



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## **Sprachheilpädagogische Intervention und pädagogische Ansprüche –**

Eine konstruktivistische Situationsanalyse des  
Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich in  
Niederösterreich aus der Perspektive der  
SprachheillehrerInnen

Verfasserin

**Andrea Latour**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

o. Univ.-Prof. Dr. med. Max H. Friedrich



## Vorwort

Das Studium der Pädagogik an der Universität Wien hat meine „sprachheilpädagogische“ Leidenschaft wieder erneuert. Der regelmäßige Besuch und der erfolgreiche Abschluss der Lehrveranstaltungen *Grundlagen der Sprachheilpädagogik* und *Zum Selbstverständnis der Heilpädagogin/des Heilpädagogen in der Begegnung mit sprachbeeinträchtigten Menschen* und die Durchführung des wissenschaftlichen Praktikums *Quantitative Erhebung von Menschen mit Sprachstörungen* haben wissenschaftliches Interesse an der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik erweckt. Nach meiner Ausbildung zur Sonderschullehrerin, Zusatzausbildung zur Sprachheilpädagogin, und die Praxis als Sprachheillehrerin wurde das pädagogische Agieren durch das Studium der Pädagogik neu inspiriert. Der theoretische Bezugsrahmen des Konstruktivismus bewirkte eine Veränderung meiner Sichtweise auf pädagogische Prozesse und wurde Gegenstand meiner „sprachheilpädagogischen“ Denkprozesse. Auch deshalb ist es mir ein Anliegen diese Diplomarbeit im Bereich der Sprachheilpädagogik, unter besonderer Berücksichtigung des Konstruktivismus, zu verfassen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich zu dieser Arbeit inspiriert haben, die mir immer wieder mit neuen Anregungen zur Seite gestanden sind und mir über schwierige Arbeitsphasen hinweg geholfen haben. Besonderer Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer Dr. Max Friedrich, ohne dessen Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.



# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Theoretische Grundlagen der Sprachheilpädagogik .....</b>	<b>11</b>
1.1 Sprache .....	11
1.2 Sprachliche Kompetenz.....	15
1.3 Sprachheilpädagogik .....	16
1.3.1 Geschichte der Sprachheilpädagogik .....	18
1.3.2 Sprachheilpädagogische Grundorientierungen .....	22
1.3.3 Sprachheilpädagogisches Handlungsfeld.....	26
1.3.4 Sprachheilpädagogische Ziele.....	27
1.4 Arten und Klassifikationen von „Störungen“ .....	28
1.4.1 Sprachstörung.....	28
1.4.2 Sprachbehinderung.....	29
1.4.3 „Sprache“ als Förderschwerpunkt.....	31
1.4.4 Klassifikationen der Störungen von „Sprache“ .....	32
1.5 SprachheilpädagogInnen als BegleiterInnen oder SymptomkorrektorInnen.....	38
1.6 Exkurs: Sprachheilpädagogik versus Logopädie .....	40
<b>2 Sprachheilpädagogische Intervention .....</b>	<b>43</b>
2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	44
2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen.....	45
2.3 Qualität sprachheilpädagogischer Intervention .....	52
2.4 Pädagogische Ansprüche.....	54
2.4.1 Ziele sprachheilpädagogischer Intervention.....	55
2.4.2 Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention.....	57
2.4.3 Exkurs: Hausaufgaben.....	58
2.4.4 Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sprachheilpädagogischer Intervention.....	60
2.4.5 Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen .....	62

<b>3</b>	<b>Konstruktivismus in der Pädagogik .....</b>	<b>64</b>
3.1	Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus .....	66
3.2	Die sprachheilpädagogischen AkteurInnen.....	69
3.2.1	Pädagogische Konstitution der SprachheilpädagogInnen .....	69
3.2.2	Das Selbstverständnis der SprachheilpädagogInnen.....	72
3.3	Relationale Didaktik .....	75
3.3.1	Lernausgangslage .....	76
3.3.2	Lernziele.....	77
3.3.3	Lernen.....	78
3.3.4	Lehren.....	78
3.3.5	Selbstverständnis.....	79
3.3.6	Unterricht .....	80
<b>4</b>	<b>Empirischer Teil.....</b>	<b>81</b>
4.1	Forschungsfrage und Forschungsgegenstand.....	81
4.2	Forschungsmethode.....	82
4.2.1	Auswahl der Methode .....	82
4.2.2	Beschreibung des Fragebogens .....	83
4.2.3	Beschreibung der Durchführung .....	85
4.2.4	Auswertung der Untersuchung.....	86
4.2.5	Auswahl und Beschreibung der Zielgruppe .....	87
4.2.6	Beschreibung der Stichprobe .....	88
4.2.7	Beschreibung der Hypothesen.....	93
4.3	Überprüfung der Hypothesen, Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	96
4.3.1	Ziele sprachheilpädagogischer Intervention.....	97
4.3.2	Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention.....	105
4.3.3	Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sprachheilpädagogischer Intervention.....	110
4.3.4	Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen .....	116
4.4	Zusammenfassung .....	120

<b>5</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse im Kontext des Konstruktivismus .....</b>	<b>125</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>129</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>134</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>141</b>
	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>142</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>143</b>
	Informationen zu den Fragebögen .....	143
	LehrerIn-Fragebogen .....	144
	SchülerIn/Eltern-Fragebogen .....	148
	Kurzzusammenfassung .....	151
	Abstract .....	152
	Lebenslauf .....	153



## Einleitung

Die Disziplin Sprachheilpädagogik erfährt in der wissenschaftlichen Literatur theoretische Grundlegungen. „Sprachheilpädagogik als erziehungswissenschaftliche Disziplin vermittelt zwischen sprachheilpädagogischer Erziehungswirklichkeit und Theoriebildung. Sprachheilpädagogische Theorie als Theorie für die und von der sprachheilpädagogischen Praxis beginnt mit der Situationsanalyse der Vielfalt der Anforderungen, Erfahrungen und Probleme in der Bildungs- und Erziehungspraxis, stellt Reflexionen an und leitet Um- und Neuorientierungen ab“ (Braun 2004, S. 25f). Sprachheilpädagogik beschäftigt sich nicht nur mit Sprache, sondern ist Teil der gemeinsamen Daseinsgestaltung der Menschen. Sprachheilpädagogische Intervention richtet den Fokus einerseits auf sprachliche Störungsbilder beziehungsweise Mängel von Kindern und/oder Jugendlichen und andererseits auf die Ausweitung der Kommunikations- und Austauschprozesse der Individuen (vgl. Kobi 1996, S. 350f). Sprachheilpädagogische Intervention impliziert eine ganzheitliche Konzeption, denn korrektes Artikulieren und flüssiges Reden erzielt ihre Wirkung vor allem durch eine inhaltvolle und ganzheitliche Darbietung. Diese ganzheitliche Auslegung ermöglicht die Schaffung existenzieller Erlebens- und Erfahrungssituationen für Kinder und Jugendliche (vgl. Begemann 1995, S. 31). Sprachheilpädagogische Intervention richtet sich in Österreich an Kinder und Jugendliche im Pflichtschulbereich mit Förderschwerpunkt Sprache und entwirft neue Ansätze, Bedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsam mit den Individuen (vgl. Braun 2004, S. 26).

Die Unterrichtsforschung in dieser Fachrichtung wird von Grohnfeldt als „lange vernachlässigt“ bezeichnet, deshalb ist es notwendig den Blickwinkel auf die Unterrichtsforschung zu fokussieren und die „Arbeit der Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen vor Ort in unterschiedlichen Institutionsformen umfassend zu dokumentieren, zu analysieren und als Ansatzpunkt für vielschichtige Evaluationsprozesse weiterzuentwickeln“ (Grohnfeldt 2000, S. 147). Aktuelle wissenschaftliche Ansätze der Sprachheilpädagogik sollten in die Praxis der SprachheilpädagogInnen involviert werden. Im Sinne von Transparenz, Effizienz und zum Kindeswohl werden Verbesserungen sprachheilpädagogischer Intervention möglich und transparent. Sprachheilpädagogik erfährt durch einen regelmäßigen Austausch von Theorie und Praxis Integration in das Selbstverständnis der PädagogInnen und ermöglicht somit eine Selbstreflexion der AkteurInnen bezüglich

wissenschaftlicher Praxismethoden in der sprachheilpädagogischen Intervention (vgl. Baumgartner/ Giel 2005, S. 283f).

Die vorliegende Diplomarbeit fokussiert die sprachheilpädagogischen Interventionen und Maßnahmen, die zu altersadäquaten sprachlichen Kompetenzen der SchülerInnen beitragen. Aufgrund eingehender Recherchen lautet die Forschungsfrage: *Wie wirken sich die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention aus?*<sup>1</sup> Die pädagogische Relevanz der Forschungsfrage lässt sich an der Aussage von Homburg und Lüttke festmachen: „jeder Sprachtherapeut [konstruiert sich und für andere] sein dynamisches Modell der Therapie-, Unterrichts- und Förderkonstellation“ (Homburg/Lüttke 2003, S. 133). Die sprachheilpädagogischen Interventions-Prozesse wurden ausgehend von der sprachheilpädagogischen Erstüberprüfung durch SprachheillehrerInnen bis zur Beendigung der Betreuung und der pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen, eingebettet im niederösterreichischen Pflichtschulbereich während des Schuljahres 2009/10, erforscht. Die erziehungswissenschaftliche Disziplin Sprachheilpädagogik soll aus dem wissenschaftstheoretisch-pädagogischen Ansatz des Konstruktivismus näher betrachtet werden. „Die Grundannahme konstruktivistischer Theorien liegt darin, dass die Wahrnehmung keine Gegebenheiten einer von uns unabhängigen Realität abbildet, wie sie an sich sind, sondern dass wir lediglich Modelle entwerfen, deren Objektivität oder Wahrheit nicht überprüft werden kann“ (Lindemann 2006, S. 13). Die Konstruktion der sprachheilpädagogischen Intervention durch die SprachheillehrerInnen und deren pädagogischen Ansprüche sollen im Rahmen dieser Diplomarbeit analysiert werden. Sowohl die konkrete Ausgestaltung der Unterrichtssituation als auch die pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen sollen evaluiert und im Kontext des Konstruktivismus erläutert werden.

---

<sup>1</sup> Die *kursive Schreibweise* im Text der vorliegenden Diplomarbeit wird einerseits für selbstentwickelte Fragestellungen, Bezeichnungen der Fragebögen, der Fragen und Antworten in den Fragebögen, Variablenamen, Hypothesen sowie andererseits für das Zitieren von Überschriften im Text verwendet.

# 1 Theoretische Grundlagen der Sprachheilpädagogik

Am Beginn einer empirischen Studie aus der Fachrichtung Sprachheilpädagogik zum Thema *Sprachheilpädagogische Intervention und pädagogische Ansprüche – Eine konstruktivistische Situationsanalyse des Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich in Niederösterreich aus der Perspektive der SprachheillehrerInnen* muss eine theoretische wie definitorische Auseinandersetzung mit der Thematik Sprachheilpädagogik erfolgen.

In diesem Kapitel werden theoretische Grundlagen der Sprachheilpädagogik wie *Sprache* und *sprachliche Kompetenz* näher erläutert. Die Fachdisziplin *Sprachheilpädagogik*, ihre *Geschichte*, *Grundorientierungen*, *Handlungsfelder* und *Ziele* werden thematisiert. Verschiedene AutorInnen definieren den Begriff Sprachheilpädagogik unterschiedlich. Im deutschsprachigen Raum wurden und werden die Termini Sprachstörung, Sprachschädigung, Sprachbehinderung und Förderschwerpunkt „Sprache“ verwendet. Weiters werden *Arten und Klassifikationen von Störungen* diskutiert. Ein Hauptaugenmerk wird auf *SprachheilpädagogInnen als BegleiterInnen oder SymptomkorrektorInnen* gelegt. Anschließend werden im *Exkurs* Gemeinsamkeiten und Differenzen der Disziplinen *Sprachheilpädagogik und Logopädie* aufgezeigt.

## 1.1 Sprache

Sprache beinhaltet nach Lurija nicht nur kommunikative Funktionen, sondern auch Aufgaben intellektuelle Aktivitäten und geistige Prozesse zu organisieren, das Verhalten zu regulieren und soziale Kommunikation zu ermöglichen (vgl. Berger 2010, S. 197). Außerdem ist Sprache „ein gesellschaftlich-historisch entwickeltes Zeichensystem, das Realität in symbolischer Weise widerzuspiegeln vermag. Der Zeichenträger ist von sekundärer Bedeutung“ (Berger 2010, S. 196).

Sprache ist „eine den Menschen kennzeichnende Eigenschaft, die sich einer einfachen Definition entzieht. Im Allgemeinen kann darunter die Fähigkeit verstanden werden, sinnlich wahrnehmbare Gegebenheiten mit einer nur geistig verstehbaren und lautlich äusserbaren Bedeutung zu verbinden“ (Böhm 2005, S. 608). Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass Sprache ein Zeichensystem ist und Sprache in unterschiedlichen Modalitäten auftreten kann.

Die Zeichen können unterschiedliche Formen annehmen. Sprache kann als Zeichenträger Laute, Gebärden, Tastzeichen oder beispielsweise Pictogramme aufweisen. Sprachlicher Austausch wird durch Symbole (Zeichen) ermöglicht und schafft somit „ein systematisches Verfahren mit anderen zu kommunizieren, fremdes und eigenes Verhalten zu beeinflussen, Aufmerksamkeit zu lenken und Realitäten zu schaffen“ (Berger 2010, S. 196f).

Je nach Sichtweise stehen andere Aspekte der Sprache im Vordergrund. Sprache kann als „angeborene, artspezifische, Fähigkeit verstanden, als strukturiertes Zeichen- bzw. internalisiertes Regelsystem interpretiert oder als dem menschlichen Mitteilungsbedürfnis entspringendes Kommunikations- und Informationsmittel betrachtet werden“ (Böhm 2005, S. 608). Die „angeborene Fähigkeit“ Sprache zu verwenden, sofern dies organisch-intellektuell möglich ist, kann als Recht des Menschen betrachtet werden. Dieses „Mitteilungsbedürfnis“ des Kindes soll durch die Eltern, aber auch die Gesellschaft gewährleistet werden. Die Eltern als Erziehungsberechtigte sind verpflichtet ihrem Kind Kommunikation zu ermöglichen, wenn notwendig durch Unterstützung professioneller Fachleute wie beispielsweise der SprachheilpädagogInnen.

Die Verwirklichung von Sprache lässt sich an verschiedenen Modellen nachvollziehen. Im Folgenden werden die Modelle von Braun, Homburg und Lüdtker sowie von Hansen und Heidtmann kurz erläutert.

Nach Braun ergeben sich folgende mögliche Blickwinkel auf Sprache:

1. „Sprache als allgemeine menschliche Fähigkeiten“

Sprache aus der philosophischen beziehungsweise anthropologischen Sichtweise fokussiert die Möglichkeit beziehungsweise Anlage des Menschen Sprache zu erwerben, auszubilden und sie zu verwenden (vgl. Braun 2002, S. 9).

2. „Sprache als System“

Sprache lässt sich aus der linguistischen Perspektive betrachten. Die Sprachwissenschaft oder Linguistik beschäftigt sich mit dem Symbol- und Zeichensystem unserer Sprache. Es werden die Strukturen, Regeln und Funktionen der Sprache auf den Ebenen der Phonologie, Morphologie, Syntax und Semantik untersucht. Der Satz und die linguistische Kompetenz, das Regelverständnis werden näher betrachtet (vgl. Braun 2002, S. 11).

### 3. „Sprache als Prozess“

Sprache lässt sich aus der psycholinguistischen Perspektive betrachten. Im Mittelpunkt der Psycholinguistik steht der aktuelle Sprechvorgang, das Sprachverstehen, die Sprachproduktion, die De- und Enkodierung der Sprache. Der Fokus wird auf die Äußerung und die Kodierungskompetenz gelegt (vgl. Braun 2002, S. 26f).

### 4. „Sprache als Handlung“

Sprache lässt sich aus der pragmatischen Perspektive beleuchten. Die Sprachhandlung in sozialen Kontexten steht im Mittelpunkt. Der Sprechvorgang und die Handlungskompetenz des Menschen werden näher beleuchtet (vgl. Braun 2002, S. 29f).

Homburg und Lüdtke definierten Sprache aus der interdisziplinären Perspektive folgendermaßen: „Sprache ist eine komplexe Leistung des Menschen. Sie ist Erkenntnisgegenstand so unterschiedlicher Weise wie der Philosophie, der Anthropologie, der Medizin, der Biologie, der Physik, der Akustik, der Psychologie, der Pädagogik, der Nachrichtentechnik oder der Neurowissenschaften“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 118). Die AutorInnen beschreiben ein „Metamodell“ der Sprache. Die Basis dieses Modells stellen die „sprachschaftenden funktionellen vorsprachlichen Grundlagen“ dar. Die sprachlichen Aktionen des Menschen sind durch den „dreidimensionalen Sprachraum“ bestimmt und werden von folgenden „Regulationsebenen“ gelenkt:

- „Input-Output-Regulation: Sensorik und Motorik“,
- „kognitiv-emotionale Regulation“ und
- „soziale Regulation“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 118f).

Durch die Dimension der „Input-Output-Regulation“ werden Informationen aus den verschiedenen Propriozeptionen („Sensorik“) aufgenommen und über das Medium Sprache, („Motorik“) vom Individuum nach außen transportiert. Dies ist nur möglich, wenn der geistig-motorisch-organische Entwicklungsstand des Individuums ein gewisses Niveau erreicht hat und dieser Handlungsablauf vollzogen werden kann (vgl. Homburg/Lüdtke 2003, S. 119f). Die Dimension der „kognitiv-emotionalen Regulation“ lässt Sprache durch wechselseitige Wirkung von „Kognition“ und „Emotion“ entfalten (vgl. Homburg/Lüdtke 2003, S. 120f). Emotionen „sind Botschaft und zugleich Bedingung von Sprache und Sprechen“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 120). Die „soziale Regulation“ oder „Ich-Du-Regulation“ beinhaltet die „soziale Dimension“. „Sprache ist stets auch ein Fall von Handlung, Interaktion und Kommunikation“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 121). Diese sprachschaftenden Dimensionen korrelieren mit den linguistischen (sprachspezifischen) Dimensionen - Form, Inhalt

und Gebrauch - der Sprache. „Normale“ Sprache beinhaltet eine Balance innerhalb und zwischen diesen Dimensionen. Die Regulationsebenen korrespondieren miteinander und sind „im aktuellen sprachlichen Austausch [...] stets wirksam, es geht nicht ohne sie“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 122).

Sprache beinhaltet neben den unterschiedlichen Dimensionen auch verschiedene Strukturebenen. Die erste Strukturebene stellt die „phonetisch-phonologische Ebene“ dar. Sie beinhaltet die Dimension der Aussprache. Die zweite Stufe wird als „morphologisch-syntaktische Ebene“ bezeichnet und konzentriert sich auf die grammatikalische Dimension der Sprache. Die dritte Ebene wird als „semantisch-lexikalische Ebene“ bezeichnet. Die vierte Ebene stellt die „pragmatisch-kommunikative Ebene“ dar (vgl. Hansen/Heidtmann 2007, S. 262).

Hansen und Heidtmann formulieren für die menschliche Sprache folgende Funktionen:

1. „Kommunikative Funktion“  
Sprache dient zur Mitteilung, Verständigung und Kooperation.
2. „Bildende Funktion“  
Sprache wird verwendet um Wissen, Werte, etc. weiterzugeben (Kultur wird tradiert).
3. „Kognitive Funktion“  
Durch Sprache wird das Denken unterstützt und strukturiert.
4. „Regulative Funktion“  
Handlungen werden durch Sprache gesteuert.
5. „Persönlichkeitsbildende Funktion“  
Sprache fördert beispielsweise die Identitätsfindung (vgl. Hansen/Heidtmann 2007, S. 262).

In Bezug auf die Identitätsbildung durch den anormalen Sprechakt ist die vielleicht wichtigste Aufgabe der Sprachheilpädagogik, die Identität der Individuen vor einer Stigmatisierung zu bewahren beziehungsweise diese aufzuheben.

Zusammenfassend betrachtet kann Sprache aus verschiedenen Blickwinkeln (nach Braun), Ebenen (nach Homburg und Lüdtke) und Funktionen (nach Hansen und Heidtmann) definiert werden. Sprache soll nicht aus einer Perspektive betrachtet werden, sondern aus einer Kombination der verschiedenen Sichtweisen. Die Übergänge aus den verschiedenen

Blickwinkeln ermöglichen für die Intervention von Kindern und Jugendlichen mit Sprachauffälligkeiten ein weites Spektrum an Angeboten (vgl. Sassenroth 2002, S. 192). Für die vorliegende Studie stellt der mehrdimensionale Blick auf die Sprache von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Komponente dar. Außerdem wird *Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus* betrachtet.<sup>2</sup>

## 1.2 Sprachliche Kompetenz

Sprachliche Kompetenz ist nur ein Teilbereich der kommunikativen Fähigkeiten des Menschen. Die Fähigkeiten verbale und nonverbale Mitteilungen dem Kontext entsprechend zu verstehen und zu produzieren wird als kommunikative Kompetenz bezeichnet. Durch diese Fähigkeit ist es dem Individuum möglich sich auszudrücken, Gefühle, Gedanken und den eigenen physischen Zustand klarzulegen (vgl. Schmitt/Weiß 2004, S. 167f).

„Kommunikation und Sprache sind von zentraler Bedeutung für den Menschen, da das menschliche Zusammenleben mit ihrer Hilfe geregelt wird“ (Schmitt/Weiß 2004, S. 167). Kommunikation ermöglicht einen Informationsaustausch für dessen Gelingen die Etablierung eines gemeinsamen Kodes notwendig ist. Dieser Kode kann aus unterschiedlichen nonverbalen und verbalen Zeichen bestehen. Für die Kommunikation spielt nicht nur der/die ZeichenträgerIn eine Rolle, sondern auch Informationen die durch den Körper vermittelt werden. Mimik, Gestik, Blickkontakt, Körperbewegung und Körperhaltung liefern gemeinsam mit dem Kode wichtige Informationen für die Kommunikation. Verbale Kommunikation ermöglicht den Menschen sich schnell und effizient auszudrücken (vgl. Schmitt/Weiß 2004, S. 167f).

„Der Begriff der sprachlichen Kompetenz umfasst alle sprachlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse von realen Sprechern/Hörern in heterogenen Sprachgemeinschaften. Sprachliche Kompetenz [...] wird als generelle Befähigung zu sprachlichem Handeln umschrieben und durch sprachliche Sozialisation konstituiert verstanden“ (Braun 2004, S. 44). Sprachheilpädagogische Intervention versucht einerseits die sprachliche Kompetenz der Kinder und Jugendlichen zu fördern und zielt auf eine Beseitigung der „Sprachstörungen“. Andererseits agiert sie aus einem ganzheitlichen Ansatz und möchte generell die sprachlich-

---

<sup>2</sup> Siehe Kapitel 3.1 *Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus*.

kommunikativen Fähigkeiten der Individuen verbessern und damit die Kommunikationskompetenz der Kinder und Jugendlichen positiv beeinflussen.

### **1.3 Sprachheilpädagogik**

Der Terminus beziehungsweise die Fachrichtung Sprachheilpädagogik wird von Sassenroth als Teilbereich der Heil- beziehungsweise Sonderpädagogik verstanden, die wiederum Teil der Pädagogik ist. Diese Disziplin vereint Einflüsse aus verschiedenen Wissenschaften mit dem Ziel Menschen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ zu unterstützen (vgl. Sassenroth 2002, S. 190f).

Anfang des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Sprachheilpädagogik als eigene Disziplin. Seitdem hat sie sich zu einem vielfältigen Wissensgebiet entfaltet und richtet sich vor allem an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Sprachstörungen (vgl. Braun 2002, S. 32). Sprachheilpädagogik „umfasst die Theorie und Praxis der Erziehung und Bildung sprachbehinderter Menschen und strebt die Wiedereingliederung in Familien, Schule, Beruf und Gesellschaft an“ (Böhm 2005, S. 607).

Kobi fasst mit seiner Definition von Sprachheilpädagogik „sämtliche auf personalen Lernprozessen basierenden Bemühungen zusammen, welche auf das Ziel der Normalisierung zwischenmenschlicher Kommunikation angelegt sind“ und vermeidet somit voreilige Auslegungen dieses Begriffes (Kobi 1999, S. 115). Sprachheilpädagogik zielt auf sprachliche Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen. Die Kommunikationsfähigkeit, zur Lebensbewältigung und Daseinsgestaltung der Individuen, wird speziell therapeutisch und erzieherisch gefördert, besonderes Augenmerk wird auf die Kind- und Umweltzentrierung gelegt (vgl. Kobi 2004, S. 137f).

Sprachheilpädagogik richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Förderschwerpunkt „Sprache“ und entwirft neue Ansätze, Bedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsam mit ihnen (vgl. Braun 2004, S. 26). Das pädagogische Konzept von Hoppe spricht von einem „sprachlich-kommunikativen Förderbedarf“ dessen individuelle Förderpläne sich an den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen orientieren und nicht aus defizitorientierter Perspektive betrachtet werden (vgl. Hoppe 2010, S. 122).

Sprachheilpädagogik beschäftigt sich mit der Theorie und Praxis der Erziehung, Bildung und sprachtherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren wird „Sprachheilpädagogik als alters-, behinderungs-, störungssyndrom- und institutionen-unabhängig“ betrachtet (Hansen/Heidtmann 2007, S. 259). Sprachheilpädagogik ist eine Fachrichtung die ihre Zuständigkeit nicht auf eine Altersgruppe einschränkt, sondern für alle Menschen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zuständig ist. Das Zentrum dieser Pädagogik bilden die sprachlich-kommunikativen Kompetenzen und nicht die Klassifikation und Kategorisierung der sprachlichen Defizite. Das sprachheilpädagogische Tätigkeitsfeld ist nicht auf Institutionen beziehungsweise Einrichtungen beschränkt, sondern das professionelle Agieren der PädagogInnen steht im Mittelpunkt. Die Aufgabenfelder der SprachheilpädagogInnen beinhalten „Erziehung und Bildung, Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung, Kooperation, Supervision, Unterricht (für LehrerInnen) und Forschung“ (Hansen/Heidtmann 2007, S. 260).

Sprachheilpädagogik stellt eine erziehungswissenschaftliche Fachdisziplin dar. Erziehungs-, Bildungs- und Organisationstheorien werden in ihr vereint. „Sprachheilpädagogik als erziehungswissenschaftliche Disziplin vermittelt zwischen sprachheilpädagogischer Erziehungswirklichkeit und Theoriebildung. Sprachheilpädagogische Theorie als Theorie für die von der sprachheilpädagogischen Praxis beginnt mit der Situationsanalyse der Vielfalt der Anforderungen, Erfahrungen und Probleme in der Bildungs- und Erziehungspraxis“ (Braun 2004, S. 25f). Erziehungswissenschaft liefert für die Disziplin der Sprachheilpädagogik Grundlagenwissen und unterstützt somit sprachheilpädagogische Erkenntnisse mit erziehungswissenschaftlichen Konzeptionen (vgl. Baumgartner 2004, S. 58f). Die Disziplin Sprachheilpädagogik ist einerseits eine pädagogische und andererseits eine transdisziplinäre beziehungsweise polyintegrative Fachrichtung. Sie vereint Erkenntnisse der Pädagogik und ihrer Bezugswissenschaften. Wissenschaften aus denen sich die Fachrichtung Sprachheilpädagogik Theorien, Modelle, Wissen, Erkenntnisse etc. auf ihre Belange anpasst und integriert. Sprachheilpädagogik arbeitet Wissen aus anderen Wissenschaften ein, damit wird sie zu einer transdisziplinären Wissenschaft. Zusammenfassend betrachtet bedeutet dies, dass sich Sprachheilpädagogik mit der Interaktion der Menschen beschäftigt und diese mit Erkenntnissen aus transdisziplinären Disziplinen verknüpft (vgl. Hansen/Heidtmann 2007, S. 260).

Gegenstand der Sprachheilpädagogik ist der Mensch mit seinen Kompetenzen und seiner Störung. Bereits in den 1980 Jahren postulierte Knura „im Mittelpunkt sprachbehindertenpädagogischer Bemühungen steht nicht die Sprachstörung, sondern der sprachbehinderte Mensch“ (Knura 1980, S. 47). Dies bedeutet, dass nicht die Sprachstörung im Mittelpunkt der Betrachtung liegt, sondern der Mensch mit seinen Fähigkeiten. Die Kompetenzen sollen in kommunikativ ausgerichteten Lehr- und Lernsequenzen erweitert und sprachliches Wissen soll aktiv angeeignet werden (vgl. Baumgartner 2004a, S. 102f).

Resümierend betrachtet bedeutet dies für die gegenwärtige Disziplin der Sprachheilpädagogik, dass sie nicht mehr nur als Korrektur beziehungsweise Beseitigung von Sprachstörungen zu betrachten und Sprachheilpädagogik nicht nur als Kompensation von Sprachschädigungen ist, sondern auch als Vermeidung und Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbehinderungen zu erweisen ist (vgl. Baumgartner 2004a, S. 102f). Sprachheilpädagogik ist „für den Gesamtbereich von Sprache, Kommunikation und deren Störungen zuständig“ (Datler/Bamberger/Studener 2000, S. 14).

### **1.3.1 Geschichte der Sprachheilpädagogik**

Die Geschichte der Sprachheilpädagogik im deutschsprachigen Raum hat sich nicht einheitlich entwickelt. Deshalb wird zu Beginn die Entwicklung der Sprachheilpädagogik in Deutschland erörtert. Anschließend wird auf die Entwicklung des Sprachheilwesens in Österreich näher eingegangen.

Die Termini Sprachheilpädagogik beziehungsweise Sprachbehindertenpädagogik stammen aus dem Beginn des 19. Jahrhunderts. Erste Berichte über Sprachstörungen und deren Behebung entstammen bereits vor Beginn unserer Zeitrechnung. In jener Zeit wurden bereits Vorschläge zur Behandlung von Stottern gemacht. Erste Ansätze zum „pädagogischen Umgang“ mit Sprachstörungen sind im 18. Jahrhundert begründet und führen auf die erste Taubstummschule in Leipzig zurück. In Österreich wurde 1816 die erste „Lehranstalt für schwerhörende und schwersprechende Kinder“ in Hallstein von Gotthard Guggenmoos gegründet (vgl. Vernooij 2007, S. 300f). In Deutschland galten Alfred und Hermann Gutzmann als Wegbereiter der Sprachheilpädagogik. Alfred Gutzmann war Berliner Gehörlosenlehrer und weitete seinen Wirkungskreis auf stotternde Kinder aus. Er publizierte gemeinsam mit seinem Sohn Hermann von 1891 bis 1912 die „Medizinisch-pädagogische

Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde“ (vgl. Grohnfeldt 2009, S. 40). 1912 wurde von Hermann Gutzmann die „erste eigenständige sprachheilpädagogische Abhandlung“ mit dem Titel „Sprachheilkunde. Vorlesung über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie“ verfasst (vgl. Vernooij 2007, S. 301). Medizin und Pädagogik präsentierten sich in dieser Zeit als Komplementärwissenschaften. Im pädagogischen Bereich entwickelten sich kurz danach aus der Fortbildung von VolksschullehrerInnen erste Sprachheilklassen und im weiteren Verlauf eigenständige Sprachheilschulen. Bald nach dem ersten Weltkrieg wurde die „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ gegründet und im Jahr 1928 entstand die erste akademische Ausbildung für SprachheillehrerInnen. Emil Fröschl, ein Wiener Arzt, genoss durch Veröffentlichungen und der Prägung des Terminus Logopädie hohes Ansehen. Er war Mitbegründer der „Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“ (vgl. Grohnfeldt 2007, S. 126). Die Zeit des Nationalsozialismus bewirkte keinen Stillstand der Entwicklung der Sprachheilpädagogik, sondern verursachte eine „Anpassung an die herrschende (Rassen-)Ideologie“ und verursachte eine Abkopplung der Entwicklung des Sprachheilwesens vom Ausland. Einige VertreterInnen dieser Zeit verloren aufgrund ihrer „Herkunft“ ihren Arbeitsplatz, mussten emigrieren (Emil Fröschl) oder kamen in Konzentrationslager, andere VertreterInnen dagegen, wie beispielsweise Hermann Gutzmann, arrangierten sich mit dem damaligen Regime. Erst Jahrzehnte nach dem zweiten Weltkrieg gelang der Anschluss an internationale Perspektiven der Sprachheilpädagogik. Wegweisend für die Entwicklung war die Neugründung der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“. Johannes Wulff, ein Hamburger Sprachheillehrer, setzte damit ein „flächendeckendes pädagogisches Versorgungssystem“ durch. Diese Veränderungen bewirkten 1968 eine Umbenennung der Arbeitsgemeinschaft in „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“ und eine Abgrenzung der Sprachheilpädagogik zur Medizin. Die Grundlagenwissenschaft der Sprachheilpädagogik stellte fortan die „(Sonder-)Pädagogik“ dar (vgl. Grohnfeldt 2009, S. 41f). Die Sprachheilpädagogik positionierte sich als sonderpädagogische Disziplin und bewirkte einen Ausbau des Sonderschulwesens und somit auch der Sprachheilschulen. In den 1990er Jahren wurde der „Höhepunkt des institutionellen Ausbaus der Sprachheilschulen“ erreicht. In Deutschland gestaltete sich ein Perspektivenwechsel aufgrund der Empfehlung des Ministeriums von der „Institutionen- zur Personenorientierung“ und es erfolgte die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen“ sowie die Umbenennung in „Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten“ im Jahr 2004 (vgl. Grohnfeldt 2007, S. 127). Dies bewirkte

eine Veränderung des Sprachheilwesens, der Stellenwert der pädagogischen Belange sank und im Gegenzug gewann die Sprachtherapie an Bedeutung. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Schwerpunktverlagerung vom schulischen in den außerschulischen beziehungsweise sprachtherapeutischen Bereich (vgl. Grohnfeldt 2009, S. 44).

Die Annahme betreffend, dass sich die Disziplin der Sprachheilpädagogik im deutschsprachigen Raum einheitlich entwickelt hat ist nicht gegeben. Im Folgenden soll die Situation beziehungsweise Entwicklung der „österreichischen“ Sprachheilpädagogik am Beispiel der „Wiener Sprachheilschule“ näher erläutert werden. Bereits im Jahr 1895 erfolgte durch die Schulbehörde Wien der Auftrag zur Betreuung „sprachgestörter schulpflichtiger“ Kinder. Der Schwerpunkt lag auf der Betreuung von stotternden Kindern. Der erste, so genannte, Sprachheilkurs für Schulkinder kam im Jahr 1897 zustande und wurde bis zum Ersten Weltkrieg weiter geführt. Im Schuljahr 1912/13 wurde eine „Sonderklasse für sprachgestörte Kinder“ verwirklicht. Kinder aus ersten Volksschulklassen besuchten diese Klasse mit „sprachheilpädagogischem Schwerpunkt“. Nach dem Kriegsende wurden die Klassen wiedereingerichtet und ausgebaut. Die Betreuung von „sprachbeeinträchtigten schulpflichtigen Kindern“ sollte somit wieder gewährleistet werden. Der erste provisorische Schulleiter dieser neu errichteten Sonderschule war Karl Rothe (vgl. Rosenberger 2007, S. 152f). Rothe vertrat eine „ganzheitliche Umerziehung des stotternden Kindes“. Mit diesem Ansatz kam zum ersten Mal in der Geschichte der Sprachheilpädagogik der „pädagogische Aufgaben- und Wirkungsbereich als umfassender Ansatz“ in die Therapie von stotternden Kindern in das Zentrum der Betrachtung. Die pädagogische Perspektive nahm Einzug in das theoretische und praktische Interesse der Sprachheilpädagogik (vgl. Braun/Macha-Krau 2005, S. 63). Seit dem Jahr 1923 gab es durch die Verordnung des Bundesministeriums für Unterricht eine Prüfung für das Lehramt für sprachgestörte Kinder. Ausbildungslehrer anno dazumal waren Karl Rothe, der erste „provisorische Schulleiter der Sonderschule für sprachgestörte Knaben und Mädchen“, und der Arzt Emil Fröschl. In den Jahren danach stieg die Zahl der Sonderklassen und Sprachheilkurse stetig an. Aber bereits im Jahr 1930 wurden zunehmend Lehrkräfte aus der Sprachheilschule abgezogen und die Abhaltung eines weiteren Ausbildungskurses untersagt. Dies bewirkte eine Verringerung der Sprachheilklassen. Die Zahl der betreuten SchülerInnen sank beständig und im Jahr 1944 musste der letzte Sprachheilkurs geschlossen werden. Nach dem zweiten Weltkrieg musste das Wiener Schulwesen wiederaufgebaut werden. Das gesamte Sonderschulsystem, inklusive der Sonderschule für sprachgestörte Kinder, gewann wieder an Bedeutung. Die Wiener

Sprachheilschule wurde ausgebaut, sie wurde als Volksschule mit drei Standorten geführt und es wurden Sprachheilkurse an allen Wiener Pflichtschulen angeboten. Die Wiener Sprachheilschule etablierte sich zu einer angesehenen internationalen Institution und entwickelte theoretische und praktische sprachheilpädagogische Ansätze, die als Arbeitsmaterialien und Praxismodelle verbreitet wurden (vgl. Rosenberger 2007, S. 152f). Es kam in Wien 1969 zur Gründerversammlung der „Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“ (vgl. PAIER 2002, S. 62). Aus den „Mitteilungen“ dieser Gesellschaft, ÖGS, entwickelte sich die Fachzeitschrift „der sprachheilpädagoge“, die gegenwärtig als „mitSPRACHE“ titulierte wird (vgl. ÖGS 2011, o. S.). In den 1970er Jahren wurde die sprachheilpädagogische Betreuung an anderen Sonderschulen erweitert. Die Integrationsbewegung in den 1980er Jahren veranlasste die Wiener Sprachheilschule zur Entwicklung eines neuen Konzepts und sie bot in den 1990er Jahren neben den Sprachheilklassen auch erste Integrationsklassen mit sprachheilpädagogischem Schwerpunkt an. Gegenwärtig unterrichten Wiener SprachheillehrerInnen in Sprachheilkursen und speziellen Integrationsklassen im Pflichtschulbereich (vgl. Rosenberger 2007, S. 152f).

Die Wurzeln der Sprachheilpädagogik sind in der Medizin und Taubstummepädagogik verankert. „Ohne die Rolle der medizinischen Sprach- und Stimmheilkunde schmälern zu wollen, ist die Sprachheilpädagogik in ihren Anfängen ein relativ offenes Wissens- und Praxissystem“ (Baumgartner 2004b, S. 55). Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch die Disziplinen Psychologie, Phonetik und Pädagogik eine bedeutende Rolle in der Entwicklung der Fachrichtung Sprachheilpädagogik eingenommen haben (Baumgartner 2004b, S. 57). Gegenwärtig vollzieht sich ein multipler Wissensimport aus den erwähnten Nachbardisziplinen der Sprachheilpädagogik, deshalb versteht sich Sprachheilpädagogik als interdisziplinäre Wissenschaft (vgl. Meixner 2005, S. 210).

Aus der historischen Entwicklung beziehungsweise den Wurzeln der Disziplin Sprachheilpädagogik entwickelten sich *Grundorientierungen* der Fachrichtung. Die Darlegung der Grundorientierungen des sprachheilpädagogischen Denken und Handelns dient zur Klärung der Grundintentionen der Sprachheilpädagogik als erziehungswissenschaftliche Fachrichtung und der Konzeption von Bildung und Erziehung für Kinder und Jugendliche mit Förderschwerpunkt „Sprache“. Ein Beispiel von Bildung und Erziehung wird anhand eines

sprachheilpädagogisches Konzeptes der „Relationale Didaktik“ von Lütke genauer analysiert.<sup>3</sup>

### **1.3.2 Sprachheilpädagogische Grundorientierungen**

Nicht nur die Begrifflichkeit der Sprachstörung unterliegt einem geschichtlichen und terminologischen Wandel, sondern auch die Intentionen des sprachheilpädagogischen Denken und Handelns verändern sich stetig. Sprachheilpädagogik verfügt über mehrere theoretische Orientierungen der sprachheilpädagogischen Bildung und Erziehung, die sich im Laufe ihrer Geschichte entwickelt und verschiedene Handlungskategorien hervorgebracht haben (vgl. Braun 2004, S. 34).

#### **Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik**

„Als bedeutsamer Vorläufer der Sprachheilpädagogik gilt die *pädagogische Heilkunde* von Gräfe (1850), für den z. B. Stottern ein physisches Geschehen ist, das durch didaktische Heilverfahren erfolgreich behandelt werden kann“ (Braun 2005, S. 15). Der Grundansatz Heilpädagogik von Hansen (1929) impliziert „Erziehung und Unterricht fungieren als Mittel und Weg zur Heilung und habe die Aufgabe, den ganzen Menschen in seiner beeinträchtigten Persönlichkeitsstruktur zu verändern“ (Braun 2004, S. 27). Im Bereich der umerziehenden Behandlung von stotternden Menschen wird der Begriff „Heilung“ präzisiert, indem die Konzentration auf die sprachlichen Erziehungsbedürfnisse gelegt und das „Leiden“ der stotternden Kinder gemindert wird. Die Sprachheilschule dient bei Hansen als Ort des Lernens zur Beherrschung dieses „Sprachübels“ (vgl. Braun 2004, S. 27). Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik basiert auf einer „medizinisch-pädagogisch dominierenden Wissenschaft“ die bis in die 1960er Jahre die Entwicklung der Sprachheilpädagogik dominierte. „Erziehung und Unterricht fungieren als Mittel und Weg zur Heilung und haben die Aufgabe, den ganzen Menschen in seiner beeinträchtigten Persönlichkeitsstruktur zu verändern“ (Braun 2005, S. 16). Die Handlungskategorie der heilpädagogischen Grundorientierung der Sprachheilpädagogik stellt die Therapie dar (vgl. Braun 2004, S. 34).

---

<sup>3</sup> Siehe Kapitel 3.3 *Relationale Didaktik*.

### **Sprachheilpädagogik als Sonderpädagogik**

Im Jahr 1969 erscheint eine Neuauflage des Buches „Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik“ unter dem Titel „Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik“ (vgl. Braun 2004, S. 28). Der Terminuswechsel geht mit einem neuen Selbstverständnis der Heilpädagogik einher. Der Begriff Sonderpädagogik impliziert die Trennung von behinderten und nichtbehinderten Menschen und legt den Fokus auf die Andersartigkeit behinderter Menschen, ihre „Sonderheit“ (vgl. Braun 2005, S. 16). Die Handlungskategorie der sonderpädagogischen Grundhaltung der Sprachheilpädagogik stellt die Förderung dar (vgl. Braun 2004, S. 34).

### **Sprachheilpädagogik als Behindertenpädagogik**

Den Fokus der Behindertenpädagogik stellt nicht mehr eine defizitorientierte Sichtweise dar, sondern die „Art und Weise der Behinderung des Bildungs- und Erziehungsgeschehens“ stehen im Mittelpunkt der Betrachtung. „Behinderung und somit auch Sprachbehinderung wird zur pädagogischen Kategorie, wenn sie den Bildungs- und Erziehungsprozess hemmt, stört, unterbricht, verändert“ (Braun 2005, S. 16). Die Handlungskategorie der behindertenpädagogischen Grundorientierung der Sprachheilpädagogik stellt ebenfalls die Förderung dar (vgl. Braun 2004, S. 34).

### **Sprachheilpädagogik als Rehabilitationspädagogik**

Sprachheilpädagogische Rehabilitation wird als übergeordneter interdisziplinärer Bestandteil der Rehabilitation verstanden. Rehabilitation zielt nicht nur auf die Behebung beziehungsweise Minderung der Sprachstörung, sondern fokussiert die Auswirkungen auf das Leben der Menschen. Der Begriff „Sprachrehabilitation“ hat sich „als Oberbegriff nicht gehalten, da Rehabilitation als leitende Orientierungskategorie pädagogisches Grundverständnis übersteigt“ (Braun 2005, S. 17).

### **Sprachheilpädagogik als Integrationspädagogik**

Integrationspädagogik versteht sich „als gemeinsame Bildung und Erziehung, als gemeinsames Lernen und Leben behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher in allgemeinen pädagogischen Einrichtungen, insbesondere in allgemeinen Schulen“ (Braun 2004, S. 31). Die Disziplin der Sprachheilpädagogik hat sich erst Mitte der 1980er Jahre an dieser Diskussion beteiligt. Sprachheilpädagogische Förderung ist und war überwiegend in integrativer und kooperativer Form tätig. Die Fachrichtung Sprachheilpädagogik hält

„Integration als Ziel für selbstverständlich und als Weg in Form von gemeinsamer Erziehung und Unterricht sprachbehinderter und nichtbehinderter Schüler für möglich, wenn die Bedingungen in räumlicher, sächlicher und personeller Hinsicht gegeben sind“ (Braun 2004, S. 31). Interessant bei dieser Formulierung ist, dass Integration unter dem Gesichtspunkt der Möglichkeit betrachtet wird. Die Rahmenbedingungen sind für die Integration ausschlaggebend, dennoch wäre eine bedingungslose Integration besser. Voraussetzung dafür ist, dass die notwendigen Rahmenbedingungen im österreichischen Pflichtschulbereich gegeben sind.

### **Sprachheilpädagogik als wissenschaftliche Forschung**

Durch die Einordnung der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik in die oben angeführten pädagogischen Fachrichtungen wird eine Spezifizierung vorgenommen, die einerseits die Qualität von Sprachheilpädagogik als Wissenschaft in den Hintergrund rückt und andererseits versucht Sprachheilpädagogik als Wissenschaft zu etablieren. Wissenschaftlichkeit stellt kein unmittelbares Kennzeichen einer Disziplin dar, sondern muss aus einer Vielfalt von Wissenschaftsverständnissen diskutiert werden (vgl. Knebel 2004, S. 79). Das „phänomenologisch-hermeneutische“ Wissenschaftsverständnis versucht Phänomene nicht nur aus dem Beobachtbaren, sondern auch aus dem Verborgenen zu beschreiben, erklären, verstehen und begründen. Sprachheilpädagogik stützte sich in den 1950er und 1960er Jahren auf diese erkenntnistheoretische Methode. Für Aussagen bezüglich eines einzelnen Falles konnte und kann dieser Ansatz gute Dienste leisten, aber allgemeingültige Aussagen für die Disziplin der Sprachheilpädagogik beziehungsweise Verallgemeinerungen konnten beziehungsweise können nach Knebel mit diesem Wissenschaftsansatz nicht gemacht werden (vgl. Knebel 2004, S. 81f). Der „empirisch-analytische“ Wissenschaftsansatz untersucht unmittelbare Beobachtungen mit den Methoden des Beobachtens und Experimentierens zum Zweck der Verallgemeinerung der Erkenntnisse. Die Aussagen dieses Ansatzes über die Wirklichkeit lassen sich nachprüfen und verifizieren oder falsifizieren. Der empirisch-analytische Ansatz erhebt einen deskriptiven (beschreibenden) und analytischen (erklärenden) Anspruch. Empirische Untersuchungen haben vor allem im Bereich der standardisierten Überprüfung der sprachlichen Kompetenzen im Bereich der Sprachheilpädagogik Einzug gehalten und ermöglichen Altersnormvergleiche. Dennoch ist die Fokussierung dieses Ansatzes für den alleinigen Wissenschaftsanspruch der Sprachheilpädagogik eine Gefahr. Die Nachprüfbarkeit beziehungsweise das Ergebnis und die Methode der unmittelbaren Beobachtung ist mit Vorbehalt zu betrachten (vgl. Knebel 2004, S. 81ff). „Kritisch-

theoretische“ Ansätze sehen beispielsweise in der „Theorie der Frankfurter Schule“ eine Wertorientierung und Interessensrichtung. Das Hauptaugenmerk wird in diesem Ansatz auf die gesellschaftliche Veränderung und die „Befreiung des Menschen von Herrschaft“ gelegt. Es wird zur Reflexion verpflichtet, zur Erkennung und Veränderung der herrschenden Strukturen und Normen. Die kritisch-theoretischen Ansätze haben Einzug in die „kritische Erziehungswissenschaft“ gefunden. Sprachheilpädagogische Förderkonzepte, beispielsweise die Verhaltenstherapie nach Wendlandt, versuchten die Grundzüge dieser Wissenschaftstheorie in ihre allgemeinen Bildungsziele „Freiheit“, „Selbstbestimmung“, „Handlungsfähigkeit“ und „Mitverantwortung“ zu integrieren (vgl. Knebel 2004, S. 83).

Anhand dieser drei wissenschaftstheoretischen Ansätze, phänomenologisch-hermeneutische, empirisch-analytische und kritisch-theoretische, wird exemplarisch gezeigt, dass die Wissenschaft Sprachheilpädagogik unterschiedliche Formen annehmen kann. Deshalb ist es für die Wissenschaftsdisziplin Sprachheilpädagogik wichtig, sich in der Wissenschaftstheorie zu verorten und die Hintergründe der Theoriebildung transparent zu gestalten (vgl. Knebel 2004, S. 83f).

Die wissenschaftstheoretischen Grundpositionen liefern Orientierungsansätze und Schlussfolgerungen zur Wissenschaftlichkeit der Sprachheilpädagogik, aber keinen alleinigen Geltungsanspruch. Fordert die Fachrichtung Sprachheilpädagogik den Wissenschaftsanspruch ein, so ist sie verpflichtet die pädagogische Disziplin an den Wissenschaftstheorien zu orientieren und Begründungen ihrer Konzepte und Theorien zu liefern. Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik stützt sich auf Gütekriterien, die vom jeweiligen gewählten wissenschaftstheoretischen Hintergrund abhängig sind (vgl. Knebel 2004, S. 87). Die Forschungsrichtung Sprachheilpädagogik muss einiges leisten: die Wirksamkeit gebräuchlicher Verfahren beweisen, neue Techniken für die Praxis entwickeln und erproben, die Forschungsergebnisse im realistischen Schulalltag replizieren sowie die Daten für die Forschung erheben (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 283).

### **Sprachheilpädagogik als wissenschaftliche Lehre**

Durch den Anspruch der Wissenschaftlichkeit und um die pädagogische Qualität der Disziplin Sprachheilpädagogik zu verbessern, rückt die Ausbildung der SprachheillehrerInnen in den Vordergrund. Ausbildungen und Wirkungsfelder von SprachheilpädagogInnen sind in Europa sehr unterschiedlich. Es herrschen drei Grundorientierungen der Ausbildung vor:

- die „verhaltenswissenschaftliche Ausrichtung“, in Bachelor- und Masterstudiengängen,
- die „medizinische Ausrichtung“, LogopädInnen, und
- die „pädagogisch zentrierte Ausrichtung“, Lehrgangsstudien für den schulischen Bereich (vgl. Rosenberger 2007, S. 153).

Die Ausbildung der Fachrichtung Sprachheilpädagogik ist in Österreich stark an die Ausbildungsstätten der kirchlichen sowie staatlichen Pädagogischen Hochschulen geknüpft und wird hauptsächlich als ein „praktisch, anwendungsorientiertes Fach“ gelehrt. Nach Rosenberger wird die Wissenschaftsdisziplin Sprachheilpädagogik als eine kontinuierliche, systematische Forschung und Theoriebildung, aufgrund fehlender Forschungsressourcen, der Pädagogischen Hochschulen, hierzulande kaum gepflegt und eine universitäre Verankerung der Sprachheilpädagogik erscheint noch in zu geringem Ausmaß vorhanden. Für die Weiterentwicklung des Fachgebietes und die praktisch ausübenden Organe, die SprachheillehrerInnen, ist eine intensive Theoriebildung und empirisch-systematische Forschung notwendig (vgl. Rosenberger 2007, S. 154). Denn nur eine Kombination von Theorie und Praxis ermöglicht es eine qualitativ hochwertige Disziplin zu erreichen und die Theorie in die Praxis der SprachheilpädagogInnen zu involvieren, um diese verändern/verbessern und kontrollieren/transparent machen zu können. Dadurch wird die Wissenschaftsdisziplin der Sprachheilpädagogik in das Selbstverständnis der PädagogInnen integriert und eine Reflexion der Positionen und Methoden ermöglicht (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 283f).

### **1.3.3 Sprachheilpädagogisches Handlungsfeld**

Das sprachheilpädagogische Handlungsfeld wird im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen der Sprachheilpädagogik kurz vorgestellt. Im sprachheilpädagogischen Handlungsfeld der schulischen Betreuung sind in Österreich grundsätzlich SonderschullehrerInnen mit einem Lehramt für Sprachheilpädagogik tätig (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.). Im Handlungsfeld der Sprachheilpädagogik muss immer „Erziehung und Bildung des ganzen Kindes im Mittelpunkt der pädagogischen Bemühungen stehen. Nicht die sprachliche Beeinträchtigung des Kindes ist für die Arbeit der Sprachheilpädagogen/SprachheilpädagogInnen Inhalt der Förderung, sondern das Kind in seiner Entwicklung und in seinem Umfeld steht im Mittelpunkt der Erziehungs- und Bildungsarbeit“ (Meixner 2005, S. 210). Für die *Situationsanalyse* der sprachheilpädagogischen Intervention in der vorliegenden

Studie werden das Handlungsfeld beziehungsweise die organisatorischen Rahmenbedingungen noch ausführlich erläutert.<sup>4</sup>

Das sprachheilpädagogische Handlungsfeld Schule, insbesondere der sprachheilpädagogische Unterricht, verfolgt bestimmte Ziele, welche die SchülerInnen durch die sprachheilpädagogische Intervention erreichen sollen.

### **1.3.4 Sprachheilpädagogische Ziele**

Spätestens durch die sprachheilpädagogische Ausbildung der Verfasserin und aus dem pädagogischen Alltag sind sprachauffällige Kinder und Jugendliche der Sprachheilpädagogin bekannt. Die Arbeit mit den SchülerInnen findet in einem Beziehungsrahmen statt. Dieser ist getragen von einem Bildungsziel „dem sprachlich beeinträchtigten Menschen Teilhabe und Freiheit (zurück-) zu geben, indem man ihn darin unterstützt, seine Sprachlichkeit durch das Erlernen der Sprache – [...] entsprechend den Normen einer Sprachgemeinschaft zu entwickeln“ (vgl. Meixner 2005, S.210, zit. nach: Bahr/Lüdtke 2000, S. 90).

Hansen und Heidtmann formulieren das sprachheilpädagogische Ziel folgendermaßen: „Ziel sprachheilpädagogischen Handelns ist die lebensbedeutsame Weiterentwicklung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten, damit Personen im Prozess der Selbstverwirklichung kommunikativ-sprachlich und sozial handlungsfähig sind beziehungsweise werden“ (Hansen/Heidtmann 2007, S. 261).

Grohnfeldt postuliert eine ähnliche Definition: „Das übergreifende Ziel sprachheilpädagogischer Intervention beschränkt sich [...] nicht nur auf die Korrektur eines herausragenden sprachlichen Symptoms, sondern erstreckt sich auf die Erweiterung individueller Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit, die situativen und subjektiven Wertmaßstäben unterliegt“ (Grohnfeldt 1997, S. 30).

Zusammenfassend kann festgestellt werden: „Das übergreifende und vorrangige Ziel sprachheilpädagogischen und logopädischen Handelns ist zweifelsohne die Verbesserung der *Kommunikationsfähigkeit* des Menschen“ (Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 39).

---

<sup>4</sup> Siehe Kapitel 2.1 *Rechtliche Rahmenbedingungen* und Kapitel 2.2 *Organisatorische Rahmenbedingungen*.

## 1.4 Arten und Klassifikationen von „Störungen“

„Da Sprache ein sehr komplexes und diffiziles Phänomen darstellt, umfasst auch der Begriff der Sprachstörungen mehrere Formen von Störungen: Aussprache- und Stimmstörungen, Sprech- und Redestörungen sowie Störungen der Sprache als kognitives und kommunikatives System“ (Braun 2002, S. 7). Die Erscheinungsformen und Störungsbilder gestalten sich im Bereich des Sprechens vielfältig. Abgrenzungen beziehungsweise Übergänge zur „normalen“ Sprache sind fließend und Einteilungen gestalten sich schwierig. Unterschiedliche Modelle von Sprache definieren unterschiedliche Sicht- beziehungsweise Denkweisen. Dadurch ergaben und ergeben sich Klassifikationen der Störungen, die den verschiedenen Perspektiven entsprechen. Die Termini der Störungsbezeichnungen unterliegen Änderungen, die historisch, gesellschaftlich und wissenschaftstheoretisch begründet sind (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 17).

Hansen und Heidtmann halten fest, dass „Sprach- und Kommunikationsstörungen dann vorliegen, wenn die Aufmerksamkeit der am Kommunikationsprozess Beteiligten so stark auf Sprache und Kommunikation gelenkt wird, dass aus dem Verständigungsmittel eine Barriere wird“ (Hansen/Heidtmann 2007, S. 264).

Geschichtliche, gesellschaftliche und wissenschaftliche Entwicklungsprozesse etablierten in der Sprachheilpädagogik unterschiedliche Begriffe zur Klassifikation der Auffälligkeiten der Sprache. Definitionen, von einer symptom- und syndromspezifischen Kennzeichnung, führten hin zu einer wissenschaftlichen Reflexion der Begrifflichkeiten und unterschiedlichen Begriffsbestimmungen von Sprachstörungen (vgl. Braun 2002, S. 32f). Im weiteren Verlauf werden die Begriffe *Sprachstörung*, *Sprachbehinderung*, *Förderschwerpunkt „Sprache“* und die *Klassifikationen der Störungen von „Sprache“* näher erläutert.

### 1.4.1 Sprachstörung

Nach Knura beinhalten Sprachstörung und Sprachbehinderung unterschiedliche Aspekte. „*Sprachstörung* ist die individuell unterschiedlich verursachte und ausgeprägte Unfähigkeit zum regelhaften, der Altersnorm entsprechenden Gebrauch der Muttersprache. Sie kann sich auf eine, mehrere oder alle Strukturebenen und Teilfunktionen des Sprachsystems erstrecken, vorübergehend, langdauernd oder bleibend sein“ (Knura 1980, S. 3).

Sprachstörungen der Kinder und Jugendlichen beeinflussen die Persönlichkeits- und Sozialentwicklung, außerdem beeinträchtigen sie die kognitive Entwicklung und die Kommunikations- beziehungsweise Beziehungsgestaltung (vgl. Braun 2002, S. 8).

„Sprachstörungen per se sind bedeutungslos. Sie gewinnen ihre Bedeutung erst während des kommunikativen Prozesses“ (Keese 2003, S. 27). Kommunizierende können durch Sprachstörungen irritiert werden. Die Fokussierung der Aufmerksamkeit der sprachunauffälligen GesprächspartnerInnen erfolgt aufgrund der Sprachauffälligkeit hauptsächlich auf die Form und weniger auf den Inhalt der gesprochenen Sprache. Dies bewirkt bei den sprachauffälligen GesprächspartnerInnen wiederum eine Irritation und somit eine Verunsicherung der Person. Kommunikation beinhaltet nicht nur Informationsaustausch, sondern es erfolgt auch eine wechselseitige Abstimmung. Dieser Abstimmungsprozess lässt die Kommunikationsstörung nicht auf eine/n GesprächsteilnehmerIn zuweisen, sondern es entsteht eine wechselseitige kommunikative Beeinträchtigung (vgl. Keese 2003, S. 27). Dieses Beeinträchtigung kann im einer- oder beiderseitigen (gänzlichen) Nicht-verstehen beziehungsweise im Abbruch der Beziehungen gipfeln.

„Aktuell sind die Bemühungen, alle defizitorientierten Begriffsbildungen zu überwinden und stattdessen von den jeweiligen individuellen pädagogisch-therapeutischen Förderbedürfnissen auszugehen. Sprachstörung wird förderorientiert als spezifisch sprachkommunikativer Förderbedarf konzeptualisiert“ (Braun 2002, S. 36).

### **1.4.2 Sprachbehinderung**

Die AutorInnen Knura und Braun definieren Sprachbehinderung folgendermaßen:

„*Sprachbehinderung* umgreift die sprachliche Beeinträchtigung (Sprachstörung) selbst *und* die durch sie bewirkte oder ihr zugrundeliegende belastete personale und soziale Gesamtsituation des betroffenen Menschen“ (Knura 1980, S. 3).

„Sprachbehinderung als umfängliche, schwerwiegende und langfristige individuelle sprachliche Beeinträchtigung ist zwar primär ein medizinischer und/oder psychologischer Sachverhalt, wird aber pädagogisch relevant, wenn sie Erziehung und Bildung in ihren Möglichkeiten gefährdet und verstellt“ (Braun 2002, S. 34).

Westrich meint, ein Mensch soll nicht als sprachbehindert bezeichnet werden, wenn seine „sprachlichen Äußerungen nicht der Norm der jeweiligen Sprachgemeinschaft entsprechen“, sondern es müssen weitere Eigenschaften zutreffen um dies definieren zu können (Westrich 1992, S. 102). Menschen, die in ihrer Sprache beeinträchtigt sind, sollen nicht nur aufgrund des Hauptaugenmerks, Dysfunktionen der Sprache im Allgemeinen, diagnostiziert werden. Sprache soll nicht als isoliertes Phänomen des Menschen betrachtet werden, denn Sprache des/r einen ist nicht gleich Sprache des anderen Individuums. Um Sprachbehinderung definieren zu können, muss ein Verständnis der menschlichen Sprache vorherrschen und erst danach kann eine Auseinandersetzung mit den Anzeichen der Unzulänglichkeiten der Sprache erfolgen. Deshalb soll die Sprachbehinderung nicht als Diagnose der Störungsbilder erfolgen „als wären nicht Menschen in *ihrer* Sprache d. h. in ihrer *Sprachfähigkeit*, sondern die *Fähigkeiten der Sprache* bei diesen Menschen gestört“ (Westrich 1992, S. 103). Kindern und Jugendlichen soll nicht die Diagnose Sprachbehinderung aufoktroiert werden, wenn ihre Sprache nicht der Norm entspricht. Denn für diese Diagnose ist es notwendig, sich mit der Entwicklung der Sprache der Individuen auseinander zu setzen. Deshalb sollten SprachheilpädagogInnen im Rahmen ihrer Erstüberprüfung diese Diagnosezuschreibung vermeiden. Das diagnostische Verfahren der LehrerInnen zielt in erster Linie auf Aussagen bezüglich der Dysfunktionen der Sprache im Allgemeinen. Sprachbehinderung umfasst globale Störungen der „Fähigkeiten der Sprache“ und sollte erst nach einer umfassenden Anamnese und Diagnostik sowie in Kooperation mit anderen Fachleuten (KollegInnen, PädagogInnen, ÄrztInnen und/oder LogopädInnen) erfolgen.

Sprachbehinderungen implizieren Sprachstörungen, die nicht als Folge von Hör- oder intellektueller Behinderung auftreten (vgl. Biewer 2009, S. 55). Der Begriff Sprachbehinderung hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Baumgartner und Giel postulieren, dass der Terminus Sprachbehinderung „offener“ und „personenbezogener“ geworden ist. Sprachbehinderungen werden gegenwärtig nach den AutorInnen unter folgenden Aspekten betrachtet:

- „mehrdimensional“  
Sprachbehinderung wird als „mehrdimensional hinsichtlich der Ursachen, den Erwerbsprozess und den Veränderungsprozess betrachtet.
- „legitimer Anspruch auf hochwertige, personal und nicht institutionell bestimmte Hilfe, Therapie, Beratung und Förderung“

- „systematisch und konstruktivistisch“  
Sprachbehinderung wird als systematisch und konstruktivistisch erachtet. Die Individuen erlernen sprachliche Kompetenzen und Handlungsfähigkeit „eigenaktiv“, „selbstgesteuert“ und „selbstreflexiv“. Sprachliche Kompetenz ermöglicht Interaktion und regt zur „Re-(Konstruktion) sprachlichen Wissens“ an (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 274).

Dieser Sprachbehinderungsbegriff impliziert einerseits die personalen Ursachen und andererseits auch die in „sozialen Interaktionen entstanden Normabweichungen, die eigenen Befindlichkeiten, schließlich die Gestaltung der individuellen Entwicklungschancen und kollaborativen Sprachlernsituationen“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 274).

### **1.4.3 „Sprache“ als Förderschwerpunkt**

Keese stellt die strenge Abgrenzung der Begrifflichkeiten Sprachstörung und Sprachbehinderung in Frage. Denn schon geringe Abweichungen von der sprachlichen Norm rufen bei den InteraktionspartnerInnen (Hörenden) Vorurteile hervor, die eine negative Konnotation herbeiführen und eine Unterscheidung der Termini Sprachstörung beziehungsweise Sprachbehinderung obsolet machen. „Wenn die Sprache als wichtigstes Kommunikationsmittel gestört ist, bedeutet eine Sprachstörung immer auch eine mehr oder minder große Störung von Kommunikation und Interaktion“ (Keese 2003, S. 26).

Die Termini „Sprachstörung“ und „Sprachbehinderung“ fokussieren ein sprachliches Defizit und veranlassen eine Umetikettierung in „Förderbedarf im Bereich der Sprache“. Doch auch diese Bezeichnung fokussiert das sprachliche Defizit (vgl. Lüdtke 2004, S. 114).

Welling differenziert die Begriffe „Förderbedürfnis“ und „Förderbedarf“. Der Begriff „Förderbedürfnis“ impliziert das Bedürfnis möglicherweise den Wunsch des Kindes auf Förderung. Der Fokus liegt auf der sprachlichen Differenz der Individuen. Im Gegensatz dazu wird der „Förderbedarf“ den (minderjährigen) SchülerInnen von außen, von jemanden anderen, übergestülpt. Die SchülerInnen bedürfen einer Förderung aufgrund von sprachlichen Defiziten (vgl. Welling 2004, S. 136f). Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Personenkreis der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen sowie deren SprachheilpädagogInnen. Im Kontext des Förderschwerpunktes „Sprache“ werden vorwiegend die

Termini Kinder und SchülerInnen verwendet, obwohl auch Erwachsene einer Förderung in diesem Bereich bedürfen beziehungsweise erhalten.

Der Förderschwerpunkt „Sprache“ konzentriert sich auf sprachliches Handeln mit den Elementen Spracherwerb, Sprachgebrauch und Sprachtätigkeit. Braun stellt fest, dass „Sonderpädagogischer Förderbedarf im Förderschwerpunkt Sprache anzunehmen ist, wenn die Sprechfähigkeit, der sinnhafte Sprachgebrauch und der Spracherwerb so gestört sind, dass die Kinder in ihren Entwicklungs-, Lern- und Bildungsmöglichkeiten beeinträchtigt werden“ (Braun 2002, S. 233). Förderschwerpunkt „Sprache“ sollte von den SchülerInnen dann beansprucht werden, wenn sie aufgrund erheblicher Sprachstörungen in der Schule ihre Fähigkeiten nicht ohne sprachheilpädagogische Maßnahmen verwirklichen können (vgl. Braun 2002, S. 233).

#### **1.4.4 Klassifikationen der Störungen von „Sprache“**

SprachheilpädagogInnen treffen aufgrund sprachheilpädagogischer Diagnostik Entscheidungen bezüglich des Förderschwerpunktes „Sprache“ eines Individuums. Diese Entscheidungen bedingen eine Klassifikation der Störungen von „Sprache“. Diese Einteilungen unterliegen einem historischen und terminologischen Wandel. Gegenwärtig sollte die Klassifikation der WHO bei SprachheillehrerInnen Anwendung finden.

Sprachstörungen werden aus verschiedenen theoretischen und praktischen Perspektiven beleuchtet und stellen einen schwer definierbaren Komplex dar, dem viele Klassifikations- und Systematisierungsmodelle zu Grunde liegen. Die Einteilung der Sprachstörungen dient „wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse“ und als Grundlage für förderdiagnostisches Vorgehen sowie der sprachheilpädagogischen Intervention. SprachheilpädagogInnen orientieren sich an Modellen der Klassifikation von Sprachstörungen und treffen aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen<sup>5</sup> Entscheidungen bezüglich Diagnose und weiteren sprachheilpädagogischen Vorgehens. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten Sprachstörungen zu klassifizieren (vgl. Braun 2002, S. 39). Im Folgenden werden die „historisch(-obsolet)en“ Einteilungen von Jussen, Heese, Orthmann und Homburg und danach die gegenwärtige Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, WHO, kurz vorgestellt.

---

<sup>5</sup> Siehe Kapitel 2.1 *Rechtliche Rahmenbedingungen* und Kapitel 2.2 *Organisatorischen Rahmenbedingungen*.

In den 1960er Jahren im Zusammenhang mit der erziehungswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Begründung der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik entstanden erstmals sprachheilpädagogische Klassifikationsansätze. Gegenstand der Reflexion und Untersuchung war die gestörte Sprache. Es kam zu sprachtheoretischen Analysen<sup>6</sup>, die sprachphilosophisch und sprachwissenschaftlich begründet sind (vgl. Braun 2002, S. 47).

Jussen gehört zu den ersten, der ein „viersektorielles Klassifizierungsmodell“ für die Sprachheilpädagogik, zur Theoriebildung und als Richtlinie für Erziehung, Unterricht sowie Therapie in der Schule, entwarf. Dieses Modell stellt eine Übersicht über die Störungen der Sprache dar. Jussen erkannte, dass bei jeder Störung die Sprache als Kommunikationsmittel und geistiges Entwicklungspotential mit beeinträchtigt ist. Heese unterteilte die Störungen der Sprache in drei Felder, „Sprachstörungen“, „Redestörungen“ und „Sprechstörungen“. Orthmann gliederte die Störungen in zwei Felder, „Störungen des Sprachbestandes“ und „Störungen des Sprachvollzuges“ (vgl. Braun 2002, S. 47f). Homburg unterschied zwischen „Störungen des Sprachsystems“ und „Störungen der Sprachverwendung“. Der Zugang zum Sprachsystem erfolgt nach Homburg durch die Sprachverwendung. Mit diesem Zugeständnis distanziert er sich von seiner zwei Feld Einteilung und spricht sich für ein „mehrdimensionales sprachpathologisches Beschreibungs- und Analysemodell der Sprachtätigkeit als Ganzheitsgeschehen“ aus (vgl. Braun 2002, S. 48).

---

<sup>6</sup> Siehe *Abbildung 1: Feldmodelle zur Klassifikation von Sprachstörungen* (Braun 2002, S. 49).

Jussen 1964	Heese 1967	Orthmann 1969	Homburg 1978
S t ö r u n g e n			
↓	↓	↓	↓
<u>des Sprachvermögens</u> ⇒ Dyslogie  <u>des Sprachaufbaus</u> ⇒ Alalie ⇒ Hörstummheit ⇒ Seelentaubheit ⇒ Taubstummheit ⇒ Audiogene Dyslalie	<u>der Sprache</u> ⇒ Stummheit ⇒ Hörstummheit ⇒ akustische Agnosie ⇒ Agrammatismus ⇒ Aphasie ⇒ Agraphie, Dysgraphie ⇒ Alexie, Dyslexie	<u>des Sprachbestandes</u> ⇒ Sprachverlust ⇒ Hörstummheit ⇒ Seelentaubheit ⇒ Taubstummheit ⇒ Dysgrammatismus	<u>des Sprachsystems</u> ⇒ Aphasie ⇒ Anarthrie ⇒ Dysgrammatismus ⇒ Artikulationsstörungen ⇒ Stimmstörungen
<u>der Sprachgestaltung</u> ⇒ Stimmstörungen ⇒ Hör- und Lesestörungen ⇒ Sprech- und Schreibstörungen ⇒ Legasthenie ⇒ Agrammatismus ⇒ Redestörungen	<u>der Rede</u> ⇒ Poltern ⇒ Stottern ⇒ Mutismus ⇒ Dysphrasie	<u>des Sprachvollzuges</u> ⇒ Atmungsstörungen ⇒ Stimmstörungen ⇒ Artikulationsstörungen ⇒ Sprechstörungen ⇒ Schreibstörungen ⇒ Lesestörungen	<u>der Sprachverwendung</u> ⇒ Stottern ⇒ Poltern ⇒ Mutismus
<u>der Sprachwirklichkeit</u> ⇒ Aphasie ⇒ Dysphasie	<u>des Sprechens</u> ⇒ Anarthrie ⇒ Dysarthrie ⇒ Stammeln ⇒ Näseln ⇒ Stimmstörung ⇒ Lese- und Schreibschwäche		

Abbildung 1: Feldmodelle zur Klassifikation von Sprachstörungen (Braun 2002, S. 49)

Nach Braun „ist eine präzise Abgrenzung zwischen normaler und gestörter Sprache nur schwer möglich. [...] Es lässt sich keine objektive feststellbare qualitative Grenze zwischen nichtgestörtem und gestörtem sprachlichem Verhalten finden. Kriterien für sprachliches

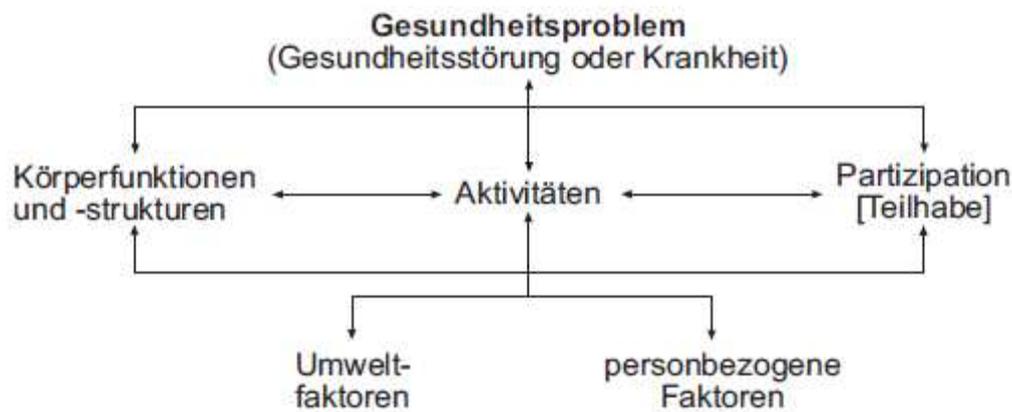
Gestörtsein sind vor allem die Häufigkeit des Auftretens, die Intensität und die Dauer der sprachlichen Störungssymptome sowie Art und Grad des von den Betroffenen und ihren Bezugspersonen erlebten Beeinträchtigtseins durch die Symptome“ (Braun 2002, S. 38).

Die gegenwärtige Klassifikation von Behinderung, auch der Sprachbehinderung beziehungsweise Sprachstörung, stützt sich auf einen Beschluss der WHO aus dem Jahr 2005 und ist in der ICF festgehalten. ICF ist eine englische Abkürzung und steht für „Internationale Classification of Functioning, Disability and Health“, übersetzt bedeutet dies „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Diese Einteilung ist im Kontext der Medizin entstanden, dennoch stellt sie mit ihrer Systematik eine gemeinsame Terminologie für verschiedene Fachdisziplinen dar und möchte die Komponenten der Gesundheit erfassen (vgl. Biewer 2009, S. 63). Die ICF integriert in ihrem „biopsychosozialen“ Ansatz das medizinische und das soziale Modell. Behinderung wird als medizinisches Problem, beispielsweise von einem Trauma verursacht, und/oder als gesellschaftlich verursachtes Problem betrachtet (vgl. Repschläger 2007, S. 505). „Das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit Gesundheitsproblemen [...] und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit“ wird im Sinne der ICF als Behinderung bezeichnet (Schuntermann 2007, S. 34). Mit der ICF verfolgt die WHO das Ziel, „weltweit für alle Menschen den höchstmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen“ (Repschläger 2007, S. 505).

Die Definition der WHO stellt einen Ansatz dar, der sich an der Gesundheit orientiert und die Gesundheitsmerkmale in individuellen Lebens- und Umweltbedingungen eines Menschen klassifiziert. Das Produkt der Wechselwirkung<sup>7</sup> von Gesundheitsmerkmalen und „kontextuellen Faktoren“ wird als Behinderung bezeichnet (vgl. Biewer 2009, S. 63). Die ICF geht von einem Problem, einer „Gesundheitsstörungen“ oder Krankheit, aus. Die „Komponenten“ der ICF sind „Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren“.

---

<sup>7</sup> Siehe *Abbildung 2: Wechselwirkungen der Komponenten der ICF (WHO 2005, S. 23)*.



**Abbildung 2: Wechselwirkungen der Komponenten der ICF (WHO 2005, S. 23)**

Die „Komponente der Körperfunktionen und -strukturen“ beinhalten die physischen, psychischen und mentalen Funktionen sowie die Strukturen der organischen Bestandteile des Menschen. Zur „Komponente der Aktivität“ zählen die Funktionsfähigkeiten der Menschen bezüglich konkreter Tätigkeiten. Dies ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch den Menschen, beispielsweise Lernen, Sprechen und Verstehen. Die Komponente „Partizipation“ analysiert die Teilhabe eines Menschen an Lebensbereichen innerhalb der Gesellschaft. Die Komponenten „Aktivität“ und „Teilhabe“ werden in der ICF gemeinsam behandelt und klassifiziert (vgl. Lütke/Bahr 2009, S. 135f). Die Komponente „Umweltfaktoren“ beinhaltet die materielle und gesellschaftliche Umgebung des Menschen. Die Umweltfaktoren gliedern sich in „Produkte und Technologien“, „natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“, „Unterstützung und „Beziehungen“, „Einstellungen“ sowie „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“ (Biewer 2009, S. 66). Die „personenbezogenen Faktoren“ haben ausschließlich mit Person, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Fitness, Gewohnheiten, Erziehung et cetera zu tun (vgl. Biewer 2009, S. 66).

Mit der Klassifikation der WHO der ICF, einem systematischen Verschlüsselungssystem, wird versucht „Daten international und interdisziplinär einheitlich zu erfassen, wissenschaftliche Grundlage zu schaffen und somit Entscheidungen vorzubereiten“ (Repschläger 2007, S. 509). Durch diese Vereinheitlichung soll es möglich werden im Gesundheitswesen international und Disziplin übergreifend vergleichbare sowie verwertbare Daten zu ermitteln. Die ICF kann auf institutioneller Ebene aber auch bei individueller Diagnose eingesetzt werden. Sie ermöglicht eine genaue, vergleichbare Befunderhebung und Dokumentation beziehungsweise Qualitätssicherung. Trotz der Vielfalt an Codes ist die Möglichkeit gegeben individuelle Beschreibungen zu erstellen. Das Komponentenmodell der

ICF und die biopsychosoziale Perspektive gestatten Behinderung mehrperspektivisch und funktionsfähig zu betrachten (vgl. Repschläger 2007, S. 510f).

Für die Fachdisziplin Sprachheilpädagogik bedeutet die Einteilung von Behinderung beziehungsweise der Sprachbeeinträchtigungen aus der Perspektive der ICF:

- Miteinbeziehung der Umwelteinflüsse,
- umfassende und strukturierte Beschreibung körperlicher und geistiger Funktionen,
- aufgreifen von Eigenaktivität und Handlungsmöglichkeiten der Menschen sowie die Einschätzung der eigenen Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen,
- Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen körperlichen Funktionen und Strukturen sowie den Aktivitäten der Menschen
- mit dem Ziel verbesserter Partizipation der Individuen zu erreichen (vgl. Glück/Berg 2008, S. 3).

Im Modell der ICF wird die Entstehung von Behinderung als wechselseitig-dynamischer Prozess betrachtet. Wichtig für die Betrachtung der Auffälligkeit der Sprache ist auch bei dieser Studie der gesamtpersonelle Kontext. Das Individuum, seine Umwelt und die Auffälligkeit dienen als Grundlage der Klassifikation (vgl. Sassenroth 2002, S. 202). Die ICF versucht die Klassifizierung des Gesundheitsproblems in „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie „Kontextfaktoren“ vorzunehmen. Die Einteilung der Behinderung erfolgt im Hinblick auf „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten und Teilhabe“ ergänzt durch „Umweltfaktoren“ (vgl. Biewer 2009, S. 67). SprachheilpädagogInnen sollten sich der Involviertheit der sprachlichen Kompetenzen bewusst sein um eine Klassifikation der Sprachbeeinträchtigungen vornehmen zu können und aus dem Ist-Zustand der sprachlichen Kompetenzen der Individuen eine Ableitung der Ziele für sprachheilpädagogische Intervention zu eruieren.

## **1.5 SprachheilpädagogInnen als BegleiterInnen oder SymptomkorrektorInnen**

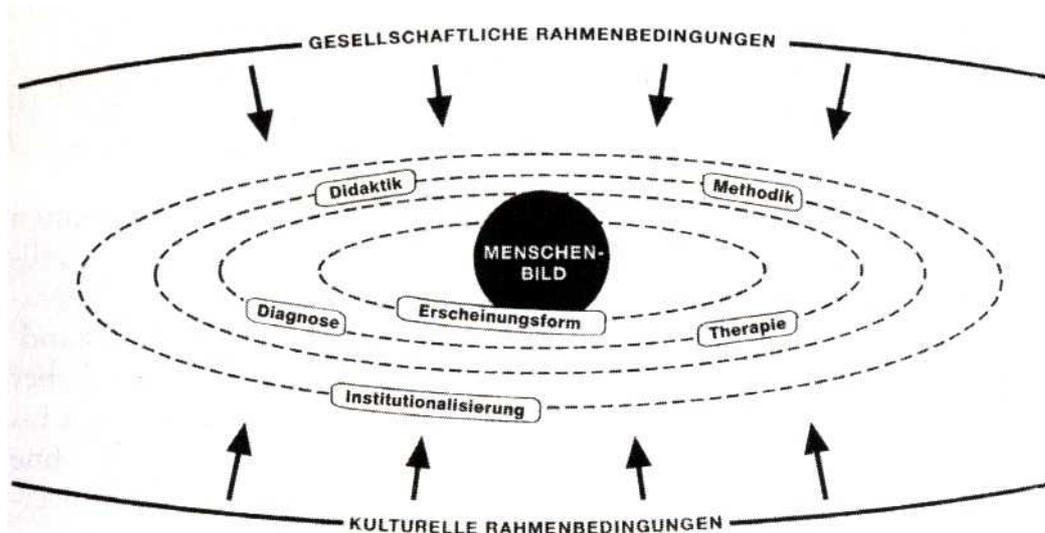
„Art und Weise pädagogischer [...] Interventionen hängen eng mit dem Menschenbild und dem Grundverständnis von Pädagogik, Entwicklung und Lernen zusammen. Dies gilt auch für die Sprach- und Kommunikationsförderung“ (Hansen/Heidtmann 2007, S. 284).

Menschenbilder spiegeln einerseits die Sichtweisen eines Sachverhaltes, verschiedene Interpretationsmuster der Realität, wider und sind andererseits einem epochalen Wandel unterworfen. „Fundamentale Auffassungen über das Wesen und die Bestimmung des Menschen führen zu grundsätzlichen Einstellungen und Werthaltungen, die – sobald sie sich einmal herausgebildet haben – nur noch in Phasen des Zweifels hinterfragt werden“ (Grohnfeldt 2003, S. 18). SprachheilpädagogInnen haben sich schon früh wissenschaftlich mit den theoretischen Grundlagen ihres pädagogischen Agierens beschäftigt und dazu das „ganzheitliche“ und „mechanistische“ Weltbild herangezogen. Das ganzheitliche Weltbild impliziert eine „komplexe Persönlichkeitsbildung“ im sprachheilpädagogischen Geschehen. Im Gegensatz zum „mechanistischen Weltbild“, dass die „Symptomkorrektur“ in den Mittelpunkt des sprachheilpädagogischen Agierens rückt (vgl. Grohnfeldt 2007, S. 309). Ein Geschehen nur aus einer Perspektive zu betrachten, birgt die Gefahr andere Sichtweisen zu übergehen und wichtige Ansätze nicht beziehungsweise unreflektiert wahrzunehmen. „Letztendlich ist jeder einzelne aufgerufen, sein persönliches Welt- und Menschenbild (und dies immer wieder!) zu finden“ (Grohnfeldt 2003, S. 20).

Die zentrale Stellung des Menschenbildes<sup>8</sup> verdeutlicht den Einfluss der persönlichen Perspektive auf einzelne Aspekte des sprachheilpädagogischen Agierens.

---

<sup>8</sup> Siehe *Abbildung 3: Zur zentralen Stellung des Menschenbildes* (Grohnfeldt 2003, S. 21).



**Abbildung 3: Zur zentralen Stellung des Menschenbildes (Grohnfeldt 2003, S. 21)**

SprachheilpädagogInnen betrachten die „Erscheinungsform“ des Störungsbildes, die Art der „Therapie“ und „Diagnose“, die „Methode“ sowie „Didaktik“ und die Wahl der „Institutionalisierung“ hinsichtlich ihres Menschenbildes. Dieses Menschenbild ist von außen von den „gesellschaftlichen“ und „kulturellen Rahmenbedingungen“ geprägt, die die Wertentscheidungen des Individuums in seiner Inneneinsicht beeinflussen (vgl. Grohnfeldt 2003, S. 20f).

Das Menschenbild der SprachheilpädagogInnen erfährt eine „identitätsstiftende Dimension“ hinsichtlich des Selbstverständnisses des Individuums und der Standortbestimmung der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik. Es erweist sich als „zentrale Kategorie wissenschaftstheoretischer Reflexion [...]“. Es beeinflusst unser Handeln und Denken in direkter oder indirekter Art und Weise“ (Grohnfeldt 2007, S. 309).

Aus entwicklungspsychologischer Sichtweise wird der Mensch im Kontext der Umwelt hinsichtlich passiver oder aktiver Haltung unterschieden. Das „Passivitätspostulat“ betrachtet das Individuum in seiner Entwicklung von „inneren“ und „äußeren Kräften“ gelenkt. Wenn Kinder und Jugendliche als passiv betrachtet werden, wird ihr Verhalten als konstant und vorhersehbar betrachtet. Das „Aktivitätspostulat“ beschreibt den Menschen in seiner Entwicklung als selbstverantwortlich und autonom. Im aktiven Austausch mit der Welt kreiert das Individuum sich und seine Welt. Je nach vertretener Perspektive beziehungsweise Menschenbild, „Passivitätspostulat“ oder „Aktivitätspostulat“, unterscheiden sich die pädagogischen Schlussfolgerungen der SprachheilpädagogInnen im Hinblick auf

Definitionen, Diagnostik, Methoden und Ziele der sprachheilpädagogischen Intervention (vgl. Repschläger 2007, S. 479f).

Sprachheilpädagogik ist in den Verlauf der Wissenschaft eingebunden und unterliegt Einflüssen spezifischer „Zeitgeistströmungen“. Diese Strömungen beeinflussen immer auch vorherrschende Menschenbilder der SprachheilpädagogInnen und im weiteren Verlauf Modelle von sprachheilpädagogischer Intervention nachhaltig hin bis in die praktische Umsetzung. Ob sich SprachheilpädagogInnen auf die Begleitung oder Symptomkorrektur der Kinder und Jugendlichen spezialisieren, kennzeichnet die jeweilige Epoche und ist ein Beweis für den „normalen“ Verlauf einer Wissenschaft“ (vgl. Lüdtkke/Bahr 2005, S. 83). Jedes der sprachheilpädagogischen Intervention „unterliegende Menschenbild muss als tragende Elemente die Förderung von Selbstverantwortung und Partizipation enthalten“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 275).

## **1.6 Exkurs: Sprachheilpädagogik versus Logopädie**

„Sprachheilbehindertenpädagogik und Logopädie werden als Nachbarberufe in *pädagogischen* Arbeitsfeldern gesehen, die ihre Klientel bei den jeweiligen Lernvoraussetzungen ‚abholen‘“ (Werner 2004, S. 105). Sprachtherapeutisches Agieren ist grundsätzlich auf Interdisziplinarität angelegt. Jedoch bestehen Unterschiede in der Akzentuierung von Logopädie und Sprachheilpädagogik. Gemeinsame Grundlagen von Logopädie und Sprachheilpädagogik sind in der Medizin und Taubstummepädagogik zu konstatieren. Das Streben nach Eigenständigkeit verläuft, bis zu Beginn des zweiten Weltkrieges für beide Disziplinen in Europa hoffnungsvoll. Nach dem Krieg findet der Aufbau beider Fachrichtungen statt und es gelingt eine Etablierung beider Professionen (vgl. Braun/Macha-Krau 2005, S. 78). Grohnfeldt und Ritterfeld fassen die Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede der Disziplinen zusammen. Die Zugänge zur Logopädie und Sprachheilpädagogik lassen sich wie folgt kennzeichnen:

- „gegenstandsspezifisch“

Beide Fachrichtungen definieren sich über Störungen der „Sprache“, auch dann noch wenn sie in einem komplexen Syndrom verankert sind. Durch diese Vorgehensweise wird den Sprachstörungen Qualität zu gesprochen.

- „angewandt“  
Gegenstand der Sprachheilpädagogik und Logopädie stellt die gestörte Kommunikationsfähigkeit dar. Die VertreterInnen beider Professionen diagnostizieren, beugen vor und behandeln. Sprachheilpädagogik hat sich in Österreich auf den schulischen Kontext spezialisiert, während die Logopädie alle Lebensphasen der Individuen mit einschließt.
- „normativ“  
Die Vorgangsweise beider Disziplinen ist „normativ“, sie sehen Störungen als Abweichungen von der Norm. In beiden Fachrichtungen stellen Diagnosen diese Normabweichung fest und gestalten ihre Intervention in Richtung Normangleichung.
- „interdisziplinär“  
Beide Disziplinen berufen sich auf Erkenntnisse aus Linguistik und Psychologie. Logopädie definiert sich als medizinischer Beruf, wobei Medizin in der Sprachheilpädagogik eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielt. Sprachheilpädagogik ist mit anderen heil- beziehungsweise sonderpädagogischen Fachrichtungen verschränkt.
- „empirisch“  
Logopädie und Sprachheilpädagogik beruhen auf einem empirischen Wissenschaftsverständnis. Aussagen beider Fachrichtungen stützen sich auf überprüfbare Daten. Die Auswertung von Daten entspricht den wissenschaftlichen Kriterien und erfolgt quantitativ oder qualitativ (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 30f).

Historisch betrachtet entwickelte sich die Logopädie als Hilfswissenschaft der Phoniatrie einer Teildisziplin der Medizin. Inhaltlich betrachtet, fokussieren Logopädie und Sprachheilpädagogik einerseits die „medizinisch-therapeutische Behandlung sprachauffälliger Menschen“ und andererseits die „pädagogisch-therapeutische Behandlung sprachauffälliger Menschen“ (vgl. Borbonus/Maihack 2005, S. 228). „Traditionell liegen die Handlungsfelder von Sprachheilpädagogen und Logopäden im schulischen Arbeitsfeld sowie im vorschulischen/klinischen Bereich“ (Borbonus/Maihack 2005, S. 229). SprachheilpädagogInnen sind in Österreich nur im schulischen Bereich tätig. LogopädIn ist ein staatlich anerkannter „medizinischer Hilfs- und Heilberuf“ und wird unter anderem im klinischen Bereich oder in eigenständigen Praxen ausgeübt (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 27). Die Berufsbezeichnung LogopädIn repräsentiert in vielen Staaten Europas eine gesetzlich

geschützte Berufsbezeichnung. Logopädie bezeichnet eine eigenständige Wissenschaftsdisziplin, die mit verschiedenen Fachrichtungen verbunden ist (vgl. Grohnfeldt 2007, S. 184). In Österreich sind Gesundheitsberufe hinsichtlich der Kompetenz, Qualität und Professionalität geschützt. Der Berufsverband „logopädieaustria“ postuliert „logopädische Tätigkeiten dürfen nur von Logopädinnen und Logopäden erbracht werden. Diese sind aus Gründen der Patientensicherheit und Qualitätssicherung gesetzlich geschützt“ (Logopädieaustria 2011, o. S.). Im Gegensatz dazu ist das „Arbeitsfeld der österreichischen SprachheilpädagogInnen ausschließlich an Pflichtschulen gebunden“ (Rosenberger 2007, S. 153). Sie sind in erster Linie LehrerInnen, haben daher einen gesetzlich festgelegten Unterrichts- und Erziehungsauftrag und unterrichten, im Gegensatz zu den KollegInnen in Deutschland, nur die Altersgruppe schulpflichtige Kinder und Jugendliche. (vgl. Rosenberger 2007, S. 153).

Die Ausbildung von SprachheilpädagogInnen ist erziehungswissenschaftlich orientiert und ihre wissenschaftlich-pädagogische Ausbildung erfolgt an den staatlich anerkannten Pädagogischen Fachhochschulen. Im Gegensatz zu jener der LogopädInnen, deren Studiengang medizinisch-wissenschaftlich ausgerichtet ist. Die österreichischen Ausbildungen dieser Professionen unterliegen unterschiedlichen curricularen Schwerpunkten und erfahren dadurch unterschiedliche Einsatzgebiete und Berufsbezeichnungen. Eine derartige Trennung des sprachtherapeutischen Fachpersonals für den schulischen und klinischen Bereich ist nur mehr in wenigen Ländern üblich (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 256).

## 2 Sprachheilpädagogische Intervention

Sprachheilpädagogische Intervention im niederösterreichischen Pflichtschulsystem wird in diesem Kapitel im Hinblick auf die *rechtlichen* und *organisatorischen Rahmenbedingungen* erörtert. *Qualitätsansprüche* an diese Intervention dargestellt und *pädagogische Ansprüche* von SprachheillehrerInnen an ihren Unterricht aufgezeigt.

Die vorliegende Diplomarbeit erforscht sprachheilpädagogische Intervention im Pflichtschulbereich. SprachheilpädagogInnen wurden zur Durchführung und den pädagogischen Ansprüchen an die Intervention befragt. Sprachheilpädagogische Intervention wird im niederösterreichischen Pflichtschulbereich auch als Sprachheilunterricht oder Sprachheilkurs bezeichnet. Der Bezeichnung Sprachheilunterricht gründet aus der Tatsache, dass SprachheillehrerInnen SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ unterrichten. Dieser Unterricht wird in Kursform (ein- oder zweimal wöchentlich) abgehalten und deshalb auch als Sprachheilkurs bezeichnet. Die Termini sprachheilpädagogische Intervention, Sprachheilunterricht und Sprachheilkurs werden deshalb in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

Sprachheilpädagogische Intervention richtet sich an Kinder und Jugendliche im Pflichtschulbereich mit Förderschwerpunkt „Sprache“ und entwirft neue Ansätze, Bedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsam mit den SchülerInnen (vgl. Braun 2004, S. 26). Diese Intervention, die auch sprachheilpädagogischer Unterricht oder Sprachheilkurs genannt wird, wendet Übungsverfahren zur Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen an (vgl. Berger 2010, S. 210).

Sprachheilpädagogische Intervention richtet den Fokus einerseits auf die sprachlichen Störungsbilder/Mängel der Kinder und Jugendlichen sowie andererseits auf die Ausweitung der Kommunikations- und Austauschprozesse der SchülerInnen (vgl. Kobi 1996, S. 350f). Vordergründiges Ziel der sprachheilpädagogischen Intervention muss „die Unterstützung der pragmatischen Anwendung von Sprache gegenüber einer korrekten Grammatik oder Artikulation“ sein (Berger 2010, S. 210). Der Sprachheilunterricht an österreichischen Pflichtschulen hat sich zum Ziel gesetzt Kinder und Jugendliche mit Sprachstörungen zu unterstützen. Einerseits Sprache als Kommunikationsmittel zu erwerben und andererseits Schriftsprache bewältigen zu lernen. Die sprachheilpädagogischen Fördermaßnahmen werden

in ein pädagogisches Rahmenkonzept eingebunden und auf die individuellen Bedürfnisse der SchülerInnen abgestimmt (vgl. BMUKK 2011, o. S.).

## **2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Die Durchführung der sprachheilpädagogischen Intervention wird in Österreich von den zuständigen Landesschulräten geregelt. Die Richtlinien der Durchführung, von den sogenannten Sprachheilkursen, beruhen auf dem Schulorganisations-, Schulunterrichts- und Pflichtschulgesetz (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.). Gemäß § 25 Abs. 6 des Schulorganisationsgesetzes: an „Volks-, Haupt- und Sonderschulen sowie an Polytechnischen Schulen können therapeutische und funktionelle Übungen in Form von Kursen durchgeführt werden“ (Jusline 2011, o. S.). Sprachheilpädagogische Intervention wird in Kursform (ein- oder zweimal wöchentlich) im Sinne dieser Bestimmung durchgeführt.

Sprachliche Intervention der SchülerInnen ist im jeweiligen Lehrplan der unterschiedlichen Schultypen verankert. Im Lehrplan der Allgemeinen Sonderschule lassen sich folgende Bildungs- und Lernziele finden: „Der Unterricht in Deutsch, Lesen und Schreiben beziehungsweise Deutsch hat die Aufgabe, die Schülerinnen und Schüler in ihrer Bereitschaft und Fähigkeit zur Verständigung im mündlichen und schriftlichen Bereich durch Lernen mit und über Sprache zu fördern. [...] Zur Behebung sprachlicher Entwicklungsrückstände oder Sprachstörungen werden spezielle Lernhilfen angeboten (z.B. therapeutische und funktionelle Übungen, Sprachtherapie)“ (BMUKK 2008, o. S.). Der Lehrplan der Volksschule beinhaltet folgendes Bildungs- und Lernziel: „Wesentliche Aufgabe des Teilbereiches Sprechen ist es, die Bereitschaft und Fähigkeit der Schüler zur mündlichen Kommunikation allmählich zu erhöhen und sie zu einem möglichst sicheren Gebrauch der Standardsprache zu führen“ (BMUKK 2010, S. 102). In den österreichischen Bundesländern sind Richtlinien für die Abhaltung und den Ablauf der sprachheilpädagogischen Intervention im jeweiligen Landesausführungsgesetz für die vorliegende Untersuchung beispielsweise im niederösterreichischen Pflichtschulgesetz § 28 verankert. Die „Richtlinien für die Durchführung“ der sprachheilpädagogischen Intervention beinhalten „Leitbild“, „Tätigkeit“, „Arbeitsfeld“, „Verfahren“ und „Begleitmaßnahmen“ des Sprachunterrichts. (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.).

Im Schulorganisationsgesetz ist auch festgelegt, welche Personen sprachheilpädagogische Intervention durchführen dürfen. Laut § 25 Abs. 6 des Schulorganisationsgesetzes dürfen folgende PädagogInnen, im Schulgebäude, Sprachheilunterricht anbieten: „Zur Durchführung von Sprachheilkursen dürfen nur Lehrerinnen/Lehrer eingesetzt werden, die die Lehramtsprüfung für Sonderschulen für sprachgestörte Kinder beziehungsweise den Hochschullehrgang für Sprachheilpädagogik abgelegt haben“ (LSRfNÖ 2009, o. S.). Die Bezahlung der PädagogInnen wird über die zuständigen Landesschulräte abgewickelt.

Die BezirksschulrätInnen richten je nach Erfordernis und personeller Gegebenheit beispielsweise in Niederösterreich gem. § 28 Abs. 8 des NÖ Pflichtschulgesetzes an Pflichtschulen Sprachheilkurse ein. Den SprachheilpädagogInnen werden zu betreuende Schulen und eine Stammschule von den BezirksschulrätInnen zugewiesen. Sprachheilpädagogische Intervention soll an allen Pflichtschulen stattfinden können. Die BezirksschulrätInnen veranlassen zu Beginn des Schuljahres eine Feststellung aller sprachbeeinträchtigter SchülerInnen durch die SprachheillehrerInnen (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.).

Auf dienstlichem Weg wird den BezirksschulrätInnen und im weiteren Verlauf der Behörde des Landesschulrates beziehungsweise dem/r LandeschulinspektorIn für Sonderschulwesen die Anzahl der betreuungswürdigen SchülerInnen gemeldet. Nach der Genehmigung werden die Sprachheilkurse von den zuständigen Landesschulräten im Einvernehmen mit den BezirksschulrätInnen eingerichtet und mit einem Stundenkontingent versehen. Aufgrund der budgetären Situation in Österreich ist es im Bereich Schule zu Sparmaßnahmen gekommen, die auch die sprachheilpädagogische Intervention betreffen. Sprachheilpädagogische Betreuung ist nicht immer an allen Schulen möglich beziehungsweise das Kontingent des Stundenausmaßes ist zu gering. Dies bewirkt eine lange Warteliste von noch unbetreuten SchülerInnen die sprachheilpädagogische Intervention benötigen würden (vgl. Rückl 2002, S. 46f).

## **2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen**

Schulische sprachheilpädagogische Intervention „ist grundsätzlich an jedem Förderort möglich“ (Schneider 2004, S. 334). Für das Gelingen von sprachheilpädagogischer Intervention sind die SprachheilpädagogInnen, ihre Qualifikation und die Ausstattung der

örtlichen Gegebenheit von Bedeutung. „Die sprachheilpädagogischen Ressourcen können dabei unterrichtsintegriert, additiv oder beratend eingesetzt werden“ (Schneider 2004, S. 334).

Nach Katz-Bernstein lassen sich folgende fünf „Rahmenbereiche“ der sprachheilpädagogischen Intervention zusammenfassen.

- Die „institutionell-professionelle Einbindung“ der sprachheilpädagogischen Intervention beinhaltet die Arbeitsbedingungen, Aufträge und Erwartungen die an den Sprachheilunterricht gestellt werden.
- Das „soziale Netz des Betroffenen“ der sprachheilpädagogischen Intervention inkludiert die SchülerInnen und ihre Angehörigen, die für die PädagogInnen ansprechbar sind und Erwartungen an den Sprachheilunterricht haben.
- Die „eigene professionelle Identität“ fokussiert einerseits die Leistungsbereitschaft und die Ausbildungen beziehungsweise Fortbildungen der SprachheilpädagogInnen, die auf die sprachheilpädagogische Intervention Einfluss nehmen. Andererseits erkennt diese Identität auch die eigenen Grenzen und ist offen für interdisziplinäre Zusammenarbeit beziehungsweise Überweisungen an zuständige Fachdisziplinen.
- Das „Methodeninventar“ der sprachheilpädagogischen Intervention beziehungsweise die sprachheilpädagogisch tätigen Personen passen sich den individuellen Bedürfnissen der SchülerInnen an. Die Auswahl und Durchführung sprachheilpädagogischer Methoden obliegt den PädagogInnen und deren Ansprüchen.
- Das „personelle, akffektiv-kognitive Management“ der PädagogInnen ist gekennzeichnet durch die eigenen Sprechweisen, kommunikativen Modelle und eigenen Sichtweisen. Die Reflexion der SprachheilpädagogInnen über dieses Management, den professionellen Gegenstand von Sprache und Kommunikation, kann für die Gesamtsituation der sprachheilpädagogischen Intervention förderlich sein (vgl. Katz-Bernstein 2003, S. 77).

Für die vorliegende Studie wird sprachheilpädagogische Intervention in Niederösterreich betrachtet. Deshalb wird zur genaueren Analyse das niederösterreichische Pflichtschulgesetz und die „Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilkursen“ vom Landesschulrat für Niederösterreich verwendet (LSRfNÖ 2009, o. S.). Sie beinhalten Informationen zum Leitbild, Tätigkeit, Verfahren und Begleitmaßnahmen des Sprachheilkurses. Diese „Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilkursen“, stellen Qualitätsstandards der sprachheilpädagogischen Intervention dar. Qualität kann „nur in Abhängigkeit von vorher

festgelegten Kriterien“ bestimmt werden. Diese „sprachheilpädagogischen Richtlinien“ zeichnen sich durch einen verbindlichen Charakter aus und müssen von den PädagogInnen umgesetzt werden (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 296). SprachheilpädagogInnen sind verpflichtet ein „Tagebuch für den Sprachheilkurs“<sup>9</sup> zu führen und ihren DirektorInnen sowie BezirkschulrätInnen am Ende des Schuljahres beziehungsweise auf Wunsch vorzulegen (vgl. LSRfNÖ 2011, o. S.)

Sprachheilpädagogische Intervention wird an österreichischen Pflichtschulen angeboten und von LehrerInnen mit der entsprechenden Befähigung, Lehramt für sprachgestörte Kinder beziehungsweise Sprachheilpädagogik, abgehalten. Die so genannten Sprachheilkurse sind organisatorisch an Volks-, Sonder- und Hauptschulen angeschlossen (vgl. Rückl 2002, S. 45). In Österreich bestehen neben der Förderform des Sprachheilkurses an den genannten Pflichtschulen auch Sprachheilschulen. Sprachheilschulen sind Spezialklassen des Regelschulsystems und vornehmlich „Schwerstsprachgestörten“ vorbehalten. Sie werden in der Literatur auch als „self-contained-classes“ angeführt. In Niederösterreich sind keine reinen Sprachheilschulen bekannt (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 254).

Die gemeinsame beziehungsweise getrennte Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderung beziehungsweise Förderschwerpunkt „Sprache“ wird divergent diskutiert. Zwei Befunde scheinen bedeutsam. Nämlich, dass

1. „die Lernentwicklung behinderter Schüler tatsächlich in den integrierenden Schulformen besser verläuft und
2. die Lernentwicklung der nichtbehinderten Kinder nicht gehemmt wird“ (Sassenroth 2002a, S. 403).

Laut Sassenroth ist nach empirischen Untersuchungen sprachheilpädagogische Beschulung in Regelklassen wirksam ist. Grohnfeldt und Romonath bezeichnen dieses Modell als „full inclusion“ (Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 259) Die SchülerInnen werden von RegelschullehrerInnen und integrativ von SprachheilpädagogInnen unterrichtet. In den USA wurden Konzepte zur „full inclusion“ entwickelt, diese bieten sprachtherapeutische

---

<sup>9</sup> Das „Tagebuch für den Sprachheilkurs“ wird von den SprachheillehrerInnen geführt. Es beinhaltet ihren Stundenplan, die zu betreuenden Schulen, SchülerInnenlisten, Stammblätter für die SchülerInnen und besitzt die Wertigkeit eines Klassenbuches. Am Ende des Schuljahres verbleibt das Tagebuch in der Direktion der Stammschule.

Maßnahmen in den Regelklassen an. In den jeweiligen Lernsituationen werden die „sprachgestörten“ SchülerInnen dem Alter und Förderschwerpunkt entsprechend in ihren Klassen sprachheilpädagogisch unterrichtet. Sprachheilpädagogische Intervention wird in den Regelunterricht implementiert und als „curriculum based“ oder „integrated models“ bezeichnet (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 259). Es hat sich aber auch die Intervention durch Beratung, „collaborative consultation“, durchgesetzt. Das Modell der Beratung basiert auf indirekten sprachheilpädagogischen Maßnahmen. Diese werden meist bei „leichteren“ Sprachstörungen eingesetzt. Die SprachheilpädagogInnen formulieren auf Grundlage ihrer Diagnose Fördermaßnahmen, die in Zusammenarbeit zwischen KlassenlehrerInnen und Erziehungsberechtigten umgesetzt werden. Die SprachheilpädagogInnen beraten und unterstützen, jedoch führen sie die Intervention nicht selbst durch (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 259).

Im weiteren Verlauf wird das „put-out-model“ der sprachheilpädagogischen Intervention näher erläutert und das Handlungsfeld dargestellt (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 259). Das Handlungsfeld sprachheilpädagogischer Intervention erstreckt sich von „Diagnostik“, „Prävention“ und „Evaluation“ über „Beratung“, „Therapie“ und „Rehabilitation“ hinzu „Bildung“, „Unterricht“ und „Erziehung“. Diese Bereiche im Spannungsfeld der Sprachheilpädagogik sollen kooperieren, konkurrieren und sich ergänzen (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 39).

In der vorliegenden Untersuchung werden die SchülerInnen nach dem „put-out-model“ in Regelklassen unterrichtet. Kinder mit und ohne Förderschwerpunkt „Sprache“ werden gemeinsam in einer Klasse und zusätzlich im Sprachheilkurs beschult. Für den Sprachheilkurs werden die SchülerInnen aus der Klasse separiert. Sprachheilpädagogische Intervention wird in der vorliegenden Studie nicht entsprechend der Untersuchungsergebnisse nach Sassenroth im sozialen Gefüge der Regelklasse wirksam, denn der Sprachheilunterricht findet während oder nach der Unterrichtszeit in gesonderten Räumen und nicht im Klassenverbandstatt.<sup>10</sup>

Der Prozess des „förderdiagnostischen Vorgehens“ versucht sprachbeeinträchtigte Kinder zu erfassen. „Diagnostik“ beansprucht im Idealfall eine Beschreibung beziehungsweise Klassifikation der Sprachstörung zu liefern, dies bedeutet das Individuum in Zusammenhang

---

<sup>10</sup> Siehe Kapitel 4.2.6 *Beschreibung der Stichprobe*.

mit seinem sozialen Umfeld zu betrachten und dient damit als Grundlage der Intervention (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 40). Die „Systemdiagnostik als Kind-Umfeld-Analyse“ richtet ihren Fokus nicht auf die Defizite, sondern das Subjekt mit den Fähigkeiten steht im Mittelpunkt. Person und Sprache sollen in ihrer Ganzheitlichkeit erfasst werden (Braun 2005, S. 21).

Die Feststellung eines Förderschwerpunkts im Bereich der Sprache impliziert eine umfassende Diagnose der sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten sowie eine Analyse des sozialen wie sprachlichen Umfeldes des Kindes. Diagnostisches Vorgehen im Förderschwerpunkt „Sprache“ stellt oft auch eine interdisziplinäre Aufgabe dar. Sonderpädagogisches Vorgehen kann (nicht zuletzt) aus interdisziplinären Gründen fachliche Unterstützung aus den Bereichen der Medizin, Psychologie und Logopädie zu Rat ziehen um ein umfassende Diagnose der Kompetenzen der SchülerInnen zu erhalten. Dies geschieht natürlich nur in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten (vgl. Heimlich 2004, S.349f). SprachheilpädagogInnen überprüfen SchulanfängerInnen beziehungsweise sprachauffällige SchülerInnen, auf Wunsch der BezirksschulrätInnen beziehungsweise der LehrerInnen oder Eltern, an den Pflichtschulen und stellen somit SchülerInnen die einer sprachheilpädagogischen Intervention bedürfen fest (vgl. Rückl 2002, S. 45). Dies kann einerseits als „präventive“ Maßnahme erfolgen zur Verminderung der Manifestation beziehungsweise Vorbeugung einer Störung oder andererseits als Anlass zum Unterricht gesehen werden (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 40).

Sprachheilpädagogisches Handeln beinhaltet neben Diagnose und Prävention auch Evaluation. Anforderungen bezüglich Qualitätssicherung nehmen zu, im Hinblick auf „Güte der Diagnose und Erfolg“ der sprachheilpädagogischen Intervention. Doch nicht nur „Interventionskontrollen“ beharren auf ihrer Evaluation, sondern vor allem wissenschaftliches Interesse zur Evaluierung der Sprachheilkurse anhand von „Interventionsstudien“ (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 40f). SprachheilpädagogInnen müssen nach den Richtlinien der Durchführung von Sprachheilkursen diese „evaluieren“. SprachheillehrerInnen führen ein sprachheilpädagogisches „Tagebuch“. Dieses beinhaltet eine Übersicht über die betreuten Schulen, einen Stundenplan, eine Übersicht über den Entfall des Sprachheilunterrichts, eine SchülerInnenliste und ein Stammbblatt für jedes Kind. Auf diesem Schülerstammbblatt werden die Tageseinträge, Inhalt und Dauer der sprachheilpädagogischen Intervention sowie diagnostische Ergebnisse, individueller Förderplan, Erfolg der Betreuung und die Daten des

Kindes vermerkt (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.). Das „Tagebuch für den Sprachheilkurs“ stellt eine „Basisdokumentation“ der sprachheilpädagogischen Intervention dar und ermöglicht es diese Einzelfalldaten zu dokumentieren. Wünschenswert wäre eine systematische Zusammenführung und Aufarbeitung der Daten, um eine genaue Dokumentation und Analyse sprachheilpädagogischer Intervention durchführen zu können (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 299).

„Beratung“ gewinnt im Bereich der Eltern- beziehungsweise Angehörigenarbeit von sprachauffälligen Menschen immer mehr an Bedeutung. Sie dient zur Sachinformation, Entscheidungs- und Klärungshilfe beispielsweise in einem Gespräch, in dem Verständnis und Einfühlsamkeit vorherrschen sollte (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 41). Sprachheilpädagogische Intervention muss den Erziehungsberechtigten ein Informationsgespräch anbieten. Information beziehungsweise ein Gespräch sollte auch zu den Fortschritten beziehungsweise zum Erfolg im Sprachheilkurs erfolgen. Wichtig zu Beginn der sprachheilpädagogischen Intervention ist die Einverständniserklärung der Eltern. Diese hat nachweislich zu erfolgen und erst danach „dürfen“ die SchülerInnen den Sprachheilkurs besuchen (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.). „Die Elternberatung und Zusammenarbeit mit Klassen- und Fachlehrerinnen/Klassen- und Fachlehrern nimmt einen besonderen Stellenwert ein“ (LSRfNÖ 2009, o. S.). Kooperation hat auch in der sprachheilpädagogischen Intervention einen hohen Stellenwert. Neben der Elternarbeit soll es auch zur Kooperation von „Regel- und SonderschullehrerInnen“ im Rahmen der sprachheilpädagogischen Betreuung und zu einer Kooperation im interdisziplinären Team kommen (vgl. Grohnfeldt 2004, S. 22). „Eine gute Kooperation zwischen Klassenlehrerinnen/Klassenlehrern und Sonderschullehrerinnen/Sonderschullehrern für sprachgestörte Kinder ist unerlässlich“ (LSRfNÖ 2009, o. S.). Alle AkteurInnen einer ganzheitlichen sprachheilpädagogischen Intervention, SchülerIn, Erziehungsberechtigte, Wohnumfeld, Schulumfeld (MitschülerInnen, LehrerInnen, DirektorInnen) sind gefordert den Sprachheilunterricht zu unterstützen.

In der sprachheilpädagogischen Intervention werden „individuumzentrierte[n] Maßnahmen, die durch das soziale Umfeld des betroffenen Menschen betreffende Beratung ergänzt“ (Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 39). Sprachheilpädagogische Intervention ist um eine Rehabilitation, Prävention und Integration sprachauffälliger Kinder und Jugendlicher bemüht. „Rehabilitation [...] bezeichnet heute die Gesamtheit der medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen [...], die eine drohende Behinderung verhüten oder mildern und dabei dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

ermöglichen oder erleichtern sollen“ (Böhm 2005, S. 528). SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ bietet sprachheilpädagogische Intervention die Möglichkeit sich mit Hilfe verschiedener Methoden und Strategien zu rehabilitieren und die Teilnahme am schulischen Leben zu erleichtern.

Unterricht ist das Tätigkeitsfeld von SprachheillehrerInnen, sprachlich und kommunikativ beeinträchtigte SchülerInnen erfahren hier sprachheilpädagogische Intervention (vgl. Baumgartner 2004a, S. 173). Sprachheilpädagogischer Unterricht interveniert im schulischen Kontext in Österreich im Schulgebäude während der Schulzeit (nicht in den Ferien), durch PflichtschullehrerInnen mit einer Zusatzausbildung in Sprachheilpädagogik und für Kinder im Pflichtschulalter. Der individuumzentrierte Unterricht vermittelt Inhalte beziehungsweise Methoden, welche auf eine Stärkung der kommunikativen Fähigkeiten abzielen und ist eingebettet in erzieherische Maßnahmen im sozialen Kontext (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 39). Sprachheilpädagogischer Unterricht erfolgt in Sprachheilschulen beziehungsweise Sprachheilklassen, Integrationsklassen mit sprachheilpädagogischem Schwerpunkt oder in Sprachheilkursen. Sprachheilpädagogische Intervention in Sprachheilkursen findet durch mobile SprachheillehrerInnen statt, die an die Pflichtschule kommen und dort SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ sprachheilpädagogisch unterrichten (vgl. Paier 2002, S. 64). Dieser Unterricht findet in Form von Einzel- und/oder Gruppenintervention in regelmäßigen Intervallen statt (vgl. Bourbonus/Maihack 2005, S. 235). Wobei auf eine entsprechende Gruppengröße zu achten ist und pro Unterrichtsstunde höchstens vier Kinder, je nach „Art und den Grad der Behinderung“, unterrichtet werden sollen (LSRfNÖ 2009, o. S.). „Der Unterricht im Sprachheilkurs ist individualisierender Unterricht in Einzel-, PartnerInnen- beziehungsweise Gruppenarbeit. Die sprachgestörten Schülerinnen und Schüler sind im Regelfall zweimal wöchentlich zu fördern“ (LSRfNÖ 2009, o. S.). Individualisierender Unterricht berücksichtigt eine individuum- beziehungsweise störungszentrierte Diagnose und einen individuellen Förder- beziehungsweise Therapieplan. SprachheillehrerInnen bereiten mit Hilfe dieser Komponenten einen adäquaten Sprachheilkurs vor und führen diesen selbst durch zum Unterschied vom „collaborative consultation“-Modell in den USA wo Eltern und/oder KlassenlehrerInnen die Fördermaßnahmen (von SprachheilpädagogInnen erstellt) ausführen. „*Unterricht* zeichnet sich durch die planmäßige und zielgerichtete Strukturierung von Lernprozessen mit dem Ziel der Wissensaneignung aus“ (Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 43).

Sprachheilpädagogische Intervention findet in Sprachheilkursen statt und inkludiert Bildung und Erziehung. „Bildung“ bedeutet nicht nur Wissensaneignung, sondern auch eine kritische Betrachtung der damit vermittelten Werte und Haltungen, die auch im Sprachheilkurs stattfindet. Die Interaktion zwischen SprachheilpädagogIn und SchülerIn ist durchflochten von „erzieherischen“ Maßnahmen. Sprachheilpädagogische Intervention findet im Kontext von Bildung, Erziehung und Unterricht statt (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 43f). Es wird aber nicht nur ein Lern- beziehungsweise Bildungsanspruch an Kinder und Jugendliche mit Sprachauffälligkeiten gestellt, sondern auch SprachheillehrerInnen sind zu einer regelmäßigen Fort- und Weiterbildung verpflichtet. Diese Fort- und Weiterbildungen dienen zur Sicherung beziehungsweise zum Ausbau der Qualität des Sprachheilunterrichts und bieten den SprachheilpädagogInnen Möglichkeiten bessere/andere Erkenntnisse und Perspektiven kennen zu lernen (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.).

### **2.3 Qualität sprachheilpädagogischer Intervention**

Standards beziehungsweise Richtlinien implizieren einen Qualitätsanspruch an die Intervention. Qualität ist für den Bereich der sprachheilpädagogischen Intervention, genauso wie im allgemeinen Gesundheitswesen, nicht so einfach zu definieren. Einerseits soll das Kriterium der Qualität beinhaltet sein, dass Vorgänge objektiv beschrieben werden und andererseits ist es schier unmöglich Gesundheit beziehungsweise das subjektives Erleben von Individuen objektiv zu beurteilen (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 269).

In der sprachheilpädagogischen Intervention geht es primär um die Förderung sprachgestörter SchülerInnen und nicht um die Sprachstörung per se. Diese Intervention wird anhand von Kriterien, den „Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilkursen“, praktiziert und beinhaltet somit gewisse Standards, die vom jeweiligen Landesschulrat festgelegt wurden.

Um Qualität im Bereich der Spracheilpädagogik beschreiben zu können, wurden in Anlehnung an das Modell von Donabedian drei „Qualitätsebenen der Sprachtherapie“ definiert (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 270).

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Ergebnisqualität</b>
<i>Voraussetzungen für Sprachtherapie</i>	<i>Sprachtherapeutisches Handeln</i>	<i>Interventionsergebnisse</i>
<b>Qualifikation:</b> Studium Hochschulabschlüsse Fort-Weiterbildung Supervision  <b>Strukturelle Bedingungen:</b> Ausstattung – personell – räumlich – materiell – organisatorisch	<b>Sprachtherapeutische Interventionen:</b>  Befunderhebung Beratung Therapie Interdisziplinäre Kooperation Dokumentation/ Berichte	<b>Effekte sprachtherapeutischer Interventionen:</b>  Zielerreichung Veränderung der Lebensqualität Veränderung der Symptomatik  Erweiterung der: – Kommunikationsfähigkeit – Handlungskompetenz – Bewältigungsmöglichkeiten

**Abbildung 4: Qualitätsebenen der Sprachtherapie (Baumgartner/Giel 2005, S. 272)**

Dieses Modell von Donabedian „Qualitätsebenen der Sprachtherapie“ besteht aus drei Ebenen, der „Strukturqualität“, der „Prozessqualität“ und der „Ergebnisqualität“. Mit Hilfe dieser Qualitäten soll es möglich werden den Erfolg sprachheilpädagogischer Intervention nachzuweisen, zu sichern und zu beurteilen.

Die „Strukturqualität“ beschreibt die „Voraussetzungen“ zur Durchführung von sprachheilpädagogischer Intervention. Dazu zählen berufliche „Qualifikation“, „Studium“, „Weiterbildung“ und „Supervision“. Aber auch „strukturelle Bedingungen“, „personelle“, „sachliche“ und „organisatorische Bedingungen“ sind für den Sprachheilunterricht notwendig (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 270). Die „Strukturqualität“ wird in der vorliegenden Untersuchung beispielsweise anhand der Fort- und Weiterbildungsansprüche der Sprachheil-lehrerInnen erforscht.<sup>11</sup>

Zur „Prozessqualität“ der sprachheilpädagogischen Intervention gehören Handlungen und Maßnahmen wie „Befunderhebung“, „Beratung“, „Therapie“, „interdisziplinäre Kooperation“, „Dokumentation“ und „Berichterstattung“ (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 271). Die „Prozessqualität“ wird in der vorliegenden Untersuchung am Beispiel, sprachheilpädagogische Intervention im Pflichtschulbereich, im „Tagebuch für den Sprachheilkurs“ beschrieben und festgehalten. Durch die Aufzeichnung des Prozesses der sprachheilpädagogischen Intervention wird diese nachvollziehbar und transparent. Denn

<sup>11</sup> Siehe Kapitel 4.3.4 Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen.

„[e]inheitliche Anfangs-, Verlaufs- und Enddokumentation [...] sowie die Anwendung wissenschaftlich abgesicherter – dem aktuellen sprachheilpädagogischen Wissen entsprechender – Diagnose-, Beratungs- und Therapieverfahren sind unabdingbar“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 271).

Die „Ergebnisqualität“ der sprachheilpädagogischen Intervention beschreibt die „Effekte“. Einerseits werden die Veränderungen der sprachlichen Kompetenzen und andererseits die Zufriedenheit der sprachgestörten Individuen, gemessen an den vorher gemeinsam formulierten Zielsetzungen, erörtert. Je nach Diagnose werden die Zielsetzungen auf Erweiterungen der verschiedenen Kompetenzen und Fähigkeiten ausgerichtet. Die Ebenen der „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“ sind eng miteinander verknüpft. Leistungen der sprachheilpädagogischen Intervention lassen sich nur aufgrund der Dokumentation, beispielsweise „Tagebuch für den Sprachheilkurs“, evaluieren (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 271).

Für sprachheilpädagogische Intervention gilt: „Qualitätssicherung ist weder Selbstzweck noch dient sie als Kontroll- und Disziplinierungsinstrument. Sie dient primär der sprachbehinderten Person“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 269).

## **2.4 Pädagogische Ansprüche**

Sprachheilpädagogische Intervention soll laut Suchodoletz die Aspekte „Wirksamkeit, Nützlichkeit, Effizienz reflektieren“ (Grohnfeldt 2009, S. 27). Im deutschsprachigen Raum gestaltet sich die Ausrichtung der Sprachheilpädagogik auf „naturwissenschaftliche Kenntnisse“ nur zögernd (Grohnfeldt 2009, S. 26).

Sprachheilpädagogischer Unterricht beinhaltet nach Dannenbauer „alle Methoden und Maßnahmen [...], die die sprachlichen Kompetenzen vermitteln, die zum Erreichen der schulischen Lernziele notwendig sind, die basalen Voraussetzungen für sprachliches Lernen schaffen und individuelle sprachliche Defizite auf allen sprachlichen Ebenen überwinden, sowie mögliche Sekundärbeeinträchtigungen auf personaler, sozialer und kognitiver Ebene minimieren“ (Mayer 2009, S. 109). Förderung, insbesondere sprachheilpädagogische Intervention, hat sich in den letzten Jahren zu einem „flexibleren Fördersystem“ gewandelt. Sprachheilpädagogische Intervention ist an allen „Förderorten“ möglich, grundlegend sind die

Bedingungen unter denen die Förderung stattfindet und der Förderbedarf des Individuums (vgl. Lüdtkke/Bahr 2000, S. 148f).

Sprachheilpädagogische Intervention beinhaltet allgemeine didaktische Prinzipien, die auch im „allgemeinen“ Unterricht umgesetzt werden. Zu diesen „allgemeinen Prinzipien guten Unterrichts“ zählen: „Schülerorientierung“, „Aktivierung“, „Übung“, „Wiederholung“, „Differenzierung“ et cetera (vgl. Mayer 2009, S. 110). Besonderes Augenmerk wird auf die Diagnostik im sprachheilpädagogischen Unterricht gelegt. „Förderdiagnostische Fundierung“ stellt die Basis des Sprachheilkurses dar. Erst die Diagnostik ermöglicht den SprachheilpädagogInnen den Unterricht zu planen. Diese Planung orientiert sich an den Bedürfnissen der einzelnen Kinder (Lerninhalte, Methoden und Medien) und bedingt eine „Individualisierung“ der sprachheilpädagogischen Intervention (vgl. Mayer 2009, S. 110f). Je nach Menschenbild der SprachheilpädagogInnen werden die therapeutische Intervention, ihre Ziele, Methoden und Zugänge anders definiert (vgl. Katz-Bernstein 2003, S. 75).

Basierend auf den beschriebenen Handlungsfeldern von Grohnfeldt, „Diagnostik“, „Prävention“ und „Evaluation“ über „Beratung“, „Therapie“ und „Rehabilitation“ hinzu „Bildung“, „Unterricht“ und „Erziehung“<sup>12</sup> sowie den Menschenbildern im Kontext der Sprachheilpädagogik<sup>13</sup> lassen sich folgende Aspekte der pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen im heil- und sonderpädagogischen Kontext zusammenfassen und untersuchen:

- Ziele sprachheilpädagogischer Intervention,
- Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention,
- Kontaktgestaltung und Kommunikation sprachheilpädagogischer Intervention sowie
- Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen (vgl. Eckert 2007, S. 51f).

#### **2.4.1 Ziele sprachheilpädagogischer Intervention**

Aufgabe und Ziel der sprachheilpädagogischen Intervention ist es, „Kinder mit Sprach-, Sprech-, Redefluss- und Stimmstörungen so zu fördern, dass eine aus der Sprachstörung erwachsende Beeinträchtigung im persönlichen, sozialen, schulischen und beruflichen Lebensbereich verhindert wird“ (LSRfNÖ 2009, o. S.). Sprachheilpädagogischer Unterricht trägt dazu bei, dass SchülerInnen schulische Lern- und Bildungsziele erreichen. Diese Ziele

---

<sup>12</sup> Siehe Kapitel 2.2 *Organisatorische Rahmenbedingungen*.

<sup>13</sup> Siehe Kapitel 1.5 *SprachheilpädagogInnen als BegleiterInnen oder SymptomkorrektorInnen*.

sind großteils sprachabhängig, deshalb benötigen SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ Hilfestellungen zur Erreichung dieser Bildungsziele. Eine wichtige Zielsetzung ist, das Übergreifen der Sprachstörung auf den emotionalen Bereich zu verhindern, um sprachlichen Fortschritt gewährleisten zu können (vgl. Seiffert 2008, S. 149). Aus Langzeitstudien und Erfahrungen der SprachheilpädagogInnen aus der Praxis ist bekannt, dass „sprachentwicklungsgestörte“ Kinder einem höheren Risiko ausgesetzt sind im Jugendalter Sprachstörung weiterhin aufzuweisen. Dies bedeutet, dass „Sprachstörungen“ entwicklungsbedingt nicht verschwinden, sich die Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen verringern und erheblich auf die Lautsprache insbesondere aber sich auf die Schriftsprache auswirken (vgl. Baumgartner 2009, S. 264). Ein wichtiges Ziel sprachheilpädagogischer Intervention ist, SchülerInnen im Förderschwerpunkt „Sprache“ zu unterstützen und Folgebeeinträchtigungen zu verhindern.

Die Ziele sprachheilpädagogischer Intervention werden von den PädagogInnen, manchmal auch gemeinsam mit SchülerInnen, Erziehungsberechtigten und KlassenlehrerInnen festgelegt. Sprachheilpädagogische Intervention versucht einerseits sich „am Spannungsverhältnis zwischen den sprachlichen Anforderungen der Unterrichtsinhalte und den sprachlichen Lernvoraussetzungen der Schülerinnen und Schüler“ zu orientieren (Bahr/Grimme 2004, S. 219). Andererseits verfolgt Sprachheilunterricht „sprachtherapeutische Ziele [...], weil er Sinn- und Sachzusammenhänge zu vermitteln sucht“ (Bahr/Grimme 2004, S. 219). SprachheilpädagogInnen benötigen deshalb ein großes Repertoire an Methoden und Vorgehensweisen als Hilfestellungen für SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“. SprachheillehrerInnen versuchen im System Schule, Sprachheilkurs, ihre Methoden in den Unterricht zu integrieren. Dies stellt einen „gesellschaftlich spezifisch geprägten, Bildungsinhalte vermittelnden Prozess“ dar (vgl. Bahr/Grimme 2004, S. 219). Sprachheilpädagogische Intervention als Prozess, der die Entwicklung des Kindes begleitet und ihren Kompetenzen entsprechend fördert.

Das Selbstverständnis der PädagogInnen beeinflusst die vom jeweiligen Menschbild abhängigen Zielsetzungen der sprachheilpädagogischen Intervention. Denn prinzipiell wird die Intervention mit SchülerInnen im Förderschwerpunkt „Sprache“ von PädagogInnen, mit individuellen Sichtweisen, gestaltet. Als Menschenbilder werden „subjektiv gültige Antworten eines Menschen bei der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt“ bezeichnet (Grohnfeldt 1989, S. 23). Ziele sprachheilpädagogischer Intervention erfahren durch die

PädagogInnen und deren Menschenbilder eine individuelle Auswahl und Schwerpunktsetzung. Das Menschenbild beeinflusst das „Handeln und Denken [der SprachheilpädagogInnen] in direkter oder indirekter Art und Weise“ (Grohnfeldt 2007, S. 309).

#### **2.4.2 Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention**

Der Terminus Qualität gewinnt auch in der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik an Bedeutung. Es werden neue Konzepte zur Bestimmung der Qualität entwickelt. Sprachheilpädagogische Diagnostik aber auch Fort- und Weiterbildungen beziehungsweise die Weiterentwicklung sprachheilpädagogischen Fachwissens soll erforscht werden. Ziel ist es, die Qualität im Bereich Sprachheilpädagogik sicher zu stellen. Qualitätssichernde Sprachheilpädagogik ist das Fundament der SprachheillehrerInnen, ihre berufliche Identität baut darauf auf (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 268).

Der Qualitätsanspruch gewinnt auch im Sprachheilkurs an Bedeutung und führt im weiteren Verlauf zur Erfolgsüberprüfung der sprachheilpädagogischen Intervention. SprachheilpädagogInnen beobachten und überprüfen die Effektivität ihrer Intervention aus bildungspolitischen Gründen und qualitätssichernden Aspekten ihres Unterrichts (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 260f).

SprachheilpädagogInnen, LehrerInnen und Eltern erleben durch die sprachheilpädagogische Intervention positive Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung der sprachauffälligen Kinder und Jugendlichen (vgl. Grohnfeldt/Romonath 2005, S. 260). Deshalb sollte die Wirksamkeit beziehungsweise der Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention evaluiert werden. Diese Evaluation kann extern oder intern vollzogen werden. In der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik wird eine interne Evaluation angestrebt. Diese kann durch die internen EvaluatorInnen beispielsweise SprachheilpädagogInnen, mit einem schnellen Zugriff auf Daten und Informationen, erfolgen. Diesen Personen sind Strukturen des Schulsystems bekannt und sie können dieses nutzen. Es sollen Daten über die Lehr- und Lernprozesse der sprachheilpädagogischen Intervention gesammelt und im weiteren Verlauf mit den betroffenen SchülerInnen und FachkollegInnen diskutiert werden (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 292f).

In der sprachheilpädagogischen Intervention sind unterschiedliche Formen „effektiv, die durch Fachpersonal oder unter Anleitung der Eltern durchgeführt werden“ (Grohnfeldt 2009, S. 28). Bei der Förderung der „sprachlichen Identität“ der Kinder und Jugendlichen wird nach sozialen Organisationsformen, Einzel- und/oder Gruppenförderung, zeitlich organisierten Formen, Intensiv- oder Intervallförderung und räumlichen Organisationsformen unterschieden (vgl. Bourbonus/Maihack 2000, S. 243).

SprachheillehrerInnen tragen in das „Tagebuch für den Sprachheilkurs“ den Erfolg des Unterrichts ein. Sie haben die Möglichkeiten zwischen „symptomfrei“, „gebessert“ und „nicht gebessert“ auszuwählen (vgl. LSRfNÖ 2011, o. S.). Die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention wird von den PädagogInnen am Ende des Schuljahres beziehungsweise am Ende der Betreuung überprüft und eingetragen. Sie sollte auf einer genauen Vor- und Nachdiagnostik beruhen. Dazu muss eine exakte Dokumentation des Interventionsverlaufes erstellt werden (vgl. Baumgartner/Giel 2005, S. 287).

### **2.4.3 Exkurs: Hausaufgaben**

Um Ziele und Effektivität in sprachheilpädagogischer Intervention zu erreichen werden von den PädagogInnen häufig Hausaufgaben aufgegeben. Nach Wendlandt stellen Hausaufgaben einen „altbekannten Baustein“ in der sprachheilpädagogischen Arbeit dar. Es gibt eine Reihe von Zielsetzungen und Arten von Hausaufgaben. Die Zielsetzungen der Hausaufgaben lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- „Ökonomische Effekte“  
Art und Einsatzhäufigkeit der Hausaufgaben können dem Ziel dienen und außerdem sprachheilpädagogische Ressourcen sparen.
- „Allgemeine Unterstützung“ der Intervention  
Hausaufgaben dienen zur Festigung und Unterstützung der erworbenen Fähigkeiten im Sprachheilkurs.
- „Transfer“  
Die neuerworbenen Fähigkeiten und Einsichten der Intervention sollen durch die Hausaufgaben in die alltägliche Lebenswelt der SchülerInnen Einzug finden.

- „Diagnostische Funktion“  
Hausaufgaben können für die SprachheilpädagogInnen auch diagnostische Informationen zu den SchülerInnen liefern, die für die Planung und Durchführung der Intervention bedeutsam sind.
- „Selbstreflexion und Realitätsprüfung“  
Hausaufgaben können so angelegt sein, dass sie zur Bewusstmachung bisher nicht wahrgenommener Sachverhalte beitragen. Die SchülerInnen müssen beispielsweise das eigene Verhalten und das anderer Personen gezielt beobachten und Fragen dazu beantworten.
- „Heranführen an neue Erfahrungsbereiche“  
Hausaufgaben können auch dazu dienen, SchülerInnen neue Erfahrungen und Erlebnisse zu ermöglichen.
- „Festigen der Therapiemotivation und der Mitarbeitsbereitschaft“  
Hausaufgaben können auch Spaß bringen und den SchülerInnen zu Erfolgserlebnissen verhelfen. Dadurch erfahren sie Stolz und Selbstvertrauen und die Motivation für die Intervention wird gesteigert.
- „Ausbilden von Selbstveränderungskompetenzen“  
Durch Stärkung der Motivation und Zunahme der Mitarbeitsbereitschaft wird den SchülerInnen mehr Eigenverantwortung zu gebilligt (vgl. Wendlandt 2002, S. 104f).

Hausaufgaben sind besonders geeignet um „Selbstveränderungskompetenzen“ bei den Individuen auszubilden und haben deshalb einen wichtigen Stellenwert in der sprachheilpädagogischen Intervention. Indem sich SchülerInnen in der Intervention, aber auch die Erziehungsberechtigten zu Hause mit den Symptomen beziehungsweise Problemen auseinandersetzen und sich im Umgang mit ihnen erproben, erwerben sie Kompetenzen. Diese Kompetenzen sind für die Veränderung der eigenen Person und Problembearbeitung von Bedeutung. Hausaufgaben können nach Wendlandt zu folgenden Verbesserungen führen:

- „Verbesserung der Selbstwahrnehmungskompetenz“,
- „Verbesserung der Kompetenz zur Formulierung selbstbestimmter Zielsetzungen“,
- „Verbesserung der Planungskompetenz“,
- „Verbesserung der Kompetenzen zur Handlungsausführung“ und
- „Verbesserung der Kompetenzen zur Handlungsbewertung“ (Wendlandt 2002, S. 108f).

Sprachheilpädagogische Hausaufgaben bieten immer wieder Anlässe sich selbst zu bewerten, zu beobachten und zu verändern. Durch diese Aufgaben kommt es zu einer „Weiterentwicklung der individuellen Kompetenzen“. Weiters erfolgt durch die Auswertung der Hausaufgaben bei den SchülerInnen eine „Verfeinerung der Zielformulierungskompetenzen“, der „Planungskompetenzen“ und der „Kompetenzen zur Handlungsausführung“ sowie neue Ideen für die „Verbesserung der Selbstwahrnehmung“ werden geschaffen. Nach Dyrden und Feltham sollten SprachheilpädagogInnen den Einsatz und Prozess von Hausaufgaben beherrschen und unbedingt einsetzen. Hausaufgaben dienen zur aktiven Beteiligung an der Intervention, diese Beteiligung ist Voraussetzung für den Erfolg und dient zur Erreichung der Ziele im Sprachheilunterricht (vgl. Wendlandt 2002, S. 109).

#### **2.4.4 Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sprachheilpädagogischer Intervention**

Kontaktgestaltung und Kommunikation ist Mittelpunkt jeder sprachheilpädagogischen Intervention. SchülerInnen und SprachheilpädagogInnen fokussieren im Sprachheilkurs die „gestörte“ Kommunikationsbeziehung Sprache. In der Kommunikation und Kontaktgestaltung der AkteurInnen findet sprachheilpädagogischer Unterricht statt (Lüdtke/Bahr 2000, S. 149).

Nicht nur der Kontakt beziehungsweise die Kommunikation der SprachheillehrerInnen und SchülerInnen, sondern auch „Elternberatung und die Zusammenarbeit mit Klassen- und Fachlehrerinnen/Klassen- und Fachlehrern nimmt einen besonderen Stellenwert ein“ (LSRfNÖ 2009, o. S.).

„Pädagogische Interventionen können nur in gemeinsamer Verantwortung von Eltern und Fachkräften geschehen“ (Hansen/Heidtmann 2007, S. 285). Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den PädagogInnen und Erziehungsberechtigten stellen das Interesse am Kind und der gegenseitige Austausch über die Kompetenzen des Kindes dar. Das Kind mit Förderschwerpunkt „Sprache“ ist nicht nur Teil des Systems Schule, sondern in erster Linie Teil der Familie. Deshalb ist es erforderlich die Zusammenarbeit mit den Eltern anzustreben und auch ihre Sichtweisen und Emotionen anzuhören und ernst zu nehmen (vgl. Hansen/Heidtmann 2007, S. 285). Sprachheilpädagogische Intervention findet im schulischen Kontext als individuumzentrierter Unterricht unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Umfeldes des Kindes statt und versucht die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten in das

Interventionsgeschehen zu erreichen (vgl. Grohnfeldt/Ritterfeld 2005, S. 39). Eltern bieten sich nicht nur als „Co-Therapeuten“ an, sondern können ihr Kind in zahlreichen Situationen beobachten und somit zusätzliche Informationen über die sprachlichen Kompetenzen liefern. Die Kommunikation mit Eltern und KlassenlehrerInnen bietet für SprachheilpädagogInnen Möglichkeiten zur Anamnese der Sprachentwicklung und Erkenntnisse aus gegenwärtigen sprachlichen Fähigkeiten der SchülerInnen in emotionalen Situationen zu erhalten (vgl. Peterander 2004, S. 323). Die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten beinhaltet zunächst eine „elterngerechte“ Aufklärung über die Auffälligkeiten ihres Kindes. Die sprachheilpädagogisch tätige Person vermittelt durch die Erörterung der Vorgehensweise sowie der Bildungs- und Lernziele im Sprachheilunterricht Transparenz für die Beteiligten. Eltern sollen die sprachheilpädagogische Intervention unterstützen, aber nicht Druck auf das Kind ausüben (vgl. Osburg 2003, S. 192). Nach Welling ist die Elternbeteiligung an der sprachheilpädagogischen Intervention unbedingt erforderlich, denn Sprachförderung passiert unter Einbeziehung des kindlichen und umweltlichen Aspektes. Sprachheilpädagogisches Agieren soll zu einer altersadäquaten Spontansprache führen, die durch sprachheilpädagogische Intervention in der Schule, die Unterstützung des Kindes durch die Eltern, die Unterstützung der SpielkameradInnen des Kindes und entsprechender Medien herbeigeführt werden kann. Erziehungsberechtigte sind im Komplex sprachheilpädagogischer Intervention wichtig, weil ihre Einstellung zur sprachheilpädagogischen Intervention und die Unterstützung des Kindes im Alltag den Sprachheilunterricht mit beeinflussen (vgl. Ritterfeld 2007, S. 924f).

Nicht nur die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten nimmt eine wichtige Position im Gefüge sprachheilpädagogischer Intervention ein, sondern auch die Kooperation mit KlassenlehrerInnen im Regelschulwesen. SprachheillehrerInnen können LehrerInnen mit sprachauffälligen Kindern beraten und ihnen Hilfestellungen im Umgang mit diesen SchülerInnen anbieten (vgl. Grohnfeldt 2004, S. 22). SprachheillehrerInnen beraten „Eltern, Kollegen aller Schularten, Angehörige anderer beteiligter Fachdienste und die Öffentlichkeit in allen Belangen, die sich aus der Mitverantwortung und Mitwirkung für den Sprachlernerfolg ergeben“ (Homburg 2003, S. 223). Einerseits berät der sprachheilpädagogisch tätige Mensch und andererseits kooperiert er mit KollegInnen seiner Stammschule (Sonderpädagogisches Zentrum), anderen Sonderschulen oder Grundschulen. Die Kooperation der SprachheilpädagogInnen erstreckt sich aber nicht nur auf den schulischen Bereich, sondern auch auf Personen aus den interdisziplinären Fachrichtungen der Sprachheil-

pädagogik wie ÄrztInnen, LogopädInnen, SozialarbeiterInnen, et cetera (vgl. Homburg 2003, S. 224). Nach Busse gewinnt die „kollegiale Praxisberatung“ im Rahmen der sprachheilpädagogischen Intervention und damit auch im „zukünftigen Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik“ immer mehr an Bedeutung (vgl. Grohnfeldt 2004, S. 22).

Welling ist der Meinung, dass die „Qualität der Ausübung dieser Profession von der Kompetenz des Sprachpädagogen abhängig ist, Theorie-Praxis-Bezüge therapeutischer Art *pädagogisch* zu interpretieren, entwickeln und so in der praktischen Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen zur Geltung bringen“ (Welling 2006, S. 192). Voraussetzung für professionelles Agieren im Bereich der Sprachheilpädagogik ist für Welling die „problembezogene Zusammenarbeit“ mit den sprachauffälligen Kindern und den betroffenen Erwachsenen, damit sind die Angehörigen aber auch interdisziplinäres Fachpersonal gemeint. Der Autor ist der Meinung, dass „eine professionelle Praxis alleine möglicherweise wenig wirkungsvoll ist, um Veränderungsprozesse in der Entwicklung eines Kindes im Alltag zu initiieren und sichtbar werden zu lassen“ (Welling 2006, S. 193). Um Kinder und Jugendliche mit Sprachstörungen optimal zu fördern ist es wichtig, dass verschiedene Professionen zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit kann nur dann vollzogen werden, wenn SprachheilpädagogInnen dies ein Anliegen ist und sie es für wichtig erachten (vgl. Welling 2006, S. 193).

Für die Disziplin der Sprachheilpädagogik beziehungsweise ihre KlientInnen ist es notwendig zusammen zu arbeiten, aber auch Wissen aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu nutzen, um Kinder und Jugendliche ihren Ansprüchen gerecht zu fördern und unterstützen. Dieses Wissen kann nur dann zu den SprachheilpädagogInnen finden, wenn sich diese regelmäßig fort- und weiterbilden (vgl. Welling 2006, S. 194).

#### **2.4.5 Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen**

„Um eine hohe Qualität des Sprachheilunterrichts zu sichern und auszubauen, ist auf eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Sprachheillehrerinnen/ der Sprachheillehrer besonderer Wert zu legen“ (LSRfNÖ 2009, o. S.).

SprachheilpädagogInnen sollten sich auch nach deren Ausbildung eigenverantwortlich, beziehungsweise verpflichtend 15 Stunden pro Schuljahr, weiterbilden. Diese

Informationsaneignung dient dazu um sich verändernden Bedingungen in sprachheilpädagogischer Intervention aber auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit anpassen zu können. Fortbildungen für SprachheillehrerInnen dienen einerseits den PädagogInnen zur Professionalisierung (neue fachwissenschaftliche Erkenntnisse) und andererseits den sprachauffälligen SchülerInnen in der Anwendung der neu erfahrenen Methoden und Ansätze. Sprachheilpädagogik ist eine Wissenschaft die sich ständig weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung bedingt die Notwendigkeit der permanenten Fortbildung der SprachheilpädagogInnen und bedarf eines ausreichenden Angebotes zur LehrerInnenfortbildung im Bereich der Sprachheilpädagogik. Der Informationsanspruch beziehungsweise das Informationsbedürfnis der PädagogInnen befindet sich im Spannungsfeld zwischen persönlichem Interesse und fachwissenschaftlichen Erkenntnissen (Berufsbild SprachheillehrerIn). Ziel sprachheilpädagogischer Intervention ist es, die Disziplin weiterzuentwickeln und zu verbessern. SchülerInnen im Förderschwerpunkt „Sprache“ haben Recht auf kompetente sprachheilpädagogische Intervention. Sind die PädagogInnen in ihren Kompetenzen gestärkt, vermitteln sie diese auch und ermöglichen den Kindern damit optimale, am Erfolg orientierte, Intervention (vgl. Lütke/Bahr 2000, S. 152f).

Die Fortbildung der sprachheilpädagogisch tätigen PädagogInnen dient zur Stärkung der fachlichen Kompetenzen (Diagnostik und Methodik) und zur Erkennung der eigenen Begrenztheit der Kompetenzen. Die Erkenntnis, dass die eigenen Kompetenzen nicht mehr ausreichen um Kinder und Jugendliche ihren Bedürfnissen entsprechend bestmöglich zu fördern, bedingte eine Vermittlung an andere zuständige Fachdisziplinen, wie beispielsweise Logopädie oder Medizin (vgl. Bahr 2007, S. 137f). SprachheilpädagogInnen orientieren sich deshalb am Konzept des „lebenslangen Lernens“ und streben Qualifikationen in Fort- und Weiterbildungen an, denn sie sind sich der Weiterentwicklung von Erkenntnissen und Methoden in der Sprachheilpädagogik bewusst (vgl. Homburg 2003, S. 223f). Nach Fehm und Fehm-Wolfsdorf ist es besonders wichtig den „Umgang mit Hausaufgaben in der Therapie durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen systematisch zu trainieren“, denn nur dadurch kann die „wahre Attraktivität“ der Hausaufgaben erkannt werden (Wendlandt 2002, S. 110). Unklar erscheint den PädagogInnen oft, wie sich Hausaufgaben „optimal vermitteln lassen und wie sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen lässt“, dass die SchülerInnen diese auch erledigen (Wendlandt 2002, S. 103).

### 3 Konstruktivismus in der Pädagogik

In diesem Kapitel wird *Konstruktivismus in der Pädagogik* erörtert. Für die vorliegende Studie wird *Sprachheilunterricht im Pflichtschulbereich* einer *konstruktivistischen Situationsanalyse* unterzogen. Deshalb ist es notwendig, *Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus* und die *sprachheilpädagogischen AkteurInnen*, ihre Konstitution und ihr Selbstverständnis, darzustellen. Anschließend wird ein konstruktivistisch-sprachheilpädagogisches Modell, die *Relationale Didaktik*, vorgestellt. Die Konstruktion der sprachheilpädagogischen Intervention durch die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen wird in der vorliegenden Arbeit näher erforscht. Die konkrete Ausgestaltung der Unterrichtssituation als auch die pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen werden analysiert. Als theoretischer Rahmen dient der Konstruktivismus.

Die Autoren Liessmann und Zenaty stellen fest, dass „alle unsere Wirklichkeitskonzepte in einer radikalen Weise subjektabhängig sind. Unsere Bilder und Erklärungen, mit deren Hilfe wir uns in unserer natürlichen und sozialen Umwelt orientieren, sind nicht auf induktivem Weg durch passives Wahrnehmen entdeckt, sondern *erfunden*. Wirklichkeiten werden nicht *gefunden*, sondern *konstruiert*“ (Liessmann/Zenaty 1998, S.65).

„Die Grundannahme konstruktivistischer Theorien liegt darin, dass die Wahrnehmung keine Gegebenheiten einer von uns unabhängigen Realität abbildet, wie sie an sich sind, sondern dass wir lediglich Modelle entwerfen, deren Objektivität oder Wahrheit nicht überprüft werden kann“ (Lindemann 2006, S.13). Konstruktivismus bezeichnet eine erkenntnistheoretische Theorie, die die Wirklichkeit nicht als objektiv gegeben annimmt, sondern Wirklichkeit als eine „schöpferische Hervorbringung (Konstruktion) der wahrnehmenden und kommunizierenden Subjekte“ darstellt (Böhm 2005, S. 370). Die Wirklichkeit des Menschen entsteht durch die individuelle Wahrnehmung des Subjektes von der Umwelt und der wechselseitigen Beziehung des Subjektes zur Umwelt. Durch die Anpassung von Wissen und Wirklichkeit konstruiert das Individuum seine Wirklichkeit (vgl. Lütke/Bahr 2005, S. 100). Die konstruktivistische Perspektive erkennt den Menschen als ein Subjekt in einem aktiven, handelnden Austausch mit seiner Umwelt. Der Mensch konstruiert durch seine Wahrnehmung, Erkenntnis und Interpretation der Umwelt, seine Wirklichkeit. Diese Wirklichkeit der Umwelt wird vom Individuum konstruiert und es entsteht ein inneres Abbild im Menschen. Das Abbild der Umwelt ermöglicht dem Menschen sie widerzuspiegeln, aktiv

vom Individuum Bezug nehmend auf die Realität außerhalb des Subjektes. Die Abbildung und Widerspiegelung der Umwelt erfolgt durch kognitive Prozesse und durch das Agieren des Subjektes. Die Wirklichkeit des Menschen präsentiert sich in erster Linie subjektiv. Diese Subjektivität impliziert eine Begrenztheit der Realität. Zugleich aber auch stellt sich Wirklichkeit offen und unverbindlich dar. Subjekte agieren aktiv, erkunden und strukturieren die Umwelt und konstruieren somit ihre eigenen Wahrnehmungen und Erkenntnisse (vgl. Bundschuh 2002, S. 97f).

Die Wissenschaftstheorie des Konstruktivismus hat auch in die Disziplin der Pädagogik Einzug gefunden. Der Zusammenhang der individuellen Konstruktion von Wirklichkeit und die Vorgänge der Konstruktion von Realität in Beziehungen, beispielsweise zwischen LehrerInnen und SchülerInnen, erscheinen für das pädagogische Arbeitsfeld von Interesse. Im Vordergrund dieses Betrachtungsfeldes zielt der Konstruktivismus auf eine „Erklärung, warum und auf welche Weise es zu [...] Konstruktionen – positiver oder negativer Art – möglicherweise in kumulierender Wirkung kommt“ (Bundschuh 2002, S. 156). Das Individuum konstruiert und gestaltet aktiv seine Entwicklung und damit auch seine Wirklichkeit, seine Handlungen sowie seine Umwelt. Der Aufbau der Erkenntnis des Menschen kann als „Konstruktionsleistung“ bezeichnet werden (vgl. Bundschuh 2002, S. 156). Konstruktivistische Pädagogik stellt subjektive Interessen und Ziele ins Zentrum der Betrachtung. Dies bedeutet, dass Autonomie und Subjektivität Basis dieser Pädagogik sind. Ihre Aufgabe ist es auf unterschiedliche Interessen, Entwicklungsniveaus und Denkkräfte einzugehen, denn diese konstruieren Bedeutung und Sinn der Wirklichkeit. Individualität, in Bezug auf Fähigkeiten, Stärken und Schwächen, der SchülerInnen sowie der PädagogInnen ist ein wichtiger Aspekt der konstruktivistischen Pädagogik. Ziel ist es die Individuen bei ihrer Wirklichkeitskonstruktion und im gesellschaftlichen Umgang mit Pluralität zu unterstützen. Im Vordergrund der pädagogischen Arbeit steht die Interaktion mit den SchülerInnen, das gemeinsame Aushandeln von Erziehungs- und Entwicklungsinteressen. Pädagogisches Agieren begründet den Erfolg nicht in der Methode, sondern darin wie (die Art und Weise) die Beteiligten und welche Schlüsse sie ziehen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist es subjektive Erfahrungen und Interessen im pädagogischen Agieren zu ermöglichen (vgl. Lindemann 2006, S. 196f).

Konstruktivistische Pädagogik liefert keine allgemein gültigen Handlungsanweisungen, sondern sie ermöglicht einen „erkenntnistheoretischen Hintergrund, vor dem man

Entscheidungen reflektieren kann“ und eine „spezifische pädagogische Haltung“ (Lindemann 2006, S. 200). „Ebenso wenig wie Erkennen Abbildung einer äußeren Realität ist, ist Lernen lediglich rezeptive Informationsverarbeitung. Lernen ist nicht nur eine Reaktion auf Lehren, nicht die Kehrseite des Lehrens, sondern ist Selbsttätigkeit (von reinem Konditionierungslernen und mechanischem Training abgesehen)“ (Siebert 2002, S. 29). Kinder brauchen durch ihren Drang zur Erprobung und Anwendung neuer Erfahrungen prinzipiell keine zusätzliche Motivierung. Bei Kindern mit „defizitärer“ Entwicklung kann die Motivation beziehungsweise das Interesse an neuen Erfahrungen verloren gegangen sein. Hilfreich kann hier die Zerlegung des Lernprozesses in kleinere Portionen sein beziehungsweise zusätzliche motivierende Momente in einen „ganzheitlichen handlungsbezogenen Prozess“ einzubauen und dadurch das Kind in der Entwicklung seiner Kompetenzen zu unterstützen (vgl. Bundschuh 2002, S. 98f).

„Konstruktivistisches Denken führt nicht zu Handlungsanweisungen, sondern zu einer reflexiven und kritischen Grundhaltung gegenüber den Begründungen für pädagogisches Handeln“ (Lindemann 2006, S. 13). Die SprachheilpädagogInnen konstruieren (oft unbewusst) mit ihren pädagogischen Ansprüchen die Interventionen und entwerfen für beziehungsweise mit den Kindern und Erziehungsberechtigten eine Wirklichkeit. Die Ansprüche und Konstruktionen der PädagogInnen dürfen aus wissenschaftlicher Sicht – mit den theoretischen Ansätzen des Konstruktivismus – nicht hingenommen werden, sondern müssen hinterfragt werden.

### **3.1 Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus**

Sprache ist Handlungsmedium, Instrument und Ziel sprachheilpädagogischer Intervention. SprachheilpädagogInnen begleiten Kinder mit Förderschwerpunkt „Sprache“ und unterstützen sie im Rahmen der Intervention mit dem Medium Sprache mittels dialogischer Kommunikation. Aus der Perspektive des Konstruktivismus lässt sich der Prozess der Sprache nach Steiner folgendermaßen definieren: „Sprache verweist nicht auf ein Gegenüber, Sprache erfordert den anderen: Sprache ist prinzipiell dialogisch“ (Steiner 1997, S. 99). Steiner postuliert weiters, dass die Tätigkeit der SprachheilpädagogInnen „innerhalb einer Dialogwelt der betroffenen Menschen zu agieren“ bedeutet (Steiner 1997, S. 96). Sprache muss im Kontext von Kognition und Emotion betrachtet werden. Der Dialog ist die Basis der

Sprachhandlung. SprachheillehrerInnen müssen das System Sprache verstehen können um sie als Instrument in der Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen einsetzen zu können.

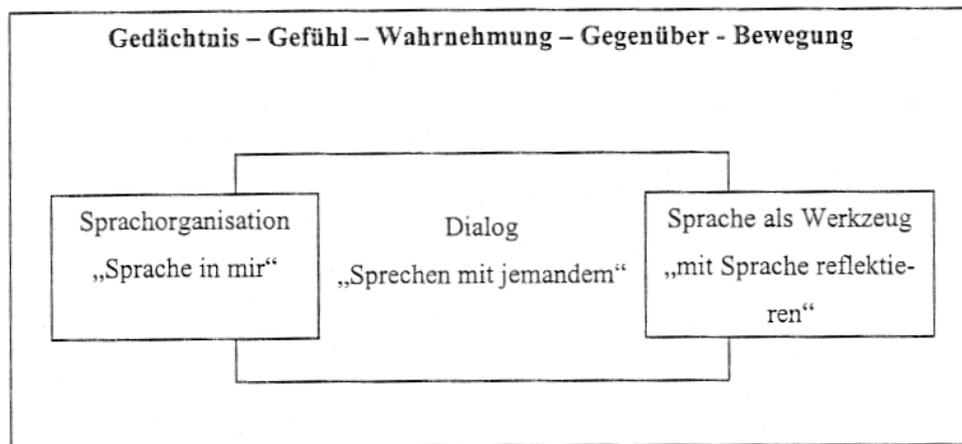


Abbildung 5: Der Dialog als Zentrum des Systems Sprache (Steiner 1996, S. 27)

Abbildung 5 verdeutlicht, dass Sprache nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern im Zusammenhang von kognitiven Leistungen und der Beziehungswelt der Individuen gesehen werden muss. Die Wirklichkeit des Menschen wird durch die kognitiven Leistungen „vorstellen“, „erinnern“, „abrufen“, „auswählen“, „kategorisieren“, „abspeichern“, „aufmerksam sein“ und „Probleme lösen“ konstruiert. Aufgrund der „Beziehungs- und Außenwelt“ kann die Wirklichkeitskonstruktion des Individuums erfolgen, mit dem Ziel „Sprache haben“. Dies vollzieht sich durch das Suchen des Dialoges (vgl. Steiner 1996, S. 27). Erst durch das Reflektieren der Sprache wird es möglich eine Vorstellung davon zu erlangen wie Sprache in den „Köpfen hervorgerufen“ wird und wie das „dialogische Geschehen in seiner Betrachtung“ so reduziert werden kann, das gezielte sprachheilpädagogische Intervention vorbereitet sowie durchgeführt werden kann. Sprachheilpädagogische Intervention versteht sich nach Steiner als „Kunst“ allen Beteiligten am und im Dialog „Einsichten“ und „Erfahrungen“ zu ermöglichen (vgl. Steiner 1997, S. 96). SprachheillehrerInnen sehen sich verpflichtet im diagnostischen Vorgehen die Störung der Sprache beziehungsweise des Dialoges eines Individuums zu beschreiben. Dieser Prozess gestaltet sich für die PädagogInnen schwierig. Einerseits fungieren sie als BeobachterInnen und andererseits sind sie Teil des Systems (AkteurInnen), mit unbewussten, unausgesprochenen und unreflektierten Erwartungen an die Beziehungsgestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention (vgl. Steiner 1997, S. 102).

Zusammenfassend muss festgestellt werden, „dass Sprache nicht isoliert von anderen kognitiven und emotionalen Leistungen gesehen werden kann“ (Sassenroth 2002, S. 205). Das Miteinbeziehen der Beziehungs- und Außenwelt stellt einen wichtigen Bestandteil der konstruktivistischen Sichtweise der Wirklichkeitskonstruktion dar. Zentralen Stellenwert in diesem System nimmt der Dialog ein. Das Zentrum des Systems der Sprache ist der Dialog. Sprachliches Agieren benötigt nicht nur PartnerInnen, sondern es erfordert PartnerInnen. Sprache ist dialogisch. Sprache beinhaltet die Dimensionen der „Sprachorganisation“ und der „Sprache als Werkzeug“. Der Mensch benötigt die Sprache einerseits als Instrument der Selbstorganisation und Selbstrepräsentation sowie andererseits als Instrument des Denkens und Reflektierens (vgl. Sassenroth 2002, S. 205f). Aus konstruktivistischer Perspektive lässt sich Sprache nach Steiner folgendermaßen definieren:

1. „Sprache ist eine kollektive Wissensordnung für die individuelle (Re-)Konstruktion von in Begriffen gefaßten[!], sozial geprägten Wirklichkeitsmodellen und stellt Beziehungen und Lebenszusammenhänge dar und regelt sie“ (Steiner 1997, S. 100).
2. „Sprache ist das systemische Produkt aus intrapersonellen Repräsentationen und Organisationsprozessen und interpersonellen auf das Ziel Verständigung ausgerichteten Dialogkonventionen“ (Steiner 1997, S. 100).
3. „Sprache ist Magie“ (Steiner 1997, S. 100). Damit wird von Steiner zum Ausdruck gebracht, dass Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus immer etwas Interpretatives und Unberechenbares in sich birgt. Sprache wird vom Individuum konstruiert und vom Gegenüber wahrgenommen sowie versucht zu verstehen beziehungsweise interpretiert (vgl. Sassenroth 2002, S. 208).

Sprache als Handlungsmodell, in dem der Dialog als Zentrum des Systems Sprache dient. Kommt es im dialogischen Agieren zu Problemen beziehungsweise Störungen, kann eine mögliche Ursache eine Sprachauffälligkeit sein. Zur besseren Lebensbewältigung dieser Menschen kann es hilfreich sein SprachheilpädagogInnen hinzu zu ziehen und eine Abklärung beziehungsweise Intervention in Anspruch zu nehmen.

## **3.2 Die sprachheilpädagogischen AkteurInnen**

Die vorliegende Diplomarbeit mit der Fragestellung *Wie wirken sich die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention aus?* wird aus der Perspektive der SprachheillehrerInnen erforscht und bedingt deshalb eine genaue Betrachtung der sprachheilpädagogisch tätigen Menschen.

„Bildung und Erziehung sprachbeeinträchtigter Menschen [sind] immer an die einzigartige Person der Lehrerin oder Therapeutin und deren pädagogischen Haltungen und Fähigkeiten gebunden“ (Lüdtke/Bahr 2005, S. 85). Sprachheilpädagogische Intervention findet in der Institution beziehungsweise im Handlungsfeld Schule statt. In Institutionen können sich durch Routine und Gewohnheiten blinde Flecken entwickeln. Sprachheilpädagogisches Agieren wird in der Institution Schule von SprachheilpädagogInnen ausgeführt und ist stark personenbezogen und findet häufig isoliert, in Einzelförderung, statt. Sprachheilpädagogische Intervention soll sich auf „gemeinschaftliche“ (Interaktionen in Gruppen) und „institutionelle“ (Management der Schule) Prozesse stützen. Aber auch das private beziehungsweise institutionelle Umfeld wird vermehrt in das pädagogische Agieren eingebunden. SprachheilpädagogInnen pflegen Kontakt zu Erziehungsberechtigten beziehungsweise werden andere Schulen oder Fachleute in die Intervention von Kindern mit Förderschwerpunkt „Sprache“ miteinbezogen. Wobei die PädagogInnen häufig als neutrale beziehungsweise unabhängige BeobachterInnen sprachheilpädagogischer Prozesse und nicht als Individuen mit persönlichen Stärken und Schwächen gesehen werden (vgl. Lindemann 2006, S. 229). Aus der Perspektive des Konstruktivismus ist es deshalb wichtig die Person SprachheilpädagogIn, *pädagogische Konstruktion* und *Selbstverständnis*, näher zu erläutern.

### **3.2.1 Pädagogische Konstitution der SprachheilpädagogInnen**

SprachheilpädagogInnen sind unterschiedliche Menschen die beruflich im Bereich der Sprachheilpädagogik tätig sind. Die LehrerInnen werden durch die Auseinandersetzung mit pädagogischen, insbesondere sprachheilpädagogischen, Themen in den jeweiligen Bildungs- und Lernprozessen zu SprachheilpädagogInnen. SprachheillehrerInnen befinden sich in einem ständigen Wechselspiel von „Auftrag und Verantwortung“, „Ziele und Wagnis“, „Inhalte und Beziehungen“ sowie „Wirklichkeit und Wahrnehmung“. Im Rahmen der sprachheilpädagogischen Intervention versuchen sie diese Aspekte im Gleichgewicht zu

halten (vgl. Lüdtker/Bahr 2005, S. 85). „Sprachheillehrerinnen bzw. Sprachheillehrer sind Lehrerinnen und Lehrer mit einer speziellen Zusatzausbildung, die an einer Pädagogischen Hochschule erworben wird. Ihre Aufgabe ist vor allem die sprachheilpädagogische Unterrichts- und Förderarbeit sowie in weiterer Folge die Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Lehrer/innen, Schulleiter/innen und den Eltern“ (BMUKK 2011, o. S.).

Aus der Perspektive des Konstruktivismus nehmen die PädagogInnen verschiedene Rollen ein. Sie sind BeobachterInnen, TeilnehmerInnen und AkteurInnen der sprachheilpädagogischen Intervention. An diese Rollen sind ihre Konstruktionen, Methoden und die Praxis des Sprachheilkurses geknüpft. Als BeobachterInnen können PädagogInnen die Perspektive der Fremd- oder Selbstbeobachtung einnehmen. In dieser Rolle scheinen die LehrerInnen noch frei zu sein, sie müssen sich nicht mit anderen Personen verständigen. In der Rolle der TeilnehmerInnen sind die PädagogInnen an andere TeilnehmerInnen gebunden und auf eine Verständigung angewiesen. AkteurInnen können scheinbar ohne zu beobachten beziehungsweise frei von anderen TeilnehmerInnen agieren, allenfalls in spontanen Aktionen. Ansonsten steht die Rolle der AkteurInnen im Kontext der erlebten Beobachtungen. Ohne einer Bearbeitung, Begründung und Reflexion der BeobachterInnen- beziehungsweise TeilnehmerInnenrolle besteht kaum die Möglichkeit eine Aktion im Rahmen der AkteurInnenrolle durchzuführen (vgl. Reich 2006, S. 164f). Die Differenzierung dieser Rollen ermöglicht „das Konstruieren von Wirklichkeiten als einen differenzierten, komplexen Vorgang zu begreifen“ (Reich 2006, S. 173).

SprachheilpädagogInnen, obgleich ihrer unterschiedlichen Konstituierung, befinden sich im Spannungsfeld zwischen „Auftrag und Verantwortung“. Die pädagogische Aufgabe der SprachheillehrerInnen besteht darin, Kinder und Jugendliche mit Förderschwerpunkt „Sprache“ zu unterstützen, die Kluft zwischen ungenutzten beziehungsweise brachliegenden sprachlichen Ressourcen und vorhandenen zu überwinden. Die Grundlage dieses Agierens bildet der Bildungsauftrag, den die PädagogInnen damit erfüllen wollen. Spannung entsteht durch das Bedürfnis, Verantwortung für das Gelingen beziehungsweise Scheitern der pädagogischen Intervention zu übernehmen. Die SprachheilpädagogInnen müssen sich deshalb immer wieder vor dem jeweiligen historischen Kontext mit dem Verhältnis der Verantwortung und dem Erfüllen des Bildungsauftrages auseinandersetzen (vgl. Lüdtker/Bahr 2005, S. 85f). Durch den Auftrag und die Verantwortung für die sprachheilpädagogische Intervention wird den PädagogInnen Professionalität zu gesprochen. Pädagogische

Professionalität der SprachheilpädagogInnen beinhaltet zu erkennen, dass nur die Rahmenbedingungen der sprachheilpädagogischen Intervention planbar sind und nicht das Lernen per se. Weiters müssen sich SprachheilpädagogInnen ihrer eigenen Konstruktivität bewusst werden, hinsichtlich der Bildungsinhalte, des Systems Schule und der SchülerInnen. Außerdem ist es für das professionelle Agieren der PädagogInnen wichtig selber „lernoffen“ und „lernfähig“ zu bleiben (vgl. Siebert 2002, S. 54).

SprachheilpädagogInnen sehen sich auf Grundlage des Bildungsauftrages veranlasst, Bildungsziele festzulegen. Es entsteht eine Wechselbeziehung zwischen „Ziel und Wagnis“ der PädagogInnen. Die Lern- und Bildungsziele sind immer in einem bildungspolitischen Kontext zu betrachten. Durch die Zielsetzungen der SprachheillehrerInnen erfährt der Bildungsauftrag eine Richtung. Dadurch werden die Lehr- und Lernprozesse überprüfbar gemacht und der sprachheilpädagogisch tätige Mensch begibt sich in ein Spannungsfeld zwischen Ziel und Wagnis. Jeder Lern- und Bildungsprozess stellt ein Wagnis dar. Werden die Lernenden die Hürden des Lernweges überwinden können oder endet er in einer Zielverfehlung. Diesem Wagnis sehen sich die SprachheilpädagogInnen in ihrem Agieren ausgeliefert (vgl. Lüdtker/Bahr 2005, S. 86f).

Innerhalb der Bildungs- und Lernprozesse sind die Bildungsziele mit den Bildungsinhalten eng verwoben. Die SprachheillehrerInnen stehen vor der komplexen Aufgabe, sprachliche mit fachlichen Lerninhalten zu verknüpfen, „Inhalte und Beziehungen“ im Spannungsfeld der sprachheilpädagogischen Intervention umzusetzen. Sprachheilpädagogische Intervention versucht Inhalte im Rahmen des sprachspezifischen Unterrichts zu vermitteln und zusätzlich Beziehungen zu den SchülerInnen, Eltern und KlassenlehrerInnen aufzubauen. SprachheilpädagogInnen sehen sich verpflichtet, zu verschiedenen FachkollegInnen eine Beziehungsqualität herzustellen (vgl. Lüdtker/Bahr 2005, S. 87f). Für sprachheilpädagogische didaktische Prozesse ist das Wechselspiel von Inhalten und Beziehungen grundlegend. Inhalte werden immer im Kontext von Beziehungen vermittelt. Eine gelungene Inhaltsvermittlung kann nur dann gewährleistet werden, wenn Beziehungen dialogisch und übereinstimmend gestaltet werden und aktive Kommunikation die Basis bildet (vgl. Reich 2006, S. 103f).

SprachheilpädagogInnen benötigen zum sprachheilpädagogischen Handeln und zur Gestaltung die Fähigkeit zur genauen Beobachtung. Diese Kompetenz befähigt sie pädagogische Reflexionen über den Bildungsauftrag, die Bildungsziele und die

Bildungsinhalte zu tätigen. Sprachheilpädagogisch tätige Menschen befinden sich in einem ständigen Spannungsfeld zwischen der „Wirklichkeit und Wahrnehmung“. Diese Wechselbeziehung entsteht durch die „Subjekthaftigkeit“ der Beobachtungen, der Bildungs- und Erziehungsprozesse sowie der individuellen Wahrnehmung der Erziehungswirklichkeit der SprachheilpädagogInnen (vgl. Lüdtkke/Bahr 2005, S. 88f).

### **3.2.2 Das Selbstverständnis der SprachheilpädagogInnen**

Die sprachheilpädagogisch tätigen Menschen diagnostizieren, planen, steuern, geben Impulse, helfen, beraten und kooperieren. Sie sind gefordert Entwicklungen in der Fachdisziplin zu veranlassen beziehungsweise im gesamtgesellschaftlichen Kontext zu überarbeiten. SprachheillehrerInnen sind nicht nur Lehrende sondern auch Lernende. Berufliche Kompetenzen haben sie von anderen Lehrenden erworben, bevor sie Lehrende werden durften, mussten sie selber lernen (vgl. Lüdtkke/Bahr 2005, S. 104f).

Aus der Perspektive des Konstruktivismus stellt sich allerdings die Frage, „ob man als Ausbilderin von Sprachheilpädagoginnen [...] das Lehren überhaupt sinnvoll lehren kann, wenn doch Lernende Wissen individuell erfinden“ (Lüdtkke/Bahr 2005, S. 105). Daraus lassen sich Konsequenzen für das Selbstverständnis der SprachheilpädagogInnen in der sprachheilpädagogischen Intervention ableiten. „Instruktion und Konstruktion“, „Motivation und Bewusstheit“ und „Diagnostik, Therapie und Unterricht“ sollen unter konstruktivistischen Vorzeichen hinlänglich des Selbstverständnisses der Lehrenden betrachtet werden (Lüdtkke/Bahr 2005, S. 104).

Einerseits versuchen PädagogInnen, auch SprachheillehrerInnen, durch Anweisungen etwas bei den SchülerInnen zu „bewirken“. Durch diese „Instruktion“ wollen sie Hilfestellungen zur Überwindung der Sprachbeeinträchtigungen bieten. Andererseits führen diese Instruktionen nicht immer zum gewollten Ziel und führen damit an die „Grenzen der Wirksamkeit“. Dies bedeutet für die sprachheilpädagogische Intervention: Sprachliches Lerngeschehen führt nicht immer zum Erfolg. Die Wirksamkeit der Methode, die im Sprachheilkurs angewendet wird, könnte angezweifelt werden. Im Hinblick auf die konstruktivistische Sichtweise bedeutet dies, das „Lernende immer nur das in ihren Wissenshorizont aufnehmen können, was jeweils individuell bedeutsam und passend für sie ist“ (Lüdtkke/Bahr 2005, S. 105). Kinder und Jugendliche nehmen nicht nur den Lernstoff auf, sondern sie gestalten in diesem

Aufnahmeprozess ihre eigene Sichtweise. Die SchülerInnen vollziehen einen Prozess der „Konstruktion“. SprachheilpädagogInnen können durch ein vielseitiges Methodenrepertoire diesen Prozess bis zu einem gewissen Grad mitbestimmen (vgl. Lüdtk/Bahr 2005, S. 105f). Die Form der Wissensvermittlung, Methodik, ist abhängig vom jeweiligen Selbstverständnis des sprachheilpädagogisch tätigen Menschen (vgl. Lüdtk/Bahr 2005, S. 106).

„Motivation“ für den Lernprozess bedeutet, „dass Lehrende Lernende dabei unterstützen, Motive für sich zu entdecken, die beispielsweise das Lernen einer phonologischen Unterscheidung subjektiv bedeutsam zu machen“ (Lüdtk/Bahr 2005, S. 106). In der sprachheilpädagogischen Intervention kann es durchaus Inhalt des Unterrichts sein, Missverständnisse zu provozieren und dadurch bei den SchülerInnen Motive für die Vermeidung solcher zu erzielen. Nicht nur Motivation durch die Lehrenden soll erzeugt werden, sondern auch „Bewusstheit“ beispielsweise für die Anwendung entsprechender Phoneme. Bewusstheit und Motivation werden durch die SprachheilpädagogInnen im Rahmen ihrer Intervention vermittelt beziehungsweise erzeugt (vgl. Lüdtk/Bahr 2005, S. 106f).

„Diagnostik“ stellt den Anfang einer sprachheilpädagogischen Intervention dar. „Ohne Zweifel gehört die möglichst genaue Rekonstruktion vorhandener sprachlicher und außersprachlicher Gegebenheiten an den Beginn der professionellen pädagogischen Einflussnahme“ (Lütke/Bahr 2005, S. 106). Dazu gehören auch Überlegungen, welche Auswirkungen die sprachlichen Abweichungen einerseits auf die zwischenmenschliche Kommunikation, das Umfeld der SchülerInnen, haben und andererseits auf den Umgang mit den SprachheilpädagogInnen. Das diagnostische Vorgehen liefert Beschreibungen beziehungsweise Einschätzungen der PädagogInnen über die Leistungsfähigkeiten aber auch die Kompetenzen der SchülerInnen (vgl. Lüdtk/Bahr 2005, S. 107). Aus der Perspektive des Konstruktivismus sollen PädagogInnen zuerst die Menschen mit ihren Lebensbedingungen in ihrer Lebenswelt kennen lernen und danach die Sprachstörungen als kleinen Teilbereich des Menschen betrachten. Demzufolge kann es nach Sassenroth „keine festgelegte diagnostische und therapeutische Vorgehensweise geben“ (Sassenroth 2000, S. 211).

„Therapie und Unterricht schließlich fordern die Lehrenden nicht allein in Bezug auf ihre fachlichen Kompetenzen im Sinne vorhandener inhaltlicher und methodischer Kenntnisse heraus, sondern versetzen sie als Pädagoginnen in die *mehrperspektivische Rolle* von

Beobachterinnen hinein“ (Lüdtke/Bahr 2005, S. 108). SprachheilpädagogInnen sollen die SchülerInnen und sich selbst beobachten. Damit soll die Gesamtheit der professionellen Beziehung erfasst werden. Erfolgreiche Intervention beruht auf einer emotionalen, sachlich kompetenten und authentischen Beziehung zwischen dem sprachheilpädagogisch tätigen Menschen und dem Kind (vgl. Lüdtke/Bahr 2005, S. 108). Sprachheilpädagogischer Unterricht soll vom Lehrenden mit den SchülerInnen gemeinsam gestaltet werden. Die individuellen Fähigkeiten der Lernenden müssen ernst genommen werden und in die Planung der Intervention miteinbezogen werden. Aufbauend auf den Kompetenzen der SchülerInnen werden passende Methoden und Medien ausgewählt sowie individuell auf beziehungsweise mit den SchülerInnen abgestimmt. Die Lernenden sollen sich zu „ExpertInnen“ im sprachheilpädagogischen Unterricht entwickeln (vgl. Bahr 2007, S. 138f).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass SprachheilpädagogInnen eine zentrale Rolle im sprachheilpädagogischen Unterricht einnehmen. Die lehrenden Personen mit ihren Kompetenzen tragen maßgeblich zur „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“ der sprachheilpädagogischen Intervention bei (Baumgartner/Giel 2005, S. 271). Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass es sich bei den PädagogInnen um Individuen handelt, die ihre eigenen Erfahrungen mit dem System Schule, mit unterschiedlichen theoretischen Sichtweisen, Empfindungen, Vorlieben und Vorurteilen mitbringen. Für die Planung, Durchführung und Reflexion sprachheilpädagogischer Intervention ist die Auseinandersetzung der Lehrenden mit sich selbst unabdingbar, aber auch für die Weiterentwicklung und Evaluierung der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik stellt das Selbstverständnis der PädagogInnen eine zentrale Position dar. Die Auseinandersetzung der PädagogInnen mit sich selbst bewirkt eine Veränderung im didaktischen Vorgehen und verweist auf eine „konstruktivistische Grundhaltung“ (vgl. Bahr 2007, S. 140). „Konstruktivistische Didaktik erhebt sich über die Inhalte und beschäftigt sich vielmehr mit der Art, *wie* Menschen mit ihnen umgehen“ (Bahr 2007, S. 140). Eine Prämisse konstruktivistischer Didaktik stellt die Beobachtung dar. Durch Beobachtung wird versucht pädagogisches Agieren in Zusammenhang mit seinen Abhängigkeiten zum gesellschaftlichen Geschehen aufzuzeigen. PädagogInnen, die nach den Prinzipien der konstruktivistischen Didaktik handeln, setzen sich mit ihrem Menschenbild auseinander (vgl. Bahr 2007, S. 140f). „Zentrum der konstruktivistischen Didaktik ist die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden im gesellschaftlich normierten Kontext“ (Bahr 2007, S. 141). Nach Hoops präsentiert sich die Aufgabe konstruktivistischer Didaktik darin, dass den Beteiligten ihre individuelle

Subjektivität (Anteil und Rolle) erfahrbar gemacht wird und Verfahren zur effektiven Befähigung beziehungsweise Einbringung der Subjektivität in den Unterricht ermöglicht werden (vgl. Hoops 2001, S. 64).

### **3.3 Relationale Didaktik**

In diesem Kapitel wird ein Modell sprachheilpädagogisch-konstruktivistischer Didaktik vorgestellt. Relationale Didaktik versucht die Kernaussagen des Konstruktivismus in das pädagogische Geschehen zu integrieren und im Kontext der sprachheilpädagogischen Intervention zu etablieren.

Lüdtke versteht unter Relationaler Didaktik „ein didaktisches Modell für den Förderschwerpunkt Sprache, welches in konstruktivistischer Theoriebildung gründet und dabei den Schwerpunkt auf die sprachkonstruierende, intersubjektive Bedeutung der Emotionen sowie deren soziale, kulturelle, ökonomische und gender-spezifische Beziehungskontexte legt“ (Lüdtke 2004, S. 108). Die Autorin versucht durch die Integration der Emotionalität in die sprachheilpädagogische Didaktiktheorie „gutem Unterricht“ zu entsprechen. Es wird ein Wechsel vom rationalen zum relationalen Paradigma angestrebt. Die „sprachspezifisch-emotionale Regulation“ wird als grundlegendes Modell in der sprachheilpädagogischen Intervention angesehen (vgl. Braun 2005, S. 23).

Relationale Didaktik beinhaltet die Grundgedanken der Konstruktivistischen Pädagogik sowie Didaktik und verbindet diese mit relationaler Spracherwerbtheorie, welche die Bedeutung der Emotionen für die gemeinsame sprachliche Konstruktion fokussiert (vgl. Lüdtke 2010, S. 91). Nicht nur Interaktionistische Theorien haben Einfluss auf die Entwicklung der Relationalen Didaktik, sondern auch die von Bahr gestaltete Erweiterung des klassischen Ansatzes „sprachtherapeutischen Unterrichts“ um konstruktivistische Ideen. Sprachliches Lernen stellt nach Bahr einen aktiven Aneignungsprozess der Lernenden dar und „zentrale Bestimmungsgröße“ sind die Lehrenden. „In der Relationalen Didaktik werden diese Impulse vertieft, indem die Grundgedanken der Konstruktivistischen Pädagogik und Didaktik mit einer intersubjektiv-relationalen Sprachtheorie und Spracherwerbtheorie verknüpft werden“ (Lüdtke 2010a, S. 36).

Relationale Spracherwerbtheorien basieren auf der Weiterentwicklung interaktionistischer Theorien. Grundlage des interaktionistischen Spracherwerbs ist die Interaktion „Mutter und Kind“, durch gemeinsame Handlungen und geteilter Aufmerksamkeit. Die „Triangulierung“ zwischen den InteraktionspartnerInnen und den Handlungsgegenständen sowie der gemeinsame „Sprachgebrauch“ stehen im Mittelpunkt dieser Theorie (vgl. Lütke 2010, S. 88). Zollinger beschreibt dies als „Triangulierung des Blickkontaktes“. Durch den Blick erfolgt eine Verbindung der „Gegenstands- und Personenwelt“ und es kann durch die gerichtete Aufmerksamkeit eine Spur im Gehirn entstehen (vgl. Lütke/Bahr 2009, S. 145). Die Triangulierung beziehungsweise das „sprachdidaktische Dreieck“ stellt die Basis der Relationalen Didaktik dar. Die Eckpunkte des sprachdidaktischen Dreiecks bilden die Sprache, die Lernenden und die Lehrenden (vgl. Lütke 2010a, S. 38). Relationale Spracherwerbtheorien bauen auf der Interaktionstheorie auf. Die kommunikative sprachliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gestaltet sich durch die „Interaktion“ und nach neuen „neurowissenschaftlichen Erkenntnissen“ auch durch „relationale Emotionen“ sowie deren „intersubjektiver Spiegelung“ (vgl. Lütke 2010, S. 88). „Relationale Emotionen wie Liebe, Bestätigung, Schüchternheit oder Stolz“ werden in der Triangulierung (Sprache, Lernende/r und Lehrende/r) vermittelt und gespiegelt (Lütke 2006, S. 18). Intersubjektive Spiegelung von Emotionen ist „der wesentliche Organisator der kommunikativ-sprachlichen Entwicklung [...], denn nicht motorische Handlungen von Mutter und Kind werden gespiegelt – z. B. Lächeln mittels Mimik –, sondern die sie generierenden Emotionen und Motive: gegenseitige Zuneigung“ (Lütke 2006, S. 18).

Relationale Didaktik möchte die emotionale Dimension als professionellen Bestandteil in der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik etablieren. Emotionen sollen zur Verbesserung der Qualität sprachheilpädagogischen Unterrichts beitragen.

### **3.3.1 Lernausgangslage**

Ausgangslage jeder sprachheilpädagogischen Intervention stellt die Diagnostik, „Bestimmung der Lernausgangslage“, dar. Wie bereits erwähnt, erfolgt hierbei eine Klassifikation der Sprachstörungen und eine Feststellung des Förderschwerpunktes „Sprache“. Die Relationale Didaktik sieht sich auch mit dieser Vorgehensweise konfrontiert, dennoch möchte sie eine andere Sichtweise und Begrifflichkeit einbringen (vgl. Lütke 2004, S.114f). Diagnostisches Vorgehen ist immer an die Bewertungsmaßstäbe der SprachheilpädagogInnen geknüpft.

Impliziert in diesen Maßstäben sind auch die der Gesellschaft und Kultur. Die „Realität“ der Sprachauffälligkeiten wird durch die „Relationen“ zu anderen Merkmalen hergestellt. Die sprachheilpädagogische Lernausgangslage stellt einen „beobachterabhängigen Erkenntnisgewinn“ für weitere Analyse- und Planungsprozesse des Unterrichts dar (vgl. Lütke 2007, S. 162). Aus pädagogischer Perspektive wird die Sprachentwicklung eines Individuums als ein Gesamtpaket betrachtet. Sprachliche Differenz des Kindes muss im Kontext der Gesamtpersönlichkeit, Familie, Institutionen und Kultur betrachtet werden. Die sprachliche Entwicklung soll außerdem nicht nur von außen, beispielsweise PädagogInnen, sondern auch von innen, aus der Perspektive des Kindes beleuchtet werden (vgl. Lütke/Bahr 2009, S. 133). „Wenn in einer emotionsintegrierenden Perspektive die spezifische Sprache eines Kindes nicht mehr wertend als sprachliche ‚Differenz‘ wahrgenommen wird, dann wird die sozio-emotionale Integration von sprachlicher Heterogenität zum gemeinsamen Ausgangspunkt der Sprachförderung im Unterricht“ (Lütke 2006, S. 115). Der Förderschwerpunkt beziehungsweise die sprachliche Differenz wird in der Relationalen Didaktik als „kontext- und beobachterabhängiges Merkmal“ angesehen. SchülerInnen mit Sprachauffälligkeiten werden nicht anhand ihrer Defizite definiert, sondern der jeweilige sprachliche Stil wird als individuelle Daseinsform angenommen. Damit erhalten die Lernenden von den Lehrenden Anerkennung. Diese Anerkennung, emotionale Zuwendung, nimmt eine zentrale Rolle ein. Für die PädagogInnen bedingt diese Sichtweise der Lernausgangslage eine Reflexion ihres „diagnostischen Selbstverständnisses“. SchülerInnen werden anhand sprachlicher Normen, individueller und gesellschaftlicher, eingeteilt. Erfolgt durch die Lehrenden eine Zuschreibung der SchülerInnen mit sprachlichen Defiziten, dann hat dies zur Konsequenz, dass sich die SchülerInnen von den „normalen“ MitschülerInnen ausgeschlossen fühlen. Deshalb postuliert die Relationale Didaktik eine Wertschätzung der SchülerInnen mit sprachlichen Differenzen (vgl. Lütke 2004, S. 115f).

### **3.3.2 Lernziele**

Nach Bestimmung der Lernausgangslage werden gemeinsam mit den SchülerInnen individuelle Lernziele formuliert. „Die Relationale Didaktik hat [...] die Anerkennung der sprachlichen Differenz als individuelle Variation zum Ziel. Dieser Anerkennungsakt kann jedoch nur über eine inhaltliche Erweiterung der Zielperspektive geschehen, indem das Bildungsziel [...] auf einer weiter gefassten sprachheilpädagogischen Ebene bestimmt wird“ (Lütke 2007, S. 172). Ziel der Relationalen Didaktik stellt „sprachliche Identität“ dar.

Sprachliche Identität ermöglicht die Emotionalität der Lernenden mit einzubeziehen. In weiterer Folge wird „linguistische Homogenität“ angestrebt, die aber in den Aufbau der sprachlichen Identität integriert wird. Wichtig ist bei den SchülerInnen ein „inneres Gefühl der sprachlichen Zufriedenheit“ zu erreichen. Durch die gemeinsame Zielformulierung gestaltet sich die Zielerreichung aktiver und die Lernenden werden zur Eigenverantwortlichkeit übergeführt (vgl. Lütke 2004, S. 117f). „[E]in emotionsintegrierender Unterricht ist stets bemüht, sich für identitätsrelevante Spracherfahrungen [...] zu öffnen, um daraus aktive Lösungswege [...] zur Integration des sprachlichen Selbst zu entwickeln“ (Lütke 2004, S. 118f). Eigenverantwortung der SchülerInnen in der sprachheilpädagogischen Intervention bedeutet sprachliche Grenzen, unüberwindbare sprachliche Differenzen, anzuerkennen und trotzdem dem Individuum die Möglichkeit zu bieten sprachliche Identität zu entwickeln.

### **3.3.3 Lernen**

Lernen im sprachlichen Kontext der Relationalen Didaktik lenkt den Fokus auf die Emotionalität der SchülerInnen. „Wenn sprachliches Lernen als emotional regulierte Bedeutungskonstruktion verstanden wird, stehen die vielfältigen und einzigartigen Konstruktionen der subjektiven Variation im Zentrum des Unterrichts“ (Lütke 2004, S. 110). Sprachliches Lernen entsteht im Kontext der Gemeinschaft, dieser Lernprozess bedarf einer Anpassung und Gestaltung in Gesellschaft anderer Menschen (vgl. Lütke/Bahr 2009, S. 145). Im Mittelpunkt des Lernens stehen der sprachliche Ausdruck und die emotionale Ausrichtung der sprachheilpädagogischen Intervention. Sprachliches Lernen stellt einen subjektiven Prozess dar und gestaltet sich dadurch als emotional. In diesem Prozess wird von den Lernenden die „Realität“ anhand eigener Erfahrungen und Empfindungen im Kontext mit der Umwelt gedeutet und ein Selbstbild des Individuums konstruiert. Sprachheilpädagogische Intervention kann sich emotionale didaktische Anordnungen zu Hilfe nehmen und damit die Neugier beziehungsweise Eigeninitiative der SchülerInnen wecken (vgl. Lütke 2004, S. 110f).

### **3.3.4 Lehren**

Damit sprachliches Lernen in der sprachheilpädagogischen Intervention passieren kann, muss auch professionelles Lehren vermittelt worden sein. Die Relationale Didaktik legt den Fokus

in der LehrerInnenbildung auf die „Verbesserung der Emotionalität“ der Lehrenden. Wichtig für den „Lehr-Lernprozess“ ist das Zusammenwirken von „Sprachkonstruktionen“ und „emotionaler Kontextunterstützung“ (vgl. Lütke 2004, S. 112). Die Qualität der sprachheilpädagogischen Intervention ist an die Emotionalität des Lehrkontextes gebunden. SchülerInnen erleben diese in Interaktionen und Beziehungen mit den PädagogInnen. Zentrale Prämisse in der Lehrsituation stellt der Dialog dar. SprachheilpädagogInnen sollen nicht präsentieren, sondern gemeinsam mit den SchülerInnen Sprachanlässe konstruieren und Möglichkeiten zum Dialog schaffen (vgl. Lütke 2004, S. 113). Aufgabe der SprachheilpädagogInnen ist es, die Beziehung im „sprachdidaktischen Dreieck“ zu gestalten, zu evaluieren und hinsichtlich der „intersubjektiven, relationalen und emotionalen Dimension“ zu verändern (vgl. Lütke 2010a, S. 38). Die SprachheillehrerInnen schaffen „lediglich“ Bedingungen für die Selbstorganisation der Lernenden/der SchülerInnen. Mit anderen Worten ‚erzeugt‘ der Lehrer nicht mehr das Wissen, das ‚in die Köpfe der SchülerInnen soll‘, er ‚ermöglicht‘ Prozesse der selbsttätigen und selbstständigen Wissensaneignung“ (vgl. Siebert 2002, S. 29, zit. nach: Arnold 1993, S. 53).

### **3.3.5 Selbstverständnis**

SprachheilpädagogInnen schaffen gemeinsam mit den SchülerInnen Situationen, in denen sprachliches Lernen stattfinden kann. Für die Relationale Didaktik ist es wichtig, das „professionelle Selbstverständnis“ der Lehrenden zu reflektieren und eine „emotionsintegrierende Perspektive“ anzustreben (vgl. Lütke 2004, S. 122). Die Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen der SchülerInnen erfolgt durch die Unterstützung der PädagogInnen im emotionalen Kontext der sprachlichen Situationen. Sie bieten Hilfen zur Strukturierung der emotionalen Sprachlernsituationen in der Institution Schule an. SprachheillehrerInnen benötigen professionell-emotionale Kompetenzen zur Analyse und Unterstützung in den unterschiedlichsten Sprachlernsituationen (vgl. Lütke 2007, S. 177). Das Selbstverständnis eines sprachheilpädagogisch tätigen Menschen findet sich nicht nur in seinem Berufsfeld wieder, sondern findet auch Einzug ins Privatleben. Grundlage für ein Selbstverständnis, im Sinne der Relationalen Didaktik, ist es die eigenen Gefühle und Stimmungen wahrzunehmen und dadurch Unstimmigkeiten in der Profession „SprachheillehrerIn“ zu erkennen um notwendige Änderungen einleiten zu können (vgl. Lütke 2004, S. 123).

### 3.3.6 Unterricht

Sprachheilpädagogischer Unterricht im Kontext der Relationalen Didaktik versteht sich als Beteiligung der SprachheilpädagogInnen und der SchülerInnen an dialogischen Prozessen. Die Prozesse der Sprachkonstruktionen vollziehen sich emotional und kognitiv. SprachheillehrerInnen berücksichtigen ihr eigenes Wohlergehen sowie das der SchülerInnen in ihrem Unterricht und reflektieren dieses ständig (vgl. Lüdtkke 2004, S. 120). Die PädagogInnen sind es nicht, die den Unterricht steuern und lenken, sondern in Kooperation mit den SchülerInnen wird der Sprachheilkurs konstruiert. Dies bedingt auch eine Verabschiedung der Planbarkeit der sprachheilpädagogischen Intervention (vgl. Lüdtkke 2007, S. 175f). „Die Grundkonzeption didaktischen Handelns [...] ist ein an Identitätsbildung orientiertes Verstehen von Sprachentwicklungspfaden, wobei das hierbei notwendige Einnehmen von mehreren Beobachterperspektiven den Vorteil mit sich bringt, sich von Machtfantasien zu entledigen“ (Lüdtkke 2004, S. 121). SprachheilpädagogInnen müssen sich ihrer subjektiven und gesellschaftlichen BeobachterInnenrollen bewusst werden und dahingehend Unterricht, Inhalte und Ziele reflektieren (vgl. Lüdtkke 2004, S. 121).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Relationale Didaktik ein Modell für sprachheilpädagogische Intervention darstellt. „Zentraler Gedanke [der Relationalen Didaktik] ist, dass Wissen selbstorganisiert, sozial situiert und emergent ist und Wissenserwerb deshalb nicht wie in klassischen Lehr-Lern-Modellen determiniert und gesteuert, sondern nur in seinem sozialen Ausgehandelt-Werden durch Lernimpulse angestoßen, initiiert werden kann“ (Lüdtkke 2010a, S. 35). Ob dieses Modell, das an gleichzeitiger Erfüllung von Bildungs- und Erziehungszielen sowie sprachspezifischen Lernzielen orientiert ist, „in Zeiten bildungspolitischer Umstrukturierungsprozesse praxisrelevant“ wird, bleibt derzeit noch offen (Lütke 2010, S. 91).

## 4 Empirischer Teil

Der Empirische Teil der vorliegenden Diplomarbeit beschäftigt sich mit der *Situationsanalyse des Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich*. Es werden *Forschungsfrage*, *Forschungsgegenstand* und *Forschungsmethode* beschrieben und argumentiert. Anschließend wird eine *Überprüfung der Hypothesen*, *Darstellung und Interpretation der Ergebnisse* vorgenommen. Um der Transparenz und Intersubjektivität der Forschung genüge zu leisten, werden methodische Entscheidungen ausführlich offen gelegt und begründet werden (vgl. Giel/Iven 2009, S. 124f).

Die vorliegende Studie evaluiert sprachheilpädagogische Intervention und prüft somit „die Qualität der Sprachtherapie anhand von Standards im Hinblick auf Zweckmäßigkeit, Sinnhaftigkeit und Effizienz“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 288). Die pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen werden auf ihre Auswirkungen hin untersucht und bewertet. SprachheilpädagogInnen konstruieren für die SchülerInnen eine „personen-, störungs- und situationsgerechte“ Intervention. Die sprachheilpädagogische Intervention wird von den PädagogInnen für beziehungsweise mit den SchülerInnen gestaltet und impliziert somit die pädagogischen Ansprüche der LehrerInnen (vgl. Homburg/Lüdtke2003, S. 133).

### 4.1 Forschungsfrage und Forschungsgegenstand

Die vorliegende Diplomarbeit evaluiert die pädagogischen Ansprüche, Zielsetzungen, Effektivität, Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sowie Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und ihre Auswirkungen auf den sprachheilpädagogischen Unterricht aus der Perspektive der LehrerInnen. Die empirische Untersuchung wird ausschließlich aus der Sichtweise der SprachheillehrerInnen bewertet und zielt auf Aussagen hinsichtlich der Forschungsfrage, die folgendermaßen lautet:

*Wie wirken sich pädagogische Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention aus?*

Die pädagogische Relevanz der Forschungsfrage zeigt sich anhand der Aussage von Homburg und Lüdtke: „Die therapeutische Kunst besteht in der person-, störungs- und

situationsgerechten Gewichtung der mitwirkenden Momente im gekonnten Wechsel von Anforderung, Bekräftigung, Spannung, Entspannung, Reflexion usw. Dazu konstruiert sich jeder Sprachtherapeut sein dynamisches Modell der Therapie-, Unterrichts- und Förderkonstellation. Einem Mobile gleich muss er die verschiedenen Entscheidungsfelder, ihre hierarchische Anordnung und die sich stets wandelnden Gewichte in eine Balance bringen“ (Homburg/Lüdtke 2003, S. 133).

Als Forschungsgegenstand dienen SprachheilpädagogInnen im niederösterreichischen Pflichtschulbereich und deren SchülerInnen. SprachheillehrerInnen sind LehrerInnen mit einer speziellen Ausbildung in Sprachheilpädagogik. Ihr Einsatzgebiet erstreckt sich auf den Bereich der Pflichtschulen. Sie unterrichten dort SchülerInnen mit Sprachauffälligkeiten im Klassenverband oder im Einzel- beziehungsweise Gruppensetting. Die sprachheilpädagogische Intervention findet in Volks-, Haupt- und Sonderschulen beziehungsweise Sonderpädagogischen Zentren statt. Schwerpunkt der vorliegenden empirischen Studie ist die Befragung der LehrerInnen bezüglich „ihrer“ sprachheilpädagogischen Intervention und „ihrer“ SchülerInnen im Pflichtschulbereich.

## **4.2 Forschungsmethode**

Nach Auseinandersetzung mit verschiedenen sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden, Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener qualitativer und quantitativer Untersuchungen sowie in Hinblick auf die Forschungsfrage und Forschungsgegenstand erfolgte die Auswahl einer empirisch quantitativen Methode, der schriftlichen Befragung.

### **4.2.1 Auswahl der Methode**

Im sozialen Geflecht der sprachheilpädagogischen Intervention wurden einfürend die Beteiligten (SchülerInnen, SprachheillehrerInnen und Erziehungsberechtigten) und das rechtlich organisatorische Umfeld charakterisiert. Die schriftliche Befragung ist eine Erhebungsmethode in der empirischen Sozialforschung, die die Untersuchung von nicht beobachtbaren Einstellungen ermöglicht. Eine zusätzliche Beobachtung durch die Verfasserin kam aus forschungsethischen und ressourcentechnischen Erwägungen nicht in Frage. Das schriftliche Verfahren der Datenerhebung erfolgte systematisch und standardisiert (vgl. Abel/Möller/Treumann 1998, S. 52f).

Nach Wellenreuther muss die Entwicklung des Fragebogens den Kriterien, Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Trennschärfe, entsprechen (vgl. Wellenreuther 2000, S. 339). Weiters muss entschieden und begründet werden, welche Fragen, „offene“ und/oder „geschlossene“, zur Erreichung des Forschungsziels dienen. Darüber hinaus muss nach Wellenreuther berücksichtigt werden, dass die Fokussierung auf nur eine Art von Fragen bei der/dem Befragten Monotonie und Langeweile erzeugen beziehungsweise Vorgaben, bei geschlossenen Fragen, ihn/sie einengen können (vgl. Wellenreuther 2000, S. 340f). Die Situation in der die Befragten den Fragebogen ausfüllen, ist nicht kontrollierbar und die Ausfallquote beziehungsweise Rücklaufquote der Beantwortung im Vorhinein nicht feststellbar. Bei schriftlicher Befragung kann die verzerrende Wirkung der Genderrolle der Befragenden auf die Befragten beziehungsweise die Ergebnisse weitgehend ausgeschlossen werden (vgl. Atteslander 2008, S. 147). Die quantitative Befragung der SprachheillehrerInnen erfolgte mittels zweier selbstentworfenen Fragebögen, *LehrerIn-Fragebogen* und *SchülerIn/Eltern-Fragebogen*.

#### 4.2.2 Beschreibung des Fragebogens

Die selbstentworfenen Fragebögen, *LehrerIn-Fragebogen*<sup>14</sup> und *SchülerIn/Eltern-Fragebogen*<sup>15</sup>, enthalten Items zur Person, Organisation des Sprachheilkurses und zu den Bereichen: Ziele, Erfolg, Kontakt- und Kommunikationsanspruch der sprachheilpädagogischen Intervention sowie zum Informationsanspruch der PädagogInnen. Der *LehrerIn-Fragebogen* setzt sich aus 66 Items und der *SchülerIn/Eltern-Fragebogen* aus 47 Items zusammen. Die Fragebögen umfassen geschlossene und offene Fragen (Kontrollfragen). Bei den geschlossenen Fragen gibt es im *LehrerIn-Fragebogen* und im *SchülerIn/Eltern-Fragebogen* Fragen mit den Alternativantworten *ja* und *nein*. Die Fragebögen enthalten auch Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten bei denen die Befragten aus drei bis acht vorgegebenen Antworten auswählen konnten. Außerdem sind geschlossene Fragen in Form von Skalenfragen inkludiert, die den Grad der Zustimmung der Beteiligten erfragten. Die sechsstufige Skala reicht von *starker Zustimmung* bis *starker Ablehnung*. Zur Auswertung der Untersuchung werden nicht alle Fragen der Fragebögen

---

<sup>14</sup> Siehe *Anhang*

*LehrerIn-Fragebogen* S. 143.

<sup>15</sup> Siehe *Anhang SchülerIn/Eltern-Fragebogen* S. 148.

herangezogen, sondern treffende Fragen zu den Rahmenbedingungen und den pädagogischen Ansprüchen sprachheilpädagogischer Intervention ausgewählt.

Im Folgenden werden die Schemata der Fragebögen erläutert, indem die verschiedenen Kategorien, zu denen Fragen formuliert wurden, aufgelistet werden. Beide Fragebögen, der *LehrerIn-* und *SchülerIn/Eltern-Fragebogen*, sollen folgende Dimensionen im heil- und sonderpädagogischen Kontext erforschen:

- Ziele der sprachheilpädagogischen Intervention,
- Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention,
- Kontaktgestaltung und Kommunikation der sprachheilpädagogischen Intervention sowie
- Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen (vgl. Eckert 2007, S. 51f).

Die selbstentworfenen Fragebögen untersuchen die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen und werden auszugsweise vorgestellt.

Im *LehrerIn-Fragebogen* werden PädagogInnen hinsichtlich ihrer **Zielsetzungen** folgendermaßen befragt:

<p><u>Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an!</u></p> <p>Dabei bedeutet:</p> <p><b>starke Zustimmung: +++      mittlere Zustimmung: ++      schwache Zustimmung: +</b>  <b>schwache Ablehnung: -      mittlere Ablehnung: - -      starke Ablehnung: - - -</b></p>
---

	<b>Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ... des/der SchülerIn.</b>	+++	++	+	-	--	---
41.	... Beseitigung der „Störungen“ ...	<input type="radio"/>					
42.	... Stärkung des Selbstbewusstseins ...	<input type="radio"/>					
43.	... Förderung der Motorik ...	<input type="radio"/>					
44.	... Förderung der Emotionalität ...	<input type="radio"/>					
45.	... Förderung der Kognition ...	<input type="radio"/>					
46.	... Förderung der sozialen Kompetenzen ...	<input type="radio"/>					
47.	... ganzheitlichen Förderung ...	<input type="radio"/>					

Im *SchülerIn/Eltern-Fragebogen* werden den LehrerInnen zur **Effektivität** der sprachheilpädagogischen Intervention folgende Antwortmöglichkeiten geboten:

<b>18.</b>	<b>Wie gestaltet sich der Behandlungserfolg der sprachheilpädagogischen Förderung bei diesem/dieser SchülerIn in diesem Schuljahr?</b>
	<input type="checkbox"/> symptomfrei <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> leicht gebessert <input type="checkbox"/> nicht gebessert

Im *SchülerIn/Eltern-Fragebogen* werden die SprachheillehrerInnen zu ihrer **Kontakt- und Kommunikationsgestaltung** befragt:

<b>19.</b>	<b>Kommunizieren Sie persönlich mit dem/der KlassenlehrerIn über den/die betreuteN SchülerIn?</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Der **Informationsanspruch** der SprachheillehrerInnen wird im *LehrerIn-Fragebogen* anhand folgender Fragestellungen untersucht:

<b>33.</b>	<b>Gibt es Ihrer Meinung nach genug Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen?</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>39.</b>	Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen sind wichtig.	○	○	○	○	○	○
------------	--	---	---	---	---	---	---

	<b>Persönlicher Kontakt zu folgenden Personen ist wichtig:</b>	+++	++	+	-	--	---
<b>51.</b>	anderen SprachheillehrerInnen	○	○	○	○	○	○
<b>52.</b>	LogopädInnen	○	○	○	○	○	○
<b>53.</b>	HNO-ÄrztInnen	○	○	○	○	○	○
<b>54.</b>	KollegInnen der Stammschule	○	○	○	○	○	○
<b>55.</b>	KollegInnen der „betreuten“ Schulen	○	○	○	○	○	○

### 4.2.3 Beschreibung der Durchführung

Nach Entwicklung des *LehrerIn-* und des *SchülerIn/Eltern-Fragebogens* wurden diese einer Vortestung unterzogen. Diese diente zur Exploration der Verständlichkeit und Ausfüllbarkeit durch die Befragten. Die schriftliche Befragung wurde von zwei SprachheillehrerInnen ausgefüllt und anschließend gemeinsam mit ihnen überarbeitet. Danach wurden die Fragebögen nochmals korrigiert.

Bei einer Tagung der niederösterreichischen SprachheillehrerInnen im Herbst 2010 wurde durch persönliche Bekanntschaften die Zugänglichkeit zum Forschungsfeld ermöglicht. Dadurch konnte Kontakt zu den PädagogInnen hergestellt werden. An die anwesenden LehrerInnen, die bereit waren an einer schriftlichen Befragung teilzunehmen, wurden die Fragebögen verteilt. Die Auswahl der SprachheillehrerInnen erfolgte zufällig bei der Tagung der SprachheillehrerInnen. Die empirische Erhebung wurde im Herbst 2010 in Niederösterreich durchgeführt.

#### **4.2.4 Auswertung der Untersuchung**

Die Auswertung der empirischen Untersuchung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 19. SPSS dient zur statistischen Datenanalyse. Zur Beschreibung der Stichprobe und Berechnung der Hypothesen wurden verschiedene statistische Termini und Verfahren herangezogen, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Bei der Hypothesenüberprüfung werden Hypothesen hinsichtlich des Verhaltens einer Population formuliert, welche der Überprüfung dienen und gegebenenfalls zum Verwerfen von Hypothesen führen. Dafür werden eine Nullhypothese  $H_0$  und eine Alternativhypothese  $H_1$  formuliert (vgl. Atteslander 1992, S. 317ff).

Bei den verwendeten Subhypothesen der vorliegenden empirischen Studie handelt es sich um Korrelationshypothesen. Die Korrelationshypothese ermittelt die Größe und Art des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Diese entstehen durch Paare von Beobachtungen am gleichen Element der Stichprobe (vgl. Zöfel 1992, S. 209). Die Zusammenhangshypothese macht Aussagen zwischen zwei oder mehr Gruppen hinsichtlich Merkmalen und Ausprägungen. Der festgestellte Zusammenhang sagt zunächst nichts über die Kausalbeziehungen der untersuchten Merkmale aus. Schlussfolgerungen, die aus der Korrelationsanalyse gezogen werden können, beziehen sich primär nur auf die Art und Intensität des miteinander Variierens zweier oder mehrerer Merkmale (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 506). Der Korrelationskoeffizient informiert weiters über die „Enge“ des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Der Korrelationskoeffizient kann einen Wert zwischen -1 (starker negativer Zusammenhang zwischen den Variablen) und +1 (bedeutet

starker positiver Zusammenhang zwischen den Variablen) annehmen. Der Wert 0 bedeutet, es besteht kein Zusammenhang zwischen den Variablen.

Die Signifikanz  $p$  des Test für die Berechnung der Korrelationshypothese muss sich in einem Bereich von  $p \leq 0,05$  bewegen. Das bedeutet, dass mit 95%iger Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht (vgl. Zöfel 1992, S. 77f). Die Signifikanz der Ergebnisse ist gegeben, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5 % beträgt. Eine hohe Signifikanz ergibt sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1 %. Diese Grenze ist in den Sozialwissenschaften allgemein gültig und wird als Standard verwendet (vgl. Atteslander 1992, S. 320f).

Korrelationen zwischen nichtmetrischen, nominalskalierten Daten lassen sich mit Hilfe von Kreuztabellen darstellen. Der Chi-Quadrat-Test überprüft, ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden. Der Koeffizient Phi gibt den Grad der „Assoziation“ der beiden in Beziehung gesetzten Variablen an (vgl. Bühl 2010, S.275f). Bei ordinalskalierten Variablen wird die Rangkorrelation nach Spearman angewandt. Bei dieser Berechnung werden den einzelnen Werten Rangplätze zugeordnet und dann in einer entsprechenden Formel weiterverarbeitet (vgl. Bühl 2010, S. 389).

#### **4.2.5 Auswahl und Beschreibung der Zielgruppe**

Der schriftliche Fragebogen wurde als empirische Erhebungsform für die vorliegende Arbeit gewählt, da dies für die „Zielgruppe“ der SprachheillehrerInnen kaum Schwierigkeiten darstellen sollte und es für die üblichen Ressourcen einer Diplomarbeit bewältigbar erschien (vgl. Atteslander 2008, S. 147). Die Personengruppe der SprachheillehrerInnen liefert Informationen über die Situation, das Umfeld, ihre Ansprüche an die sprachheilpädagogische Intervention und ihre Ausgestaltung. Einerseits werden die PädagogInnen als bezahlte und ausgebildete Profis (Gestaltung und Durchführung der sprachheilpädagogischen Intervention) in ihrer Rolle als SprachheillehrerIn herangezogen. Sie übernehmen in der Unterrichtssituation, im Kontakt mit Erziehungsberechtigten und KlassenlehrerInnen üblicherweise die Rollen der HauptakteurInnen. Andererseits bietet sich für SprachheilpädagogInnen in der sprachheilpädagogischen Intervention viel Gestaltungsspielraum, möglicherweise mehr als für RegelschullehrerInnen im Regelunterricht. Weshalb sich diese Überlegungen gut zur empirischen Überprüfung und Diskussion im Kontext des Konstruktivismus eignen.

#### 4.2.6 Beschreibung der Stichprobe

Die Zielgruppe der empirischen Untersuchung stellten SprachheillehrerInnen, die in diesem Bereich tätig sind, dar. Die PädagogInnen erhielten jeweils einen Fragebogen, zur eigenen Person und mehrere Fragebögen zu ihren SchülerInnen beziehungsweise den Erziehungsberechtigten. Insgesamt beteiligten sich 13 PädagogInnen an der Untersuchung und lieferten Informationen zu 118 SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“. Bei der Tagung im Herbst 2010 wurden 26 *LeherIn-* und 282 *SchülerIn/Eltern-Fragebögen* ausgegeben. Die Rücklaufquote der Befragung betrug bei den *LehrerInnen-Fragebögen* 50 % und bei den *SchülerInnen/Eltern-Fragebögen* 42 %. Die SprachheillehrerInnen beantworteten einen Fragebogen zur eigenen Person und „einige“ *SchülerIn/Eltern-Fragebögen*. Die Auswahl der LehrerInnen für welche SchülerInnen sie einen Fragebogen ausgefüllt haben, erfolgte autonom und ohne Begründung. Die Anzahl der ausgefüllten *SchülerIn/Eltern-Fragebögen* könnte sich aus der Anzahl der betreuten SchülerInnen und aus den vorhandenen Zeitkapazitäten der PädagogInnen zusammensetzen. Die Informationen zu den SchülerInnen und LehrerInnen bezogen sich auf das Schuljahr 2009/10.

Das Genderverhältnis der SprachheilpädagogInnen gestaltet sich folgendermaßen:

		Geschlecht der LehrerIn	
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	männlich	1	7,7
	weiblich	12	92,3
	Gesamt	13	100,0

**Tabelle 1: Geschlechterverteilung der SprachheillehrerInnen**

An der empirischen Untersuchung beteiligten sich 12 SprachheillehrerInnen und ein Sprachheillehrer.

Die Berufserfahrung der SprachheilpädagogInnen gestaltet sich folgendermaßen:

Berufserfahrung in Jahren		
	Häufigkeit	Prozent
Gültig 2	1	7,7
3	3	23,1
5	3	23,1
6	1	7,7
7	1	7,7
12	1	7,7
15	1	7,7
20	1	7,7
24	1	7,7
Gesamt	13	100,0

**Tabelle 2: Berufserfahrung der SprachheillehrerInnen**

Die befragten PädagogInnen haben zwischen 2 und 24 Jahren Erfahrung in ihrem Beruf „SprachheillehrerIn“.

Diese SprachheilpädagogInnen machten Angaben zu 118 SchülerInnen, zu 75 männlichen Schülern und 43 weiblichen Schülerinnen. Für diese 118 SchülerInnen füllten die befragten LehrerInnen *SchülerIn/Eltern-Fragebögen* aus. Die Untersuchung liefert Informationen zu 63,6 % männlichen Schülern und 36,4 % weiblichen Schülerinnen.

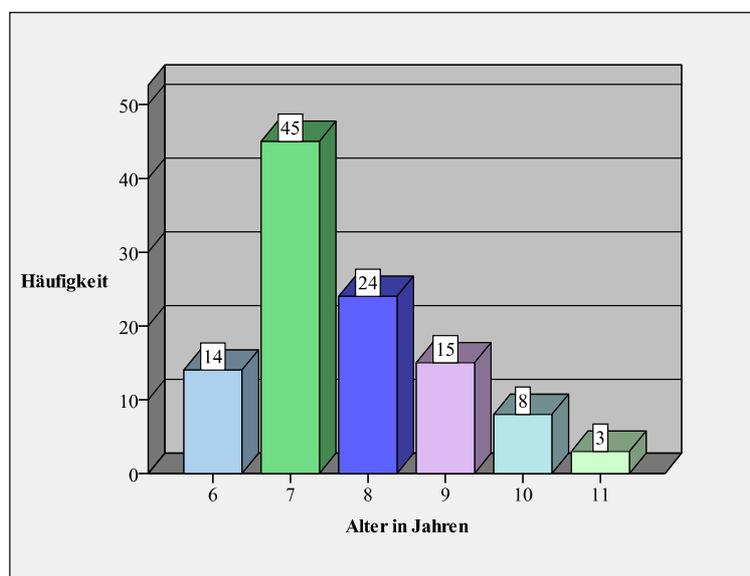
Um Ausreißer und Verzerrungen zu vermeiden wurde die Stichprobengröße reduziert. SchülerInnen mit Lehrplan für schwerstbehinderte Kinder und mit Lehrplan der Hauptschule wurden aus dem Datensatz entfernt. Der Datensatz der Stichprobe setzt sich nun aus 109 SchülerInnen mit Volksschullehrplan oder Allgemeinen Sonderschullehrplan bis zur vierten Schulstufe zusammen. Die Stichprobe, nach der Reduzierung, für die vorliegenden Berechnungen umfasst 109 SchülerInnen .

Nach Braun gestaltet sich die Geschlechterverteilung der Sprachstörungen im Verhältnis 2:1 zu ungunsten der männlichen SchülerInnen (vgl. Braun 2002, S. 8). Die Genderverteilung der vorliegenden Untersuchung (N=109) erfüllt diesen Anspruch nicht exakt, sie ist mit 71 Schülern zu 38 SchülerInnen im Verhältnis etwas geringer (1,87:1). Dennoch lassen sich Tendenzen der Geschlechterverteilung nach Braun sichtbar machen.

Insgesamt lieferte die Frage *Wie viele SchülerInnen (,sprachgestörte‘ Kinder) haben Sie im Schuljahr 2009/10 betreut?* folgendes Ergebnis: Die befragten SprachheilpädagogInnen betreuten im Schuljahr 2009/10 insgesamt 363 SchülerInnen davon 134 weibliche SchülerInnen (36,9 %) und 229 männliche SchülerInnen (63,1 %). Die Geschlechterverteilung der betreuten SchülerInnen betrug 1,71:1 und erfüllt die Aussage von Braun, Buben zu Mädchen im Verhältnis von 2:1 nicht exakt, tendenziell lässt sich dieser Trend aber erkennen.

Dennoch kann die Tendenz, dass mehr Buben als Mädchen von einer Sprachstörung betroffen sind bestätigt werden. Ein Grund für das unausgewogene Verhältnis der Geschlechterverteilung in der Sprachentwicklung, insbesondere von Sprachstörungen, könnte in der Metasprache des sozialen Umfeldes der Kinder liegen. Reese, Haden und Fivush analysierten 1996 die Metasprache des Umfeldes und kamen zu dem Ergebnis, dass „Mädchen mehr kindgerechte Sprache hören und auch mehr positive Bestärkung als Jungen“ (vgl. Welling 2007, S. 972).

Das Alter der SchülerInnen im Förderschwerpunkt „Sprache“ liegt in der vorliegenden Untersuchung zwischen 6 und 11 Jahren.



**Abbildung 6: Häufigkeit Alter der SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“**

Am häufigsten nahmen SchülerInnen mit 7 Jahren an der sprachheilpädagogischen Intervention teil. 45 SchülerInnen (41,3 %) mit Förderschwerpunkt „Sprache“ waren 7 Jahre alt. 24 SchülerInnen (22 %) waren 8 Jahre alt. 15 SchülerInnen (13,8 %) waren im Alter von 9 Jahren. 6 Jahre waren 14 SchülerInnen (12,8 %) und 11 Jahre waren 3 SchülerInnen (2,8 %).

Die Geschlechterverteilung der Altersgruppe 7 Jahre gestaltete sich folgendermaßen: 45 SchülerInnen im Alter von 7 Jahren besuchten den Sprachheilkurs. 24 Buben (53,3 %) und 21 Mädchen (46,7 %) im Alter von 7 Jahren nahmen an der sprachheilpädagogischen Intervention teil. Die Genderverteilung der Altersgruppe 7 Jahre gestaltete sich 1,14:1 und bestätigt die Aussage von Braun nur tendenziell, dass die Geschlechterverteilung der Sprachstörungen im Verhältnis 2:1 beträgt (vgl. Braun 2002, S. 8).

Die SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ wurden in verschiedenen Schulformen (Volksschulen, Allgemeinen Sonderschulen beziehungsweise Sonderpädagogischen Zentren) nach den Lehrplänen der Volksschule (VS) und Allgemeinen Sonderschule (ASO) unterrichtet. 96 SchülerInnen (88,1 %) wurden nach dem Lehrplan der Volksschule und 13 SchülerInnen (11,9 %) nach dem Lehrplan der Allgemeinen Sonderschule unterrichtet.

Nach Beschreibung der Stichprobe, der PädagogInnen und SchülerInnen, werden im Folgenden weitere wichtige Eckpunkte, *Organisationsform*, *Zeitraumen*, *Dauer* und *Häufigkeit*, der sprachheilpädagogischen Intervention des Schuljahres 2009/10 näher erläutert. Für die vorliegende Studie wurden nicht nur die Personen an sich, sondern auch die Rahmenbedingungen des Sprachheilunterrichts erforscht.

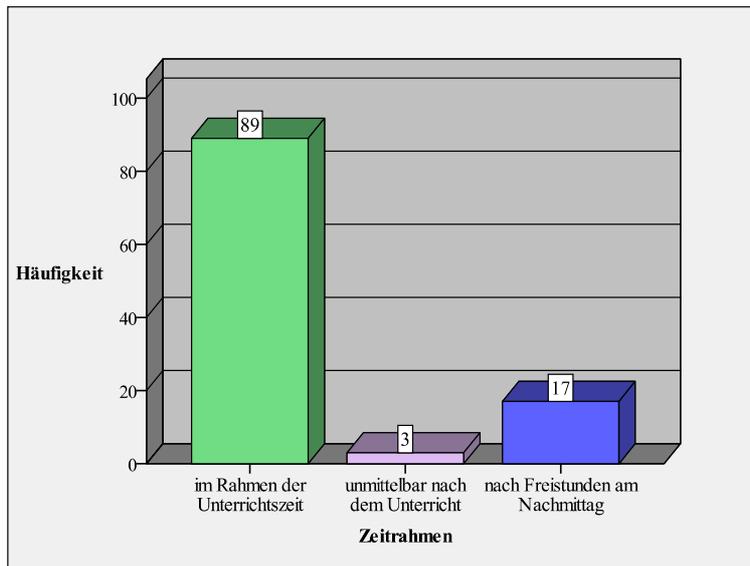
Die SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ erhielten die sprachheilpädagogische Intervention in unterschiedlichen Organisationsformen:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Einzelbetreuung	60	55,0	55,0	55,0
Gruppenbetreuung	49	45,0	45,0	100,0
im Klassenverband	0	0,0	0,0	100,0
Gesamt	109	100,0	100,0	

**Tabelle 3: Organisationsformen sprachheilpädagogischer Intervention**

60 SchülerInnen (55 %) wurden in *Einzelbetreuung* und 49 SchülerInnen (45 %) der Stichprobe wurden in *Gruppenbetreuung* (2 bis 4 SchülerInnen) unterrichtet. Es wurden jedoch keine SchülerInnen von den SprachheillehrerInnen integrativ *im Klassenverband* im Klassenraum der SchülerInnen unterrichtet. Nach den „Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilkursen“ soll der „individualisierte Unterricht in Einzel-, Partner-, bzw. Gruppenarbeit“ stattfinden (LSRfNÖ 2009, o. S.).

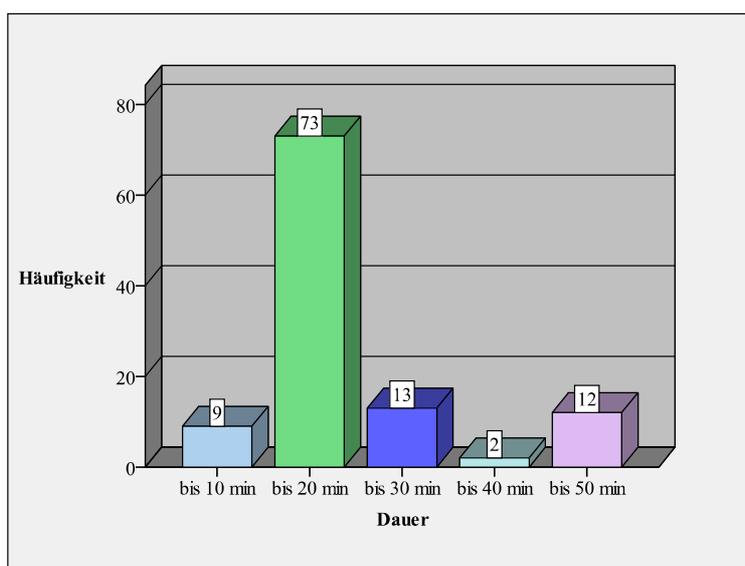
Der Zeitrahmen, wann der Sprachheilunterricht stattfindet, gestaltet sich in dieser Untersuchung folgendermaßen:



**Abbildung 7: Häufigkeit Zeitrahmen der sprachheilpädagogischen Intervention**

81,7 % SchülerInnen nahmen *im Rahmen der Unterrichtszeit* am Sprachheilkurs teil. Am *Nachmittag nach Freistunden* besuchten 15,6 % der SchülerInnen und *unmittelbar nach dem Unterricht* 2,8 % der SchülerInnen die sprachheilpädagogische Intervention.

Die sprachheilpädagogische Intervention wurde unterschiedliche lange von den PädagogInnen abgehalten. Das Ausmaß der Dauer des Sprachheilkurses lag zwischen 10 und 50 Minuten.



**Abbildung 8: Häufigkeit Dauer der sprachheilpädagogischen Intervention**

Für 67 % der SchülerInnen dauerte eine Einheit des Sprachheilkurses *20 Minuten*. 11,9 % der SchülerInnen erhielten *30 Minuten* Sprachheilunterricht. *50 Minuten* dauerte eine Einheit des Unterrichts für 11 % der SchülerInnen. 8,3 % der SchülerInnen wurden *10 Minuten* pro Einheit der Intervention unterrichtet. *40 Minuten* dauerte eine sprachheilpädagogische Einheit für 1,8 % der Stichprobe.

Sprachheilpädagogische Intervention ist nach dem Landesschulrat für Niederösterreich „im Regelfall zweimal wöchentlich“ abzuhalten (LSRfNÖ 2009, o. S.). In der vorliegenden Untersuchung beantworteten die SprachheillehrerInnen Fragen zur *Häufigkeit des Sprachheilkurses pro Woche*. Im Fragebogen konnten die PädagogInnen zwischen den Möglichkeiten *1-mal*, *2-mal* oder *öfter* anzukreuzen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1-mal	103	94,5	94,5	94,5
2-mal	6	5,5	5,5	100,0
öfter	0	0,0	0,0	100,0
Gesamt	109	100,0	100,0	

**Tabelle 4: Häufigkeit Sprachheilunterricht pro Woche**

94,5 % der SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ nahmen *1-mal* in der Woche am Sprachheilkurs teil. Nur 5,1 % der SchülerInnen besuchten *2-mal* wöchentlich die sprachheilpädagogische Intervention und 0 % der SchülerInnen erhielten *öfter* als *2-mal* wöchentlich sprachheilpädagogischen Unterricht. Der „Regelfall“ des Landesschulrates für Niederösterreich „zweimal wöchentlich“ sprachheilpädagogische Intervention den SchülerInnen anbieten zu können, wurde in dieser Untersuchung nicht bestätigt.

#### 4.2.7 Beschreibung der Hypothesen

Ausgehend von der Forschungsfrage *Wie wirken sich pädagogische Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention aus?* lässt sich folgende Hypothese ableiten:

*H<sub>1</sub>: Der pädagogische Anspruch der SprachheilpädagogInnen gestaltet deren sprachheilpädagogische Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Der pädagogische Anspruch der SprachheillehrerInnen gestaltet nicht deren sprachheilpädagogische Intervention.*

Die Aussage *H<sub>1</sub>* veranlasst verschiedene Aspekte sprachheilpädagogischer Intervention zu untersuchen. Die Hypothese bedingt, dass die verschiedenen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen durch sprachheilpädagogische Intervention beeinflusst werden (sollen). Sprachheilpädagogische Intervention möchte die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen beeinflussen (bewusst und unbewusst) und eine Verbesserung der Sprache und Kommunikationsfähigkeit erzielen. Die Individuen sollen in ihrer Entwicklung unterstützt und gefördert werden. Diese Kompetenzerweiterungen unterliegen den pädagogischen Ansprüchen (Ziele, Effektivität, Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sowie Informationsanspruch), der Gestaltung und der Durchführung der Intervention, der LehrerInnen.

Das Forschungsfeld „sprachheilpädagogische Intervention“ soll mit Hilfe dieser Untersuchung analysiert werden. Gegenstand dieser Forschung sind die Intervention mit ihren Rahmenbedingungen und die Situation beziehungsweise Organisation des sprachheilpädagogischen Unterrichts. Hierbei wird der Fokus auf die pädagogischen Ansprüche der Lehrpersonen gelenkt und Differenzen beziehungsweise Übereinstimmungen werden markiert. Weiters sollen Ziele, Erfolg, Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sowie der Informationsanspruch der PädagogInnen beziehungsweise der sprachheilpädagogischen Intervention beleuchtet werden.

Die zentrale Hypothese soll anhand von Aussagen und Subhypothesen zu den einzelnen Bereichen der pädagogischen Ansprüche

- **Ziele** der sprachheilpädagogischen Intervention,
- **Effektivität** der sprachheilpädagogischen Intervention,
- **Kontakt- und Kommunikationsgestaltung** in der sprachheilpädagogischen Intervention sowie
- **Informationsanspruch** der SprachheillehrerInnen

überprüft werden.

ad) **Ziele** der sprachheilpädagogischen Intervention

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Beseitigung der „Störungen“.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Stärkung des Selbstbewusstseins.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Motorik.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Emotionalität.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Kognition.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der sozialen Kompetenzen.*

*Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ganzheitlichen Förderung.*

ad) **Effektivität** der sprachheilpädagogischen Intervention

*Subhypothese 1:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern.*

*Subhypothese 2:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

ad) **Kontakt- und Kommunikationsgestaltung** in der sprachheilpädagogischen Intervention

*Persönlicher Kontakt zu anderen SprachheillehrerInnen ist wichtig.*

*Persönlicher Kontakt zu LogopädInnen ist wichtig.*

*Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der Stammschule ist wichtig.*

*Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen ist wichtig.*

*Subhypothese 3:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.*

*Subhypothese 4:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention.*

ad) **Informationsanspruch** der SprachheillehrerInnen

*Subhypothese 5:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*Subhypothese 6:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

### **4.3 Überprüfung der Hypothesen, Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

Die zentrale Hypothese der vorliegenden Diplomarbeit lautet folgendermaßen:

*H<sub>1</sub>: Der pädagogische Anspruch der SprachheilpädagogInnen gestaltet deren sprachheilpädagogische Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Der pädagogische Anspruch der SprachheillehrerInnen gestaltet nicht deren sprachheilpädagogische Intervention.*

Diese Aussage wird mit Hilfe der bereits vorgestellten Aussagen und Subhypothesen zu den pädagogischen Ansprüchen der SprachheillehrerInnen überprüft.

#### 4.3.1 Ziele sprachheilpädagogischer Intervention

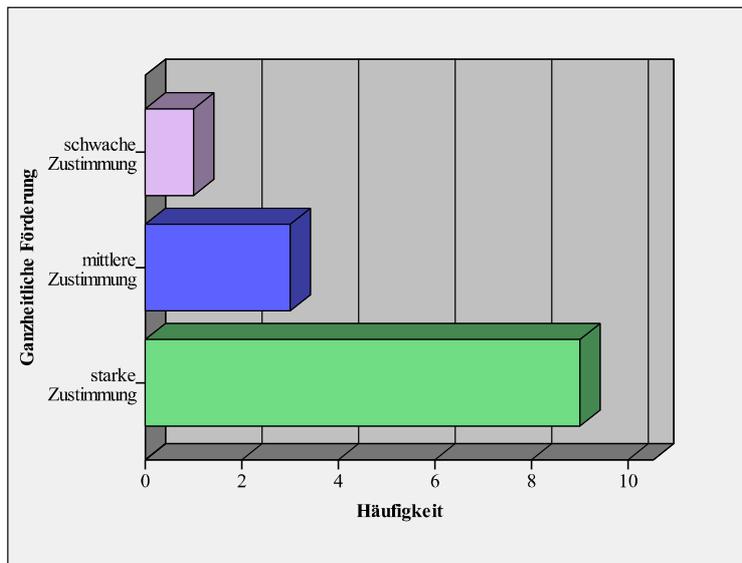
Die Ziele des Sprachheilkurses werden prinzipiell vom zuständigen Landesschulrat festgelegt, sie unterliegen aber einer individuellen Gewichtung durch die SprachheillehrerInnen (LSRfNÖ 2009, o. S.). Nach Katz-Bernstein definieren SprachheilpädagogInnen je nach Menschenbild die Ziele ihrer sprachheilpädagogischen Intervention individuell (vgl. Katz-Bernstein 2003, S. 75). Sie erfahren eine subjektive Auswahl und Schwerpunktsetzung durch die SprachheillehrerInnen (Grohnfeldt 2007, S. 309).

Die SprachheilpädagogInnen wurden zu ihren Zielsetzungen in der sprachheilpädagogischen Intervention befragt. Sie konnten Skalenfragen mit ihrem Grad der Zustimmung beantworten. Es konnte in einer sechsstelligen Skala zwischen *starker Zustimmung* und *starker Ablehnung* ausgewählt werden.

	<b>Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ... des/der SchülerIn.</b>	+++	++	+	-	--	---
41.	... Beseitigung der „Störungen“ ...	<input type="radio"/>					
42.	... Stärkung des Selbstbewusstseins ...	<input type="radio"/>					
43.	... Förderung der Motorik ...	<input type="radio"/>					
44.	... Förderung der Emotionalität ...	<input type="radio"/>					
45.	... Förderung der Kognition ...	<input type="radio"/>					
46.	... Förderung der sozialen Kompetenzen ...	<input type="radio"/>					
47.	... ganzheitlichen Förderung ...	<input type="radio"/>					

Die Zielsetzungen wurden nach ihrem Grad der *starken Zustimmung* Rang gereiht. Die Antworten der SprachheillehrerInnen lieferten folgende Ergebnisse bezüglich ihrer Zielsetzungen:

1. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ganzheitlichen Förderung.



**Abbildung 9: Zielsetzung des Sprachheilkurses ganzheitliche Förderung**

Die meisten *starken* *Zustimmungen* erhielt die Zielsetzung *ganzheitliche Förderung*. 9 SprachheilpädagogInnen stimmten der Aussage stark zu, dass *Sprachheilunterricht zur ganzheitlichen Förderung der SchülerInnen dient*. 3 LehrerInnen gaben dieser Aussage eine *mittlere Zustimmung* und eine Person stimmte dieser nur *schwach* zu. Die PädagogInnen erteilten dieser Zielsetzung keine Ablehnung.

In der Literatur wird diese Zielsetzung unter anderem von Begemann postuliert. Nach Begemann impliziert der Sprachheilkurs eine ganzheitliche Konzeption, denn korrektes Artikulieren und flüssiges Reden erzielt ihre Wirkung vor allem durch eine inhaltsvolle und ganzheitliche Darbietung. Durch diese ganzheitliche Auslegung der sprachheilpädagogischen Intervention werden den Kindern und Jugendlichen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ existenzielle Erlebens- und Erfahrungssituationen ermöglicht (vgl. Begemann 1995, S.31). Nach Lütke und Bahr können SprachheillehrerInnen, die sich dem Menschenbild der *ganzheitlichen Förderung* verschrieben haben, als „Begleiter“ titulierte werden (Lütke/Bahr 2005, S. 83)

## 2. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Beseitigung der „Störungen“.

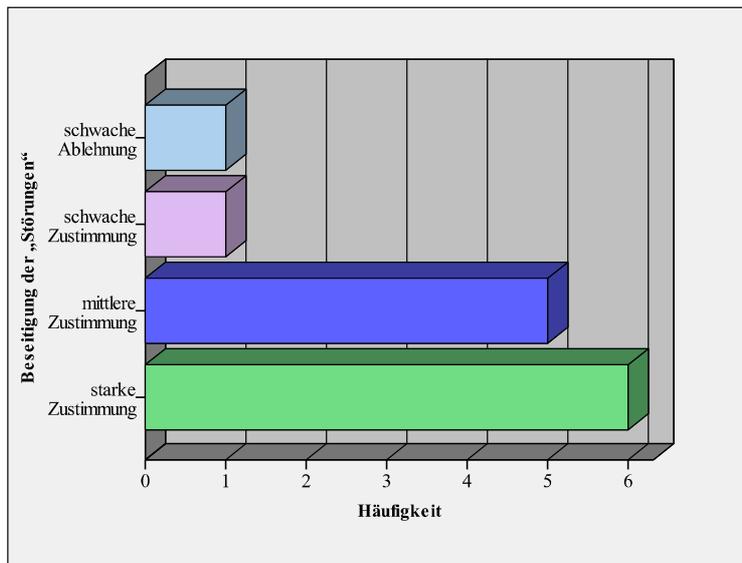


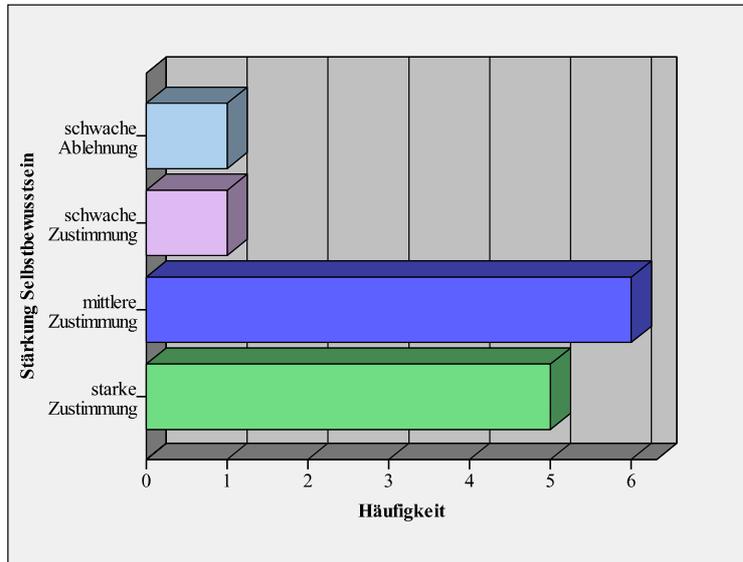
Abbildung 10: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Beseitigung der „Störungen“*

Die zweithäufigsten *starken Zustimmungen* erhielt die Zielsetzung *Beseitigung der „Störungen“*. 6 SprachheillehrerInnen stimmten der Aussage *stark zu*, dass *Sprachheilunterricht zur Beseitigung der „Störungen“ dient*. 5 PädagogInnen gaben dieser Zielsetzung eine *mittlere* und eine Person eine *schwache Zustimmung*. Eine sprachheilpädagogisch tätige Person erteilte dieser Aussage eine *schwache Ablehnung*.

Die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Beseitigung der „Störungen“* wird in der Literatur folgendermaßen begründet: Nach Seiffert möchte sprachheilpädagogischer Unterricht dazu beitragen, dass SchülerInnen schulische Bildungsziele erreichen. Das Erreichen dieser Ziele ist großteils sprachabhängig, deshalb benötigen SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ Hilfestellungen zur Beseitigung ihrer „Störungen“, damit sie ihre Bildungsziele erreichen können (vgl. Seiffert 2008, S. 149). Baumgartner stellt fest, dass „Sprachstörungen“ nicht entwicklungsbedingt verschwinden. Die Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen sind durch „Störungen“ verringert und können sich erheblich auf die Lautsprache insbesondere aber auf die Schriftsprache auswirken (vgl. Baumgartner 2009, S. 264). Außerdem stellen sie einen „Risikofaktor für die weitere kognitive und psychosoziale Entwicklung von Schülern und schließlich auch für deren schulischen Erfolg“ dar (Baumgartner 2009, S. 258). Nach Lütke und Bahr kann sprachheilpädagogische Intervention von SprachheilpädagogInnen, die sich dem

Menschenbild *Beseitigung der „Störungen“* verpflichtet fühlen, als „Symptomkorrektur“ bezeichnet werden (Lüdtke/Bahr 2005, S. 83).

### 3. Rang: *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Stärkung des Selbstbewusstseins.*

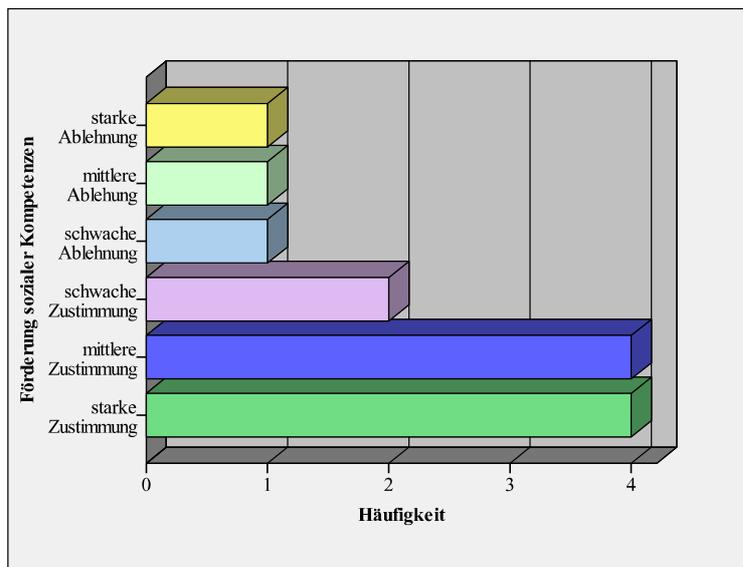


**Abbildung 11: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Stärkung des Selbstbewusstseins***

Die dritthäufigsten *starken Zustimmungen* erhielt die Zielsetzung *Stärkung des Selbstbewusstseins*. 5 SprachheillehrerInnen stimmten der Aussage *stark zu*, dass *Sprachheilunterricht zur Stärkung des Selbstbewusstseins dient*. 6 PädagogInnen gaben dieser Zielsetzung eine *mittlere Zustimmung* und eine Person eine *schwache Zustimmung*. Eine sprachheilpädagogisch tätige Person lehnte diese Aussage *schwach ab*.

Die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Stärkung des Selbstbewusstseins* wird in der Literatur entsprechend begründet: Nach Schmitt und Weiß brauchen Menschen „für ein gesundes Selbstbewusstsein [...] die Erfahrung des erfolgreichen Kommunizierens“ (Schmitt/Weiß 2004, S. 168). SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ wird in der sprachheilpädagogischen Intervention Raum zur erfolgreichen Kommunikation geboten. Im geschützten Rahmen des Sprachheilkurses können sich die SchülerInnen in der Kommunikation erproben und danach gestärkt in der Klasse, in der Schule, im Elternhaus sowie in der Gesellschaft sich anderen Menschen mitteilen.

#### 4. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung sozialer Kompetenzen.



**Abbildung 12: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Förderung der soziale Kompetenzen***

4 SprachheilpädagogInnen stimmten der Zielsetzung *Förderung sozialer Kompetenzen stark* zu. 4 LehrerInnen gaben der Aussage, dass *Sprachheilunterricht zur Förderung sozialer Kompetenzen dient*, eine *mittlere Zustimmung* und 2 PädagogInnen erteilten eine *schwache Zustimmung*. Jeweils eine sprachheilpädagogisch tätige Person lehnte diese Zielsetzung *schwach ab*, *mittel ab* und *stark ab*.

In der Literatur wird die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung sozialer Kompetenzen* folgendermaßen thematisiert: Nach Meixner steht „das Kind in seiner Entwicklung und in seinem Umfeld“ im Mittelpunkt der sprachheilpädagogischen Intervention (Meixner 2005, S. 210). Das Umfeld des Kindes, die Schule, die Familie und die Gesellschaft, bietet Möglichkeiten zur Kommunikation. Kommunikation ist an die Kompetenzen der Individuen geknüpft. Sprachheilpädagogische Intervention knüpft an „die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen“ und fördert sie in ihren „individuellen Lernausgangslagen“ (Heimlich 2004, S. 348). Soziale Kompetenz ermöglicht den „kommunikativen Kontakt zu anderen Menschen“ (Schmitt/Weiß 2004, S. 168). Borbonus und Maihack stellen fest, dass sprachheilpädagogische Intervention „die Aufgabe, die Schülerinnen und Schüler vor allem in ihrer sozial-kommunikativen Handlungsfähigkeit zu fördern“ hat (Borbonus/Maihack 2005, S. 238).

5. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Emotionalität.

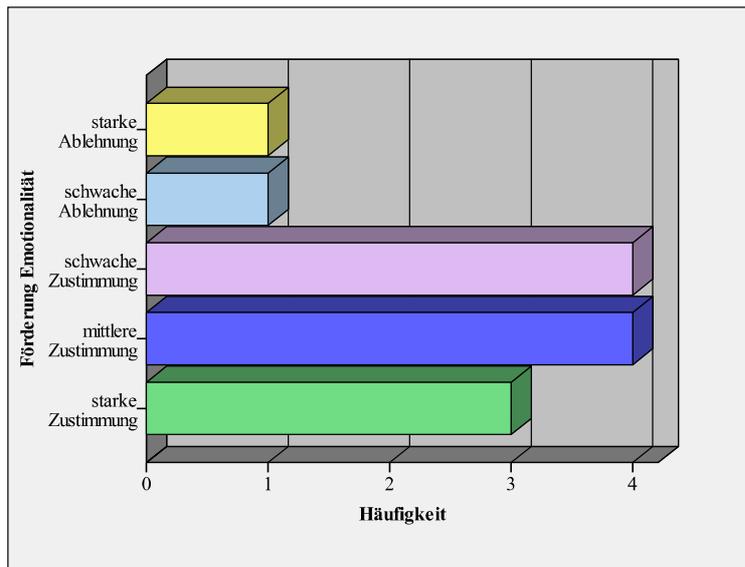


Abbildung 13: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Förderung der Emotionalität*

3 SprachheillehrerInnen stimmten der Zielsetzung *Förderung der Emotionalität stark* zu. Jeweils 4 PädagogInnen gaben der Aussage eine *mittlere* beziehungsweise *schwache Zustimmung*. Eine *schwache* beziehungsweise *starke Ablehnungen* teilte jeweils eine sprachheilpädagogisch tätige Person der Zielsetzung *Sprachheilunterricht dient zur Förderung der Emotionalität* zu.

In der Literatur wird auf die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Emotionalität* folgendermaßen verwiesen. Nach Schmitt und Weiß ermöglicht die Fähigkeit zur Kommunikation dem Menschen „sich auszudrücken, seine Gedanken, Gefühle und seinen psychischen Zustand mitzuteilen“ (Schmitt/Weiß 2004, S. 168). Sprachheilpädagogische Intervention dient zur Förderung der sprachlichen Kommunikation und somit im weiteren Sinne zur *Förderung der Emotionalität*. Für Borbonus und Maihack stellt ein Ziel des sprachheilpädagogischen Agierens die „Emotion“ dar, denn sie ist eine „zugrunde liegende Fähigkeit“ des Sprachgebrauchs (Borbonus/Maihack 2005, S. 238).

6. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Kognition.

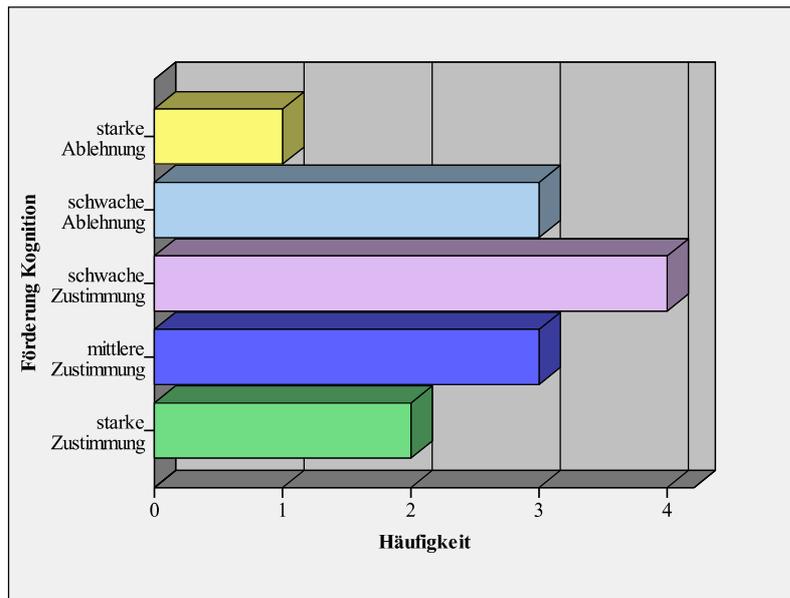


Abbildung 14: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Förderung der Kognition*

2 SprachheilpädagogInnen stimmten der Zielsetzung *Förderung der Kognition stark* zu. 3 LehrerInnen gaben der Aussage, dass *Sprachheilunterricht zur Förderung der Kognition dient* eine *mittlere Zustimmung* und 4 PädagogInnen eine *schwache Zustimmung*. 3 SprachheillehrerInnen lehnten diese Zielsetzung *schwach ab* und eine Person *stark ab*.

Die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Kognition* wird in der Literatur von Borbonus und Maihack wie folgt thematisiert. Die Autoren stellen fest, dass ein Ziel der sprachheilpädagogischen Intervention die Fähigkeiten im Bereich der „Kognition“ zu fördern darstellt, denn Spracherwerb und Sprachgebrauch stützen sich auf diese „zugrunde liegende“ Kompetenz (Borbonus/Maihack 2005, S. 238).

7. Rang: Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Motorik.

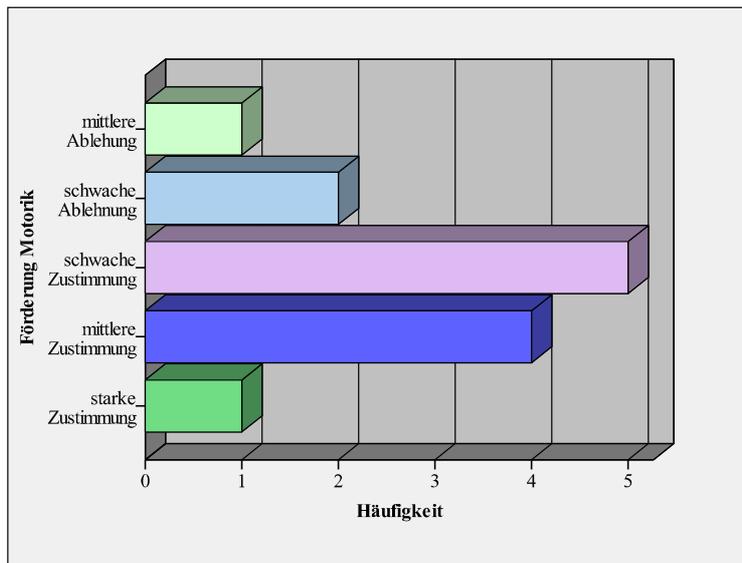


Abbildung 15: Zielsetzung des Sprachheilkurses *Förderung der Motorik*

Eine sprachheilpädagogisch tätige Person stimmte der Zielsetzung *Förderung der Motorik stark* zu. 4 PädagogInnen gaben der Aussage, dass *Sprachheilunterricht zur Förderung der Motorik dient* eine *mittlere Zustimmung* und 5 LehrerInnen erteilten eine *schwache Zustimmung*. 2 SprachheillehrerInnen lehnten diese Zielsetzung *schwach ab* und eine Person lehnte *mittel ab*.

In der Literatur wird die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Motorik* nach Borbonus und Maihack folgendermaßen postuliert: Motorik sollte in den Zielsetzungen des sprachheilpädagogischen Agierens integriert sein, denn der Spracherwerb und der Sprachgebrauch bauen auf die Kompetenzen der Motorik auf (vgl. Borbonus/Maihack 2005, S. 238).

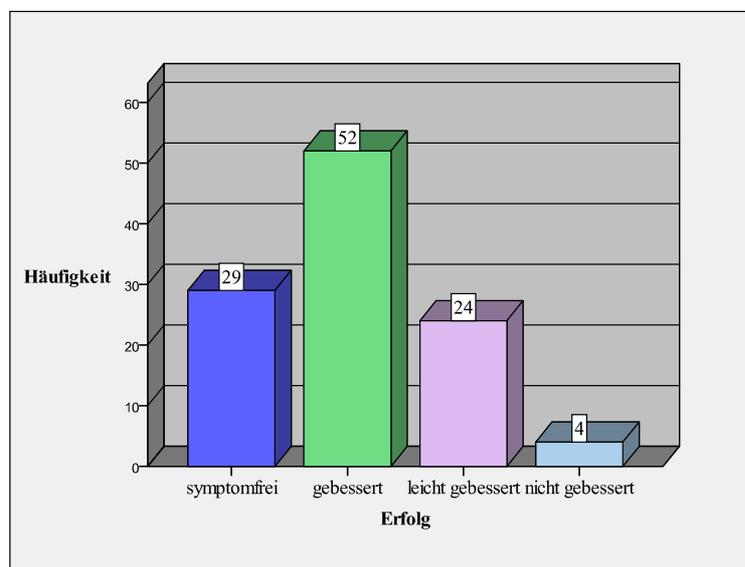
### 4.3.2 Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention

Der Erfolg des Sprachheilkurses im Schuljahr 2009/10 gestaltet sich folgendermaßen:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig symptomfrei	29	26,6	26,6	26,6
gebessert	52	47,7	47,7	74,3
leicht gebessert	24	22,0	22,0	96,3
nicht gebessert	4	3,7	3,7	100,0
Gesamt	109	100,0	100,0	

**Tabelle 5: Häufigkeit Erfolg im Sprachheilkurs**

Von 109 SchülerInnen konnten 26,6 % der SchülerInnen als *symptomfrei* aus dem Sprachheilunterricht entlassen werden. Bei 47,7 % der SchülerInnen konnte eine *Verbesserung* der Sprachstörung erzielt werden. Eine *leichte Verbesserung* der Sprachstörung stellte sich bei 22 % der SchülerInnen ein und bei 3,7 % konnte *keine Verbesserung* erzielt werden. Im Balkendiagramm lassen sich die Ergebnisse wie folgt darstellen:



**Abbildung 16: Häufigkeit Erfolg im Sprachheilunterricht**

Die SprachheillehrerInnen vermerken im „Tagebuch für den Sprachheilkurs“ sowie im „Schülerstammblatt“ den Verlauf und Erfolg des Sprachheilunterrichts am Ende des Schuljahres beziehungsweise am Ende der Intervention. Das Effektivitätsniveau in der sprachheilpädagogischen Intervention muss durch die Bezeichnungen „symptomfrei“, „gebessert“ und „nicht gebessert“ nach dem Landesschulrat für Niederösterreich konstatiert

werden. Für die Untersuchung wurde aus forschungstechnischen Gründen und Informationen aus den Vortestungen, Gespräch mit SprachheillehrerInnen, eine vierstufige Skala (*symptomfrei, gebessert, leicht gebessert* und *nicht gebessert*) bevorzugt. Die Bewertung des Erfolges in der sprachheilpädagogischen Intervention wird von den SprachheillehrerInnen für ihre SchülerInnen vorgenommen und unterliegt keiner Kontrolle von außen.

Auf Basis der theoretischen Grundlagen der pädagogischen Ansprüche zur Effektivität in der sprachheilpädagogischen Intervention<sup>16</sup> wird folgende Subhypothese untersucht:

*Subhypothese 1:*

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern.*

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern.*

Die SprachheillehrerInnen machten im *SchülerIn/Eltern-Fragebogen* Angaben zur Unterstützung des Sprachheilkurses durch die Eltern und konnten dazu die Alternativfrage *Wird die sprachheilpädagogische Förderung von den Eltern/Erziehungsberechtigten unterstützt?* beantworten.

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,231 <sup>a</sup>	3	,004
Likelihood-Quotient	14,914	3	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	9,162	1	,002
Anzahl der gültigen Fälle	109		

a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,87.

**Tabelle 6: Signifikanz Erfolg und Unterstützung der Eltern**

Die Signifikanz der Berechnung mit 0,004 liegt unter 0,05 und ist somit signifikant. Dies bedeutet, dass in der vorliegenden Studie die Hypothese  $H_1$  gilt und  $H_0$  zu verwerfen ist.

<sup>16</sup> Siehe Kapitel 2.4.2 *Effektivität sprachheilpädagogischer Intervention.*

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern.*

		Symmetrische Maße			
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl.	Phi	,348			,004
Nominalmaß	Cramer-V	,348			,004
	Kontingenzkoeffizient	,329			,004
Anzahl der gültigen Fälle		109			

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

**Tabelle 7: Korrelation Erfolg und Unterstützung der Eltern**

Die Korrelation zwischen *Erfolg* und *Unterstützung durch die Eltern* ist mit 0,348 gering.

Dieses Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass es einen geringen positiven Zusammenhang zwischen dem *erfolgreichen Besuch* der sprachheilpädagogischen Intervention und der *Unterstützung durch die Eltern* gibt. Nach Ritterfeld genießt die Elternarbeit bei den SprachheilpädagogInnen hohes Ansehen und Wertschätzung. PädagogInnen sind auch der Meinung, dass sprachheilpädagogische Intervention von der Elternarbeit profitiert und diese einen „unverzichtbaren Anteil“ des Sprachheilkurses darstellt (vgl. Ritterfeld 2007, S. 938). Die Erziehungsberechtigten können mit ihren Ressourcen die Intervention unterstützen und so den Sprachstörungen entgegenwirken (vgl. Ritterfeld 2007, S. 940). Die Einstellungen der Eltern und die Unterstützung ihrer Kinder im Alltag beeinflussen die sprachheilpädagogische Intervention (vgl. Ritterfeld 2007, S. 925).

Die Interpretation des Ergebnisses dieser Untersuchung gestaltet sich folgendermaßen, wenn Eltern die sprachheilpädagogische Intervention ihrer Kinder unterstützen, dann schließen ihre Kinder den Sprachheilkurs eher erfolgreich ab. Anders formuliert bedeutet dies, wenn Eltern ihre Kinder im Sprachheilkurs nicht unterstützen, dann sind sie weniger erfolgreich. Dieses Ergebnis der vorliegenden Untersuchung lässt die Tendenz bestätigen, dass für eine effektive sprachheilpädagogische Intervention die Unterstützung der Eltern wichtig ist. Denn es konnte ein geringer positiver Zusammenhang zwischen dem erfolgreichen Abschluss der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern aufgezeigt werden.

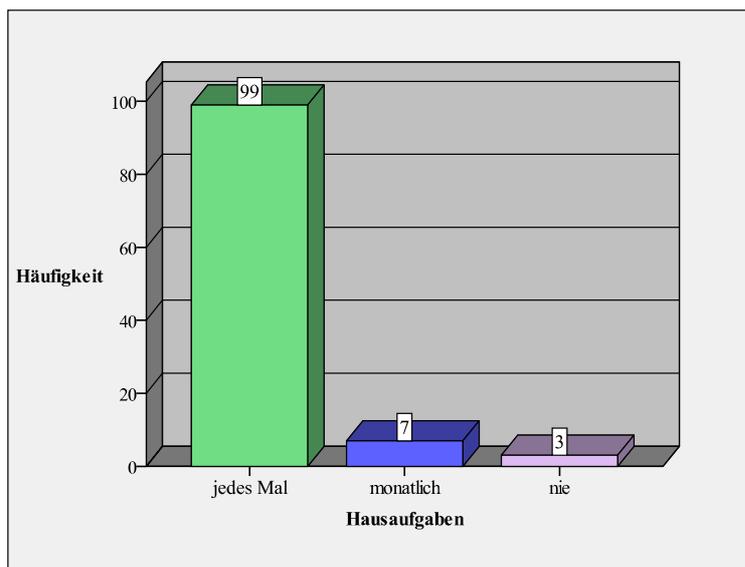
Nach der Untersuchung der pädagogischen Ansprüche zur *Effektivität* und zur *Unterstützung der Eltern* in der sprachheilpädagogischen Intervention wird eine weitere Subhypothese zur *Effektivität* im Zusammenhang mit der *Häufigkeit der Hausaufgaben* formuliert:

*Subhypothese 2:*

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Die positiven Auswirkungen der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention wurden bereits im theoretischen Teil erörtert.<sup>17</sup> Deshalb wird ein positiver Zusammenhang zwischen dem *Erfolg* und der *Häufigkeit der Hausaufgaben* vermutet. In dieser Untersuchung wurde evaluiert, wie oft die SchülerInnen im Sprachheilkurs eine Hausaufgabe erhalten. Die PädagogInnen konnten zwischen *jedes Mal*, *monatlich* oder *nie* auswählen.



**Abbildung 17: Häufigkeit Hausaufgaben im Sprachheilkurs**

90,8 % der SchülerInnen mit Förderbedarf „Sprache“ erhielten von ihren PädagogInnen *jedes Mal* in der sprachheilpädagogischen Einheit eine Hausaufgabe. *Monatlich* erhielten 6,4 % der SchülerInnen im Sprachheilkurs eine Hausaufgabe und 2,8 % der SchülerInnen haben im Schuljahr 2009/10 *nie* eine Hausaufgabe erhalten.

---

<sup>17</sup> Siehe Kapitel 2.4.3 Exkurs: Hausaufgaben.

Zur Überprüfung der *Subhypothese 2* wird der Zusammenhang zwischen *Erfolg* und *Häufigkeit der Hausaufgaben* berechnet.

Korrelationen			Erfolg des Sprachheilkurses	Häufigkeit HÜ
Spearman-Rho	Erfolg des Sprachheilkurses	Korrelationskoeffizient	1,000	-,041
		Sig. (2-seitig)	.	,669
		N	109	109
	Häufigkeit HÜ	Korrelationskoeffizient	-,041	1,000
		Sig. (2-seitig)	,669	.
		N	109	109

**Tabelle 8: Korrelation Erfolg und Häufigkeit der Hausaufgaben**

Die Berechnung der Korrelation zwischen *Erfolg* und *Häufigkeit der Hausaufgaben* liefert kein signifikantes Ergebnis (0,669). Dies bedeutet für die vorliegende Untersuchung, dass die Hypothese  $H_0$  gilt und  $H_1$  zu verwerfen ist.

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Es wurde angenommen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem *Erfolg* und der *Häufigkeit der Hausaufgaben* gibt. Das Ergebnis dieser Untersuchung kann die Aussage von Wendlandt nicht bestätigen. Nach Wendlandt ist auch der Erfolg, genauso wie Lob und Ermutigung, „ein wichtiger Verbündeter [...] und ‚herstellbar‘ wird“ durch Hausaufgaben (Wendlandt 2002, S. 110).

Das Resultat könnte möglicherweise darauf hinweisen, dass die SprachheilpädagogInnen im Sprachheilkurs die SchülerInnen optimal fördern, die SchülerInnen die gelernten beziehungsweise geübten Ziele selbstständig im Alltag integrieren sowie anwenden und deshalb keiner „offiziellen“ Hausaufgaben bedürfen. Es könnte aber auch sein, dass die SchülerInnen im Regelunterricht „genügend“ Hausaufgaben erhalten. Die zusätzlichen Hausaufgaben des Sprachheilkurses könnten die SchülerInnen überfordern und sich kontraproduktiv auf die sprachheilpädagogische Intervention auswirken.

### 4.3.3 Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sprachheilpädagogischer Intervention

Im Rahmen der sprachheilpädagogischen Intervention kommt es zu Kontakt- und Kommunikationsgestaltungen. Die SprachheilpädagogInnen treten in Kontakt mit SchülerInnen, Erziehungsberechtigten, KlassenlehrerInnen und anderen Fachleuten (SprachheilpädagogInnen, LogopädInnen und HNO-ÄrztInnen).

Die SprachheilpädagogInnen wurden hinsichtlich der Wichtigkeit des *persönlichen Kontaktes* zu anderen Personen befragt:

	<b>Persönlicher Kontakt zu folgenden Personen ist wichtig:</b>	+++	++	+	-	--	---
51.	anderen SprachheillehrerInnen	○	○	○	○	○	○
52.	LogopädInnen	○	○	○	○	○	○
53.	HNO-ÄrztInnen	○	○	○	○	○	○
54.	KollegInnen der Stammschule	○	○	○	○	○	○
55.	KollegInnen der „betreuten“ Schulen	○	○	○	○	○	○

In der Literatur wird die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und Beratung nach Homburg folgendermaßen beschrieben: SprachheillehrerInnen arbeiten und beraten „Eltern, Kollegen aller Schularten, Angehörige anderer beteiligter Fachdienste und die Öffentlichkeit in allen Belangen“, sie sind Teil eines interdisziplinären Teams und dieses trägt Verantwortung für die sprachheilpädagogische Intervention und ihren Erfolg (Homburg 2003, S. 223).

Die Rangreihung des Kontaktanspruches nach ihrem Grad der *starken Zustimmung* liefert folgendes Ergebnis:

1. Rang: *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen ist wichtig*

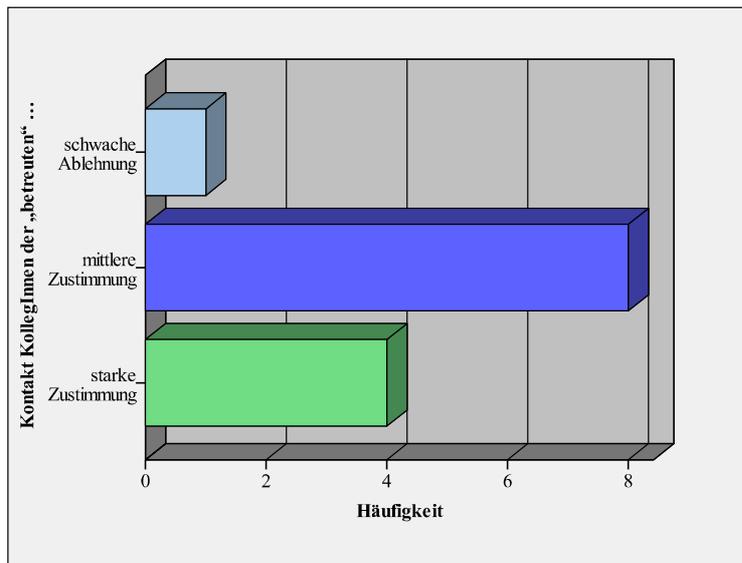


Abbildung 18: Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen

Die Aussage *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen ist wichtig* erhielt von vier PädagogInnen *starke Zustimmung*. Acht LehrerInnen stimmten der Aussage *mittel zu* und eine sprachheilpädagogisch tätige Person stimmte *schwach zu*.

2. Rang: *Persönlicher Kontakt zu anderen SprachheillehrerInnen ist wichtig.*

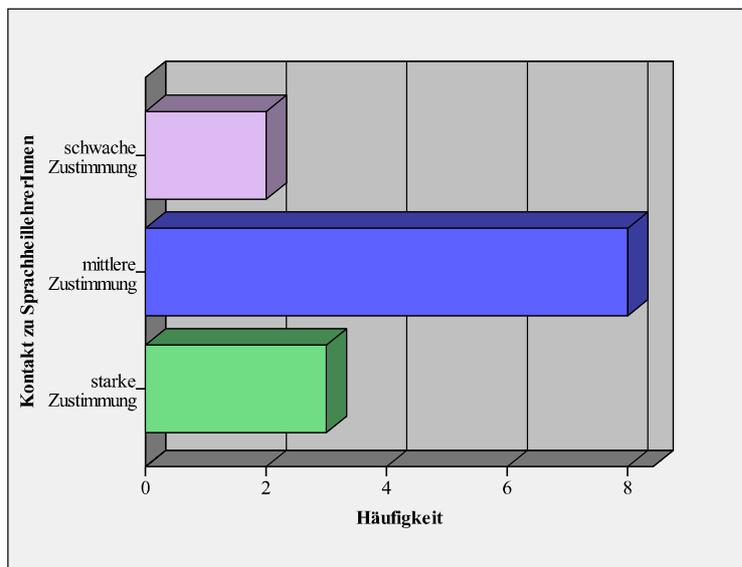
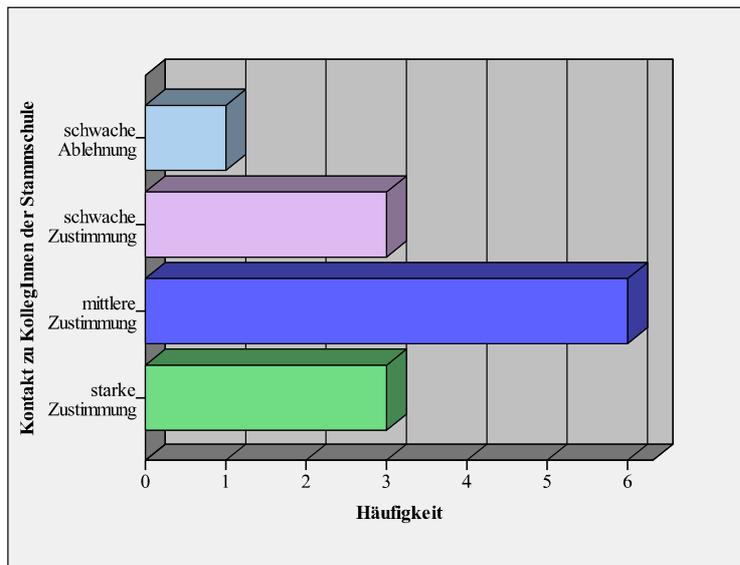


Abbildung 19: Kontakt zu anderen SprachheillehrerInnen

Drei SprachheillehrerInnen stimmten der Aussage *Persönlicher Kontakt zu anderen SprachheillehrerInnen stark zu*. Acht PädagogInnen erteilten der Aussage eine *mittlere Zustimmung* und eine sprachheilpädagogisch tätige Person eine *schwache Zustimmung*.

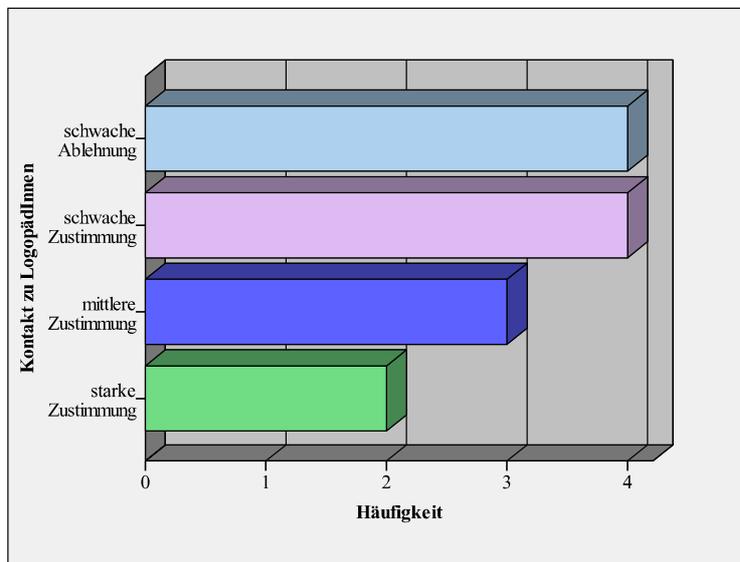
2. Rang: *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der Stammschule ist wichtig.*



**Abbildung 20: Kontakt zu KollegInnen der Stammschule**

Der Aussage *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der Stammschule ist wichtig* stimmten drei SprachheillehrerInnen *stark zu*. Sechs PädagogInnen stimmten der Aussage *mittel zu* und drei *schwach zu*. Eine sprachheilpädagogisch tätige Person lehnte die Aussage *schwach ab*.

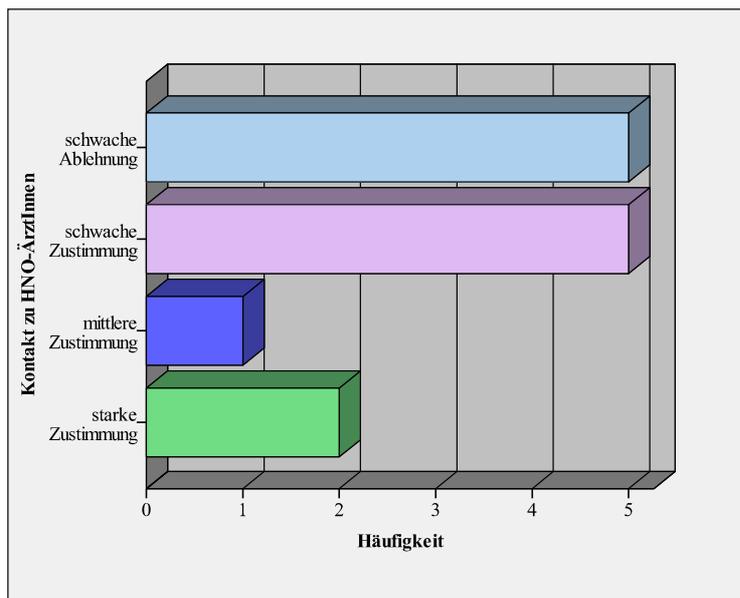
4. Rang: *Persönlicher Kontakt zu LogopädInnen ist wichtig.*



**Abbildung 21: Kontakt zu LogopädInnen**

Zwei LehrerInnen erteilten der Aussage *Persönlicher Kontakt zu LogopädInnen ist wichtig* eine *starke Zustimmung*. Drei PädagogInnen stimmten dieser Aussage *mittel zu* und vier *schwach zu*. Zwei sprachheilpädagogisch tätige Personen lehnten diese Aussage *schwach ab*.

#### 4. Rang: *Persönlicher Kontakt zu HNO-ÄrztInnen ist wichtig.*



**Abbildung 22: Kontakt zu HNO-ÄrztInnen**

Zwei SprachheillehrerInnen erteilten der Aussage *Persönlicher Kontakt zu HNO-ÄrztInnen ist wichtig* eine *starke Zustimmung*. Eine sprachheilpädagogisch tätige Person stimmte dieser Aussage *mittel* zu. Fünf PädagogInnen stimmten der Aussage *schwach* zu. Fünf sprachheilpädagogisch tätige Personen lehnten diese Aussage *schwach ab*.

Im Rahmen der sprachheilpädagogischen Intervention kommt es zum Kontakt und zur Kommunikation mit anderen Fachleuten, aber in erster Linie wird nach der Überprüfung des Kindes Kontakt mit den Erziehungsberechtigten hergestellt. Nach Welling stellt die „problembezogene Zusammenarbeit“ mit den SchülerInnen und ihren Erziehungsberechtigten eine wichtige Voraussetzung für professionelles Agieren im Rahmen der sprachheilpädagogischen Intervention dar und kann nur dann erfolgen, wenn es den PädagogInnen wichtig erscheint (vgl. Welling 2006, S. 193).

Der *Erstkontakt* dient zur Benachrichtigung der Eltern bezüglich eines Förderschwerpunktes „Sprache“ ihres Kindes und erfolgt durch die SprachheillehrerInnen. Die „erste“ Benachrichtigung der Erziehungsberechtigten erfolgt bei 82 SchülerInnen (75,2 %) in *schriftlicher* Form. Ein *persönliches Gespräch* mit den Erziehungsberechtigten wird bei 27 SchülerInnen (24,8 %) gesucht. *Telefonisch* oder *per Email* werden keine Eltern benachrichtigt.

Der Kontakt- und Kommunikationsanspruch der SprachheilpädagogInnen mit den KlassenlehrerInnen wurde im Fragebogen mit der Frage *Kommunizieren Sie persönlich mit dem/der KlassenlehrerIn über den/die betreuteN SchülerIn?* und den Alternativantwortmöglichkeiten *ja* und *nein* untersucht. Nach Grohnfeldt nimmt die Kooperation der SprachheilpädagogInnen mit den KlassenlehrerInnen eine wichtige Position in der sprachheilpädagogischen Intervention ein (vgl. Grohnfeldt 2004, S. 22). In der vorliegenden Untersuchung erfolgte in 91,7 % der Fälle (100 SchülerInnen des Sprachheilkurses) eine *persönliche Kommunikation* und in 8,3 % der Fälle (9 SchülerInnen) erfolgte *keine persönliche Kommunikation* der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.

Auf Basis der theoretischen Grundlagen der pädagogischen Ansprüche im Bereich der Kontakt- und Kommunikationsgestaltung in der sprachheilpädagogischen Intervention<sup>18</sup> wird folgende Subhypothese untersucht:

*Subhypothese 3:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.*

Zur Überprüfung der *Subhypothese 3* wird der Zusammenhang zwischen dem *Erfolg in der sprachheilpädagogischen* und der *persönlichen Kommunikation mit den KlassenlehrerInnen* berechnet:

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,522 <sup>a</sup>	3	,677
Likelihood-Quotient	1,815	3	,612
Zusammenhang linear-mit-linear	,012	1	,914
Anzahl der gültigen Fälle	109		

a. 5 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,33.

**Tabelle 9: Signifikanz Kommunikation mit KlassenlehrerInnen und Erfolg**

<sup>18</sup> Siehe Kapitel 2.4.4 *Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sprachheilpädagogischer Intervention.*

Die Berechnung der Signifikanz liefert mit 0,667 ein nicht signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass in der vorliegenden Untersuchung die Hypothese  $H_0$  gilt und  $H_1$  zu verwerfen ist.

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen.*

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass „eine professionelle Praxis alleine möglicherweise wenig wirkungsvoll ist, um Veränderungsprozesse in der Entwicklung eines Kindes im Alltag zu initiieren und sichtbar werden zu lassen“ (Welling 2006, S. 193). „Keine sprachpädagogische oder sprachtherapeutische Fachkraft [...] kann ihre Professionalität in der Praxis als Einzelkraft zur notwendigen Entfaltung bringen“ (Welling 2006, S. 208).

In dieser Untersuchung konnten die Annahmen von Welling nicht bestätigt werden. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem *Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention* und dem *Kontakt mit den KlassenlehrerInnen*. Eine effektive sprachheilpädagogische Intervention wird in der vorliegenden Studie nicht vom Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen der SchülerInnen beeinflusst.

Nach der Untersuchung der pädagogischen Ansprüche zum *Kontakt mit den KlassenlehrerInnen* und zum *Erfolg* in der sprachheilpädagogischen Intervention wird eine weitere Subhypothese zur *Kontaktgestaltung* im Zusammenhang mit dem *Ort der sprachheilpädagogischen Intervention* formuliert:

*Subhypothese 4:*

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention.*

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Zur Überprüfung der *Subhypothese 4* wird die Korrelation zwischen *Erfolg* und *Ort der sprachheilpädagogischen Intervention* berechnet. Sprachheilpädagogische Intervention ist ein Angebot der Pflichtschule und wird grundsätzlich in der Institution Schule durchgeführt. Die SprachheilpädagogInnen wurden hinsichtlich der *Räumlichkeiten*, in denen der

Sprachheilkurs stattgefunden hat, befragt und konnten aus folgenden sechs Antworten wählen: *im Klassenraum der SchülerIn, in einem Klassenraum, in einem Nebenraum, im Lehrerzimmer und privat.*

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,683 <sup>a</sup>	9	,100
Likelihood-Quotient	16,384	9	,059
Zusammenhang linear-linear	2,019	1	,155
Anzahl der gültigen Fälle	109		

a. 12 Zellen (75,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,04.

**Tabelle 10: Signifikanz Ort der Intervention und Erfolg**

Die Berechnung der *Subhypothese 4* liefert mit 0,1 kein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass für die vorliegende Untersuchung Hypothese  $H_0$  gilt und  $H_1$  zu verwerfen ist.

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention.*

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass sprachheilpädagogische „Förderung [...] grundsätzlich an *allen* Förderorten möglich“ ist (Lüdtke/Bahr 2000, S. 149). Diese Aussage von Lüdtke und Bahr zeigt auf, dass die Ortsunabhängigkeit der sprachheilpädagogischen Intervention anzunehmen ist. Die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention wird in der vorliegenden Untersuchung nicht vom Ort der Durchführung beeinflusst. Den Ort der Intervention stellen die Räumlichkeiten der Institutionen, in denen der Sprachheilkurs stattfindet, dar. An diesem Ort kommt es zum Kontakt und zur Kommunikation zwischen den SchülerInnen und LehrerInnen. Die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention wird nicht von den räumlichen Gegebenheiten beeinflusst.

#### 4.3.4 Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen

Im Rahmen der Ausübung ihres Berufes SprachheillehrerIn dürfen beziehungsweise sind die PädagogInnen aufgefordert sich über neue Erkenntnisse und Errungenschaften zu informieren. Der Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen wird mittels Fort- und

Weiterbildungsangeboten, 15 Stunden pro Schuljahr verpflichtend, gesichert (vgl. LSRfNÖ 2009, o. S.).

Die SprachheilpädagogInnen wurden hinsichtlich ihres Bedarfs an Fortbildungsangeboten befragt *Gibt es Ihrer Meinung nach genug Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen?* Neun SprachheillehrerInnen sind der Meinung, dass *nicht genügend Fortbildungsangebote* für SprachheilpädagogInnen vorhanden sind. Drei LehrerInnen finden, dass es *genügend Fortbildungsangebote* im Bereich der Sprachheilpädagogik gibt.

Der Aussage *Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen sind wichtig* gaben sieben LehrerInnen eine *starke Zustimmung*. Fünf PädagogInnen erteilten der Aussage eine *mittlere Zustimmung* und eine Person eine *schwache Zustimmung*.

Diese Aussage, *Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen*, bekräftigen die SprachheillehrerInnen mit ihren persönlichen Zusatzqualifikationen. Die SprachheillehrerInnen der vorliegenden Untersuchung weisen pädagogische Zusatzausbildungen auf. Elf PädagogInnen besitzen eine oder mehrere Zusatzausbildungen und zwei Lehrerinnen geben keine weiteren Ausbildungen an. Eine Ausbildung zur LegasthietrainerIn besitzen fünf Personen. Drei Lehrerinnen haben zusätzlich zum Lehramt für Sonderschulen auch das Lehramt für Volksschulen abgelegt.

Auf Basis der theoretischen Grundlagen der pädagogischen Ansprüche zum Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen<sup>19</sup> wird folgende Subhypothese untersucht:

*Subhypothese 5:*

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

*H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Die PädagogInnen erhielten die Möglichkeit bei der schriftlichen Befragung die Aussage *Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen sind wichtig* zu bewerten, in dem sie in einer

---

<sup>19</sup> Siehe Kapitel 2.4.5 *Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen*.

Skala aus sechs Möglichkeiten von *starker Zustimmung* bis *starke Ablehnung* auswählen konnten und somit ihren Anspruch an *Informationen* definierten.

Zur Überprüfung der *Subhypothese 5* wird die Korrelation zwischen *Informationsanspruch* und *Erfolg* berechnet.

Korrelationen			Informationsanspruch	Erfolg des Sprachheilkurses
Spearman-Rho	Informationsanspruch	Korrelationskoeffizient	1,000	,215*
		Sig. (2-seitig)	.	,025
		N	109	109
	Erfolg des Sprachheilkurses	Korrelationskoeffizient	,215*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,025	.
		N	109	109

\*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**Tabelle 11: Korrelation Erfolg und Informationsanspruch**

Die Berechnung der *Subhypothese 5* liefert mit 0,025 ein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass für die vorliegende Untersuchung die Hypothese  $H_1$  gilt und  $H_0$  zu verwerfen ist.

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Die Korrelation zwischen *Erfolg* und *Unterstützung durch die Eltern* ist mit 0,215 gering. Lütke und Bahr stellen fest, dass „Fortbildung einen Beitrag zu erfolgreichem Lehren und Lernen“ leistet (Lütke/Bahr 2000, S. 153). SprachheillehrerInnen, denen die Fortbildung beziehungsweise ihr Informationsanspruch wichtig ist, sind „erfolgreicher“ in der Intervention. Für die Qualität sowie die Rechte der Kinder auf eine „kompetente Förderung“ ist Fort- und Weiterbildung der PädagogInnen unerlässlich, denn nur dadurch kann sich die sprachheilpädagogische Intervention wandeln, weiterentwickeln und verbessern (vgl. Lütke/Bahr 2000, S. 153).

Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung kann diese Aussagen bestätigen. Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem *Informationsanspruch* der PädagogInnen und der *Effektivität* der Intervention festgestellt werden. SprachheillehrerInnen, denen Fort- und Weiter-

bildungsangebote wichtig sind, sind erfolgreicher in der sprachheilpädagogischen Intervention. In dieser Studie beeinflusst der Informationsanspruch der LehrerInnen die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention.

Nach der Untersuchung der pädagogischen Ansprüche zum *Informationsanspruch* und der *Effektivität* in der sprachheilpädagogischen Intervention wird eine weitere Subhypothese zum *Informationsanspruch* im Zusammenhang mit der *Häufigkeit der Hausaufgaben* formuliert:

*Subhypothese 6:*

$H_1$ : *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Zur Überprüfung der *Subhypothese 6* wird die Korrelation zwischen *Informationsanspruch* und *Häufigkeit der Hausaufgaben* berechnet:

Korrelationen			Informationsanspruch	Häufigkeit HÜ
Spearman-Rho	Informationsanspruch	Korrelationskoeffizient	1,000	-,060
		Sig. (2-seitig)	.	,537
		N	109	109
	Häufigkeit HÜ	Korrelationskoeffizient	-,060	1,000
		Sig. (2-seitig)	,537	.
		N	109	109

**Tabelle 12: Korrelation *Informationsanspruch* und *Häufigkeit der Hausaufgaben***

Die Signifikanz der Berechnung der *Subhypothese 6* liefert mit 0,537 kein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass in der vorliegenden Untersuchung die Hypothese  $H_0$  gilt und  $H_1$  zu verwerfen ist.

$H_0$ : *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention.*

Dieses Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem *Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen* und der *Häufigkeit der Hausaufgaben* gibt. Nach Fehm und Fehm-Wolfsdorf ist es besonders wichtig den „Umgang mit Hausaufgaben in der Therapie durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen systematisch zu trainieren“, denn nur dadurch kann die „wahre Attraktivität“ der Hausaufgaben erkannt werden (Wendlandt 2002, S. 110). Denn unklar erscheint den PädagogInnen oft, wie sich Hausaufgaben „optimal vermitteln lassen und wie sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen lässt“, dass die SchülerInnen diese auch erledigen (Wendlandt 2002, S. 103). In der vorliegenden Studie konnte nicht bestätigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem *Informationsanspruch* und der *Häufigkeit der Hausaufgaben* gibt. SprachheillehrerInnen, denen die Fortbildung in ihrer Fachdisziplin (Informationsanspruch) wichtig ist, geben ihren SchülerInnen nicht häufiger Hausaufgaben mit.

#### **4.4 Zusammenfassung**

Der empirische Teil dieser Diplomarbeit hat die Beschreibung und Durchführung der Untersuchung sowie ihre Auswertung zum Inhalt. Dabei wird von der zu Beginn formulierten Forschungsfrage ausgegangen, die wie folgt lautet:

*Wie wirken sich die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention aus?*

Mittels der aufgestellten zentralen Hypothese *Der pädagogische Anspruch der SprachheilpädagogInnen gestaltet deren sprachheilpädagogische Intervention* kann die Forschungsfrage beantwortet werden. Weiters werden *Subhypothesen* zu den pädagogischen Ansprüchen aufgestellt, die anhand der ermittelten Daten überprüft werden.

Die Hypothese *Der pädagogische Anspruch der SprachheilpädagogInnen gestaltet deren sprachheilpädagogische Intervention* wird anhand von Subhypothesen zu den pädagogischen Ansprüchen überprüft. Die Ziele sprachheilpädagogischer Intervention werden anhand einer Rangreihung interpretiert. Die Effektivität, der Kontakt- und Kommunikationsanspruch sowie der Informationsanspruch werden mit jeweils zwei Subhypothesen überprüft.

Die Zielsetzungen der sprachheilpädagogischen Intervention weisen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen durch die PädagogInnen auf. Die Aussage *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ganzheitlichen Förderung* erhält von den PädagogInnen die meisten *starken Zustimmungen*. Das bedeutet für den Sprachheilkurs und die teilnehmenden SchülerInnen, dass die PädagogInnen in ihrem Unterricht an erster Stelle den Fokus auf die „ganze“ Person lenken. Im Mittelpunkt der Intervention steht das Kind mit seinen Kompetenzen sowie Bedürfnissen. Die zweithäufigsten *starken Zustimmungen* erzielt die Aussage *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Beseitigung der „Störungen“*. Sprachheilunterricht fokussiert erst an zweiter Stelle die „Störungen“ der SchülerInnen. Sprachheilpädagogische Intervention zielt nach der *ganzheitlichen Förderung* auf eine *symptomfreie Sprache* der Kinder und Jugendlichen. An dritter Position befindet sich die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Stärkung des Selbstbewusstseins*. SprachheilpädagogInnen wollen in ihrem Unterricht neben einer symptomfreien Sprache der SchülerInnen auch ihr Selbstbewusstsein stärken und sie somit „fit“ für den Schul- sowie Alltag machen. Das Ziel *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung sozialer Kompetenzen* möchte neben selbstbewussten SchülerInnen auch sozial kompetente Kinder und Jugendliche im Sprachheilkurs ausbilden. Weitere Zielsetzungen stellen die *Förderung der Emotionalität, der Kognition und der Motorik* dar. Die Zielsetzungen der sprachheilpädagogischen Intervention durch die SprachheilpädagogInnen sind einer individuellen Gewichtung der sprachheilpädagogisch tätigen Personen unterworfen. Die oberste Prämisse des Unterrichtens stellen die SchülerInnen mit ihren Kompetenzen dar. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Förderung der Kompetenzen, einschließlich der sprachlichen Fähigkeiten, primäres Ziel der sprachheilpädagogischen Intervention darstellt.

Im weiteren Verlauf werden sechs Subhypothesen zu den pädagogischen Ansprüchen der SprachheilpädagogInnen überprüft. Diese beziehen sich auf die Effektivität, die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention sowie den Informationsanspruch der PädagogInnen.

Zur Effektivität in der sprachheilpädagogische Intervention werden zwei Subhypothesen untersucht. In der vorliegenden Studie konnte anhand *der Subhypothese 1 ein geringer Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und der Unterstützung durch die Eltern* festgestellt werden. Für die Durchführung eines effektiven Sprachheilkurses ist notwendig, dass die Erziehungsberechtigten das Kind und somit den

Unterricht unterstützen. In weiterer Folge sollte ein Anliegen der SprachheillehrerInnen sein, die Eltern der SchülerInnen ins „Boot“ der sprachheilpädagogischen Intervention zu holen. Erfolgreiche sprachheilpädagogische Intervention findet dann statt, wenn die Unterstützung durch die Eltern gegeben ist. *Ein Zusammenhang zwischen dem Erfolg und der Häufigkeit der Hausaufgaben* konnte anhand der *Subhypothese 2* in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Sprachheilpädagogische Intervention ist in dieser Studie nicht erfolgreicher, wenn SchülerInnen Hausaufgaben erhalten. Das vorliegende Ergebnis könnte bedeuten, dass SprachheillehrerInnen ihre SchülerInnen im Sprachheilkurs (in der Institution Schule) bereits so intensiv und effektiv fördern, dass die SchülerInnen zu Hause keiner weitere Übungsbeziehungsweise Festigungsphase mehr bedürfen. Die schulische Intervention könnte die SchülerInnen dazu anleiten, die erreichten Lernziele im sozialen Umfeld selbstständig zu erproben und anzuwenden. Es könnte aber auch sein, dass die SchülerInnen durch zusätzliche Hausaufgaben überfordert werden und die Aufgaben deshalb nicht den Erfolg beeinflussen.

Die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention wird in der vorliegenden Untersuchung anhand einer Rangreihung des Kontakt- und Kommunikationsanspruches sowie der *Subhypothese 3* und *Subhypothese 4* überprüft. Die Kontakt- und Kommunikationsgestaltungen weisen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen durch die PädagogInnen auf. Die Aussage *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen ist wichtig* erhielt von den SprachheillehrerInnen die meisten *starken Zustimmungen*. Am zweiten Rang liegen mit gleich vielen *starken Zustimmungen* die beiden Aussagen *Persönlicher Kontakt zu anderen SprachheillehrerInnen* und *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der Stammschule ist wichtig*. Den vierten Rang belegen die beiden Aussagen *Persönlicher Kontakt zu LogopädInnen* und *Persönlicher Kontakt zu HNO-ÄrztInnen ist wichtig*. Der Kontakt- und Kommunikationsanspruch der SprachheilpädagogInnen ist einer individuellen Gewichtung unterworfen, wobei den sprachheilpädagogisch tätigen Personen der persönliche Kontakt und die Kommunikation mit den KollegInnen in den „betreuten“ Schulen am wichtigsten erscheint. Die Untersuchung der *Subhypothese 3* liefert folgendes Ergebnis: *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der sprachheilpädagogischen Intervention und dem Kontakt der SprachheillehrerInnen mit den KlassenlehrerInnen*. Diesem Ergebnis nach hat der persönliche Kontakt mit den KlassenlehrerInnen keinen Einfluss auf den Erfolg im Sprachheilkurs. Die *Subhypothese 4* prüft die Korrelation der Variablen *Erfolg* und *Ort* des Sprachheilunterrichts: *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheilpädagogischen Intervention*. Eine effektive Durchführung der

sprachheilpädagogischen Intervention ist somit unabhängig vom Ort an dem sie stattfindet. Die Räumlichkeiten beeinflussen nicht den Erfolg des Sprachheilkurses.

Zum Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen werden zwei Subhypothesen überprüft. Die *Subhypothese 5* zeigt, dass *es einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und dem Erfolg in der sprachheilpädagogischen Intervention gibt*. Die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention korreliert mit dem Informationsanspruch der PädagogInnen. In dieser Untersuchung hat der Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen einen geringen Einfluss auf den Erfolg des Unterrichts. Ist den PädagogInnen Fort- und Weiterbildung wichtig, dann sind sie beziehungsweise ihre SchülerInnen erfolgreicher in der sprachheilpädagogischen Intervention. *Subhypothese 6, Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention*, kann in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es besteht *kein Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen und der Häufigkeit der Hausaufgaben in der sprachheilpädagogischen Intervention*. Daraus lässt sich für die vorliegende Untersuchung ableiten, dass SprachheillehrerInnen denen Fort- und Weiterbildung (Informationsanspruch) wichtig ist, den SchülerInnen nicht häufiger Hausaufgaben geben. Der Informationsanspruch der PädagogInnen beeinflusst nicht die Häufigkeit der Hausaufgaben.

Die zentrale Hypothese der vorliegenden Studie kann mittels Rangreihungen und Subhypothesenberechnungen bestätigt werden:

*Die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen gestalten deren sprachheilpädagogische Intervention.*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die pädagogischen Ansprüche, Ziele, Effektivität, Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sowie Informationsanspruch der SprachheilpädagogInnen die sprachheilpädagogische Intervention beeinflussen.

Die Zielsetzungen des Sprachheilkurses erfahren durch die SprachheillehrerInnen unterschiedliche Gewichtungen. Die Effektivität des Sprachheilkurses ist in geringem Ausmaß auf die Unterstützung der Eltern angewiesen. Ein geringer Zusammenhang kann

zwischen der Effektivität des Sprachheilkurses und der Unterstützung durch die Eltern festgestellt werden. Der Kontakt- und Kommunikationsanspruch der SprachheilpädagogInnen unterliegt individuellen Schwerpunktsetzungen. Die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung der SchülerInnen und LehrerInnen kann unabhängig vom Ort der Intervention erfolgreich durchgeführt werden. Der Informationsanspruch (Fort- und Weiterbildung) der SprachheilpädagogInnen korreliert gering mit dem Erfolg sprachheilpädagogischer Intervention.

Diese Ergebnisse zeigen, dass SprachheillehrerInnen unterschiedliche Ansprüche an ihre sprachheilpädagogische Intervention stellen. Die SprachheilpädagogInnen gestalten durch ihre individuellen Ansprüche den Unterricht.

## 5 Diskussion der Ergebnisse im Kontext des Konstruktivismus

Die quantitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden nun im theoretischen Kontext des Konstruktivismus verortet. Die Ergebnisse und die Interpretation dieser Evaluierung bedürfen einer abschließenden Betrachtung.

Sprachheilpädagogische Intervention wird von den SprachheillehrerInnen für die SchülerInnen beziehungsweise gemeinsam mit den SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“ konstruiert.

In der vorliegenden Untersuchung werden die Zielsetzungen des Sprachheilkurses von den PädagogInnen unterschiedlich gereiht. Diese individuellen Reihungen können einem unterschiedlichen Selbstverständnis der SprachheillehrerInnen zugeschrieben werden. Die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ganzheitlichen Förderung* positioniert sich am ersten Rang und entspricht dahingehend konstruktivistischer Didaktik, dass im Vordergrund des pädagogischen Agierens die individuellen Kompetenzen der SchülerInnen stehen und in der Interaktion berücksichtigt werden. Die Zielsetzung *Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur Förderung der Emotionalität* wird von den LehrerInnen an fünfter Stelle gereiht. Im Kontext des Konstruktivismus beziehungsweise der Relationalen Didaktik ist „emotionale Kontextunterstützung“ für den „Lehr-Lernprozess“ in der sprachheilpädagogischen Intervention wichtig. Die Qualität des Sprachheilkurses ist an Emotionalität gebunden (vgl. Lütke 2004, S. 112). SprachheilpädagogInnen, die sich dieser Zielsetzung verpflichten, handeln in ihrem Unterricht nach den Gesichtspunkten konstruktivistischer Didaktik. Konstruktivistische Didaktik zielt auf eine gemeinsame Planung und Gestaltung der Intervention. Im Hinblick auf die Zieldefinitionen dieser Untersuchung kann eine gemeinsame Zielsetzung der LehrerInnen und SchülerInnen nicht bestätigt aber auch nicht widerlegt werden. Die vorliegende Untersuchung wird ausschließlich aus der Perspektive der PädagogInnen erforscht und bezieht nicht die SchülerInnenperspektive mit ein. Wichtig für die Durchführung einer konstruktivistischen sprachheilpädagogischen Intervention ist es, dass sich SchülerInnen zu „ExpertInnen“ im Sprachheilkurs entwickeln und bei ihren Wirklichkeitskonstruktionen von den PädagogInnen unterstützt werden.

Die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention wird von den PädagogInnen, die den Sprachheilkurs durchführen, definiert und überprüft. Was bedeutet Effektivität im Sprachheilkurs? Die PädagogInnen haben die Möglichkeit die „Sprache“ der SchülerInnen als „symptomfrei“, „gebessert“ und „nicht gebessert“ zu definieren und vermerken dies im „Tagebuch des Sprachheilkurses“. Diese Entscheidungsmacht der SprachheillehrerInnen ist nur dann eine konstruktivistische, wenn das Abbild der SchülerInnen als äußere Realität wahrgenommen wird und zusätzlich die Rollen der PädagogInnen bearbeitet, begründet und reflektiert werden. Im Kontext des Konstruktivismus werden Störungen der „Sprache“ als sprachliche Differenz und nicht als sprachliches Defizit wahrgenommen und beschrieben.

In dieser Untersuchung besteht ein geringer Zusammenhang zwischen der Effektivität des Sprachheilunterrichts und der Unterstützung durch die Eltern. Sprachheilpädagogische Intervention ist effektiver, wenn Eltern diese unterstützen. Wird das „sprachdidaktische Dreieck“, Sprache-Lernende/r-Lehrende/r von der „Außenwelt“ der SchülerInnen unterstützt, dann ist sprachheilpädagogische Intervention erfolgreicher. Dennoch stellt nach Bahr das „Zentrum der konstruktivistischen Didaktik [...] die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden im gesellschaftlich normierten Kontext“ dar (Bahr 2007, S. 141). Die Beziehung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen wird durch das Erteilen von Hausaufgaben erweitert. Das Umfeld in beziehungsweise mit dem die Hausaufgaben (Erziehungsberechtigte) durchgeführt werden, ist in das sprachheilpädagogische Interventionsgeschehen miteinbezogen, dennoch tragen Hausaufgaben nicht zu einer erfolgreicherer Intervention bei.

Die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention erfährt in der vorliegenden Studie von den SprachheilpädagogInnen eine individuelle Schwerpunktsetzung. Diese unterschiedlichen Reihungen des Kontakt- und Kommunikationsanspruches können dem Selbstverständnis der LehrerInnen zu geschrieben werden. Am ersten Rang positioniert sich die Aussage *Persönlicher Kontakt zu KollegInnen der „betreuten“ Schulen ist wichtig*. Im konstruktivistischen Kontext bedeutet dies, dass SprachheilpädagogInnen der Kontakt zu den LehrerInnen der verschiedenen Schulstandorte (KlassenlehrerInnen) wichtig ist und das „sprachdidaktische Dreieck“ von der „Außenwelt“ zusätzliche Informationen erfährt. Dennoch stellt das „Dreieck“ (Sprache, SchülerIn, LehrerIn) den Mittelpunkt konstruktivistisch-sprachheilpädagogischer Intervention dar. Weiters kann kein Zusammenhang zwischen dem Erfolg und dem Ort der sprachheil-

pädagogischen Intervention festgestellt werden. Der Erfolg sprachheilpädagogischer Intervention wird von den Räumlichkeiten in denen der Sprachheilkurs stattfindet nicht beeinflusst. Dies bedeutet, dass die „Außenwelt“ der Räumlichkeiten keinen Einfluss auf den Erfolg im „sprachdidaktischen Dreieck“ hat und die Beziehung von SchülerInnen und LehrerInnen nicht durch die Räumlichkeiten beeinflusst wird. Die Beziehung LehrerIn-SchülerIn nimmt eine zentrale Position in der konstruktivistischen Didaktik ein, wichtig ist die Art und Weise des Umgangs der Menschen miteinander.

In dieser Untersuchung wird ein geringer Zusammenhang zwischen dem Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen und dem Erfolg im Sprachheilkurs festgestellt. PädagogInnen, denen Fort- und Weiterbildung wichtig ist, sind in ihrem Unterricht erfolgreicher. Aus konstruktivistischer Perspektive ist es wichtig, PädagogInnen in ihrer eigenen Wahrnehmungsfähigkeit und der anderer Personen, zu schulen, damit sie sich ihrer eigenen Konstruktivität bewusst werden und bleiben. Für professionelles erfolgreiches sprachheilpädagogischen Handeln ist es wichtig, dass PädagogInnen selber „lernoffen“ und „lernfähig“ bleiben (Siebert 2002, S. 54).

Im Kontext des Konstruktivismus lässt sich nach Laubenstein die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit dahingehend interpretieren, dass „es sich bei dem beobachteten und beobachtenden System nicht um ein operational geschlossenes, biologisch verankertes handelt, sondern sich der Mensch immer in einem Beziehungsverhältnis mit anderen befindet, die auf seine Beobachtung einwirken“ (Laubenstein 2008, S. 19f). Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass sich in Bildungsinstitutionen Wahrheits- und Wirklichkeitskonstruktionen gemeinschaftlich vollziehen. Sprachheilpädagogische Intervention ist ein Teilbereich dieser Bildungsinstitution. SprachheillehrerInnen nehmen in diesem Gefüge gleichzeitig die Rolle der BeobachterInnen und AkteurInnen ein und in der weiteren Differenzierung (schriftliche Befragung über sich und die SchülerInnen beziehungsweise Eltern) die Positionen der Selbst- und FremdbeobachterInnen. Sie treffen dabei Aussagen über ihre pädagogischen Ansprüche und die konkrete Umsetzung dieser. Zusammenfassend kann die vorliegende konstruktivistische Situationsanalyse des Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich folgendermaßen beantwortet werden:

*Die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen gestalten deren sprachheilpädagogische Intervention.*

Anschließend an die Diskussion der Ergebnisse sollen auch diese im Sinne des Konstruktivismus reflektiert werden. Aus Sicht des Konstruktivismus steht der Mensch „in einem Beziehungsverhältnis mit anderen [...], die auf seine Beobachtung einwirken“ (Laubenstein 2008, S. 20). Die vorliegende Studie wird deshalb dahingehend kritisch betrachtet. Die Rollen der Verfasserin als praktizierende und wissenschaftliche Pädagogin sowie der Blickwinkel, ihre Nähe und Involviertheit zum Forschungsfeld, könnten im pädagogischen Zirkel gefangen sein. Dennoch die Ergebnisse der Untersuchung und ihre anschließende Diskussion wurden aus der Perspektive der wissenschaftlichen Pädagogin verfasst.

## 6 Zusammenfassung und Ausblick

Die Forschungsfrage *Wie wirken sich pädagogische Ansprüche der SprachheillehrerInnen auf deren sprachheilpädagogische Intervention aus?* wird in der vorliegenden Diplomarbeit in einer Situationsanalyse des Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich im Kontext des Konstruktivismus evaluiert.

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der Sprachheilpädagogik. Sprache wird aus der Perspektive verschiedener AutorInnen erläutert und die sprachliche Kompetenz der Individuen definiert. Ein Einblick in die Entwicklung der deutschsprachigen Fachdisziplin Sprachheilpädagogik wird durch einen historischen Abriss der Situationen in Deutschland und Österreich ermöglicht. Einem geschichtlichen und terminologischen Wandel sind auch die Grundorientierungen der Fachrichtung Sprachheilpädagogik unterworfen. Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld der Heil-, Sonder-, Behinderten-, Rehabilitations- und Integrationspädagogik, aber auch die Wissenschaft Sprachheilpädagogik wird erörtert. Im weiteren Verlauf werden das sprachheilpädagogische Handlungsfeld und ihre Ziele in der Pflichtschule vorgestellt. Im Bereich der Sprachheilpädagogik etablierten sich unterschiedliche Begriffe und Modelle zur Klassifikation, die Anwendung in der sprachheilpädagogischen Intervention erfahren. Sprachheilpädagogik ist in den Verlauf der Wissenschaft eingebunden und unterliegt den vorherrschenden Menschenbildern, die die SprachheilpädagogInnen beeinflussen. Die Wurzeln der Fachrichtung Sprachheilpädagogik sind identisch mit jenen der Logopädie. Trotz dieser Gemeinsamkeit bestehen Unterschiede in der Akzentuierung der Disziplinen.

Nach der theoretischen Verortung der Sprachheilpädagogik beschäftigt sich das zweite Kapitel mit der sprachheilpädagogischen Intervention. Der Tätigkeitsbereich der österreichischen SprachheillehrerInnen wird vorgestellt. Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Unterrichts werden erörtert. Sprachheilpädagogische Intervention unterliegt den vom Gesetzgeber vorgegebenen Standards, die anhand von Qualitätsebenen der Sprachtherapie näher erläutert werden. SprachheilpädagogInnen unterwerfen sich diesen Richtlinien und erstellen anhand dieser und den Handlungsfeldern ihre pädagogischen Ansprüche an die sprachheilpädagogische Intervention. Diese beinhalten die Zielsetzungen, die Effektivität, die Kontakt- und Kommunikations-

gestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention sowie den Informationsanspruch der PädagogInnen.

Die vorliegende Diplomarbeit analysiert sprachheilpädagogische Intervention im Kontext des Konstruktivismus. Deshalb wird in Kapitel drei eine theoretische Auseinandersetzung des Konstruktivismus in der Pädagogik dargestellt. Nach einer allgemeinen Einführung in den Konstruktivismus der Pädagogik, wird Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus erörtert. Die Untersuchung der sprachheilpädagogischen Intervention aus der Perspektive der SprachheillehrerInnen bedingt eine vorangehende Annäherung an die sprachheilpädagogischen AkteurInnen und ihr Selbstverständnis. Anschließend wird die Relationale Didaktik, ein konstruktivistisch-didaktisches Modell für den Förderschwerpunkt „Sprache“ von Lütke vorgestellt.

Das vierte Kapitel, der empirischen Teil der Diplomarbeit, befasst sich mit der Untersuchung der sprachheilpädagogischen Intervention und den pädagogischen Ansprüchen der SprachheillehrerInnen. Es werden die Forschungsfrage und die Hypothesen vorgestellt. Darüber hinaus werden die empirische Untersuchung und die methodische Vorgehensweise näher beschrieben. Dabei wird auf die Stichprobe und das Erhebungsinstrument näher eingegangen. Weiters erfolgt eine Überprüfung der Hypothesen, die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die pädagogischen Ansprüche, die Zielsetzungen, die Effektivität, die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung der sprachheilpädagogischen Intervention sowie der Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen. Anschließend werden die empirischen Ergebnisse zusammengefasst.

Im Kapitel fünf werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Kontext des Konstruktivismus dargestellt und diskutiert.

Das Kapitel sechs fasst die Inhalte der einzelnen Kapitel kurz zusammen und zeigt Schlussfolgerungen auf, die mögliche Perspektiven für weiterführende Untersuchungen darstellen.

In der vorliegenden Diplomarbeit werden sprachheilpädagogische Intervention und ihre pädagogischen Ansprüche untersucht. Für weitere Forschungen in diesem Themenbereich wäre es wünschenswert die Untersuchung an eine größere beziehungsweise repräsentativere

Stichprobe zu knüpfen, um exakte Aussagen über die pädagogischen Ansprüche der LehrerInnen liefern zu können. Interessant wäre es auch den „Wandel“ der pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen zu verfolgen und Längsschnittuntersuchungen durchzuführen. Die Evaluierung der sprachheilpädagogischen Intervention impliziert das Kalkül mit Ergebnissen der pädagogischen Ansprüche der PädagogInnen Aussagen beziehungsweise Prognosen über die Gestaltung zukünftiger sprachheilpädagogischer Intervention zu liefern. Sprachheilpädagogische Intervention und pädagogische Ansprüche werden ausschließlich aus der Perspektive der SprachheilpädagogInnen erforscht. Die LehrerInnen nehmen in der sprachheilpädagogischen Intervention verschiedene Rollen ein. Für diese Untersuchung werden sie in erster Linie als BeobachterInnen eingesetzt. Die Beobachtung stellt im Konstruktivismus eine zentrale Prämisse dar. Die BeobachterInnen nehmen ihren Unterricht unter die „Lupe“ und dokumentieren dies mit Hilfe der Fragebögen. Sie nehmen die Position der Fremdbeobachtung (Beobachtung der SchülerInnen/Eltern) und der Selbstbeobachtung (Beobachtung der eigenen Person) ein. Die Wahrnehmung der SprachheillehrerInnen entwirft ein Modell der Realität „deren Objektivität oder Wahrheit nicht überprüft werden kann“ (Lindemann 2006, S. 13). Diese Realitätsmodelle der PädagogInnen dienen als Grundlage dieser empirischen Untersuchung und können nicht objektiv überprüft werden. Die BeobachterInnen liefern eine subjektive Abbildung ihrer sprachheilpädagogischen Wirklichkeit. Nicht nur aus der Perspektive des Konstruktivismus, sondern prinzipiell entspricht sprachheilpädagogische Intervention in der Fachdisziplin Sprachheilpädagogik „wegen der nicht reduzierbaren Komplexität der auf Kommunikation ausgerichteten Behandlungssituationen selten der Laborbedingungen exakter und objektiver Forschung“ (Baumgartner/Giel 2005, S. 281). Aus methodischen Gründen der empirischen Sozialforschung ist aber auch eine Laborforschung nicht anzustreben. Die PädagogInnen sind nicht nur als BeobachterInnen, sondern auch als TeilnehmerInnen und AkteurInnen der sprachheilpädagogischen Intervention tätig. Den Blick auf weitere beziehungsweise alle AkteurInnen zu erweitern erscheint lohnenswert. Insbesondere wäre es spannend die Perspektive der SchülerInnen auf die sprachheilpädagogische Intervention darzulegen und ihre Ansprüche an den Sprachheilkurs zu erforschen sowie einen Vergleich der Eltern-, LehrerInnen- und SchülerInnen-Ansprüche zu erstellen. Eine weitere Sichtweise auf sprachheilpädagogische Intervention würde eine Befragung der Zuständigen des Landesschulrates (für Niederösterreich) erzielen. Sie entscheiden über die Richtlinien sprachheilpädagogischer Intervention und somit auch indirekt über die Ansprüche der PädagogInnen.

Das Handlungsfeld, sprachheilpädagogische Intervention, könnte auch in einen anderen theoretischen Kontext eingebettet werden. Die medizinische Disziplin Logopädie könnte eine weitere Perspektive auf Intervention im Bereich der „Sprache“ richten. Die Ansprüche logopädischer Therapie könnten im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu sprachheilpädagogischer Intervention erforscht werden.

Weiterführend könnten Studien zum Forschungsgegenstand, sprachheilpädagogische Intervention, hinsichtlich der sozialpsychologischen Dissonanztheorie initiiert werden. Die Perspektive der SprachheillehrerInnen hinsichtlich Effektivität und Zielsetzungen des Sprachheilkurses könnte beispielsweise im Kontext dieses theoretischen Ansatzes beleuchtet werden.

Sprachheilpädagogische Intervention wird in der vorliegenden Untersuchung unter dem Gesichtspunkt des Selbstverständnisses der PädagogInnen betrachtet. Nicht nur das Selbstverständnis der SprachheillehrerInnen, sondern auch bildungspolitische Maßnahmen sind an den Förderschwerpunkt „Sprache“ gekoppelt. Die Anzahl der Unterrichtsstunden die PädagogInnen an den einzelnen Schulstandorten abhalten ist nicht ausschließlich an den Bedarf geknüpft, sondern abhängig von bildungspolitischen Gründen und der Zuteilung von Ressourcen. Obwohl vom zuständigen Landesschulrat empfohlen wird, sprachheilpädagogische Intervention „im Regelfall zweimal wöchentlich“ abzuhalten, kann dies in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden (LSRfNÖ 2009, o. S.). 95,4 % der SchülerInnen nehmen nur einmal wöchentlich am Sprachheilkurs teil. Die Zuteilungen der Unterrichtsstunden orientieren sich demnach nicht am „Regelfall“ des Landesschulrates. Sparmaßnahmen im Bildungsbereich wirken sich auch in Bereichen der „therapeutischen und funktionelle Übungen“, die in Form von Kursen abgehalten werden, aus. Zusätzliche kostenlose Angebote für SchülerInnen, die nicht direkt den Unterricht in den Schulklassen betreffen, können beziehungsweise sind dem politischen oder privaten Rotstift zum Opfer gefallen.

Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung gestaltet sich für die Sprachheilpädagogik in der Darlegung und Umsetzung sprachheilpädagogischer Intervention. SprachheillehrerInnen diagnostizieren bei SchülerInnen Förderschwerpunkt „Sprache“ und sind „als schulische Funktionsträger [...] aufgefordert, ihr diagnostisches Selbstverständnis zu überdenken, denn ihre Aufgabe heißt hier: Normenreflexion hinsichtlich der sprachlichen Variabilität – womit

sie erneut die erwähnte Eigengesetzlichkeit subjektiver Lernbedürfnisse unterstützen.“ (Lüdtke 2004, S. 116). Dies kann nur gewährleistet werden, wenn SprachheillehrerInnen über ihr Selbstverständnis aufgeklärt werden. Möglichkeiten bieten Ausbildungen der SprachheilpädagogInnen und das vorgeschriebene, verpflichtende Fort- und Weiterbildungsangebot des Gesetzgebers. „Die Zukunft einer Fachdisziplin hat ihre Wurzeln in der Ausbildung der Absolventinnen und Absolventen. Sie tragen als neue Generation ihre Gedanken in die Praxis“ (Grohnfeldt 2000, S. 146).

## Literaturverzeichnis

Abel, Jürgen/Möller, Renate/Treumann, Klaus P.(1998): Einführung in die Empirische Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

Atteslander, Peter (1992): Sammlung Göschen 2100. Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin/New York: de Gruyter.

Atteslander, Peter (2008<sup>12</sup>): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt.

Bahr, Reiner (2007): Sprachtherapeutischer Unterricht: Eine Perspektive für den Förderschwerpunkt Sprache<sup>1</sup>. In: Kolberg, Tatjana (Hrsg.): Sprachtherapeutische Förderung im Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer, S. 130-143.

Bahr, Reiner/Grimme, Barbara (2004): Unterricht im sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Sprache. Perspektiven für die 2. Ausbildungsphase und Planungsbeispiel. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 217-233.

Baumgartner, Stephan (2004): Pädagogisierung als Beitrag zur fachlichen Identität der Sprachheilpädagogik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 53-68.

Baumgartner, Stephan (2004a): Sprachheilpädagogik ist Pädagogik und mehr. In: Baumgartner, Stephan et al.: Standort: Sprachheilpädagogik. Dortmund: modernes lernen, S. 99-197.

Baumgartner, Stephan (2004b): Die frühe Pädagogisierung der Sprachheilpädagogik. In: Baumgartner, Stephan et al.: Standort: Sprachheilpädagogik. Dortmund: modernes lernen, S. 15-65.

Baumgartner, Stephan (2009): Sprachstörungen. Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz. In: Opp, Günther/Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch schulische Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, S. 258-265.

Baumgartner, Stephan/Giel, Barbara (2005<sup>2</sup>): Qualität und Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 268-302.

Begemann, Ernst (1995): „Sprache“: individuell spezifische und doch auch „gemeinsame“ Lebenswirklichkeit und tradierte Kultur. In: Die Sprachheilarbeit. 40 (1), S. 3-41.

Berger, Ernst (2010): Neuropsychologische Grundlagen kindlicher Entwicklung. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Biewer, Gottfried (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2008): Lehrplan der Allgemeinen Sonderschule. URL: [http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/Lehrplan der Allgemeinen Sonderschule.doc](http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/Lehrplan_der_Allgemeinen_Sonderschule.doc) [29.8.2011, 10:14 Uhr]

BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2010): Lehrplan der Volksschule. URL: [http://www.bmukk.gv.at/medienpool/14055/lp\\_vs\\_gesamt.pdf](http://www.bmukk.gv.at/medienpool/14055/lp_vs_gesamt.pdf) [5.9.2011, 13:06 Uhr]

BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2011): Förderschwerpunkte Sprechen. URL: <http://www.cisonline.at/index.php?id=14> [05.09.2011, 13:18 Uhr]

Böhm, Winfried (2005<sup>16</sup>): Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Kröner.

Borbonus, Theo/Maihack, Volker (2005<sup>2</sup>): Sprachtherapeutische Aufgabenfelder, Handlungsfelder und Organisationsformen. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 228-243.

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2006<sup>4</sup>): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Braun, Otto (2002<sup>2</sup>): Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik – Therapie – Förderung. Stuttgart: Kohlhammer.

Braun, Otto (2004): Bildung, Erziehung und Unterricht in Sprachheilpädagogik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 25-52.

Braun, Otto (2005): Entwicklungslinien und Zukunftsperspektiven im Fach Sprachheilpädagogik. In: Sonderpädagogische Förderung. 50 (1), S. 13-25.

Braun, Otto/Macha-Krau, Heidrun (2005<sup>2</sup>): Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 47-78.

Bühl, Achim (2010<sup>12</sup>): PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium.

Bundschuh, Konrad (2002<sup>3</sup>): Heilpädagogische Psychologie. München: Reinhardt.

Datler, Wilfried/Bamberger, Regina/Studener, Regina (2000): Sprache, Sprachentwicklung und das Erleben von Beziehung: Über integrative Aspekte von Sprachheilpädagogik. In: Frühwirth, Inge/Meixner, Friederike (Hrsg.): Sprachheilpädagogik und Integration. Wien: Jugend & Volk, S. 13-22.

Eckert, Andreas (2007): Der FBEBK (Fragebogen zur Bedürfnislage von Eltern behinderter Kinder) – Konstruktion und Erprobung eines Instrumentes zur Erfassung elterlicher Bedürfnisse in Bezug auf personelle und institutionelle Unterstützung. In: Heilpädagogische Forschung. 33 (2), S. 50-63.

- Giel, Barbara/Iven, Claudia (2009<sup>2</sup>): Evaluationsforschung in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Stuttgart: Kohlhammer, S. 116-132.
- Glück, Christian W./Berg Magrit (2008): Sprachheilpädagogik auf dem Weg. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Mitteilungsblatt. URL: [http://froebelschule-lbg.de/media/download\\_gallery/2008\\_Positionspapier%20der%20dgs.pdf](http://froebelschule-lbg.de/media/download_gallery/2008_Positionspapier%20der%20dgs.pdf) [03.11.2011, 15:03 Uhr]
- Grohnfeldt, Manfred (1989): Merkmale der pädagogischen Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: Volker Spiess, S. 13-31.
- Grohnfeldt, Manfred (1997<sup>4</sup>): Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin: Marhold.
- Grohnfeldt, Manfred (2000): Aufgabenstellungen der Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit. Jg. 45, 4/2000, S. 146-147.
- Grohnfeldt, Manfred (2003): Menschenbilder in sprachtherapeutischen Handlungsfeldern. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, S. 17-23.
- Grohnfeldt, Manfred (2007): Geschichte der Sprachheilpädagogik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lexikon der Sprachtherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 126-132.
- Grohnfeldt, Manfred (2009): Zur Geschichte des Sprachheilwesens in Deutschland. In: Sprache - Stimme - Gehör. 33 (1), S. 39-45.
- Grohnfeldt, Manfred/Ritterfeld, Ute (2005<sup>2</sup>): Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15-46.
- Grohnfeldt, Manfred/ Romonath, Roswitha (2005<sup>2</sup>): Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich. . In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 244-267.
- Hansen, Bernd/Heidtmann, Hildegard (2007): Sprachstörungen. In: Borchert, Johann (Hrsg.): Einführung in die Sonderpädagogik. München: Oldenbourg, S. 259-296.
- Heimlich, Ulrich (2004): Sprach- und Lernstörungen. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 346-355.
- Homburg, Gerhard (2003): Berufsbild: Sonderschullehrer für den Förderbedarf Sprache. In: Die Sprachheilarbeit. 48 (5), S. 221-227.
- Homburg, Gerhard/Lüdtke, Ulrike (2003): Zur Komplexität sprachtherapeutischen Handelns. Sprachheilpädagogische Therapietheorie: Die Kunst der Balance in einem dreidimensionalen theoretischen Raum. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, S. 114-133.

Hoops, Wiklef (2001): Welche Domänen sind die Domäne des “Konstruktivismus“? In: Meixner, Johanna/Müller, Klaus (Hrsg.): Konstruktivistische Schulpraxis. Beispiele für den Unterricht. Neuwied: Luchterhand, S. 49-72.

Hoppe, Fritzi (2010): Sprachbehindertenpädagogik im Spannungsfeld konzeptioneller und institutioneller Divergenzen. In: Ellger-Rüttgart, Sieglind/Wachtel, Grit (Hrsg.): Pädagogische Professionalität und Behinderung. Herausforderungen aus historischer, nationaler und internationaler Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 121-126.

Jusline (2011): Schulorganisationsgesetz. URL:  
([http://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law\\_id=90](http://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law_id=90))  
[06.09.2011, 09:38 Uhr]

Katz-Bernstein, Nitza (2003): Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, S. 66-90.

Keese, Angela (2003): Interaktionen mit Sprachbehinderten. Heidelberg: Winter.

Knebel, Ulrich von (2004): Sprachheilpädagogik als Wissenschaft pädagogischer Praxis. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 69-87.

Knura, Gerda (1980): Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, Gerda/Neumann, Berthold (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin: Marhold, S. 3-64.

Kobi, Emil (1996): Zur pädagogischen Orientierung sprachheilpädagogischer Arbeit. In: Die Sprachheilarbeit. 41 (6), S. 350-355.

Kobi, Emil (1999): Heilpädagogik als, mit, im System. Luzern: Edition SZH/SPC.

Kobi, Emil (2004<sup>6</sup>): Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. Berlin: BHP.

Laubenstein, Désirée (2008): Sonderpädagogik und Konstruktivismus. Behinderung im Spiegel des Anderen, der Fremdheit, der Macht. Münster: Waxmann.

Liessmann, Konrad/Zenaty, Gerhard (1998): Vom Denken. Einführung in die Philosophie. Wien: Bräumüller.

Lindemann, Holger (2006): Konstruktivismus und Pädagogik. Grundlagen, Modelle, Wege zur Praxis. München: Reinhardt.

Logopädieaustria (2011): Erläuterungen. Berufsverstöße gegen logopädische Kompetenzbereiche. URL:  
[http://www.logopaediaustria.at/doc/Formular\\_Vorbehaltstaetigkeitverstoesse.pdf](http://www.logopaediaustria.at/doc/Formular_Vorbehaltstaetigkeitverstoesse.pdf)  
[09.09.2011, 12:34 Uhr]

LSRfNÖ – Landesschulrat für Niederösterreich (2009): SprachheillehrerInnen. URL: [http://spz.noeschule.at/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=55](http://spz.noeschule.at/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=55)  
[11.6.2011, 12:04 Uhr]

LSRfNÖ – Landesschulrat für Niederösterreich (2011): Tagebuch für den Sprachheilkurs. URL: [http://spz.noeschule.at/index.php?option=com\\_content&task=view&id=82&Itemid=78](http://spz.noeschule.at/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=78)  
[11.10.2011, 09:15 Uhr]

Lüdtke, Ulrike (2004): Emotionen im Unterricht – Theorie und Praxis einer Relationalen Didaktik im Förderschwerpunkt Sprache. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 106-126.

Lüdtke, Ulrike (2006): Sprache und Emotion: Neurowissenschaftliche und linguistische Zusammenhänge. In: Bahr, Reiner/Iven, Claudia (Hrsg.): Sprache – Emotion – Bewusstheit. Beiträge zur Sprachtherapie in Schule, Praxis, Klinik. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 17-26.

Lüdtke, Ulrike (2007): „Unterricht“ als intersubjektive Konstruktion: Zur emotionalen Regulation sprachlicher Lehr-Lern-Prozesse an der Schnittstelle vom Individuellem, Sozialem und Kulturellem. In: Kolberg, Tatjana (Hrsg.): Sprachtherapeutische Förderung im Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer, S. 161-182.

Lüdtke, Ulrike (2010): Sprachdidaktiktheorie – Vom Sprachtherapeutischen Unterricht zur Relationalen Didaktik. Wie weiter in Zeiten der Inklusion? In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 61 (3), S. 84-96.

Lüdtke, Ulrike (2010a): Relationale Didaktik in Sprach-Pädagogik und Sprach-Therapie: Historische Einbettung und aktuelle Forschung. In: MitSprache. 42 (1), S. 21-46.

Lüdtke, Ulrike/Bahr, Reiner (2000): Standards qualitätsorientierter Förderung sprachbeeinträchtigter Schülerinnen und Schüler. In: Die Sprachheilarbeit. 45 (3), S.148-154.

Lüdtke, Ulrike/Bahr, Reiner (2005<sup>2</sup>): Pädagogik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 79-110.

Lüdtke, Ulrike/Bahr, Reiner (2009<sup>2</sup>): Verstehende Diagnostik individueller Sprachentwicklungsprozesse: Außensicht und Innensicht. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Stuttgart: Kohlhammer, S. 133-150.

Mayer, Andreas (2009): Dimensionen sprachheilpädagogischen Handelns im Unterricht. In: Die Sprachheilarbeit. 54 (3), S.108-118.

Meixner, Friederike (2005): Sprachtherapie als pädagogisches Geschehen. In: Die Sprachheilarbeit. 50 (5), S. 210-211.

ÖGS – Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (2011): Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik. URL: <http://www.sprachheilpaedagogik.at/mitsprache.php> [22.11.2011, 16:07 Uhr]

Osburg, Claudia (2003): „Wie wird <Daas> beschrieben?“ Therapeutische Überlegungen zum Zusammenhang von gesprochener und geschriebener Sprache. In: Grohnfeldt, Manfred

(Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, S. 185-192.

Paier, Almuth (2002): Sprachheilpädagogik Österreich. Zur aktuellen Betreuungs- und Fortbildungssituation sprachbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher in Wien. In: MitSprache. 34 (4). Wien, S. 61-65.

Peterander, Franz (2004): Frühförderung – übergreifende und fachspezifische Merkmale. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 316-330.

Reich, Kersten (2006<sup>3</sup>): Konstruktivistische Didaktik. Weinheim/Basel: Beltz.

Repschläger, Ute (2007): Die internationalen Klassifikationen der WHO: ICD-10 und ICF. In: Schöler, Herman/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Band 1. Göttingen: Hoegrefe, S. 505-511.

Ritterfeld, Ute (2007): Elternpartizipation. In: Schöler, Hermann/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 1. Göttingen: Hoegrefe, S. 922-949.

Rosenberger, Katharina (2007): Problemzonen im Institutionalisierungsprozess der österreichischen Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit. 52 (4), S. 152-156.

Rückl, Monika (2002): Sprachheilpädagogik Österreich. Zur aktuellen Betreuungssituation sprachbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher in Salzburg. In: MitSprache. 34 (2), S. 45-47.

Sassenroth, Martin (2002): Leitkonzepte im Bereich der Förderung von Sprache und Kommunikation sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher. In: Werning, Rolf/Balgo, Rolf/Palmowsik, Winfried/Sassenroth, Martin (Hrsg.): Sonderpädagogik. Lernen, Verhalten, Sprache, Bewegung und Wahrnehmung. München/Wien: Oldenbourg, S. 190-222.

Sassenroth, Martin (2002a): Sonderpädagogische Aufgabenfelder – Integration/Seperation. In: Werning, Rolf/Balgo, Rolf/Palmowsik, Winfried/Sassenroth, Martin (Hrsg.): Sonderpädagogik. Lernen, Verhalten, Sprache, Bewegung und Wahrnehmung. München/Wien: Oldenbourg. S. 389-410.

Schmitt, Katrin/Weiß, Petra (2004): Sprach- und Kommunikationsverhalten der Lehrkraft als Mittel unterrichtsimmanenter Sprach- und Kommunikationsförderung. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 167-179.

Schneider, Wilma (2004): Sprachheilschule, Förderzentren und integrative Schulform. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 331- 345.

Schuntermann, Michael F. (2007<sup>2</sup>): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. Landsberg: ecomed Medizin.

- Seiffert, Heiko (2008): Wie therapeutisch ist der sprachtherapeutische Unterricht? – Dimensionen sprachbezogener Interventionen im Unterricht bei Schülern mit dem Förderbedarf Sprache. In: Die Sprachheilarbeit. 53 (3), S. 147-153.
- Siebert, Horst (2002): Der Konstruktivismus als pädagogische Weltanschauung. Entwurf einer konstruktivistischen Didaktik. Frankfurt/Main: Akademische Schriften.
- Steiner, Jürgen (1996): Der Dialog als Zentrum diagnostisch-systemischen Handlungsdenken. In: Sprache - Stimme - Gehör. 20 (1), S. 26-31.
- Steiner, Jürgen (1997): Zum Sprachbegriff in einer Theorie der Sprachtherapie – das „Energiediagramm für den Sprachberuf, EMS“. In: Die Sprachheilarbeit. 42 (3), S. 96-107.
- Vernooij, Monika A. (2007<sup>8</sup>): Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen bei der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Wellenreuther, Martin (2000): Quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa.
- Welling, Alfons (2004): Kooperative Sprachdidaktik als Konzept sprachbehindertenpädagogischer Praxis. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 127-146.
- Welling, Alfons (2006): Einführung in die Sprachbehindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt.
- Welling, Alfons (2007): Unterricht und Therapie – die didaktische Frage im Förderschwerpunkt Sprache. In: Schöler, Herman/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Band 1. Göttingen: Hoegrefe, S. 955-981.
- Wendlandt, Wolfgang (2002): Therapeutische Hausaufgaben. Grundsätzliche Überlegungen zu einem altbekannten Hut in der sprachtherapeutischen Arbeit. In: Die Sprachheilarbeit. 47 (3), S. 103-111.
- Werner, Lothar (2004): Didaktik der Sprachbehindertenpädagogik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 88-105.
- Westrich, Edmund (1992): Der in seiner Sprache beeinträchtigte Mensch. Zum neuen Denken in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Haupt, Ursula/Krawitz, Rudi (Hrsg.): Anstöße zum Denken in der Sonderpädagogik für Ernst Begemann zum 65. Geburtstag. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 101-118.
- World Health Organisation – WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. URL: [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) [03.11.2011, 14:53 Uhr]
- Zöfel, Peter (1992<sup>3</sup>): Statistik in der Praxis. Stuttgart/Jena: UTB.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Feldmodelle zur Klassifikation von Sprachstörungen (Braun 2002, S. 49).....	34
Abbildung 2: Wechselwirkungen der Komponenten der ICF (WHO 2005, S. 23) .....	36
Abbildung 3: Zur zentralen Stellung des Menschenbildes (Grohnfeldt 2003, S. 21) .....	39
Abbildung 4: Qualitätsebenen der Sprachtherapie (Baumgartner/Giel 2005, S. 272) .....	53
Abbildung 5: Der Dialog als Zentrum des Systems Sprache (Steiner 1996, S. 27).....	67
Abbildung 6: Häufigkeit <i>Alter der SchülerInnen mit Förderschwerpunkt „Sprache“</i> .....	90
Abbildung 7: Häufigkeit <i>Zeitraumen der sprachheilpädagogischen Intervention</i> .....	92
Abbildung 8: Häufigkeit <i>Dauer der sprachheilpädagogischen Intervention</i> .....	92
Abbildung 9: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>ganzheitliche Förderung</i> .....	98
Abbildung 10: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Beseitigung der „Störungen“</i> .....	99
Abbildung 11: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Stärkung des Selbstbewusstseins</i> .....	100
Abbildung 12: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Förderung der soziale Kompetenzen</i> .....	101
Abbildung 13: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Förderung der Emotionalität</i> .....	102
Abbildung 14: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Förderung der Kognition</i> .....	103
Abbildung 15: Zielsetzung des Sprachheilkurses <i>Förderung der Motorik</i> .....	104
Abbildung 16: Häufigkeit <i>Erfolg im Sprachheilunterricht</i> .....	105
Abbildung 17: Häufigkeit <i>Hausaufgaben im Sprachheilkurs</i> .....	108
Abbildung 18: Kontakt zu <i>KollegInnen der „betreuten“ Schulen</i> .....	111
Abbildung 19: Kontakt zu <i>anderen SprachheillehrerInnen</i> .....	111
Abbildung 20: Kontakt zu <i>KollegInnen der Stammschule</i> .....	112
Abbildung 21: Kontakt zu <i>LogopädInnen</i> .....	112
Abbildung 22: Kontakt zu <i>HNO-ÄrztInnen</i> .....	113

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschlechterverteilung der SprachheillehrerInnen .....	88
Tabelle 2: Berufserfahrung der SprachheillehrerInnen .....	89
Tabelle 3: <i>Organisationsformen</i> sprachheilpädagogischer Intervention .....	91
Tabelle 4: Häufigkeit <i>Sprachheilunterricht pro Woche</i> .....	93
Tabelle 5: Häufigkeit <i>Erfolg im Sprachheilkurs</i> .....	105
Tabelle 6: Signifikanz <i>Erfolg</i> und <i>Unterstützung der Eltern</i> .....	106
Tabelle 7: Korrelation <i>Erfolg</i> und <i>Unterstützung der Eltern</i> .....	107
Tabelle 8: Korrelation <i>Erfolg</i> und <i>Häufigkeit der Hausaufgaben</i> .....	109
Tabelle 9: Signifikanz <i>Kommunikation mit KlassenlehrerInnen</i> und <i>Erfolg</i> .....	114
Tabelle 10: Signifikanz <i>Ort der Intervention</i> und <i>Erfolg</i> .....	116
Tabelle 11: Korrelation <i>Erfolg</i> und <i>Informationsanspruch</i> .....	118
Tabelle 12: Korrelation <i>Informationsanspruch</i> und <i>Häufigkeit der Hausaufgaben</i> .....	119

# Anhang

## Informationen zu den Fragebögen

### Sehr geehrte/r SprachheilpädagogIn!

Ich, Andrea Latour, bin Sprachheillehrerin, Sonderschullehrerin (in einer VS-Integrationsklasse) und Pädagogikstudentin. Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Wien möchte ich gerne mit Ihrer Hilfe den Themenbereich „Sprachheilpädagogische Intervention“ erforschen.

Für die Durchführung meiner empirischen Arbeit ersuche ich Sie, meine Fragen vollständig sowie ehrlich zu beantworten. Um Ihre Erfahrungen und Einstellungen erfassen zu können, bitte ich Sie, die Fragebögen auszufüllen.

- Der „LehrerIn“-Fragebogen betrifft Sie und Ihre persönlichen Erfahrungen und Einstellungen im Rahmen des sprachheilpädagogischen Unterrichts.
- Der „SchülerIn/Eltern“-Fragebogen soll Informationen zu einzelnen SchülerInnen liefern.

Es würde mir helfen, wenn Sie möglichst viele Fragebögen zu den SchülerInnen (für jedeN SchülerIn einen Fragebogen) ausfüllen. Falls Sie weitere „SchülerIn/Eltern“-Fragebögen benötigen, können Sie diese auch kopieren bzw. bei mir anfordern.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen



*Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person!*

# LehrerIn-Fragebogen

LehrerIn 000\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

01.	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
02.	<b>Alter:</b> ..... Jahre
03.	<b>Wie viel Jahre Berufserfahrung als SprachheillehrerIn haben Sie?</b> ..... Jahre
04.	<b>Zur Zeit beschäftigt:</b> <input type="checkbox"/> volle Lehrverpflichtung <input type="checkbox"/> reduzierte Lehrverpflichtung
05.	<b>Wie viele Unterrichtsstunden pro Woche waren Sie im Schuljahr 2009/10 als SprachheillehrerIn tätig?</b> ..... Unterrichtsstunden
06.	<b>Wie viele SchülerInnen („sprachgestörte“ Kinder) haben Sie im Schuljahr 2009/10 betreut?</b> ..... SchülerInnen
07.	<b>Wie viele SchülerInnen, von denen die Sie nicht betreuen, hätten eine sprachheilpädagogische Förderung benötigt?</b> ..... SchülerInnen
08.	<b>Wie viele „sprachgestörte“ SchülerInnen haben Sie pro Woche betreut?</b> ..... SchülerInnen
09.	<b>Wie viele weibliche Schülerinnen haben Sie sprachheilpädagogisch betreut (2009/10)?</b> ..... Schülerinnen
10.	<b>Und wie viele männliche Schüler?</b> ..... Schüler
11.	<b>Wie viele SchülerInnen haben Sie im Schuljahr 2009/10 überprüft?</b> ..... SchülerInnen
12.	<b>Wie viele Schulen (Standorte) betreuen Sie in Ihrer Tätigkeit als SprachheillehrerIn?</b> ..... Schulen (Standorte)
13.	<b>In welchem Schulbezirk sind Sie tätig?</b> .....
14.	<b>Haben Sie eine Ausbildung zum/r SprachheilpädagogIn?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls JA, welche?</b> .....
15.	<b>Besitzen Sie noch andere pädagogische Ausbildungen/Zusatzqualifikationen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls JA, welche?</b> .....
16.	<b>Wie führen Sie ihre sprachheilpädagogischen Erst-Überprüfungen durch?</b> <b>a)</b> <input type="checkbox"/> Reihenuntersuchung <input type="checkbox"/> Einzelüberprüfung <b>b)</b> <input type="checkbox"/> standardisiertes Verfahren <input type="checkbox"/> Spontansprachanalyse/Gespräch <input type="checkbox"/> selbst entwickeltes Verfahren
17.	<b>Falls Sie zur Überprüfung standardisierte Verfahren anwenden, welche?</b> .....

18.	<b>Wie viel Zeit (Unterrichtseinheiten á 50 min) erfordert durchschnittlich ihre diagnostische Überprüfung je SchülerIn?</b> <input type="checkbox"/> weniger als 1 Einheit <input type="checkbox"/> 1 Einheit <input type="checkbox"/> 2 Einheiten <input type="checkbox"/> mehr Einheiten
19.	<b>Machen Sie am Ende des Schuljahres eine weitere sprachheilpädagogische Überprüfung bezüglich der Fähigkeiten der SchülerInnen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20.	<b>Wie viele SchülerInnen aus Integrationsklassen haben Sie im Schuljahr 2009/10 betreut?</b> ..... SchülerInnen
21.	<b>Wie viele SchülerInnen aus Sonderpädagogischen Zentren (Sonderschulen) haben Sie betreut?</b> ..... SchülerInnen
22.	<b>Wie viele SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben Sie betreut?</b> ..... SchülerInnen
23.	<b>Warum werden SchülerInnen von Ihnen sprachheilpädagogisch betreut?</b> <input type="checkbox"/> Erstüberprüfung <input type="checkbox"/> Wunsch des/der KlassenlehrerIn <input type="checkbox"/> Wunsch der Eltern/Erziehungsberechtigten
24.	<b>Wie erfolgt der Erstkontakt mit den Eltern?</b> <input type="checkbox"/> persönliches Gespräch <input type="checkbox"/> schriftliche Information <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Email
25.	<b>Wann erfolgt ein persönlicher Kontakt mit den Eltern?</b> <input type="checkbox"/> in der Pause <input type="checkbox"/> zu einem Termin <input type="checkbox"/> am Elternsprechtag <input type="checkbox"/> nie
26.	<b>Wie oft kommunizieren Sie mit den Eltern?</b> <input type="checkbox"/> 1-mal in der Woche <input type="checkbox"/> 1- bis 3-mal im Monat <input type="checkbox"/> 1- bis 6-mal im Semester <input type="checkbox"/> 1-mal im Schuljahr <input type="checkbox"/> nie
27.	<b>Wie viele Erziehungsberechtigte lehnten eine sprachheilpädagogische Förderung ihres Kindes im Schuljahr 2009/10 ab?</b> ..... Erziehungsberechtigte
28.	<b>Was waren Ihrer Meinung nach die Motive jener Eltern die sich gegen das sprachheilpädagogische Betreuungsangebot entschieden haben?</b> <input type="checkbox"/> Kind versäumt Unterrichtsstoff während der Förderung <input type="checkbox"/> keine Einsicht in die Notwendigkeit <input type="checkbox"/> zu viel organisatorischer Aufwand <input type="checkbox"/> keine Motivation sich aktiv als Ko-TherapeutIn zu beteiligen <input type="checkbox"/> keine zeitlichen Ressourcen vorhanden
29.	<b>Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrem sprachheilpädagogischem Unterricht?</b> .....

30.	<b>Wie motivieren Sie Ihre SchülerInnen?</b> <input type="checkbox"/> verbales Lob <input type="checkbox"/> Stern <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Süßigkeit <input type="checkbox"/> kleines Spielzeug <input type="checkbox"/> Stift
31.	<b>Welche Themen Ihrer Ausbildung erscheinen Ihnen heute wichtig?</b> .....
32.	<b>Auf welche Aspekte sollte Ihrer Meinung nach mehr Wert bei der Ausbildung gelegt werden?</b> .....
33.	<b>Gibt es Ihrer Meinung nach genug Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
34.	<b>Welche Fortbildungsangebote würden Sie sich wünschen? (geblockt, begleitend; thematisch)</b> .....
35.	<b>Wie können Ihrer Meinung nach Eltern die Zusammenarbeit mit dem/der SprachheillehrerIn unterstützen?</b> .....
36.	<b>Wer ist Ihrer Meinung nach aller an sprachheilpädagogischer Förderung beteiligt?</b> .....
<p><i>Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an!</i></p> <p><i>Dabei bedeutet:</i>  <b>starke Zustimmung: +++      mittlere Zustimmung: ++      schwache Zustimmung: +</b>  <b>starke Ablehnung: ---      mittlere Ablehnung: --      schwache Ablehnung: -</b></p>	
	+++    ++    +    -    --    ---
37.	Die Zusammenarbeit mit dem/der KlassenlehrerIn des/der SchülerIn ist wichtig. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
38.	Erfolg in der sprachheilpädagogischen Förderung ist wichtig. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
39.	Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen sind wichtig. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
40.	Es gibt genügend Fortbildungsangebote für SprachheillehrerInnen. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<b>Sprachheilpädagogischer Unterricht dient zur ... des/der SchülerIn.</b> +++    ++    +    -    --    ---
41.	... Beseitigung der „Störungen“ ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
42.	... Stärkung des Selbstbewusstseins ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
43.	... Förderung der Motorik ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
44.	... Förderung der Emotionalität ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
45.	... Förderung der Kognition ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
46.	... Förderung der sozialen Kompetenzen ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
47.	... ganzheitlichen Förderung ... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	<b>Einfluss auf den Erfolg der sprachheilpädagogischen Förderung hat ...</b>	+++	++	+	-	--	---	
48.	... die Einstellung des/der KlassenlehrerIn.	○	○	○	○	○	○	
49.	... die Einstellung der Eltern.	○	○	○	○	○	○	
50.	... die Einstellung der MitschülerInnen	○	○	○	○	○	○	
	<b>Persönlicher Kontakt zu folgenden Personen ist wichtig:</b>	+++	++	+	-	--	---	
51.	anderen SprachheillehrerInnen	○	○	○	○	○	○	
52.	LogopädInnen	○	○	○	○	○	○	
53.	HNO-ÄrztInnen	○	○	○	○	○	○	
54.	KollegInnen der Stammschule	○	○	○	○	○	○	
55.	KollegInnen der „betreuten“ Schulen	○	○	○	○	○	○	
	<b>Wie wichtig erscheinen Ihnen folgende Personen oder Institutionen für sprachheilpädagogische Förderung?</b>	+++	++	+	-	--	---	
56.	MitschülerInnen	○	○	○	○	○	○	
57.	SprachheillehrerIn	○	○	○	○	○	○	
58.	Eltern/Erziehungsberechtigte und Familie	○	○	○	○	○	○	
59.	KlassenlehrerIn	○	○	○	○	○	○	
60.	DirektorIn	○	○	○	○	○	○	
61.	Schulgemeinde	○	○	○	○	○	○	
62.	Bezirksschulrat	○	○	○	○	○	○	
63.	Landesschulrat/Landesregierung	○	○	○	○	○	○	
64.	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur	○	○	○	○	○	○	
65.	<b>Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte in Ihrer sprachheilpädagogischen Förderung? Reihen Sie von 1 (=am wichtigsten) bis 7 (=nicht wichtig).</b> <input type="checkbox"/> Beratung der Eltern <input type="checkbox"/> Aktivierung der Emotionen des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> Erhalt der vorhandenen Fähigkeiten des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> Hilfe und Unterstützung des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> Korrektur der „Störungen“ des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> Förderung der Motorik <input type="checkbox"/> Förderung der Wahrnehmung							
66.	<b>Wie viele Fragebögen zu einzelnen SchülerInnen füllen Sie aus?</b> ..... Fragebögen							

# SchülerIn/Eltern-Fragebogen

SchülerIn 000\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu einem/einer SchülerIn des ablaufenden Schuljahres!

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname des/der SchülerIn: \_\_\_\_\_

1.	<b>Schulstandort:</b> .....
2.	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
3.	<b>Alter:</b> ..... Jahre
4.	<b>Muttersprache:</b> <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere: .....
5.	<b>Nimmt der/die SchülerIn andere Therapien in Anspruch? :</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Information <b>Falls JA, welche?</b> .....
6.	<b>Schultyp:</b> <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> HS/Neue Mittelschule <input type="checkbox"/> ASO/SPZ <input type="checkbox"/> anderer: .....
7.	<b>Lehrplan:</b> <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> S
8.	<b>Schulstufe:</b> ..... Stufe
9.	<b>Sprachheilpädagogische Diagnose:</b> .....
10.	<b>Wie oft findet die sprachheilpädagogische Förderung pro Woche statt?</b> <input type="checkbox"/> 1-mal <input type="checkbox"/> 2-mal <input type="checkbox"/> öfter
11.	<b>Wie findet die sprachheilpädagogische Förderung statt?</b> <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung: ..... SchülerInnen <input type="checkbox"/> im Klassenverband mit allen KlassenkamaradInnen
12.	<b>Wann findet die sprachheilpädagogische Förderung statt?</b> <input type="checkbox"/> im Rahmen der Unterrichtszeit des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> vor dem Unterricht <input type="checkbox"/> unmittelbar nach dem Unterricht <input type="checkbox"/> nach Freistunde(n) am Nachmittag
13.	<b>Wie lange dauert zirka eine Einheit der sprachheilpädagogischen Förderung?</b> <input type="checkbox"/> 10min <input type="checkbox"/> 15min <input type="checkbox"/> 20min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 35min <input type="checkbox"/> 40min <input type="checkbox"/> 45min <input type="checkbox"/> 50min

14.	<b>Wie oft erhält der/die SchülerIn von Ihnen eine „Hausaufgabe“?</b> <input type="checkbox"/> jedes Mal <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie
15.	<b>Wird die sprachheilpädagogische Förderung von den Eltern/ Erziehungsberechtigten unterstützt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	<b>Wenn JA, wie unterstützen die Eltern die sprachheilpädagogische Förderung?</b> .....
17.	<b>Wie oft sind zirka die Eltern/Erziehungsberechtigten während der sprachheilpädagogischen Förderung anwesend?</b> <input type="checkbox"/> jede Einheit <input type="checkbox"/> jede 2. Einheit <input type="checkbox"/> 1-mal im Monat <input type="checkbox"/> 1-mal im Semester <input type="checkbox"/> nie
18.	<b>Wie gestaltet sich der Behandlungserfolg der sprachheilpädagogischen Förderung bei diesem/dieser SchülerIn in diesem Schuljahr?</b> <input type="checkbox"/> symptomfrei <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> leicht gebessert <input type="checkbox"/> nicht gebessert
19.	<b>Kommunizieren Sie persönlich mit dem/der KlassenlehrerIn über den/die betreuten SchülerIn?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls JA, in welcher Form und wie oft im Schuljahr „(bitte dazuschreiben)“?</b> <u>Mündlich:</u> <input type="checkbox"/> in der Pause (..... mal) <input type="checkbox"/> nach Terminvereinbarung (..... mal) <input type="checkbox"/> telefonisch (..... mal) <u>Schriftlich:</u> <input type="checkbox"/> Email (..... mal) <input type="checkbox"/> Brief (..... mal)
20.	<b>Was stellt Ihnen die Schule für Ihre sprachheilpädagogische Förderung zur Verfügung?</b> <input type="checkbox"/> Kopierer/Drucker <input type="checkbox"/> Computer auch für die Hand des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> CD-Player <input type="checkbox"/> Kopiervorlagen <input type="checkbox"/> Spiele <input type="checkbox"/> Kasten (zur Aufbewahrung Ihrer Materialien)
21.	<b>In welchen räumlichen Gegebenheiten führen Sie diese sprachheilpädagogische Förderung durch?</b> <input type="checkbox"/> im Klassenraum des/der SchülerIn <input type="checkbox"/> in einem Klassenraum <input type="checkbox"/> in einem Nebenraum <input type="checkbox"/> im Turnsaal <input type="checkbox"/> im Lehrerzimmer <input type="checkbox"/> privat

22.	<b>Wird dieser Raum auch von anderen KollegInnen benutzt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht							
<i>Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an!</i> <i>Dabei bedeutet:</i> <b>starke Zustimmung: +++      mittlere Zustimmung: ++      schwache Zustimmung: +</b> <b>schwache Ablehnung: -      mittlere Ablehnung: - -      starke Ablehnung: - - -</b>								
	<b>Wie wirkt sich die „Störung“ auf die Kommunikation des/der SchülerIn aus?</b>	+++	++	+	-	--	---	
23.	SchülerIn versteht Umwelt	<input type="radio"/>						
24.	Umwelt versteht SchülerIn	<input type="radio"/>						
25.	mündliche Kommunikation ist betroffen	<input type="radio"/>						
26.	schriftliche Kommunikation ist betroffen	<input type="radio"/>						
27.	„Störung“ hat Auswirkungen auf die Kommunikation	<input type="radio"/>						
28.	„Störung“ kann als bloßer „Schönheitsfehler“ bezeichnet werden	<input type="radio"/>						

Mehrfachantworten sind möglich.

Weitere Informationen zur Diagnose des/der SchülerIn	ja	nein
<b><u>Störungen der Sprachentwicklung</u></b>		
Sprachentwicklungsbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprachentwicklungsverzögerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyslogie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Störungen der Basalfunktionen</u></b>		
Auditive Wahrnehmungsschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speicherschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Störung der Programmgestaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visuelle Wahrnehmungsschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigung der Motorik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Störung des Sprachaufbaues</u></b>		
Dysgrammatismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Störung der Lautbildung</u></b>		
Sigmatismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schetismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhotazismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsonantenhäufungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Lautbildungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Störung der Rede</u></b>		
Stottern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ihre Empfehlung:**     weitere Maßnahmen notwendig  
 keine weiteren Maßnahmen notwendig

## **Kurzzusammenfassung**

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit sprachheilpädagogischer Intervention und den pädagogischen Ansprüchen der SprachheilpädagogInnen. Die empirische Untersuchung erforscht die pädagogischen Ansprüche der SprachheillehrerInnen im niederösterreichischen Pflichtschulbereich, die im Kontext des pädagogischen Konstruktivismus erläutert werden.

Nach einer Beschreibung der Grundlagen der Sprachheilpädagogik wird auf sprachheilpädagogische Intervention mit ihren Rahmenbedingungen und pädagogischen Ansprüchen näher eingegangen. Anschließend erfolgt eine Darstellung der theoretischen Grundlagen des Konstruktivismus in der Pädagogik. Sprache aus der Perspektive des Konstruktivismus, sprachheilpädagogische AkteurInnen, ihre Konstitution, ihr Selbstverständnis und ein konstruktivistisch-sprachheilpädagogisches Modell, die Relationale Didaktik von Lüdtke, werden vorgestellt.

Der empirische Teil der Diplomarbeit befasst sich mit der Untersuchung der diesbezüglichen Sichtweisen von SprachheillehrerInnen. Sie wurden unter Verwendung von Fragebögen zu ihren Rahmenbedingungen des Unterrichts und ihren pädagogischen Ansprüchen an ihre sprachheilpädagogische Intervention befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die pädagogischen Ansprüche der SprachheilpädagogInnen die sprachheilpädagogische Intervention gestalten. Die Zielsetzungen der PädagogInnen, die Effektivität der sprachheilpädagogischen Intervention, die Kontakt- und Kommunikationsgestaltung sowie der Informationsanspruch der SprachheillehrerInnen beeinflussen die sprachheilpädagogische Intervention. Im Anschluss werden die Ergebnisse im Kontext des Konstruktivismus diskutiert.

## **Abstract**

The present diploma thesis deals with the speech and language intervention and the educational needs of the teachers for children with special needs (special language teachers). The empirical investigation analyses the educational needs of special language teachers in Lower Austria which are explained in the context of educational constructivism.

After describing the fundamentals of speech and language education, speech and language intervention is discussed in more detail with their conditions and educational requirements. Afterwards the theoretical principles of constructivism in education are described. The speech and language from the perspective of constructivism, the teachers, their constitutions, their self-understanding and a constructivist model of speech intervention, “Relationale Didaktik” from Lüdtke, are presented.

The empirical part of the thesis investigates the perceptions of special language teachers and their educational needs on the intervention. Using questionnaires teachers were interviewed about their conditions of teaching and their educational needs. The results indicate that the educational needs of teachers influence their speech and language intervention and are discussed in the context of constructivism.

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten:**

Name: Andrea Latour  
Geburtsdatum: 5. Juni 1979  
Geburtsort: St. Pölten

### **Ausbildungen und Tätigkeiten:**

1985 – 1993 Volksschule und Hauptschule Karlstetten

1993 – 1997 Matura am Bundesoberstufenrealgymnasium St. Pölten

1997 – 2000 Pädagogische Akademie Krems:  
Lehramtsstudium für Allgemeine Sonderschule  
Lehramtsstudium für schwerstbehinderte Kinder  
Lehramtsstudium für sprachgestörte Kinder

Seit 2000 vertragliche Sonderschullehrerin des Landes NÖ

2003 – 2005 Pädagogisches Institut Baden:  
Akademielehrgang Psychomotorische Förderung

Seit 2006 Universität Wien – Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft:  
Diplomstudium Pädagogik mit den Schwerpunktsetzungen

- Heilpädagogik und Integrative Pädagogik
- Sozialpädagogik