die Zahl der ausbildenden Schulen auf 75. Mit 50 Schulen befindet sich dabei der größte Anteil in privater Trägerschaft (vgl. Degenkolb-Weyers, Hollenbach & Nonn 2005: 4). In der Zeit von 1990 bis 2007 verfünffachte sich die Anzahl der Logopäden in Deutschland (vgl. Grohnfeldt 2009: 44).

Trotz dieser steigenden Ausbildungszahlen fehlen die Durchführungsbestimmungen für die Logopädieausbildung – abgesehen von den genannten curricularen Ausnahmen – noch größtenteils, was zu unterschiedlichen Niveaus und Schwerpunkten der einzelnen Schulen führt (vgl. Tesak 1999: 15). Da die konkrete Umsetzung der Ausbildungsvorschriften durch die sehr ungenau gefasste LogAPro den einzelnen Fachschulen überlassen bleibt, wird die Ausbildungsqualität bisher hauptsächlich durch Initiative und Qualifikation der Lehrlogopäden der Fachschulen bestimmt (vgl. Bröckel 2005: 36).

Um dem entgegen zu wirken wurden 1996 vom Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) Mindestvoraussetzungen zur „Gründung und Qualitätssicherung von Lehnanstalten für Logopädie verabschiedet“ (dbl 1996: 1), welche die personellen Voraussetzungen (Schulleitung und Lehrkräfte), Finanzierung sowie Raumbedarf/Materialausstattung, Patientenbedarf und Standort regeln (ebd.: 2-6). Eine verpflichtende und von außen kontrollierte Umsetzung der Richtlinie ist jedoch nicht gefordert. Ebenso wurden vom dbl Vorgaben zur Gestaltung externer Praktika innerhalb der Logopädieausbildung verfasst (dbl 1998). Auch hier gilt bisher: keine Verpflichtung zur Umsetzung der Praktika und keine Kontrolle von außen.

Die Mindestvoraussetzung für die Gründung von Lehnanstalten gibt als entscheidendes Merkmal der Ausbildung „die enge Verzahnung des theoretischen und praktischen Unterrichts mit der praktischen Ausbildung“ vor (dbl 1996: 1). Die enge Verzahnung setzt voraus, dass der Schulträger eine Funktionseinheit von theoretischer und klinisch-therapeutischer Ausbildung gewährleisten kann. Dazu ist eine personelle und räumliche Anbindung an eine klinische Einrichtung mit ausreichender Patientenzahl, einschließlich einer phoniatriisch-pädaudiologischen und neurologischen und möglichst einer neuropädiatrischen Abteilung oder Ambulanz, erforderlich (ebd.).

In seinen Berufsleitlinien fordert der Bundesverband für Logopädie, dass „Qualitätsstandards für Ausbildungsstätten [...] die hohe Qualität von Behandlungsleistungen ebenso wie die Qua-

lifikation des Lehrpersonals, gerade im Hinblick auf die praktische Ausbildung, die von zentraler Bedeutung für die qualifizierte Berufsausübung ist“ zu gewährleisten sind (dbl 1998: 5). Erreicht werden kann das, indem die von der „Berufsgruppe erarbeiteten Mindestanforderungen [...] zum Maßstab für die Zulassung von Ausbildungsstätten der Logopädie werden“ (ebd.).

Ein erster wegweisender Schritt in Richtung Qualitätssicherung ist ein vom dbl und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickeltes Verfahren zur „Qualitätssicherung in der Logopädie-Ausbildung“ (dbl & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2009).

Dieses Qualitätssicherungsverfahren hat es sich zum Ziel gemacht, das „heterogene Feld der Logopädie-Ausbildung transparenter zu machen und Verbesserungspotenziale für die beteiligten Schulen aufzuzeigen“ (ebd.: 2).

Durch eine externe Prüfung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis-, Personal- und Konzeptqualität der Ausbildungsangebote der Logopädieschulen wird den entsprechenden Schulen nach erfolgreichem Abschluss des Verfahrens ein Qualitätssiegel verliehen, welches drei Jahren lang gültig ist (ebd.: 4-8). Es besteht jedoch für die deutschen Logopädieschulen keine Verpflichtung zur Teilnahme an diesem Qualitätssicherungsverfahren.

2.5 Qualifikation der Lehrenden

Der anspruchsvolle Beruf des Lehrlogopäden „bedarf [...] therapeutischer, pädagogischer und wissenschaftlicher Kenntnisse“ (Tesak 1999: 16).

Die vom dbl festgelegten „Mindestvoraussetzungen zur Gründung und Qualitätssicherung von Lehranstalten“ geben vor, dass „die fachliche Anleitung und Aufsicht sowohl für Diagnostik, Planung des gesamten Therapieverlaufs, der einzelnen Therapiesitzungen und die Durchführung der Therapie durch die[jenigen] Lehrlogopäden erfolgen“ muss, „die den theoretischen und praktischen Unterricht in dem jeweiligen Störungsbild erteilen“ (dbl 1996: 6).

Die Berufsordnung der Logopäden betont, dass die in der Ausbildung tätigen Logopäden eine hohe Verantwortung tragen für die weitere Entwicklung des Berufsstandes, die Qualität der Ausbildung, den Wissensstand und die therapeutische Kompetenz der Ausbildungsteilnehmer (vgl. dbl 1998).

Somit sind es letztlich die Lehrlogopäden, die den Schülern gegenüber die Verantwortung tragen, die Qualität der Ausbildung sicher zu stellen. Sie sind angehalten, das bestehende Curriculum zu erfüllen und weiter zu entwickeln sowie ihren Unterricht dem aktuellen Wissensstand anzugleichen. Weiterhin sind die Lehrlogopäden aufgefordert eine Weiterbildung in den Bereichen Logopädie, Didaktik und Supervision zu absolvieren, um den „Anforderungen nach den Richtlinien für Lehrlogopädinnen des dbl“ (dbl 1996) gerecht zu werden.

Die geforderten Maßnahmen der Berufsordnung hierfür unterliegen jedoch keiner Kontrolle von außen. Es besteht nur die Möglichkeit einer Ahndung bei groben Verstößen von Mitgliedern gegen die in der Berufsordnung festgelegten Prämissen (dbl 1998).

Einheitliche Regelungen über den Zugang zum Berufsfeld des Lehrlogopäden gibt es nicht. Da die Bildung unter Länderhoheit steht, zeigt sich eine Vielzahl von landesrechtlichen Bestimmungen zur Qualifikation von Lehrenden in den Medizinalfachberufen. Es ist jedoch möglich, sich als „Lehrlogopäde nach den Richtlinien des dbl“ anerkennen zu lassen, nachdem die vom Verband geforderten Voraussetzungen erfüllt sind (dbl 1996). Diese umfassen: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Logopäde, mindestens zweijährige Berufserfahrung in Vollzeit als Logopäde sowie den Nachweis über 80 Stunden Erfahrung in der Praktikantenbetreuung. Weitere Voraussetzungen sind Erfahrung im theoretischen und praktischen Unterricht (Durchführung und Vorlage von mindestens zwei Lehrproben und/oder 100 Stunden lehrbezogene Fort- und Weiterbildung) und in der Praxisanleitung und Supervision (Nachweis über 20 Stunden Demonstrationsbehandlung für Studierende oder Nachweis über 20 Stunden Supervision bei selbst durchgeführten Therapien). Die Anerkennung als „Lehrlogopäde nach den Richtlinien des dbl“ erfolgt auf freiwilliger Basis und ist nicht als Zugangsvoraussetzung für den Beruf des Lehrlogopäden zu sehen (dbl 1996). Dies führt dazu, dass die tätigen Lehrlogopäden „ihre Lehrtätigkeit zu einem großen Teil auf ihre eigene, im Idealfall umfassende berufspraktische Erfahrung“ stützen (Bröckel 2005: 47). Ein Lehrlogopäde, der neu in den Beruf einsteigt, bringt somit „eine gute logopädische Fachkompetenz, ein gutes Gespür für Methodik und Didaktik, 'Lust' auf Lehre und gute Sozialkompetenz im Umgang mit AusbildungsteilnehmerInnen und KollegInnen mit“ (Beyer 1999: 42).

Sicher beherrscht wird zu Beginn der Lehrlogopädentätigkeit die fachliche Seite der Logopädie und so ist dies meist der Bereich, der die größte Aufmerksamkeit erfährt. Die Fachkompetenz stellt zwar einen gewichtigen Teil der Qualifikation der Lehrlogopäden dar, Methoden- und Sozialkompetenz sollten jedoch nicht aus den Augen verloren werden (ebd.).

Laut Tesak 1999 führt das Anerkennungsverfahren als Lehrlogopäde nach den Richtlinien des dbl zu einer Verbesserung der pädagogischen Fähigkeiten der Lehrkräfte, allerdings nicht zu einer erhöhten Wissenschaftlichkeit.

Durch die nicht wissenschaftliche Ausbildung der Lehrlogopäden sind die Möglichkeiten begrenzt, die existierende Kenntnis- und Methodenvielfalt des Fachgebietes Logopädie zu erschließen und diese an die Studierenden weiterzugeben (ebd.). Die meist fundierte Praxiserfahrung der Lehrlogopäden ist zweifelsohne von großer Wichtigkeit, birgt jedoch „ohne wissenschaftliche Ausbildung der Lehrkräfte die Gefahr der Priorisierung unreflektierter Alltagserfahrung und -routine“ (ebd.: 47).

Möglicherweise fordert aus diesem Grund der Berufsverband in seinen Berufsleitlinien akademisch qualifizierte Lehrkräfte, die gleichzeitig das Potential für den Ausbau einer akademisierten Logopädie mitbringen (vgl. dbl 1998:5).

2.6 Akademisierungstendenzen

Die Gruppe der Medizinalfachberufe hat aufgrund ihrer historischen Entwicklung eine Sonderstellung im beruflichen Bildungssystem. Dies führt unter anderem dazu, dass „keine Regelung der Lehrerausbildung gegeben ist, keine wissenschaftlich fundierte Curriculumsent-

wicklung oder -erprobung stattfindet [...] und keine Durchstiegsmöglichkeiten zu höher qualifizierenden Studiengängen vorhanden sind“ (Felder & Jost 2002: 46). In den letzten Jahren manifestiert sich in den Medizinalfachberufen allgemein und so auch in der Logopädie ein starker Trend zur Akademisierung.

Begründet wird dies in den meisten Fällen mit einem Anspruch an Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung von Logopäden, dem im herkömmlichen System nicht nachgekommen wird und mit der zunehmenden Erweiterung und Entwicklung des Aufgabenfeldes von Logopäden (vgl. Engell 1999: 37). Daraus ergeben sich „grundlegend veränderte Anforderungen an den Beruf [...] des Logopäden“ (ebd.). So bietet die „logopädische Grundausbildung eine solide und fundierte therapeutische Ausbildung, die in dieser Weise von keinem anderen Ausbildungsgang erreicht wird. Dennoch erfordern die gegenwärtigen Entwicklungen in der Wissenschaft, in der Bildungspolitik und im Gesundheitswesen, dass die logopädische Ausbildung auf Fachhochschul- bzw. Hochschulniveau angehoben wird“ (Tesak 1999: 16).

Im weltweiten Vergleich „lässt sich feststellen, dass gegenwärtig nur noch in weniger als einem Drittel aller Länder Logopäden auf nichtakademischem Niveau z.B. in Fachschulen ausgebildet werden“ (Grohnfeldt & Romonath 2000: 259). Somit ist der in Deutschland erworbene Abschluss nicht vergleichbar mit anderen europäischen Staaten und führt für deutsche Logopäden zu erheblichen Nachteilen. Einerseits ist die Anerkennung und Niederlassungsfreiheit erschwert, andererseits können Auszubildende nicht an den Ausbildungs-, Austausch-, Förder-, Forschungs- und Ausbildungsprogrammen der Europäischen Union teilnehmen (Bröckel 2005: 25).

Aufgrund medizinischer und pädagogischer Wurzeln des Sprachheilwesens in Deutschland findet sich in Deutschland ein „weltweit einzigartiges System unterschiedlicher sprachtherapeutischer Berufsgruppen“ (Grohnfeldt 2009: 39). Dieses umfasst zum einen Logopäden, aber auch Sprachheilpädagogen, klinische Linguisten und Atem-, Sprech-, und Stimmlehrer nach der Methode Schlaffhorst Andersen.

Die zukünftige Versorgung von Patienten muss dem Grundsatz der „Evidenzbasierung“ folgen (Rausch 2009: 57). Um diesem Grundsatz folgen zu können bedarf es einer entsprechenden Qualifikation, die laut Rausch nur mit einem Bachelorabschluss geleistet werden kann. „Der Unterschied zwischen Fachschulqualifikation und erstem akademischen Abschluss besteht in der unterschiedlichen akademischen Verantwortung. Während die Logopädin mit Fachschulabschluss nach diesen Vorstellungen Anordnungen ausführt, muss die Bachelorabsolventin die Auswahl von Diagnostikverfahren und Therapiemethoden evidenzbasiert begründen“ (ebd.).

Seit dem Jahr 2001 „sind schon mehrere sogenannte additive Studiengänge entstanden, die es Logopäden ermöglichen nach ihrer dreijährigen Ausbildung [...] innerhalb von meist drei Semestern den Bachelorgrad zu erreichen“ (BDSL 2009: 2). Beispiele hierfür sind die Fachhochschulen Hildesheim, Göttingen, Oldenburg und die Europa Fachhochschule Fresenius (ebd.).

Im Rahmen der Akademisierung der Logopädie „besteht nicht nur die Notwendigkeit zu einer Weiterentwicklung des Curriculums in ein Modulsystem für Bachelor-Studiengänge, sondern erforderlich ist auch eine neue Umgangsform mit der eigenen Entstehungsgeschichte [...] und dem eigenen beruflichen Selbstverständnis und dem Berufsbild“ (Sieg Müller & Pahn 2009: 35).

Angestrebt wird ein einheitliches „Bundessprachtherapeutengesetz“, welches „bei Einhaltung eines hohen wissenschaftlichen Standards, die akademische Ausbildung von Sprachtherapeuten verbindlich regeln soll“ (Grohnfeldt 2009: 44).

Ein erster wegweisender Schritt in Richtung Akademisierung ist die am 25. September 2009 verabschiedete Erprobungsklausel analog § 4 Abs. 6 des Krankenpflegegesetzes in die Berufsgesetze der übrigen Gesundheitsfachberufe.

„Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Logopädenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen“ (LogG § 4 Abs. 5), können die Bundesländer nun von Absatz 1 des Paragraphen 4 des LogG abweichen, welcher festschreibt, dass die Ausbildung zum Logopäden an nur „staatlich anerkannten Schulen für Logopäden durchgeführt“ werden kann (ebd.).

Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro) sind jedoch „nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in § 1 Absatz 1 sowie die Anlage 1“ der LogAPro betreffen (ebd.). Die LogAPro gilt unverändert mit der Maßgabe, „dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden“ (ebd.).

3 Gegenstand und Konzept von Supervision und Beratung im Allgemeinen und im Kontext der Logopädie

3.1 Begriffsbestimmung und historische Entwicklung

Unter *Supervision* versteht man dem lateinischen Ursprung des Wortes nach „Überblick, Übersicht oder Kontrolle“ (Belardi 2005: 14). Gebräuchlich ist der Begriff im ökonomischen bzw. administrativen Bereich und auch im klinischen Bereich. Im ökonomischen bzw. administrativen Bereich umschreibt er eine Vorgesetztenfunktion in Unternehmen, Behörden, Verbänden, d. h. zusammengefasst in Organisationen. In diesem Zusammenhang wird Supervision als eine Führungsfunktion beschrieben. Von dieser administrativen Form der Supervision unterscheidet sich die „Clinical Supervision“, die sich aus der amerikanischen Sozialarbeit gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt hat (vgl. Schreyögg 2004: 18). Die „Clinical Supervision“ ist für den Rahmen der logopädischen Ausbildung ein zentrales Thema und wird im Folgenden eingehender betrachtet.

Entwickelt wurde die Beratungsform „Clinical Supervision“ ursprünglich in zwei Berufszweigen: der Sozialarbeit und der Psychotherapie (vgl. Schreyögg 2004: 13, Belardi 2005: 18 und Rappe-Giesecke 1994: 7). Gemeinsam war diesen Tätigkeitsfeldern, dass im Zentrum „erstmalig direkte personenbezogene kommunikative Dienstleistungen“ standen (Belardi 2005:18).

Innerhalb der Sozialarbeit betreuten zu Beginn der Supervision ehrenamtliche und später hauptamtliche Mitarbeiter solche Menschen, die als Einwanderer oder zum Beispiel aus finanziellen Gründen in Schwierigkeiten geraten waren. Im Zentrum der Arbeit standen hierbei, im Sinne des administrativen Begriffes der Supervision, Kontroll-, Koordinations- und Managementfunktionen (vgl. Schreyögg 2004: 19). Im Rahmen der Ausbildung von Sozialarbeitern wurde die Supervision ab den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts im deutschen Sprachraum genutzt. Bei Besprechungen, die die angehenden Sozialarbeiter mit den Praxisdozenten für ihre Ausbildung abzuleisten hatten, standen sowohl beziehungsmäßige Aspekte des beruflichen Handelns (Sozialarbeiter-Klient) als auch administrative und kontrollierende Gesichtspunkte im Vordergrund (vgl. Belardi 2005: 20).

Die Supervision in der Sozialarbeit entstand eher aus der Alltagspraxis heraus und ließ somit eine wissenschaftliche Absicherung weitestgehend vermissen (vgl. Belardi 2005: 20). Dies änderte sich durch die Einflüsse der Psychotherapie.

Die Supervision in der Psychotherapie entwickelte sich im Rahmen von psychotherapeutischen Ausbildungen. Hier war der Ausbilder als Supervisor vergleichbar mit einem Berater oder Lehrer, der dem angehenden Therapeuten als Anleiter und Kontrolleur zur Seite stand (vgl. Schreyögg 2004: 19).

Ausgehend von der psychoanalytischen Kontrollanalyse entwickelte der aus Ungarn stammende Psychoanalytiker Michael Balint in der Mitte des letzten Jahrhunderts ein Verfahren

zur Weiterbildung von Ärzten und Sozialarbeitern. Diese waren in ihren fachlichen Schwerpunkten zwar gut ausgebildet, es mangelte ihnen jedoch an Wissen und Können in der Kommunikation. Balints Konzept beinhaltete eine spezielle Reflexion des beruflichen Handelns der beschriebene Berufsgruppen (vgl. Belardi 2002: 25-26).

Aus diesem Ursprung heraus werden heute unter dem Begriff „Supervision“ Beratungskonzepte subsummiert, die der „Aufarbeitung und Reflexion von Berufsrollen und Tätigkeiten in psychosozialen und sozialpädagogischen Handlungsfeldern dienen“ (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 113).

Aktuell lassen sich neun unterschiedliche Formen von Supervision unterscheiden: Teamsupervision, Einzelsupervision, Gruppensupervision, Balintgruppen, Rollenberatung/Coaching, Ausbildungssupervision, Lehrsupervision sowie Kontroll- und Konzeptsupervision (vgl. Nellessen 1994 nach Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 114).

Die Literaturanalyse zur Supervision ergibt, dass der Begriff bisher weder einheitlich noch allgemeingültig definiert ist. Der Begriff der Supervision gilt somit als bestimmungsbedürftig. Die derzeit existierenden Varianten von Supervision können häufig weder von den Abnehmern noch von den Anbietern auseinander gehalten werden. Eine Auffassung von Supervision ist z.B. die einer „feldspezifischen Beratungsmethode“, wobei es sich hier um eine alte und sehr tradierte Auffassung handelt. Die zweite Variante definiert, dass „Supervision Professionelle ausüben, die in einem bestimmten Feld arbeiten“. Eine dritte, jüngste Beschreibung von Supervision benennt diese schlicht als eine „Profession“ (Fatzner, Rappe-Giesecke & Loos 2002: 44-45).

Folgende Merkmale werden jedoch wiederkehrend beschrieben und können als „bestimmend“ für Supervision angesehen werden:

- Berufliche Situationen und Kompetenzen im Kontext des Umfeldes sollen reflektiert und optimiert werden.
- Persönliche, interaktionelle und institutionelle Situationen und deren Zusammenhänge sollen wahrgenommen und verstanden werden können (Wahrnehmung, Reflexion, Analyse und Bewertung eigener Situationen und Handlungen sowie die anderer Personen).
- Besonders persönliche Ressourcen sollen erkundet, genutzt und gepflegt werden.
- Zentrale Kompetenzen, wie Sach-, Sozial und Methodenkompetenz werden unterstützt und gefördert.
- Ergebnisse und Erkenntnisse werden in Ziele, Planungen und Handlungen in der Supervision und am Arbeitsplatz umgesetzt.
- Berufliche Sichtweisen, Haltungen und Vergleichsweisen sollten weiter entwickelt und gestärkt werden (vgl. Mutzeck 2008: 39).

3.2 Gegenstand, Funktion und Anwendungsgebiete von Supervision als Beratungsformat

Da sich der Begriff Supervision, wie eben erläutert, auf Beratungskonzepte bezieht, soll im Folgenden näher auf den Begriff der Beratung eingegangen werden.

Beratung steht zunächst als Oberbegriff für jede professionelle „Form der Interaktion zwischen Helferinnen und Klientinnen“ (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 13). Als sogenannte Querschnittsmethode zieht sich Beratung „durch nahezu alle [...] Hilfeformen, wie Betreuung, Pflege, Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit, Bildungsmaßnahmen, Erziehung etc. In Bildungsprogrammen kann Beratung von Schülerinnen und Kursteilnehmerinnen neben der Vermittlung von Wissen im engeren Sinne stattfinden“ (ebd.). Das Beraten ist neben dem Unterrichten, Informieren, Arrangieren und Animieren eine der fünf Grundformen des pädagogischen Handelns (vgl. Giesecke 1987: 76).

Beratung findet in den verschiedensten Kontexten statt. Sie „lässt sich im sozialpädagogischen und psychosozialen Bereich definieren als Angebot von Hilfe und Unterstützung

- bei der Orientierung in Anforderungssituationen und Problemlagen,
- bei der Entscheidung über anzustrebende Ziele und Wege,
- bei der Planung von Handlungsschritten zur Erreichung der Ziele,
- bei der Umsetzung und Realisierung der Planung
- und bei der Reflexion ausgeführter Handlungsschritte und Vorgehensweisen“

(Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 15).

Das Feld der Beratung differenziert sich zunehmend aus. Eine Folgeerscheinung ist seine zunehmende Unübersichtlichkeit vor allem für die sozialen und pädagogischen Einrichtungen, bei denen Beratung in „andere professionelle Tätigkeiten integriert ist“ wie z.B. die Erwachsenenbildung (ebd.: 32-33). Ähnliches gilt für den Bereich der Supervision im Allgemeinen.

Im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung zum Logopäden wird der Begriff der Supervision häufig verwendet. Daher soll nun geklärt werden, wo sich die Supervision im übergeordneten Feld der Beratung einordnen lässt. Hierbei wird besonders der Bereich der pädagogischen Beratung berücksichtigt.

Laut Mollenhauer wird in der Pädagogik Beratung als herausgehobener Moment im Erziehungsprozess verstanden (Mollenhauer 1991 in Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 18). Beratung an sich ist in die Tätigkeit eines Pädagogen integriert. In der Regel ist der Beratungsanlass, welcher mit einer Frage der Ratsuchenden beginnt, der Moment, in dem Entscheidungen oder Handlungen vorbereitet werden (ebd.). Die beratende Aufgabe der Pädagogen ist in ihr pädagogisches Handeln integriert, da in der pädagogischen Interaktion Probleme aus den unterschiedlichsten Themengebieten bzw. Bereichen zusammenkommen und Beratungsinteraktionen nötig machen (ebd.).

Supervision als eine Methode von Beratung ist „auf die Auseinandersetzung mit professionellen Handlungsvollzügen gerichtet“ (Schreyögg 2004: 24). Bei der Gegenstandsbestimmung von Supervision sind nach Schreyögg „fünf basale Charakteristika entscheidend:

- (1) *Inhaltlich* ist sie auf eine Auseinandersetzung mit sozialen Handlungsvollzügen von Praktikern zentriert und soll diese unterstützen, ihre Praxis im weitesten Sinne besser als bisher zu tun. [...]
- (2) Sie realisiert dies über drei potenzielle *Beratungsaufgaben*: eine kognitiv orientierte Fachberatung, eine psychotherapie-ähnliche Beratung oder die Organisationsberatung
- (3) Diese thematischen Auseinandersetzungen mit ihren potenziellen Beratungsaufgaben stehen jeweils in einem *kontextuellen Rahmen*. Dieser kann prinzipiell danach variieren, wie viele Supervisanden an der Supervision teilnehmen und wie stark er institutionalisiert ist, d.h. in welcher Weise er an ein organisiertes System angebunden ist. Entsprechend diesem Kontext ergeben sich dann unterschiedliche formale Rollenkonstellationen in der Supervision.
- (4) Diese thematischen Auseinandersetzungen mit ihren jeweiligen kontextbezogenen Beratungsaufgaben realisieren sich in konkreten supervisorischen *Beziehungen*.
- (5) Themen und durch den Kontext geprägte Beziehungen charakterisieren die jeweilige supervisorische Situation. Diese muss vom Supervisor als professionellem Akteur entsprechend einem konzeptionellen Ansatz *gehandhabt* werden“

(ebd. 24-25, Hervorh. im Orig.).

Supervision ist demnach als Beratungsformat für Praktiker der verschiedensten Arbeitsbereiche anwendbar. Hierbei ist sie längst über ihre ursprünglichen Arbeitsfelder in der Sozialarbeit und Psychotherapie (vgl. Kapitel 3.1) hinausgewachsen. Diese zielen in großem Maße auf die personelle Veränderung von Menschen ab.

In den pädagogischen oder medizinischen Arbeitsbereichen ist der Gegenstand der Supervision (geringfügig) anders gelagert. So versteht sich der Auftrag eines Arztes oder Lehrers darin durch Belehren oder Heilen Veränderungen in der personellen Struktur des Gegenübers zu evozieren. Diese Veränderungen sind jedoch im Gegensatz zur ursprünglichen Form der Supervision quantifizierbarer und präzisierbarer. Sie werden vielmehr durch die Vermittlung von Fachwissen bestimmt.

Doch auch diese vermeintlich fachwissenschaftlich geleiteten Situationen führen nicht unbedingt zum erwünschten Erfolg. Tritt der Fall ein, dass Ärzte bzw. Ausbilder als Kommunikatoren versagen und die Patienten oder Schüler sie als Mensch nicht wahr- bzw. annehmen, können sie Wissen kaum erfolgreich vermitteln (vgl. Schreyögg 2004: 35).

Ein weiteres wesentliches Element der Supervision ist die Selbsterfahrung. Hierbei wird weniger auf dem Weg des kognitiven Verstehens gelernt, sondern eher über das Verstehen und die Verarbeitung des eigenen Erlebens (vgl. Fatzer, Rappe-Giesecke & Loos 2002: 38).

In der Ausbildung zum Therapeuten, so auch des Logopäden, wird in der späteren Ausübung der Tätigkeit nicht nur auf das reine Fachwissen zurückgegriffen. Ebenso wichtige Arbeit-

sinstrumentare sind das „eigene Gefühl und die innere Wahrnehmung“ (Rappe-Giesecke 1994: 3).

Um diese therapeutischen Kompetenzen zu erlernen, reicht die traditionelle Wissensvermittlung in Form von reinem Theorieunterricht nicht aus. Die Praxis hat gezeigt, dass „man therapeutisches Handeln nicht [nur] in Vorlesungen lernen kann“ (ebd.). In der Supervision, die zwei getrennte Formen des Lernens, nämlich: Selbsterfahrung und Instruktion, miteinander verbindet, können die therapeutischen Kompetenzen besonders gut erlernt und umgesetzt werden (vgl. ebd.).

Die Supervision stellt somit eine Form von Erfahrungslernen dar, denn eine zentrale Rolle im Prozess der Supervision ist „die Bearbeitung von Erfahrungen, die in der persönlichen Gestaltung der eigenen Berufsaufgaben gesammelt wurden“ (Kessel van 1998: 51). Erfahrungslernen wird definiert als „ein Prozess, durch welchen der Erwachsene lernt, sich seiner Erfahrung bewusst zu werden und diese zu bewerten“ (ebd.).

Hinzu kommt der Aspekt der Reflexion, der ebenfalls ein Bestandteil von Supervision ist und sich innerhalb des Prozesses der Supervision an die Durchführung einer Tätigkeit, im Fall der Logopädieausbildung, an die Behandlung eines Patienten durch einen Schüler, anknüpft.

Die Reflexion der eigenen Tätigkeit erfüllt eine wichtige Funktion um die gesteckten Ziele zu erreichen. Bei der praktischen Logopädieausbildung können diese Ziele innerhalb einer Therapiestunde bzw. für eine Behandlung aufgestellt sein und sowohl fachlichen als auch personellen Charakter haben. Anhand des „Umgangs mit Krisen und mit der Reflexion der eigenen Strukturen“ kann der Logopädienschüler „lernen, wie man mit Krisen in den Beziehungen zu Klienten [...] umgehen kann“ (Rappe-Giesecke 1994: 195). Hierfür kann er von „der Möglichkeit der Selbstreflexion Gebrauch“ machen (ebd.). Diese Art der Reflexion erhöht die professionelle Kompetenz der Schüler. Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass es sich bei der Supervision um eine Form des „reflexiven Erfahrungslernens“ handelt.

3.3 Soziale Konstellationen und Methoden von Beratungsformaten

Wie im vorangegangenen Abschnitt herausgearbeitet, herrscht eine große Unübersichtlichkeit, was die Arbeitsfelder und Einsatzmöglichkeiten von Beratung betrifft.

Beratung kann in unterschiedlichen Konstellationen stattfinden, zu denen nachfolgend ein kurzer Überblick gegeben wird.

Zu nennen sind die Einzelberatung, als kleinste denkbare Einheit in Beratungssituationen und die Familienberatung, die in der Beratungsliteratur einen großen Anteil einnimmt.

Weiterhin anzuführen ist die Gruppenberatung, welche in der praktischen Ausbildung zum Logopäden wahrscheinlich schon teilweise umgesetzt wird. In dieser kommen unter der Leitung eines Beraters über einen gewissen Zeitraum eine bestimmte Anzahl von Personen zusammen, die sich „gemeinsam und in direkter Interaktion über ein spezifisches Problem auseinandersetzen“ (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 103). Es gilt sowohl in der Sozial- als auch Gruppenpsychologie als erwiesen, dass in Gruppen viele Herausforderungen und Auf-

gaben besser bewältigt werden können, als dies mit der gleichen Anzahl von Einzelpersonen möglich wäre. Das liegt daran, dass in der Kooperation der einzelnen Gruppenmitglieder eine größere Effizienz erreicht wird und bestimmte arbeitsteilige Rollen entstehen (sogenannter Synergieeffekt). Die Zusammenarbeit in Gruppen zeichnet sich ebenfalls dadurch aus, dass innerhalb der Gruppe sowohl eigene als auch fremde Problemlösungsversuche gemeinsam reflektiert werden können. Ebenso wird durch die Kooperation in der Gruppe die Suche nach Strategien zur Problemlösung erleichtert und gemachte Erfahrungen mit Handlungsweisen können besprochen werden. Ein weiterer Aspekt der Zusammenarbeit in Gruppen besteht darin, dass im Gegensatz zur Einzelberatung die Bindung an die Beratenden schwächer ist und somit eher die Möglichkeit gegeben ist, dass sich den gemeinsamen Beratungsprozess überdauernde Beziehungen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern entwickeln, die gegenseitige Hilfeleistungen ermöglichen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 105).

Als weitere Konstellationen von Beratung sind Selbsthilfegruppenberatung, Organisations- und Institutionsberatung sowie Supervision und kollegiale Beratung zu nennen. Die kollegiale Beratung, auch kollegiale Supervision genannt, erfreut sich in sozialpädagogischen und psychosozialen Einrichtungen zunehmender Beliebtheit und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Es handelt sich um ein metakommunikatives Verfahren, in dem professionsspezifische und sozial-interaktive Kompetenzen verknüpft werden. Im Vordergrund steht hier das gemeinsame Zusammentragen von Wissen und dessen Umsetzung in praktisches Tun. Der Beratungsanlass für eine kollegiale Beratung ist nicht zwingend ein konkretes Problem, sondern die Beratung kann ebenfalls genutzt werden:

- „zur allgemeinen Reflexion im Berufsalltag,
- zur Stabilisierung von Erfahrungen,
- zur Ergänzung der Praxisanleitung, um Zugang zu spezifischen Fragestellungen zu erhalten,
- zur Einübung von Entscheidungsverhalten,
- zur Verminderung von Angstschwellen vor neuen Herausforderungen“

(Fallner/Gräßlin 1990 nach Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 121).

Eine Besonderheit kollegialer Beratung ist, dass sie von Personen durchgeführt werden kann, die weder über spezielle Supervisionserfahrungen noch über eine spezielle Supervisionausbildung verfügen (vgl. Schlee 2008: 21). Somit würde sich diese Beratungsform in der praktischen Logopädieausbildung, in der die Lehrenden häufig keine spezifischen Qualifikationen als Supervisor mitbringen, anbieten.

3.4 Theorie und Methodenvielfalt in der Supervision

In der Beratungsliteratur gibt es eine Vielzahl von Methoden, die im Zusammenhang mit dem Begriff der Supervision beschrieben werden. „Die Methoden und Verfahren, die in diesem Zusammenhang vorgestellt und zur Übung empfohlen oder aufbereitet werden, leiten sich

vornehmlich aus psychotherapeutischen Konzepten von Beratung ab“ (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 133).

Beratung an sich ist immer ein Handeln, welches viele methodische Ansätze vereint. Diese Methoden werden je nach Fokus, z.B. nach Beratungskonzeption, Problemlage, Ziel oder Setting der Beratung, kombiniert (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 135).

Auch in der Supervision, die „als eine Sonderform von Beratung für den beruflichen Bereich verstanden werden kann“ (Schlee 2008: 14), existieren verschiedenste Methodenansätze nebeneinander.

Zu nennen sind hier die Gestalttherapie, das Psychodrama (vgl. Schreyögg 2004: 209-267) und die unter Abschnitt 3.3 beschriebene kollegiale Beratung bzw. kollegiale Supervision (vgl. Schlee 2008: 21). Es gibt darüber hinaus Ansätze aus der Beratungsforschung, die in die Supervision als Form der Gesprächsführung integriert werden können und werden. Beispiele hierfür sind die lösungsorientierte Beratung, die systemische Beratung oder auch die ressourcenorientierte Beratung.

Aufgabe des Supervisors

Ausgehend von pragmatischen Gesichtspunkten ist es die Aufgabe des Supervisors als Dialogpartner bzw. Berater eines Professionellen oder Schülers im Lehrkontext ein angemessener Dialogpartner des Betreuten zu sein. Gefordert ist, durch die konkreten Situationsansprüche der Supervisanden vielfältigste theoretische und methodische Ansätze zu vereinen. Aus diesem Anspruch heraus muss für die Supervision auf eine Vielzahl von Theorien und Methoden zurückgegriffen werden.

Die Supervision als angewandte Sozialwissenschaft versucht in ihrer Theorie, die phänomenologische Vielfalt des menschlichen Tuns zu strukturieren. Sie enthält somit, ausgehend von der sozialwissenschaftlichen Theorie, immer Wertvorstellungen und Normen über das Sein des Menschen und soziale Phänomene. Je nach Methodenauswahl fließt somit eine spezifische normative Orientierung in die Supervision mit ein (vgl. Schreyögg 2004: 37). Die unterschiedlichen Menschenbilder, mit denen die Supervision aufgrund unterschiedlicher sozialwissenschaftlicher Ansätze arbeitet, sollten bei der Analyse von Supervisions- bzw. Beratungsprozessen mit bedacht werden. Entsprechend sollte die Wahl der Methoden themen-, beziehungs- und kontextspezifisch ausfallen und zur jeweiligen Gesprächssituation passen (ebd.: 37-38).

Die Beratungsbeziehung

Als wichtigster Aspekt in der Beratung und somit auch in der Supervision ist die Beziehung zwischen Beratendem und Klienten herauszustellen. Denn „der Erfolg jeglicher Beratungsbemühungen ist abhängig von der Berater-Klient-Beziehung, die im Beratungsprozess entsteht bzw. aufgebaut wird“ (Sickendiek, Engel & Nestmann 2002: 129).

Ohne eine offene, vertrauensvolle und auf Zusammenarbeit ausgerichtete Beziehung ist keine erfolgsversprechende Beratung möglich. Fehlt eine solche Beziehung, kann keine noch so

differenzierte Methodenauswahl und kein noch so gekonnter Methodeneinsatz den Beratungserfolg, die Kontinuität von Beratungsprozessen und die Verbindlichkeit von gemeinsamen Beratungsabsprachen sichern (vgl. ebd.).

Deshalb ist es angeraten, in der Supervision den klassischen Merkmalen einer hilfreichen Beratungsbeziehung zu folgen, wie sie von Carl Rogers im Rahmen seiner klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie entwickelt wurden. Diese umfassen Empathie, Echtheit oder Authentizität sowie Wärme und Akzeptanz.

Als Empathie wird die Fähigkeit verstanden, sich in die Gefühle und Gedanken anderer Personen hinein versetzen zu können. Wärme und Akzeptanz bezeichnet die Wertschätzung des Gegenübers, die nicht an bestimmte Bedingungen geknüpft wird. Die durch diese Einstellung geschaffene, akzeptierende und respektvolle Beratungsbeziehung schafft Sicherheit für den Ratsuchenden. Letztendlich sollte die Beratungsbeziehung durch Echtheit und Authentizität des Beraters gekennzeichnet sein und durch einen offenen und direkten Umgang miteinander eine unverfälschte Kommunikation in der Beratung möglich machen.

Diese drei Beziehungsvariablen „gelten heute auch in anderen Beratungskonzepten“ und folglich auch in der Supervision als „generelle Grundlage förderlicher Hilfebeziehungen“ (ebd.: 129-130).

3.5 Supervision in der Aus- und Weiterbildung

Oft wird Supervision im Rahmen von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen angewendet. In diesem Fall supervidiert ein Aus- bzw. Fortbildner einen oder mehrere Ausbildungskandidaten. Diese Form der Ausbildungssupervision wird sowohl in Psychotherapieausbildungen als auch in sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen und psychologischen Ausbildungsgängen angewandt. Die Begleitung der Schüler innerhalb der Praxisausbildung in der Logopädie funktioniert sehr ähnlich.

In der Ausbildungssupervision steht weniger ein eigenständiges Supervisionskonzept im Vordergrund. „Praxisanleitung und Ausbildungssupervision sind in erster Linie durch die Maximen und Regeln der professionellen Technik, die sie vermitteln sollen, bestimmt“ (Rappe-Giesecke 1994: 7).

Lernen Erwachsener in ihrem beruflichen Alltag wird durch Supervision als Beratungsform professionell ermöglicht und unterstützt. Hierbei kann Supervision als Methode, Veranstaltungsform und Institutionalisierung verstanden werden. Innerhalb des Beratungsprozesses der Supervision entscheidet sich der Supervisand für einen nächsten Handlungsschritt. Das entsprechende Handeln erfordert eine bestimmte Absicht, ein Ziel, eine bestimmte Interaktion bzw. das Kreieren und Experimentieren mit neuen Möglichkeiten. Hierbei handelt es sich um einen reflexiven Prozess (vgl. Schwarz 2009: 207).

Schwarz benennt folgende Ziele für das Lernen in der Supervision: neben der Sensibilisierung für das eigene Verhalten und Handeln können als weitere Ziele des Lernens in der Supervision das bewusste Spüren und Wahrnehmen der motivationalen, emotionalen, körperlichen und

interaktionalen Aspekte des beruflichen Handelns benannt werden. Ebenso soll der eigene Umgang mit schwierigen beruflichen Situationen reflektiert werden, was zu erweiterten Perspektiven in Bezug auf das eigene Berufshandeln führen kann. Nicht zuletzt ist ein Ziel der Supervision das individuelle Ausprobieren der eigenen Haltungs-, Reflexions- und Verhaltensmuster in komplexen Situationen (vgl. ebd.: 209).

In Bezug auf die Logopädie kommt es zu Unklarheiten darüber, mit welcher Begrifflichkeit das praktische Lernen der Schüler umschrieben werden soll, resultierend aus der Heterogenität der gebrauchten Ansätze. Neben „Ausbildungssupervision“ werden Begriffe wie „Coaching“ oder „Praxisanleitung“ genannt (vgl. Clausen-Soehngen, Kellner 2009: 35). Es wird vorgeschlagen die Begrifflichkeit der Ausbildungssupervision zu verwenden, da dieser „am ehesten“ deutlich macht, dass „Lehrlogopädinnen die Schülerinnen auf ihrem Weg zu professioneller Kompetenz durch verschiedene Professionalisierungsschritte begleiten“ (ebd.).

3.6 Rollenkonflikte und ethische Konsequenzen in der Ausbildungssupervision

Supervisoren und Beratende müssen sich immer mit den ethischen Konsequenzen ihres Handelns auseinandersetzen. Jedes Handeln in einer menschlichen Interaktion hat Konsequenzen und zieht eine bestimmte Reaktion nach sich. Der Supervisor bzw. Beratende und auch der Klient erleben die Wirkung der Handlungen an sich. So sind beide Akteure im Beratungsprozess verantwortlich für ihr Tun. Jeder Professionelle in seinem Arbeitsfeld ist immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie viel Verantwortung er für sein jeweiliges Gegenüber übernehmen kann muss. Hierbei darf sich nicht pauschal auf die Selbstverantwortung des Klienten berufen werden (vgl. Schreyögg 2004: 55).

Die Frage nach der Verantwortung stellt sich auch in der Ausbildungssupervision. Im Gegensatz zur herkömmlichen Supervision kommt bei der Ausbildungssupervision das Moment des Lehrauftrags hinzu. In gewisser Weise übernimmt der Lehrende die Verantwortung für die Leistungen des Schülers. Da dem Schüler aufgrund des Ausbildungsstandes teilweise das Wissen und die erforderlichen Kompetenzen zum Ausüben einer praktischen Tätigkeit fehlen, kann sich der Lehrer nicht nur auf die Selbstverantwortung des von ihm betreuten Schülers berufen, sondern muss dem Schüler viel fachliche Führung angedeihen lassen.

In Aus- und Fortbildungssupervision findet meist eine Qualifizierung statt. Dies geschieht auch aufgrund von Bewertungen, indem die therapeutische Qualifikation der Teilnehmer öffentlich gemacht und die Arbeit des Schülers durch Gruppenmitglieder und Supervisor eingeschätzt wird. Im schulischen Rahmen der Logopädieausbildung geschieht dies zum Beispiel durch die Vergabe von Zensuren für die Durchführung von Therapien oder durch die Anwesenheit von Hospitanten bei der Therapie, die das Tun des Schülers beurteilen. Mitunter fühlen sich die Schüler dadurch geprüft und eingeschätzt und können Scham und Schuldgefühle entwickeln.

Bloßstellungsängste und Kränkungserfahrungen, die die Selbstachtung gefährden können, sind hierbei nicht zu unterschätzen (vgl. Möller 2001: 301 sowie Schreyögg 2004: 38).

Im stark institutionalisierten Ausbildungskontext, der mit Bewertungen und Zuschreibungen von außen durch Lehrer und eventuell auch andere Schüler arbeitet, könnten diese Ängste noch verstärkt werden. Dies kann dazu führen, dass das eigene praktische Handeln abhängig gemacht wird von den Meinungen und Erwartungen der anderen. Das heißt: das praktische Tun wird danach ausgerichtet, dem Lehrer und den Mitschülern zu gefallen und nicht aufgrund eigener Entscheidungen oder Implikationen, die sich aus der fachwissenschaftlichen Ableitung z.B. anhand von Therapieansätzen ergeben.

Neben der klärenden und begleitenden Funktion erfüllt der Supervisor ebenso eine Art Modellfunktion: von ihm kann gelernt, sich an ihm orientiert und auch von ihm abgegrenzt werden. Durch diese Identifikation kommt es dazu, dass therapeutische Techniken quasi eingeschliffen werden (vgl. Möller 2001: 57). Ob es dadurch zur Entwicklung einer eigenen Therapeutenpersönlichkeit kommt, bleibt fraglich.

Ist der Lehrer nun gleichzeitig der Supervisor bzw. in der Logopädie der den Praxisprozess begleitende Anleiter, kommt es möglicherweise zu Rollenkonflikten. Dem könnte durch eine klare Trennung der Zuständigkeiten für die theoretische und praktische Ausbildung begegnet werden.

Das Thema Rollenkonflikte, besonders in Verbindung von Expertentum und Selbsterfahrung, beschäftigt auch Rappe Giesecke (1994: 3). Die Bildungswissenschaftlerin fragt danach, wie Selbsterfahrung innerhalb therapeutischer Prozesse umgesetzt werden kann, wenn diese gleichzeitig mit Instruktion in Form von Anleitung und Anweisung die Behandlung betreffend, durch den Lehrer miteinander verbunden sind. Sie ist der Meinung, dass Rollenkonflikte durch einen deutlich markierten Perspektivenwechsel zwischen Selbsterfahrung und Instruktion vermieden werden können.

3.7 Forschungsstand und bisherige Umsetzung von Supervision in der Logopädieausbildung

Wie in Kapitel 3.5 ausgeführt, herrscht Unklarheit darüber, wie die praktische Ausbildung in der Logopädie bezeichnet werden soll. Eine allgemeingültige Definition, was Supervision in der Logopädieausbildung beinhaltet und zu leisten hat, gibt es bisher nicht (Siewing 1998: 14).

Die von Schreyögg beschriebenen Supervision, wie sie in der Verhaltenstherapie im Sinne von Skills-Training angewendet wird, entspricht in gewisser Weise der in der Logopädie benutzten Methodik. Innerhalb dieser Form der Supervision soll die Fähigkeit des Supervisanden Probleme im Therapieprozess zu erkennen und entsprechende Methoden auszuwählen, angeleitet und gefördert werden (vgl. Schreyögg 2004: 19).

Zur Anwendung, Effektivität und Akzeptanz von Supervision in der Ausbildung von Logopäden liegen in Deutschland noch keine Untersuchungen vor.

Dies belegt eine Datenbankrecherche in Datenbanken der zentralen Universitätsbibliothek der Humboldt Universität zu Berlin sowie der medizinischen Bibliothek der Charité Universitätsmedizin Berlin; konkret in der FIS Bildung Literaturdatenbank, dem Educational Resources Information Center (ERIC), den medizinischen Datenbanken: PubMed, DIMDI, Medpilot und CareLit sowie in einschlägigen Zeitschriften der Pädagogik, Berufsbildung und Medizin. Hauptsächlich verwendete Suchbegriffe waren: Supervision und Logopädie in Deutschland sowie Theorie-Praxis-Transfer Logopädie.

Auf eine Datenbankrecherche zu Untersuchungen, die sich mit dem Theorie-Praxis Verhältnis der Logopädie in anderen Ausbildungssystemen außerhalb Deutschlands beschäftigen, wurde verzichtet, da sich sowohl die Organisation der Ausbildung als auch die Ausbildungsinhalte weltweit als zu heterogen darstellen, um sie mit dem deutschen System der Ausbildung zu vergleichen (vgl. Grohnfeldt & Romonath 2000: 258-259).

Eine Untersuchung lässt sich jedoch für die Supervision der praktischen Ausbildung in der Physiotherapie finden. Waibel (2004) beschreibt, dass die praktische Ausbildung von Physiotherapieschülern innerhalb von Praktikumsstellen und außerhalb des schulischen Kontextes stattfindet. Die Untersuchung stellt fest, dass „obgleich Supervision in anderen psychosozialen, pädagogischen und, therapeutischen und medizinischen Disziplinen wie der Sozialarbeit, der Pädagogik, in einem Teilbereich der Medizin (Balint), und vor allem in der Psychotherapie zu einer wichtigen Grundlage professionellen Handelns geworden ist, [...] supervisorische Ansätze in und auch nach der schulischen Ausbildung eher Gelegenheitscharakter haben“ (Waibel 2004: 2). Im Vordergrund der untersuchten Supervision stand die fallspezifische Arbeit (Prozessarbeit) mit dem Patienten, jedoch auch Probleme an der Praktikumsstelle.

Schwerpunkte der Prozessarbeit waren: die Auseinandersetzung mit schwierigen Patienten, Nähe-Distanz Probleme, Therapiemotivation, ethische Fragen, seltene Diagnosen und Krankheitsbilder, Bedeutung der Depression in der physiotherapeutischen Behandlung, Umgang mit Schwerstkranken, Trauer und Tod sowie persönliche Betroffenheit im Sinne von Empathie.

Die Untersuchung ergab, dass sich aufgrund der Supervision innerhalb der Physiotherapieausbildung ein besseres Fallverständnis bei den Schülern einstellte, ein Anstieg der Wissensvermittlung zu verzeichnen war und sich die kommunikativen Kompetenzen der Ausbildungsteilnehmer verbesserten. Nach Meinung der Schüler sollte Supervision grundsätzlich in die Ausbildung von Physiotherapeuten integriert werden. Fraglich bleibt jedoch, inwieweit der institutionelle Kontext einer Ausbildungseinrichtung geeignet ist, dem Problem der Selbsterfahrung in Verbindung mit der Machtfrage (Lehrer-Schüler) zu begegnen (vgl. ebd.: 4-10).

In der Logopädie wird Supervision als Form von reflexivem Erfahrungslernen innerhalb der Praxisanleitung von jeher in den meisten Ausbildungsstätten angewandt. Sie bietet den Lernenden „eine solide und fundierte therapeutische Ausbildung, die in keinem anderen Ausbildungsgang erreicht wird“ (Tesak 1999: 16).

Der Beratungsaspekt nimmt innerhalb der späteren Tätigkeit als Logopäde einen großen Stellenwert ein. „Beratung ist Bestandteil jeder logopädischen Therapie, sowohl im gesamten Therapieprozess mit einem Patienten als auch in jeder einzelnen Sitzung. Die Beratung hat

ihren Fokus im Zusammenhang Symptomatik – Lebenswelt des Patienten. Sie ist die Basis für einen Prozess, der die Arbeit an der Symptomatik punktgenau und individuumzentriert in die aktuelle wie allgemeine Lebenssituation des Patienten einpasst“ (Clausen-Söhngen 2005: 24).

Logopäden sind in der späteren Ausübung ihrer Tätigkeit immer wieder mit psychischen, psychosozialen, sozialen und pädagogischen Äußerungen und Fragestellungen ihrer Klienten konfrontiert. Folglich muss die Kompetenz zur Beratung neben der rein fachlichen Vermittlung von Wissen in der Ausbildung entwickelt werden. Hierbei bietet sich eine Methode wie die Ausbildungssupervision an, da sie Anteile von Instruktion und Selbsterfahrung verbindet und die Möglichkeit der Selbstreflexion bietet.

Innerhalb des Lernprozesses der Schüler zur Entwicklung von Beratungskompetenz kommt es zu Anpassungsleistungen, die durch Reflexion unterstützt werden. Die hierbei entscheidende Grundhaltung ist, dass Studierende von innen lernen und es lediglich eines Impulses bedarf, um sie darin zu unterstützen (vgl. Wanetschka 2009: 32). Wie dieser Impuls ausgelöst und umgesetzt werden kann, soll im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch näher betrachtet werden. Ein Ansatz zur Gestaltung der praktischen Ausbildung in der Logopädie ist die von Clausen-Söhngen und Kellner (2009) beschriebene Transaktionsanalyse. Sie lässt sich aufgrund ihrer spezifischen Betrachtungsweise menschlichen Erlebens, Denkens und Verhaltens gut in die praktische Logopädieausbildung integrieren (vgl. Clausen-Söhngen & Kellner 2009: 34). Grundlage der therapeutischen, beraterischen oder supervisorischen Arbeit in der Transaktionsanalyse ist die Vereinbarung eines gemeinsamen Arbeitsvertrages. Ein solcher Vertrag enthält die zu erreichenden Therapieziele und -aufgaben. Ähnlich wie bei einem Rahmenvertrag über die Dauer der Begleitung der Schüler werden hier formale Aspekte, wie z.B. Terminvereinbarungen, Umfang und Form der zu erbringenden schriftlichen Leistungen (Befunderstellung, Therapieplanung etc.) und die Aufgaben von Therapeuten und Co-Therapeuten, festgelegt. Ebenso formuliert der Schüler auf der inhaltlichen Ebene, was er über die fachlich-methodische Ebene hinaus erlernen möchte. Hier könnten Fragenstellungen, die personale und sozial-kommunikative Kompetenzen betreffen, benannt werden. Aufgabe des begleitenden Lehrlogopäden ist es, die vereinbarten Ziele während der gesamten Zeit der Betreuung zu sichern, Feedback zu geben und mit dem Schüler gemeinsam an der Erfüllung dieser Ziele zu arbeiten (vgl. ebd.: 37).

4 Die Theorie-Praxis Wechselbeziehung in der wissenschaftlichen Diskussion

4.1 Begriffsbestimmung: Theorie und Praxis

Eine *Theorie* wird beschrieben als ein „System (= ein methodisch ermitteltes und geordnetes Ganzes) von Prinzipien bzw. Regeln, die Informationen über das Verhalten von Realitätselementen und über die Relationen zwischen Realitätselementen, also über die Struktur von Realitätssituationen (überhaupt) enthalten“ (Rössner 1989: 25).

Rössner führt aus, dass sich jede Theorie auf ein System von „generellen Handlungsregeln“ stützt, welche sich auf „generell charakterisierbare Realitätselemente“ beziehen (ebd.).

Praxis stellt sich für ihn als „ein durch solche generellen Handlungsregeln bzw. durch ein System von generellen Handlungsregeln (= anwendungsorientierte Theorie) fundiertes Handeln in jeweils theoriebezogener Realität“ dar (ebd.: 25).

Eine Theorie ist somit ein „wirksames Erklärungs- und Vorhersageinstrument“ von Realität. Sie ermöglicht die Formulierung von Fragen und erlaubt die systematische Untersuchung einer Reihe von Ereignissen“ (Benner 1994: 26). Eine Theorie ist ein vereinfachtes Bild eines Ausschnittes der Realität, der mit dieser Theorie erklärt werden soll.

Der Begriff der Praxis ist umgangssprachlich oft verbunden mit dem Begriff der Tat bzw. Handlung. Vereinfacht betrachtet kann man die Theorie als Abstraktum „Wissen“ und Praxis als Konkretum „Handeln“ beschreiben (vgl. Heid 2001: 1089).

Indem Wissenschaftler versuchen, durch Theorien die Kausalbeziehungen zwischen unterschiedlichen Ereignissen herzustellen, ergründen sie das sogenannte Theoriewissen oder „Wissen, dass“. In der wissenschaftlichen Diskussion um den Wissensbegriff lässt sich jedoch feststellen, dass neben dem sogenannten „dass Wissen“ oder „know that“ der Mensch über viele Fähigkeiten „know how“ verfügt, die er sich ohne Wissen über das „know that“ angeeignet hat (vgl. Benner 1994: 26).

Zu dem sogenannten „wie Wissen“ oder „know how“, welches alltägliche Tätigkeiten, wie zum Beispiel Schwimmen oder Fahrradfahren, also Praxiswissen beinhaltet, können keine theoretischen Aussagen getroffen werden.

Die Unterscheidung zwischen „know that“ und „know how“ geht zurück auf Gilbert Ryle. Ryle erläutert, dass das „knowing how“, was soviel bedeutet wie Können oder Handlungskompetenz, fundamental ist und die Grundlage für die Ableitung des „knowing that“ bildet (vgl. Neuweg 1998: 16).

Nach Ryle stellt das Können die zugrunde liegende, beziehungsweise zuerst bestehende Form des Wissens dar. Das „know how“ ist dem „know that“ logisch und zeitlich vorgelagert (vgl. ebd.).

Diese Unterscheidung der verschiedenen Wissensarten in „know how“, auch prozeduales Wissen genannt, und „know that“, welches das deklarative Wissen umschreibt, zählt zu den bekanntesten Theorien über den Wissensbegriff (vgl. Gerstenmaier & Mandl 2000: 291). Eine weitere Umschreibung des Wissensbegriffes findet sich in der Definition von explizitem und implizitem Wissen. Hierbei wird das explizite Wissen als Theoriewissen verstanden, das implizite Wissen hingegen eher als unbewusstes und durch Erfahrungen und Einstellungen erworbenes Wissen (vgl. Landwehr 2002: 53).

4.2 Die Problematik des Theorie-Praxis Transfers

Warum ist Theoriebildung für die Praxis wichtig? Wie wirkt Praxis auf die Theorie?

Die Diskussion über das so genannte Theorie-Praxis Problem stellt sich als sehr komplexes Gefüge dar, deren verschiedene Strömungen hier nur verkürzt dargestellt werden können.

Trotz der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema, gerade auch im Bereich von Bildung und Ausbildung, ist keine Klärung in Sicht. „Das Theorie-Praxis-Problem der Erziehungswissenschaften scheint [zwar] ausdiskutiert, aber nicht gelöst“ (Oelkers 1984: 19).

Zentrale Fragen im Diskurs sind, inwieweit jeder Praxis eine Theorie immanent ist, es für jede Praxis eine Theorie braucht bzw. die Praxis durch eine Theorie erklärt, umgesetzt und erläutert werden kann. Wie also wird Praxis in Theorie – wie Theorie in Praxis transferiert? Transfer meint in diesem Rahmen „die Übertragung des Gelernten auf neue Situationen“ (Landwehr 2002: 46). Unter „neuen Situationen“ verstehen wir hier „Situationen des beruflichen Handelns“ (ebd.).

Verschiedene Ansätze versuchen das Theorie-Praxis Verhältnis zu umschreiben. Zunächst ist hier der *Primat der Praxis* zu nennen: bei dieser Auffassung fordert das berufliche Handlungsfeld von wissenschaftlicher Forschung, aus den Praxiserfahrungen heraus Theorien zu entwickeln, die wiederum der beruflichen Problemlösung dienen. Eine weitere Auffassung setzt auf das *Primat der Theorie*: dieses geht von der Wissenschaft aus und meint, dass Theorien das berufliche Handeln anleiten sollen. Durch die Beschreibung der Berufsrealität durch die Wissenschaft werden Vorgaben für das berufliche Handlungsfeld gegeben.

In der geisteswissenschaftlichen Pädagogik zu Beginn der 1920er Jahre hat Erich Weniger versucht, in seiner Beschreibung von mehreren Stufen der Theoriebildung die komplexe Beziehung von Theorie und Praxis zu erklären.

Laut Weniger ist die Praxis immer eine Verflechtung von Theorie und Tun. Ausgehend von einer Einheit von Theorie und Praxis unterscheidet Weniger mehrere Stufen der Theoriebildung – aufgeteilt nach dem Grad ihrer Abstraktion.

Als erste Stufe bzw. „Theorie ersten Grades“ wird die weitgehend unreflektierte pädagogische Aktion und Reaktion beschrieben. Diese wird als Alltagswissen oder Alltagstheorie bezeichnet, die sich ungeprüfter Erfahrungssätze aus dem Leben bedient.

Als zweite Stufe der Theoriebildung gilt die „Theorie der Praktiker“. Hierbei handelt es sich vor allem um die methodisch-didaktische Theorie der Lehrer und berufsmäßigen Pädagogen,

also um deren Handwerkszeug. Die hier gemachten Erfahrungen sind vor allem über Versuch und Irrtum erworben und somit in Bezug auf ihre Anwendbarkeit und ihren Erfolg hin erprobt.

Die dritte Stufe der Theoriebildung findet laut Weniger in den Wissenschaften statt. Sie wird bezeichnet als die „Theorie des Theoretikers“ und hat den Anspruch, den höchsten Grad an kritischer Reflexion zu erreichen (vgl. Weniger nach Raapke 1982: 159-160).

Es stellt sich die Frage, auf welcher der von Weniger beschriebenen Abstraktionsebenen sich die Lehrenden in der Logopädie befinden.

Ein ähnliches Verhältnis von Theorie und Praxis beschreibt auch Rössner. Nach seiner Aussage gründet sich die Praxis grundsätzlich über Theorien, von denen der „Praktiker annimmt, dass sie konkretisierbar sind und ihnen somit das Prädikat ‚fundierungs-tauglich‘ zugeordnet werden kann“ (Rössner 1989: 61). Weiterhin ist er der Meinung, dass Theorien als solche nicht für die Praxis tauglich sind, sie können nur durch die „Konkretisierung oder Spezialisierung“ für die Praxis anwendbar gemacht werden“ (ebd.).

Die Differenz zwischen Theorie und Praxis scheint in der Pädagogik im Vergleich zur Medizin oder Theologie besonders groß zu sein. Heid weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass „jeder Praxis (...) eine Theorie immanent“ ist (Heid 2001: 1090). Er sagt: „Wissenschaft und also auch Erziehungswissenschaft *ist* gesellschaftliche Praxis“ (ebd., Hervorh. im Orig.)

Trotz der hier beschriebenen Wichtigkeit von Theorien für die Praxis, ist eine „an sich ‚funktionierende‘ Praxis noch kein Beweis für die Richtigkeit der diese Praxis konstituierenden, fundierenden, anleitenden und rechtfertigenden Theorien“ (ebd.: 1091).

Hieraus leitet sich die Frage ab, warum fundiertes Theoriewissen für das Funktionieren der Praxis so wichtig ist.

In Bezug auf die Pflege- und Gesundheitswissenschaft stellt Schewior-Popp fest, dass die dort bestehende Ausbildungspraxis die „theoriegeleitete pflegerische bzw. rehabilitativ therapeutische Praxis“ braucht. Die lehrenden Pflege- und Rehabilitationspädagogen wiederum brauchen die „theoriegeleitete pädagogische Praxis“ zur Ausübung ihrer Tätigkeit (vgl. Schewior-Popp 1998: 7). Diesen Anforderungen an ein gelingendes Theorie-Praxis-Verhältnis in den Pflege- und Gesundheitsberufen kann durch das Prinzip der Handlungsorientierung entsprochen werden (ebd.).

4.3 Das Verhältnis von Wissen und Können bzw. Wissen und Handeln

Eng verbunden mit dem Theorie-Praxis-Problem ist die Frage nach dem Verhältnis von Wissen und Können bzw. Wissen und Handeln. Die Betrachtung des Themas erfolgt aus dieser eher handlungstheoretischen Perspektive, da sich zeigte, dass sich eine Verbesserung der Praxis durch die Theorie aus „vielerlei Gründen“ nicht problemlos umsetzen lässt (Koring 1997: 75).

Hierzu vorab die Klärung einiger zentraler Begriffe:

Aus handlungstheoretischer Sicht stellt die Vermittlung von Theorie und Praxis ein Problem unterschiedlicher *Wissensstrukturen* dar, deren Transformierbarkeit diskutiert werden muss (vgl. Radtke 1996: 51). „Wissen wird [hierbei] als Gedächtnisinhalt und kognitives Phänomen verstanden und in enger Verbindung mit den Konzepten Information und Repräsentation beschrieben“ (Reinmann-Rothmeier & Mandl 1996: 125). Dies stellt jedoch keine verbindliche Definition von Wissen dar, vielmehr findet sich eine Fülle von Umschreibungen verschiedener Wissensformen.

Ausgangspunkt der Definition von *Handeln* ist, dass Menschen (ein) Verhalten zeigen, also ein nach außen sichtbares Tun. In einer Handlung zeigt sich ein zielgerichtetes Verhalten, welches sich aus der Diskrepanz eines nicht befriedigten Bedarfes, welcher Form auch immer, ergibt. Handeln kann also als ein nach außen gezeigtes Verhalten betrachtet werden. Die wesentlichen Charakteristika menschlicher Handlungen umfassen: Handlungsplanung, kognitive Steuerung der Handlungsausführung, bewusste Aufmerksamkeit und emotionale Bewertung von Handlungszielen, -verläufen und -ergebnissen. Zu einer Handlung gehören immer ein Motiv, ein Ziel und eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit dem entsprechenden Kontext (Reinmann-Rothmeier & Mandl 1996).

Eine einheitliche Definition, was eine Handlung bzw. Handeln beinhaltet, findet sich in der in der handlungstheoretischen Literatur jedoch nicht.

Das *Können* zeigt sich im Handeln. Können meint intelligentes und eigenverantwortliches Handeln auf einem gewissen Niveau, welches bestimmte Kriterien erfüllt. Diese Kriterien können zum Beispiel bedeuten, dass jemand aus seinen Fehlern lernt, die Möglichkeit hat Erfolge zu wiederholen oder aus den Beispielen anderer zu lernen (vgl. Ryle 1969: 31)

Aus der handlungstheoretischen Perspektive ist *Wissenserwerb* dann besonders effektiv, wenn er im Handlungskontext gelernt wird. Daraus ergibt sich, dass Lernen „immer im Zusammenhang mit dem Setting“ (also der Situation) stattfindet und von diesem bestimmt wird (Gerstenmaier & Mandl 2000: 292). Für Vermittlung von beruflicher Handlungskompetenz ist das Prinzip der Handlungsorientierung also von zentraler Bedeutung.

In Bezug auf die Handlungsorientierung schließt Handeln „den Aspekt der Bewusstheit, der Planbarkeit, der Begründbarkeit und der Verantwortung mit ein“ (Schewior-Popp, 1998: 8). Demnach muss professionelles Handeln in den späteren Tätigkeitsfeldern im Gesundheits- und Sozialwesen laut Schewior-Popp auch immer theoriegeleitet sein (ebd.).

Im Prinzip der Handlungsorientierung sollen den Schülern Fach-, Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz vermittelt werden, wobei darauf geachtet werden soll, dass die bereits vorhandenen Kompetenzen der Schüler und die für die zukünftige Berufsausübung notwendigen Kompetenzen in den Prozess der Vermittlung integriert werden (ebd.). Anhand entsprechend zu erwerbender Qualifikationen innerhalb der Ausbildung, die sich aus dem Anforderungsprofil des späteren Tätigkeitsfeldes im Berufsfeld Gesundheit und Soziales ergeben, wird festgelegt, was der Schüler zu lernen hat. Die dort zu erwerbenden Qualifikationen lassen sich den genannten Kompetenzbereichen zuordnen.

Ein weiteres Bindeglied in der Diskussion um das Verhältnis von Wissen und Können ist die Beschreibung des expliziten und impliziten Wissens.

Mit diesen Begriffen wird versucht, das Transferproblem des Wissens von der Theorie in die Praxis neu zu verorten und zu beschreiben. Gerade auch in der Betrachtung der didaktischen Idee des dritten Lernortes sind die Begriffe des impliziten und expliziten Wissens von großem Nutzen. Mit *explizitem Wissen* wird das in Worte gefasste Wissen charakterisiert. In Bezug auf das Berufslernen gehört z. B. das Regel- und Verfahrenswissen zu dieser Form des Wissens.

„Im expliziten Wissen wird in erster Linie das ‚Reguläre‘, das heißt das in verschiedenen Situationen Anwendbare erfasst, während gleichzeitig das Individuelle und das Situativ-Einmalige in den Hintergrund tritt“ (Landwehr 2002: 53). Das explizite Wissen bildet also die Form von Informationen, die in Theorien, Formeln oder Handbüchern niedergelegt sind. Es ist allgemeingültiges, übertragbares und vom Kontext lösbares Wissen, welches durch verbale Wissensaneignung in Form von Zuhören oder Lesen sowie durch das Reflektieren und Systematisieren der eigenen Praxis erworben wird (vgl. ebd.: 54).

Dahingegen wird *implizites Wissen* als Wissen umschrieben, welches dem Individuum verfügbar ist, ohne dass dieses von der betreffenden Person „expliziert“, also in Worte gefasst werden kann. Nach Landwehr können wir mit „diesem meist unbewusst verfügbaren Wissen [...] bestimmte Handlungsregeln, Instrumente und Verfahrensweisen in unterschiedlichen Situationen adäquat anwenden“ (ebd.: 53). Impliziertes Wissen existiert in Form von persönlichen Erfahrungen, Fertigkeiten und Einstellungen. Es ist schlecht greifbar und unstrukturiert und folgt einer eher intuitiven Logik. Erworben wird dieser Form des Wissens durch Beobachten, Kopieren, Imitieren und durch das Ausprobieren in konkreten Handlungssituationen. „Das implizite Wissen steht in engem Zusammenhang mit dem situationsbezogenen Wissen (Kontextwissen)“ (ebd.: 54). Dieses *Kontextwissen* bezieht sich einerseits auf den äußeren Kontext, also das In-Beziehung-Setzen des Wissens zu den äußeren Gegebenheiten der Handlungssituation und andererseits auf den inneren Kontext, also das In-Beziehung-Setzen zu den inneren Gegebenheiten des handelnden Subjektes. Die genannten Aspekte sind wichtig, um bereits erworbenes Handlungswissen in der Praxis umsetzen zu können.

Durch die rein implizite Verfügbarkeit des Kontextwissens fällt es schwer, das in der Schule bzw. Ausbildung erworbene Wissen von der schulischen Lernsituation auf die Praxissituation zu übertragen. Hier lässt sich eine direkte Verbindung mit dem Transferproblem zwischen Theorie und Praxis herstellen. Schwierigkeiten im Transfer entstehen nämlich vor allem dann, wenn das relevante implizit verfügbare Kontextwissen fehlt und das Individuum die Einpassung des abstrakten Regelwissens in den Handlungskontext nicht adäquat vornehmen kann.

4.4 Der dritte Lernort

In der berufspädagogischen Diskussion der letzten Jahre vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen wird häufig die Begrifflichkeit des „dritten Lernortes“ genannt.

Nach Landwehr ist der „dritte Lernort“ ein Ort, wo theoretisches und praktisches Lernen integriert vermittelt wird. Theorie und Praxis, systematische Reflexion und praktisches Handeln treten hier in Interaktion. Hierbei orientiert sich der dritte Lernort „an Situationen der betrieblichen Praxis: diese bilden den Ausgangspunkt und den Zielpunkt des Lernens“ (Landwehr 2002: 42 - 43). Nebenher existieren der erste und zweite Lernort - Schule und Betrieb (vgl. Landolt 2002:9).

Der dritte Lernort stellt somit ein „Reformprojekt“ dar, „das zwischen informellem Lernen [...], und formalem Lernen [...], vermitteln soll. [...] Didaktisch-methodisch steht ein anwendungsbezogenes, arbeitsnahes Lehren und Lernen im Vordergrund, welches Probierhandlungen und Experimenten genügend Raum zur Verfügung stellt“ (Gonon 2002: 34).

Der dritte Lernort ermöglicht es, dass sich „praxisbezogene Erfahrungen, erfahrungsbezogene Reflexionen und reflexionsunterstützende Theorien in wechselseitiger Ergänzung entfalten können“ (Landwehr 2002: 46). Durch diese didaktische Maßnahme, bzw. die Umsetzung des erlernten Wissens in einer Umgebung wie sie der dritte Lernort bietet, kann das Theorie-Praxis Problem verringert werden.

Der dritte Lernort basiert auf der Idee des transferorientierten Lernens. Die Transferfähigkeit der Schüler wird gestärkt und ermöglicht ihnen, die Differenz zwischen der „theoretischen“ Lernsituation und der „praktischen“ Anwendungssituation selbstständig zu bewältigen. Die Handlungssituationen und die darin enthaltenen situationsspezifischen Anforderungen können selbstständig erfasst bzw. die Fähigkeit erhalten werden, den Erfolg oder Misserfolg des eigenen Handelns selbst zu evaluieren. Somit gelingt es den Schülern die Erreichung ihres Handlungsziels zu reflektieren, den eigenen Handlungserfolg kritisch zu hinterfragen und aus der erlebten Situation und dem zugehörigen eigenen Handeln für nachfolgende Situationen zu lernen. Im Konzept des dritten Lernortes bietet sich somit die einmalige Gelegenheit, das erworbene theoretische Wissen im Praxisfeld zu erproben.

Hinzu kommt, dass die Ausbilder bzw. Lehrer im Bereich des dritten Lernortes eine andere Rolle innehaben als im Lernort Schule. Dieser ist stark durch die Idee einer lehrerzentrierten Wissensvermittlung geprägt.

Im Vordergrund bei der Begleitung der Schüler durch den Ausbilder nach dem Konzept des „dritten Lernortes“ stehen nicht Stoffdarbietungen sondern „prozessorientierte Unterstützungsaktivitäten, die sich an der Idee des selbstgesteuerten Lernens“ orientieren (Landwehr 2002: 60). Am besten lässt sich die Rolle des Ausbilders im Konzept des dritten Lernortes „mit dem Begriff der Lernprozessbegleiterin oder des Coaches umschreiben“ (ebd.).

Hierbei hat der Lehrende darauf zu achten, dass er ein Gleichgewicht zwischen „individuell beratenden und gruppenbezogen moderierenden Aktivitäten“ findet (ebd.).

Diesen Definitionen folgend handelt es sich bei dem „dritten Lernort“ um eine Verknüpfungsstelle zwischen Betrieb und Schule. Hierbei wird jedoch von einer dualen Berufsausbildung ausgegangen. Diese klare Trennung der Lernorte „Betrieb“ und „Schule“ ist in der Ausbildung zum Logopäden nicht gegeben, da der Großteil der praktischen Ausbildung im Lernort „Schule“ stattfindet. Die Schüler/Auszubildenden suchen den Lernort „Betrieb“ meist für nur

wenige Praktika auf, häufig in Form einer logopädischen Praxis oder einer Rehabilitationseinrichtung bzw. eines Krankenhauses. Der deutsche Bundesverband für Logopädie gibt vor, dass diese „externen Praktika“ eine Gesamtdauer von 18 Wochen innerhalb der gesamten Ausbildungsdauer von 3 Jahren nicht überschreiten sollen (dbl 1998).

Durch die Durchführung von Therapien an den Logopädieschulen und der somit gegebenen systematisch gestalteten Interaktion von Theorie und Praxis kann das Konzept des dritten Lernortes jedoch auf die Gestaltung der praktischen Logopädieausbildung angewendet werden.

In der Struktur des dritten Lernortes kann der Transfer sowohl von explizitem zu implizitem als auch von implizitem zu explizitem Wissen gewährleistet werden. Dies kann durch Training von Fertigkeiten, die in der Praxis zur Anwendung kommen, gewährleistet werden (explizit zu implizit). Weiterhin kann das Wissen durch die gezielte Reflexion von Praxiserfahrungen transferiert werden, die für die Wiederanwendung in künftigen Situationen oder bezogen auf andere Personen einer Aufarbeitung bedürfen (implizit zu explizit) (vgl. Landwehr 2002: 55-59).

Besonders hervorzuheben ist in Hinblick auf die Ausgestaltung des Theorie-Praxis-Transfer im Rahmen der Logopädieausbildung, dass der dritte Lernort die Verbindung von implizitem zu explizitem Wissen durch die „gezielte Durchführung von praktischen Erfahrungen und Beobachtungen mit anschließender Reflexion“ gewährleisten kann, „wobei das Ziel im Schaffen eines Erfahrungsfundaments liegt, um darauf fachtheoretische Erkenntnisse zu illustrieren und zu erarbeiten“ (Landwehr 2002: 60). In der Ausbildungssupervision innerhalb der praktischen Ausbildung zum Logopäden ist dies gegeben.

Weiterhin ist festzustellen, dass Reflexion, unabhängig von ihrer Form ein „wesentliches Hilfsmittel sein kann, um Theorie und Praxis enger miteinander zu verknüpfen“, da sie die Reflektierenden in die Lage versetzt „das momentane Handeln zu begründen und nachvollziehbar zu machen“ (De Jong 1998: 11). Somit ist es nach erlebten Praxissituationen wichtig und erforderlich, diese gedanklich zu durchwandern, auszuwerten und Konsequenzen für das folgende praktische Handeln zu ziehen.

„Eine noch so realitätsnahe Simulation der Realität kann die Realität nicht ersetzen. Hürden und Frustrationen initiieren zu dem schon immer Lernmotivation- und Anlässe“ (Subellok & Katz-Bernstein 1998: 349). In der Struktur des dritten Lernortes und dem Therapieren von „echten“ Patienten in der praktischen Ausbildung zum Logopäden ergibt sich eine Form von „wirklicher“ Berufsrealität, allerdings unter ständiger Begleitung und Sicherung durch einen Lehrlogopäden. Daher können das Training und die Reflexion beruflicher Fähigkeiten in der Struktur des dritten Lernortes den sogenannten „Praxischock“ vermindern.

4.5 Profession und Professionalität

Die Professionalisierungsdebatte bezieht sich vor allem auf die Lehrerbildung bzw. pädagogische Qualifizierung. An dieser Stelle soll jedoch versucht werden, den Aspekt der Professio-

nalisation auf die Entstehung von beruflicher Handlungskompetenz und berufsmäßiger Profession zu beziehen.

Der Begriff der *Professionalität* „wird [...] dann eingesetzt, wenn der Arbeitsinhalt nicht mehr ein überprüfbares Endprodukt enthält, sondern eine Leistung, die sich [...] direkt auf den Menschen bezieht“. Dies kann in den Bereichen Gesundheit, Bildung, und Recht vorliegen (Gieseke 2001: 1239-1240).

Nach Combe & Helsper ist *Profession* gekennzeichnet durch:

- „eine auf wissenschaftliches Wissen gründende Berufsausübung;
- die freiberufliche Stellung;
- Autonomie bei der Formulierung von Standards der Berufsausübung und Ausbildung;
- eine berufsständische Organisation sowie eine explizit artikulierte Berufsethik, die Standards der Berufsausübung nach innen und außen kontrolliert und den Bezug zu zentralen gesellschaftlichen Werten offensiv artikuliert;
- und schließlich als besonderes und zunächst ebenfalls deskriptives Klassifikationsmerkmal: die sogenannte Klientenorientierung, die Tatsache nämlich, dass sich die sachlichen Ziele nur im Aufbau einer gelingenden Beziehung zum Klienten realisieren lassen“ (Combe & Helsper 2002: 30).

Die Logopädie als ein Tätigkeitsfeld der Arbeit an und mit den Menschen zu Entwicklungszwecken, bietet die optimale Voraussetzung für eine Professionsentwicklung (vgl. Gieseke 2001: 1241).

Der in Zusammenhang mit Professionalisierung genannte Begriff der *Kompetenz*, welcher mittlerweile eher als „alltagssprachlicher Mixbegriff“ (Gieseke 2001: 1237) benutzt wird, trägt die Entstehung einer Profession mit. Kompetenz lässt sich aufteilen in vier verschiedene Bereiche: Sach- und Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz (vgl. Nieke 2002: 15). Diese Kompetenzarten, sowie darüber hinaus Kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz hat die Kultusministerkonferenz in ihren Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen (Sekretariat der Kultusministerkonferenz Referat Berufliche Bildung und Weiterbildung 2007) als wesentliche und zu entwickelnde Voraussetzungen für den Aufbau von Handlungskompetenz definiert.

Kompetenz umfasst verschiedene *Komponenten*. Zuerst die Fähigkeit, gegebene Aufgaben sachgerecht zu bewältigen. Weiterhin das Bewusstsein, die gegebenen Aufgaben nach geltenden Maßstäben korrekt und bestmöglich zu erfüllen und die sich aus den ersten beiden Komponenten ergebende Zuständigkeit für die Erfüllung bestimmter Aufgaben, die sich aus der spezifischen Fähigkeit und Berufsethik heraus definieren (vgl. Nieke 2002: 16).

Bezieht man diese Komponenten auf die Begrifflichkeit der pädagogischen Kompetenz, gilt eine Person dann als kompetent, wenn sie fähig ist, die zu bewältigende Aufgabe auf der Basis des ihr zu Verfügung stehenden Weltwissens zu bewältigen – also hier auf Basis des Fachwissen (welches in der Erziehungswissenschaft und deren Bezugsdisziplinen verortet ist). Weiterhin wird eine Person dann als (pädagogisch) kompetent angesehen, wenn sie auf Basis einer speziellen Berufsethik zu handeln weiß und entscheiden kann, was je nach Situa-

tion im Sinne der Klienten zu tun und zu unterlassen ist (ebd.). Dieser Ansatz zur Kompetenzbegrifflichkeit lässt sich auf die Logopädie anwenden, da auch hier ein kompetentes berufliches Handeln zu finden ist.

Bezogen auf die Debatte in der Sozialarbeit beabsichtigt Professionalisierung hier, „das Verhältnis von Wissen und Können, Theorie und Praxis, Wissenschaft und Ethik, Sozialwissenschaft und Pädagogik in einer Weise zu analysieren, die für die Entwicklung eines wissenschaftsbezogenen pädagogischen Berufsverständnisses“ fruchtbar ist (Dewe et al 2001: 23). Da die Sozialarbeit wie die Logopädie Beratungs- und Unterstützungsangebote am Menschen anbietet, lässt sich die geführte Professionalisierungsdiskussion auf die Logopädie anwenden.

Professionelles Handeln zeichnet sich nach Dewe et al. durch Fallverstehen aus, für welches der Erwerb von wissenschaftlichem Wissen notwendig ist (2001: 32). Ergänzt wird der Erwerb des wissenschaftlichen Wissens durch Erfahrungswissen und hermeneutische Sensibilität für den bearbeiteten Fall oder im Fall der Logopädie – für den Patienten. So werden beim professionellen Handeln die wissenschaftliche Regeln weniger 1:1 befolgt, sondern entsprechend der Erfordernisse „ausgenutzt“ (ebd.) und an den Fall oder Patienten angeglichen.

Professionelles berufliches Handeln ist somit gekennzeichnet durch „die Gleichzeitigkeit von Theorieverstehen (instrumentell-technische bzw. wissenschaftlich-rationale Komponente) einerseits und Fallverstehen (verstehens- bzw. verständigungsorientierte Komponente) andererseits. Da sich Theorie und Praxis in der jeweils herzustellen Einheit dieser Komponenten je nach Situation unterschiedlich darstellen, liegt eine Nicht-Standardisierbarkeit professionellen Handelns vor“ (ebd.: 37).

Die Arbeit eines Logopäden lässt sich als „typisch professionelles Handeln charakterisieren“ und erfordert ein „hohes Anforderungsniveau beruflichen Handelns“ (Kaiser 1999: 61).

Eine weitere Professionalisierung der Logopädie durch Implementierung einer Logopädiewisenschaft im Rahmen von Akademisierung wäre somit eine „logische Folge aus den komplexen medizinischen, pädagogischen und psychologischen Aufgabenfeldern“ aus denen sich die Logopädie speist (Kaiser 1999: 61).

Trotz der „sichtbaren Professionalisierung dieses Berufes“ wird jedoch die seit Jahren geforderte Akademisierung dieses Berufes erschwert (Macha-Krau 1999: 33).

4.6 Der Theorie-Praxis Transfer in der Ausbildung zum Logopäden

Aus den vorhergehend beschriebenen Gründen scheint es so, dass in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland der Theorie-Praxis Transfer in verschiedenster Art umgesetzt wird.

Das Curriculum für die Ausbildung des Logopäden gibt im Hinblick auf die praktische Ausbildung lediglich *inhaltliche* Vorgaben, was innerhalb der Therapie unter „fachlicher Aufsicht und Anleitung“ gewährleistet werden muss. Wie dies *formal* gehandhabt werden soll, ist nicht näher festgelegt. Aufgrund dessen liegt es nahe, dass die Durchführung der praktischen Ausbildung an den Schulen relativ heterogen gehandhabt wird.

Im Idealfall wird ein Patient an der Schule von einem Schüler sowie einem Co-Therapeuten unter fortwährender Aufsicht eines Lehrlogopäden betreut. Dies geschieht hinter einer Spiegelscheibe, die sowohl Lehrlogopäden als auch Co-Therapeuten und eventuellen Hospitanten die Möglichkeit gibt, an der Therapie teilzuhaben. Diese Form der Ausbildungssupervision wird als „effektivste Methode der Therapieausbildung“ beschrieben, da sie es ermöglicht, die „Studenten bei der therapeutischen Arbeit zu beobachten“ (Haley 1999: 31). Vor der Therapie formuliert der Schüler einen schriftlichen Behandlungsplan, der Ziel, Begründung, Methode und Durchführung der geplanten Therapieübungen enthält und somit eher an behavioristischen didaktischen Modellen orientiert ist (vgl. Wanetschka 2009: 26). Im Anschluss an die Therapie bespricht der Lehrlogopäde diese mit Schüler bzw. Therapeut, Co-Therapeut und Hospitanten im Sinne einer (Selbst-)Reflexion und plant weitere Schritte im Behandlungsprozess. Therapien finden störungsbildspezifisch z.B. in den Bereichen Stimmstörungen, Kehlkopfoperationen, Störungen der Sprachentwicklung oder Störungen des Redeflusses, wie Stottern und Poltern statt (vgl. Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden 1993). Im Idealfall behandelt ein Schüler einen Patienten durchgängig über einen längeren Zeitraum, nachdem er sich nach einer Eingangsdiagnostik einen Überblick über die Einschränkungen des Patienten verschafft hat.

Untersuchungen, die sich mit der konkreten Umsetzung der Theorie in die Praxis beschäftigen, gibt es, wie in Kapitel 3.7 beschrieben, in Deutschland bisher nicht. Entsprechend sind auch noch keine Pläne zu einer Vereinheitlichung der Umsetzung entwickelt.

Es existiert aber die Idee, den Prozess der Therapieplanung und -durchführung, der eine Form des Theorie-Praxis Transfers darstellt, unter die Leitidee des radikalen Konstruktivismus zu stellen. „Die konstruktivistische Auffassung des Lehr-Lernprozesses ist gekennzeichnet von der Unterstützung und Beratung für selbstständige individuelle Lernprozesse“ (Wanetschka 2009: 289). Für ein logopädisches didaktisches Design ergeben sich daraus folgende Richtlinien: neben der Artikulation von Gefühlen sind der Atmosphäre zwischen Logopäde und Patient ausreichend Ausdrucksmöglichkeiten einzuräumen. Weiterhin kann die Wissenserweiterung nur in eigenständiger Form (also im selbstreferentiellen Rahmen) in Anpassung an die individuellen Vorerfahrungen der Schüler erfolgen. Ebenso ist auf eine ausgewogene Balance zwischen bekanntem und neuem Wissen zu achten. Rahmen und Pläne sollen den Schülern nur als Stütze dienen, einen höheren Stellenwert haben die aktuellen Erfordernisse des Lernprozesses. Die Selbstreflexion ist als Möglichkeit und Mittel der kritischen Bewertung des Handlungsverlaufes der Therapie einzusetzen (vgl. ebd.: 28).

Hieraus würde sich für den Bereich der logopädischen Therapieplanung ein halboffenes didaktisches Design ergeben, welches eine Grobtherapieplanung möglich macht, aber gleichzeitig auch die Möglichkeit lässt, auf die in der Therapie vorherrschende Bedarfslage situativ einzugehen (vgl. ebd.: 32).

Als Voraussetzung für die Klärung des Theorie - Praxis - Verhältnisse steht möglicherweise die Frage nach einer gültigen Definition bzw. Beschreibung der praktischen Tätigkeit der Logopädie - sprich des Praxisbegriffes des Fachgebietes. Laut Schulz (2009) ist eine reflektie-

rende Aufarbeitung des Praxisbegriffes in der logopädischen Fachliteratur bisher nicht nachweisbar.

Vielmehr macht sich die Logopädie zu stark von ihren sogenannten Bezugswissenschaften abhängig und bleibt somit in medizinischen, linguistischen oder psychologischen Diskursen verhaftet. Eine eigenständige Theorieentwicklung, die eine therapeutische Praxis der Logopädie begründen könnte, wird dadurch behindert (vgl. Schulz 2009: 35). Um sich als eigenständige Profession, unabhängig von der Bezugswissenschaft Medizin zu positionieren, ist es unabdingbar, dass die Logopädie einen tragfähigen Praxisbegriff entwickelt, „der sich nicht an einem umgangssprachlichen Verständnis orientiert und auch nicht dem Medizindiskurs entstammt“ (ebd.: 36).

5 Die Datenerhebung

5.1 Sampling/Auswahl der Interviewpartner

Die Datenerhebung im Rahmen dieser Arbeit bestand aus der Befragung von Lehrlogopäden, die in der theoretischen und praktischen Ausbildung in der Logopädie tätig sind.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zur Zeit über 70 staatliche und private Schulen für Logopädie (vgl. Degenkolb-Weyers, Hollenbach & Nonn 2005: 4). Um geeignete Interviewpartner zu finden, wurde eine Vielzahl dieser Schulen telefonisch oder per E-Mail kontaktiert und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung abgeklärt. In der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die *Interviewpartner*:

- sowohl in der theoretischen als auch praktischen Ausbildung der Logopädie tätig sind und
- die praktische Ausbildung in Form von „Ausbildungssupervision“ vorrangig an der Schule stattfindet, d. h. nicht in Form von Praktika aus dem schulischen Kontext ausgelagert ist.

Um ein möglichst breites Spektrum an Daten zu gewinnen, sollten Schulen aus verschiedenen Bundesländern untersucht werden. Hierbei wurde erwartet, dass sich aufgrund der unterschiedlich gearteten Landesgesetzgebung, welche die Struktur der Ausbildung regelt, unterschiedliche Ansätze des Theorie-Praxis Transfers beobachten lassen.

Die Fallauswahl der Stichprobe orientierte sich an den zeitlichen Ressourcen der Forscherin, den Rahmenbedingungen einer Diplomarbeit sowie den Anforderungen, die an die Informanten gestellt wurden.

Nach den beiden erstgenannten Kriterien konnten für die Datenerhebung drei verschiedene Schulen für Logopädie ausgewählt werden konnten. An diesen Schulen wurden jeweils zwei Lehrlogopäden im Rahmen eines Experteninterviews interviewt. Die übrigen Mitglieder des Lehrkollegiums (fünf bis neun Personen pro Schule) wurden durch einen Fragebogen an der Untersuchung beteiligt. Daraus ergab sich eine Gesamtanzahl von 20 Fragebögen (siehe 5.2. Erhebungsmethode).

Die befragten Lehrlogopäden erfüllten die o.g. Voraussetzungen für die Untersuchung und nahmen freiwillig teil (vgl. Merken, 1997).

Da die Datenerhebung auch die Abfrage interner Abläufe der Schulorganisation einschloss, war die Bereitschaft zur Teilnahme bei einigen Schulen leider nicht gegeben und erschwerte das Finden geeigneter Interviewpartner. Dies könnte damit zusammenhängen, dass viele der Schulen in privater Trägerschaft sind und gegenseitig unter starkem Konkurrenzdruck stehen. Für viele ist es in dieser Situation sicherlich schwierig, Vergleiche von außen zuzulassen bzw. interne Strukturen und Abläufe offenzulegen.

Die Interviewerin ist selbst an einer Logopädieschule als Lehrlogopädin tätig und bewegt sich somit als Expertin im eigenen Feld. Der Expertenstatus bringt positive, aber auch negative

Aspekte mit sich. Einerseits verschaffte der Status als Lehrlogopädin der Interviewerin Vorteile in Bezug auf das Verstehen von Strukturen und Inhalten, die Gegenstand des Interviews waren. Die eigene Involviertheit mit dem Untersuchungsfeld führte zu einem besseren inhaltlichen Verständnis und zu einer größeren Vertrautheit zwischen den Gesprächspartnern.

Ein schwieriger Aspekt der Involviertheit der Forscherin in das Untersuchungsfeld ist jedoch eine gewisse Distanzlosigkeit zum Thema, d.h. viele Informationen blieben möglicherweise unausgesprochen, da sie unter Fachleuten als selbstverständlich gelten.

Andererseits führte das Wissen der Interviewpartner um die Tätigkeit der Forscherin in einem Konkurrenzunternehmen möglicherweise zu einer verzerrten oder teilweise auch unvollständigen Wiedergabe der Sachverhalte. Sicherlich spielte die Sorge, dass interne Informationen zuungunsten der eigenen Firma weiterverwendet werden könnten, hier eine Rolle. Es bleibt fraglich ob sich dieser Effekt aus der Rolle der Interviewerin als Lehrlogopädin ergibt, oder ob es bei den Interviewten nicht allgemein aufgrund der Sorge, Betriebsgeheimnisse bzw. Schulinterna mitzuteilen zu Redehemmungen gekommen sein kann.

5.2 Erhebungsmethode

Im Sinne des Forschungsinteresses wurden zwei Instrumente entwickelt, die die Meinung der Beteiligten abbilden:

Das leitfadengestützte *Experteninterview* gibt den Lehrlogopäden die Möglichkeit, sich zum Theorie-Praxis Verhältnis in der Logopädie und zu Wesen und Aufgabe der Supervision in diesem Kontext zu äußern. Die übrigen an den Schulen tätigen Lehrlogopäden wurden durch einen *Fragebogen* an der Untersuchung beteiligt.

Friebertshäuser definiert ein Interview als „eine verabredete Zusammenkunft [...], die sich in der Regel als direkte Interaktion zwischen zwei Personen gestaltet, die sich auf der Basis vorab getroffener Vereinbarungen und damit festgelegter Rollenvorgaben als Interviewender und Befragter begegnen“ (Friebertshäuser 1997: 374).

Bei der Erhebung von Daten durch das Experteninterview handelt es sich um die Erhebung von speziellem Wissen und Erfahrungen einer ausgewählten Personengruppe über einen eingegrenzten Themenbereich.

Die befragten Lehrlogopäden sind als Experten zu verstehen, da sie „Mitarbeiter einer Organisation in einer spezifischen Funktion und mit einem bestimmten (professionellen) Erfahrungswissen“ sind (Flick 2007: 215).

Aufgrund der Tatsache, dass das Thema dieser Arbeit bis zum heutigen Zeitpunkt in Deutschland noch nicht wissenschaftlich untersucht wurde (siehe Kapitel 3.7), bietet sich das Experteninterview als Untersuchungsmethode an. Nach Bogner und Menz ist es „zur Herstellung einer ersten Orientierung in einem thematisch neuen oder unübersichtlichen Feld“ gut geeignet (Bogner & Menz 2005: 35).

Die Rolle der Interviewerin als Lehrlogopädin und somit Expertin im zu untersuchenden Feld ist bei der Form des Leitfadeninterviews vorteilhaft, da so „auch der Befragte zu entsprechen-

dem Engagement bereit“ ist und „Informationen und Wissen preis“ gibt, „das bei anderen Rolleneinschätzungen und Kompetenzzuschreibungen kaum zugänglich wäre“ (ebd.: 51).

Die inhaltliche Gestaltung des Interviewleitfadens für diese Arbeit orientierte sich an den aus den theoretischen Vorüberlegungen entwickelten Themenbereichen. Es wurden Fragen gestellt:

- zu den Vorerfahrungen und zum beruflichen Werdegang der Interviewpartner,
- zu ihrem Verständnis von und ihrer Erfahrung in Supervision bzw. Praxisanleitung,
- zum Theorie–Praxis-Verhältnis und zur Wechselbeziehung zwischen theoretisch und praktisch vermittelten Wissen,
- zur Ausbildungssituation und zur Akademisierung der Logopädie,
- zur Wichtigkeit von qualitätssichernden Maßnahmen und mögliche Umsetzungsvorschläge.

Die Arbeit mit einem offenen Leitfaden wird als technisch günstigste Lösung betrachtet und verringert die Gefahr, dass sich das Gespräch in Themen verliert, die nichts mit dem Gegenstand der Untersuchung zu tun haben. Hinzu kommt, dass die Vorarbeit, die in den Leitfaden einfließt, den Forscher als kompetenten Gesprächspartner für das Thema (noch mehr) qualifiziert (vgl. ebd.: 77).

Der Leitfaden enthält eine Reihe von offenen Fragen, die während des Interviews abgefragt wurden. Reihenfolge und Wortlaut der Fragen müssen jedoch nicht zwingend eingehalten werden.

Der Leitfaden diente als Orientierung, deshalb war es der Interviewerin jederzeit möglich zusätzliche Fragen zu stellen, die sich mit dem untersuchten Themenbereich auseinandersetzten.

Zu den einzelnen, im vorhergehenden beschriebenen Themengebieten, wurden drei bis neun Leitfragen konzipiert.

Im Vorfeld der Interviews wurde mit einer Kollegin, die als Lehrlogopädin tätig ist und somit dem Untersuchungsfeld entstammt, ein Pretest mit der ersten Fassung des Interviewleitfadens durchgeführt. Ziel des Probeinterviews war die Überprüfung des Leitfadens und das Training der Interviewerin.

Der verwendete *Fragebogen* bestand aus zwölf zum großen Teil offenen, jedoch auch geschlossenen Fragen und einer Zahlenskala, die eine Meinungstendenz abbildet. Durch den Fragebogen wurde die Ansicht der an den Schulen tätigen Lehrkräfte abgefragt.

Weiterhin war es durch den Fragebogen möglich, wichtige Fragen zu den Qualifikationen der Lehrlogopäden für die Arbeit in der theoretischen und praktischen Ausbildung Logopädie abzufragen. Im Fragebogen konnte weiterhin eruiert werden, ob die Befragten sowohl in der Theorie und Praxisvermittlung des unterrichteten Fachgebietes tätig sind, in welcher Anzahl Therapien durch die Schüler durchgeführt werden und wie oft diese betreut werden. Ebenso konnten Meinungstendenzen zur Notwendigkeit einer Qualitätssicherung in der Logopädie erhoben und die Einstellung der befragten Lehrlogopäden zu den Akademisierungstendenzen in der Logopädie beleuchtet werden.

Der verwendete Fragebogen wurde ebenfalls einem Pretest mit einer Lehrlogopädin unterzogen. Ziel war es, die Verständlichkeit der Fragestellungen abzuklären und gegebenenfalls den Fragebogen anzupassen.

5.3 Durchführung der Erhebung und Erhebungszeitpunkte

Der Zeitpunkt der Interviews richtete sich nach den terminlichen Möglichkeiten der jeweiligen Interviewpartner. Aufgrund langer Anreisewege zu den Schulen sowie hoher beruflicher Auslastung der Interviewten, war es oft schwierig, Termine zu finden. Dadurch kam es mitunter zu größeren zeitlichen Abständen zwischen den Interviews.

Die insgesamt sechs Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgezeichnet, so dass sie im Anschluss, unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben, vollständig transkribiert werden konnten.

Vier der sechs Interviews wurden direkt an den Schulen im Büro des jeweiligen Lehrlogopäden durchgeführt.

Zwei der sechs Interviews wurden in Form eines Telefoninterviews durchgeführt. Dies geschah ursächlich wegen der begrenzten zeitlichen Ressourcen der Interviewten sowie der Interviewerin und dem limitierenden Faktor, geeignete und auskunftsbereite Ausbildungseinrichtungen für die Datenerhebung zu gewinnen.

Das Telefoninterview stellte in diesen Fällen die einzige Möglichkeit dar, an die entsprechenden Daten zu gelangen. Der Gesprächsablauf am Telefon folgte der oben beschriebenen Struktur. Da beim gewählten Untersuchungsthema vor allem inhaltliche Fragestellungen im Vordergrund standen, erscheint die Durchführung eines Telefoninterviews im gegebenen Rahmen als angemessen und vertretbar.

Um einen möglichst hohen Grad der Standardisierung und Vergleichbarkeit der Informationen zu erreichen, wurde darauf geachtet, dass die Formulierungen des Leitfadens in den Interviews eingehalten und alle Themenbereiche in jedem Gespräch angesprochen wurden.

Für die schriftliche Bearbeitung der Fragebögen hatten die teilnehmenden Lehrkräfte ca. zwei Wochen Zeit. Entweder wurden die Fragebögen im Vorfeld der Interviews der Schule zugesandt und nach der Durchführung des Interviews eingesammelt oder zum Termin des Interviews unter den Lehrkräften verteilt und der Interviewerin zeitnah zurückgesandt. Der Rücklauf der Fragebögen war hervorragend: alle Lehrkräfte (einschließlich der Interviewpartner) beteiligten sich an der schriftlichen Befragung.

5.4 Transkription

Die Transkription des Datenmaterials erfolgt anhand eines festen Regelsystems, um die Vereinheitlichung der Daten für die Auswertung sowie die intersubjektive Nachvollziehbarkeit

des Prozesses der Datenverarbeitung dem wissenschaftlichen Anspruch gemäß zu gewährleisten.

In der einschlägigen Methodenliteratur besteht Übereinkunft darüber, dass unterschiedlich genau transkribiert werden kann (vgl. Dittmar 2004; Flick 2007; Mayring 2002).

Die Wahl der Transkriptionsregeln „richtet sich nach den jeweiligen Absichten und den dafür nötigen Daten“ (Kuckartz et al 2005: 27). Das Forschungsanliegen sollte im Vordergrund stehen. Da für diese Untersuchung die inhaltliche Betrachtung im Vordergrund stand, wurden Interaktionen, dialektale Einschläge und prosodische Elemente bei der Transkription nicht erfasst. Aus demselben Grund war der Ort des Interviews (Face-to-Face oder am Telefon) für die Transkription unerheblich.

Die Interviews wurden nach angepassten und vereinfachten Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem (1984: 331) sowie in Anlehnung an Kuckartz et al (2005) transkribiert (siehe Anhang 4).

Für die Auswertung der Arbeit wäre es in Hinblick auf differierende curriculare Vorgaben der einzelnen Bundesländer sicher von Vorteil, die Ortsangaben nicht zu anonymisieren. Aufgrund des sehr kleinen Untersuchungsfeldes, der Möglichkeit von Redehemmungen auf Seiten der Befragten wegen eventueller Unternehmensgeheimnisse und aufgrund der Involviertheit der Untersucherin in das Feld wurde jede Äußerung, die einen Hinweis auf die geographische Lage der befragten Einrichtung enthält, anonymisiert.

Wegen oben genannter Gründe und vor allem wegen der Überschaubarkeit des Untersuchungsfeldes wurde in der Auswertung ebenfalls darauf verzichtet, das Geschlecht der Interviewten zu kennzeichnen, da dies Rückschlüsse auf die untersuchten Personen zulassen könnte.

5.5 Auswertung der Daten

Für die Auswertung der Transkriptionen von Fragebögen und Interviews wurde die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philip Mayring angewendet (vgl. Mayring 2002, 2008).

Ziel dieser Analyse ist es, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben“ und „durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2002: 115).

Die Grundlage für die Interpretation der hier erhobenen Daten bildete ein nach Mayrings Prozessmodell induktiver Kategorienbildung erarbeitetes Kategoriensystem, welches im Prozess erweitert und ergänzt wird (vgl. Mayring 2008: 75).

Diese Kategorien werden „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft“ (ebd.: 53).

Die diesem Kategoriensystem zugeordneten Inhalte können nach Vervollständigung und endgültigem Materialdurchgang in Hinblick auf die zentralen Fragestellungen interpretiert werden.

Diese Grundform qualitativer Inhaltsanalyse ist auch für größere Datenmengen praktikabel und bietet die Möglichkeit, die Inhalte beider Formen der Datenerhebung (sowohl Interview als auch Fragebogen) als Form von „fixierter“ Kommunikation in die Analyse einzubeziehen (ebd.: 12).

6 Die Theorie-Praxis Wechselbeziehung in der Ausbildung zum Logopäden aus Sicht der Befragten

6.1 Gestaltung der praktischen Ausbildung

Die befragten Lehrlogopäden stimmen überein, dass das „Herzstück (...) [der] Ausbildung, nämlich die praktische Ausbildung“ (TA02_T.E. Seite 29, Zeile 233) einen sehr hohen Stellenwert innerhalb der Logopädieausbildung einnimmt.

Einen therapeutischen Beruf wie den des Logopäden „kann man nicht theoretisch erlernen, das *muss* durch die Praxis und durch eine Begleitung stattfinden“ (TA01_B.L. Seite 37, Zeile 228; Anm. d. A.: *Kursiv* gesetzte Wörter wurden von den Interviewpartnern besonders stark betont).

Denn, wie treffend festgestellt wird, zeichnet sich die Logopädie dadurch aus, dass sie „ein ganz, ganz praktischer Beruf ist“ in dessen Ausbildung der Schüler „erstmal ein bisschen Fachwissen aufnehmen“ muss, um dann zu lernen, indem er „tut“ (TA05_B.K. Seite 5-6, Zeile 24)

Denn „Operieren lerne ich nur durch Operieren und Klavierspielen lerne ich auch nur durch .. *Klavier* spielen (...). Und Therapieren lerne ich durch Therapieren und nicht durch Vorlesung.“ (TA05_B.K. Seite 6, Zeile 26.)

Das reine Aufnehmen von „Theorie“ und „wissenschaftlichem“ Wissen ohne das Behandeln eines eigenen „Patienten“ und „ohne die Auswirkungen“ des eigenen „Therapeutenverhaltens [...] gespürt“ zu haben erscheint wenig sinnvoll auf dem Weg zu einem Therapeuten (TA03_D.D. Seite 25, Zeile 162). Die Gestaltung der praktischen Ausbildung in der Logopädie weist nun in den untersuchten Schulen eine Vielzahl verschiedener Herangehensweisen und Ansätze auf.

Als ein Beispiel kann hier die Durchführung von durchgängig durch die Lehrlogopäden betreuten Supervisionen „oder Ausbildungssupervisionen“ und anschließenden Nach-„Besprechungen“ genannt werden (TA01_B.L. Seite 8, Zeile 48).

Bei diesem Konzept betreut ein Lehrlogopäde jede Stunde, die durch den Schüler durchgeführt wird bis zum Ablegen einer praktischen Prüfung, die Behandlungsprobe genannt wird. Nach Ablegen der Behandlungsprobe kann es – muss aber nicht – vorkommen, dass nur noch jede zweite Schülertherapie durch den Lehrlogopäden betreut wird (vgl. FB 2, 9). Im Bereich Aphasie wird grundsätzlich nur jede zweite Therapiestunde durch einen Lehrlogopäden betreut (vgl. FB 1).

Die Therapien der Schüler sind so organisiert, dass „sie [die Schüler] jede Woche /eh/ ihre Therapie mit einer Nachbesprechung mit“ dem betreuenden Lehrlogopäden durchführen (TA02_T.E. Seite 12, Zeile 89).

Die Schüler führen in der Regel 20 Stunden Therapie durch, in den Störungsbildern Sprach-erwerbsstörungen, Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie, Stimme und Redeflussstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter (FB 1, 2, 4, 7, 8, 9). In den Störungsbildern Myofunktionelle Störungen, Stimme und Aphasie kann es zu Abweichungen in der Anzahl der durchgeführten Therapien kommen: hier bewegen sich diese zwischen 10 und 15 Stunden (FB 3, 5, 6).

Die Therapie der Schüler beginnt mit einer durchzuführenden Diagnostik und Anamnese (vgl. TA02_T.E. Seite 11, Zeile 87). Im Anschluss an diese verfassen die Schüler einen standardisierten schriftlichen Diagnostikbericht bzw. „Arztbericht“, der die Resultate der Diagnostik und Anamnese zusammenfasst (vgl. TA01_B.L. Seite 18, Zeile 105 und TA02_T.E. Seite 13, Zeile 101).

Weiterhin schreiben die Schüler in den ersten Therapiestunden im Bereich Myofunktionelle Therapie eine „grobe Zielplanung“ für die Therapie, die vom Lehrlogopäden korrigiert und durchgesprochen wird. Durch diese Zielplanung sollen die Schüler „für sich durchdenken, was soll passieren, was hat denn der Patient, was sind meine Ziele, die leiten sie ab und dann schreiben sie /eh/ Pläne im Hinblick drauf, was sind meine Therapieziele, das kontrolliere ich, das korrigiere ich, das bespreche ich mit Ihnen“ (vgl. TA02_T.E. Seite 12, Zeile 89).

Die Schüler sind dazu verpflichtet, nach der Diagnostik einen so genannten „großen Behandlungsplan“ zu verfassen (vgl. TA01_B.L. Seite 18, Zeile 109). Dieser große Behandlungsplan enthält eine „ausführliche Beschreibung der diagnostischen Ergebnisse“, der „anamnestischen Daten“ und die weitere Therapieplanung für die nächsten zwanzig Stunden. Der betreuende Lehrlogopäde korrigiert und benotet nach „derselben Benotung“ und „derselben Gliederung“, die auch im Examen verlangt wird (vgl. TA01_B.L. Seite 18-19, Zeile 111).

Die Schüler fertigen darüber hinaus zu jeder Therapiestunde einen schriftlichen Therapieplan an. Dieser „ist aufgegliedert in Kurzprotokoll oder Kurzanalyse zur letzten Stunde“ und die Planung der nächsten (...) Stunde, die dann folgt“ (vgl. TA01_B.L. Seite 19, Zeile 113). Die schriftliche Planung der Therapiestunde beschreibt die Ziele, Begründungen, Methoden, Hilfen, Alternativen und die Durchführung der in der Therapie umgesetzten therapeutischen Maßnahmen. Nach Abschluss der Therapie verfassen die Schüler einen Abschluss- bzw. Übergabebericht (ebd.).

An der beschriebenen Ausbildungsanstalt wird das vorher aufgeführte Betreuungskonzept für die Therapien der Schüler umgesetzt. Die Schüler des letzten Ausbildungsjahres, dem so genannten „Oberkurs“, (TA01_B.L. Seite 11, Zeile 61) führen in den Störungsbildern „Stimme, Stottern, Dysphagie“ und „Kindersprache“ so genannte Diagnostikambulanzen durch (vgl. TA01_B.L. Seite 10, Zeile 60). Hierbei diagnostizieren sie an einem ihnen unbekanntem Patienten und beraten ihn anschließend über die Ergebnisse. Im Anschluss an die Diagnostik teilen die Schüler dem betreuenden Arzt ihren Befund mit.

Diese Diagnostikambulanzen werden als besonders hilfreich im Hinblick auf den Lernprozess der Schüler angesehen, „weil es da eben darum geht, auf die Schnelle Diagnostik zu machen und dann sofort zu beraten“. Der Auszubildende muss „ohne lange Vorbereitung“ reagieren

„auf den der (...) da gegenüber sitzt, muss (...) überlegen, was hat er, was braucht er...“ (vgl. TA02_T.E. Seite 17-18, Zeile 129).

Das Diagnostizieren der Patienten in den Ambulanzen hat für die Interviewten eine große Ähnlichkeit mit der späteren Arbeitstätigkeit der Schüler und trägt somit maßgeblich zum Aufbau von Handlungskompetenz bei.

Die Patienten kommen in diese Diagnostikambulanzen „so, wie sie halt auch in die Praxis kommen“. Besonders lehrreich wird hier der Aspekt der Realitätsnähe beschrieben, „weil das ist halt einfach mal das richtige *Leben*“ (TA01_B.L. Seite 10, Zeile 61).

Hinzuzufügen ist, dass die praktische Ausbildung an dieser Schule durch einen Lehrplan von Seiten des Bundeslandes geregelt ist, der sowohl die Anzahl der durchzuführenden Therapien als auch den Zeitpunkt einer bewerteten Therapiestunde (Behandlungsprobe) verbindlich festlegt (vgl. TA02_T.E. Seite 26, Zeile 201, 205 und 207).

Nach Vorgabe des Lehrplans müssen „die [Schüler] 200 eigene Therapien gemacht haben [...] um zum Examen zugelassen zu werden“ (TA02_T.E. Seite 8, Zeile 61).

In der Verteilung der Stunden auf die verschiedenen Störungsbilder gibt es allerdings Variationen. So müssen im Bereich Myofunktionelle Störungen nach Lehrplanvorgabe nur zehn Therapien durchgeführt werden (vgl. TA02_T.E. Seite 12, Zeile 93 Seite 27, Zeile 209).

Weiterhin sind die Schüler angehalten bei Therapien zu hospitieren; dies geschieht auch aus der Maßgabe des Lehrplans heraus. Das „offene Hospitationskonzept schreibt vor, dass die [Schüler] zu dem Zeitpunkt, wo die anfangen mit Therapien in dem Fach, wo sie anfangen zu therapieren schon bei zehn Therapien in dem Fachbereich zugeguckt“ haben müssen (TA02_T.E. Seite 15, Zeile 113). Dieses Prinzip führt dazu, dass die Schüler eine Vielzahl von Patienten und auch Therapeuten in Aktion erleben. Für die eigene therapeutische Arbeit bleiben sie somit nicht allein auf die Meinung des betreuenden Lehrlogopäden fixiert.

Einer der Interviewten erläutert:

„[Die Schüler bleiben] einfach nicht hängen [...] an dem was ich sage, [das] ist jetzt das einzig Wichtige, sondern das sie [...] eine Unmenge an unterschiedlichen .. Menschen, die anleiten /eh/ erleben und an unterschiedlichen Menschen die Therapien erleben und sie [die Schüler] letztendlich [...] für sich selbst .. die Eigenverantwortung übernehmen können, [und dass sie sagen:] da hol ich mir was raus, [...] was mir passt und es gibt viel richtig und viel falsch und nicht nur eine Form von: Das ist richtig und das ist falsch.“ (TA02_T.E.; Seite 17, Zeile 127)

Eine weitere der untersuchten Schulen setzt die praktische Ausbildung mit dem Konzept der „Praxisanleitung“ und „Lernberatung“ um.

Die Schüler sind hierbei in festen Gruppen zu je vier Personen organisiert. Jeder Schüler betreut einen eigenen Patienten und nimmt bei der Therapie der anderen Schüler als Hospitant teil (vgl. TA04_N.K. Seite 10, Zeile 65). Die Praxisgruppen sind geschlossen, d. h. sie stehen für Hospitationen durch andere Schüler nicht zur Verfügung.

In den Praxisanleitungen bereiten die „Vierergruppen (...) also vier Schüler/Schülerinnen, *ein* Lehrlogopäde die in diesem Fach anstehenden Therapien dann gemeinsam nach und vor“

(TA04_N.K. Seite 10, Zeile 66). Die Auszubildenden kommen, wenn sie ihre Therapie durchgeführt haben, „vorbereitet“ in die Praxisanleitung. Sie „haben ihre [Selbst]Reflexion dann geschrieben“ und stellen innerhalb der Praxisanleitung vor, wie sie aus der letzten Therapiestunde abgeleitet in der nächsten Stunde „weiter vorgehen möchten“ bzw. „was für Fragen sie geklärt haben müssen, um weiter vorgehen zu können“ (ebd.). Gemeinsam mit dem betreuenden Lehrlogopäden wird besprochen, was in der durchgeführten Therapiestunde passiert ist und „was sich daraus *ergibt*“ in Hinblick auf die nächste Therapiestunde „und ja .. die Gesprächspunkte ergeben sich ja immer“ (ebd.).

Hierbei findet die Therapiestunden an einem anderen Tag statt als die Nachbesprechung, genannt Praxisanleitung (vgl. TA04_N.K. Seite 10, Zeile 68).

Die Praxisanleitung und Organisation der Therapien findet störungsbildspezifisch statt. Begonnen wird mit Therapien im Bereich Kindersprache (vgl. TA03_D.D. Seite 8-9, Zeile 66), dann folgen die Störungsbilder Stimme, Stottern und zuletzt die neurologischen Störungsbilder. Es kann vorkommen, dass innerhalb der Praxisgruppen nicht jeder Schüler einen Patienten behandelt, sondern nur ein Patient pro Praxisgruppe vorhanden ist:

„Also die fangen alle an mit [...] den kindlichen Störungsbildern, also Sprachentwicklungsstörungen oder phonologisch-phonetische Störungen und so weiter. Die [Schüler] haben alle eigene Therapiekinder, die sie behandeln. Danach, die nächsten Störungsbilder sind Stottern und Stimme, .. /ehm/ jede [Praxis-]Gruppe hat auf jeden Fall eigene Patienten, nicht unbedingt jeder Schüler. [...] Also zum Schluss, die letzten beiden [Störungsbilder] sind die neurologischen und die Dysglossien....und, also, *jede* Gruppe hat auf *jeden Fall* zu jedem Störungsgebiet [einen Patienten] /ehm/, aber nicht jeder Schüler behandelt jedes Störungsgebiet [einen Patienten] (...) /eh/ also als *alleiniger* Therapeut. Manche werden als Co-Therapeuten behandelt.“ (TA04_N.K. Seite 15, Zeile 94)

Der Lehrlogopäde an dieser Einrichtung achtet darauf, dass die gebildeten Praxisgruppen, in denen die Praxisanleitung durchgeführt wird, an verschiedenen Störungsbildern zum Beispiel aus dem Fachbereich Neurologie arbeiten.

„Also ich lege Wert darauf, dass jede Gruppe mindestens einen klassischen Dysarthriker hat, /eh/ mindestens jede Gruppe einen Patienten mit Facialis- oder Hypoglossusparese hat .. und dass also das *ausgewogen* ist innerhalb der Gruppe.“ (TA04_N.K. Seite 12-13, Zeile 80)

Auf diese Weise können verschiedene Behandlungsansätze kennen gelernt werden.

Auch bei diesem Konzept der Praxisbetreuung sind die Auszubildenden dazu verpflichtet, nach der Durchführung einer Diagnostik einen „Diagnostikbericht“ und einen „Rahmenplan“ zu schreiben, welcher vergleichbar ist mit dem vorhergehend beschriebenen „großen Behandlungsplan“ (TA03_D.D. Seite 11, Zeile 82 und vgl. TA04_N.K. Seite 14, Zeile 88).

Das Schreiben von Therapieplänen zu den einzelnen Therapiestunden ist an dieser Einrichtung nicht einheitlich geregelt und differiert in Hinblick auf die verschiedenen Störungsbilder, zum Beispiel Kindersprache und Neurologie.

In der Kindersprache werden bis zu der nach Examenskriterien beurteilten Therapiestunde, hier: „Sichtstunde [,] zu jeder Stunde“ Therapiepläne geschrieben. Nach Ablegen der Sichtstunde „müssen die [Schüler] das [Schreiben der Pläne] aber nicht mehr machen beziehungs-

weise nur noch so kurz... in Anführungsstrichen Pläne, wie man [es] in der Praxis *auch* machen würde. Also auf einen kurzen (...) einem Blatt, wo dann die Schwerpunkte drauf sind und geschafft oder nicht geschafft“ (TA03_D.D. Seite 10, Zeile 72). Bis zur Sichtstunde „*müssen*“ jedoch „*immer* die ausgiebigen Pläne“ die neben einer schriftlichen Selbstreflexion auch Ziele, Begründungen, Methoden und Durchführung enthalten, geschrieben werden (ebd.).

Im Fachbereich Dysarthrie setzt der betreuende Lehrlogopäde das Schreiben der Therapiepläne in „kleinen Schritten“ (TA04_N.K. Seite 14, Zeile 88) um. Zu Beginn einer Therapie müssen die Schüler als Erstes für die ersten sechs Stunden konkrete Ziele formulieren. Nach Ablauf dieser sechs Stunden wird ein Zielabgleich gemacht und festgestellt, welche Ziele erreicht wurden (vgl. ebd.).

Aus diesem Zielabgleich wird bestimmt, welches weitere Vorgehen innerhalb der Therapie sich ergibt, je nachdem ob das aufgestellte Ziel erreicht wurde oder nicht. In diesen ersten sechs Therapiestunden „schreiben die [Schüler] auch noch keine /ehm/ *klassischen* Therapiepläne sondern nur Drehbücher, zum Reinkommen“ (ebd.). Erst nach Abschluss der ersten sechs Stunden „schreiben die [Schüler] /ehm/ *klassische* Therapiepläne, also mit /ehm/ Ziel und Begründung, Methodenbegründung, Bereich und so weiter“ (ebd.).

Eine genaue Angabe zu den abzuleistenden Stundenanzahlen in einem Störungsbild konnte im Fall dieser befragten Schule nicht ermittelt werden. Im Fachbereich Dysarthrie sind es durchschnittlich 29 Therapiestunden, wobei es Schüler gab, „die haben zwölf gemacht und es gab andere, die haben vierzig gemacht. Also neunundzwanzig ist der Schnitt gewesen. (TA04_N.K. Seite 14-15, Zeile 90).

Im Fachbereich Kindersprache kann der betreuende Lehrlogopäde die Anzahl der durch die Schüler abzuleistenden Therapien nicht „auswendig sagen, weil wir ja so einen lehrneinheitsintegrierten Unterricht machen und nach Lerneinheiten /ehmehm/ das das ordnen und dann *andere* /eh/ Lerneinheiten auch dazu ordnen“ (TA03_D.D. Seite 12, Zeile 88). So kann im Bereich Kindersprache eine absolvierte „Lerneinheit zum Beispiel ‚fremde Kulturen‘ (...) also [über] die /eh/ Migrantenkinder“ zwar im theoretischen Unterricht vermittelt, aber dennoch zur praktischen Ausbildung mitgezählt werden (ebd. Seite 12, Zeile 90). Das führt dazu, dass die Therapiestunden ungleich verteilt und die abzuleistenden Therapiestunden durch die Schüler nicht genau zählbar sind (ebd. Seite 12, Zeile 88).

Aus den Fragebögen dieser Einrichtung ergibt sich, dass die Schüler zwischen 15 und 40 eigene Therapien durchführen (FB 10-14). Jede durch Schüler durchgeführte Therapie in den Störungsbildern Stimme, Sprachentwicklungsstörungen, Dysarthrie, Dysglossie und Dysphagie wird durch einen Lehrlogopäden supervidiert (FB 11, 13, 14). In zwei Fällen werden die Schülertherapien nur bis zu einer praktischen Prüfung in Form einer „Sichtstunde“ in jeder Stunde supervidiert, danach nur noch in jeder zweiten Stunde (FB 10, 12).

Die betreffende Lehranstalt versucht für die Auszubildenden die Anzahl der Therapie in den verschiedenen Störungsbildern auszugleichen. Stehen in einem Störungsbild weniger Patienten zur Verfügung, therapieren die Schüler dafür in einem anderen Störungsbild mehr.

„Es gibt aber auch Störungsbilder, die weniger Patienten zur Verfügung haben ..und /ehm/ dann versuchen wir da gut zu verteilen, dass die [Schüler] *insgesamt* möglichst gleich viel Therapien machen und deswegen kann das sein, dass sie in dem einen Fach mehr haben und in dem anderen Fach weniger haben. Also wer zum Beispiel in Stottern keinen eigenen Patienten hat, der macht dann automatisch in Dysarthrie mehr“ (TA04_N.K. Seite 15, Zeile 92).

Vor Beginn des Unterrichtes, zum Beispiel im Fachbereich Dysarthrie, sind die Schüler dieser Schule verpflichtet, eine bestimmte Anzahl an Therapien hospitiert zu haben. So soll eine erste Beschäftigung mit dem Unterrichtsthema angeregt werden, damit die Schüler „sich einhören können in die Symptomatik und (...), wenn die sich erarbeitet haben, welche Dysarthrieform das gibt, und wie die sich in den unterschiedlichsten Formenkreisen symptomatisch anhören oder /eh/ ansehen lassen, dann können sie das bestimmten Patienten zuordnen“ (TA04_N.K. Seite 22-23, Zeile 130).

Zusätzlich zu den beschriebenen „Praxisanleitungen“, die sich eher mit der fachlichen Seite der Therapie auseinandersetzen, wurde an der Schule die so genannte „Konzeption der Lernberatung“ (TA03_D.D. Seite 14-15, Zeile 104) eingerichtet. Dies geschah auch aus organisatorischen Gesichtspunkten. Die Schüler zeigten Probleme und Schwierigkeiten in den Therapien, die sich weniger auf der fachlichen als eher auf der persönlichen und personellen Ebene befinden. Mit den Lernberatungen wurde für diese Themen ein Rahmen geschaffen, der über die kurze Besprechungszeit der Praxisanleitung hinausgeht.

„Weil das sind vier Leute immer, also die PA [Praxisanleitung] ist bei uns in der Kleingruppe /ehm/ und da muss ich alle vier ja auch in der Dreiviertelstunde bearbeiten, in Anführungsstrichen, und /eh/ das ist etwas, was absolut in die Lernberatung dann gehört.“ (ebd. Seite 15, Zeile 108).

Das Konzept der Lernberatungen greift also dann, wenn der Schüler in der Durchführung der Therapie Schwierigkeiten hat, die sich abseits der fachlichen Ebene bewegen und wenn der betreuende Lehrlogopäde feststellt, dass der Auszubildende „da irgendwie im *Umgang* mit dem Patienten irgendwie ...Verhaltensweisen zeigt“, die für die Fortführung der Therapie kontraproduktiv sind. Dies können z. B. Berührungängste bei anzuwendenden Therapiemethoden oder der Umgang mit schwierigen Patienten sein. In diesem Fall wird das „Thema in dieser so genannten Lernberatung“ aufgegriffen (TA03_D.D. Seite 15, Zeile 110).

„Jemand der bei (...) einem bestimmten Therapieansatz Schwierigkeiten hat dann Menschen zu berühren, das ist ja nicht *ungewöhnlich*, wenn man plötzlich dann erwachsenen Menschen im Gesicht rumfummeln muss /eh/ und dann kann man das ja auf einer anderen Weise, losgelöst von der PA [Praxisanleitung] sehr viel besser und ...betreut bearbeiten“ (TA03_D.D. Seite 16, Zeile 114).

Im Gegensatz zu den Praxisanleitungen wird die Lernberatung nicht in der Vierergruppe, sondern mit dem Schüler allein durchgeführt und steht auch nicht für Hospitationen offen (vgl. TA03_D.D. Seite 16, Zeile 118 und 120). Dies kommt dem Besprechen und Klären von persönlichen Problemen sicherlich entgegen. Innerhalb der Lernberatungen wird mit dem Schüler besprochen, wie das jeweils spezifisch vorliegende Problem gelöst werden kann.

Nach der Aufstellung eines Ziels zur Problemlösung wird ein Zeitpunkt für dessen Erreichen vereinbart. Im darauf folgenden Lernberatungsgespräch wird die Zielerfüllung kontrolliert und bei Bedarf das weitere Vorgehen besprochen (vgl. TA03_D.D. Seite 16-17, Zeile 122). Diese Treffen finden „einmal im Monat oder vierzehntägig“ mit den Schülern statt und werden als sehr lohnenswert beschrieben: „das lohnt sich, das lohnt sich. Da kommen tolle Sachen bei raus“ (ebd.).

Diese Schule orientiert sich über die LogAPro hinaus an einer empfehlenden Rahmenrichtlinie für die Ausbildung (vgl. TA03_D.D. Seite 12-13, Zeile 92 und TA04_N.K. Seite 25, Zeile 146).

Nochmals anders gestaltet sich die praktische Ausbildung an der dritten der befragten Schulen. Hier haben die Schüler die Möglichkeit in verschiedensten Institutionen Therapien durchzuführen. So führen sie Therapien nicht nur in der Schule durch, sondern auch in angegliederten Kindergärten oder Grundschulen, mit denen ein Kooperationsvertrag besteht. Zusätzlich werden Präventionsprojekte in den Störungsbildern Stimme und Spracherwerb angeboten (vgl. TA05_B.K. Seite 8, Zeile 40; TA05_B.K. Seite 8, Zeile 42; TA05_B.K., Seite 8-9, Zeile 44 TA05_B.K. Seite 11, Zeile 62; TA06_F.F., Seite 14, Zeile 122).

Des Weiteren hat diese Schule Lehrpraxen eingerichtet, in denen die Schüler ihre Therapien durchführen. Die Lehrpraxis wird wie eine reale logopädische Praxis geführt und „läuft im Grunde genommen unter *Echtheitsbedingungen*“ (TA05_B.K. Seite 6-7, Zeile 30). Die dort durchgeführten Therapien werden auch mit den Krankenkassen abgerechnet (ebd. Seite 8, Zeile 40). Für die Ausbildungspraxis sind Räume angemietet worden „in einer *Kita* (...) mit zwei Räumen und Supervisionsscheibe und Schreibtisch und Toilette, (...) und einem kleinen Wartebereich. Und dort finden dann Therapien statt, und die Studenten therapieren unter Aufsicht“ des Lehrlogopäden und eines Werksstudenten (ebd.).

Werkstudenten sind Absolventen der Logopädieausbildung, die in einem vierten Ausbildungsjahr einen Bachelorabschluss erwerben. Sie lernen an einer Akademie, die an die Schule angegliedert ist.

Eine solche Aufgliederung der praktischen Ausbildung führt jedoch dazu, dass eine Vielzahl an Patienten durch wenige, in diesem Fall lediglich sechs, Lehrlogopäden betreut werden muss: „Ich glaube, wir haben jetzt überall, die .. /eh/ Praxen und Kitas und .. Frühförderung und Grundschulen [eingeschlossen] haben wir über 100 Patienten“ (TA05_B.K. Seite 6-7, Zeile 30).

Aufgrund der hohen Anzahl an Patienten, die von relativ wenigen Lehrlogopäden betreut werden, kann in diesem Fall nicht jede Therapie von einem Lehrlogopäden betreut und nachbesprochen werden. Ein Interviewpartner beschreibt die Betreuung der Studenten wie folgt:

„In den ersten ... zehn ... Stunden ist dann der /eh/ Lehrlogopäde [...] eine bestimmte Anzahl .. mit dabei. Und von der zehnten bis zur zwanzigsten [Stunde] AUCH, (...) ich habe allein (...) über zwanzig Studentinnen (...) und die arbeiten ja auch synchron. Also die sitzen ja Raum an Raum, dann kann ich hier höchstens mal zwanzig Minuten und da zwanzig [zuschauen]. Das mache ich *auch*, das mache ich auch.“ (TA05_B.K. Seite 18-19, Zeile 100).

Der betreuende Lehrlogopäde regelt die Betreuung der Auszubildenden in den Therapien, indem er genau plant, wer wann dran ist.

„Und dann gehe ich eben einmal hin [zum Supervidieren] und wer schreit, hat auch Vorrang. Wenn sie [die Schüler] da große Probleme haben oder da etwas gar nicht hören oder sehen, dann sagen sie Bescheid, dann setzte ich mich mit rein.“ (ebd.)

Die Frequenz der Betreuung der Therapien durch einen Lehrlogopäden und die abzuleistende Anzahl an Therapien sind in einem *Praxiscurriculum* festgeschrieben, welches von der Schule eigenständig entwickelt wurde und einen Betreuungsschlüssel für die Therapien vorgibt (vgl. TA05_B.K. Seite 18-19, Zeile 100; TA05_B.K. Seite 19, Zeile 102; TA06_F.F. Seite 5, Zeile 40). Es schreibt vor, wie viele Therapiestunden der Schüler durch einen Lehrlogopäden begleitet werden müssen, eine genaue Anzahl also, die „mindestens an Supervisionen stattfinden soll“ (TA06_F.F. Seite 5, Zeile 40). Die betreuenden Lehrlogopäden versuchen „nach Vorgabe des Curriculums (...) in den ersten zehn Stunden alle (...) Studenten (...) am Wickel“ gehabt, also durch mindestens ein Zuschauen bei der Therapie betreut zu haben (TA05_B.K. Seite 19, Zeile 102).

Ansonsten hat der betreuende Lehrlogopäde über die Arbeit seiner Auszubildenden „im *Bilde*“ zu bleiben: „über diese Therapiepläne und dann natürlich auch über die Rahmenpläne, die nach der Diagnostik geschrieben werden“ (ebd.). Nach Durchführung einer Diagnostik, zu Beginn der Therapie, verfassen die Schüler also auch hier einen Rahmenplan, der von den Lehrlogopäden korrigiert und bewertet wird (vgl. TA06_F.F. Seite 10-11, Zeile 84, Seite 10, Zeile 80 und TA05_B.K. Seite 16, Zeile 90; TA05_B.K. Seite 17, Zeile 96).

Im „Vorfeld jeder *Stunde*“ schreiben die Schüler ebenfalls „einen Therapieplan“ der den schulinternen Vorgaben entsprechen muss (TA05_B.K. Seite 17, Zeile 92). Die Therapiepläne werden „alle korrigiert und (...) gehen an die Studenten zurück“ unabhängig davon, ob die Therapiestunde von einem Lehrlogopäden angeschaut wurde oder nicht (ebd. Seite 18, Zeile 98).

Ein Lehrlogopäde beschreibt, wie die Therapie nach Verfassen des Rahmenplans abläuft: Die Schüler therapieren „so vor sich hin“ „und ab und an gucke ich mal zu und danach unterhalten wir uns. Wenn andere [Schüler] mit zugeguckt haben, moderiere ich eher, wenn andere nicht zugeguckt haben mache ich das Gespräch eher, also was man so Supervision nennt“ (TA06_F.F. Seite 10-11, Zeile 84).

Aus dieser Aussage wird auch ersichtlich, dass die Therapien den Mitschülern zur Hospitation offen stehen.

Die abzuleistende Anzahl an Therapien ist innerhalb des *Praxiscurriculums* nicht störungsbildspezifisch festgelegt, sondern wird eher als eine fachübergreifende Einheit betrachtet: „Für ein /ehm/, für ein Fachgebiet ist das nicht geregelt, sondern eher so insgesamt“ (TA06_F.F. Seite 6, Zeile 46). Ursache ist auch an dieser Schule, dass nicht für alle Störungsbilder die gleiche Anzahl von Patienten zur Verfügung steht. Zum Ende der Ausbildung hin sollen die Schüler eine bestimmte Anzahl an Therapien abgeleistet haben. Wie im vorange-

gangenen Beispiel ist jedoch auch hier nicht festgelegt, wie sich diese Stunden auf die verschiedenen Störungsbildern verteilen.

Zur Gesamtzahl der Therapien wird in den meisten Fragebögen dieser Schule keine Aussage gemacht (FB 16, 17, 18, 20). Zwei Befragte geben eine Gesamtanzahl von abzuleistenden Therapien von 10 (FB 15) bzw. 20 (FB 19) Therapieeinheiten an.

Die Häufigkeit der Betreuung variiert. So wird in den meisten Fragebögen eine wechselnde Betreuungs- bzw. Supervisionshäufigkeit angegeben (vgl. FB 15, 16, 17, 20). Eine Betreuung jeder dritten Therapie scheint ebenfalls durchgeführt zu werden (vgl. FB 18, 19).

An allen befragten Schulen probieren die Schüler im Theorieunterricht Inhalte aus, die in der therapeutischen Praxis angewandt werden, wie zum Beispiel Therapiemethoden oder Diagnostikmaterial.

Ein Lehrlogopäde erläutert dazu, dass er eine Vielzahl von Methoden im Theorieunterricht einsetzt:

„Ich mach *alles*. Ich mische wild durch, einfach aus dem Grund, weil es in der Myo [funktionellen Therapie] auch ganz viel um praktische Dinge geht, die baue ich auch gleich in den Unterricht mit ein, dass die [Schüler] an sich selber auch beobachten müssen und /eh/ mit Spiegel auch arbeiten, weil grad [der]Mundbereich ist ja ein sensibler Bereich, das ist das was sie dann auch vom Patienten ja letztendlich verlangen müssen, dass sie selber für sich einfach auch nachvollziehen können, dass man da vorsichtig sein .. muss in dem Bereich“ (TA02_T.E. Seite 14, Zeile 109).

Weiterhin beschäftigen sich die Schüler mit Fällen bzw. Patienten, die im Unterricht vorgestellt werden, „[Meine Schüler lernen] sehr viel fallorientiert. Also über Fälle arbeite ich sehr gerne, das macht sehr viel Spaß.“ (TA03_D.D. Seite 13-14, Zeile 98)

Ebenso kann das Schreiben von Plänen im Unterricht geübt werden, damit „sie [die Schüler] sich eben in diese Struktur rein denken und damit sie für die PA [Praxisbetreuung] dann .. schon mal so einen kleinen Vorlauf“ haben (TA05_B.K. Seite 19-20, Zeile 106).

Rollenspiele, die z.B. ein Anamnesegespräch imitieren, oder „fakultative praktische Übungen“ zu Wahrnehmung und Motorik sind ebenfalls Bestandteile des theoretischen Unterrichts (TA05_B.K. Seite 19-20, Zeile 106).

Der Unterricht kann so gestaltet sein, dass er zunächst theoretische Grundlagen vermittelt und sich dann immer mehr dem praktischen Tun annähert, welches in der späteren Therapie am Patienten nötig ist. Dabei hat der Unterricht zu Beginn eher Vorlesungscharakter und nähert sich nach und nach von der methodisch-didaktischen Gestaltung her immer mehr der praktischen Tätigkeit an.

„Also es baut sich auf, es beginnt meistens mit einer Vorlesung [...] dann kommt ein Teil /ehm/, wo es anfängt /ehm/ .. eher Gesprächsform zu bekommen, also wenn kleine [...] Unterrichtsformen integriert werden, so Gruppenaufgaben, Einzelaufgaben so, vorbereiten, vorstellen, Gespräche mit einander führen und dergleichen. (...) Dann ist die Therapievorbereitung sozusagen, Diagnostik /eh/ und Therapie, dann machen sie [die Schüler] selbst. Dann kommt der Teil, wo sie mit sich Übungen machen, also: 'Jetzt machen wir Wahrnehmung der eigenen

Stimme. Leiten Sie mal jemanden an, als wenn Sie einen Patienten hätten!“ (TA06_F.F. Seite 13 Zeile 114 & Seite 14, Zeile 120)

Nach diesen Übungen „mit sich selbst“ behandeln die Schüler Patienten.

Im theoretischen Unterricht achten die Lehrlogopäden darauf, dass die Schüler erst einmal die wichtigsten Grundlagen für die Therapie lernen, also die „Standardtherapiemethoden“ (TA06_F.F. Seite 18, Zeile 140). Ein Befragter sagt dazu, dass „die Schüler jetzt erst ’mal Mainstream“, also die allgemein gebräuchlichen Therapiemethoden lernen müssten, da das Vermitteln der „Sonderfälle“ die Schüler überfordern würde (TA05_B.K. Seite 26, Zeile 132).

Erfahrungen aus der praktischen Ausbildung werden von allen Interviewten in den Theorieunterricht eingebunden, häufig in Form von Videos. „[Ich] mach’ viel Videos, (Pause) oder versuche das [praktische Vorgehen] möglichst immer viel mit Videos zu belegen, weil das einfach hilfreich ist für die [Schüler]“ (TA01_B.L. Seite 21-22, Zeile 125; vgl. auch: TA02_T.E. Seite 15, Zeile 113; TA04_N.K. Seite 22-23, Zeile 130; TA05_B.K. Seite 25, Zeile 130; TA06_F.F. Seite 23, Zeile 184).

Auf die Frage, wie Theorie mit Praxis verbunden werden soll, halten es die Interviewten für sinnvoll, dass die Lehrlogopäden gleichzeitig in der Theorie- und Praxisvermittlung eines Faches bzw. Störungsbildes tätig sind. Dieses Konzept wird von den meisten Lehrlogopäden bereits umgesetzt (Ausnahmen bilden die FB 19 und 20, hier sind die Befragten nur in der praktischen Ausbildung tätig).

„Also das ist /ehm/ ich finde das eine schöne Kombi. Also eine sehr, /eh/ sehr fruchtbare Kombi, weil ich (...) in der Praxisanleitung noch mal auch einen direkten Zugang zu .. Einzelnen bekomme und eher auf Stärken und Schwächen eingehen kann als das im Kursverbund möglich ist.“ (TA04_N.K. Seite 8, Zeile 58)

Zudem können Lehrlogopäden, die sowohl die Theorie als auch die Praxis eines Störungsbildes vermitteln, in der praktischen Ausbildung auf das von ihnen selbst gelehrt Wissen zurückgreifen. Die angewandten Therapiemethoden beziehen sich somit direkt auf die theoretischen Konzepte; Schüler und Lehrer haben eine gemeinsame Kommunikationsgrundlage.

„Ja, ich finde das natürlich /eh/ äußerst.. *schön*, denn die Schüler wissen, von welcher Konzeption ich spreche und ich kann immer wieder darauf zurückgreifen. Also welches theoretische Konzept oder Modelle, die ich vorgestellt habe, das sind ja auch meistens *die* ../eh/ die dann auch in Therapie vorkommen und entsprechend entlastet das natürlich, weil ich /ehm/, weiß worüber wir sprechen.“ (TA03_D.D. Seite 5, Zeile 45)

(Vgl. hierzu auch: TA01_B.L. Seite 12-13, Zeile 75; TA02_T.E. Seite 8, Zeile 63; TA05_B.K. Seite 12, Zeile 68; TA06_F.F. Seite 7, Zeile 58).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Theorie-Praxis Transfer bzw. die Gestaltung der praktischen Ausbildung in der Logopädie sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Auch die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung sind an den untersuchten Einrichtungen sehr verschieden: die Therapien werden direkt an der Lehrstätte durchgeführt, in Diagnostikambulanzen und auch in Kindergärten oder Schulen.

Sowohl Anzahl als auch die Betreuungshäufigkeit der Therapien variieren zwischen den Einrichtungen stark. Landesrechtliche curriculare Vorgaben, die die Umsetzung der praktischen Ausbildung regeln, sind bisher nur in einem Bundesland zu finden sowie weiterhin eine empfehlende Rahmenrichtlinie.

Übereinstimmend an allen Schulen wird das Schreiben von Plänen gefordert, die die Grob- (Rahmenplan bzw. großer Behandlungsplan) und Feinplanung (Therapiestundenpläne) der Therapiestunden festhalten.

Ein weiteres Übereinstimmungsmerkmal ist die Tatsache, dass die meisten der Befragten sowohl in der Theorie- als auch Praxisvermittlung des entsprechenden Störungsbildes tätig sind und diese Tatsache in Hinblick auf die Verknüpfung von Theorie und Praxis sehr begrüßen.

6.2 Qualifikation der Lehrenden

Nahezu alle befragten Personen, die in die Betreuung der praktischen Ausbildung involviert sind, verfügen über eine abgeschlossene *Ausbildung zum Logopäden*. Sie erfüllen hier die vom dbl geforderten „Mindestvoraussetzungen zur Gründung und Qualitätssicherung von Lehranstalten von Logopädie“ (dbl 1996) (vgl. Fragebögen 1-14 und 16-20 sowie TA01_B.L. Seite 1, Zeile 4; TA02_T.E. Seite 1, Zeile 6; TA03_D.D. Seite 1, Zeile 2; TA04_N.K. Seite 1 Zeile 2; TA05_B.K. Seite 1, Zeile 2; TA06_F.F. Seite 1, Zeile 4). Eine Ausnahme bildet hier nur die Aussage aus FB 15. Der Befragte ist Dozent im Fachbereich Psychologie und Psychiatrie und betreut in der praktischen Ausbildung „die praktische Arbeit am Kind und Erwachsenen“ (FB 15.5.).

Die Lehrenden weisen darüber hinaus eine Vielzahl von *weiteren Qualifikationen* für ihre Arbeit in der theoretischen und praktischen Ausbildung auf. Diese reichen von didaktischen Fortbildungen über Bachelor- und Masterabschlüsse in Logopädie oder Gesundheitswissenschaften, über Diplome in Pädagogik, Supervisionsfortbildungen der DGSv bis hin zu Neurolinguistischem Programmieren und weiteren Fortbildungen aus dem Beratungs- oder Supervisionsbereich.

Laut den Angaben aus den 20 Fragebögen sind die Befragten *für die theoretische Ausbildung* in der Logopädie wie folgt qualifiziert:

Qualifikation	Anzahl der Nennung (Mehrfachnennung möglich)
Lehrlogopäde mit dbl Zertifikat	6
Diplom Lehr- und Forschungslogopäde (Aachen)	-
Diplom Patholinguist	2
Medizinpädagoge	-
Master oder Bachelorabschluss in Logopädie bzw. Gesundheits- oder Therapiewissenschaften	3 (teilweise noch in der Ausbildung bzw. gerade begonnen)
Qualifikation zur Lehrkraft für Gesundheitsfachberufe	3
weitere:	
- Diplompädagoge	1
- Masterstudium Germanistik und Psychologie mit Anerkennung als klinischer Linguist (BKL)	1
- Diplomreligionspädagoge	1
- vierwöchige pädagogische Qualifikation	2
- Universitätsinterne Fort- und Weiterbildungen	1
- Masterstudium (keine nähere Bezeichnung über den Abschluss)	2

Folgende Qualifikationen wurden *für die Ausbildungssupervision* in der Logopädie angegeben:

Qualifikation	Anzahl
Supervisionsausbildung der DGSv	1
Fort- oder Weiterbildung in lösungsorientierter Beratung	7
Neurolinguistisches Programmieren	2
weitere:	
Gesprächsführung nach Rogers	1
TZI nach R. Cohn	1
systemisches Coaching	1
Transaktionsanalyse nach M. Clausen-Söhngen/Zertifikat „Praxisberatung/Supervision für Lehrlogopäden/innen“	9
Zertifikat für Supervision (W. Wendlandt)	1
Zertifikat für Supervision (I.V.S.)	1
Ausbildung zum systemischen Berater	1
Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeut	1

Es zeigt sich, dass die Lehrlogopäden sowohl für die theoretische als auch die praktische Ausbildung sehr unterschiedlich qualifiziert sind.

Nur an einer der befragten Schulen wurde von Seiten des Unternehmens bzw. Schulträgers eine Angabe zur Qualifikation der Lehrlogopäden als Einstellungsvoraussetzung gemacht. Gefordert ist hier ein Universitätsabschluss gleich welcher Art. „Das war jetzt dann (...) schulintern, dass die gesagt haben: also wir nehmen in die Lehre [nur] Leute mit einem Hochschulabschluss“ (TA05_B.K. Seite 2-3, Zeile 12).

Ein Interviewter verweist darauf, dass ihm die beruflichen Vorerfahrungen aus einem anderen Fachbereich, der jedoch mit der Lehrtätigkeit zu tun hat, für seine jetzige Arbeit als Lehrlogopäde sehr helfen:

„Weil ich *auch* (...) bevor ich die Ausbildung gemacht habe zum Logopäden (...) war ich auch freiberuflich Rundfunkjournalist und habe auch Deutsch für *Nicht*-Muttersprachler unterrichtet (...) und hatte da auch *Erfahrung* gesammelt, hab gesagt: Das kriegst du hin mit der Lehre, das klappt, das passt. Und so ist es gekommen.“ (TA05_B.K. Seite 2, Zeile 8).

Zu Beginn der Tätigkeit lag bei einem Interviewten nur das als Logopäde erworbene fachliche Wissen vor: „Ja, am Anfang (...), hatte ich keine [Lehr-Erfahrung], [da] hatte ich nur zehn Jahre logopädische Erfahrung“ (TA02_T.E. Seite 2, Zeile 10). Die gemachte Berufserfahrung als Lehrlogopädin wird als Qualifizierung für die Tätigkeit in der Lehre angesehen, „Also, ich würde mal sagen, natürlich jetzt ganz viel Berufserfahrung /ehm/, weiß nicht, achtzehn Jahre oder so mach ich es jetzt“ (TA01_B.L. Seite 3, Zeile 21).

Ein weiterer Faktor, der als Qualifizierung für die Lehre angesehen wird, ist die Lebenserfahrung „[Das] erste ist Lebenserfahrung. Ich hatte ein chaotisches Leben gehabt“ (TA06_F.F. Seite 2, Zeile 14).

Ein Interviewter hat früher als Religionspädagoge gearbeitet und sich in diesem Zusammenhang zum Thema Gesprächsführung weiterqualifiziert. Diese Ausbildung empfindet er als sehr wichtig für seine heutige Tätigkeit in der praktischen Ausbildung:

„Ich habe /ehm/ damals als /ehm/ Religionspädagoge (...) parallel zu meiner Berufstätigkeit eine Gesprächsführungsausbildung gemacht .. und die erachte ich auch wichtig für meinen .. jetzigen Beruf, also das ...finde ich noch nennenswert. Ist jetzt keine dbI-Zertifizierung oder etwas ähnliches aber das ist etwas, was ich für den praktischen Bereich, worauf ich im praktischen Bereich auf keinen Fall verzichten möchte“ (TA04_N.K. Seite 3, Zeile 20).

Außer einer Weiterbildung in bestimmten Beratungsmethoden werden auch das Selbststudium und die Selbsterfahrung angeführt, welche ebenfalls bei der praktischen Ausbildung in der Logopädie nützlich sind: „Nein, *Selbststudium*, weil ich mich mit Kommunikation befasse, /ehm/ Erfahrung, eigene Sicht.“ (TA06_F.F. Seite 4, Zeile 32).

Auffällig ist, dass sich die Befragten, sei es nun in der theoretischen oder auch praktischen Ausbildung, häufig auf das Arbeiten nach Intuition bzw. auf die eigene (Berufs-) Erfahrung berufen:

„Ich guck mir die [Schüler] halt auch *einfach* an, oder ich versuche mir (Pause) sich irgendwie in die [Schüler] einzufühlen oder die kennen zu lernen, die Schüler. Und /eh/ (Pause), dann

hab ich, wie soll ich das sagen, ich glaub das ist ganz viel Intuition bei mir“ (TA01_B.L. Seite 22, Zeile 129).

Neben einer „Menge Empathie zu gucken, was können sie eigentlich schon leisten, die Studenten und /eh/.. wo müssten sie sein, wo könnten sie sein“, beruft sich ein Interviewter darauf, die Tätigkeit in der praktischen Ausbildung „quasi aus dem Bauch heraus“ anzugehen (TA05_B.K. Seite 4-5, Zeile 22).

Offensichtlich sind der Faktor Berufserfahrung und das damit verbundene Arbeiten „nach Gefühl“ wichtige Schlüssel zur Praxis der Lehrlogopäden. In der Ausbildungspraxis einer der befragten Einrichtungen führten die bereits erwähnten Werksstudenten (die ja meist noch wenig Erfahrung mitbringen) die komplette Betreuung der praktischen Ausbildung in dieser Praxis durch. Diese Variante stellte sich als unbefriedigend heraus, da die Werksstudenten Schwierigkeiten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hatten. „[Die Ausbildungspraxis] haben dann Werksstudenten komplett verwaltet und (...) da waren sie mitunter auch, denke ich, ein bisschen überfordert“ (TA05_B.K. Seite 7, Zeile 32).

Bezogen auf den theoretischen Unterricht, wurde zu Beginn teilweise intuitiv und ohne methodisch-didaktisches Wissen unterrichtet:

„Und dann habe ich angefangen, intuitiv zu unterrichten. .. Das erste Jahr war natürlich (...) aufregend, weil *alles*, wirklich *alles* zum ersten Mal, auch alle Konstellationen, auch alle Situationen, die man sich so gar nicht *vorstellen kann* ((lachend)) /eh/ natürlich eintraten und man ad hoc ja häufig entscheiden muss und so“ (TA05_B.K. Seite 2-3, Zeile 12).

Interviewte, die während ihrer Tätigkeit als Lehrlogopäde eine pädagogische Qualifizierung begannen, stellten fest, dass sich die Inhalte dieser Fortbildung mit dem, was sie intuitiv an Unterrichtsmethoden angewendet hatten, größtenteils deckten:

„Ich habe dann gemerkt, dass es auch eine große .. Überschneidung gibt zwischen dem, was ich so intuitiv.. gemacht habe und dem, was dann dort noch mal abstrakt so in Form gebracht kam. So als Vorlesung. Das kriegt dann plötzlich ein Gesicht oder einen Namen, aber ich habe, warte mal, zu achtzig, neunzig Prozent gedacht: Das machst du so, so machst du das auch.“ (ebd.)

Teilweise wird der Weiterbildung im fachlich-logopädischen Bereich mehr Wichtigkeit beigemessen als dem methodisch-didaktischen Bereich. In Fortbildungen im methodisch-didaktischen Bereich wurde „dann auch keine Energie mehr reingesetzt, sondern“ diese eher „in die Bereiche gesetzt, die (...) dann effektiver waren für den Unterricht und für die Therapie“ (TA04_N.K. Seite 2, Zeile 16). Hier nennt ein Interviewter Weiterbildungen „für den Erwachsenenbereich. Er habe „da noch mal einige Fortbildungen gemacht (...) im Bereich der neurologischen Fächer“, die unterrichtet werden. Dies betrifft vor allem „eher fachlogopädische Fortbildungen“ (ebd. Seite 3, Zeile 18).

Der Interviewte gibt den fachlogopädischen Fortbildungen den Vorrang vor den methodisch-didaktischen bzw. pädagogischen Fortbildungen, da diese nach seiner Meinung „*auch* (...) so wichtig sind, aber nicht so ausschlaggebend wie die anderen“ (TA04_N.K. Seite 4, Zeile 28).

Doch es gibt nicht nur Einzelbemühungen, die fachliche Kompetenz zu verbessern. In einer der befragten Logopädieschulen hat sich das gesamte Team mit einer Fortbildung zur Trans-

aktionsanalyse nach M. Clausen-Söhngen qualifiziert, welche mit dem Zertifikat „Praxisberatung/Supervision für Lehrlogopäd/inn/en“ abschließt. Dadurch ist diese Schule einen guten Schritt vorangekommen auf dem Weg zur Vereinheitlichung der praktischen Ausbildung.

„Und wir haben als Team letztes und vorletztes Jahr gemeinsam noch ’mal eine Supervisionsfortbildung nach dem TA Modell, Transaktionsanalyse bei der Mechthild Clausen-Soehngen gemeinsam gemacht, weil wir als Team für uns beschlossen haben, .. es wäre hilfreich, wir hätten ein Konzept, ... auf das wir alle zurückgreifen zu können, um für die Schüler die gleiche Sprache sprechen zu können.“ (TA02_T.E. Seite 3, Zeile 22)

Diese gemeinsam absolvierte Fortbildung wurde als sehr hilfreich für Schüler und Lehrer erlebt:

„Hilfreich für *uns*, weil wenn man sich jetzt über /eh/ Sachen unterhält man schneller auf dem Punkt ist, weil man von den gleichen Dingen spricht und nicht erst definieren muss, wer versteht denn jetzt was wie. Und ich glaube am hilfreichsten für die Schüler .. *weil* die Supervisionen nach einem ähnlichen Konzept ablaufen“ (ebd. Seite 4, Zeile 33).

Aus den Ergebnissen lässt sich zusammenfassen:

Es herrscht eine große Heterogenität an Qualifikationen der Lehrlogopäden für die Tätigkeit in der Ausbildung. Die Zertifizierung als Lehrlogopäde (dbl) lässt sich bei mehreren Befragten finden, pädagogische universitäre Abschlüsse bilden jedoch die Ausnahme.

In Bezug auf die Ausbildungssupervision ist eine Tendenz zu einer Weiterbildung in lösungsorientierter Beratung zu verzeichnen, ebenfalls zur Transaktionsanalyse durch eine im gesamten Lehrlogopädenteam durchgeführte Fortbildung nach diesem Modell.

Beeinflussend und hilfreich für die Tätigkeit in der Lehre scheinen neben rein fachlichen Abschlüssen auch Aspekte wie Berufs- oder Lebenserfahrung zu sein.

Hieraus ergibt sich die Frage, welche Qualifikationen für die Lehre in der Logopädie als nötig erachtet werden. Es bleibt unklar, ob der rein fachlich logopädischen oder der pädagogischen Qualifikation ein Vorrang gegeben wird.

6.3 Gegenstand und Aufgabe von Ausbildungssupervision

Es besteht bei den Befragten Unsicherheit darüber, wie die Tätigkeit in der praktischen Ausbildung bezeichnet werden kann. Die Begrifflichkeiten reichen von „Supervision“ (TA02_T.E. Seite 5, Zeile 35) über „Ausbildungssupervision“ (TA01_B.L. Seite 4, Zeile 25), „Praxisanleitung“ (TA03_D.D. Seite 2, Zeile 18) bis hin zu „Begleitung der praktischen Ausbildung“ (TA05_B.K. Seite 4-5, Zeile 22).

Es wird festgestellt, dass es einen Unterschied zwischen der Ausbildungssupervision und der im Beratungskontext umgesetzten „normalen“ Supervision gibt. Zur „Ausbildungssupervision“ sind die Auszubildenden verpflichtet.

„Also der Unterschied zur normalen Supervision ist, dass zum einen hier die Ausbildungssupervision etwas ist, was sie [die Schüler] machen *müssen*. .. Das ist ja nichts Freiwilliges. Also sie *müssen* sich dem stellen, es kann ja keine Studierende gehen und sagt: 'Ich mach das nicht.' Das würde heißen, sie nimmt keinen Patienten, das geht nicht“ (TA01_B.L. Seite 6, Zeile 35).

In der regulären Supervision ist die Sachlage anders. Diese beruht auf Freiwilligkeit und dem Willen des Supervidanden, sich supervidieren zu lassen. Ein Interviewter, der neben der Tätigkeit als Lehrlogopäde als Supervisor (mit Abschluss der deutschen Gesellschaft für Supervision – DGSv) tätig ist, beschreibt den Unterschied so:

„Also das ist der *Haupt*unterschied, dass /ehm/ in einer *normalen* Supervision, wie ich sie jetzt mit anderen Berufsgruppen oder auch mit schon fertigen Logopäden mache, dass die ... zu mir kommen, mich anfragen .. und dann /ehm/, ja ... mich darum *bitten* , (...) ob ich Lust hätte, da in ihrem Team oder in der Einzelsupervision Supervision /eh/ zu machen“ (ebd.)

Weiterhin wird hervorgehoben, dass der fachliche Anteil in der so genannten Ausbildungssupervision relativ hoch ist. Die Ausbildungssupervision beinhaltet „eine große Gewichtung /eh/ fachliche Supervision“, die „im normalen Begriff der Supervision“ keine Rolle spielt. (TA02_T.E. Seite 5, Zeile 37). Supervision im herkömmlichen Sinne arbeitet stark auf der personellen Ebene.

„Also ich will sie [die Schüler] ja fachlich weiter begleiten, Rückmeldungen geben, das hat gepasst, das hat nicht gepasst, warum nicht, überleg noch mal, der Anteil ist /eh/ ... für mich gewichtiger als der andere. Weil ich finde *richtige* Supervision, da geht es hauptsächlich um den Menschen mit seinen Empfindlichkeiten und seinem Wunsch, Dinge zu klären und weiterzubringen. Und das /eh/ will ich auch für mich nur in einem ganz gewissen Maße mir anmaßen, das auf die Schüler anwenden zu können“ (ebd.).

Nach Meinung eines Interviewten sind die Inhalte in der herkömmlichen Form der Supervision so gewichtet „dass es nie um fachliche“ Anteile „geht, sondern *ausschließlich* um die Beziehungsebene“ (TA01_B.L. Seite 6, Zeile 35).

Unklarheit herrscht jedoch bei den Interviewten darüber, wie viel Anteil der Fachlichkeit im Gegensatz zur Arbeit auf der Beziehungs- bzw. personellen Ebene in der Ausbildungssupervision gegeben werden soll.

So wird von einer Interviewten geäußert, dass ihr Hauptaugenmerk innerhalb der Ausbildungssupervision auf der Beziehungsebene liegt, da nur so die Grundlage für eine gute fachliche Arbeit der Schüler gelegt werden kann.

„Am Anfang, wenn ich anfangs mit einer Studierenden zu arbeiten, [ist es so,] dass ich mit denen eine Art Vertrag schließe [...] einen mündlichen Vertrag, das ist jetzt nichts Schriftliches, aber ich sage ihnen ganz am Anfang in der ersten Stunde, die wir zu zweit haben, dass ich *ganz* stark auf den Kontakt achte, auf die Beziehung, wie [die Schüler] in Beziehung gehen, ich sag ihnen auch, dass ich gucke, wie sie mit mir in Beziehung gehen /ehm/, dass es /ehm/ immer wieder Thema sein wird, weil ich der festen Überzeugung bin, dass die Art und Weise oder die Fähigkeit, wie sie in Beziehung gehen können das Fachliche trägt. Und wenn die Basis, und das ist für mich eine Basis, und wenn die nicht gegeben ist, dass es dann ganz schwer wird“ (TA01_B.L. Seite 4-5, Zeile 27)

Konträr dazu äußert sich eine weitere Befragte zur Arbeit auf der therapeutisch-personellen bzw. Beziehungsebene. Es ist für sie wichtig ist, dass die Schüler „erst ’mal die Fachlichkeit“ verstanden und aufgenommen haben müssen, und danach erst die personelle Ebene bearbeitet werden kann. Falls fachliche und personelle Anteile in der Ausbildungssupervision vermischt werden und parallel bearbeitet werden, „bringt man viele Schüler in die Überforderung“ (TA02_T.E. Seite 5-6, Zeile 39).

Ein weiterer Befragter stellt fest, dass es sich bei der Gestaltung der praktischen Ausbildung eigentlich um keine Supervision handelt, sondern eher um eine „Begleitung“. Dies begründet er damit, dass der Lehrlogopäde ein Teil des Systems ist und nicht, wie in der klassischen Supervision, von außen auf den Schulkontext schaut:

„Wobei ich auch sagen muss, dass die Supervision, so mit ihrer klassischen Definition ... *ist* es ja nicht (...). Wir sind ja nicht unbeteiligt, wir sind ja nicht außerhalb des Systems, also insofern ist es ja .. /eh/ wir nennen es so und es ist im Grunde genommen eine Begleitung der praktischen Ausbildung. (...) Supervision, wenn so jemand von außerhalb kommt und dann .. anfängt zu strukturieren und zu sortieren, irgendwelche Konstellationen einer Menschengruppe oder Konflikte zu bewältigen oder sonst etwas. So ist es ja nicht“ (TA05_B.K. Seite 4-5, Zeile 22).

Ein Interviewter ist überzeugt, dass „in der Logopädie (...) der Begriff falsch verwendet“ wird: „Das sind keine Supervisionen, ich versuche immer, dass dieser Begriff mal rauskommt hier“ (TA06_F.F. Seite 4, Zeile 34)

Die fehlerhafte Verwendung des Begriffes Supervision in der Logopädieausbildung könnte darauf zurückzuführen sein, dass „der Begriff nicht geschützt“ ist. Dies führt dazu, „dass sich manche da irgendwie schwer damit tun, mit diesem Begriff“ (TA03_D.D. Seite 2-3, Zeile 22). Und noch ein Aspekt spricht dagegen, den Begriff der Supervision für die Begleitung der praktischen Logopädieausbildung in seiner herkömmlichen Bedeutung zu verwenden: Lehrlogopäden müssen das Tun ihrer Schüler bewerten und sind somit nicht unabhängig. Hier wird vermutet, dass der Schüler dem Lehrlogopäden (welcher ihn bewertet) vor allem solche Inhalte zur Besprechung und Reflexion anbietet, von denen der Schüler glaubt, dass sie vom Lehrlogopäden gefordert werden oder die der Lehrlogopäde gern hören möchte. Auch aus diesem Grund, so die Meinung des Interviewpartners, ist die Tätigkeit der Lehrlogopäden in der praktischen Ausbildung eher als Betreuung anstatt als Supervision zu bezeichnen.

„Der Betreuer *bewertet*, .. [und das ist etwas,] was in der Supervision nicht stattfinden soll. Also geht ja auch nicht, weil ein Supervisor *muss* unabhängig sein und das Verhältnis ist schon gar nicht da. Also wenn ein Student von mir abhängig ist, ... oder *glaubt* abhängig zu sein, ist ja egal, ob überhaupt etwas passiert oder nicht, allein der Glauben wird keine wahrhaftige Supervision geben, er [der Schüler] wird mir nicht die Wahrheit sagen [...] sondern er wird mir das erzählen, von dem was er glaubt, was er mir erzählen sollte. Und darum ist diese ganze Sache eine *Farce* eigentlich in gewisser Weise, zumindest aus Sicht der Supervision. Ich würde es eher als Betreuung betrachten“ (TA06_F.F. Seite 4, Zeile 36).

Die Lehrlogopäden verstehen es als ihre Aufgabe in der Betreuung der praktischen Ausbildung, die Schüler dazu anzuleiten, strukturierte und qualifizierte Therapien – sowohl auf der fachlichen als auch auf der personellen Ebene – mit den Patienten zu planen und zu realisieren. Hierbei wird darauf geachtet, dass den Schülern keine Handlungsanweisungen vorge-schrieben werden.

„Ja ich verstehe darunter, dass ich die Schüler /eh/ dazu *anleite*, eine (Pause) .../ehm/ *qualifi-zierte .. durchdachte .. Therapie ... aufzubauen und durchzuführen*. Und zwar im Bereich der /eh/ theoretischen Konzepte als natürlich auch der therapeutischen ... /ehm/ Ideen. Also ich kann ihnen ja nicht vorschreiben, wie sie sich wie zu verhalten haben. Schon [aber bewirken], dass sie ein Wissen darüber bekommen, welche Vor- und Nachteile bestimmtes Verhalten hat. O-der haben könnte, sagen wir mal so“ (TA03_D.D. Seite 2-3, Zeile 22).

Die Schüler sollen lernen, ihre eigenen Handlungen und Wahrnehmungen innerhalb der The-rapie zu reflektieren und daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen. Als Grundvor-aussetzung dafür müssen sie das Theoriewissen sicher beherrschen, um es in der Therapie und anschließenden Reflexion anwenden zu können.

„Also für *mich* heißt das in erster Linie, die Schülerinnen und Schüler dazu zu *befähigen* /ehm/ aus der Reflexion und der Wahrnehmung der Therapie heraus /ehm/ (...) Therapie als fortlaufenden Prozess .. zu verstehen und (...) sich die Theorie so zu packen, dass sie da in der Therapie und in der Reflexion Zugriff darauf haben. Also die, diese Verzahnung“ (TA04_N.K. Seite 5, Zeile 34).

Der Lehrlogopäde versteht sich in diesem Zusammenhang als Begleiter, der die Schüler beim Erlangen der Reflexionsfähigkeit unterstützt. Die Schüler sollen lernen, sowohl ihr fachliches als auch therapeutisch-personelles Handeln zu überdenken und zu reflektieren:

„Supervision macht für mich *aus*, die Schüler in ihrer Reflexionsfähigkeit zu begleiten (...) unter unterschiedlichen Aspekten“ (TA02_T.E. Seite 5, Zeile 35). Zuerst wird der Blick auf die „fachlichen Entwicklungen“ (ebd.) nachfolgend auf die therapeutischen und personellen Kompetenzen gerichtet.

„Also einmal der Blick auf die fachlichen Entwicklungen, die ich brauche und die fachlichen Kompetenzen. Das ist der eine Teil. Und der andere ist, was hat /eh/ .. die Beziehung, die ich zum Patienten eingehe oder wie sich ein Patient weiterentwickelt .. unter meinen fachlichen Anleitungen, was hat das mit mir als Mensch zu tun. In welche Bredouille bringt mich das, an welche Grenzen bringt es mich und was für Fragen muss ich mir stellen um zu begreifen, was da beziehungs-mäßig abgeht. Das macht für mich Supervision aus“ (TA02_T.E. Seite 5, Zeile 35).

In der praktischen Arbeit allerdings ist diese Grenze offenbar nicht so klar zu ziehen: Ein Be-fragter spricht sich zwar dagegen aus, dass es sich bei der Form der Praxisbetreuung in der Logopädie um Supervision handelt: „In der Logopädie wird der Begriff falsch verwendet, ... das sind keine Supervisionen“ (TA06_F.F. Seite 4, Zeile 34). Doch wenn er beschreibt, wel-che Aufgabe die Praxisbetreuung für ihn übernimmt, nennt er das Erlernen von Reflexionsfä-higkeit und gleichzeitig den Begriff der Supervision.

Supervision bedeutet für ihn: „die Möglichkeit, jemanden /eh/ Wege zu zeigen, sich reflektiert zu beobachten“ (ebd.). Um die Schüler zu Reflexionsfähigkeit zu führen, versucht er dann auch, die Praxisbetreuung ähnlich einer Supervision zu gestalten:

„Ja, /ehm/ das macht aus, also, den Versuch zumindest zu starten, das ähnlich einer Supervision zu gestalten, also, dass er [der Schüler] sich selber reflektieren kann .. das kann man auch in Anwesenheit anderer Studenten ganz gut machen, dann machen die das relativ alleine, man moderiert halt nur“ (TA06_F.F. Seite 5, Zeile 36).

Vor allem im letzten Ausbildungsjahr sollen die Schüler lernen, ihre Therapien selbstreflexiv zu beobachten, um sowohl ihre Stärken als auch Schwächen realistisch einzuschätzen und sich so vor Überforderung zu schützen. Hierzu leitet sie der betreuende Lehrlogopäde an.

„Es geht in diesem letzten [Ausbildungs-]Jahr drum, dass ihr *lernt* .. selbstständig ... zu reflektieren, da leite ich euch *gern* dazu an, (...) dass ihr sehen könnt, wo liegen eure Stärken, dass ihr (...) euch vor einem Burn-Out bewahrt, ihr müsst immer sehen, *was* ihr könnt ... und ihr müsst (...) differenziert, aber *wirklich* nicht global, sagen können, wo es schwierig war. Und dann solltet ihr daraus ableiten, wie die nächste [Therapie-]Stunde ist und natürlich auch, wie *ihr* in eurer Therapeutenpersönlichkeit dem Patienten begegnet.“ (TA01_B.L. Seite 27, Zeile 145)

In der praktischen Logopädieausbildung werden die Schüler dazu geführt, „selbstständig arbeiten“ zu können, was als „absolut notwendig“ für die spätere Berufsausübung erachtet wird (ebd. Seite 26-27, Zeile 143).

Einem der Befragten ist es wichtig, den Schülern aufzuzeigen, dass ein „guter Therapeut sich auch dadurch auszeichnet, dass er auf den verschiedensten Kompetenzgebieten seine Stärken und Schwächen erkennt und ausbaut“ (TA04_N.K. Seite 5, Zeile 36). Das „Erkennen“ kann an dieser Stelle auch mit dem Erlernen von Reflexionsfähigkeit in Zusammenhang gesetzt werden.

Ein guter Therapeut bewegt sich hiernach nicht nur im Bereich der fachlich-methodischen Kompetenzen dem Patienten gegenüber sicher, sondern auch im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenzen. Sich diese verschiedenen Kompetenzen anzueignen, ist eine zentrale Aufgabe der praktischen Ausbildung:

„Also das ist etwas, was vielen am Anfang gar nicht so bewusst ist, welche Rolle zum Beispiel sozial-kommunikative /eh/ Kompetenzen spielen im Vergleich zu fachlichen Kompetenzen und therapeutische zu methodischen [Kompetenzen] und so weiter. Also das /ehm/ ...will ja alles... mal aufgebaut werden“ (TA04_N.K. Seite 5, Zeile 36).

Wegen der unscharfen Begrifflichkeiten von Gegenstand und Aufgabe der Supervision, fällt es schwer, „das, was man dann doch eben relativ selbstverständlich macht, (...) dann so auf den Punkt zu bringen“ (TA04_N.K. Seite 6, Zeile 40).

Im Gegensatz zum späteren Arbeitsleben können sich die Schüler innerhalb der Ausbildung unter der Aufsicht eines Lehrlogopäden in therapeutischen Techniken und Möglichkeiten auszuprobieren. Dazu werden sie wie folgt angeregt:

„Ich sehe diese Ausbildung dann auch so ein bisschen als Ausprobieren: Probiert *aus*! Was kommt beim Patienten an, was liegt dir? Und interessanterweise kommt immer das beim Patienten an was ihnen *liegt*. Dann sag ich: Probier es aus, lass es uns angucken! Ich weiß nicht, wenn du der Überzeugung bist, dass das funktioniert, dann probiere es jetzt mal aus. Dann werden wir schon *sehen*, was passiert. Und wenn es nicht klappt, überlege dir eine *Alternative* sofort“ (TA01_B.E. Seite 26, Zeile 139, 141).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die befragten Personen unsicher sind, wie ihre Tätigkeit in der praktischen Ausbildung zum Logopäden bezeichnet werden kann. Die gebräuchliche Form *Ausbildungssupervision* ist hier offensichtlich nicht exakt, da die so benannte Tätigkeit der Lehrlogopäden den Ansprüchen der *Supervision* nicht genügt. Aber auch die allgemeine Unschärfe und Bestimmungsbedürftigkeit des Begriffs *Supervision*, wie sie in Kapitel 3.1 beschrieben wurde, spielt hier eine Rolle.

Wesentliche Unterschiede der Ausbildungssupervision zur „herkömmlichen“ Form der *Supervision* werden gesehen im größeren Anteil an Fachlichkeit, der Pflicht der Schüler zur Teilnahme und der Rolle des Lehrlogopäden mit der Aufgabe, die Leistungen der Schüler zu bewerten.

Über die Ausbildungssupervision hinaus lässt sich die Aufgabe der Lehrlogopäden in der praktischen Ausbildung zum Logopäden so zusammenfassen: die Schüler werden dazu angeleitet, selbstreflexiv zu handeln. Dies geschieht immer unter der Prämisse, dass die Ausbildung eine Möglichkeit zum Ausprobieren ist. Selbstreflexiv heißt in diesem Zusammenhang, positive und negative Aspekte der durchgeführten Therapien zu beurteilen und daraus Konsequenzen für das nachfolgende Handeln zu ziehen. Wichtig ist weiterhin, dass auf dem Weg zu einem Therapeuten nicht nur fachlich-inhaltliche Komponenten, sondern auch sozial-kommunikative Fähigkeiten erlernt werden müssen.

6.4 Methodenansätze in der praktischen Ausbildung zum Logopäden

Entsprechend der unterschiedlichen Qualifikationen ihrer Lehrenden (siehe Kapitel 6.3) setzen die Schulen verschiedene Beratungsansätze in der praktischen Logopädieausbildung um. Eine Einrichtung arbeitet z.B. nach dem Ansatz der lösungsorientierten Gesprächsführung. Ein Interviewpartner erläutert: „Für mich ist /eheh/ (...) [einer] meiner (...) Leitfäden .. (...) [die] lösungsorientierte Gesprächsführung, [d. h.] also weniger an der Pathologie [zu] kleben, sondern die Patienten [zu] ermuntern in dem, was schon geschafft ist, und sie dadurch weiterzubringen“ (TA02_T.E. Seite 9-10, Zeile 73).

Nach diesem Ansatz gestaltet der Interviewte die Nachbesprechungen der Therapien mit den Schülern:

„Und so gestalte ich im Grund auch für mich meine Nachbesprechung mit den Schülern: dass es mir wichtig ist, dass man immer wieder Mut hat ... und /eh/ Motivation und Reserven schöpft aus dem, was gut gelungen ist“ (ebd. Seite 10, Zeile 75).

Wie in Kapitel 6.2 argestellt, absolvierte das Team einer befragten Schule eine Supervisionsfortbildung nach dem Modell der „Transaktionsanalyse“ nach Mechthild Clausen-Söhngen die mit dem Zertifikat „Praxisberatung/Supervision für Lehrlogopäden“ abschließt. Die Schule setzt die praktische Ausbildung nach diesem Konzept um.

Das Kollegium einer weiteren Schule hat eine „hausinterne Fortbildung“ nach dem Konzept der „kollegiale[n] Beratung“ durchgeführt und setzt die praktische Ausbildung nach den Grundlagen dieses Ansatzes um (TA03_D.D. Seite 2, Zeile 12).

Teilweise werden an den Schulen in unterschiedlicher Frequenz Demonstrationstherapien durch die Lehrlogopäden durchgeführt. „Also ich mache auch selbst noch sehr gern und relativ viele Therapien“ (TA04_N.K. Seite 2, Zeile 10). Diese gestalten sich in der Form, dass der Lehrlogopäde Therapien durchführt und die Schüler durch die Spiegelscheibe bei diesen hospitieren können. Dieser Ansatz folgt somit am ehesten dem Konzept des Lernens am Modell, indem die Schüler die Möglichkeit haben, die Lehrlogopäden bei der Durchführung von Therapien zu beobachten und sich deren Tun verinnerlichen können.

Die Demonstrationstherapien stehen den Schülern immer zur Hospitation offen:

„Die [Schüler] können immer zugucken. Es sei denn ein Patient (...) sagt mal: 'Ich möchte mal mit ihnen ..unter vier Augen reden', dann mache ich das auch gern. Dann wird die (...) die Zugucktür abgeschlossen, und /ehm/ dann sind wir unter uns. Aber das ... kommt vielleicht einmal im Jahr vor oder so“ (TA04_N.K. Seite 7-8, Zeile 54).

Mitunter ist es allerdings organisatorisch schwierig, die Schüler bei den Demonstrationstherapien zuschauen zu lassen:

„Ja, nur dummerweise ist es von der Organisation dann so, dass ich die dann natürlich machen muss, wenn ich keinen Unterricht habe und die Schüler [Unterricht haben]. Das muss ich dann mal gucken. Manchmal kann ich das dann auch im Unterricht machen, dass sie zugucken können“ (TA03_D.D. Seite 8, Zeile 62).

Wenn es nötig ist, übernimmt der Lehrlogopäde Teile der Schülertherapien, wie z.B. das Elterngespräch: „Und in kniffligen Situationen, wünschen die [Schüler] sich oft, dass man es gemeinsam macht. .. Also, dass ich mit dabei bin und wir teilen uns dann auf, wer welchen Part übernimmt“ (TA02_T.E. Seite 10-11, Zeile 81).

Die Entscheidung über die Übernahme von Teilen der Therapie durch den Lehrlogopäden wird den Schülern freigestellt. Das übergeordnete Ziel ist jedoch immer, dass es den Schülern zum Ende der Ausbildung gelingt die gesamte Therapie selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen.

„Was ich ganz oft mache (...) sind Elterngespräche als Demo-Therapie, [...] das ist auch eine Absprache immer in den [Nach]Besprechungen. Ich frag immer: Möchtest du das selber machen, soll ich dabei sein oder hinter der Scheibe? Und (...) je nachdem, was sie [die Schüler] halt sagen, so mach' ich es dann. Aber natürlich schon mit dem Ziel, dass sie möglichst am Ende so ein Elterngespräch dann auch 'mal alleine machen“ (TA01_B.L. Seite 15, Zeile 89).

Es kann jedoch auch vorkommen, dass die Schüler die Hilfe des Lehrlogopäden bei der Durchführung von Therapieteilen ablehnen und die Therapie vollständig selbst durchführen:

„Da biete ich dann an, soll ich dabei sein oder nicht, das kann die Studentin dann selber entscheiden. Viele sagen: 'Ach nein.' Sie wollen sich auch ein bisschen freischwimmen, dann ist das okay. Dann [wiederum] sehen sie zu, alles klar“ (TA05_B.K. Seite 16, Zeile 90).

Immer wieder taucht in den Interviews der Aspekt der „Persönlichkeit der Schüler“ auf. Er scheint einen großen Einfluss auf die Durchführung und Begleitung der Therapien zu haben.

Ein Lehrender versucht diesen Aspekt in seine Arbeit in der Praxisbetreuung zu integrieren. Hierbei versucht er, den Schülern die persönlichen Stärken und Schwächen zu spiegeln:

Das heißt, ich muss gucken: Wie ist die Persönlichkeit und wo liegen die Stärken dieser Persönlichkeit und wo liegen die Gefahren? Und das versuche ich ihnen auch immer zu spiegeln. Sage [zu den Schülern:] ‚Das ist *deine* Stärke, mit der *du* an dieser Stelle hohen Erfolg haben wirst. Und auf der anderen Seite gibt es da eine *Gefahr*‘, ich nenne es immer Gefahr statt Schwäche, (...) ‚eine Gefahr, auf die musst du *achten*. Da musst du ganz gut aufpassen, *weil* da kann das und das unter Umständen passieren““ (TA01_B.L. Seite 25, Zeile 133).

Ebenso ist es möglich, dass der Prozess der Ausbildungssupervision gefährdet ist, wenn der Lehrlogopäde mit dem Schüler auf der persönlichen Ebene Schwierigkeiten hat. So beschreibt ein Interviewter: „Wenn *ich* ... mit der Studierenden Schwierigkeiten habe .. *persönlich*, dann läuft die Therapie nicht“ (TA01_B.L. Seite 29, Zeile 154). Interessanterweise bricht der Interviewte in diesem Fall die Therapie nicht ab, sondern holt sich Unterstützung von außen in Form von Supervision (ebd. Seite 29, Zeile 156).

Die Schüler bringen persönliche Vorerfahrungen aus ihrem Leben in die Therapie mit ein. Sehr günstig ist es, wenn diese Erfahrungen von den Lehrlogopäden beachtet und in den Prozess der Therapie integriert werden. Durch die Integration dieser Erfahrungen fällt es dem Lehrenden leichter, die Schüler zu Reflexionsfähigkeit zu führen und deren Handlungen zu verstehen:

„Wenn wir darüber sprechen, warum sie [die Schüler] dieses oder jenes so oder *anders* gemacht haben, da kommen ja auch häufig Erfahrungen, die sie aus ihrem Leben mitbringen, die das sozusagen gesetzt haben. /ehm/ Das macht es mir leichter, das zu verstehen und das macht es auch leichter /ehm/ für mich heraus zu finden, was sie brauchen um das reflektieren zu können“ (TA04_N.K. Seite 17-18, Zeile 104).

Es wird jedoch festgestellt, dass man an grundlegenden persönlichen Dispositionen der Schüler nicht verändernd tätig werden kann. Statt am Wesen bzw. der Persönlichkeit des Schülers zu arbeiten, steht eher das Ziel im Vordergrund, den Schülern gewisse Grundlagen eines an-

gemessenen Therapeutenverhaltens zu vermitteln. Dazu gehören zum Beispiel ein angemessenes Sprechtempo oder Zugewandtheit zum Patienten.

Ein Interviewter beschreibt dies so:

„Und dann (...) versuche ich nicht da irgendwie (..) an diesen Charakteren oder an einem Temperament oder so etwas zu drehen, also dann *höchstens* an dem Sprechtempo. Ansonsten sind natürlich Parameter wichtig wie Zugewandtheit und /eh/ .. so Basics des Therapeutenverhaltens, also die muss ich natürlich wieder finden [...]. Und darauf achte ich auch. Dass das Sprachangebot entsprechend ist, dass .. /ehm/ .. flexibel gelobt wird, also das, *alles* das was man so subsumieren kann unter therapeutischem *Umgang*, da muss ich quasi (...) meine Basics wiederfinden“ (TA05_B.K. Seite 21, Zeile 110).

Nach Meinung der Interviewten ist der Prozess der Ausbildung zu einem Therapeuten mit dem Abschluss der Ausbildung noch nicht abgeschlossen, denn: „Keiner ist fertig nach drei Jahren“ (TA01_B.L. Seite 32, Zeile 178).

Auch nach dem Examen gibt es immer noch Dinge zu lernen und das Wissen zu erweitern, denn „vollständig sind die [Schüler] nach drei Jahren ja ohnehin nicht“ (TA05_B.K. Seite 28, Zeile 148). Selbst „nach fünf *Jahren* Berufspraxis“ kann es passieren, dass unbekannte Störungsbilder oder Patienten, die ein Weiterlernen erfordern, behandelt werden müssen (ebd.).

Da der Aspekt der Persönlichkeit einen offensichtlich gewichtigen Anteil in der Ausbildung einnimmt, meinen viele Befragte, dass er auch stärker in die Ausbildung integriert werden sollte: „Der Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung sollte stärker Beachtung finden“ (FB 15.11).

Zusammengefasst ergab die Datenerhebung, dass verschiedenste Methodenansätze, die von der Transaktionsanalyse, lösungsorientierter Gesprächsführung oder kollegialer Beratung reichen, in der praktischen Ausbildung zum Logopäden angewendet werden. Aspekte des Lernens am Modell werden ebenfalls angewendet.

Der Aspekt der Persönlichkeit der Schüler kann in den Therapien nicht ausgeblendet werden. Die Interviewten versuchen entsprechend die jeweilige Persönlichkeit ihrer Schüler in den Prozess der Ausbildung zu integrieren. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass nicht grundlegende Verhaltensmerkmale der Schüler verändert werden können, sondern eher therapeutische Grundlagen wie z.B. Zugewandtheit vermittelt werden sollen.

6.5 Die aktuelle Ausbildungssituation der Logopädie in Deutschland und mögliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Notwendigkeit bzw. Wichtigkeit bundeseinheitlicher Qualitätsstandards für die Ausbildung zum Logopäden wird von allen Befragten als relativ hoch eingeschätzt. Auf die Frage „Für wie wichtig halten Sie bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der logopädischen Ausbildung?“ wurde per Skalenangabe (von 1 = „überhaupt nicht wichtig“ bis 10 = „sehr wichtig“) folgende Einschätzung abgegeben:

Skalenwert	Anzahl der Stimmen (von 20 Befragten)
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	0
8	7
9	2
10	10

Die Hälfte der Befragten stuft die Wichtigkeit von Qualitätsstandards als sehr hoch ein und antwortete mit dem Skalenwert 10. Weitere neun Befragte vergaben die Zahlenwerte acht und neun. Somit lässt sich subsummieren, dass bundeseinheitliche Qualitätsstandards für wichtig und nötig erachtet werden. Lediglich ein Befragter antwortete mit dem Skalenwert 6 und misst der Einführung von Qualitätsstandards nicht so viel Bedeutung bei.

In den durchgeführten Interviews nennen die Befragten ebenfalls die Notwendigkeit einheitlicher Qualitätsstandards in der Ausbildung.

Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass es in Deutschland eine zu große Anzahl an Logopädieschulen gibt, die letztendlich Logopäden für die Arbeitslosigkeit ausbilden. Eine von mehreren ähnlichen Stimmen der Befragten:

„Weil es 106 Schulen gibt in Deutschland und der Bedarf an Logopäden (...) wäre mit 25 gedeckt, von daher bilden wir für die Arbeitslosigkeit *aus*. ... *und* ich finde die Situation aus dem Grunde ziemlich bedrohlich, *weil es keine* Qualitätsstandards von unserem Berufsverband im Hinblick auf eine .. gute Ausbildung gibt“ (TA02_T.E. Seite 28, Zeile 219).

Im Hinblick darauf könnten die bestehenden Schulen und der Berufsverband versuchen, sich durch einheitliche Qualitätsstandards zu positionieren und so eine qualitativ hochwertigere Ausbildung gewährleisten.

Aufgrund des Fehlens von Qualitätsstandards beschreiben die Interviewten die aktuell vorherrschende Ausbildungssituation als „katastrophal“ (TA02_T.E. Seite 27, Zeile 217), hinsichtlich der Qualität abfallend und „negativ“ (TA01_B.L. Seite 38, Zeile 236) und „heterogen“ (TA04_B.K. Seite 29, Zeile 154).

Offenbar variiert die Qualität der Lehre an den verschiedenen Logopädieschulen extrem:

„Manchmal .. ist es ja auch fürchterlich, was man dann so hört. Also das muss man ganz klar sagen, also wenn man so mitkriegt, dass (...) in manchen Schulen noch .. uralte Artikulationserhebungen gemacht werden mit Erhebungsmaterial, was ich vor Millionen Jahren in der Ausbildung hatte, dann (...) finde ich das unglaublich“ (TA03_D.D. Seite 26-27, Zeile 172).

Weiterhin wird von einem sehr variablen Umgang mit der bestehenden Ausbildungsrichtlinie LogAPro gesprochen, was sich teilweise auch dadurch begründen lässt, dass keine Qualitätsmanagementkonzepte umgesetzt bzw. eingeführt werden:

„Im Moment sehe ich in (...) Deutschland (...) eher die Einheit in Gefahr als die Vielfalt. Dann eben doch mehr Qualität. Also Qualitätsmanagement ist ja für viele immer noch ein Fremdwort.“ (TA04_N.K. Seite 31, Zeile 190)

Auch wenn eine bundeseinheitliche Regelung noch nicht erreicht ist, existieren schon verschiedenste Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Vereinheitlichung der Ausbildung an den einzelnen Einrichtungen.

Als Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden hier eingeführte Standards gesehen, die zu einer Vereinheitlichung der Ausbildung und damit z.B. auch zur Objektivierung von Schülerleistungen beitragen.

Die Schulen setzen hier häufig individuelle Standards ein. Dazu gehört beispielsweise das Einführen von standardisierten Therapieberichten, was von allen befragten Schulen umgesetzt wird (vgl. TA01_B.L. Seite 19-20, Zeile 115; TA04_N.K. Seite 16, Zeile 98; TA03_D.D. Seite 10, Zeile 74; TA05_B.K. Seite 18, Zeile 98; TA06_F.F. Seite 11, Zeile 92).

Weiterhin nehmen die Schulen in verschiedenster Form Bewertungen der theoretischen und praktischen Leistungen der Schüler vor. Benotung und Bewertung liegen in der Hand der Schulträger, der Gesetzgeber liefert hierfür keine Vorgaben.

An einer untersuchten Einrichtung werden die Schülerleistungen in einer Zwischenprüfung und anhand von Patienten-Falldarstellungen bewertet (vgl. TA05_B.K. Seite 20-21, Zeile 108 & TA06_F.F. Seite 24, Zeile 190). Quantitativ vergleichbar werden die Leistungen an dieser Schule dadurch, dass jeder Schüler „im dritten Jahr stabil drei Patienten“ behandelt (TA05_B.K. Seite 26, Zeile 134).

Als qualitätssicherndes Element entwickelte die Lehranstalt schulintern ein „Praxiscurriculum“, welches die Organisation der praktischen Ausbildung regelt (vgl. TA06_F.F. Seite 5, Zeile 40 & 42; TA05_B.K. Seite 18-19, Zeile 100).

Eine weitere der untersuchten Einrichtungen führt eine bewertete „Sichtstunde“ (TA03_D.D. Seite 11, Zeile 84 & Seite 22-23, Zeile 148) durch. Im Rahmen dieser „Sichtstunde“ führen die Schüler eine Therapie an ihrem Patienten durch. Diese wird ebenso wie der zugehörige Therapieplan und die anschließende Selbstreflexion benotet. Eine weitere Form der Leistungsüberprüfung ist eine so genannte „Leistungskontrolle“. Diese wird im Fachgebiet Neurologie abgelegt: Der Schüler behandelt einen ihm unbekanntem Patienten, schreibt einen Bericht und führt eine schriftliche sowie mündliche Selbstreflexion durch. Zum Ablauf einer solchen Leistungskontrolle erzählt ein Interviewter:

„Als /eh/ Leistungskontrolle nach einem halben Jahr muss jeder für seinen Patienten einen Übergabebericht schreiben .. und (...) und *eine* Therapiestunde machen bei einem fremden Patienten und einem fremden Übergabebericht. Und die /eh/ Stunde gucken wir uns dann .. *an*, (...) diejenigen, die den Patienten vorher therapiert haben, diejenigen die zu dieser Praxisgruppe gehören und ich. Und *jeder* anhand der Gütekriterien beurteilt dann diese gegebene Stunde,

die schriftliche Vorbereitung und die schriftliche Reflexion und die mündliche Reflexion“ (TA04_N.K. Seite 24-25, Zeile 142).

Die erwähnten Gütekriterien umfassen die Bewertungsmaßstäbe, welche im Examen angewandt werden. Sie wurden im Zusammenhang mit einer empfehlenden Rahmenrichtlinie für die Ausbildung entwickelt.

Diese „empfehlende Rahmenrichtlinie“ gilt für das Bundesland der untersuchten Schule (vgl. TA04_N.K. Seite 25, Zeile 144).

Die dritten der untersuchten Einrichtungen führt eine bewertete „Behandlungsprobe“ durch (vgl. TA01_B.L. Seite 19, Zeile 113; TA02_T.E. Seite 26, Zeile 201). Benotet wird hier die vom Schüler durchgeführte Therapiestunde, die schriftliche Planung der Stunde und die anschließend durchgeführte Selbstreflexion.

Auch hier sind vom betreffenden Bundesland Regeln festgelegt, die über die der LogAPro hinausgehen: ein Lehrplan schreibt exakt vor, wie viele Therapiestunden von den Schülern abzuleisten sind und wann eine Behandlungsprobe zu erfolgen hat (vgl. TA02_T.E. Seite 26, Zeile 201).

Das Bewerten von Schülerleistungen wird allgemein als schwierig empfunden, „weil, also, die Menschen ja auch verschieden sind und die Köpfe verschieden sind und die Lernprozesse und die Ausgangsvoraussetzungen und so weiter verschieden sind“ (TA05_B.K. Seite 26, Zeile 148).

Beim Verteilen von Noten wird auch die Persönlichkeit der Schüler und in gewisser Weise die eigene Arbeit als Lehrlogopäde beurteilt. Vielen der befragten Lehrlogopäden mit längerer Berufserfahrung fällt es nicht leicht, die Leistungen der Schüler realistisch zu beurteilen.

„Du benotest Persönlichkeit und du benotest in einer gewissen Weise dich selbst ja auch. (...) Du setzt deine eigenen Maßstäbe und je länger du berufstätig bist als Lehrlogopäde, desto höher .. es ist ein ewiger Kampf realistisch zu bleiben, weil du setzt immer höhere Maßstäbe. Je weiter du kommst“ (TA01_B.L Seite 34, Zeile 139).

Als weiteres qualitätssicherndes Element führen die Lehranstalten eine Evaluation ihres theoretischen Unterrichts durch (vgl. TA03_D.D. Seite 6, Zeile 52 & TA05_B.K. Seite 14, Zeile 78). Eine Schule z.B. evaluiert die Zufriedenheit der Absolventen nach Abschluss der Ausbildung. Dieses Vorgehen hat sich als positiv erwiesen:

„Wir verschicken [den Schülern] immer noch mal ein Jahr oder ein dreiviertel Jahr, nachdem *sicher* sind in ihrem beruflichen Leben und was ihnen gefehlt hat und was sie / wo sie arbeiten, wo sie dann Rückmeldungen geben. Und wir kriegen zu 99% Prozent die Rückmeldung, dass sie sind im Umgang mit den Patienten. Was Gesprächsführung anbelangt und .. das ist für mich die Bestätigung. Und auch die Rückmeldung, dass sie in einem hohen Maß in der Lage sind, ihr eigenes Tun zu reflektieren“ (TA02_T.E. Seite 31, Zeile 249).

Welche weiteren Maßnahmen können nun ergriffen werden, um die Qualität der Ausbildung noch weiter zu verbessern und zu sichern?

Hierzu werden von den Befragten unterschiedliche Vorschläge gemacht:

Zuallererst wird die Dringlichkeit betont, verbindliche Qualitätsstandards von Seiten des Berufsverbandes für die Ausbildung einzuführen. In diesen sollte festgelegt werden, was „eine Schule“ an „*Vermittlung leisten*“ muss (TA02_T.E. Seite 28, Zeile 221). Dies sollte „sowohl in der Theorie, als auch in der Praxis“ festgeschrieben sein, damit die Inhalte der Ausbildung „auch unter den Schulen vergleichbar“ sind (ebd.). Der Befragte stellt fest, dass „der Berufsverband viele, viele Jahre .. geschlafen“, wenn nicht sogar die Entwicklung „*verschlafen*“ habe (ebd.). Auch ein anderer Interviewpartner unterstützt diese Aussage. Er ist der Meinung, „dass es wirklich eine Zertifizierung /ehm/ vom Berufsverband her geben sollte“ (TA03_D.D. Seite 26, Zeile 168).

Der Berufsverband dbl hat bei der Universität Hamburg „eine Auftragsarbeit“ zur Qualitätssicherung angeregt. Die Erprobungsphase ist beendet, und somit können sich die Schulen vom Berufsverband zertifizieren lassen. Durch diese von der Universität Hamburg eingeführte Qualitätssicherung für Logopädieschulen wächst die Hoffnung, dass es „dann das erste Mal einen Standard für qualitativ gute Ausbildung geben“ wird (ebd. Seite 28, Zeile 225). Jedoch können die oben erwähnten Qualitätsstandards nie „*verpflichtend (...) sein*“ (ebd. Seite 29, Zeile 229). Fraglich ist hier, was gegen eine Verpflichtung für diese Qualitätssicherung spricht.

Die Notwendigkeit und Möglichkeit einer Qualitätssicherung durch einheitliche Standards für die Ausbildung sieht auch ein anderer Interviewter. Er verweist hier ebenfalls auf die von der Universität entwickelten Qualitätsrichtlinien: „Es gibt ja diese Qualitätsmaßnahmen, die der dbl (...) jetzt initiiert hat jetzt über dieses Qualitätsmanagement, /ehm/ das ist eine Möglichkeit ohne Frage“ (TA03_D.D. Seite 26, Zeile 168).

Es wird ebenso gefordert, dass die schon bestehenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie z.B. die „dbl Mindestvoraussetzung zur Gründung und Qualitätssicherung von Lehranstalten für Logopädie“ (dbl, 1996) umgesetzt werden.

„Also da würde ich mir schon wünschen, dass wenigstens die /ehm/ die Qualitätsrichtlinie /ehm/ die es bis jetzt gibt, das wenigstens die schon mal angewendet wird. *Das* darf man ja nicht mal überall erwarten“ (TA04_N.K. Seite 30-31, Zeile 188).

Ein weiterer Vorschlag, um die Qualität zu sichern, ist die Kontrolle durch ein übergeordnetes Organ. Es soll sicherstellen, dass die Schüler innerhalb der Ausbildung mindestens 200 Stunden Therapie mit Supervision bzw. Begleitung durch einen Lehrlogopäden durchführen:

„Am liebsten hätte ich ein Kontrollorgan, was darüber wacht das wirklich 200 Stunden in der Ausbildung innerhalb der drei Jahre supervidiert werden. (Pause) Das fände ich am besten. Aber das ist ja unrealistisch“ (TA01_B.L. Seite 39, Zeile 250).

Dieser Interviewpartner glaubt, „dass die Qualität der Ausbildung auch gewinnen könnte“, wenn sich die Lehrlogopäden im Bereich Supervision fortbilden (ebd. Seite 39, Zeile 252).

Eine weitere Möglichkeit sieht ein anderer der Interviewten in einer deutschlandweiten Befragung ehemaliger Schüler, wenn diese die Ausbildung abgeschlossen haben. Diese Befragung könnte zeigen, ob die in der Ausbildung vermittelten Inhalte für die Schüler hilfreich waren bzw. wo noch Optimierungspotential besteht. Dies könnte wie folgt aussehen:

„Spontan mal ein Follow Up machen, was die Leute so nach fünf Jahren sagen. (...) Wir haben ja *kaum* eine Ahnung, was wirklich passiert in der Ausbildung, wenn die [Schüler] in ihre Praxis gehen, dann sehen wir sie allesamt nicht wieder. Dann haben die Logopäden vielleicht einen Vergleich, wenn sie verschiedene Leute aus verschiedenen Schulen kennen lernen. Was wie wirklich /eh/ anwendungsnah ist oder wie viel man ihnen mitgegeben hat“ (TA06_F.F. Seite 30, Zeile 250).

Wie oben erwähnt werden solche Befragungen von einzelnen Schulen bereits umgesetzt. Durch die Ergebnisse solcher Nachfragen könnte die Struktur der Ausbildung ggf. so verändert werden, dass sie den Ansprüchen und Erfordernissen des späteren Arbeitslebens noch mehr gerecht wird.

Aus den Fragebögen ergeben sich ebenfalls eine Vielzahl von Vorschlägen zur Sicherung der Ausbildungsqualität.

Ein Beispiel ist der Vorschlag, die „gleichen Konzepte in Theorie und Praxis“ (FB 12.11) anzuwenden. Außerdem sollten „Theorie und Praxis aus einer Hand“ vermittelt (FB 13.11) und diese somit „eng verzahnt“ (FB 12.11) sein, die „praktische Ausbildung“ sollte „von geschulten Praxisanleitern durchgeführt werden“ (FB 10.11).

Überdies wird gefordert, dass die Schüler eine „ausreichende Möglichkeit“ haben sollten, „sich praktisch auszuprobieren, d. h. [dass] eine „hohe Anzahl von Patienten während der Ausbildung“ vorhanden ist, „die unter Anleitung behandelt werden können“ (FB 11.11). Hierzu gehört auch eine „ausreichenden Betreuung“ der Schüler in der praktischen Ausbildung „durch Lehrlogopäden mit viel Praxiserfahrung“ (FB 15.11).

Um in der praktischen Ausbildung qualitativ hochwertig arbeiten zu können, wird gefordert das „Dozenten und Studierende Schulung in Supervision und Reflexion“ erhalten (FB 19/11). Ohne die Durchführung von „aktuellem theoretischen Unterricht“, der die „Grundlage“ für die praktische Ausbildung darstellt, kann keine gute Betreuung in der Praxis stattfinden (FB 18.11).

Die „Eingangsvoraussetzungen“ für die Ausbildung sollten gesetzlich so vereinbart werden, dass die Auszubildenden ein „Alter nicht unter 18“ und „Abitur“ vorweisen können. In Hinblick auf die Akademisierung wird gefordert, dass das „duale System“ von Ausbildung und anschließendem Bachelorabschluss auf- und ausgebaut wird und die Auszubildenden einen „akademischen Abschluss mit viel Praxis“ erhalten (FB 1.11).

Mehrmals wird eine „gute Zusammenarbeit mit Ärzten/Kliniken“ (FB 1.11) erwähnt bzw. die Kooperation mit Ärzten, Kliniken, Hochschulen sowie Ambulanzen (FB 2; 3; 5; 6; 8; 11). Für einen guten Transfer zwischen Theorie und Praxis, sollte der theoretische Unterricht in den logopädischen Fächern durch „die praktischen Ausbilder“ erfolgen (FB 7.11).

Durch eine „Überprüfung der Schulen“ in Hinblick auf Qualitätsstandards, die auch zu einer „Aberkennung der Ausbildungsberechtigung“ der Schule führen kann (FB 9.11), wird erhofft, dass die Qualität der praktischen Ausbildung gesichert werden kann.

Einig sind sich alle Befragten, dass eine Akademisierung der Logopädie „*dringendst* notwendig“ ist (TA02_T.E. Seite 29, Zeile 232; vgl. auch TA03_D.D. Seite 24-25, Zeile 160; TA04_N.K. Seite 28, Zeile 172; TA05_B.K. Seite 31-32, Zeile 170; TA06_F.F. Seite 30-31, Zeile 252). Ein typisches Statement dazu lautet, dass

„die Logopädie zunehmend auch (...) der wissenschaftlichen Forschung unterworfen werden sollte, (...). Viele /ehm/ Einrichtungen haben nicht mehr die finanziellen Möglichkeiten, um in diesen Bereichen weiter zu forschen, und es ist noch so viel, was unerforscht ist. Und /ehm/, wenn man sich nur immer auf die Praxis stürzt, ohne dass man die nutzen kann, um /ehm/ mehr in die Tiefe zu gehen (...), das ist so vergeudet, das ist so schade. Und /ehm/, da hat Deutschland *viel* nachzuholen im Vergleich zu den europäischen und amerikanischen [Ausbildungen] vor allen Dingen auch“ (TA04_N.K. Seite 28, Zeile 172).

Zusammengefasst ist aus den Antworten der Befragten Folgendes ersichtlich:

Die *Ausbildungssituation* der Logopädie in Deutschland stellt sich sehr heterogen dar. Maßnahmen mit dem Ziel der Vereinheitlichung und Standardisierbarkeit von Schülerleistungen werden, wenn überhaupt, dann in sehr individueller Ausprägung von den Schulen umgesetzt. Um eine Vereinheitlichung zu erreichen, ist die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätssicherung unerlässlich. Hierbei wird mehrmals auf die Zuständigkeit und Verantwortung des Berufsverbandes verwiesen.

Die *Vorschläge zur Qualitätssicherung* sind sehr vielfältig: sie umfassen die Qualifizierung der Lehrlogopäden in Supervisionsmethoden, die Veränderung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und die Möglichkeit, innerhalb der Ausbildung eine ausreichende Anzahl von Patienten zu behandeln.

Eine enge Verbindung der theoretischen und praktischen Ausbildung ist für mehrere Befragte von großer Bedeutung und wird als qualitätssicherndes Moment erwähnt.

Außer Frage steht für die Interviewten, dass die zunehmende Wissenschaftlichkeit des Fachgebietes eine *Akademisierung der Ausbildung* benötigt und längst überfällig ist.

7 Diskussion und Schlussfolgerung

Einige der fünf Hypothesen dieser Arbeit bezüglich des Theorie-Praxis-Transfers in der Logopädie bestätigten sich durch die durchgeführte Untersuchung, andere nur teilweise.

Es wird ersichtlich, dass sich eine Vielzahl von Ansätzen in der *Umsetzung des Theorie-Praxis Transfers* finden lassen.

Die untersuchten Schulen setzen die praktische Ausbildung in der Logopädie in höchst unterschiedlicher Form um. Zwar existieren gewisse curriculare Vorgaben für die praktische Ausbildung über die LogAPro hinaus, z.B. als Lehrplan, als empfehlende Rahmenrichtlinie oder als eigenständig entwickeltes Praxiscurriculum. Von einer bundeseinheitlichen Vergleichbarkeit sind die Logopädieschulen jedoch noch weit entfernt.

Die Datenanalyse bestätigte ebenfalls die zweite aufgestellte Hypothese. Diese ging davon aus, dass die in der praktischen Ausbildung Logopädie tätigen Lehrkräfte durch unklare bundeseinheitliche formale Vorgaben eine Vielzahl unterschiedlichster *Qualifikationen* vorzuweisen haben.

Die Daten haben gezeigt, dass Lehrlogopäden heute mit einer Vielzahl unterschiedlichster Qualifikationen tätig sind. Solange die Vorgaben des Berufsverbandes dbf diesbezüglich ungenau und nicht verpflichtend sind, ist ein einheitlicher Standard auch in der Qualifikation der Lehrenden kaum durchsetzbar.

Eine Tendenz zur Vereinheitlichung lässt sich bisher bei einer Schule finden. Fraglich bleibt jedoch, ob der Anspruch einzelner Einrichtungen bzw. Schulträger, z.B. auf einen Universitätsabschluss gleich welcher Art als Einstellungsmerkmal zu bestehen generelle Auswirkungen auf die Umsetzung der praktischen Ausbildung hat.

Die absolvierte Weiterbildung in der Transaktionsanalyse aus dem Antrieb heraus für Lehrende und Schüler eine vergleichbare Arbeitsgrundlage zu schaffen, scheint ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. Hierbei handelt es sich jedoch um die Initiative eines einzelnen Kollegiums und nicht um Vorgaben durch den Berufsverband, Schulträger oder Gesetzgeber. Die Untersuchung ergab, dass sich die Lehrlogopäden bei der Anleitung der Schüler häufig an ihrem persönlichen Gefühl orientieren und ihre individuelle Berufs- und Lebenserfahrung einsetzen. Dieser Aspekt wurde als sehr bedeutsam hervorgehoben. Wie am Beispiel der Werksstudenten erläutert, können Lehrpersonen mit wenig Berufs- und Lebenserfahrung in der Betreuung der Schüler schnell überfordert sein.

Die dritte Hypothese besagte, dass der *Begriff der Supervision* als Sammelbegriff für verschiedene Formen des Theorie-Praxis-Transfers in der Logopädie gebraucht wird, da Unsicherheiten sowohl in Bezug auf Wesen als auch Methode von Supervision bestehen.

Hier lässt sich feststellen, dass schon allein die Bezeichnung der Tätigkeit der Lehrlogopäden in der praktischen Ausbildung höchst unterschiedlich gehandhabt wird. So wird nicht in allen

Fällen von (Ausbildungs-)Supervision gesprochen, sondern es werden ebenso die Begrifflichkeiten Betreuung oder Praxisanleitung gebraucht. Bezüglich der Methode Supervision scheint somit in der praktischen Logopädieausbildung noch viel Unsicherheit zu herrschen. Dies könnte daran liegen, dass den Interviewten ohne entsprechende Qualifizierung unklar ist, ob in ihrer Tätigkeit überhaupt eine Form von Supervision vorliegt bzw. wie Supervision umzusetzen ist.

Weiterhin ist der Begriff der Supervision allgemein als bestimmungsbedürftig anzusehen. Die Unsicherheit im Umgang mit dem Begriff der Supervision spiegelt sich auch in der durchgeführten Datenerhebung wieder.

Der große Anteil an Fachlichkeit bzw. Instruktion sowie die Bewertung von Schülerleistungen stellt einen Aspekt dar, der die Bezeichnung Supervision in der Tätigkeit der Lehrlogopäden als schwierig erscheinen lässt. In Bezug auf die Aufgabe von (Ausbildungs-)supervision sind sich die Befragten relativ einig, dass ihre Aufgabe darin besteht, die Schüler zu selbstreflexivem Handeln anzuregen bzw. zu führen. Dabei sollen sowohl fachliche als auch sozialkommunikative Kompetenzen erlernt werden. Der allgemeine und im Theorieteil hergeleitete Anspruch von Supervision – also eine Form von reflexivem Erfahrungslernen darzustellen – wird somit in der Ausbildung zum Logopäden umgesetzt.

Die bestimmenden Merkmale von Supervision wie sie von Mutzeck (2008) beschrieben wurden, lassen sich in der Ausbildung zum Logopäden finden (vgl. Kapitel 3.1). Somit wird dem Anspruch Supervision durchzuführen in gewisser Weise doch gefolgt.

Die vierte Hypothese verwies darauf, dass sich – ausgehend von der Unsicherheit in Bezug auf Wesen und Methode von Supervision – *verschiedene sozialwissenschaftliche Ansätze* und Theorien in der praktischen Ausbildung zum Logopäden finden lassen.

Laut Datenlage gibt es mehrere Beratungs- bzw. Supervisionsansätze, die in der praktischen Ausbildung umgesetzt werden. Fraglich bleibt hierbei, inwieweit diese Verschiedenheit auf die Unsicherheit in Bezug auf Wesen und Methode von Supervision zurückzuführen ist oder aus den höchst unterschiedlichen Qualifikationen der Lehrlogopäden resultiert.

Die *Gruppenberatung* wird bereits erfolgreich in der Ausbildung zum Logopäden eingesetzt. Die Einrichtungen nutzen sie bei der Reflexion von Therapien in der anschließenden Nachbesprechung mit Hospitanten und Therapeuten. Der Ansatz der kollegialen Beratung, der von einer der untersuchten Einrichtungen eingesetzt wird, stellt sich als für die Logopädie gut geeignet dar. Kollegiale Beratung kann von Personen durchgeführt werden, die weder über spezielle Supervisionserfahrungen noch über eine spezielle Supervisionsausbildung verfügen (vgl. Kapitel 3.3). Überlegenswert wäre daher, ob sich diese Beratungsmethode nicht weitreichender in den Kontext der Ausbildung zum Logopäden eingliedern ließe.

Das Lernen am Modell anhand von Demonstrationstherapien ist m. E. kritisch zu beurteilen. Die Schülern gefährden hierbei durch „Einschleifen“ von Verhaltensmustern bzw. (zu starkem) Orientieren am Tun des Lehrlogopäden möglicherweise die Entwicklung einer eigenen Therapeutenpersönlichkeit.

Als ein bestimmender Faktor wurde von vielen Interviewten die *Persönlichkeit der Schüler* im Prozess der Ausbildung zum Therapeuten erwähnt.

Hiernach nimmt die Persönlichkeit eines Schülers direkten Einfluss auf die therapeutische Arbeit mit dem Patienten. Sie sollte daher beachtet und in den Prozess der praktischen Ausbildung integriert werden. Weiterhin stellt die *Lebenserfahrung* des Schülers eine Variable dar, die in der Arbeit mit den Patienten helfend eingesetzt werden kann. Selbstverständlich sind durch die Persönlichkeit der Schüler den Lehrlogopäden in ihrer Arbeit auch Grenzen gesetzt. Es kann jedoch nicht Aufgabe sein, Charakter und Temperament eines Schülers verändern zu wollen. Vielmehr sollte versucht werden, alle Aspekte einer hilfreichen Patient-Therapeut-Beziehung bei den Schülern anzuregen.

In Bezug auf die im Kapitel 3.4 vorgestellten Aspekte einer hilfreichen Beratungsbeziehung scheint es angebracht, die Schüler auf diesen Weg zu bringen. Aus der Tatsache heraus, dass die zukünftigen Logopäden in ihrer Arbeitstätigkeit mit einer Vielzahl von Beratungsanlässen konfrontiert sind, sollten Aspekte wie Empathie, Wertschätzung und Akzeptanz als therapeutische Grundlagen vermittelt werden.

Eine offene Frage bleibt, ob die Gestaltung der Ausbildungssupervision tatsächlich ein eigenes Konzept benötigt. Denn in der Ausbildungssupervision steht weniger ein eigenständiges Supervisionskonzept im Vordergrund, sondern vielmehr die zu vermittelnde Technik. „Praxisanleitung und Ausbildungssupervision sind in erster Linie durch die Maximen und Regeln der professionellen Technik, die sie vermitteln sollen, bestimmt.“ (Rappe-Giesecke 1994: 7).

Daraus folgt, dass in der praktischen Ausbildung zum Logopäden eventuell nicht zwingend einem eigenständigen Supervisionsansatz gefolgt werden muss, sondern durch die Lehrlogopäden situationsadäquat und auf die jeweiligen Bedürfnisse angepasst reagiert werden muss.

Die in der fünften Hypothese vermutete Notwendigkeit, qualitätssichernder Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der Ausbildung zu entwickeln, wurde bestätigt.

So werden von den einzelnen Schulen schon verschiedenste Maßnahmen durchgeführt, die zur Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der Ausbildung und der Leistungen der Schüler beitragen, handelt es sich hierbei jedoch um individuelle Ansätze der Schulen, die keine bundesweite Vergleichbarkeit herstellen. Die Aufgabe einer einheitlichen Qualitätssicherung kann nur durch übergreifende Arbeit des Berufsverbandes geleistet werden. Ein erster Erfolg ist hier die jüngst geschaffene Möglichkeit, dass die Lehranstalten ihre Qualität zertifizieren lassen können (dbl & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2009). Da die Teilnahme an dieser Zertifizierung jedoch den Schulen bisher freigestellt ist, bleibt abzuwarten, ob sich alle Ausbildungseinrichtungen bundesweit an dieser Maßnahme beteiligen und somit ein bundeseinheitlicher Qualitätsstandard geschaffen wird.

Fraglich ist, inwieweit durch die vielfach geforderte Akademisierung der Logopädie ein Schritt zu mehr Einheitlichkeit gegangen werden kann. Wenn die Akademisierung z. B. durch eine Vielzahl von Bachelorprogrammen realisiert wird, die sich konzeptionell von Bundes-

land zu Bundesland unterscheiden, würde die qualitative Zersplitterung der Logopädie „nur“ auf ein höheres Qualifikationsniveau gebracht, aber nicht beseitigt werden.

Ebenso stellt sich die Frage, wie und in welcher Form die praktische Ausbildung zum Logopäden vereinheitlicht werden sollte, damit sie von vielen Befragten als optimal zum Erlernen eines therapeutischen Berufes angesehen werden kann.

Die praktische Ausbildung in der Logopädie vereint die Vorteile eines dritten Lernortes, da innerhalb der Ausbildung Theorie und Praxis, systematische Reflexion und praktisches Handeln in Interaktion treten. Das Therapieren unter Aufsicht – also das Training von Fertigkeiten, die in der Praxis zur Anwendung kommen – bietet die Möglichkeit, verschiedene Wissensarten zu transferieren. Durch die praktische Anwendung des theoretisch vermittelten Wissens in der Therapie wird explizites zu implizitem Wissen. Mit Hilfe der anschließenden Reflexion der Tätigkeit wird dieses Wissen in künftigen Situationen, also auch im späteren Arbeitsleben wiederverwendbar.

Weiterhin fraglich bleibt, wie mit der beschriebenen Vielfalt der Umsetzungsmöglichkeiten des Theorie-Praxis-Transfers verfahren werden kann.

Da sich die vorliegende Untersuchung auf insgesamt 20 Personen stützt, von denen 6 per Experteninterview befragt wurden, können diese Ergebnisse nicht generalisiert werden. Um die Gestaltung des Theorie-Praxis Transfers in der Logopädie abschließend zu klären, ist eine weiterführende Untersuchung auf der Grundlage einer breiteren Datenbasis erforderlich.

Im Rahmen einer folgenden Untersuchung sollte der Aspekt, Möglichkeiten und Wirkungen von Hospitationen und die von den Schülern zu absolvierenden Praktika in das Untersuchungsfeld einbezogen werden. Diese finden in der vorliegenden Untersuchung keinen ausreichenden Raum.

Außer Frage steht, dass das veraltete Curriculum für die Logopädieausbildung (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden, 1993) den aktuellen Anforderungen nicht mehr gerecht werden kann.

Veränderungs- und Verbesserungstendenzen sind in der Implementierung von Lehrplänen bzw. Rahmenrichtlinien einzelner Bundesländer gegeben. Wünschenswert wäre hier eine bundeseinheitliche Anpassung des vorhandenen Curriculums, welches von allen Logopädie-schulen in Deutschland verpflichtend umzusetzen ist und von außen (z. B. durch den Berufsverband) kontrolliert wird. Die Entwicklung von Curricula im Rahmen der voranschreitenden Akademisierung der Logopädie kann hier positiv Einfluss nehmen.

Um ein aktuelles Curriculum zu entwickeln, welches den veränderten Anforderungen an den Beruf des Logopäden gerecht wird, ist zunächst eine Arbeits- und Tätigkeitsanalyse erforderlich, aus der Lernziele für die Strukturierung der Ausbildung abgeleitet werden können (vgl. Tippelt & Edelmann 2003: 339).

Hilfreich wäre im nächsten Schritt eine Gliederung des Curriculums in berufliche Kompetenzen, wie Fach-, Methoden-, Sozial- und auch personelle Kompetenzen. Diese Kompetenzen lassen sich mit dem Lernfeldkonzept optimal unterscheiden, da hier die zu erwerbenden Kompetenzen der Schüler im Vordergrund stehen, denen erst später ein Katalog von Inhalten zugeordnet wird (vgl. Reetz, Seyd 2006: 244).

Die in Nordrhein - Westfalen entwickelte „Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in Nordrhein - Westfalen“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein - Westfalen 2007) folgt diesem Anspruch in dem sie versucht, sowohl fachliche als auch sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenz der Schüler zu stärken. Zu prüfen wäre aus diesem Grund, diese Richtlinie über Nordrhein - Westfalen hinaus in der Logopädieausbildung zu etablieren.

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit setzt sich theoretisch und empirisch mit dem Theorie-Praxis Verhältnis in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland auseinander.

Im theoretischen Anteil der Arbeit wird die derzeitige Ausbildungssituation der Logopädie in Deutschland, Gegenstand und Konzept von Supervision und Beratung im Allgemeinen und im Kontext der Logopädie dargestellt. Weiterhin erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Problematik des Theorie-Praxis Transfers, dem Verhältnis von Wissen und Können sowie dem Konzept des dritten Lernortes.

Der empirische Teil der Arbeit stellt die Ausgestaltung des Theorie-Praxis Transfers in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland dar.

Die Datenerhebung erfolgte an drei Schulen für Logopädie in Deutschland an denen jeweils zwei Experteninterviews und eine Befragung des restlichen Kollegiums per Fragebogen durchgeführt wurden.

Die Ausgestaltung des Theorie-Praxis Transfers in der Ausbildung zum Logopäden stellt sich an den einzelnen Schulen als sehr heterogen dar. Es lassen sich verschiedenste Ansätze finden, wie mit der praktischen Ausbildung zum Logopäden verfahren wird. Zurück zu führen ist dies auf fehlende bundeseinheitliche curriculare Vorgaben.

Es zeigt sich, dass Unsicherheiten darüber herrschen, wie die Tätigkeit der in der praktischen Ausbildung involvierten Personen bezeichnet werden kann.

Die in diesem Zusammenhang häufig gebrauchte Begrifflichkeit der Supervision als Beratungsformat ist allgemein und im Kontext der Logopädie als bestimmungsbedürftig anzusehen. Anteile von Supervision als Form von reflexivem Erfahrungslernen lassen sich in der Ausbildung zum Logopäden finden. Ausgehend von höchst unterschiedlichen Qualifikationen der anleitenden Lehrlogopäden werden verschiedenste Beratungs- und Supervisionsmethoden in der praktischen Ausbildung angewendet.

Die Nötigkeit qualitätssichernder Maßnahmen, die zu einer Vereinheitlichung der Ausbildung beitragen, steht außer Frage.

Einzelne Bundesländer setzten hier durch die Einführung von Lehrplänen oder Rahmenrichtlinien schon viel versprechende Ansätze um. Eine bundeseinheitliche Vergleichbarkeit kann jedoch nur durch die Anpassung und Weiterentwicklung des bestehenden Curriculums an die veränderten Erfordernisse erfolgen.

Im Zuge der Akademisierungstendenzen der Logopädie, die zu einer Neuorientierung der Ausbildung führen und eine Überarbeitung der bestehenden Ausbildungskonzeption nötig machen, bietet sich die Möglichkeit dieses Vorhaben einen wesentlichen Schritt voran zu treiben.

9 Summary

The present paper uses theoretical and empirical methods to discuss the theory-practice relation within the vocational training of speech therapists in Germany.

The theoretical section describes the current logopedic training situation in Germany as well as the object and concept of supervision and consultation in general and in the context of speech therapy. Furthermore, the paper critically analyzes the concept of theory-practice transfer, the relation between knowledge and skills, as well as the concept of third-place learning.

The empirical part presents the arrangements of theory-practice transfer within the vocational training of speech therapists in Germany. The data collection was carried out at three schools for speech therapy in Germany using in each case two expert interviews and a written survey among the teaching staffs.

The realization of the theory-praxis transfer within the vocational speech therapist training at the examined schools is found to be very heterogeneous. As a result of missing federal and uniform curricular guidelines, most different practical training approaches of speech therapists can be found. It appeared that uncertainties exist concerning the function and description of people involved in the practical education. In this connection, the often used term of supervision as a general consultation format as well as in the context of speech therapy needs to be further clarified. Elements of supervision, especially in the form of reflexive experiences, can be found in logopedic education. Due to the highly diverse qualification backgrounds of the supervising speech therapists, a variety of counseling and supervision methods are applied in the practical training.

It is clear, therefore, that quality assurance measures, which could contribute to a further standardization of the vocational education, are needed. Individual German states, or “Bundesländer”, took promising action by implementing new curricula and guidelines.

Nevertheless, a nationwide comparability can only be achieved through adaptation and further development of the existing curriculum responding to the changing requirements.

In the course of the on-going academic orientation of speech therapy, which will lead to a reorientation of the vocational education and a revision of the training concepts, the opportunity occurs to take this project an essential step forward.

Literatur

Bröckel, M. (2005). *Logopädie – durch Kommunikation zur Wissenschaft*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Baumgartner, S. & Giel, B. (2000). *Qualität und Sprachtherapie*. In: Grohnfeld, Manfred (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 274-308

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2000). *Lehrpläne für die Berufsfachschule für Logopädie*. URL: <http://www.bes.isb.bayern.de/bes/lehrplan/bfs/> (Stand 28.10.2009)

Belardi, N. (2005). *Supervision- Grundlagen, Techniken und Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage, München: Verlag C.H. Beck

Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Verlag Hans Huber

Beyer, J. (1999). *Brauchen wir eine „praxisorientierte“ Weiterbildung für LehrlogopädInnen?* Forum Logopädie (3), 42-43

Bogner, A. & Menz, W. (2005). *Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion*. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methoden, Anwendung*. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33-70

Bundesministerium der Justiz. *Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 07.05. 1980 (LogG)* zuletzt geändert durch Art. 3 G vom 25.9.2009. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/logopg/BJNR005290980.html> (Stand 07.03.2010)

Bundesministerium der Justiz. *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden vom 01.10.1980 (LogAPro)* zuletzt geändert durch Art. 17 G vom 2.12.2007. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/logapro/BJNR018920980.html> (Stand 05.02. 2010)

Bundesministerium der Justiz. *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz-KrPflG) vom 16. Juli 2003* zuletzt geändert durch Art. 12a G vom 17.7.2009. URL: http://bundesrecht.juris.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html (Stand 06.02.2010)

Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL) (2009) *Positionspapier des BDSL zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in der Therapie – hier: Logopädie*. URL: <http://www.bdsl-ev.de/berufspolitik.html> (Stand 01.10.2009)

Clausen-Söhngen, M. (2005). *Beratung in der logopädischen Arbeit: Beratend behandeln-behandelnd beraten*. Forum Logopädie (19), 24-27

Clausen-Söhngen, M. (2010). *Logopädische Ausbildungssupervision - eine Weiterbildungsreihe für LehrlogopädInnen*. URL: <http://www.clausen-soehngen.de/angebot.html> (Stand 04.03.2010)

Clausen-Söhngen, M. & Kellner, M. (2009). *Das Vertragskonzept der Transaktionsanalyse in der Gestaltung von logopädischer Ausbildungssupervision*. Forum Logopädie (23), 34-38

Combe, A. & Helsper, W. (2002). *Professionalität*. In: Otto, H.-U., Rauschenbach, T., Vogel, P. (Hrsg.). *Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, 29-47

De Jong, A. (1998). *Reflexion als eine Methode der Praxis-Theorie-Vernetzung*. Hochschulforum Pflege (1), 10-12.

Degenkolb-Weyers, S., Hollenbach, J. & Nonn, K. (2005). *Exoten – oder eine aussterbende Rasse?* Forum Logopädie (19) 4-6

Deutscher Bundesverband für Logopädie. *Fragen und Antworten zu Ausbildung und Beruf*. URL: <http://dbl-ev.de/index.php?id=829> (Stand 16.01.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2010). *Mindestanforderungen zur Gründung und Qualitätssicherung von Lehranstalten für Logopädie*. URL: <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=21> (Stand 01.03.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2009). *Gestaltung externer Praktika* URL: <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=21> (Stand 06.02.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2009). *Zertifikat „Lehrlogopäde nach den Richtlinien des dbl*. URL: <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1613> (Stand: 01.03.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (1998). *Berufsleitlinien*. URL: www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf (Stand: 01.03.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (1998). *Berufsordnung der LogopädInnen*, URL: <http://www.dbl-ev.de/?id=210&productID=8&categoryID=3&catalogID=1> (Stand: 01.03.2010)

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für psychosoziale Medizin (2009). *Qualitätssicherung in der Logopädie-Ausbildung. Informationen zum Qualitätssicherungsverfahren*. URL: <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1882> (Stand: 07.02.2009)

Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, A. & Stüwe, G. (2001). *Professionales soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*. 3. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag

Dittmar, N. (2004): *Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien*. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Engell, B. (1999). *Veränderte Anforderungen an die Therapie von sprach- und stimmgestörten Patienten*. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (Hrsg.). *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz – Plädoyer für eine Hochschulausbildung*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 37-40

Fatzer, G., Rappe-Giesecke, K. & Loos, W. (2002). *Qualität und Leistung von Beratung*. 2. Auflage, LAvis/Trento: Legoprint

Felder, H. & Jost, W. (2002). *Akademisierung der Medizinalfachberufe – Visionen, Notwendigkeiten, Status Quo und Plädoyer*. *Neurologische Rehabilitation* 8 (1), 45-48

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung-Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag

Freistatt Sachsen Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2005) *Lehrpläne für die Berufsfachschule Logopäde/Logopädin – Berufsbezogener Bereich*. URL: http://www.sachsenmacht-schule.de/apps/lehrplandb/downloads/lehrplaene/lp_bfs_logopaede.pdf (01.09.2009)

Friebertshäuser, B. (1997): *Interviewtechniken- ein Überblick*. In: Friebertshäuser, B. & Pregel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 371-392

Gerstenmaier, J. & Mandl, H. (2000). *Wissensanwendung im Handlungskontext: Die Bedeutung intentionaler und funktionaler Perspektiven für den Zusammenhang von Wissen und Handeln*. In: Gerstenmaier, J. & Mandl, H. (Hrsg.). *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln – Empirische und theoretische Lösungsansätze*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 289-321

Giesecke, H. (1987). *Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns*. Weinheim und München: Juventa Verlag

Giesecke, W. (2001). *Profession und Professionalität mit interdisziplinären Bezügen* In: Roth, L. (Hrsg.) *Pädagogik: Handbuch für Studium und Praxis*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, München: Oldenburg Schulbuch Verlag, 1234-1248

Gonon, P. (2002). *Die Geschichte des dritten Lernorts*. In: Goetze, W., Gonon, P., Gesele, A., Kübler, S., Landolt, H., Landwehr, N., Marty, R., Renold, U., Egger, P.: *Der dritte Lernort - Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung*. Bern: h.e.p. verlag ag, 21-35

Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*, Band 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Grohnfeldt, M. (2009). *Zur Geschichte des Sprachheilwesens in Deutschland*. Sprache - Stimme - Gehör (33) 39-45

Grohnfeldt, M. & Romonath, R. (2000). *Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 251-273

Haley, J. (1999). *Therapie lehren und lernen*. Paderborn: Jungfermann Verlag

Heid, H. (2001). *Das Theorie - Praxis - Verhältnis in der Pädagogik*. In: Roth, L. (Hrsg.) *Pädagogik: Handbuch für Studium und Praxis*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, München: Oldenburg Schulbuch Verlag, 1089-1098

Hoffmann-Riem, C. (1984). *Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft*. München: Fink Verlag

Kaiser, A. (1999). *Professionalisierung von Frauenberufen*. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (Hrsg.). *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz - Plädoyer für eine Hochschulausbildung*. Idstein: Schulz - Kirchner Verlag, 59-62

Kessel van, L. (1998). *Theorie und Praxeologie des Lernens in der Supervision*. In: Berker, P., Buer, F. (Hrsg.). *Praxisnahe Supervisionsforschung - Felder - Designs - Ergebnisse*. Münster: Votum Verlag, 46-68

Koring, B. (1997). *Das Theorie - Praxis - Verhältnis in Erziehungswissenschaft und Bildungstheorie. Ein didaktisches Arbeitsbuch für Studierende und DozentInnen*. Donauwörth: Auer Verlag

Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2005): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Landwehr, N. (2002). *Der dritte Lernort*. In: Goetze, W., Gonon, P., Gresele, A., Kübler, S., Landolt, H., Landwehr, N., Marty, R., Renold, U., Egger, P.. *Der dritte Lernort - Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung*. Bern: h.e.p. verlag ag, 37-71

Landolt, H. (2002). *Der dritte Lernort - Eine Einführung*. In: Goetze, W., Gonon, P., Gresele, A., Kübler, S., Landolt, H., Landwehr, N., Marty, R., Renold, U., Egger, P.. *Der dritte Lernort - Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung*. Bern: h.e.p. verlag ag, 9-19

Macha-Krau, H. (2004). *Die Professionalisierung der Logopädie*. Forum Logopädie (18) 30-33

Macha-Krau, H. & Braun, O. (2000). *Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 47-78

Mayring, P. (2002): *Einführung in in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag

Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 10. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Merken, H. (1997). *Stichproben bei qualitativen Studien*. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa Verlag, 97-106

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein - Westfalen (2007). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in Nordrhein - Westfalen*. URL: www.mags.nrw.de/08.../ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf (Stand 28.10.2009)

- Möller, H. (2001). *Was ist gute Supervision? Grundlagen - Merkmale - Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Mutzeck, W. (2008). *Methodenbuch Kooperative Beratung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Neuweg, H. (1998). *Wissen und Können. Zur berufspädagogischen Bedeutung psychologischer und didaktischer Kategorienfehler*. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, (94) 1-22
- Nieke, W. (2002). *Kompetenz*. In: Otto, H.-U., Rauschenbach, T., Vogel, P. (Hrsg.). *Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, 13-27
- Oelke, U. (2007). *Gemeinsamkeiten in der pflege - und gesundheitsberuflichen Ausbildung in Nordrhein - Westfalen*. Forum Logopädie (21) 32-36
- Oelkers, J. (1984). *Theorie und Praxis? Eine Analyse grundlegender Modellvorstellungen pädagogischer Wirksamkeit*. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, (24) 19-24
- Platon (1994). *Menon*. Übersetzt und herausgegeben von Margarita Kranz. Stuttgart: Reclam.
- Radtke, F.-O. (1996). *Wissen und Können - Die Rolle der Erziehungswissenschaft in der Erziehung*. Opladen: Leske und Budrich Verlag
- Raapke, H.-D. (1982). *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Erwachsenenbildung*. In: Tietgen, H. & Otto, V. (Hrsg.). *Realismus und Reflexion: Beiträge zur Erwachsenenbildung*. München: Hueber - Holzmann Verlag, 155-161
- Rappe - Giesecke, K. (1994). *Supervision - Gruppen und Teamsupervision in Theorie und Praxis*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Rausch, M. (2009). *Schritt in Richtung Akademisierung*. Forum Logopädie (23) 57
- Reetz, L. & Seyd, W. (2006). *Curriculare Strukturen beruflicher Bildung*. In: Arnold, R. & Lipsmeier, A. (Hrsg.). *Handbuch der Berufsbildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 227-259
- Reinmann-Rothmeier, G. & Mandl, H. (1996). *Wissen und Handeln. Verschiedene Perspektiven, Wechselbeziehungen und der Einfluß der Situation*. In: Zeitschrift Grundlagen der Weiterbildung, (7), 122-127

Rössner, L. (1989). *Einleitende Erörterungen zum Theorie-Praxis-Problem*. Braunschweig: Uni-Druck GmbH

Ryle, G. (1969). *Der Begriff des Geistes*. Stuttgart: Reclam Verlag

Sekretariat der Kultusministerkonferenz Referat Berufliche Bildung und Weiterbildung (2007). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. URL: www.kmk.org/.../2007_09_01-Handreich-RIpl-Berufsschule.pdf (04.02.2010)

Schewior - Popp, S. (1998). *Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen*. Stuttgart: Thieme Verlag

Schlee, J. (2008). *Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe.2.*, erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Schreyögg, A. (2004). *Supervision-Ein integratives Modell Lehrbuch zu Theorie und Praxis*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Schulz, K. (2007). *Zur Akademisierung von Logopäden und Logopädinnen*. In Tesak, J. (Hrsg.). *An den Grenzen der Logopädie*. Scheßlitz: Schulz-Kirchner Verlag, 39- 68

Schulz, K. (2009). *Ist Logopädie eine Praxis?* Forum Logopädie (23) 34-38

Schwarz, R. (2009). *Supervision und professionelles Handeln Pflegender*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2002). *Beratung-Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag

Siegmüller, J. & Pahn, C. (2009). *Akademisierung ist mehr als Lehre*. Forum Logopädie (23) 34 - 41

Siewing, S. (1998). *Supervision in der Logopädie: Überblick, Einblick, Ausblick*. Forum Logopädie (1) 14-17

Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden (Hrsg.) (1993). *Curriculum für die Ausbildung des Logopäden nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden in der Bundesrepublik Deutschland (LogAPro) vom 1. Oktober 1980*. 2. Auflage Berlin: Renate Gross Verlag

Subellok, K. & Katz-Bernstein, N. (1998). *Sonderpädagogische Praxisbegleitung, Fallbesprechung und Supervision als universitäre Lehrveranstaltung*. In: Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, (67/4), 348-366

Tesak, J. (1999). *Der gegenwärtige Stand der Logopädie-Ausbildung in Deutschland*. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (Hrsg.). *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz - Plädoyer für eine Hochschulausbildung*. Idstein: Schulz - Kirchner Verlag

Thüringer Kultusministerium (2006) *Thüringer Lehrplan für berufsbildende Schulen*. URL: www.thillm.de/thillm/pdf/lehrplan/bbs/.../hbfs_lp_logopaedie.pdf (Stand 01.11.2009)

Tippelt, R. & Edelmann, D. (2003). *Curriculumentwicklung und -beurteilung in Pflege und Gesundheitsberufen*. In: Falk, J. & Kerres, A. (Hrsg.). *Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik: Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich*. Weinheim/München: Juventa, 339-358.

Waibel, M. J. (2004). *Integrative Supervision in der Ausbildung von Physiotherapeuten - eine Untersuchung*. Supervision - Theorie - Praxis - Forschung- Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift (11). URL: <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/12-2004-waibel-m-j-integrative-supervision-in-der-ausbildung-von-physiotherapeuten.html> (22.12.2009)

Wallesch, C.-W. (1999). *Neurologie*. (S. 44-46) In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (Hrsg.). *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz - Plädoyer für eine Hochschulausbildung*. Idstein: Schulz - Kirchner Verlag

Wanetschka, V. (2009). *Lernen von innen heraus*. Forum Logopädie (23) 26-33

Anhang

- Anhang 1: Inhalte der LogAPro
- Anhang 2: Interviewleitfaden
- Anhang 3: Fragebogen
- Anhang 4: Transkriptionsregeln
- Anhang 5: Kategorisierung der Interviews

Anhang 1: Inhalte der LogAPro

Theoretisches Grundlagenwissen		1740 Stunden
Davon		
Medizinische Fächer		620 Stunden
Anatomie und Physiologie	100 Stunden	
Pathologie	20 Stunden	
Hals-, Nasen-und Ohrenheilkunde	60 Stunden	
Pädiatrie und Neuropädiatrie	80 Stunden	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	40 Stunden	
Neurologie und Psychiatrie	60 Stunde	
Kieferorthopädie, Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie	20 Stunden	
Phoniatrie	120 Stunden	
Aphasiologie	40 Stunden	
Audiologie und Pädaudiologie	60 Stunden	
Elektro- und Hörgeräteakustik	20 Stunden	
Psychologie/ Klinische Psychologie		120 Stunden
Pädagogik/ Sonderpädagogik		120 Stunden
Linguistik		80 Stunden
Berufs- und Gesetzeskunde		60 Stunden
Fachbezogene Theorie und Praxis		680 Stunden
Logopädie	480 Stunden	
Stimmbildung	100 Stunden	
Sprecherziehung	100 Stunden	
Praktische Ausbildung		2100 Stunden
davon:		
Hospitationen	340 Stunden	
Praxis der Logopädie	1520 Stunden	
Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams auf den Gebieten der Audiologie u. Pädaudiologie, der Psychologie einschließlich Selbsterfahrungstechniken und der Musiktherapie	240 Stunden	

Quelle: www.dbl-ev.de/pdf/logo_ausbildung.pdf

Anhang 2: Interviewleitfaden

1. Warum und wie sind Sie Lehrlogopäde/in geworden?
2. Welche allgemeinen Qualifikationen bringen Sie für den Beruf des Lehrlogopäden mit (bisheriger beruflicher Werdegang)?
3. Welche Qualifikationen bringen Sie in Bezug auf Supervision (bzw. Beratung) mit?
5. Was macht für Sie Supervision aus? Was verstehen Sie unter Supervision (speziell für die Logopädieausbildung)?
6. Wie gestaltet sich Ihr beruflicher Alltag?
7. Wie erleben Sie die Situation sowohl in der Theorie als auch in der Praxis Wissen zu vermitteln?
8. Gab es aufgrund dessen schon einmal Konflikte? Was hatte das für Auswirkungen?
9. Üben Sie eine Modellfunktion für die Auszubildenden aus? Wenn ja, welche?
10. Wie gestaltet Sie die Umsetzung der Theorie in die Praxis?
11. Welche methodisch - didaktischen Ansätze werden von Ihnen in der Theorievermittlung/im theoretischen Unterricht umgesetzt?
12. Wie versuchen Sie persönliche Erfahrungen, Fertigkeiten und Einstellungen des Schülers mit in den Theorie und Supervisionsprozess zu integrieren?
13. Wie führen Sie den Schüler zu Handlungskompetenz und Sicherheit? Wie gelingt es Ihnen den Schüler durch den Prozess der Supervision zu eigenen Entscheidungen und Handlungskompetenz zu führen bzw. anzuleiten?
14. Wie werden wissenschaftliche Inhalte/Ansätze/Verfahren in den Therapieprozess integriert?
15. Wie wird praktisches Wissen in die Theorie transportiert?
16. Wie wichtig finden Sie, dass die praktischen Erfahrungen der Schüler in den Therapien vergleichbar sind?
17. Wie werden die praktischen Erfahrungen in den Therapien vergleichbar gemacht? Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen gibt es bisher?
18. Wie werden die praktischen Fähigkeiten überprüft?
19. *Falls keine einheitliche Qualitätssicherung*: Halten Sie persönliche Erfahrungen fest? Wissen Sie das von Kollegen? Wie handhaben diese das?
20. Wie bewerten Sie die aktuell in Deutschland vorherrschende Ausbildungssituation in der Logopädie?
21. An welchen weiteren Vorgaben über die LogAPro hinaus orientiert sich die theoretische und praktische Ausbildung an Ihrer Schule?
22. Wie stehen Sie zu den angestrebten Akademisierungstendenzen in der Logopädie?
23. Wie glauben Sie, wirkt sich der Aufbau von Bachelorstudiengängen Logopädie auf die Ausbildung in der Logopädie aus?

24. Was sehen Sie als die dringlichste Maßnahme, um die Qualität der praktischen Ausbildung zu sichern bzw. diese zu vereinheitlichen? Was wäre für sie eine wirkliche Verbesserung um die Qualität der praktischen Ausbildung zu verbessern?

Anhang 3: Fragebogen

Fragebogen zur praktischen Ausbildung Logopädie

Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten zu den folgenden Fragen an bzw. erläutern Sie kurz Ihren Standpunkt. Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verwendet.

Zu Ihrer Person:

Geschlecht: m w

Alter:

1. Bitte beschreiben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang!

2. Welche Zusatzqualifikationen bringen Sie in den Beruf des/r **Lehrlogopäden/in** mit ein?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Lehrlogopäde/Lehrlogopädin (dbl)

Lehr- und Forschungslogopäde/in (Aachen)

Diplom Patholinguist/in

Diplom Medizinpädagoge/in

Master oder Bachelorabschluss in Logopädie bzw. Gesundheits- oder Therapiewissenschaften

Qualifikation zur Lehrkraft für Gesundheitsfachberufe

weitere: _____

3. Welche Zusatzqualifikationen bringen Sie für die **Supervision** in der Logopädie mit ein:

z. B.:

Supervisionsausbildung der DGSv

Fort - oder Weiterbildung in lösungsorientierter Beratung

Neurolinguistisches Programmieren

weitere: _____

4. Welche theoretischen Fächer unterrichten Sie?

5. Welche Fächer supervidieren Sie?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

6. In welcher Häufigkeit werden die von Ihnen betreuten Schüler supervidiert? Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Aussage an!

Gesamtanzahl der abzuleistenden Therapien in einem Störungsbild
--

<input type="checkbox"/> < 10

<input type="checkbox"/> < 15

<input type="checkbox"/> < 20

Häufigkeit der supervidierten Therapien
--

<input type="checkbox"/> Jede Therapie wird supervidiert.

<input type="checkbox"/> Jede zweite Therapie wird supervidiert

<input type="checkbox"/> Jede dritte Therapie wird supervidiert

<input type="checkbox"/> Wechselnde Supervisionshäufigkeit
--

7. Sind Sie sowohl in der theoretischen als auch praktischen Ausbildung des von Ihnen betreuten Faches tätig?

ja

nein

falls mit ja geantwortet wurde:

8. Wie empfinden Sie persönlich den Wechsel zwischen Theorie - und Praxisvermittlung?

Vorteile (bei gleichzeitiger Vermittlung von Theorie und Praxis):

Nachteile (bei gleichzeitiger Vermittlung von Theorie und Praxis):

9. Für wie wichtig halten Sie bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der logopädischen Ausbildung?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 Ist überhaupt nicht wichtig.

10 Ist sehr wichtig.

Bemerkungen: _____

10. Wie überprüfen Sie die praktischen Fähigkeiten der Schüler?

11. Wie stehen Sie zu den angestrebten Akademisierungstendenzen in der Logopädie?

12. Welches ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Maßnahme um die Qualität der praktischen Logopädieausbildung zu sichern?

13. Weitere Bemerkungen/Anregungen:

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Anhang 4: Transkriptionsregeln

Zeichen	Bedeutung
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
....	lange Pause
(Pause)	lange Pause
/eh/ /ehm/	Planungspausen
((Ereignis)) ((Schweigen)) ((zeigt auf ein Bild))	nichtsprachliche Handlungen
((lachend)) ((erregt)) ((verärgert))	Begleiterscheinung des Sprechens (Charakterisierung steht nach den entsprechenden Stellen)
SICHER	auffällige Betonung auch Lautstärke
s i c h e r	gedehntes Sprechen
(...)	unverständlich
[]	Ergänzungen und Hinweise von Seiten der Interviewerin, nachträglich eingefügt
()	Fragen und Bemerkungen der Interviewerin

In Anlehnung an Kuckartz et al (2005) wurden folgende weitere Transkriptionsregeln aufgestellt:

- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heißt dem Schriftdeutsch angenähert, z.B. „so'ne Situation“ wird zu „so eine Situation“
- Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person erlauben werden anonymisiert und mit XXX gekennzeichnet, als Abkürzung für Namen, Adressen, Einrichtungen etc.
- Die interviewende Person wird durch ein "I", die Befragte Person durch ein "BE" gefolgt von ihrer Kennnummer (01 bis 06 sowie anonymisierte Buchstabenkürzel) gekennzeichnet
- Die von den Lehrkräften ausgefüllten Fragebögen werden mit dem Kürzel FB 1-20 gekennzeichnet
- Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen des Interviewers werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.

Da das verwendete digitale Aufnahmegerät die Sprechpausen nicht authentisch aufgenommen hat, kann es zu Verzerrungen in deren Verschriftlichung dieser gekommen sein. Infolgedessen wurden die Pausen beim Transkriptionsverfahren nach subjektiven Empfinden der Transkribientin gekennzeichnet.

Anhang 5: Kategorisierung der Interviews

Nummer	Kategorie
01	Theorie - Praxis Transfer
02	Ausbildungssituation
03	Aufbau von Handlungskompetenz
04	curriculare Vorgaben
05	Qualifikationen der Lehrlogopäden a) für die theoretische Ausbildung b) für die praktische Ausbildung
06	Ausbildungssupervision
07	Supervision im herkömmlichen Sinne
08	Unsicherheit
09	Methodenansätze in der Ausbildungssu- pervision
10	methodische Gestaltung der praktischen Ausbildung
11	methodische Gestaltung der theoretischen Ausbildung
12	Vergleichbarkeit
13	Qualitätssicherung
14	Akademisierung
15	Vorerfahrungen, beruflicher Werdegang der Lehrlogopäden
16	Intention für das Ergreifen des Berufes des Lehrlogopäden
17	Herausforderungen im Beruf des Lehrlo- gopäden
18	der Aspekt Persönlichkeit von Schülern und Lehrern
19	Bewertung von Leistungen
20	Aufgabenbereich als Lehrlogopäde a) in der theoretischen Ausbildung b) in der praktischen Ausbildung
21	Rollenkonflikte
22	Modellfunktion der Lehrlogopäden

Urheberschaftserklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken – auch solche aus dem Internet – wurden kenntlich gemacht und mit allen notwendigen bibliographischen Angaben (bei Internetquelle die URL und das Auffinddatum) ins Quellen- bzw. Inhaltsverzeichnis aufgenommen.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder als Ganzes noch in Auszügen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die vorliegende Diplomarbeit bei der Medizinischen Bibliothek der Charité aufgestellt wird und dort entsprechend den Benutzungsregeln der Bibliothek genutzt werden kann.

Dies beinhaltet u. a. einen Nachweis der bibliographischen Daten: (Autor/in, Titel der Arbeit, Jahr u. a.) in Bibliothekskatalogen, die ggf. über das Internet zugänglich sind.

Ort, Datum

Unterschrift