



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Interprofessioneller Austausch von LogopädInnen
und DaZ-Lehrenden bei der parallelen Betreuung
mehrsprachiger Volksschulkinder in Wien“

Ist-Stand-Erhebung anhand der Befragung von LogopädInnen

Verfasserin

Julia Sindhuber, BSc

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 814

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Deutsch als Fremd- und Zweitsprache

Betreuerin:

Univ.-Prof. Mag. Dr. İnci Dirim

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle indirekt oder direkt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Wiener Neustadt, Mai 2014

Julia Sindhuber, BSc

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich auf dem Weg zur Masterarbeit und im Studium begleitet haben.

Dabei richte ich ein großes und herzliches Dankeschön an meine Erstbetreuerin Frau Prof. Mag. Dr. Inci Dirim, welche ich als Person sehr schätze und die mich in fachlichen Fragen mit vielen wertvollen Tipps und Ideen beraten hat. Sie gab mir den nötigen Gestaltungsfreiraum und stand mir immer wieder mit richtungsweisenden Vorschlägen und ermutigenden Worten zur Seite.

Die Aussendung der Einladung zur Umfrage war nur durch die Unterstützung des österreichischen LogopädInnen-Verbandes „Logopädieaustria“ möglich. Ohne die Mithilfe der 34 Wiener LogopädInnen, die meinen Fragebogen beantwortet haben, hätte ich den empirischen Teil nicht verwirklichen können – DANKE an Sie alle!

Ein großer Dank gebührt meinem Schwager Dr. Hermann Griessenberger, der mich mit seinem statistischen Wissen bei der Auswertung der empirischen Untersuchung tatkräftig unterstützte.

Ich bedanke mich bei all jenen, die meine Arbeit in Teilen korrigiert haben. Vor allem danke ich meiner Freundin und Pfadfinderkollegin Katharina Frank für das gewissenhafte Korrekturlesen der gesamten Masterarbeit.

Dank gebührt auch meinen Kolleginnen in der logopädischen Praxis, Elisabeth Winkler und Cornelia Dienstkoch. Durch die Arbeit in der Praxis konnte ich meine Begeisterung für die Arbeit mit Kindern und die Mehrsprachigkeit als einen meiner Interessensschwerpunkte entdecken. Als besonders wertvoll sehe ich auch die langjährigen Erfahrungen meiner KollegInnen an, von denen ich durch Interventionen und regelmäßigen Austausch profitieren durfte. Auch meinen KlientInnen sei gedankt, da sie mich immer wieder einmal für Lehrveranstaltungen außerhalb der Regelzeiten entbehren mussten.

Ich möchte auch die KollegInnen Elisabeth, Marika und Markus vom BFI (Berufsförderungsinstitut) Wr. Neustadt erwähnen, die mir den Einstieg in den DaZ-Unterricht ermöglicht haben. Es ist für mich jedes Mal von neuem faszinierend und toll, „gleich um die Ecke“ einen Ort vorzufinden, wo ich mit Menschen mit verschiedensten Herkunftssprachen arbeiten darf.

Eine Person, die wohl am meisten zum Erfolg meines Masterstudiums beigetragen hat, ist mein Partner Peter. Er brachte über drei Jahre viel Geduld und Verständnis für all die Stunden auf der Uni und vor dem PC auf, stand mir stets motivierend beiseite und las schließlich diese Arbeit korrektur.

Zu guter Letzt möchte ich meine Eltern erwähnen, denen ich alles verdanke, die mich immer ermutigt und unterstützt haben und ohne die ich in meiner Bildungslaufbahn niemals so weit gekommen wäre. Dank ihnen kann ich den Mostviertler Dialekt als meine Erstsprache bezeichnen und habe somit einen kleinen aber wichtigen Einblick in die Wirklichkeit der sukzessiven Zweisprachigkeit.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	ZIELE UND FORSCHUNGSINTERESSE	2
3	AUFBAU DER ARBEIT	2
4	BEGRIFFSKLÄRUNG	5
4.1	VON „INTERDISZIPLINÄR“ ZU „INTERPROFESSIONELL“	5
4.1.1	<i>Interdisziplinarität</i>	5
4.1.2	<i>Kooperation</i>	6
4.1.3	<i>Vernetzte Kooperation</i>	7
4.1.4	<i>Fazit: „Interprofessioneller Austausch“</i>	9
4.2	GRUNDLEGENDES ZUM THEMA MEHRSPRACHIGKEIT.....	10
4.2.1	<i>Formen von Zweisprachigkeit</i>	10
4.2.2	<i>Erstsprache, Herkunftssprache, Zweitsprache und Fremdsprache</i>	11
4.2.3	<i>Mehrsprachige Kinder</i>	12
4.3	LEHRENDE FÜR DEUTSCH ALS ZWEITSPRACHE.....	12
5	MEHRSPRACHIGE KINDER IM ÖSTERREICHISCHEN BILDUNGSSYSTEM	13
5.1	ORDENTLICHE UND AUßERORDENTLICHE SCHÜLERINNEN IM VOLKSSCHULALTER	14
5.2	LEHRPLANZUSATZ „DEUTSCH ALS ZWEITSPRACHE“	16
5.3	SPRACHFÖRDERKURSE	16
5.4	HERKUNFTSSPRACHLICHER UNTERRICHT.....	19
5.5	DURCHGÄNGIGE SPRACHBILDUNG	21
5.6	UMFASSENDE SPRACHFÖRDERUNG AN ÖSTERREICHISCHEN SCHULEN	24
6	MEHRSPRACHIGE KINDER IN DER LOGOPÄDIE	26
6.1	STÖRUNGEN VON SPRACHE, SPRECHEN, LESEN UND SCHREIBEN.....	27
6.1.1	<i>Aussprachestörungen</i>	27
6.1.2	<i>Störungen des Schriftspracherwerbs</i>	30
6.1.3	<i>Störungen des Redeflusses</i>	32
6.1.4	<i>Erworbene Sprachstörungen, Störungen der Stimme und des Schluckens</i>	33
6.1.5	<i>Hörstörungen und zentral-auditive Verarbeitungsstörungen</i>	33
6.1.6	<i>Sprachentwicklungsstörungen</i>	35
6.2	SPEZIFISCHE SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN BEI SUKZESSIVER MEHRSPRACHIGKEIT ...	36
6.2.1	<i>Schwierigkeiten der Diagnostik</i>	38
6.2.2	<i>Empfehlungen für die Diagnostik</i>	39
6.3	VERORDNUNGSSITUATION.....	41
6.4	ANFORDERUNGEN AN LOGOPÄDINNEN.....	42
7	ANSPRUCH DER „INTERDISZIPLINARITÄT“ IN DER LOGOPÄDIE	43

8	SCHULISCHE SPRACHFÖRDERUNG UND LOGOPÄDIE	46
8.1	SPRACHFÖRDERUNG AN SCHULEN	46
8.1.1	<i>Exkurs Sprachheilpädagogik in Österreich</i>	<i>47</i>
8.1.2	<i>Exkurs ins Ausland</i>	<i>50</i>
8.2	FÖRDERBEDARF ODER THERAPIEBEDARF.....	53
8.3	MÖGLICHKEITEN UND PRINZIPIEN DER FÖRDERUNG.....	55
8.3.1	<i>Überschneidende Förder- bzw. Therapiebereiche</i>	<i>57</i>
8.3.2	<i>Peers als Stützen der zweitsprachlichen Förderung in Schulen</i>	<i>59</i>
9	AUSTAUSCH ZWISCHEN LOGOPÄDIE UND DAZ-FÖRDERUNG	61
9.1	VORAUSSETZUNGEN FÜR EINEN AUSTAUSCH BZW. EINE ZUSAMMENARBEIT	61
9.2	SKIZZIERUNG DES AUSTAUSCHES ZWISCHEN DAZ-LEHRENDEN UND LOGOPÄDINNEN.....	65
9.3	NUTZEN EINES INTERPROFESSIONELLEN AUSTAUSCHES	66
10	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG.....	69
10.1	HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN	69
10.2	FORSCHUNGSMETHODE.....	70
10.3	FRAGEBOGENKONSTRUKTION	71
11	AUSWERTUNG.....	76
11.1	STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	76
11.2	ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN	81
11.2.1	<i>Hypothese 1</i>	<i>81</i>
11.2.2	<i>Hypothese 2</i>	<i>84</i>
11.2.3	<i>Hypothese 3</i>	<i>84</i>
11.2.4	<i>Hypothese 4</i>	<i>85</i>
11.3	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN	87
11.4	WEITERE ERGEBNISSE	94
11.4.1	<i>Überschneidungsbereiche von Logopädie und DaZ.....</i>	<i>94</i>
11.4.2	<i>Informationen über DaZ-Förderung aus anderen Quellen.....</i>	<i>98</i>
11.4.3	<i>Hindernisse beim Austausch.....</i>	<i>100</i>
11.4.4	<i>Vorstellung zum Einfluss des Austausches auf Diagnostik und Therapie</i>	<i>102</i>
11.4.5	<i>Meinung zum Austausch</i>	<i>104</i>
11.4.6	<i>Nutzen der Informationen aus dem Austausch.....</i>	<i>107</i>
11.4.7	<i>Häufigkeit des Austausches von LogopädInnen mit anderen Berufen</i>	<i>110</i>
11.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	114
12	INTERPRETATION UND DISKUSSION.....	116
13	CONCLUSIO UND AUSBLICK.....	120
13.1	RESÜMEE DES THEORETISCHEN TEILS.....	120
13.2	RESÜMEE DES EMPIRISCHEN TEILS	121

13.3	AUSBlick	122
14	LITERATURVERZEICHNIS	VI
15	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XVII
16	TABELLEN- UND DIAGRAMMEVERZEICHNIS	XVII
17	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XIX
19	ANHANG	XXII
19.1	KURZZUSAMMENFASSUNG	XXII
19.2	ABSTRACT	XXII
19.3	LEBENS LAUF	XXIII
19.4	EINLADUNG 1 UND 2 ZUR UMFRAGE.....	XXIV
19.5	FRAGEBOGEN	XXVI

1 Einleitung

Der Spracherwerb mehrsprachiger Kinder ist oftmals durch mangelnden systematischen Input, geringe Kontaktzeiten mit der Zweitsprache und fehlenden Herkunftssprachen-Unterricht erschwert. In Schulen und logopädischen Praxen werden folglich immer wieder Kinder vorgestellt, die sprachliche Auffälligkeiten zeigen oder gar mit Problemen im Deutscherwerb zu kämpfen haben. Oftmals bekommen zwei- oder mehrsprachige Kinder zusätzlich zur schulischen Förderung in Deutsch als Zweitsprache (DaZ) auch logopädische Therapie, zum Beispiel zur Unterstützung bei Sprachentwicklungsverzögerungen oder -störungen. Als Logopädin und Studentin des Masterstudiums Deutsch als Fremd- und Zweitsprache (DaF/DaZ) ist es mir ein großes Anliegen, mehrsprachigen Kindern die bestmögliche Unterstützung zu bieten. Ich sehe zusätzliches Potenzial für eine effektive Förderung in den Überschneidungsbereichen zwischen schulischen und therapeutischen Inhalten. Solche Überlappungen finden sich bei Wortschatz und Grammatik, da auch die Therapie in der Zweitsprache Deutsch oftmals in den linguistischen Bereichen Semantik-Lexikon sowie Morphologie-Syntaxansetzt. Um über die Förder- und Therapieziele der anderen Berufsgruppe zu erfahren, ist ein interprofessioneller Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden erforderlich. Ein solcher Austausch kann auch die logopädische Diagnostik unterstützen, indem mehr Informationen zu den sprachlichen Erfahrungen des mehrsprachigen Kindes gewonnen werden.

Es wird angenommen, dass DaZ-Lehrende und LogopädInnen wenig vom Berufsbild und von den Tätigkeiten der jeweils Anderen wissen. Diese Annahme beruht auf der Erfahrung der Verfasserin, die im Bachelorstudium Logopädie und im Masterstudium DaF/DaZ keine Informationen über die jeweils anderen Berufsgruppen erhalten hat. Gerade für Kinder mit deutlicher Sprachentwicklungsverzögerung oder -störung könnte aber eine Zusammenarbeit der betreuenden Personen sinnvoll sein. Ein interprofessioneller Austausch könnte die Betreuung von Kindern mit Sprachentwicklungsproblemen bereichern und umfassender werden lassen.

2 Ziele und Forschungsinteresse

In dieser Arbeit soll durch die Befragung von LogopädInnen erhoben werden, ob ein interprofessioneller Austausch mit DaZ-Lehrenden bereits stattfindet. Falls die Hypothese, dass dem nicht so ist, bestätigt wird, und kein oder kaum Kooperationen gepflegt werden, so sollen die Gründe dafür erhoben werden. Da die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oftmals viel Idealismus und vor allem zusätzliche Arbeitszeit erfordert, die meist nicht finanziert wird, soll auch untersucht werden, ob hier die Ursache für mangelnden Austausch liegt. Besprechungen in der Mittagspause oder nach Dienstschluss sowie Kontaktaufnahme mit dem Privattelefon, um die Kontaktperson außerhalb der eigenen Arbeitszeiten zu erreichen, sind nur einige Beispiele des Mehraufwandes bei einem beruflich nicht geregelten Austausch.

Diese Masterarbeit soll die vorhandene Literatur zum Thema recherchieren und LogopädInnen im Raum Wien zum Austausch mit DaZ-Lehrenden in Bezug auf parallel betreute mehrsprachige Volksschulkinder befragen.

3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Masterthese ist grob in zwei Teile gegliedert. Der erste Abschnitt enthält eine Literaturrecherche zu den thematischen Hintergründen und der zweite Teil umfasst die empirische Untersuchung.

Im Theorieteil werden zuerst die Begrifflichkeiten geklärt, wobei hier im Speziellen der Ausdruck „interprofessioneller Austausch“ hergeleitet wird (Kap. 4.1). In weiterer Folge werden diverse vom österreichischen Bildungsministerium vorgesehene Förder- und Unterstützungsangebote für mehrsprachige Volksschulkinder beschrieben (Kap. 5). Anschließend erfolgt eine Auflistung von logopädischen Störungsbildern unter Bezugnahme auf die kindliche Mehrsprachigkeit. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf der Diagnostik der spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei sukzessiver Mehrsprachigkeit (Kap. 6.2). Erwähnung finden auch die Verordnungssituation von logopädischer Therapie (Kap. 6.3) und die Anforderungen an Logopädinnen bei der Betreuung mehrsprachiger Kinder (Kap. 6.4). Kapitel sieben beschreibt anhand zahlreicher Quellen die Bedeutung von

Interdisziplinarität/Interprofessionalität in der Logopädie. Im Anschluss werden schulische Sprachförderung und Logopädie gegenübergestellt (Kap. 8). Es erfolgt eine Abgrenzung der Berufsgruppe der SprachheilpädagogInnen und der LogopädInnen (Kap. 8.1.1). Die sprachliche Förderung bzw. Therapie an Schulen im Ausland wird in einem Exkurs beleuchtet (Kap. 8.1.2). Danach wird der Therapiebedarf im Vergleich zum Förderbedarf diskutiert (Kap. 8.2). Schließlich werden Prinzipien der Förderung; das Potenzial der Peerkommunikation und vor allem gemeinsame Förderbereiche von DaZ-Unterricht und Logopädie beschrieben (Kap. 8.3). Das letzte theoretische Kapitel widmet sich gezielt dem besagten interprofessionellen Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden. Es enthält Voraussetzungen (Kap. 9.1), eine Skizzierung (Kap. 9.2) und die aus der Literaturrecherche abgeleiteten Vermutungen zum Nutzen einer Kommunikation der beiden Professionen (Kap. 9.3).

Der empirische Teil beginnt mit der Vorstellung der Hypothesen und Fragestellungen, welche der Befragung der LogopädInnen zugrunde liegen (Kap. 10.1). Im Anschluss daran werden die Methoden (Kap. 10.2) und die Hintergründe zur Erstellung des Fragebogens (Kap. 10.3) beschrieben. Kapitel elf ist der Auswertung der empirischen Untersuchung gewidmet. Hier wird die Gruppe der TeilnehmerInnen beschrieben (Kap. 11.1), die Hypothesen werden überprüft (Kap. 11.2) und die Fragestellungen nach Möglichkeit beantwortet (Kap. 11.3). Alle zusätzlich interessanten Ergebnisse finden sich in Kapitel 11.4. Am Ende von Kapitel elf werden die Ergebnisse zusammenfassend beschrieben.

Schließlich erfolgt die Interpretation und Diskussion der Untersuchungsergebnisse inklusive einem kritischen Blick auf die Erhebungsmethode. Das letzte Kapitel dieser Masterarbeit umfasst die Resümees zum theoretischen und empirischen Abschnitt, sowie einen Ausblick mit Forschungsdesideraten und einem Vorschlag zur organisatorischen Umsetzung des besagten interprofessionellen Austausches.

Geschlechterneutrale Formulierungen

Es wurde versucht bei Personenbezeichnungen neutrale Formen oder solche zu wählen, die beide Geschlechter berücksichtigen. In etwaigen auftauchenden weiblichen oder männlichen Bezeichnungen ist selbstverständlich auch das jeweils andere Geschlecht gemeint.

4 Begriffsklärung

Dieses Kapitel dient dem Sicherstellen von Vorwissen, welches für das Lesen der Masterarbeit erforderlich ist. Hier wird auch beschrieben, mit welcher Intention verschiedene Begrifflichkeiten verwendet oder vermieden werden, um Missverständnissen vorzubeugen.

4.1 Von „interdisziplinär“ zu „interprofessionell“

Für eine Arbeit wie die vorliegende, in der die Zusammenarbeit zentrales Thema ist, muss klar gestellt werden, was unter Interdisziplinarität und den anderen verwendeten Termini gemeint ist und warum diese angewendet werden. Dieser Abschnitt ist daher den Begriffen interdisziplinär, interinstitutionell, interprofessionell, Kooperation, Vernetzung und Austausch gewidmet. Als Fazit wird erklärt, warum die Begriffswahl auf die Bezeichnung „interprofessioneller Austausch“ gefallen ist.

4.1.1 Interdisziplinarität

Begriffe wie „interdisziplinär“ oder „Interdisziplinarität“ beschreiben die Zusammenarbeit unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen (vgl. Feichtinger et al. 2004, vgl. Fischer 2011) und beziehen sich demnach auf den Bereich der Forschung, nicht auf den der Praxis. Im Laufe der Geschichte hat sich die Wissenschaft in immer differenziertere Zweige aufgeteilt, deren Teilbereiche sich weiter spezialisierten (vgl. Feichtinger et al. 2004: 2, vgl. Arnold 2009: 67, vgl. Fischer 2011: 45f.). Feichtinger et al. (vgl. 2004: 2) schreiben, dass aus dieser Strukturierung in eigene Wissenschaftsdisziplinen die Vorstellung von „*unüberwindbaren Erkenntnisgrenzen*“ entstanden ist, obwohl diese Grenzen keine naturgegebenen sondern historisch gewachsene waren. Einer der Gründe, warum in der Forschung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert wird (vgl. ebd.), ist, solche Grenzen zu überwinden.

Oft wird „Interdisziplinarität“ als übergreifender Terminus, aber auch im Kontext von praktischer Arbeit verwendet, so zum Beispiel in der Frühförderung (vgl. Hafen 2013: 101). Denn in diesem Arbeitsfeld stellt Interdisziplinarität laut Behringer und Höfer (vgl. 2005: 8f) sogar das Markenzeichen dar.

Frühförderung und interdisziplinäres Arbeiten seien kaum getrennt voneinander vorstellbar, so die Autorinnen. An dieser Stelle schreiben sie außerdem, dass Interdisziplinarität nicht nur ein Modewort der heutigen Zeit ist, sondern auch im Hochschulbereich eines der meist gebrauchten Schlagworte im Bezug auf neue Anforderungen sei. Behringer und Höfer (vgl. ebd.) stellen fest, dass Interdisziplinarität zwar von vielen Seiten erwünscht sei, dass das Ziel einer interdisziplinären Praxis in verschiedenen Bereichen aber schwierig umsetzbar zu sein scheint. Die Autorinnen leiten aus der Literatur einen fachlichen Konsens ab, finden jedoch zu wenig praktische Überlegungen für die Gestaltung von interdisziplinären Konzepten. Sie kritisieren, dass ein diffus umrissenes Handlungsprinzip für die Frühförderung besteht, dessen Umsetzung jedoch den einzelnen Fachkräften überlassen ist (vgl. ebd.: 10).

Interdisziplinarität definieren Behringer und Höfer als „[...] die Zusammenlegung von Ressourcen und Kompetenzen, die als notwendig erachtet wird, um die Ganzheitlichkeit der Hilfen zu gewährleisten und der Komplexität der Problemlagen Rechnung tragen zu können (Behringer & Höfer 2005: 17)“.

Mit obigen Ausführungen zur Interdisziplinarität sollte kurz klargestellt werden, worum es sich bei dem Terminus handelt. In weiterer Folge wird der Weg zu einem für die Zwecke dieser Arbeit geeigneten Begriff beschrieben.

4.1.2 Kooperation

Auch der Begriff „Kooperation“ ist seit einigen Jahren in Mode gekommen und findet sich in vielen Sparten wieder. Die Kooperation wird als „ein Königsweg auf der Suche nach Wegen zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung sowohl in der Wirtschaft als auch im Bereich der psychosozialen Versorgung (Behringer & Höfer 2005: 19f.)“ gesehen.

Behringer und Höfer (vgl. 2005: 20) beschreiben die lange Tradition von Kooperation auf gesellschaftlicher, sozialpolitischer und fachlicher Ebene. Analog zur oben erwähnten Aufteilung der Wissenschaft in viele Fachdisziplinen, entstanden auch im praktischen Bereich mit der Zeit verschiedene fachliche, institutionelle und professionelle Spezialisierungen. Dadurch haben sich „teilautonome Systeme mit ihren jeweils eigenen

hochkomplexen Handlungslogiken und spezifischen Diskursen (ebd.)“ entwickelt. Für die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen werde es daher notwendig, die Handlungsformen und Konzepte der verschiedenen Fachrichtungen wieder zu verbinden (vgl. ebd.). Die Autorinnen verstehen den Terminus „Vernetzung“ als eine Anpassung der angebotenen Dienstleistungen aufeinander. Aus sozialpolitischer Sicht erlaube eine Vernetzung sogenannte „*Synergieeffekte* (ebd.)“ und führe zu mehr Effektivität der Strukturen psychosozialer Leistungen. Behringer und Höfer bemerken, dass die Debatten um Vernetzung in früheren Jahren mit der Perspektive auf mehr Effektivität und qualitative Verbesserung von Versorgungsleistungen geführt wurden. Heute hingegen werde eine Kooperation eher aus finanziellen Gründen, also zugunsten von mehr Effizienz, angestrebt (vgl. ebd.).

4.1.3 Vernetzte Kooperation

Verschiedene Termini wie zum Beispiel *Zusammenarbeit*, *Koordination* und *Vernetzung* werden oft als Synonyme von Kooperation herangezogen. Behringer und Höfer arbeiten die wichtigsten Unterschiede heraus (vgl. 2005: 21). Unter dem Begriff „Vernetzung“ wird eine längerdauernde Beziehung zweier oder mehrerer Beteiligter verstanden. Scharpf (1993, zit. n. Behringer & Höfer 2005: 21) sieht in der Vernetzung außerdem eine informelle Beziehung, in der beide Partner auf gleicher Ebene stehen und nicht in einer hierarchisch organisierten Form arbeiten. Auf die Logopädie übertragen wäre damit eine Beziehung zwischen zwei KollegInnen gemeint.

Kooperationen sind formeller als Vernetzungen und charakterisieren sich durch eine zielorientierte (und häufig projektorientierte) Zusammenarbeit, in der die Beteiligten gleichberechtigt sind und meist Arbeitsteilung betrieben wird (vgl. Behringer & Höfer 2005: 21). Laut den Autorinnen können Vernetzungen zwar Kooperationen enthalten, aber nicht jede Kooperation beruhe auf einer Vernetzung. Denn Kooperationen weisen einen höheren Grad an Formalisierung auf und können demnach auch formal-hierarchisch organisiert sein (vgl. ebd.). Zum Beispiel könnte man eine Zusammenarbeit von überweisendem Arzt und Logopädin als Kooperation bezeichnen, da LogopädInnen per Gesetz erst auf ärztliche Überweisung hin tätig werden

dürfen. Eine einfache Vernetzung (ohne Kooperation) soll, so Behringer und Höfer (vgl. ebd.), Informationsunterschiede ausgleichen, sowie Institutionen und Personen aus unterschiedlichen Sprach- und Denkkulturen zusammenführen. Außerdem soll sie Transparenz über „Angebotsstrukturen“ herstellen (vgl. ebd.: 22). Eine „vernetzte Kooperation“ hingegen enthält auch Absprachen über gemeinsame Ziele und Beschlüsse, sowie gemeinsame Aktionen (vgl. ebd.).

Mehrere Definitions- und Eingrenzungsversuche des Begriffes „Kooperation“ werden bei Behringer und Höfer (vgl. 2005: 23) wie folgt zusammengefasst: Aus ihrer Sicht ist Kooperation eine

„soziale Interaktionsform zwischen verschiedenen beteiligten (teil-) autonomen Systemen (Schnittstellen), die in einem gemeinsamen Kommunikationsprozess zwischen gleichberechtigten Partnerinnen [sic] Differenzen klären, gemeinsame Ziele aushandeln und diese gemeinsamen Ziele in Form von verbindlichen Regelungen umsetzen (ebd.)“.

Verschiedene Formen von Kooperationen können anhand der Beleuchtung von Schnittstellen beschrieben werden. So handelt es sich um eine „innerprofessionelle Kooperation“ an der Schnittstelle zwischen KollegInnen der gleichen Berufsgruppe innerhalb der gleichen Einrichtung, die für bestimmte Aufgaben zusammenarbeiten. Arbeiten in einer Institution MitarbeiterInnen aus verschiedenen Professionen zusammen, so sprechen die Autorinnen von interprofessioneller bzw. interdisziplinärer¹. Kooperation. Wenn Personen mit gleicher oder unterschiedlicher Profession von unterschiedlichen Einrichtungen aus miteinander arbeiten, so bezeichnen die Autorinnen dies als interinstitutionelle Kooperation. Schließlich gibt es noch die inner- oder intersektorale Kooperation, welche an Schnittstellen zwischen verschiedenen Subsystemen und Organisationen stattfindet (vgl. Behringer & Höfer 2005: 24f.)

¹ Wobei hier anzumerken ist, dass das Attribut „interdisziplinär“ genau genommen auf Beziehungen zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen und nicht zwischen den PraktikerInnen bezogen ist.

4.1.4 Fazit: „Interprofessioneller Austausch“

Den obigen Ausführungen und Definitionen zufolge wäre ein Austausch zwischen SprachförderlehrerInnen und LogopädInnen am ehesten als *interinstitutionelle Vernetzung* zu verstehen. Würden die beiden Professionen tatsächlich gemeinsame Ziele explizit beschließen und kontinuierliche Absprachen halten, so könnte man von *vernetzter interinstitutioneller Kooperation* sprechen. Da diese Masterarbeit als ersten Schritt untersuchen will, ob eine Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen stattfindet, wird von „*interprofessionellem Austausch*“ gesprochen. Mit der Beschreibung „interprofessionell“ soll eindeutig bezeichnet werden, dass es sich um zwei Personen handelt, welche direkt (und ohne Umschweife über Institutionen) miteinander kommunizieren. Den Ausführungen bei Behringer und Höfer folgend wäre hier die Ergänzung „interinstitutionell“ zu verwenden, da SprachförderlehrerInnen und LogopädInnen in unterschiedlichen Einrichtungen tätig sind. Die Autorinnen selbst sprechen aber auch von „personalisierter“ statt institutionalisierter Kooperation, wenn die Zusammenarbeit auf dem Engagement von Einzelpersonen aufbaut (vgl. Behringer & Höfer 2005: 103).

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Attribut „interprofessionell“ bevorzugt, da es nach Meinung der Verfasserin eine klarere Bezeichnung des Gemeinten ermöglicht. Es soll der Austausch zwischen zwei Professionen bezeichnet werden, die eine sehr individuell auf das Kind zugeschnittene Betreuung leisten. Ein weiterer Grund weshalb „interprofessionell“ befürwortet wird, ist die gesetzlich verankerte Eigenverantwortlichkeit der LogopädInnen. Der Begriff „interinstitutionell“ würde aus Sicht der Autorin zu sehr suggerieren, dass es sich um eine formelle Kooperation und ein von oben herab vorgeschriebenes Vorgehen handle.

Im speziellen Fall der vorliegenden Arbeit und Untersuchung scheint der Begriff „Vernetzung“ das angestrebte Ziel darzustellen, nämlich eine länger dauernde Beziehung auf gleichberechtigter Basis. Da aber erst einmal untersucht werden soll, ob ein Informationsaustausch zum Zwecke der Anpassung von Förderungs- bzw. Therapieinhalten stattfindet, soll von „interprofessionellem Austausch“ statt von Vernetzung gesprochen werden. Laut Behringer und Höfer

birgt der Begriff „Kooperation“ gewisse Abhängigkeiten von den Partnern (vgl. Behringer & Höfer 2005: 25), weshalb der Terminus hier ebenso als unpassend erscheint. Aus organisatorischen Gründen sind gemeinsam erarbeitete Ziele zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrpersonen derzeit wahrscheinlich nicht einfach umzusetzen. Deshalb entstand die Idee eines Informationsaustausches, durch den die PartnerInnen ein umfassenderes Bild des (sprachlichen) Umfeldes eines Kindes bekommen sollen. Anhand dessen könnte die Gestaltung gezielter Therapie- bzw. Förderinhalte erleichtert und somit die Unterstützung des mehrsprachigen Kindes optimiert werden.

4.2 Grundlegendes zum Thema Mehrsprachigkeit

Nachdem nun ausführlich die Wahl des Terminus „interprofessioneller Austausch“ diskutiert wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine kurze Beschreibung der wichtigsten Begrifflichkeiten und Prinzipien rund um den Erwerb mehrerer Sprachen im Kindesalter.

4.2.1 Formen von Zweisprachigkeit

Erwirbt ein Kind zwei Sprachen von Geburt an, parallel und mit ausreichendem Input, so spricht man von *simultaner Zweisprachigkeit* (vgl. Reich 2007: 134; vgl. Barkowski/Krumm 2010: 207). Eine klare Abgrenzung zwischen (früher) Zweitsprache und Erstsprache, beispielsweise bei Kindern, die früh genügenden Input in der Zweitsprache erhalten, ist nach heutigem Forschungsstand schwer möglich (vgl. Sieber-Ott in Barkowski/Krumm 2010: 366). Ab dem dritten Lebensjahr neu dazukommende Sprachen werden „sukzessiv“ erworben, weshalb auch von *sukzessiver Zweisprachigkeit* gesprochen wird. Dies kommt bei jenen Kindern mit Migrationshintergrund vor, in deren Familien die Herkunftssprache(n) der Eltern dominiert/dominieren. Somit kann ihr Spracherwerb mit einer einsprachigen Erstsprachaneignung verglichen werden (vgl. Reich 2007: 135). In der vorliegenden Arbeit wird oft vom sukzessiven Zweitspracherwerb die Rede sein, denn diese Form der Zwei- oder Mehrsprachigkeit ist mit großer Wahrscheinlichkeit vermehrt anzutreffen. Werden Kinder in ihrer Herkunftssprache nicht gefördert (z.B.: durch Herkunftssprachenunterricht), so kann diese auch stagnieren oder langsamer

erworben werden, als die gesellschaftlich und schulisch dominantere Umgebungssprache (vgl. Ehlich 2007: 136). Wie Reich schon 2007 bemängelte, gibt es leider wenige Studien zur Aneignung der Herkunftssprachen in der Emigration, und die vorhandenen Erkenntnisse beschränken sich auf Erscheinungen der Vereinfachung bei zweisprachigem Erwerb gegenüber der einsprachigen Aneignung sowie mit dem Einfluss des Deutschen (vgl. Reich 2007: 145).

4.2.2 Erstsprache, Herkunftssprache, Zweitsprache und Fremdsprache

In dieser Arbeit wird die *Erstsprache* als diejenige Sprache verstanden, die ein Kind von Geburt an erwirbt. Zu erwähnen ist, dass bei dem Begriff „Erwerb“ von einem ungesteuerten und unbewussten Vorgang ausgegangen wird (vgl. Oksaar 2003: 15). Der Terminus *Erstsprache* wird deshalb bevorzugt, weil er neutraler ist, als der mit unterschiedlichen Konnotationen behaftete umgangssprachliche Begriff *Muttersprache* (vgl. auch Brizic 2007: 43; vgl. Barkowski/Krumm 2010: 69; vgl. Ahrenholz 2010: 3f.). Neben *Erstsprache* wird auch *Herkunftssprache* verwendet, weil es in manchen Kontexten eindeutiger auf die Situation in der Migration hinweist. Begriffe wie *L1* für Erstsprache und *L2* für Zweitsprache (*L3*, *L4*,...) kommen in (englischsprachigen) Fachkreisen auch vor (vgl. Ahrenholz 2010: 4) werden hier aber nicht benötigt.

Eine *Zweitsprache* kann zwar jede nach der ersten Sprache erworbene oder erlernte Sprache sein, aber vorwiegend - und so auch in dieser Arbeit - ist damit eine in Folge von Migration (im Zielsprachenland) angeeignete und für den Alltag grundlegende Sprache gemeint. Bei Erwachsenen kann diese Zweitsprache bewusst und durch Unterricht gelernt werden. Mehrsprachige Kinder erwerben sie häufig zuerst ungesteuert im sozialen Umfeld (Kindergarten, ältere Geschwister, Freunde), bis sie dann im Laufe der Einschulung im institutionalisierten Kontext weitere gesteuerte Lernschritte in der Zweitsprache machen.

Der Begriff *Fremdsprache* bezeichnet den - meist durch Unterricht - gesteuerten, bewussten Erwerb einer zusätzlichen Sprache (vgl. Oksaar 2003: 14), die nicht im Aufenthaltsland gesprochen wird.

4.2.3 Mehrsprachige Kinder

In dieser Masterarbeit steht die Bezeichnung *mehrsprachige Kinder* für Kinder, die entweder zwei oder mehr Sprachen simultan oder sukzessiv erworben haben. Die Beschreibungen einsprachig/ monolingual, oder mehrsprachig/ bilingual (vgl. auch Ahrenholz 2010: 5) werden jeweils synonym verwendet.

4.3 Lehrende für Deutsch als Zweitsprache

Für Lehrpersonen, deren Zuständigkeitsbereich die Förderung des Deutschen bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache ist, gibt es verschiedene Begriffe, die im Folgenden kurz angeführt werden.

Laut den Informationsblättern des Referats für Migration und Schule (vgl. BMUKK² 2013) werden für Deutsch-als-Zweitsprache-LehrerInnen an allgemein bildenden Pflichtschulen in Österreich folgende Bezeichnungen gebraucht: interkulturelle LehrerInnen (irreführend aufgrund des Unterrichtsprinzips „interkulturelles Lernen“, welches nicht mit dem Förderunterricht zu verwechseln ist), BegleitlehrerInnen, StützlehrerInnen, FörderlehrerInnen, IntegrationslehrerInnen oder DaZ-LehrerInnen (vgl. BMUKK 2013: 17ff.). Der Ausdruck „SprachförderlehrerIn“ mag für Unbeteiligte aufs Erste als allgemeiner Oberbegriff erscheinen. Tatsächlich gibt es aber seit 2006/07 das Sprachförderzentrum Wien, welches Lehrende für den besonderen Förderunterricht Deutsch bzw. für die Sprachförderkurse an Pflichtschulen einschult. Infolgedessen werde solche Lehrende (meist in der Grundausbildung Volks- oder HauptschullehrerInnen) im Rahmen Ihrer Aufgabe auch als SprachförderlehrerInnen bezeichnet (vgl. Kap. 5.3).

In dieser Masterarbeit werden die Bezeichnungen *DaZ-LehrerInnen/ DaZ-Lehrende* bevorzugt, da sie die eigentliche Tätigkeit dieser Personen am eindeutigsten beschreiben. Die Förderung und der Unterricht in Deutsch als Zweitsprache (DaZ) werden hier als *DaZ-Förderung* oder *DaZ-Unterricht* benannt.

² Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Bis 28.02.2014 als Unterrichtsministerium geltend, seit 1.3.2014 durch das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Frauen) abgelöst.

5 Mehrsprachige Kinder im österreichischen Bildungssystem

In dem von Berndt Ahrenholz herausgegebenen Band zu Deutsch als Zweitsprache sind sich Herausgeber und AutorInnen einig, dass die Bildungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (in Deutschland) kritisch ist und dass Angebote zur Förderung notwendig sind (vgl. Ahrenholz 2008: 7). Neben Schwierigkeiten während dem Schuleinstieg, oder durch die häufige Zuweisung zu Sonderschulen (vgl. Krumm 2007: 206) gibt es auch Hinweise auf Probleme jener Jugendlichen, die es bis auf die Hochschulen geschafft haben. StudentInnen mit Migrationshintergrund brechen das Studium angeblich doppelt so häufig ab, wie die anderen Studierenden. Mangelnde Kenntnisse in der Bildungssprache aufgrund unzureichender schulischer Sprachförderung seien häufige Ursache für das Scheitern an den Universitäten (vgl. DIE ZEIT vom 5.Juli 2007).

Die sprachliche Vielfalt ist auch im österreichischen Bildungssystem unübersehbar, hatten doch im Jahr 2009 16 % der Schüler eine andere Erstsprache als Deutsch und in Volksschulen, Hauptschulen sowie in polytechnischen Schulen hatte jede/r fünfte SchülerIn eine andere Erstsprache. Oder anders gesagt: nur ca. 20 % der österreichischen Schulen haben keine Schüler mit anderen Erstsprachen als Deutsch (vgl. OECD 2009: 6). Im Schuljahr 2012/13 hatten rund 54,6 % der VolksschülerInnen in Wien eine andere Erstsprache als Deutsch (vgl. BMBF 2014a: 11).

Im OECD-Länderbericht für Österreich werden angesichts dieser Zahlen bildungspolitische Maßnahmen gefordert. Demnach sollten für SchülerInnen mit Migrationshintergrund gezielte Maßnahmen getroffen und Schritte zur Erhöhung der allgemeinen Chancengleichheit getan werden (vgl. OECD 2009: 9).

Um die Kenntnisse in der Unterrichtssprache und somit den Bildungserfolg für Kinder mit Migrationshintergrund zu sichern, sollte die Sprachförderung als eine durchgängige, kohärente Aufgabe des gesamten Schulsystems gesehen werden. Denn frühe Fördermaßnahmen (z.B.: im Kindergarten) bringen zwar sprachliche Fortschritte, garantieren aber noch nicht den erfolgreichen Erwerb der Bildungssprache. Dadurch fallen SchülerInnen mit anderen Erstsprachen mit zunehmender Komplexität der sprachlichen Anforderungen hinter ihre

Altersgenossen zurück (vgl. OECD 2009: 13). Im Länderbericht für Österreich wird allgemein empfohlen, das sprachfördernde Angebot zu stärken und zu strukturieren, Sprachförderung auch im Fachunterricht zu integrieren (vgl. Kap. 5.5 und 5.6) und den herkunftssprachlichen Unterricht zu optimieren (vgl. ebd.: 14).

Da in den Volksschulen in Wien am meisten Kinder mit anderen Erstsprachen als Deutsch gezählt wurden, nämlich 54,6 % (s.o.), und weil auch das Klientel in der Logopädie zu einem großen Teil von dieser Altersgruppe bestimmt wird (vgl. Grohnfeldt 2012: 176), werden in diesem Kapitel nun die schulischen Maßnahmen zur sprachlichen Förderung mehrsprachiger Kinder im Volksschulalter dargestellt.

5.1 Ordentliche und außerordentliche SchülerInnen im Volksschulalter

Reichen die Deutschkenntnisse schulpflichtiger SchülerInnen nicht aus, um dem Unterricht zu folgen, so erhalten sie für maximal zwölf Monate den außerordentlichen Status, wodurch bei der Leistungsbeurteilung ihre sprachlichen Schwierigkeiten berücksichtigt werden. Die SchülerInnen sollen in die altersgemäß passende Volksschulklasse eingestuft werden. Der außerordentliche Status kann von der Schulleitung um weitere zwölf Monate verlängert werden, wenn das Kind die Unterrichtssprache Deutsch „ohne eigenes Verschulden“ nicht ausreichend erlernen konnte. Jedoch können SchülerInnen, die einmal den ordentlichen Status erhalten haben, nicht mehr in den außerordentlichen Status zurück versetzt werden (vgl. BMUKK 2013: 9). In einem Leitfaden zur Integration „fremdsprachiger SchulanfängerInnen“ rät das ehemalige Unterrichtsministerium ³ dazu, in Zweifelsfällen den außerordentlichen Status für ein Kind zu wählen, da die Entscheidung über die Aufnahme als ordentliche/r SchülerIn nicht mehr umkehrbar ist (vgl. BMBWK 2002: 31).

³ BMBWK - Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur), heute BMBF – Bundesministerium für Bildung und Frauen.

Das Bildungsministerium weist darauf hin, dass mangelnde Deutschkenntnisse keine „*Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs bzw. bei SchulanfängerInnen die Einstufung in die Vorschulstufe (BMUKK 2013: 10)*“ rechtfertigt.

Krumm vermutet aber, dass die Praxis anders aussieht und immer wieder unzureichende Deutschkenntnisse mit unzureichender Schulreife verwechselt würden (vgl. Krumm 2007: 205). Trotz gesetzlicher Fortschritte zeigen die Statistiken, dass in Österreich überproportional viele Kinder mit Migrationshintergrund die Sonderschule und wenige eine höhere Schule besuchen. Dies wertet Krumm als Indikator einer institutionellen Diskriminierung (vgl. ebd.: 206).

Für **außerordentliche SchülerInnen** mit einer anderen Erstsprache als Deutsch besteht die Möglichkeit des Förderunterrichts im Ausmaß von bis zu zwölf Wochenstunden (was heute durch die Sprachförderkurse umgesetzt wird). Der Förderunterricht kann entweder während des Unterrichts oder im Anschluss stattfinden, wobei eine wöchentliche Mehrbelastung von fünf Stunden nicht überschritten werden soll (vgl. BMUKK 2013: 19f.). Somit werden zum Beispiel bei zwölf zugesprochenen Förderstunden mindestens sieben im Rahmen des Regelunterrichts abgehalten.

Ordentliche SchülerInnen unterliegen den Lehrplananforderungen (unter Berücksichtigung des Lehrplanzusatzes der Volksschule „Deutsch für SchülerInnen mit nichtdeutscher Muttersprache“ aus dem Jahr 1992) und der Leistungsbeurteilung. Handelt es sich um Kinder mit einer anderen Erstsprache, die weiterhin eine Förderung in Deutsch brauchen, ist es möglich, einen sogenannten „besonderen Förderunterricht in Deutsch“ im Ausmaß von bis zu fünf Wochenstunden anzubieten. Dieser besondere Förderunterricht kann unterrichtsparallel während der Pflichtgegenstände oder auch gemeinsam mit dem Unterricht angeboten werden. Dieser Unterricht wird in den Informationsblättern des Referates für Migration und Schule synonym auch als Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht bezeichnet. In Verbindung mit der Volksschule wird aber meist vom besonderen Förderunterricht gesprochen (vgl. BMUKK 2013: 19f.).

5.2 Lehrplanzusatz „Deutsch als Zweitsprache“

In Österreich gibt es seit dem Schuljahr 1992/93 einen Lehrplanzusatz „Deutsch als Zweitsprache“, der zuerst in allen Pflichtschulen und im Jahr 2006 auch für die AHS-Oberstufe im Rahmen einer unverbindlichen Übung etabliert wurde. Dabei wurde keine Gliederung nach Schulstufen vorgenommen, da sich der Lehrplanzusatz als mehrjähriges Lernkonzept versteht. Jene SchülerInnen, die entweder keine oder nur geringe Deutschkenntnisse aufweisen, durchlaufen diese Maßnahme. Unabhängig von ihrer Schulstufe starten sie immer am Beginn und können entsprechend ihrer Vorkenntnisse auch bestimmte Teilbereiche überspringen. Der zusätzliche Unterricht soll sich an den Lernzielen und Vermittlungsformen des allgemeinen Lehrplans für Deutsch orientieren (vgl. BMUKK 2013: 18).

Die Lehrer für den besonderen Förderunterricht in Deutsch in der Volksschule sollten eine entsprechende Ausbildung durchlaufen haben, denn die Anforderungen sind einem Lehrer mit normaler Ausbildung laut Schulorganisationsgesetz nicht zuzumuten (vgl. Schulorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, zuletzt geändert durch das BGBl. I Nr. 75/2013, §13).

Ein eigener Lehrplanzusatz „Deutsch für Schülerinnen und Schüler mit anderen Erstsprachen als Deutsch“ wurde für die Allgemeine Sonderschule (Grundstufe und Sekundarstufe I) angelegt. Der muttersprachliche Unterricht hingegen erfolgt auf Grundlage der Lehrplanverordnungen für die Volks- bzw. Hauptschule (vgl. BMBF 2014: 6).

5.3 Sprachförderkurse

Seit dem Schuljahr 2006/07 sind für Kinder mit außerordentlichem Status aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse sogenannte Sprachförderkurse in den Volksschulen, und in weiterer Folge auch an Hauptschulen, Polytechnischen Schulen sowie der Unterstufe der AHS vorgesehen. Diese Kurse haben die Aufgabe, die nötigen Sprachkenntnisse zu vermitteln, damit außerordentliche SchülerInnen dem Unterricht folgen können. Für diese Kurse werden vom Bund zusätzliche zweckgebundene Dienstposten für LehrerInnen in ganz Österreich zur Verfügung gestellt (vgl. BMUKK 2013: 20).

Das Ausmaß dieser Kurse beträgt elf Wochenstunden und sie finden anstelle der für die Schulart vorgesehenen Pflichtgegenstände statt. Laut Gesetz sind verschiedene Formen dieser Kurse, nämlich unterrichtsparallel, integrativ (Teamteaching) oder in einer Kombination aus parallel und integrativ, möglich. Sprachförderkurse können ab einer Schüler/-innenzahl von acht Schüler/-innen für eine Dauer von bis zu zwei Jahren eingerichtet werden. Sie können im Falle von unterrichtsparallelen Kursen auch schulstufen-, schul- oder schulartübergreifend geführt werden (vgl. BMUKK 2013: 10f.). Gemäß der Schulautonomie hängt die Umsetzung und der Einsatz von Ressourcen (auch die Bestellung der erforderlichen LehrerInnen für die Sprachförderkurse) für die vorgesehenen Maßnahmen aber von den einzelnen Schulen ab (vgl. Krumm 2007: 206). Die gesetzliche Verankerung alleine garantiert also noch nicht die tatsächliche Förderung in allen (Volks-)Schulen.

Sprachförderzentrum Wien (SFZ)

In Wien wurde vom Stadtschulrat Wien das sogenannte Sprachförderzentrum Wien (SFZ) eingerichtet. Meist sind es Volks- und HauptschullehrerInnen (vgl. Wiener Zeitung 2011, vgl. Sprachförderzentrum 2014), die vom SFZ für die Sprachförderkurse eingeschult werden. Das SFZ bietet auch Workshops, sowie Informationen und Material zu Arbeitsgrundlagen an. Die vom Sprachförderzentrum ausgesandten LehrerInnen geben regelmäßige Rückmeldungen, aufgrund derer statistische Erhebungen über die Sprachförderkurse bzw. Seiteneinsteiger-Kurse möglich sind. So wurden im Schuljahr 2012/13 an 164 Wiener Volksschulen 315 Kurse von 267 Lehrenden für 3987 Kinder im Rahmen von 3428 Kursstunden abgehalten. Außerdem gibt es an 14 Standorten sogenannte „Neu in Wien-Kurse“ für SeiteneinsteigerInnen (vgl. Sprachförderzentrum 2013). Seit 2011 gibt es die „nachhaltige Sprachförderung“, die aufbauend auf die bis zu zweijährigen Sprachförderkurse weitere fünf Wochenstunden zur Sicherung der Fortschritte darstellt (vgl. Wiener Zeitung 2011).

Seit dem Schuljahr 2007/08 betreut das Sprachförderzentrum auch Wiener Herkunftssprachenlehrer (vgl. Wiener Zeitung 2011). Der Herkunftssprachenunterricht in Wien wird an dieser Stelle koordiniert und auch

für diese LehrerInnen werden Workshops angeboten (vgl. Sprachförderzentrum 2014).

5.3.1.1 Aufgaben und Ziele im Rahmen des Sprachförderkurses

Folgende Aufgaben werden für die Lehrenden in der Grundschule in einem Handout des Sprachförderzentrum zusammengefasst:

- Durchführung und Dokumentation eines (sprachpädagogischen) Screenings zur Feststellung der sprachlichen Kompetenz in der Zweitsprache Deutsch
- Planung und Organisation eines Deutsch als Zweitsprache-Unterrichts auf der Planungsgrundlage des *Lehrplanzusatzes Deutsch* mit folgenden Lebens- und Erfahrungsbereichen: eigene Person, Familie, Schule, Freizeit, Öffentlichkeit, Lebensformen/Lebensgewohnheiten und Zeit
- Dokumentation des Lernzuwachses mittels der Verlaufsdokumentation (bestehend aus: Aufnahmebogen, Lernzielkatalog und Schlussbericht)
- Rückmeldung der Aufnahmebögen und Schlussberichte an das Sprachförderzentrum Wien (vgl. Englisch-Stölner et al. 2013: 4).

Ziel der Förderkurse ist nicht, dass die Kinder am Ende des Kurses die gleichen Fähigkeiten wie die anderen (einsprachigen) Kinder der Klasse erworben haben. Vielmehr sollen sie durch die professionelle Unterstützung der BegleitlehrerInnen dem Unterricht in der deutschen Sprache folgen können (vgl. ebd.: 25f.).

Für das Sprachkompetenz-Screening werden unterschiedliche Gelegenheiten im Schulalltag zur Beobachtung der Kinder genutzt. Die Kinder mit anderen Erstsprachen als Deutsch werden aber nicht an den Kompetenzen der simultan zweisprachigen oder der Kinder mit deutscher Erstsprache gemessen. Es soll durch das Screening erkannt werden, welche Kinder auf der Kompetenzstufe A (in Teilen auch B)⁴ sind und demnach Unterstützung brauchen. (vgl. ebd.: 21f.).

„Die einzelnen Kompetenzstufen und Phasen in den einzelnen Feldern der Sprachfertigkeiten treffen Aussagen zu jedem einzelnen Kind und helfen, es

⁴ In Anlehnung an den GERS – Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen (wurde für das Fremdsprachenlernen bei Erwachsenen entwickelt).

effektiv und ohne Entmutigungen an das Programm der Klasse heranzuführen (ebd.: 34).“

Laut Englisch-Stölner et al. (vgl. 2013: 23) sind die Kurse parallel zum Unterricht zu organisieren und *„ersetzen vollständig den Pflichtunterricht“* (ebd.). Die AutorInnen weisen im Handout darauf hin, dass die Lehrenden die Zielgruppe erst allmählich aus der Klasse heraus und in eine Kursgruppe hinein führen sollen. *„Wir würden dafür den Zeitraum wählen, der nötig ist, damit keines der Kinder den Eindruck hat, dass es im Gruppenraum im falschen Zug sitzt“* (ebd.).

5.4 Herkunftssprachlicher Unterricht

Sowohl außerordentliche als auch ordentliche SchülerInnen können an der unverbindlichen Übung „Muttersprachlicher Unterricht“⁵ teilnehmen. Das in den Neunzehnsiebzigerjahren eingeführte Konzept lief damals als Schulversuch, mit dem Ziel, die Kinder auf die Rückkehr in ihre Heimat vorzubereiten (vgl. Wiener Zeitung 2011), und ist seit 1992/93 Bestandteil des Regelschulwesens (vgl. BMUKK 2013: 21). In den Volks- und Sonderschulen erfolgt dieser Unterricht nach dem Lehrplan aus dem Jahr 1992 (BGBl. 528/ 1992 in der jeweils geltenden Fassung). Zielgruppe sind alle SchülerInnen, die mit anderen Erstsprachen als Deutsch, bzw. zweisprachig aufwachsen, ungeachtet ihrer Staatsbürgerschaft (vgl. ebd.: 20f.).

In den Vorschulen kann die Erstsprache eines Kindes im Rahmen von drei unterrichtsparallelen oder integrativen Wochenstunden gefördert werden. Zudem wird der verstärkte Einsatz herkunftssprachlicher Lehrender in der Vorschule mit dem Ziel der frühen Sprachförderung empfohlen (vgl. BMUKK 2013: 21).

An Volksschulen und Sonderschulen (Unterstufe) gilt der herkunftssprachliche Unterricht, wie oben erwähnt, als unverbindliche Übung. Das Ausmaß dieses Unterrichts beträgt zwischen zwei und sechs Wochenstunden (vgl. BMUKK

⁵ In den Dokumenten des Referates für Migration und Schule (Hrsg.: BMUKK) wird von muttersprachlichem Unterricht und MuttersprachenlehrerInnen gesprochen. Synonym zu dieser Bezeichnung wird hier auch die von der Verfasserin bevorzugte Form „herkunftssprachlicher Unterricht“ oder „HerkunftssprachenlehrerInnen“ verwendet.

2013: 21). Die Führung dieses Unterrichts sollte zusätzlich am Nachmittag erfolgen. Sie kann ebenso parallel zum Unterricht (Team Teaching) erfolgen, aber nur wenn dadurch kein Pflichtgegenstand versäumt wird bzw. die gleichen Unterrichtsinhalte (z.B.: Sachunterricht, Rechnen) behandelt werden (vgl. ebd.: 22f.). In den meisten Bundesländern findet der herkunftssprachliche Unterricht am Nachmittag statt. Wiener HerkunftssprachenlehrerInnen für Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (BKS) und Türkisch arbeiten an den Volksschulen meist im Team mit den KlassenlehrerInnen. Das BMUKK empfiehlt zudem aus pädagogischen Gründen eine Mischung aus Team-Teaching und Kurs, wenn diese organisatorisch machbar ist. Die Gruppen können auch klassen-, schulstufen-, schul- und schulartenübergreifend zusammengefasst werden (vgl. ebd. 23).

Die Lehrkräfte für den herkunftssprachlichen Unterricht brauchen ein abgeschlossenes Lehramtsstudium. An den Pädagogischen Hochschulen gibt es Lehrveranstaltungen für den Herkunftssprachenunterricht (vgl. beispielsweise www.phwien.at, Zugriff am 06.05.14). In Wien werden diese Lehrkräfte vor Dienstantritt im Sprachförderzentrum eine Woche lang didaktisch eingeschult (vgl. Wiener Zeitung 2011). Im Schuljahr 2012/13 gaben 420 Lehrende an den Pflichtschulen Unterricht in den Sprachen: Albanisch, Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (BKS), Bulgarisch, Chinesisch, Französisch, Kurdisch (Kurmanci und Zazaki), Paschtu, Persisch (Farsi-Dari), Polnisch, Portugiesisch, Romanes, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Somali, Spanisch, Tschechisch, Tschetschenisch, Türkisch und Ungarisch, wobei österreichweit der weitaus größte Teil auf BKS und Türkisch entfällt (vgl. ebd.).

Dieses Angebot erfreut sich großer Nachfrage, nicht nur von Seiten der SchülerInnen, sondern auch von den Direktionen, die den Wert der MuttersprachenlehrerInnen für die Elternarbeit erkannt haben (vgl. Wiener Zeitung 2011).

5.5 Durchgängige Sprachbildung

Aufgrund mehrerer Faktoren, allen voran wegen des niedrigen sozio-ökonomischen Status, haben Kinder mit Migrationshintergrund häufig schlechtere Bildungserfolge als monolingual deutschsprachige, österreichische Kinder (vgl. Brizic 2007: 67, 79). Auch in Deutschland wurde eine niedrige sozio-ökonomische Struktur einer zugewanderten Familie als ein Risikofaktor im Hinblick auf die Bildungschancen erkannt (vgl. Bruhns 2013: 303). Als Reaktion auf die Bildungsbenachteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund wurde deshalb in Deutschland von 2004 bis 2009 das sogenannte Modellprogramm FörMig (Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund) durchgeführt. Im Mittelpunkt dieses Programmes standen die durchgängige Sprachbildung und die Vermittlung der Bildungssprache (vgl. FörMig-Transfer Berlin 2013: 1, vgl. Quehl & Trapp 2013: 9). Der Begriff „Durchgängige Sprachbildung“ wurde durch das Modellprogramm geprägt und beschreibt das Kontinuum des sprachlichen Lernens mehrsprachiger Kinder in ihrem schulischen und außerschulischen Alltag. Sprachliche Bildung erfolge demnach nicht nur im Deutsch oder DaZ-Unterricht, sondern beginnt im Kindergarten und wird sowohl von Eltern als auch außerschulischen Sprachfördermaßnahmen mit geprägt. Innerhalb des Unterrichtsgeschehens ist Sprachbildung ebenso im Fachunterricht wie im Deutschunterricht angesiedelt, denn gerade in Sachfächern spielen bildungssprachliche Ausdrücke eine große Rolle (vgl. FörMig-Transfer Berlin 2009: 9). Unter der Bildungssprache wird ein von der Alltagssprache abgegrenztes Sprachregister bezeichnet, welches es uns in den Bildungsinstitutionen ermöglicht, unabhängig vom Kontext und nur durch sprachliche Mittel über bestimmte Inhalte zu kommunizieren. Da diese Sprachebene von der Schriftlichkeit geprägt ist, soll im Besonderen die Textkompetenz, das Verstehen und Verfassen von Texten, der Kinder gefördert werden (vgl. ebd.: 8). Zentrale Fragestellungen des Modelprogramms FörMig suchten Möglichkeiten zur Umgestaltung der Sprachbildung in verschiedenen Unterrichtsfächern, zugunsten derjenigen SchülerInnen, denen die Bildungssprache nicht automatisch im Elternhaus vermittelt wird (vgl. Quehl & Trapp 2013: 10). Durch Umstrukturierungs- und Fördermaßnahmen sollte die

sprachliche Bildung verbessert werden. Um speziell auf die Bedürfnisse mehrsprachiger Kinder einzugehen, und diese im Unterricht fördern zu können, setzt der Programmträger eine genaue Sprachkompetenzanalyse voraus. Für diesen Zweck wurden im Programm geeignete Diagnoseinstrumente entwickelt, welche Aufschluss über die (bildungs-)sprachlichen Kompetenzen der Kinder/Jugendlichen und somit Hinweise auf mögliche darauf aufbauende individuelle Förderung im Unterricht geben (vgl. FörMig Kompetenzzentrum 2013).

In Abb. 1 werden die Dimensionen der durchgängigen Sprachförderung veranschaulicht. Der Leitgedanke der „durchgängigen Sprachbildung“ umfasst die Erkenntnis, dass Sprachbildung in allen Unterrichtsfächern sowie außerschulisch erfolgt, zum Beispiel durch zusätzliche Förderangebote und die Kooperation mit den Familien. Darauf weist die horizontale Dimension in der Abbildung hin (vgl. FörMig-Transfer Berlin 2009: 9). Auf die zweite, vertikale Dimension wird ebenso großer Wert gelegt. Denn diese stellt die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungsstätten der Bildungsbiografie dar. Hier sollen Brüche vermieden und gegebenenfalls rechtzeitig die entsprechenden Fördermaßnahmen organisiert werden (vgl. ebd.: 10). Schließlich bezieht sich das Konzept der „Durchgängigkeit“ auch auf die Sprachen der Kinder und Jugendlichen. Die PädagogInnen sollen sich der mehrsprachigen Kompetenzen ihrer der Kinder bewusst sein, und die Herkunftssprachen sollen als Lernressourcen wertgeschätzt werden (vgl. ebd.: 11). Idealerweise sollte auch eine Verbindung der vorhandenen Sprachen mit den schulischen Fremdsprachen hergestellt werden (vgl. ebd.: 15).

Im Hinblick auf das Thema dieser Masterarbeit, den interprofessionellen Austausch, ist vor allem die horizontale Dimension durchgängiger Sprachbildung hinzuweisen, bei der es um die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern zur Unterstützung und zum Aufbau sprachförderlicher Maßnahmen geht (s.u.). Hier könnte auch die Zusammenarbeit mit LogopädInnen interessant werden, wenn das Modellprogramm vermehrt in die Praxis umgesetzt wird.

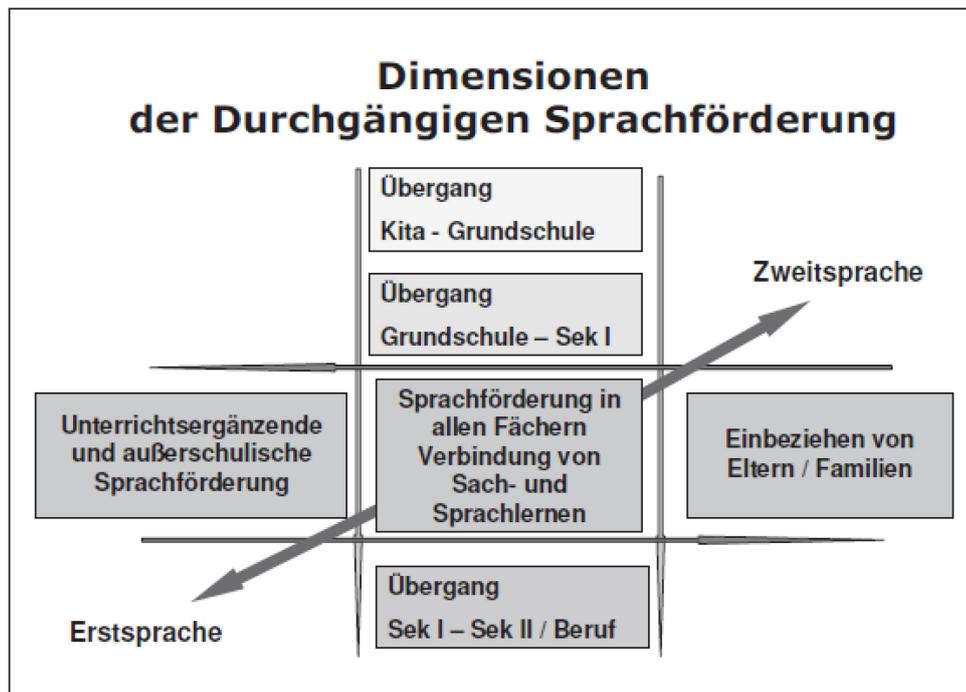


ABBILDUNG 1: DIMENSIONEN DER DURCHGÄNGIGEN SPRACHFÖRDERUNG (ENTNOMMEN AUS: FÖRMIG-TRANSFER BERLIN 2009: 9).

Als Beispiel für hohe bildungssprachliche Anforderungen bietet sich das Fach Mathematik an. Um die Rechenschritte erlernen zu können, braucht es sprachliche Erklärungen und schrittweise Anleitungen. Sprachauffälligkeiten oder –störungen wirken sich auch in den mathematischen Kompetenzen aus, weil die Sprache das Medium zur Informationsvermittlung ist. Mangelndes Verständnis von sprachlichen Strukturen kann somit zum Hindernis während dem Unterricht sowie zu Hause, bei der Bearbeitung von Textbeispielen führen. Ritterfeld et al. (2013) schreiben, dass „*ein erheblicher Teil mathematischer Informationsverarbeitung sprachlich kodiert ist*“ (Ritterfeld et al. 2013: 138)“. Die Autoren fassen die Befunde verschiedener Studien zusammen und stellen fest, dass Kinder mit Sprachstörungen im Vergleich zu Gleichaltrigen schlechtere mathematische Leistungen aufweisen. In ihrer Studie mit Erstklässlern dokumentieren die Autoren deutliche Probleme bei der Bearbeitung mathematischer Aufgaben, vor allem bei der Anwendung und Verbalisierung mathematischer Lösungswege. Auch die Verbalisierung möglicher Rechenstrategien war für Kinder mit Sprachauffälligkeiten schwierig, wodurch sich der Verdacht bestätigte, dass diese Kinder keine Lösungswege zur

Verfügung haben, die nicht „zählend“ sind. Da in der Studie Visualisierungshilfen auch keine Verbesserung der Verbalisierungsleistungen brachten, schlagen die Autoren peer-gestützte Lernmethoden sowie die Verwendung von gleichbleibenden Sprachformaten, als Regelsätze zur Versprachlichung von Rechenstrategien, und zusätzliches Anschauungsmaterial vor (vgl. Ritterfeld et al. 2013: 136 ff.). Die Autoren weisen vermehrt darauf hin, dass gezielte Sprachförderung auch im Mathematikunterricht sinnvoll wäre (vgl. Ritterfeld et al. 2013: 139, 141).

5.6 Umfassende Sprachförderung an österreichischen Schulen

Ähnlich dem wissenschaftlichen Konzept der „Durchgängigen Sprachbildung“ der Kompetenzgruppe FörMig in Deutschland, wurde vom österreichischen Bildungsministerium in Zusammenarbeit mit dem Staatssekretariat für Integration sowie mit Unterstützung fachlichen Experten das Mehrstufenprogramm zur Sprachförderung vorgestellt (vgl. BMUKK 2013a: 1). Dieses verspricht *„gemeinsame Anstrengungen für sprachliche Bildung und eine nachhaltige Sprach- und Lesekultur (ebd.: 3)“* in Form von standortgerechten autonomen Lösungen für die unterschiedlichen Situationen in den Bildungsinstitutionen. Seit dem Schuljahr 2013/14, werde das neue Programm laut einem Bericht des Unterrichtsministeriums schrittweise umgesetzt (vgl. ebd.: 3). Es sind Parallelen zum deutschen Modellprogramm FörMig (s.o.) erkennbar, wobei die Terminologie ungenauer erscheint, da an vielen Punkten von „Sprachförderung“ gesprochen wird, wo in den Beschreibungen von FörMig von „Sprachbildung“ die Rede ist. Einerseits lautet das Ziel *„sprachliche Bildung in allen Unterrichtsbereichen“* (ebd.: 3) und andererseits wird der gleiche Gedanke als „Sprachförderung“ bezeichnet, wenn es heißt: *„Langfristig soll Sprachförderung als frühes und ständiges Prinzip [...] für alle Kinder [...] alle Lehrpersonen in allen Fächern und auf allen Schulstufen [gelten]“* (ebd.: 2). Inhaltliche Gemeinsamkeiten der beiden Konzepte sind ferner die Bemühung um bessere Zusammenarbeit an den Übergangsbereichen zwischen Kindergarten und Schule, oder das Bewusstsein, dass individuelle Förderangebote einzelnen Kindern helfen sollen, die Bildungssprache besser aufzubauen. Die Sprachförderung als Grundprinzip

betreffe alle Kinder, speziell aber diejenigen die Deutsch als Zweitsprache sprechen, oder die als SeiteneinsteigerInnen mit der deutschen Sprache konfrontiert sind. Im Unterschied zum Modellprogramm FörMig werden auch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen in der Zielgruppenbeschreibung genannt (vgl. ebd.: 2).

Der Übergang vom Kindergarten in die Volksschule soll mit einer flexiblen ersten Grundstufe (Möglichkeit von 3 statt 2 Jahren) und individuellen Lösungen der Sprachförderung nach Bedarf der verschiedenen Standorte besser gelingen. Ein weiteres Prinzip ist die Förderung der Lesekompetenz. Die Lehrenden sollen durch die „PädagogInnenbildung NEU“ gezielter auf die Sprachförderung in allen Fächern vorbereitet werden. Ab 2013/14 werden außerdem Modellprojekte an Standorten mit hohem sprachlichen Förderbedarf der Kinder erprobt (vgl. BMUKK 2013a: 2).

Das Programm sieht vor, dass deutschsprachige Kompetenzen bei der Feststellung der Schulreife stärker berücksichtigt werden und bei Bedarf individuelle Förderpläne von einem Übergangsteam aus SchulpsychologInnen, SonderpädagogInnen, KindergartenpädagogInnen und MuttersprachenlehrerInnen erstellt werden (vgl. ebd.: 2). In Anbetracht der Tatsache, dass auch sprachentwicklungsverzögerte Kinder von den Richtlinien der Schulaufnahme betroffen sind, könnte hier die Zusammenarbeit mit LogopädInnen in Erwägung gezogen werden. Zumindest aber, wären die erstellten Förderpläne eine Zusatzinformation, die therapeutische Entscheidungen über Zeitpunkt und Dauer der Therapie erleichtern könnte.

Ähnlich der Durchgängigen Sprachbildung wird die professionelle Abstimmung von schulischen und außerschulischen Unterstützungsangeboten angestrebt. Obwohl Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen zur genannten Zielgruppe des Programms zählen, werden LogopädInnen unter den zu Rate zu ziehenden Experten, (Beratungslehrpersonen, SchulpsychologInnen, SozialarbeiterInnen) nicht als solche erwähnt (vgl. ebd.: 2). Unter dem Sammelbegriff „*Sprachförderkräfte*“ könnten sich LogopädInnen angesprochen fühlen, doch vermutlich sind hier SprachheillehrerInnen, DaZ-Lehrende und HerkunftssprachenlehrerInnen gemeint. Auch in der Literatur zum FörMig-

Programm wird immer wieder von außerschulischen Sprachfördermaßnahmen gesprochen (s.o.). Es wurden lokale Kooperationen angestrebt, die zum Beispiel aus Bildungsinstitutionen und regionalen Partnern wie Bibliotheken, Theatern oder Unternehmen bestünden (vgl. Klinger et al. 2008: 8). Andere genannte Beispiele sind Nachmittagsunterricht, zusätzliche Samstagsangebote, oder Sprachcamps (vgl. FörMig-Transfer Berlin 2009: 10). Spezielle Fördermaßnahmen für Kinder mit Sprachstörungen wurden in der hier herangezogenen Literatur zum FörMig-Programm nicht erwähnt, vermutlich weil sich das Programm allgemein auf die Sprachbildung der unauffälligen (mehrsprachigen) Kinder bezieht. Aus logopädischer Perspektive stellt sich natürlich die Frage, ob es im Sinne einer durchgängigen Sprachbildung (wissenschaftliches Konzept in Deutschland) bzw. umfassenden Sprachförderung (Behördenkonzept in Österreich) nicht auch logisch wäre, als Therapeutin miteinbezogen zu werden. Dieser Fragestellung müsste in einer eigenen Forschungsarbeit genauer auf den Grund gegangen werden. Jedoch wäre es vorstellbar, dass ausgehend von einem Informationsaustausch mit den Lehrpersonen auch LogopädInnen zur Festigung bestimmter sprachlicher Strukturen (z.B.: Nebensatzstrukturen, Mittel zur Meinungsäußerung u.ä.) bei (mehrsprachigen) Kindern mit logopädischem Therapiebedarf beitragen.

6 Mehrsprachige Kinder in der Logopädie

In den Tätigkeitsbereich der LogopädInnen fallen Prävention, Diagnostik, Therapie und Forschung zu Störungen des Hörens, der Stimme, des Sprechens, der Sprache und des Schluckens bei Personen aller Altersgruppen. Durch ihren Versorgungsauftrag im medizinischen Bereich ist diese Berufsgruppe als fixer Bestandteil des Gesundheitssystems zu betrachten (vgl. Pfaller 2013: 25). Die Bezeichnung dieser in Österreich seit kurzem als eigenständige medizinische Wissenschaft anerkannten Disziplin (vgl. ebd.: 23) wurde durch Emil Fröschels in Wien eingeführt. Einen kurzen Abriss der Geschichte und eine teilweise Abgrenzung zur Sprachheilpädagogik sind in Kapitel 8.1.1 nachzulesen.

In diesem Kapitel werden die logopädisch relevanten Störungsbilder im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit kindlicher Mehrsprachigkeit beleuchtet.

Schließlich wird der Fokus auf diejenigen Störungsbilder gelenkt, wo kindliche Mehrsprachigkeit ein wesentlicher Einflussfaktor und zentraler Therapiegegenstand ist. Für eine ausführliche Beschreibung logopädischer Therapiebereiche siehe Siegmüller und Bartels 2011, sowie Grohnfeldt 2005 (Band 2).

6.1 Störungen von Sprache, Sprechen, Lesen und Schreiben

Die erste Gruppe von Störungen betrifft einen Großteil des logopädischen Klientels. Im Rahmen dieser Masterarbeit werden Störungsbilder von Erwachsenen bewusst beiseite gelassen. Das Tätigkeitsfeld in der Kindertherapie ist ohnehin schon sehr breit gefächert und soll hier auch nur überblicksartig umrissen werden. Die Gliederung dieses Unterkapitel orientiert sich an Siegmüller und Bartels (2011).

6.1.1 Aussprachestörungen

In die Gruppe der Aussprachestörungen bei Kindern reihen Siegmüller und Bartels die orofazialen Dysfunktionen, die phonetischen und phonologischen Störungen sowie die verbale Entwicklungsdyspraxie (vgl. Siegmüller & Bartels 2011: 101). Im Folgenden werden nur die ersten drei Störungsbereiche beschrieben, da hier am häufigsten Probleme auftreten.

Die **orofazialen Dysfunktionen** (lat. os=Mund, facies= Gesicht) oder auch myofunktionellen Störungen (griech. mÿs= Muskel) bezeichnen ein Ungleichgewicht der Funktionen und Abläufe der Mund- und Gesichtsmuskulatur, und können angeborene, genetische oder erworbene Ursachen haben. Zu den beteiligten Muskelgruppen zählen die mimische, die Kau-, die Zungen- und die Gaumensegelmuskulatur. Eine Störung der primären Funktionen (Atmen, Saugen, Beißen, Kauen, Schlucken) kann auch die sekundären Funktionen Artikulation und Phonation (= Stimmgebung) negativ beeinflussen. Dies ist häufig der Fall, da dieselben anatomischen und physiologischen Strukturen bei Primär- und Sekundärfunktionen beteiligt sind (vgl. Giel 2011: 102). Pathologische Atmungs- und Schluckmuster können also einerseits zu Zahn- oder Kieferfehlstellungen und andererseits zu abweichender

Artikulation führen. Die Therapiemethoden umfassen hauptsächlich aktive Übungen zum Abbau unphysiologischer Gewohnheiten. Darunter fallen Übungen zum Trainieren und Festigen des physiologischen Schluckmusters, des Mundschlusses, der Nasenatmung und zur Lautbildung (vgl. ebd.: 108). Bei neurologischen Störungen und bei Kindern mit Trisomie 21 oder zerebralen Bewegungsstörungen kommen unter anderem auch passive Behandlungsmethoden zum Einsatz (vgl. ebd.). Die Gesichts- und Mundmuskulatur kann also einerseits im Hinblick auf die primären Funktionen (z.B.: Zahn- oder Kieferfehlstellung aufgrund von Zungenpressen beim Schlucken) therapiebedürftig sein. Andererseits können Aussprache und Stimmgebung durch ein muskuläres Ungleichgewicht beeinträchtigt sein und logopädische Therapie erfordern. In diesen Fällen hat Sprache eine vermittelnde Funktion und muss nicht im Mittelpunkt therapeutischer Überlegungen stehen. Braucht ein (mehrsprachiges) Kind also nur aufgrund solcher Muskelfunktionsstörungen eine Therapie, so zielen die Inhalte vordergründig auf einen Ausgleich der muskulären Verhältnisse und den Aufbau physiologischer Funktionen ab. Diese Kinder kommen also nicht unbedingt aufgrund von Sprachverständnisproblemen oder Ähnlichem zur Therapie, sondern können sprachlich normal entwickelt sein. Für Kinder und Jugendliche, die zwar keine Therapie aber Förderung brauchen, können die therapeutischen Inhalte und Gespräche so gestaltet werden, dass auch sprachliche Fähigkeiten verbessert werden. Zum Beispiel können Phasen, in denen nicht gesprochen wird (z.B.: zum Trainieren des Mundschlusses), für solche Kinder auch mit sprachlich anregenden Beschäftigungen (Hörspiel, Lesen) ausgefüllt sein, anstatt mit rein spielerischen Tätigkeiten. Wenn der/die LogopädIn zum Beispiel weiß, dass das mehrsprachige Therapiekind in der Schule (z.B.: in der DaZ-Förderung) gerade das semantische Feld Obst und Gemüse lernt, so kann das Therapiematerial sowohl bei Spielen zum Training der Zungenmuskulatur als auch beim Einüben des S-Lautes aus der Kategorie Obst oder Gemüse gewählt werden.

Unter **phonetischen Störungen** versteht man fehlende oder fehlgebildete Laute. Als Ursachen gelten die bereits erwähnten orofazialen Dysfunktionen, mangelndes Hörvermögen (peripher oder zentral-auditiv), oder falsch

erworbene Artikulationsmuster z.B.: aufgrund von Familienmitgliedern mit Artikulationsstörungen. Oft handelt es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Häufige und typische Aussprachestörungen im Deutschen betreffen die Laute [s], [z], [ʃ], [ç], [ʁ], [R]. Oftmals gehen phonetische und phonologische Störungen miteinander einher (vgl. Schwytay 2011: 108 ff.). Wie bei den orofazialen Störungen können Sprachverständnis und Kommunikationsfähigkeit bei reinen Artikulationsstörungen unbeeinträchtigt sein. Kinder, die gerade mitten im sukzessiven Zweitspracherwerb sind und eine gute Entwicklung zeigen, können dennoch beispielsweise einen Sigmatismus (S-Fehler) aufweisen. In solchen Fällen fördern LogopädInnen automatisch auch den Zweitspracherwerb, obwohl die Therapieindikation nicht durch die Zweisprachigkeit begründet ist. Wenn dieses Kind nun in der Schule eine Förderung in DaZ erhält, ist es nach Meinung der Verfasserin sinnvoll, einen Austausch zwischen Schule und Logopädie anzustreben. Denn in dem Wissen um die Förderinhalte der Schule können LogopädInnen an die semantischen Felder anknüpfen oder ähnliche syntaktische Strukturen fördern.

Phonologische Störungen hingegen beziehen sich auf das Lautsystem, welches bei den betreffenden Kindern verzögert oder abweichend entwickelt ist. Zu den Ursachen zählen wiederum Einschränkungen des Hörvermögens (peripher oder zentral-auditiv), genetische Disposition und Komplikationen vor oder während der Geburt. In vielen Fällen können die Ursachen aber nicht nachgewiesen werden (vgl. Konopatsch 2011: 114). Das Erscheinungsbild ähnelt den Aussprachestörungen, doch die Fehlbildungen können durch sogenannte phonologische Prozesse erklärt werden. Bei diesen Prozessen wird zwischen physiologischen (finden auch im normalen Erwerb bis zu gewissem Alter statt) und pathologischen (nur bei Störungen, in jedem Alter pathologisch) Prozessen. Als physiologisch gelten bis zu einem gewissen Alter zum Beispiel die glottale Ersetzung von [R] zu [h] bei **Hutsche* statt *Rutsche*, oder die Vorverlagerung des [ʃ] zu [s] bei **Sule* statt *Schule*. Hier muss in der Therapie unterschieden werden, ob das Kind die Laute wirklich nicht bilden kann (phonetische Störung) oder ob es sie im Lautsystem falsch verankert hat (phonologische Störung). Sogenannte pathologische Prozesse sind die Rückverlagerung von alveolaren Lauten [t,d] zu palatalen Lauten [k,g] bei

**Keggy* statt *Teddy* oder **Kanke* statt *Tante*, oder die Ersetzung alle Anfangslaute durch ein [h] bei **Heder* statt *Feder*, **Hange* statt *Zange* usw. Bei reinen phonologischen Verzögerungen oder Störungen ist das Lautinventar eines Kindes vollständig, deshalb müssen hier nicht die einzelnen Laute geübt, sondern deren Verwendung im Wort, ihre bedeutungsunterscheidende Funktion und die phonologische Bewusstheit trainiert werden (vgl. ebd.: 115). Häufig ist das phonologische System bei Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) mit betroffen (s. Kap. 6.1.6). Außerdem gehen phonologische Störungen mit einem erhöhten Risiko für Lese-Rechtschreib-Schwächen (LRS) einher (vgl. Schnitzler 2011: 141).

Prosodische Störungen sind Beeinträchtigungen des Erwerbs der Sprachmelodie und deuten nach jüngeren Studien auf eine Sprachentwicklungsstörung (SES) hin. Sie treten beim kindlichen Dysgrammatismus auf und können sich auf den Wortschatzerwerb und den Wortabruf auswirken (vgl. Schwytay 2011a: 124 f.).

6.1.2 Störungen des Schriftspracherwerbs

Wie bereits beschrieben, spielt die Aufmerksamkeit auf die Laut- und Silbenstruktur, sowie auf die Sprechmelodie eine wichtige Rolle für den Spracherwerb. Grundlegend dafür ist die phonologische Bewusstheit, also die Fähigkeit zur Analyse einer Sprache in ihre lautliche Struktur, indem auf die Laute getrennt von der Bedeutung des betreffenden sprachlichen Elements (Silbe, Wort, Satz) eingegangen wird. Diese Kompetenz ist bei Kindern mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) zumeist unterentwickelt und wird daher sowohl zur Diagnostik als auch zur Förderung herangezogen. Gefördert wird sie zum Beispiel durch Abzählreime, Klatschspiele, Gedichte und später das Heraushören, das Zusammenlauten und das Lokalisieren von Silben und Lauten zu bzw. in Wörtern (vgl. Schnitzler 2011: 137).

Ein erfolgreicher Schriftspracherwerb baut auf der phonologischen Bewusstheit auf. Dieser Zusammenhang ist so stark, dass anhand der phonologischen Kompetenz sogar spätere Schriftsprachkompetenzen vorhergesagt werden können (vgl. Schnitzler 2011: 140). Außerdem bestehen spezifische

Zusammenhänge zwischen schnellem Benennen und späterer Lesekompetenz, sowie zwischen der phonologischen Bewusstheit und späterer Rechtschreibkompetenzen (vgl. ebd.). Sprachvergleiche zwischen Englisch und Deutsch zeigten, dass die genannten wechselseitigen Einflüsse von phonologischer Bewusstheit und Schriftspracherwerb in alphabetischen Rechtsschreibsystemen (Orthografie) unabhängig von der Einzelsprache in verschieden starker Ausprägung bestehen. Sie sind außerdem unabhängig von Alter, sozio-ökonomischem Hintergrund, Intelligenz (!) und früher Buchstabenkenntnis (vgl. ebd.).

Das Erkennen von Kindern mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche oder -Störung ist sowohl bei ein- als auch bei mehrsprachigen Kindern von großer Bedeutung. Denn diese Schwäche wirkt sich maßgeblich auf die Schulleistungen aus. Ohne therapeutische Unterstützung bzw. zusätzlichem Üben wird nicht von einer spontanen Überwindung ausgegangen (vgl. Siegmüller & von der Heide 2011: 145 ff.).

Eine bestehende LRS kann mit standardisierten Tests erst nach der ersten Klasse Volksschule erfasst werden, davor können aber bereits Risikofaktoren erkannt werden (vgl. ebd.: 148). Wiederum wird der Austausch von Logopädie und Schule als sehr wichtig empfunden, da Informationen über schulische Leistungen in der ersten und zweiten Klasse eine bessere Prognose von Risikokindern, die Defizite in der phonologischen Bewusstheit aufweisen, erlauben.

Bei mehrsprachigen Kindern könnte die Gefahr bestehen, dass etwaige Probleme in der phonologischen Bewusstheit und infolgedessen im Schriftspracherwerb nicht als solche erkannt werden, sondern dass von einem schleppenden (sukzessiven) Zweitspracherwerb und dessen Folgeerscheinungen ausgegangen wird.

6.1.3 Störungen des Redeflusses

Zu den Redeflussstörungen gehören das Stottern und das Poltern. Die beiden sprachlichen Störungsbilder werden im Folgenden kurz erläutert.

Das **Stottern** ist ein sehr bekanntes Störungsbild, um das sich aber auch einige Gerüchte verbreitet haben. Es äußert sich als unwillkürliche Unterbrechung des Redeflusses mit den Symptomen Wiederholung, Dehnung und/ oder Blockierung von Lauten bzw. Artikulationsbewegungen. Dazu können noch Begleitsymptome (Mitbewegung von Mimik/Gestik z.B.: Gesichtsverzerrungen, Kieferschlagen, Zucken) kommen (vgl. Glück/Baumgartner 2011: 370f.), die sich ein/e Stotternde/r, vermeintlich zur Überwindung der Stotter-Ereignisse, angewöhnt hat. Laien meinen auch heutzutage noch oft, dass eine Intelligenzminderung als Ursache für das Stottern vorliege – was nach wissenschaftlichen Erkenntnissen widerlegt ist. Vielmehr wird die Störung durch genetische Veranlagung, Besonderheiten der Hirnstrukturen und sprechmotorische Funktionsstörungen bedingt (vgl. ebd.: 368f.). Das Verhalten der Eltern kann kein Stottern auslösen, aber zu hohe Erwartungshaltungen und Überforderung können die Störung verstärken. Ferner ist auch die Annahme falsch, dass Kinder das Stottern bei anderen durch Modelllernen übernehmen (können). Für die oft von Stotternden angegebenen traumatischen Ereignisse im Vorfeld des ersten Stotterns gibt es keine wissenschaftliche Erklärung. Für die Zielgruppe dieser Masterarbeit ist auch wichtig zu erwähnen, dass im Vorschulalter zwar 80 % der Kinder normale Sprechunflüssigkeiten zeigen, doch dass es in diesem Alter auch schon ein Stottern gibt. Die Symptome des Stotterns unterscheiden sich aber deutlich von den physiologischen Unflüssigkeiten. Bei 75 % aller Kinder tritt das Stottern im Alter von 2-4 Jahren erstmals auf, spätestens aber beginnt die Störung in den meisten Fällen in dem Zeitraum bis zum 12. Lebensjahr. In der Geschlechterverteilung sind männliche Stotternde eindeutig viel häufiger als weibliche (vgl. ebd.: 369). Derzeit wird angenommen, dass 75 % der Kinder das Stottern selbst überwinden, wenn Alter, Geschlecht sowie psychische, genetische und linguistische Bedingungen günstig sind. Dennoch sollte nicht einfach abgewartet werden, sondern mittels fachlicher Diagnose und Elternberatung entschieden werden, ob ein Kind in seiner Kommunikation soweit eingeschränkt ist, dass eine Therapie indiziert ist.

Bei sehr jungen Kindern (2-4Jahre), die noch kein Störungsbewusstsein zeigen, können auch eine Beratung und ein Training der Eltern zum Erfolg führen (vgl. ebd.: 375).

Unter **Poltern** wird sehr schnelles, überhastetes und undeutliches Sprechen mit lautlichen Veränderungen (Auslassungen, Verschmelzungen...) verstanden. Da die Betroffenen oft einen geringen oder gar keine Leidensdruck verspüren, gibt es zu diesem Thema wenige therapeutische und wissenschaftliche Studien (vgl. Pahn 2011: 382). Wichtig ist die Differenzierung zu normalen Unflüssigkeiten, schnellem Sprechen und anderen Störungsbildern (Stottern, Aussprachestörungen, Sprachentwicklungsdefizite, neurologische Störungen) (vgl. ebd.: 384).

Stottern oder Poltern können sowohl bei ein- als auch bei mehrsprachigen Kindern auftreten und werden in der Literatur nicht gesondert in Zusammenhang gebracht.

6.1.4 Erworbene Sprachstörungen, Störungen der Stimme und des Schluckens

Da die erworbenen (neurologischen) Sprachstörungen und Probleme mit den Primärfunktionen Stimmgebung und Schlucken bei der Zielgruppe in den wenigsten Fällen im Vordergrund stehen, werden sie hier zwar angeführt, aber nicht näher erläutert. Zum Nachlesen dieser Störungen empfiehlt sich der Leitfaden „Sprache Sprechen Stimme Schlucken“ von Siegmüller und Bartels (2011).

6.1.5 Hörstörungen und zentral-auditive Verarbeitungsstörungen

Unter die sogenannten „eingebetteten Sprachentwicklungsstörungen“ gliedern Siegmüller und Bartels (vgl. 2011: 151) die Hörstörungen, zentral-auditive Verarbeitungsstörungen, Sprachentwicklung bei Blindheit, Sprachentwicklung bei geistiger Behinderung, genetische Syndrome, Mutismus, Autismus und das fötale Alkoholsyndrom. Alle diese Bereiche haben ihre Berechtigung und sind im Bezug auf Mehrsprachigkeit ebenso wie bei monolingualen Kindern zu

beachten. Folgende Beschreibungen beschränken sich aber auf die Störungen des Hörens und der Hörverarbeitung.

Hörstörungen können sich bei Kindern ganz unterschiedlich äußern bzw. entstehen. Eines von hundert Kindern wird mit einer Hörstörung geboren, wobei die Prävalenz bei hochgradigen angeborenen Hörstörungen bei 1‰ liegt. Hörstörungen im Jugendalter kommen bei 2 % vor (vgl. Fellingner 2011: 152). Wenn hörgeschädigte Kinder zusätzlich in ihrer Gesamtentwicklung und stark in ihrer Sprachentwicklung beeinträchtigt oder verzögert sind, werden sie in einer Spezialeinrichtung für Hörgeschädigte beschult (vgl. ebd.: 158). Da das Verstehen bei Menschen mit Hörbeeinträchtigung oftmals Blickkontakt erfordert ist, ein beiläufiges Mithören in Gesellschaft nicht immer möglich. Daraus folgt, dass Kinder mit Hörschädigungen besondere Zuwendung brauchen, um ihren Wortschatz und ihr Weltwissen erweitern zu können. Diese Kinder geraten oft in missverständliche oder frustrierende Verständigungssituationen und müssen sich oft sehr anstrengen um Informationen zu gewinnen (vgl. ebd.: 156 ff.). Man stelle sich nun ein zwei- oder mehrsprachiges Kind vor, das im Kindergarten mit einem sukzessiven Deutscherwerb beginnt und zusätzlich eine Hörbeeinträchtigung hat. Ein solches Kind ist zumindest vor einige Herausforderungen gestellt, auch wenn es diese möglicherweise bravourös meistert. Nach der Versorgung mit Hörgeräten oder Hörprothesen brauchen Kinder mit mittelgradigen bis schweren Hörschädigungen häufig ein therapeutisches Hörtraining, in dem sie auf gezieltes Hinhören vorbereitet werden. Befindet sich so ein Kind zusätzlich im sukzessiven Zweitspracherwerb, so steht meist die Arbeit an Sprachverständnis, Wortschatz und Grammatik im Mittelpunkt der Therapie.

Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen stehen in einem oft beobachteten Zusammenhang mit Sprachentwicklungsstörungen, wobei nicht geklärt ist, ob es sich dabei um die Ursache oder ein Symptom handelt (vgl. Lauer 2011: 165). Tatsache ist, dass die zentrale Hörverarbeitung, also die Verarbeitung gehörter Stimuli im Gehirn, die Ausbildung der phonologischen Bewusstheit (s. Kap. 6.1.2) beeinflusst. Somit handelt es sich hier um ein wichtiges Fundament für die Sprachentwicklung und in weiterer Folge für den Schriftspracherwerb (vgl. ebd.: 161).

6.1.6 Sprachentwicklungsstörungen

Der Begriff „Sprachentwicklungsstörung“, abgekürzt SES, kann alle sprachlichen Ebenen (Phonetik/Phonologie, Semantik/Lexikon, Morphologie/Syntax, Pragmatik, Textebene) sowie die Kommunikation im Allgemeinen beeinträchtigen. In diesem Kapitel soll ein Überblick über dieses komplexe Störungsbild gegeben werden. Es wird zwischen Sprachentwicklungsstörungen unterschieden, die aufgrund von zugrundeliegenden Erkrankungen auftreten (bei organischen, kognitiven oder emotionalen Schädigungen) und solchen, die unabhängig von irgendwelchen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen auftreten. Letztere werden als „Spezifische Sprachentwicklungsstörung“ (SSES) oder (engl.) „specific language impairment“ (SLI) bezeichnet.

Typisch für die SSES ist ein verspäteter Sprachbeginn (Late Talker), und ein verzögerter Sprach- und Lexikonerwerb (vgl. Siegmüller 2011: 54). Kauschke und Siegmüller (2010, zit. n. ebd.: 55) unterteilen folgende Ebenen, auf denen sich eine SSES auswirken kann:

- Symptomatik auf der phonologischen und phonetischen Ebene: Störung der Aussprache (s. Kap. 6.1.1),
- Symptomatik auf der semantischen und lexikalischen Ebene: Störung der Semantik und des Wortschatzes,
- Symptomatik auf der syntaktischen und morphologischen Ebene: Störung der Grammatik.

In vielen Fällen sind die sprachlichen Probleme auf mehreren Ebenen zugleich manifest. Das heißt, die betroffenen Kinder zeigen häufig Unsicherheiten in der Aussprache, haben einen verringerten Wortschatz und weisen in unterschiedlichem Ausmaß Probleme im Erwerb der Grammatik auf (vgl. Siegmüller 2011: 54).

Die meisten Kinder, bei denen eine SSES diagnostiziert wird, haben im Alter von zwei Jahren weniger als 50 Wörter produziert und zählen somit zur Gruppe der „Late Talker“ (vgl. Kauschke 2011: 56). Wenn Kinder also spät zu sprechen beginnen oder wenige Worte sprechen, ist das oft ein erster Hinweis auf eine

mögliche SSES. Ein Drittel der sogenannten Late Talker holt die Rückstände aber bis zum dritten Geburtstag auf und durchläuft danach eine unauffällige Sprachentwicklung. Diejenigen, die bis zum dritten Geburtstag nicht aufholen, können meist bis ins Vorschul- und Schulalter sprachliche Symptome aufweisen. Diese gehen nicht selten mit Problemen im Schriftspracherwerb (s. Kap. 6.1.2) und infolgedessen erschwertem schulischen Wissenserwerb, sowie auffälligem sozialen Verhalten aufgrund von gehäuften negativen Kommunikationserfahrungen einher (vgl. ebd.: 57f.).

Chilla et al. (vgl. 2010: 85f.) fassen Erkenntnisse zur grammatischen SSES (Grammatical SLI, Morphological-Syntactic Deficit Syndrome) in der Forschung vieler Sprachen zusammen. Die Ergebnisse internationaler Studien weisen darauf hin, dass die G-SSES in jeder Sprache andere Bereiche der Grammatik betrifft.

- Monolinguale Kinder mit SSES im Englischen: Tempus
- Monolinguale Kinder mit SSES im Französischen und Griechischen: Klitika
- Monolinguale Kinder mit SSES im Kantonesischen: Aspektmarker.
- Monolinguale Kinder mit SSES im Deutschen: Die Kinder haben Probleme, das Paradigma der Verbflexion aufzubauen, und die Subjekt-Verb-Kongruenz herzustellen. Sätze mit finiten Verben in Verb-Endstellung werden häufiger und längere Zeit produziert. Auch noch mit vier bis fünf Jahren werden nur kurze Sätze (Zweiwort, Dreiwort) mit Stammformen oder Infinitiven in Endstellung gesprochen.

6.2 Spezifische Sprachentwicklungsstörungen bei sukzessiver Mehrsprachigkeit

Die spezifische Sprachentwicklungsstörung ist im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit ein sehr bedeutungsvolles Gebiet aktueller Forschung und wissenschaftlicher Diskussionen. Viele TherapeutInnen stehen täglich vor der Herausforderung der diagnostischen Entscheidung, ob eine SSES oder vorübergehende sprachliche Normabweichungen aufgrund von sukzessivem Zweitspracherwerb bei einem mehrsprachigen Kind vorliegen. In der Therapie

selbst spielen Elternberatung, und auch die Abgrenzung zur Förderung eine Rolle.

Chilla et al. (2010) merken an, dass es noch nicht geklärt ist, wie sich Mehrsprachigkeit und SSES bedingen und beeinflussen. Die Autorinnen stellen drei denkbare Hypothesen dar:

1. Hypothese: Die Spracherwerbsstörung prägt sich bei mehrsprachigen Kindern mit SSES in beiden Sprachen stärker aus als bei monolingualen, da eine Doppelbelastung (Mehrsprachigkeit und SSES) vorliegt.
2. Hypothese: Die Spracherwerbsstörung prägt sich bei mehrsprachigen Kindern mit SSES in beiden Sprachen weniger aus als bei monolingualen, da Strategien aus dem mehrsprachigen Erwerb auch für den Spracherwerb mit SSES genutzt werden können.
3. Hypothese: Die Spracherwerbsstörung prägt sich bei mehrsprachigen Kindern mit SSES in beiden Sprachen genau gleich aus wie bei monolingualen Kindern mit SSES. Es wird derzeit vermutet, dass simultan-zweisprachige Kinder oder sukzessiv-zweisprachige mit frühem Zweitspracherwerb dieselben Meilensteine der Grammatikentwicklung durchlaufen wie monolinguale Kinder. Demnach würden diese Kinder bei Vorliegen einer SSES für jede Sprache die typischen Symptome bzw. Ausprägungen der Störung aufweisen (vgl. Chilla et al. 2010: 88).

Die Autorinnen schließen aus Studien zu simultan-bilingualen Kindern mit SSES, dass die grammatischen Auffälligkeiten bei mehrsprachigen und monolingualen betroffenen Kindern in einer Sprache dieselben sind (vgl. Chilla et al. 2010: 88).

Ausgehend von Studien zum sukzessiv-bilingualen Erwerb unter der Bedingung einer SSES halten Chilla et al. (vgl. 2010: 91) fest, dass der Zweitspracherwerb keine zusätzliche Schwierigkeit für Kinder mit SSES bedeutet, solange er möglichst früh beginnt und dem Erstspracherwerb ähnlich ist. Es wird betont, dass mehrsprachige Kinder mit SSES den einsprachigen Kindern mit SSES sogar in manchen Grammatikbereichen überlegen sind (vgl. ebd).

6.2.1 Schwierigkeiten der Diagnostik

Mehrsprachige ebenso wie einsprachige Kinder können sprachliche Entwicklungsstörungen zeigen, die logopädische Therapie erfordern. Von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung sind 3 bis 10 % aller, also auch mehrsprachiger, Kinder betroffen (vgl. Chilla 2011: 98). In den Medien werden die sprachlichen Defizite derzeit oft aufgeputscht, mit erschreckenden Zahlen wie zum Beispiel, dass 50 % aller mehrsprachigen Kinder eine Sprachstörung aufweisen. Dabei wird vielen Kindern eine Sprachstörung zugeschrieben, weil unter diesem Begriff alle Abweichungen von der monolingualen Norm verstanden werden. Zwischen sukzessiv-mehrsprachigem Spracherwerb und einer Sprachstörung muss aber dringend unterschieden werden, denn ein Vergleich mit einsprachig aufwachsenden Kindern hat schon in älteren Studien zu irreführenden Ergebnissen geführt (vgl. Chilla et al.: 71). Von mehrsprachigen Kindern kann und darf nicht erwartet werden, dass sie in jeder Sprache gleich gut sind, da dies zur Fehldiagnose einer Sprachentwicklungsstörung führen kann (vgl. Prelock et al. 2008: 137):

„What is clear is that equivalent proficiency in each language should not be expected or assumed as this has the potential to lead to misidentification of a speech and language impairment (Prelock et al. 2008: 137)“.

Die Schwierigkeit in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder mit Sprachauffälligkeiten ist demnach, herauszufinden, inwiefern es sich „nur“ um einen sukzessiven Zweitspracherwerb handelt, der an sich keiner Therapie sondern schulischer Förderung bedarf. Denn die SSES ist eine „genuine Sprachstörung“, die in allen Sprachen eines Kindes ausgeprägt sein muss (vgl. Chilla 2011: 98). Jedoch sind Sprachstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit schwierig zu diagnostizieren, da nicht einmal für die ungestörte mehrsprachige Entwicklung genügend Wissen vorhanden ist. Der frühe Zweitspracherwerb ist bisher weit weniger erforscht als der monolinguale und der doppelte Erstspracherwerb (vgl. Tracy 2008: 22). Viele der typischen Merkmale (z.B.: Abweichungen in der Grammatik) einer SSES sind auch für den kindlichen Zweitspracherwerb charakteristisch. Während bei monolingualen

Kindern Normwerte und standardisierte Tests herangezogen werden können, fehlen laut Chilla et al. (2010: 112) diese Verfahren für mehrsprachige Kinder in der Migration. Als typisches Beispiel beschreiben die Autorinnen diagnostische Schwierigkeiten im Hinblick auf die Spezifische Spracherwerbsstörung (SSES) bei türkisch-deutschen Kindern (ebd.). Die SSES liegt dem Spracherwerb zugrunde und ist nicht (nur) auf äußere Faktoren zurückzuführen. Einerseits kann der Vergleich mehrsprachig aufwachsender Kinder mit Monolingualen im gleichen Alter zur Fehldiagnose „Spracherwerbsstörung“ führen (vgl. Chilla et al. 112, Tracy 2008: 22). Andererseits ist es laut Rothweiler (2007 zit. n. Chilla et al. 2010: 112) auch möglich, dass im sukzessiv-bilingualen Grammatikerwerb ähnliche Phänomene auftreten wie bei einer SSES, und dass Symptome einer Sprachstörung dadurch als typische Merkmale eines Zweitspracherwerbs gedeutet werden. Dadurch würden Kinder übersehen werden und zu spät zur Therapie zugewiesen werden (Moser 2007 zit. n. Chilla et al. 2010: 112).

Zudem kommt für monolinguale TherapeutInnen erschwerend hinzu, dass sie die Erstsprache(n) der Kinder nicht selbst überprüfen können und daher auf Angehörige oder Dolmetscher angewiesen sind (vgl. Chilla 2011: 98). Dennoch ist es sehr wichtig, dass die Sprachdiagnostik von allen Sprachen eines Kindes getrennte Profile ergibt. Denn die Erst- und Zweitsprachen können zu unterschiedlichen biografischen Zeitpunkten unterschiedliche kommunikative Zwecke erfüllen und demnach kann die Dominanz einer Sprache zu- oder auch abnehmen (vgl. Reich 2007: 133f., 145).

6.2.2 Empfehlungen für die Diagnostik

Eine SSES betrifft immer alle Sprachen des Kindes, und kann daher nicht auftreten, wenn der Erwerb in einer Sprache (häufig der Erstsprache) unauffällig ist. Außerdem ist das Erwerbssalter unbedingt zu beachten: Beginnt der Erwerb der Zweitsprache innerhalb der ersten vier Lebensjahre, kann er wie bei der Erstsprache verlaufen. Nach dem optimalen Alter können Erwerbsschritte auftreten, die den sprachlichen Abweichungen monolingualer Kinder mit SSES sowie auch dem Zweitspracherwerb bei Erwachsenen ähnlich sind. In solchen Fällen könnte fälschlicherweise eine SSES diagnostiziert werden (Chilla 2008 zit. n. Chilla et al. 2010: 113).

Umfassende Diagnostik

In der Literatur, vor allem der Sprachheilpädagogik, wird besonders für mehrsprachige Kinder eine Diagnostik gefordert, die alle Umstände und Einflussfaktoren, unter denen das jeweilige Kind aufwächst und mehrere Sprachen erwirbt, mit einbezieht (vgl. Chilla et al. 2010: 109, Kracht 2000). Dafür muss die individuelle Situation jedes einzelnen Kindes im Mittelpunkt der Diagnostik stehen (vgl. Kracht 2000: 395 ff.). Für eine sprachpädagogische Diagnostik sind drei Ebenen wichtig: Zum einen müssen alle Entwicklungsbedingungen der sprachlichen Handlungsfähigkeit des Kindes rekonstruiert werden. Zum anderen sind die aktuellen Spracherfahrungen, welche das Kind in seiner Lebenswelt (auch in Schule/ Kindergarten) macht, zu erschließen. Schlussendlich sollte das vom Kind verwendete Sprachsystem mit dessen Regeln auf allen sprachlichen Ebenen (Phonologie/ Phonetik, Morphologie, Syntax, Lexikon, Semantik, Pragmatik) beschrieben werden (vgl. Kracht 2000). Damit eine Logopädin nicht nur von einem Screening und somit von einer Momentaufnahme (vgl. Chilla et al. 2010: 101) ausgehen muss, sollten auch mit den PädagogInnen Informationen ausgetauscht werden. Diese können ergänzend zum Elterngespräch Aufschluss über die Lernerfahrungen und Sprachfördermaßnahmen (Quantität und Qualität) in Kindergarten und Schule geben (vgl. ebd.: 108).

Der diagnostische Prozess erfordert also eine „*interdisziplinäre*“ Ausrichtung (vgl. Chilla et al. 2010: 112), denn nur durch die Kombination aller Informationen zur sprachlichen Handlungsfähigkeit des mehrsprachigen Kindes kann eine Spracherwerbsstörung diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Chilla et al. sprechen sogar von der „*Rekonstruktion der individuellen Sprachbiografie*“ (ebd.: 101), da Erhebungsinstrumente zur Sprachstandsmessung zumeist an monolingualen Werten ausgerichtet sind.

Es ist ferner zu beachten, dass für die Bewertung einer Migrantensprache die Veränderungen zu kennen sind, die diese Sprache durch die Migration durchlaufen hat. Zum Beispiel gleicht das „Immigrant Turkish“ (engl.) nicht dem Standardtürkisch, da das Türkische in der Migration durch den Kontakt mit dem Deutschen Veränderungen erfahren hat. Eine Testung eines türkischsprachigen Kindes mit Migrationshintergrund könnte Hinweise auf sprachliche Probleme

ergeben, wenn das Standardtürkisch als Norm herangezogen wird (Chilla & Barbur 2010, zit. n. Chilla et al. 2010: 103). Tracy schreibt außerdem, dass Altersangaben für die „normale“ Entwicklung kein verlässlicher Anhaltspunkt sind, denn im Zweitspracherwerb müssen sowohl Kontaktzeit als auch Intensität des Kontaktes miteinbezogen werden (vgl. Tracy 2008: 22). Zudem merkt Reich an, dass es die „richtige“ Norm nicht geben kann, da die Verwendungszwecke (Schule, Therapie, Studien) unterschiedlich sind, und die kindlichen kommunikativen Bedürfnisse und Fähigkeiten auch nach der Verwendung (Testsituation oder persönliche Mitteilung) variieren. Reich fordert deshalb eine ausdrückliche Erklärung und Ausweisung der verwendeten Normwerte und Rangskalen einer Testung (vgl. Reich 2007: 152).

Im engen Zusammenhang mit der Diagnostik steht natürlich die ärztliche Verordnung von logopädischer Therapie, die im nächsten Kapitel kurz besprochen wird.

6.3 Verordnungssituation

Für das Förderschulsystem (in Deutschland) erkennen Subellok et al. (2013: 151) gewisse Mängel in der Zuweisungssituation. Ist die sprachdiagnostische Grundlage unsicher (Sprachstörung oder verzögerter DaZ-Erwerb?), so vermuten die AutorInnen, dass die Anerkennung des sprachlichen Förderbedarfes bei mehrsprachigen Kindern „*zurückhaltender als bei einsprachigen Kindern*“ (Subellok et al. 2013: 151) erfolge. Dadurch könnten viele mehrsprachige Kinder, deren Sprach(entwicklungs)störung unentdeckt bleibt, unterversorgt bleiben (vgl. ebd.: 151). Auch Kracht (vgl. 2000: 20f.) weist mit Bezug auf zwei Studien auf die Gefahr hin, dass mehrsprachige Kinder wegen Unsicherheit der Mediziner seltener zur Therapie zugewiesen werden.

Sebnem Kreutzmann (2009) stellt, einschlägige Literatur zusammenfassend, fest, dass der Zugang von MigrantInnen zur sprachtherapeutischen Versorgung im Vergleich zur „*deutschen Mehrheitsbevölkerung*“ (ebd.: 19) schlechter ist. Die Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund sei unzureichend, da die TherapeutInnen in der Ausbildung zu wenig auf dieses Klientel und die

zusätzlichen Anforderungen für Anamnese, Diagnostik und Therapie vorbereitet werden (vgl. Kreuzmann 2009: 17).

So wie es bei den MedizinerInnen Bedenken bei der Zuweisung zur Logopädie geben kann, könnten auch bei LogopädInnen Unsicherheiten in der Betreuung mehrsprachiger Kinder vorkommen. Dieses Thema wird im nächsten Abschnitt kurz angesprochen.

6.4 Anforderungen an LogopädInnen

Nicht nur Diagnostik und Therapieplanung sind eine Herausforderung, sondern auch die Beratung von Eltern mehrsprachiger Kinder kann erschwert sein, wenn zum Beispiel der/die TherapeutIn und die Eltern nicht die gleiche Sprache sprechen.

Kracht warnt ferner davor, dass mehrsprachige Kinder zu „Problemkindern“ (Kracht 2000: 22) werden könnten, wenn die Fachpersonen für Förderung und Therapie unsicher und handlungsunfähig sind. Fortbildungen und Zusatzqualifikationen sind daher für den Umgang mit zweisprachigen Kindern eine wichtige Voraussetzung (vgl. Kracht 2000: 22).

Als Schlussfolgerung aus diesem Kapitel ergibt sich die Einsicht, dass das Thema Mehrsprachigkeit in der Logopädie ein hochaktuelles ist, und dass vor allem in der Diagnostik immer wieder Hindernisse auftauchen können. Eine mögliche Unterstützung und ein Weg zu mehr Informationen, die eine Einschätzung der sprachlichen Kompetenzen erleichtern, könnte der interprofessionelle Austausch mit schulischen BetreuerInnen und mit DaZ-Lehrenden im Speziellen darstellen. Als nächster Schritt wird deshalb die grundsätzliche Ausrichtung zur Interdisziplinarität oder Interprofessionalität der Logopädie erörtert.

7 Anspruch der „Interdisziplinarität“ in der Logopädie

In den folgenden Ausführungen, sowie im Titel, dieses Kapitels kommt der Begriff „Interdisziplinarität“ in gehäufte Form vor. Dazu führte die frequente Verwendung des Terminus in der zitierten Literatur. Es ist jedoch anzumerken, dass in den meisten Fällen die Zusammenarbeit nicht vordergründig im wissenschaftlichen, sondern im praktischen Bereich (Interprofessionalität) gemeint ist. Wie es mit der Interdisziplinarität/Interprofessionalität im Arbeitsfeld der Logopädie aussieht oder aussehen könnte/sollte, wird im Folgenden erörtert.

Als eine Wissenschaft, die auf verschiedene Disziplinen (Linguistik, Psychologie, Medizin, Soziologie, Pädagogik) als Grundlagenfächer aufbaut, ist die Sprachtherapie/ Logopädie *„grundsätzlich auf Interdisziplinarität angelegt“* (Grohnfeldt & Ritterfeld 2005: 24). Dies ist eine grundsätzliche Meinung, welche sich in vielen Quellen wiederfindet, so auch bei Iris Eicher, welche die Interdisziplinarität als einen wichtigen Teil des sprachtherapeutischen Selbstverständnisses näher beleuchtet (vgl. Eicher 2009: 32). In einem internationalen Vergleich berichten auch Grohnfeldt und Romonath (vgl. 2005: 261), dass die *„Notwendigkeit einer interdisziplinären Bezugnahme“* (ebd.) im Selbstverständnis der SprachtherapeutInnen hervorgehoben wird, obwohl ansonsten unterschiedliche Entwicklungstendenzen überwiegen.

Die Interdisziplinarität der Logopädie beginnt bereits beim Wissenserwerb aus den verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Linguistik, Phonetik, Kommunikationswissenschaft während der Ausbildung.

„Eine Grundkompetenz während des Studiums sollte sein, sich immer wieder die Brücken in andere Bereiche zu öffnen, um Wissenslücken zu schließen. Das Erkennen der fachlichen Grenze ist jedoch genau so wichtig wie das lebenslange Bemühen um Wissenserweiterung“ (Eicher 2009: 32).

Im Berufsalltag sieht Eicher (vgl. ebd.: 33) den Austausch mit anderen „Fachdisziplinen“ als grundlegend.⁶ Probleme werden dadurch aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und so kann der geeignetste Ansatz für die Therapie eines bestimmten Patienten leichter gefunden werden (vgl. ebd.). Den interdisziplinären Kern des sprachtherapeutischen Selbstverständnisses betont Eicher (vgl. ebd.) weiter, indem sie zum Beispiel für die Therapie einer morphologisch-syntaktischen Störung beschreibt, wie wichtig ein schneller Wechsel zwischen linguistischem Denken, psychologischem Einfühlungsvermögen und pädagogischem Förderansatz ist (vgl. ebd.).

Im Kapitel über Diagnostik widmet Eicher (2009: 55) der interdisziplinären Abklärung ein eigenes Unterkapitel. Sie schreibt dem „*interdisziplinären Austausch*“⁷ der Fachpersonen im Diagnostikprozess große Bedeutung zu, um die diagnostischen Daten besser zu verstehen. Eicher sieht darin sogar eine Voraussetzung für die Therapieplanung und gibt beispielhaft die Stimmtherapie an, wo sich LogopädInnen mit HNO-ÄrztInnen austauschen, um ihre Beobachtungen anhand der phoniatischen Diagnose besser einordnen zu können (vgl. ebd.). Bei der Therapie neurologischer Störungen, nach Tumorerkrankungen oder in der Dysphagietherapie (Schlucktherapie) im Krankenhaus, ist ein interdisziplinäres Team unabdingbar (vgl. ebd.: 56). Für Eicher ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen, Fachtherapeuten, Pflegekräften, Eltern, Angehörigen und Pädagogen ein wichtiges Prüfmittel der Daten aus der Sprachdiagnostik, „*um nicht mit eingeschränktem Blickfeld einen Therapiebeschluss zu fassen, der anderen Gutachten und Maßnahmen widerspricht*“ (ebd. 57).

Im Bereich der Frühförderung bei Kindern mit Behinderungen ist „Interdisziplinarität“ längst ein Grundprinzip, das auch in der Bezeichnung „Interdisziplinäre Frühförderung“ kundgetan wird. Behringer und Höfer (vgl. 2005) fordern eine Diagnostik, welche das kindliche Verhalten und seine Umweltbedingungen ganzheitlich betrachtet, um günstige und schwierige

⁶Hier wird angemerkt, dass die Autorin vermutlich den Austausch mit anderen Professionen meinte, da sich die „Disziplinen“ auf den Bereich der Forschung und nicht auf den Berufsalltag beziehen (s. Kap. 4.1).

⁷ Im Begriffsverständnis dieser Arbeit wäre „interprofessioneller Austausch“ treffender (s. Kap. 4.1).

Teilaspekte der Entwicklung eines Kindes zu erkennen. Für eine derartige Beobachtung brauche es Zeit und einen Blick aus verschiedenen fachlichen Richtungen. Aber auch für die Förderung bzw. Therapie brauchen die handelnden Fachkräfte nicht nur ihre spezifischen Kompetenzen, sondern auch Wissen, das über ihre Disziplin hinausgeht. Daraus schließen die AutorInnen, dass es sowohl in Diagnostik als auch in Therapie eine intensive Zusammenarbeit der agierenden Disziplinen braucht. Außerdem werden die Eltern in der Frühförderung aktiv mit einbezogen und als weitere kompetente Partner für die Zusammenarbeit gesehen (vgl. Behringer & Höfer 2005: 14f.).

Im Bezug auf die Sprachförderung bei mehrsprachigen Kindern meint Welling (vgl. 2007), dass die Entscheidung über das Setting und die allgemeine Form der Frühförderung auf jedes Kind individuell zugeschnitten sein soll, und dass auch Absprachen mit LogopädInnen mit einfließen können: *„Die Entscheidung ist in jedem Fall zu begründen, sie hängt ab von der Persönlichkeit des Kindes, von der Art der Förderthematik, vom Gegenstand der Förderung (Inhalt und Zielsetzungen), auch von der Art der interdisziplinären und interprofessionellen Absprachen, die gegebenenfalls mit den anderen Fachkräften (etwa auch mit Logopäden [sic] in der Einrichtung) getroffen werden (müssen)“* (Welling 2007: 9).

Auch Chilla et al. (vgl. 2010: 112) betonen, dass der *„diagnostische Prozess interdisziplinär ausgerichtet sein [muss]“* (ebd.). Denn nur durch die Kombination aller Informationen zur sprachlichen Handlungsfähigkeit des mehrsprachigen Kindes kann eine Spracherwerbsstörung diagnostiziert oder ausgeschlossen werden (vgl. ebd.).

Der österreichische Berufsverband der LogopädInnen zählt Interdisziplinarität ebenfalls zu den Grundprinzipien: *„[...] Erforderlichenfalls liegt es in unserer Verantwortung, andere Berufsgruppen beizuziehen und interdisziplinär zusammenzuarbeiten“* (Logopädieaustria 2008: 1).

Obwohl in diesem Kapitel gezeigt werden konnte, dass ein Konsens über die Notwendigkeit der Interprofessionalität herrscht, sieht die Praxis oft anders aus (vgl. Behringer & Höfer 2005: 10). In der Literatur finden sich wenige konkrete Nennungen oder Beispiele von interprofessionellen Vernetzungen oder

Kooperationen. Am ehesten werden Kooperationen mit ÄrztInnen genannt, doch für den Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden liegt (den Recherchen dieser Masterarbeit zufolge) keine einschlägige Literatur vor.

8 Schulische Sprachförderung und Logopädie

In den bisherigen Kapiteln wurden die Schwierigkeiten in der logopädischen Diagnostik mehrsprachiger Kinder dargestellt und das Prinzip der Interprofessionalität beschrieben. Der Austausch von LogopädInnen und PädagogInnen wird als ein möglicher Lösungsweg der diagnostischen Probleme und als wertvolle Unterstützung der individuellen Therapieplanung gesehen. Nun stellt sich die Frage, wie denn die aktuelle Sprachfördersituation an Schulen aussieht. Bevor das Ideal eines interprofessionellen Austausches zwischen LogopädInnen und den Sprachförderpersonen in der Schule näher beschrieben wird, gibt dieses Kapitel einen Überblick über die schulischen Fördermaßnahmen für Kinder mit Sprachstörungen im In- und Ausland.

8.1 Sprachförderung an Schulen

In Österreich ist die Sprachförderung an Schulen ohne die Einbindung von LogopädInnen organisiert. Bei außerordentlichen SchülerInnen mit Schwierigkeiten in der Unterrichtssprache Deutsch sind bis zu zwölf Stunden Deutsch-als-Zweitsprache-Förderung vorgesehen (s. Kap. 5.1). Kinder mit ordentlichem Status und Problemen in der Zweitsprache Deutsch bekommen bis zu fünf Stunden Förderung (s. Kap. 5.1). Zusätzlich ist es möglich, herkunftssprachlichen Unterricht anzubieten (s. Kap. 5.4). Handelt es sich um Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen, so werden die Kinder einem/r SprachheillehrerIn zugeteilt (s. Kap.8.1.1). Für letzteren Bereich sind auch LogopädInnen, allerdings im außerschulischen Bereich, zuständig. Im Folgenden wird ein erster Exkurs zum Vergleich von Sprachheilpädagogik und Logopädie gemacht. Dieser dient dazu, den zweiten Exkurs, nämlich jenen zur Situation im Ausland, zu verstehen. Denn die Zusammenarbeit von Logopädie und Schule ist in vielen Ländern unabdingbar und LogopädInnen arbeiten dort auch an Schulen, da sie die einzige Gruppe der Sprachtherapeuten sind.

8.1.1 Exkurs Sprachheilpädagogik in Österreich

In österreichischen Schulen finden sich neben den Klassenlehrenden und den Lehrpersonen für DaZ auch sogenannte „SprachheilpädagogInnen“ oder SprachheillehrerInnen, die Sprachförderkurse im schulischen Kontext anbieten. Da Angehörige dieser Profession teilweise mit den gleichen Kindern arbeiten wie die LogopädInnen und da sie gerade im schulischen Bereich die ersten Ansprechpersonen für Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten sind, soll dieser Beruf hier kurz beschrieben werden, um eine Abgrenzung zur Logopädie (und zur DaZ-Förderung) zu ermöglichen.

Die Konzeption der Sprachheilpädagogik ist in Deutschland eine andere als in Österreich, obwohl beide Länder auf eine lange Tradition der sprachheilpädagogischen Betätigung zurückblicken können. Aus Sicht dieser Masterarbeit ist nur die Beschreibung der österreichischen Situation notwendig.

Die gemeinsamen Wurzeln der verwandten Professionen der SprachheilpädagogInnen und der LogopädInnen finden sich in der ehemals sogenannten „Taubstummepädagogik“ und der Medizin. Blickt man auf die Geschichte zurück, so gab es hoffnungsvolle Entwicklungen und ein Streben nach Eigenständigkeit der beiden Disziplinen bis 1933. Was im Zweiten Weltkrieg zunichte gemacht wurde, musste nach 1945 wieder mühevoll aufgebaut werden. Seither konnten sich beide Professionen etablieren (vgl. Braun & Macha-Krau 2005: 78). Hier muss hinzugefügt werden, dass die Sprachheilpädagogik und Logopädie zwar so wie in Deutschland aus den gleichen Wurzeln entstanden sind, aber dass die professionelle Weiterentwicklung in Österreich nicht parallel blieb. Denn in Österreich wurde die Logopädie als medizinischer Hilfsberuf (vgl. Grohnfeldt & Ritterfeld 2005: 27) von Emil Fröschels gegründet, der aufgrund seiner jüdischen Herkunft in die USA emigrieren musste und dort sein Werk fortsetzte. Die ersten Logopädieschulen waren zweijährig und wurden später durch die dreijährigen Akademien abgelöst. Seit 2006 ist die Ausbildung auf Fachhochschulniveau und es gibt auch Masterstudien, die in Österreich angeboten werden. Die Wurzeln der ehemaligen „Taubstummepädagogik“ sind im Aufgabenfeld der LogopädInnen übrigens noch immer zu finden, denn LogopädInnen in

Österreich sind für die Durchführung von Hörtests in Kliniken und für die Therapie bei Hörschädigungen zuständig (vgl. www.logopaediaustria.at).

Arbeitsfeld von SprachheilpädagogInnen und LogopädInnen

Das heutige Arbeitsgebiet der österreichischen SprachheilpädagogInnen inkludiert die Förderung in speziellen Sprachheil- und Integrationsklassen und im Rahmen von Sprachheilkursen in Volks- und Sonderschulen. Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf den schulischen Bereich (Pflichtschule), weshalb auch meist von *SprachheillehrerInnen* gesprochen wird (vgl. Rosenberger 2007: 153). Laut den Befragungsergebnissen einer unveröffentlichten Studie an der Universität Wien, finden zum Beispiel in Niederösterreich die Sprachheilkurse außerhalb der Klasse im Rahmen von wöchentlichen Kleingruppensitzungen mit einer Dauer von meist 20 Minuten statt (vgl. Latour 2012: 93). Obwohl vom niederösterreichischen Landesrat zu zweimal wöchentlicher Förderung geraten wird, sieht die Ressourcenverteilung und somit die praktische Durchführung anders aus (vgl. Latour 2012: 132). Gerade angesichts der in der Praxis so kurzen und niederfrequenten Förderung ist, nach Meinung der Verfasserin, ein Austausch mit den LogopädInnen parallel betreuter Kinder sinnvoll. Dieser hat einen Nutzen für beide Seiten – die Sprachheillehrenden können von den Erfahrungen der LogopädInnen in der Einzelsitzung und von den Ergebnissen zeitlich aufwändigerer Diagnostikverfahren profitieren, und die LogopädInnen erhalten Hinweise auf das Gruppenverhalten und andere schulische Bedingungen der Kinder.

Im Vergleich zur Situation in Österreich sind SprachheilpädagogInnen in Deutschland (mit anderem Ausbildungshintergrund) sowohl in Schule als auch in Kliniken und freier Praxis zu finden und therapieren alle Altersstufen und sprachlichen Störungsbilder (vgl. Rosenberger 2007: 153). Österreichische LogopädInnen arbeiten vergleichsweise nur außerhalb der Schule, in Kliniken, Ambulatorien, oder freiberuflich. Als eine Folge der historischen Entwicklung des „medizinischen Hilfs- und Heilberufes“ Logopädie ist die intensive Zusammenarbeit mit Ärzten und medizinischem Personal und die Notwendigkeit ärztlicher Verordnung von logopädischen Leistungen zu sehen (vgl. Grohnfeldt & Ritterfeld 2005: 27). Wie oben bereits erwähnt, stammt die

Logopädie von der Medizin ab, doch sie bezieht sich ebenso sehr auf linguistisches, (sozial)psychologisches und (sonder)pädagogisches Wissen. Letzteres wird in der Sprachheilpädagogik in stärkerem Maße berücksichtigt (vgl. ebd.: 28).

Ausbildung

In Österreich erfolgt die Ausbildung für SprachheilpädagogInnen als Hochschullehrgang mit 60 ECTS an einer pädagogischen Hochschule (vgl. PH Wien 2012: 3). Teilnehmen können ausgebildete SonderschullehrerInnen (Bachelor, Diplom), oder aber auch Volks- und HauptschullehrerInnen, wenn sie ein sonderpädagogisches Modul zusätzlich absolvieren (vgl. ebd.: 12). Der Lehrgang schließt mit dem Zertifikat „Akademische/r Sprachheilpädagogin/e“ ab (vgl. ebd.: 6). Die (Grund-) Ausbildung von LogopädInnen erfolgt im Vergleich dazu an Fachhochschulen als Bachelorstudium mit 180 ECTS und einer Dauer von 6 Semestern (vgl. <http://www.fh-campuswien.ac.at/>).

Fazit

Wie in diesem Exkurs gezeigt wurde, unterscheiden sich Sprachheilpädagogik und Logopädie in Österreich trotz ihrer ähnlichen Wurzeln sowohl in der Ausbildung als auch in der Bandbreite ihrer Einsatzgebiete. Österreichische SprachheilpädagogInnen haben eine andere und für den spezifischen Bereich der Sprachstörungen kürzere Ausbildung als LogopädInnen. Ferner arbeiten sie lediglich im Pflichtschulbereich mit Kindern, die verschiedene sprachliche Probleme haben können. In diesem Feld überschneidet sich die Klientel mit dem der LogopädInnen. Es ist daher möglich, dass mehrsprachige Kinder mit Sprachstörungen neben der DaZ-Förderung und eventuell dem Muttersprachenunterricht ebenso einen Sprachheilunterricht und dazu ambulante logopädische Therapie erhalten. Ein interprofessioneller Austausch der beteiligten Fachkräfte ist folglich notwendig. Die LogopädInnen, welche mit dem Kind oft längere Einheiten haben, nämlich 45 bis 50 Minuten, sollten nach Meinung der Verfasserin, über die verschiedenen Förderinhalte in der Schule informiert sein. Nur so erhalten sie ein umfassendes Bild zu den sprachlichen

Handlungsfeldern des Kindes. Außerdem können LogopädInnen dadurch auch Informationen erhalten, die sie durch den Elternkontakt nicht bekommen hätten – sei es aufgrund fehlender Fremdsprachenkenntnisse der LogopädInnen in der Erstsprache des Kindes, aufgrund geringer Deutschkenntnisse der Eltern oder einfach weil die Eltern selbst nicht über alle Fördermaßnahmen Bescheid wissen. Vermutlich ist eine Initiative der LogopädInnen nötig, da das Personal an der Schule häufigere Kontakte untereinander (vgl. Latour 2012: 94) und somit möglicherweise automatisch ein umfassenderes Bild des Kindes hat. Letzteres ist jedoch eine Vermutung, die durch Befragungen der Förder- und Lehrpersonen erst bestätigt werden müsste.

8.1.2 Exkurs ins Ausland

Wie gerade erwähnt wurde, erfolgt in Österreich die Ausbildung für sprachtherapeutisches Fachpersonal getrennt für den schulischen und den klinischen Bereich. Diese Handhabung ist heutzutage nur mehr in wenigen Ländern Gang und Gebe (vgl. Grohnfeldt & Romonath 2005: 256). Im europäischen Ausland dominieren verschiedene Formen der akademischen Logopädie und im angloamerikanischen Raum überwiegen die Speech and Language Therapists mit der weltweit größten Verbandsorganisation AHSA (American Speech-Language-Hearing Association). Während in Österreich nur SprachheillehrerInnen (an Schulen) als Förderpersonen und LogopädInnen (im medizinischen Bereich, in freier Praxis) als TherapeutInnen für sprachliche Probleme zuständig sind, gibt es in Deutschland eine ganze Personengruppe, die rechtlich befähigt ist, Sprachtherapie anzubieten: LogopädInnen (Fachschulen, Fachhochschulen), Akademische SprachtherapeutInnen (unterschiedliche Ausbildung), SprachheillehrerInnen (übergangsweise und auslaufend), AbsolventInnen von Diplom-/ Magister-/ Bachelor- und Masterstudiengängen, Klinische LinguistInnen, PathologistInnen, SprechwissenschaftlerInnen, und sogenannte Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen (nach Schlawffhorst-Andersen).

Grohnfeldt (vgl. 2012: 180) beschrieb eine Tendenz in Deutschland, die auf eine mögliche Zusammenarbeit von Sprachtherapie und Schule hindeutete. Im Rahmen der inklusiven Bildung von Kindern mit Behinderungen in Schulen

wurde 2010 die „*Vernetzung von pädagogischer, therapeutischer und medizinischer Kompetenz* (ebd.)“ von der Kulturministerkonferenz gefordert. Als Partner sollten unter anderem medizinisch-therapeutische Berufe herangezogen werden (vgl. ebd.). Von Seiten der Therapeuten wurde im Jahr 2009 die Sprachtherapie in Schulen durch eine Änderung der Heilmittel-Richtlinien möglich (vgl. ebd.). Grohnfeldt hielt 2011 fest, dass in Deutschland LogopädInnen und SprachtherapeutInnen zwar an Körperbehindertenschulen und an Förderzentren angestellt sind, das jedoch zwischen Schulen und SprachtherapeutInnen noch keine flächendeckende Kooperation stattfand. Anlässlich der beschriebenen Trends fand 2010 ein „Sprachheiligipfel“ in München statt. Die Diskussion ergab die Forderung nach einer intensiveren „*Kooperation von Pädagogik, Medizin und Sprachtherapie/Logopädie [...] im vorschulischen und schulischen Bereich*“ (Grohnfeldt 2011: 99) durch die Schaffung regionaler Netzwerke (vgl. ebd.). Grohnfeldt gibt aber zu bedenken, dass die Ausbildung von SprachheilpädagogInnen und SprachtherapeutInnen/LogopädInnen nicht auf diesen Aufgabenbereich vorbereitet, und schlägt Veränderungen mithilfe von Wahlfächern im Masterstudium vor (vgl. Grohnfeldt 2012: 181).

In der Zeitschrift für Heilpädagogik schreibt Jörg Mußmann im Jahr 2013, dass das Schulsystem in der Bundesrepublik Deutschland auf ein inklusives umgestellt wurde. Dadurch wird die interdisziplinäre Kooperation zwischen Lehrkräften der Allgemeinen Schule, Sonderpädagogen und Sprachtherapeuten wichtiger (vgl. Mußmann 2013: 161). Durch die Änderung der Heilmittelrichtlinien vom 1.7.2011 ist es nun möglich, unter anderem SprachtherapeutInnen und LogopädInnen in der inklusiven Schule einzusetzen (vgl. ebd.). Unter dem Dach der inklusiven Schule sieht Mußmann die ehemaligen „*Sprachheillehrer*“ (ebd: 162) zukünftig als SonderpädagogInnen mit Schwerpunkt Sprache, die mit SprachtherapeutInnen kooperieren. Sie würden so zum Mitglied des Grundschulkollegiums und sollten vor allem als „*Berater und Kooperationspartner im Dialog mit dem Schulteam der Allgemeinen Schule und Sprachtherapeuten*“ (Mußmann 2013: 162) fungieren. Sowohl Mußmann (vgl. ebd.: 161) als auch Subellok et al. (vgl. 2013: 144) merken an, dass der Gedanke der Inklusion von Kindern mit besonderem

Förderbedarf und des gemeinsamen Unterrichts im deutschen Schulsystem zwar im Gange aber noch nicht umgesetzt ist.

Was in Deutschland noch Ziel ist, wurde in der Schweiz an bestimmten Schulen und in den USA an allen Regelschulen bereits realisiert (vgl. Grohnfeldt 2012: 180). Denn in den USA sind an allen öffentlichen Schulen die sogenannten Speech-Language-Pathologists (SLPs)⁸ tätig (vgl. ASHA o.J.: 14) und arbeiten dort eigenständig sowie in Zusammenarbeit mit dem „school team“ (vgl. ASHA 2010, vgl. ASHA R&R 2012). Da es im anglo-amerikanischen Raum keine Sprachheilschulen gibt (vgl. Grohnfeldt 2012: 35), ist die direkte Zusammenarbeit mit PädagogInnen bzw. die Tätigkeit der SprachtherapeutInnen an den Schulen grundlegend. Von den an Schulen tätigen Speech-Language-Pathologists arbeiten mehr als die Hälfte in der Grundschule, wo der Großteil der Therapien an Kinder mit artikulatorischen/phonologischen oder autistischen Störungen geht (vgl. ASHA 2012: 13). Kinder mit sprachtherapeutischem Bedarf, deren Erstsprache nicht Englisch ist, werden größtenteils in englischer Sprache behandelt (vgl. ebd.: 34). Fast hundert Prozent der Speech-Language-Pathologists an Grundschulen haben einen Masterabschluss (vgl. ebd.:39).

Das Prinzip der Inklusion wird auch in Großbritannien so gehandhabt, dass die sogenannten speech and language therapists (SLTs) in den öffentlichen Schulen gemeinsam mit den dortigen Lehrpersonen für die Förderung bzw. Therapie von Kindern mit Sprachstörungen zuständig sind (vgl. McCartney et al. 2010: 360).

Eine Expertenbefragung in der Ostschweiz ergab unter anderem, dass die ergänzenden Therapieangebote (Logopädie und Psychomotoriktherapie) in der Grundschule in bestimmten Fällen nicht nur notwendig seien, sondern dass die TherapeutInnen auch eine unterstützende und beratende Funktion für die Lehrpersonen darstellen. Die Befragten betonen auch den Wunsch nach neuen Wegen der stärkeren Verknüpfung von Therapie und Unterricht, wobei sichergestellt sein sollte, dass Therapie/Prävention nicht als Nachhilfeeingesetzt werde (vgl. Häusler 2006: 27). Bei Therapien außerhalb der

⁸ Sprech- SprachtherapeutInnen

Klasse wünschen sich die Experten eine enge Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen, sowie gemeinsame und regelmäßige Überprüfungen der gesetzten Maßnahmen (vgl. ebd.: 29). Die Förderung in Deutsch als Zweitsprache sollte, nach Meinung der Befragten, von Lehrpersonen aus dem Team, die sich Zusatzqualifikationen angeeignet haben, durchgeführt werden. Auch hier werden eine enge Zusammenarbeit und unterrichtsnahe Maßnahmen gewünscht (vgl. ebd.: 34).

Wie die Schilderungen zur Sprachtherapie im angloamerikanischen Raum zeigen, ist eine Zusammenarbeit zwischen LogopädInnen und dem Lehrpersonal nicht nur möglich, sondern in den USA und in Großbritannien sogar selbstverständlich. Es gibt dort aber auch keine SprachheillehrerInnen, die an Schulen tätig sind. In Deutschland scheint ein Wandel zum Einsatz von LogopädInnen in der Schule im Gange zu sein, und in dem Beispiel aus der Ostschweiz wird eine bessere Vernetzung mit den schulinternen oder externen TherapeutInnen gewünscht. Zusammengefasst macht es den Anschein, als wäre die Vernetzung von LogopädInnen zur Schule im Ausland besser als in Österreich, doch ob dem wirklich so ist, soll die Befragung von LogopädInnen zeigen.

8.2 Förderbedarf oder Therapiebedarf

Damit eine **Therapie** indiziert ist und von der Krankenkasse bezahlt wird, muss die spezifische Sprachentwicklungsstörung auch in der Erstsprache bzw. in allen Sprachen eines Kindes vorhanden sein (vgl. Grohnfeldt 2012: 110). Reich schreibt ebenso, dass in beiden Sprache eines zweisprachigen Kindes ähnliche vergleichbare Erscheinungen zu beobachten sein sollen, um einen allgemeinen Förderbedarf von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung zu unterscheiden. Doch hier ist festzuhalten, dass Dominanzverhältnisse (vgl. Reich 2007: 153) aufgrund der momentanen kommunikativen Bedürfnisse eines Kindes (z.B.: im Umfeld wird nur die Herkunftssprache gesprochen) im Hinterkopf behalten werden sollen. Nicht nur für Förderzwecke, sondern einerseits, um Kinder mit Problemen nicht zu übersehen „weil sie doch in einer Sprache bereits größere Fortschritte gemacht haben“. Andererseits kann es auch sein, dass die Erstsprache zurückgeht, wenn die Zweitsprache dominanter

wird, und dass in dieser Phase beide Sprachen in einem Stadium der „Zwischensprache“ (Interlanguage) (vgl. Selinker et al. 1975) sind. Dann könnte womöglich der Anschein einer Sprachstörung auftreten, wo gar keine vorhanden ist. Sprachuniverselle Faktoren, wie zum Beispiel der Zeitpunkt der ersten sprachlichen Äußerungen, oder die Spielentwicklung sind gute Anhaltspunkte für eine Einschätzung der Sprachfähigkeiten (vgl. Zollinger 2010). Nicht-sprachliche Kompetenzen und kontaktlinguistische Faktoren (Deutschkenntnisse und Einstellungen der Eltern) stellen hier wichtige Komponenten der Diagnostik von Spracherwerbsstörungen dar (vgl. Häusermann 2009: 20).

Einen **Förderbedarf** bei mehrsprachigen Kindern sehen Chilla et al. (2010: 101), ab dem Zeitpunkt, wo ein Kind in seiner sprachlichen Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist. Eine solche Einschränkung kann durch externe Faktoren bedingt sein, wie etwa bei zu wenig oder schlechtem Sprachinput, oder es mangelt an den internen Voraussetzungen des Kindes, wie etwa bei einer „genuinen Spracherwerbsstörung“ (Chilla et al. 2010: 101).

Aus Sicht der Finanzierung eines Therapieplatzes ist also vor allem wichtig zu entscheiden, ob ein mehrsprachiges Kind tatsächlich eine „genuine Spracherwerbsstörung“ aufweist oder ob es einfach zu wenig intensiven Kontakt mit der Zweitsprache hatte. In letzterem Fall wäre zwar hoher Förderbedarf vorhanden, wenn aber keine anderen Kommunikationsstörungen mit logopädischem Therapiebedarf vorliegen, wäre eine Therapie nicht indiziert. Vor dem Hintergrund der diagnostischen Probleme einsprachiger TherapeutInnen betrachtet, ist es also leicht nachzuvollziehen, dass in der Praxis sowohl bei Ärzten als auch bei LogopädInnen oft Unsicherheiten bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapieindikation auftreten. Eine Hilfestellung für LogopädInnen in dieser Situation wäre der interprofessionelle Austausch mit den DaZ-Lehrenden des betreffenden Kindes. Denn wenn ein mehrsprachiges Kind trotz erfolgreich erworbener Erstsprache große kommunikative Probleme in der Zweitsprache hat, so kann der/die LogopädIn im Austausch mit den schulischen Fachkräften überprüfen, ob eine ausreichende schulische Förderung angeboten wird. Die Entscheidung gegen

eine Therapie würde in dem Wissen, dass das mehrsprachige Kind die notwendige Förderung in der Schule erhält, wesentlich erleichtert werden.

8.3 Möglichkeiten und Prinzipien der Förderung

„Sprachförderung beginnt im Kopf derjenigen, die Kinder bei der Aneignung von Sprachen professionell unterstützen wollen“ (Tracy 2008: 17).

Zur individuellen Förderung oder Therapie eines (mehrsprachigen) Kindes ist grundlegendes Wissen aus Linguistik und zum (mehrsprachigen) Spracherwerb notwendig. Tracy stellt die Frage in den Raum, welche fachsprachlichen Grundlagen eine pädagogische Sprachförderkraft besitzen muss, um einerseits sprachliche Meilensteine, die ein Kind erreicht hat zu erkennen und um andererseits relevante Beobachtungen zu dokumentieren und an LogopädInnen zu kommunizieren (vgl. Tracy 2008: 18). Sie kommt zum Schluss, dass Fachpersonen die nötigen Kompetenzen brauchen, um die bereits abgeschlossenen Entwicklungsprozesse eines Kindes erkennen zu können. Erst dann können sie gezielte individuelle Förderangebote machen, die *„die Erwerbsdynamik in Gang“* (Tracy 2008: 17) halten. Folglich ist das theoretische Wissen zur Mehrsprachigkeit eine unverzichtbare Grundlage für Lehrende, damit sie Kinder beobachten, Entwicklungsschritte dokumentieren und individuell fördern können (vgl. ebd. 26).

Neben linguistischen Grundlagen sollten die Lehrenden, wie auch die TherapeutInnen, über Erkenntnisse aus der Mehrsprachigkeitsforschung informiert sein, um vorgefertigte Meinungen und Sorgen widerlegen zu können. Ein Beispiel wäre die Annahme, dass Zeit, die man in einer Sprache verbringt, für die zweite Sprache verloren geht. Diesen sogenannten „Time on Task“-Ansatz von Hopf (2005) widerlegt Tracy (vgl. Tracy 2009: 171). Der Mensch ist in der Lage, mehrere sprachliche Anforderungen gleichzeitig zu bewältigen. Im Gegensatz zu vielen Vorurteilen über Mehrsprachigkeit, wirken sich die Sprachen positiv aufeinander aus und aktivieren sich gegenseitig. Es sind also alle Sprachen eines Menschen aktiviert, wenn sie auch in einem Gespräch gerade zugunsten einer gelingenden Kommunikation unterdrückt werden (vgl. ebd.). Auch die Meinung, dass ein mehrsprachiger Spracherwerb von Geburt

an eine Überforderung für die Kinder darstellen könnte, gilt als widerlegt. Tracy (vgl. ebd.: 175) betont die Forschungsergebnisse der letzten 3 Jahrzehnte, welche zeigen, dass Kinder selbst durch den doppelten oder bilingualen Erstspracherwerb nicht überfordert werden.

Allgemeine Grundprinzipien der Förderung hält Grohnfeldt (2012) fest:

- Der individuelle Erwerbshintergrund (Art und Dauer des Kontaktes,...), nicht nur der aktuelle Sprachstand, ist zu berücksichtigen.
- Bei Aussprachestörungen sind Interferenzen der Herkunftssprache zu bedenken und mit einzubeziehen.
- Grammatische Bereiche sollten entwicklungsproximal [...] behandelt werden.
- Die Therapie soll die Lebenswelt des Kindes beachten (vgl. Grohnfeldt 2012: 111).

Eine Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit sollte außerdem alle Sprachen des Kindes mit einbeziehen (vgl. Chilla et al. 2010: 117).

Die Frage, wo Förderung ansetzen soll, beantwortet Tracy beispielsweise mit dem Hinweis auf Lücken und Platzhalter in kindlichen Äußerungen. Diese zeigen nämlich, dass ein Kind bereits eine Vorstellung von der angemessenen Syntax hat, aber dass es noch nicht alle Stellen im Satz besetzen kann (vgl. Tracy 2008: 23f.). An die Stelle solcher Lücken können Therapeuten oder Förderpersonen sinnvolle Elemente setzen und so die vom Kind geäußerten Strukturen erweitern und modellieren (vgl. ebd.). Zum Beispiel wenn ein Kind sagt „Ich äh ein andere Spiel spielen“, kann die Antwort lauten „Du willst ein anderes Spiel spielen? Aber ich möchte vorher noch dieses Spiel fertig spielen.“

Tracy deutet auf die Wichtigkeit der Verben für den Grammatikerwerb hin: „*Ohne Verben, die man in den Positionen der Satzklammer verorten muss, findet man auch nur schwer den Einstieg in die Gesamtarchitektur*“ (Tracy 2008: 23). Bei Kindern, die gerade im frühen Zweitspracherwerb stehen, sollten, laut Tracy, keine isolierten Satzmuster geübt werden. Vielmehr sollte der Input viele Verben in verschiedenen Variationen (z.B.: sowohl in rechter als auch in linker

Satzklammer) enthalten, die dem Kind helfen grammatische Schemata zu erkennen und zu speichern (vgl. Tracy 2008: 26).

Für zweitsprachlernende Kinder und Erwachsene sind besonders die Bereiche Kasus (vor allem Dativ), und Artikel (Gebrauch und Genusmarkierung) schwierig zu erwerben (vgl. Tracy 2008: 21). In diesen Bereichen werden sich logopädische und schulische Inhalte möglicherweise immer wieder überschneiden. Im Austausch könnte geklärt werden, ob zum Beispiel die gleichen Symbole und Farben für die drei deutschen Artikel vermittelt werden, um das Kind nicht zu verwirren.

8.3.1 Überschneidende Förder- bzw. Therapiebereiche

Wenn Sprache und Situationen sprachlichen Handelns im Mittelpunkt stehen, sind bestimmte Inhalte wie Wortschatz, Grammatik und Kommunikation im persönlichen Umfeld grundlegend. Somit sind diese Bereiche diejenigen, wo sich vermutlich die therapeutischen und schulischen Fördermaßnahmen zumindest ansatzweise überschneiden.

In Lehrplanbestimmungen für den DaZ-Unterricht in der Volksschule finden sich Hinweise auf den sogenannten Lehrstoff. Darunter sind Lebensbereiche wie die eigene Person (Gefühle, Kleidung, Ernährung, etc.) und Familie, die Schule, die Freizeit, Tiere und Pflanzen, die Öffentlichkeit (Einkaufen, Verkehr, Arztbesuch, Berufe, etc.), die Zeit (inkl. Wetter) sowie Lebensgewohnheiten (Feste, Werte, etc.) angeführt (vgl. BMBF 2014: 9). Da die genannten (Wortschatz-) Themen weitgehend die Handlungsbereiche der Kinder umfassen, werden sie auch in der logopädischen Therapie immer wieder auftreten.

Von eigenen Erfahrungen erzählen, Gefühle äußern, nach etwas fragen oder Probleme über Sprache lösen (vgl. BMBF 2014: 10) – all diese sprachlichen Kompetenzen üben die Kinder sowohl in der DaZ-Förderung als auch in der Therapie. Aber die Sprechsituation ist in der Einzeltherapie eine andere als in der schulischen Fördergruppe. Dadurch ergeben sich Möglichkeiten der gegenseitigen Ergänzung von Therapie und DaZ-Förderung. Manches kann in der Therapie wahrscheinlich genauer behandelt werden, während andere Themen und Kommunikationssituationen von der Gruppensituation profitieren.

Die sprachlichen Strukturen, welche in der DaZ-Förderung vermittelt werden sollen, reichen von der Verneinung, über Fragewörter, die syntaktische Wortfolge, die Morphologie (Plural, Kasus, finite Artikel, finites Verb), bis zu Strukturwörtern wie Präpositionen und Konjunktionen (vgl. BMBF 2014: 10). Diese grammatischen Themen kommen, je nach den individuellen Bedürfnissen, auch in der logopädischen Therapie bei (mehrsprachigen) Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen vor.

In der Therapiesituation wird differenziert auf die Entwicklungsphase und die jeweiligen sprachlichen Rückstände eines Kindes eingegangen. Beispiele für Therapieziele in der Perzeption wären zum Beispiel die Steigerung der auditiven Merkspanne, das Wortverständnis für zusammengesetzte Nomen, und das Satzverständnis für komplexere Sätze sowie für temporale/kausale Verknüpfungen (vgl. Eicher 2009:104). Ziele für produktive Leistungen wären beispielsweise die Lexikonerweiterung und die Wortabrufsicherheit, die Entwicklung semantischer Relationen, die Verbstellung und –konjugation sowie die Kasusmarkierung (vgl. ebd.).

Sogar Aussprachethemen wie Gehörschulung, rhythmische Sprechübungen und phonetische Übungen sollen in der DaZ-Förderung berücksichtigt werden (vgl. BMBF 2014: 11). Selbstverständlich ist dies auch ein Bereich, wo die Logopädie bei Bedarf ansetzt, zum Beispiel wenn ein Kind eine phonologische Sprachentwicklungsstörung aufweist (s. Kap. 6.1.1 und 6.1.6).

Wie dieser Abschnitt zeigt, gibt es durchaus inhaltliche Gemeinsamkeiten zwischen DaZ-Förderung und logopädischer Therapie. Wenn ein mehrsprachiges Kind also gleichzeitig beide Unterstützungsangebote erhält, könnten die betreuenden Fachpersonen sich über die Ziele und Inhalte austauschen. Dabei könnte zum Einen eine Steigerung der Effektivität angestrebt werden, indem am gleichen Strang gezogen wird. Zum Anderen könnten ein möglichst breitgefächertes Angebot und die Vermeidung von Überschneidungen zum Zwecke der Effizienz angesteuert werden.

8.3.2 Peers als Stützen der zweitsprachlichen Förderung in Schulen

Die gleichaltrigen Schulkinder (Peers) können wichtige Gesprächspartner für mehrsprachige Kinder sein. Im folgenden Abschnitt wird ein Beitrag zusammengefasst, der die Relevanz der Peerkommunikation für die zweitsprachliche Entwicklung hervorhebt. Röhner und Hausmann (2008) beschreiben die ersten Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Entwicklung von Sprachhandlungen in Kommunikationssituationen von Kindergarten und Grundschule. Die Studie wurde in Wuppertal (DE) durchgeführt, wobei 150 Kinder vom letzten Kindergartenjahr bis zum Ende des 2. Schuljahres begleitet wurden. Durch teilnehmende Beobachtung und Protokollierung von Gesprächen wurden die Daten erhoben (vgl. Röhner & Hausmann 2008: 76f.).

Die Beobachtungen zeigten, dass die Migrantenkinder ihre sprachlichen Fähigkeiten im Kindergarten häufiger einsetzten (z.B.: Rollenspiele etc.) als in der ersten Schulklasse. Am Übergang zum 1. Schuljahr sanken die Sprachproduktionen merklich. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass sich in der Schule weniger Situationen für freie Kommunikation und Gespräche unter den Kindern ergeben. Außerdem wurde deutlich, dass die „fragend-entwickelnde“ Unterrichtsform zu einem restriktiveren Sprachgebrauch der Kinder mit Migrationshintergrund führe. Die beobachteten Kinder sprachen in der fachlichen Kommunikation mit den Lehrenden zum Beispiel nur in Einwortsätzen, während sie sich gegenüber den Peers (KlassenkollegInnen) viel komplexer ausdrückten. Daraus schließen die Autoren, dass die Peerkommunikation ein wichtiger Teil des zweitsprachlichen Inputs ist, dem in der Schule mehr Raum zugesprochen werden sollte. Dadurch würde die Sprechzeit der Kinder mit Migrationshintergrund erhöht. Röhner und Hausmann sehen in der Peerkommunikation ein bislang kaum untersuchtes Feld der sprachlichen Anregung und wünschen sich daher einen Vergleich dieses impliziten Lernens mit expliziten Formen der Sprachförderung (vgl. Röhner & Hausmann 2008: 90f).

Im Kindergarten sprachen die Kinder häufig während „stiller“ Aktivitäten (Malen, Basteln...). Dieses handlungsbegleitende Sprechen zeigte sich auch im Unterricht während diverser Arbeitsphasen. Dabei drückten sich die Kinder

wiederum sprachlich komplexer aus als bei der Einwort-Antwort den Lehrenden gegenüber. Angesichts dessen warnen die Autoren davor, dieses Sprechen im Unterricht zu unterbinden. Stattdessen sollte es als sprachliches Handlungsfeld geschätzt werden (vgl. ebd.: 92). Während dem Morgenkreis konnten längere Sätze der Kinder beobachtet werden, als in der Unterrichtszeit. Bei den Erzählungen über Vergangenes werden außerdem verschiedene Zeitformen genutzt. Somit stellt der Morgenkreis aus Sicht der sprachlichen Produktivität ein für Migrantenkinder wichtiges Ritual dar (vgl. ebd.: 92).

Zusammenfassend gesagt, können sich Kinder im Deutscherwerb auch gegenseitige Stützen sein – dies sollte den PädagogInnen bewusst sein. Wichtig ist vor allem, dass manche Kinder sich gegenüber den Fragen des Lehrenden oft eher zurückhaltender äußern, als es eigentlich ihren Kompetenzen entspricht. Im Gespräch mit den behandelnden LogopädInnen können Lehrende vielleicht auch erfahren, dass manche ihrer SchülerInnen viel mehr verstehen und erzählen können, als es im Unterrichtsgeschehen den Anschein macht. Außerdem zeigt diese Studie, dass die Kommunikation mit Gleichaltrigen eine wichtige zweitsprachliche Inputquelle, und ein persönlich wichtiges Kommunikationsfeld ist. In der Therapie können zwar viele linguistische Bereiche behandelt werden, doch diese Kommunikation ist einzigartig und nicht mit therapeutischen Stunden vergleichbar. Hier hat der Gebrauch der Zweitsprache eine emotionale Bedeutung, nämlich zum Dazugehören, Freunde finden und Lernen. Deshalb gelten die Beobachtungen der Eltern und Lehrenden als wichtige Informationen für LogopädInnen darüber, wie viel ein Kind in der Zweitsprache kommuniziert (Intensität des Kontaktes). Erfährt ein/e TherapeutIn, dass ein mehrsprachiges Kind viele Schulfreunde hat, mit denen es sich auf Deutsch unterhält, so ist dies nicht nur für die Anamnese sondern auch für die Sorge um die Anwendung des Gelernten eine gute Nachricht.

9 Austausch zwischen Logopädie und DaZ-Förderung

In den vorigen Abschnitten wurden vielfache Hinweise auf die Sinnhaftigkeit und den Nutzen eines Austausches zwischen behandelnder/m Logopädin/en und den PädagogInnen eines mehrsprachigen Kindes zusammengetragen. Da in der Literatur keine einschlägigen Quellen zum Austausch der beiden Berufsgruppen der LogopädInnen und der DaZ-LehrerInnen gefunden wurden, stellt dieses Kapitel eine Sammlung von Voraussetzungen, möglichen Umsetzungsformen und Hindernissen des interprofessionellen Austausches dar.

9.1 Voraussetzungen für einen Austausch bzw. eine Zusammenarbeit

Wie bereits mehrmals erwähnt wurde, sind die Notwendigkeit der Interprofessionalität sowie ihr bereichernder Nutzen in der Literatur unbestritten. Doch von Fachleuten wird eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen auch als eine zusätzliche Mühe und ein Aufwand empfunden (vgl. Hafen 2013: 105). Behringer und Höfer (2005: 56) tragen Voraussetzungen für die Kooperation einer Frühförderstelle mit niedergelassenen Therapeuten zusammen. Diese werden im Folgenden beschrieben und für den Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen interpretiert.

1. Zeit und Finanzierung

Oft wird der persönliche Einsatz durch die zeitlichen und finanziellen Bedingungen eingebremst, oder Kooperation ist nur möglich, weil die Beteiligten sich in ihrer Freizeit ehrenamtlich dafür engagieren (vgl. Behringer & Höfer 2005: 103). Wichtig sind daher ausreichendzeitliche und in Folge finanzielle Ressourcen für Kontaktaufnahme, Verständigung, und Austausch zwischen den Professionen (vgl. Behringer & Höfer 2005: 28). Im Falle der hier durchgeführten Untersuchungsgruppe sind Zeit und Finanzierung mit großer Wahrscheinlichkeit von den persönlichen Ressourcen der Fachpersonen abhängig. Es wird daher angenommen, dass dies ein Grund für mangelnden Austausch der beiden Berufsgruppen sein kann (s. Hypothese 4, s. Kap. 10.1).

2. Regelmäßigkeit

Laut Behringer und Höfer sind jene Frühförderstellen mit der Kooperation zufriedener, wo die Zusammenarbeit mit niedergelassenen KinderärztInnen und TherapeutInnen regelmäßig und mit verbindlichen Regelungen stattfindet (vgl. Behringer & Höfer 2005: 87). Diese Aussage ist sicherlich allgemein gültig. Im Hinblick auf den Austausch von DaZ-Lehrenden und LogopädInnen bedeutet Regelmäßigkeit auch regelmäßigen individuellen Einsatz, welcher wiederum Zeit und somit Geld kostet (s.o.). Die persönliche Praxiserfahrung zeigt, dass der interprofessionelle Austausch nicht einheitlich geregelt ist.

3. Kooperationsbereitschaft und sichtbarer Nutzen

Für die Motivation zur Interaktion ist der sichtbare Nutzen für die eigene Arbeitssituation und die grundsätzliche Bereitschaft zur Kooperation sehr wichtig. Konkurrenzdenken zwischen den Interaktionspartnern kann Hindernisse aber auch Potenziale (z.B. wenn stillschweigend doch eine Kooperation mit Vorteilen für die Beteiligten stattfindet) bergen. Santen et al. (1999, zit. n. Behringer & Höfer 2005: 26) weisen darauf hin, dass zu große Statusunterschiede (z.B.: zwischen Medizinern und Pädagogen) Kooperationen verhindern oder stören können. Dies dürfte bei den beiden Zielgruppen dieser Untersuchung, DaZ-Lehrende und LogopädInnen, im Hinblick auf den Bereich der Mehrsprachigkeit kein Problem darstellen. Denn LogopädInnen sind zwar ExpertInnen für den Bereich Sprache und Sprachstörungen, aber die DaZ-Lehrenden sind idealerweise für Ihre Arbeit mit mehrsprachigen Kindern ebenso eigens ausgebildete ExpertInnen. Vielleicht gibt es Unsicherheiten bei jenen LogopädInnen, welche sich mit dem Wissensgebiet kaum auseinandergesetzt haben und sich daher in ihren Handlungen nicht sicher fühlen. Ebenso könnten sich Lehrende, denen die Aufgabe der DaZ-Förderung ohne dafür gewährte Fortbildungen „in die Schuhe geschoben wurde“, zum Beispiel KlassenlehrerInnen, weniger kompetent im Hinblick auf kindliche Mehrsprachigkeit fühlen. Da die Handlungsbereiche in der Schule und in der Therapie aus organisatorischen Gründen aber sowieso nicht direkt vergleichbar sind, wird angenommen, dass sich auch die Zielprofessionen nicht von persönlichen Vergleichen behindern lassen.

4. Gleiche Informationen

Behringer und Höfer (vgl. 2005: 27) sehen als Voraussetzung für ein produktives und erfolgreiches Netzwerk, dass den Interaktionspartnern die gleichen Informationen und vor allem solche über die Arbeitsbedingungen zur Verfügung stehen. Denn obwohl Kooperation von den Unterschieden der PartnerInnen lebt, birgt doch „*die Konfrontation unterschiedlicher Handlungslogiken*“ (ebd.) die Gefahr, dass Missverständnisse und Konflikte entstehen. Laut Behringer und Höfer (vgl. 2005: 108) benötigt eine gelungene Kooperation einen Informationsaustausch über das Handeln der beteiligten Fachkräfte und Institutionen, über die Rahmenbedingungen und natürlich über einzelne Fälle. Dazu gehört schließlich auch eine „*klare Vorstellung von den Aufgaben und dem Angebotsprofil der jeweils anderen*“ (ebd.). Das Wissen über Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Kompetenzen führt zu realistischen Erwartungen an die Kooperationsbeziehung (vgl. ebd.: 108f.). Außerdem können organisatorische Strukturen, wie zum Beispiel Praxiszeiten, Schulpausen etc. berücksichtigt werden, um so die Zusammenarbeit zu erleichtern (vgl. ebd.).

Auf den Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen bezogen, bedeutet dies, dass beide Berufsgruppen über Ausbildung und Tätigkeiten der anderen informiert sein sollten. Hier wird angenommen, dass dies derzeit nicht gegeben ist (s. Kap. 10.1, Hypothese 2). Außerdem sind Informationen über die Arbeitsbedingungen auch für die Organisation essentiell, zum Beispiel um zu wissen, zu welchen Zeiten die Kooperationspartner erreichbar sind, oder ob sie über ihnen anvertraute Kinder sprechen dürfen oder die Schweigepflicht (bei LogopädInnen)⁹ gilt.

5. Infrastruktur und Ideologien

Grundlegend sind auch die technischen und räumlichen Ressourcen, sowie die ideologischen Rahmenbedingungen (vgl. Behringer & Höfer 2005: 29). Für die Zielgruppe dieser Masterarbeit wären solche Ideologien beispielsweise (unbewusste) Hypothesen und Modelle der mehrsprachigen Entwicklung, Lerntheorien, andere kognitive Modelle. Räumliche und technische

⁹ Von der gesetzlichen Schweigepflicht können die LogopädInnen durch das Einverständnis der Erziehungsberechtigten befreit werden.

Gegebenheiten, also im Falle eines Telefonates eine ruhige Umgebung und ein verfügbares Telefon, sind nicht zu vernachlässigende Einflussfaktoren, welche auch mit Zeit und Finanzierung stark zusammenhängen. Laut Behringer und Höfer (vgl. 2005: 111) können neue Kommunikationstechnologien einen persönlichen Kontakt nicht ersetzen, denn sie funktionieren meist erst, wenn die Beteiligten ein Bild voneinander haben. Den Anspruch eines persönlichen Kontaktes zu erfüllen, ist jedoch -nach Meinung der Verfasserin -für Lehrende und TherapeutInnen, welche an unterschiedlichen Standorten arbeiten und zudem für viele Kinder zuständig sind, beinahe zu viel verlangt.

6. Gemeinsame Ziele

Für eine gelingende Kooperation sind gemeinsam formulierte Ziele wichtig, damit nicht ins Endlose besprochen wird, ohne Ertrag für die beteiligten Fachkräfte. Zudem sollten Kooperationsbeziehungen regelmäßig gepflegt und die Ziele überprüft werden. Ist das Ziel erreicht und der Zweck der Zusammenarbeit erfüllt, so sollte diese auch wieder abgeschlossen werden (vgl. Behringer & Höfer 2005: 104). Im Falle des interprofessionellen Austausches von DaZ-Lehrenden und LogopädInnen wäre das grobe Ziel die optimale Unterstützung des DaZ-Erwerbs, um bestmögliche Bildungswege für mehrsprachige Kinder mit Sprachstörungen zu unterstützen. Individuell formulierte Ziele beziehen sich dann auf einzelne Entwicklungsschritte und inhaltliche Themen.

7. Fachliche Sicherheit

Fachliche Sicherheit sehen Behringer und Höfer (vgl. 2005: 109) als wichtige Voraussetzung, damit sich Fachkräfte auf andere Berufsvertreter einlassen und deren Perspektive konstruktiv in das eigene Arbeiten miteinbeziehen können.

„Gerade wenn man sein sicheres berufliches Terrain (eigene Profession/Institution) verlässt“ (ebd.: 111), ist auch Vertrauen in die Kontaktperson und deren Institution notwendig. Dieses bildet sich laut den Autorinnen durch „gegenseitiges Interesse, Respekt und Akzeptanz, Ehrlichkeit, Offenheit und Loyalität“ (ebd.) und soll durch eine „zeitliche Kontinuität“ erhalten werden (ebd.).

Insgesamt soll der Aufwand einer kooperativen Beziehung durch den Nutzen relativiert werden und als Ertrag die ganzheitliche Förderung des betreffenden Kindes gewährleisten (vgl. Behringer & Höfer 2005: 112).

9.2 Skizzierung des Austausches zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen

Nachdem nun die Voraussetzungen und Erwartungen an den interprofessionellen Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen geklärt wurden, erfolgt in diesem Abschnitt eine Beschreibung dieses Austausches in Anlehnung an die von Behringer und Höfer (vgl. 2005: 30) zusammengestellten Definitionsmerkmale von Kooperationsformen.

Auftrag

Ziel des interprofessionellen Austausches ist die Gewinnung von fallbezogenen Informationen über die Inhalte von Förderung bzw. Therapie, um ein möglichst umfassendes Bild der sprachlichen Umweltbedingungen mehrsprachiger Kinder mit logopädischem Therapiebedarf und Problemen im Zweitspracherwerb zu bekommen.

Dimension

Beteiligt sind LogopädInnen, die in unterschiedlichen Institutionen in Wien tätig sind, und Lehrpersonen, die in Wiener Volksschulen die Zweitsprache Deutsch additiv oder integrativ fördern. Die Zusammenarbeit wäre somit nach Behringer und Höfer (2005) interinstitutionell (und interprofessionell), da die Beteiligten verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen angehören.

Inhalte

Die Zusammenarbeit soll die sprachliche Förderung und Therapie von Kindern mit logopädischem Therapiebedarf und mit Deutsch als Zweitsprache betreffen.

Aushandlung

Der Austausch kann telefonisch oder schriftlich stattfinden. Von einem persönlichen Austausch wird nicht ausgegangen, da dies aufgrund der infrastrukturellen Bedingungen schwierig ist.

Symmetrie

Hierarchien gibt es aus Sicht der Verfasserin bei diesen beiden Berufsgruppen keine. Die Beziehungen sollten gleichberechtigt sein und das Verständnis der Zusammenarbeit sollte kollegial sein. Da ein solcher Austausch eher ungewöhnlich ist, könnten der erste Kontakt und das Interesse von nur einer Seite eine gewisse Ungleichheit mit sich ziehen.

Grade der Intensität

Realistisch gesehen ist für die ersten Versuche von einem additiven Nebeneinander auszugehen. In Zukunft könnte eine interprofessionelle Kooperation mit gemeinsamen Zielen eine Perspektive darstellen.

Synergieeffekte

Effiziente und effektive Sprachförderung und –therapie im Sinne einer bestmöglichen Betreuung des jeweiligen Kindes sollten das Produkt der Zusammenarbeit sein.

9.3 Nutzen eines interprofessionellen Austausches

Die Verfasserin geht von der Hypothese aus, dass derzeit wenig interprofessioneller Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden stattfindet. Wie aber bereits mehrmals erörtert, wäre es für viele Bereiche der Therapie und im Allgemeinen für das jeweilige mehrsprachige Kind sicherlich eine Bereicherung.

Anamnese und Diagnostik können im Sinne einer „umfassenden Diagnostik“ (s.Kap.6.2.2; vgl. auch Kracht 2000, oder Chilla et al. 2010) durch die Informationen aus dem schulischen (sprachlichen) Umfeld des Kindes ergänzt werden. Dadurch sind TherapeutInnen unabhängiger von Momentaufnahmen aus dem Screening und können auch Fehldiagnosen besser vermeiden (s. Kap. 6.2.1). Daher ist gerade im Bereich der Diagnostik ein weiter Blickwinkel, idealerweise aus verschiedenen professionellen Perspektiven, von großem Vorteil (s. Kap. 7). Die Diagnostik kann außerdem im Hinblick auf Förderentscheidungen (Therapie oder DaZ-Förderung) unterstützt werden (s. Kap. 8.2). Wenn zum Beispiel kein Therapie- sondern nur Förderbedarf besteht,

können LogopädInnen einerseits mit beruhigtem Gewissen von einer Therapie absehen und andererseits den Lehrenden beratend zur Seite stehen.

In vielen Fällen gibt es im Elterngespräch sprachliche Barrieren und oft sind keine (Laien-) Dolmetscher zur Stelle (s. Kap. 6.2.1 und 6.4). Hier könnte die (Kranken-) Geschichte eines Kindes durch die Informationen der PädagogInnen ergänzt werden, um mehr Anhaltspunkte für Diagnostik und Therapieplanung zu erhalten.

LogopädInnen arbeiten aufgrund ärztlicher Verordnung und die Therapien werden von den jeweiligen Krankenkassen (zumindest teilweise) finanziert. Deshalb sind die *„Leistungen von LogopädInnen [...] in einer Weise auch den sozialversicherungstypischen wirtschaftlichen Prinzipien des „sinnvoll, wirtschaftlich und zweckmäßig“ im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unterworfen“* (Logopädieaustria 2009). Ein sinnvolles und zweckmäßiges Arbeiten ist besser möglich, wenn alle grundlegenden Bedingungen bekannt sind. Für die Therapie mit mehrsprachigen Volksschulkindern bedeutet dies, dass die Logopädin die lebensweltlichen sowie auch die schulischen Sprachlernerfahrungen für eine individuelle Diagnostik sowie für eine effektive Therapie kennen sollte. Setzt sich ein etwaiger Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden als Zusammenarbeit mit gemeinsamen Zielen fort, so kann den Prinzipien der Effektivität und Effizienz (vgl. Logopädieaustria 2009) natürlich am besten Rechnung getragen werden. Im Bereich der tatsächlichen Förderung und Therapie können Synergien genutzt werden, um die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen zu steigern (s. Kap. 4.1.2). Bei einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SES) sind meist die Bereiche Aussprache, Wortschatz und Grammatik betroffen und stehen im Mittelpunkt der Therapie (s. Kap. 6.1.6). Vor allem die beiden letzteren Bereiche, Wortschatz und Grammatik, sind auch Bestandteil der schulischen Förderung (s. Kap. 8.3.1). Es gibt hier also ein deutliches Überschneidungsfeld. Dieses kann unterschiedlich genutzt werden, entweder, indem bewusst an gleichen Inhalten mit gemeinsamen Zielen gearbeitet wird, oder indem die Randbereiche außerhalb der Überlappungen für eine breitgefächerte Förderung herangezogen werden.

Zu guter Letzt ist ein fallbezogener Austausch immer auch ein fachlicher Wissensaustausch und kann von den Beteiligten für einen Wissenszuwachs, zum Beispiel im Hinblick auf Förderprinzipien (s. Kap. 8.3), Therapiemaßnahmen und Ähnliches, genutzt werden. Durch das Gespräch mit der Therapeutin eines Kindes, können manchen Lehrenden vielleicht auch die Ausmaße der sprachlichen Probleme klarer werden, und ein anderer Blick bei der Beurteilung und Unterstützung gewonnen werden.

10 Empirische Untersuchung

Im theoretischen Teil dieser Masterarbeit wurden die Sinnhaftigkeit und der Nutzen eines interprofessionellen Austausches zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden durch die verschiedenen Literaturquellen belegt. Ziel des empirischen Teils ist es nun, zu überprüfen, ob die Theorie auch in der Praxis umgesetzt wird und wie LogopädInnen in Wien zu einem Austausch mit DaZ-Lehrenden in Wiener Volksschulen stehen.

10.1 Hypothesen und Fragestellungen

Anhand der Theorie, aber auch aus der eigenen praktischen Erfahrung und aus Gesprächen mit KollegInnen, ergaben sich folgende zu prüfende Hypothesen in Bezug auf den interprofessionellen Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen:

Hypothesen:

1. Es findet kein oder kaum Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Förderlehrenden statt.
2. LogopädInnen verfügen über wenig bis kein Wissen zum Tätigkeitsfeld der DaZ-Förderlehrenden.
3. Mangelndes Wissen über das Handlungsfeld der anderen Berufsgruppe bedingt den fehlenden Austausch.
4. Mangelnde Zeit und Finanzierung bedingen den fehlenden Austausch.

Folgende Fragestellungen wurden ausgehend von den Hypothesen formuliert:

Fragestellungen:

- a) Findet ein interprofessioneller Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen in Wien statt, um die parallele Betreuung von mehrsprachigen Kindern mit Deutsch als Zweitsprache zu verbessern?
- b) Wie hoch ist der Bedarf eines Austausches und welche Vorteile sehen LogopädInnen darin?
- c) Welche Gründe für mangelnden interprofessionellen Austausch geben LogopädInnen an?
- d) Wünschen sich LogopädInnen mehr Informationen zum Tätigkeitsfeld der DaZ-Förderlehrenden?

10.2 Forschungsmethode

Vor der empirischen Untersuchung wurde das Thema interdisziplinärer bzw. interprofessioneller Austausch in der vorhandenen Literatur recherchiert. Die Hypothesen und Fragestellungen, die untersucht werden sollen, entstanden folglich aus der Theorie sowie aus dem Berufsalltag der Verfasserin. Die Methodenwahl, um die Hypothesen zu prüfen und die Fragestellungen zu beantworten, fiel auf eine Online-Umfrage unter Wiener LogopädInnen. Dieser Entscheidung gingen nicht nur Theorien aus der Sozialforschung, sondern auch logistische bzw. organisatorische Überlegungen voraus.

Um eine Befragung möglich zu machen, muss die Zielgruppe erreichbar sein. Daher wurde die Untersuchung auf die Gruppe der LogopädInnen eingegrenzt, da die Verfasserin dieser Arbeit selbst Logopädin ist und der Kontakt zur Zielgruppe besteht. Hierbei wurde realistischerweise nicht von einer Vollerhebung aller in Wien mit mehrsprachigen Kindern arbeitenden LogopädInnen ausgegangen, da die KollegInnen freiwillig an der Umfrage teilnehmen konnten und die Umfrage somit von deren Kooperation abhängig war (vgl. Schnell et al. 2005: 270). Um eine qualitativ wertvolle Befragung zusammenzustellen ist ein detailliertes Wissen zum Tätigkeitsfeld der Zielgruppe von Nöten. Da die Verfasserin einen guten Einblick in den berufsspezifischen Wissensstand hat, sowie eigene praktische Erfahrungen mitbringt, schien es wiederum sinnvoll, die Zielgruppe auf die LogopädInnen zu beschränken. In einer Folgeuntersuchung könnte eine Person mit Erfahrungen im DaZ-Förderbereich die andere Perspektive beleuchten.

Um die Stichprobe einzugrenzen, fiel die Wahl auf LogopädInnen in Wien, da hier die Zahl der VolksschülerInnen mit nichtdeutscher Erstsprache am höchsten ist. Im Schuljahr 2012/13 hatten 54,6 % der VolksschülerInnen in Wien eine andere Erstsprache als Deutsch (vgl. BMBF 2014a: 11).

Der Online-Fragebogen wurde gewählt, weil er für die Anforderung dieser Untersuchung am geeignetsten scheint. Erstens gibt es kaum Experten für genau diese Fragestellungen, und zweitens kann eine Ist-Stand-Erhebung nur anhand von tatsächlichen Daten und Fakten, nicht anhand von Meinungen durchgeführt werden. Obwohl durch eine Online-Befragung diejenigen

TeilnehmerInnen ausgeschlossen werden, die nicht elektronisch erreichbar und im technischen Umgang geübt sind (vgl. Atteslander 2010: 166), wurde von einer postalischen schriftlichen Umfrage abgesehen. Denn letztere braucht nicht nur mehr materielle, sondern auch zeitliche Ressourcen. Bei einer Online-Befragung entfällt das handschriftliche Ausfüllen, das postalische Zurücksenden oder etwaige persönliche Treffen, und von Seiten der Verfasserin sind geringe Erhebungskosten, und die automatische Datenverarbeitung durch die Software bedeutende Vorteile (vgl. ebd.). Außerdem kann eine postalische Umfrage, welche noch am ehesten in Frage gekommen wäre, keinen Einfluss auf die Fragebogendramaturgie nehmen und spätere Fragestellungen könnten frühere vielleicht beeinflussen (vgl. Atteslander 2010: 161).

Der Fragebogen wurde anhand der ausgearbeiteten Theorie und der Fragestellungen konstruiert und zum Pretest an 13 KollegInnen aus Niederösterreich gesendet. Leider nahmen nur drei KollegInnen am Pretest teil. Der Fragebogen wurde über den Verband Logopädieaustria per Email an insgesamt 210 Verbandsmitglieder versandt. Näheres zum Fragebogen wird im Folgekapitel erläutert.

10.3 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen wurde anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche und aufgrund von eigenen Erfahrungen aus dem logopädischen Berufsalltag erstellt. Die Realisierung erfolgte mittels SoSci Survey (Leiner: 2014), einem online kostenfrei zugänglichen Softwareprogramm. Die Software wurde an der Universität München entwickelt und in Kooperation mit der Universität Zürich, sowie mit Wissenschaftlern und Anwendern verbessert. Für einen Einblick ins Programm lohnt sich ein Blick auf die Homepage www.soscisurvey.de. Durch den wissenschaftlichen Hintergrund der Softwareentwicklung bietet die Homepage nicht nur eine sehr gute Handhabung und einfache Erstellung eines Fragebogens, sondern es finden sich auch zahlreiche methodische Tipps. Es wurde beispielsweise davon abgeraten, die TeilnehmerInnen zur Beantwortung aller Fragen zu „zwingen“ indem sie den Fragebogen nur nach vollständigen Antworten fortführen dürfen. Dieser Rat findet sich auch bei Schnell et al. (vgl. 2005: 384), denn dadurch kann es zu Unmut seitens der Befragten und zu

vermehrten Abbrüchen kommen. Bereits im Programm vorgesehen ist auch die stetige Anzeige des Beantwortungs-Fortschritts in Prozent – eine Angabe, die ebenso zur Aufrechterhaltung der Motivation bei den TeilnehmerInnen bedeutend ist (vgl. Schnell et al. 2005: 384).

Die Fragen wurden vorrangig geschlossen gestellt, um eine quantitative Auswertung zu ermöglichen. Jedoch enthielten einige Fragen eine offene Antwortkategorie, um eventuelle alternative Angaben einbinden zu können. Die gezielt offen gestellten Fragen beziehen sich auf die Vorteile und Nachteile des Austausches.

Skalen sind ein wichtiger Bestandteil des Fragebogens. Sie wurden bei Häufigkeitsfragen mehrstufig und bei Meinungsfragen, oder Fragen zur Person vierstufig als Likert-Skalen angelegt. Die vier Stufen sollten verfälschte Antworten verhindern. Die Tendenz zur Wahl der mittleren Stufe (etwa bei 5 Stufen) ist groß, wenn die TeilnehmerInnen sich nicht sicher sind, es eilig haben, die Frage nicht verstehen oder sie unwichtig finden (vgl. Mummendey & Grau 2008: 76). Um dennoch eine Ausweichmöglichkeit für engagierte TeilnehmerInnen zu geben, die die Frage tatsächlich nicht beantworten können, wurde auf Anraten der Homepage von Sosci Survey (vgl. Leiner, 2014) bei den meisten Skalen die Kategorie „kann ich nicht beurteilen“ hinzugefügt. Problematisch ist allerdings, dass diese Kategorie auch zur Bequemlichkeit verleiten kann (vgl. Mummendey & Grau 2008: 78). Um Antworten aus Gründen von sozialer Erwünschtheit (vgl. Mummendey & Grau 2008: 166f.) o.Ä. zu vermeiden, wurde sowohl in der Einladung als auch im Begrüßungstext auf die Anonymität der Befragung hingewiesen.

Jede empirische Untersuchung muss im Vorhinein getestet werden, um Fehlerquellen zu reduzieren. Ein sogenannter Pretest ist nicht nur wichtig, um den Inhalt (Verständnisschwierigkeiten, unangenehme Fragen,...) und die technischen Gegebenheiten zu überprüfen, sondern auch um die Dauer abschätzen zu können (vgl. Mummendey & Grau 2008: 91). Deshalb wurde auch der Fragebogen dieser Masterarbeit im Sinne eines Pretests im Vorhinein an 13 KollegInnen in NÖ ausgesendet. Leider nahmen nur drei LogopädInnen teil. Diese fanden die Fragen gut verständlich und hatten nur auf die Frage „Wie

viele Ihrer Therapiekinder besuchen ein Gymnasium/eine Mittelschule?“ hingewiesen. Diese Kategorie wurde entfernt, da sich die Befragung auf Volksschulkinder konzentriert. Das Ausfüllen dauerte bei den KollegInnen 9 bis 13 Minuten, wobei sie besonders viel Zeit investierten und die Umfrage genau prüften. In der Einladung zur Umfrage wurden „ca. 10 Minuten“ für die Dauer angegeben.

Vor der Aussendung des Fragebogens erfolgte auch noch ein Funktionstest (am 27.12.13), wo der Link von verschiedenen Geräten und Browsern abgerufen wurde: Ipad (Browser „Safari“), iPhone (Safari), Internet Explorer und Firefox.

Erläuterungen zum Fragebogen

Dieser Abschnitt dient zur Begründung und Kurzbeschreibung der einzelnen Fragen in der Online-Umfrage. Der Fragebogen befindet sich im Anhang zur Ansicht.

Zu Beginn der Befragung wurden die TeilnehmerInnen begrüßt und nachmals auf Anonymität und Dauer der Umfrage hingewiesen. Dann folgte eine Kurzinformation zur Absicherung der notwendigen Wissensgrundlagen und Begriffe. Zuerst wurden Bezirk und Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt...) erfragt. Dann folgte die Frage, wie häufig mit mehrsprachigen Kindern gearbeitet wird. Diese Frage dient einer grundlegenden Beschreibung der Stichprobe sowie einer ergänzenden Analyse für die Untersuchung der Hypothese 1. Danach wurde nach der Anzahl an Volksschulkindern (bzw. Kindergarten, Vorschule) gefragt, um wiederum die Stichprobe zu umreißen und die Signifikanz der Aussagen im Bezug auf die Studie zu prüfen. Denn wenn die Zahl der Volksschulkinder sehr gering ist, verringert sich die Aussagekraft über den Austausch mit Lehrenden in der Volksschule.

Die darauffolgende Frage betraf die derzeitigen Therapieschwerpunkte bei den mehrsprachigen Volksschulkindern. Dies soll die Annahme der Verfasserin prüfen, dass sich Therapie und schulische Förderung in den Bereichen Grammatik und Wortschatz überschneiden (können) und dass hier ein Ansatzpunkt gemeinsamer Förderziele bestehen könnte.

Frage 3 erfordert eine Schätzung der Anzahl an Kindern, die derzeit schulische DaZ-Förderung erhalten. Mit dieser Fragestellung wird nicht nur die Aussagekraft über die Häufigkeit des Austausches geprüft, sondern auch die tatsächliche Frequenz der vom Schulsystem vorgesehenen Förderung. Denn die Förderung ist nicht Pflicht, und daher nicht in allen Schulen garantiert (vgl. Kap. 5.3).

Die vierte Frage betrifft wieder den Austausch und soll klären, ob die Informationen durch andere Quellen möglicherweise ausreichend sind und den direkten Kontakt mit Lehrpersonen ersetzen.

Frage 5 überprüft indirekt Hypothese 2, die besagt, dass LogopädInnen aufgrund von zu wenig Wissen über DaZ-Lehrende keinen Austausch anstreben. In dieser Frage wird vorerst nur das Wissen selbst erfragt, in Frage 13 (Gründe für fehlenden Austausch) wird dann direkt die zweite Hypothese untersucht.

Unter den Fragestellungen dieser empirischen Studie findet sich als Frage (d) auch, ob LogopädInnen sich mehr Wissen zu DaZ-Lehrenden und ihren Tätigkeiten wünschen. Diese Frage bezieht sich natürlich auch auf Hypothese 2. Zur Untersuchung von Fragestellung (d), wurden Punkt 6 und 7 formuliert. Frage 6 bezieht sich auf das grundlegende Interesse an Informationen, um diese in der Therapie zu berücksichtigen. In Frage 7 sollen die TeilnehmerInnen direkt angeben, ob sie sich zu Ausbildung und Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden mehr Informationen wünschen.

Frage 8 überprüft die Annahmen zum Nutzen des interprofessionellen Austausches (s. Kap. 9.3). Diese werden auch in Frage 9 nachgeprüft.

Die Antworten zu Frage 9 sollen Aufschluss über den Bedarf eines Austausches (Fragestellung b) und über die Meinung der TeilnehmerInnen dazu geben. Außerdem ist eine nochmalige Überprüfung von Hypothese 4 (Zeit als Ursache für fehlenden Austausch; s. Kap. 9.1) enthalten.

In Frage 10 wird erfragt wie oft sich die TeilnehmerInnen mit anderen Berufsgruppen austauschen. Darunter sind natürlich auch die DaZ-Lehrenden, um Hypothese 1 zu untersuchen.

In Frage 11 und 12 sollen diejenigen LogopädInnen, die derzeit einen Austausch mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-Lehrenden pflegen die Vorteile und Hindernisse in offenen Fragen nennen. Damit wird die Antwort auf Frage (b) vorbereitet.

Diejenigen, die derzeit keinen Austausch betreiben, sollten in Frage 13 die verantwortlichen Faktoren nennen. Hier kommen die Faktoren Zeit und Finanzierung, für Hypothese 4, sowie der Bedarf (für Frage b), die fehlenden Informationen (für Hypothese 2) vor, und zusammen wird Frage (c) (Gründe für fehlenden Austausch) beantwortet.

Zum Schluss der Umfrage werden Berufsalter, Ausbildung und Wissens- und Erfahrungsquellen zum Thema Mehrsprachigkeit erfragt, wiederum um die Stichprobe zu beschreiben. Die Frage zu Ausbildung und Wissensquellen wurde gestellt, weil sie mit dem Umgang mit mehrsprachigen Patienten zu tun haben. Wie Kreuzmann (vgl. 2009:17) behauptet, ist die Versorgung von mehrsprachigen Patienten nicht ausreichend, und dafür sei die mangelnde Vorbereitung der TherapeutInnen auf dieses Klientel von Seiten der Ausbildung schuld (vgl. Kap. 6.3). Dass die Ausbildung nicht auf den Aufgabenbereich Mehrsprachigkeit vorbereitet, meint auch Grohnfeldt (vgl. 2012: 181).

11 Auswertung

Die Einladungs-Email mit einem Link zum Fragebogen wurde insgesamt (erste Einladung, und zweite Einladung als Erinnerung) an 210 Verbandsmitglieder von Logopädieaustria versandt. Davon nahmen 34 erfolgreich an der Umfrage teil, und 22 Befragungen wurden nicht abgeschlossen. Eine vollständig ausgefüllte Teilnahme musste aus der Stichprobe entnommen werden, da die Fragen zum Großteil ungültig beantwortet waren und der/die TeilnehmerIn zum Schluss anmerkte, gar nicht mit Kindern zu arbeiten.

Die Auswertung erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS und mit Excel. Die ausgewerteten Statistiken werden im Folgenden in die Analyse eingearbeitet und in Form von Grafiken veranschaulicht und beschrieben. Folgende Ergebnisanalysen sind vorrangig nach der Hierarchie der Häufigkeit erläutert.

11.1 Stichprobenbeschreibung

An der Umfrage haben 34 LogopädInnen teilgenommen. Elf davon (32 %) haben bereits 20 – 30 Jahre Berufserfahrung, jeweils acht TeilnehmerInnen (24 %) sind seit 1 – 5 Jahren oder seit 15 - 20 Jahren im Beruf, vier Personen (12 %) sind seit 5 - 10 Jahren LogopädInnen und drei LogopädInnen (9 %) arbeiten schon 10 - 15 Jahre als solche.

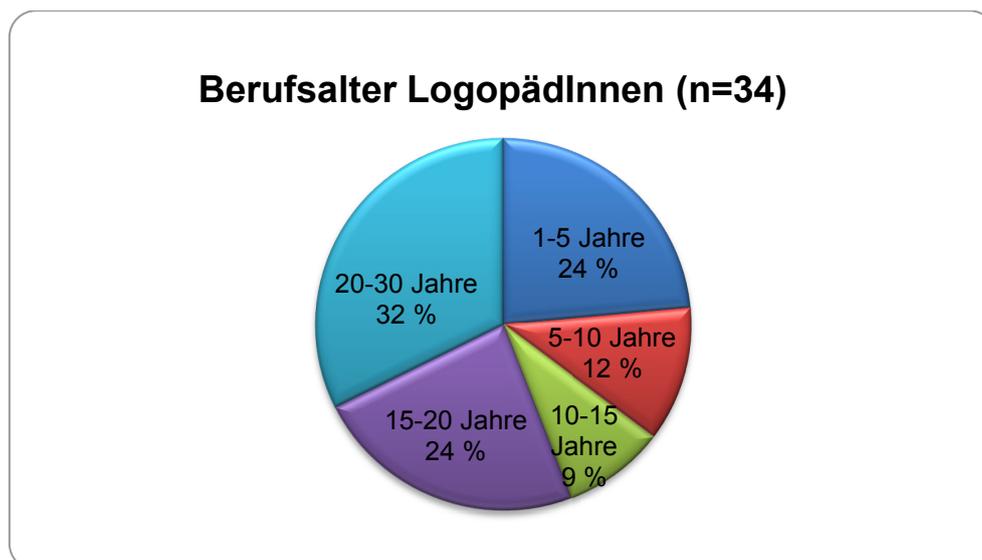


DIAGRAMM 1: BERUFSALTER LOGOPÄDINNEN

Von den 34 TeilnehmerInnen haben 15 (44 %) eine 2-jährige Logopädie-schule mit damaligem Abschluss zur/m diplomierten LogopädIn gemacht. Zwölf Personen (35 %) haben drei Jahre Ausbildung an der damaligen Akademie für den logopädisch-phoniatischen Dienst, und fünf Personen eine der seit 2006 bestehenden Fachhochschulausbildungen absolviert. Drei (9 %) der Befragten haben ein weiterführendes Masterstudium belegt. Die zusätzlich im Texteingabefeld genannten Ausbildungen lauteten: Berufsfachschule in Deutschland, 5 Jahre Uni-Studium im Ausland, Studium der Sonder- und Heilpädagogik, und Psychologiestudium.

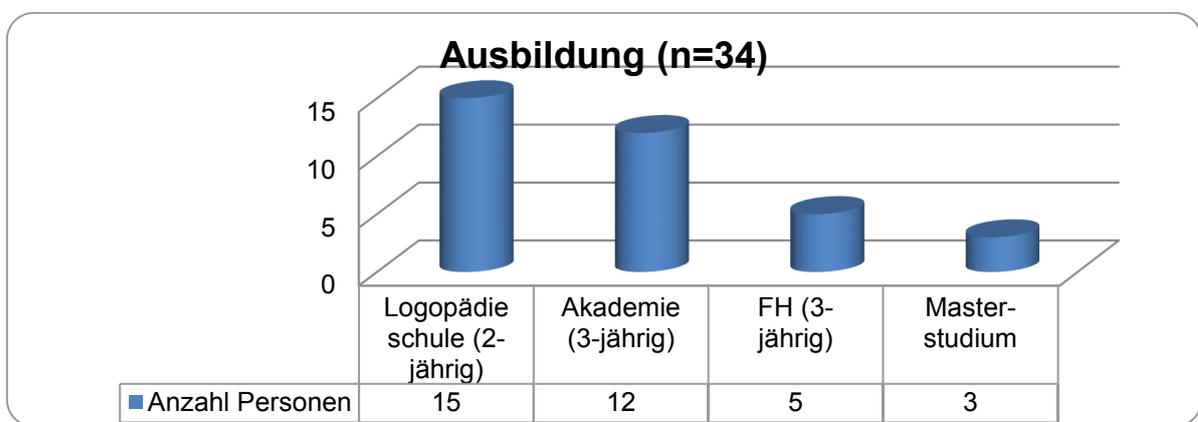


DIAGRAMM 2: AUSBILDUNG DER LOGOPÄDINNEN

Ihr Wissen über Deutsch als Zweitsprache bzw. Mehrsprachigkeit haben die Befragten zu rund 91 % aus eigenen beruflichen Erfahrungen erworben. Jeweils 24 Personen (70,6 %) gaben an, dass sie auch in Fachbüchern und Fortbildungen über Mehrsprachigkeit informiert haben. 16 Personen (47,1 %) haben in persönlichen Erfahrungen Wissen über Mehrsprachigkeit erworben und nur 14 TeilnehmerInnen (41,2 %) gaben die Ausbildung als Wissensquelle zum Thema an. Die offenen Nennungen lauteten: Nachbarschaft mit Migrantenfamilien, Qualitätszirkel, Ausbildung zur Kindergartenpädagogin.

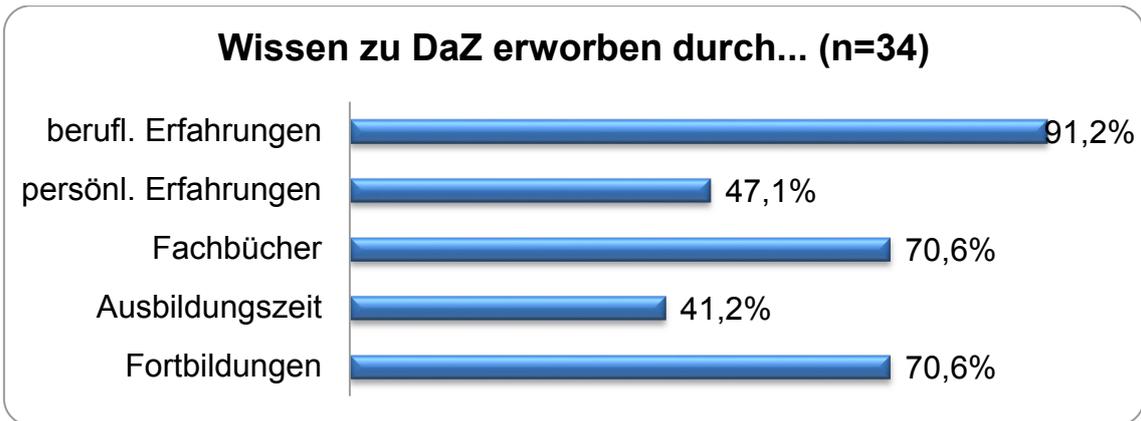


DIAGRAMM 3: WISSENERWERB ZUM THEMA MEHRSPRACHIGKEIT

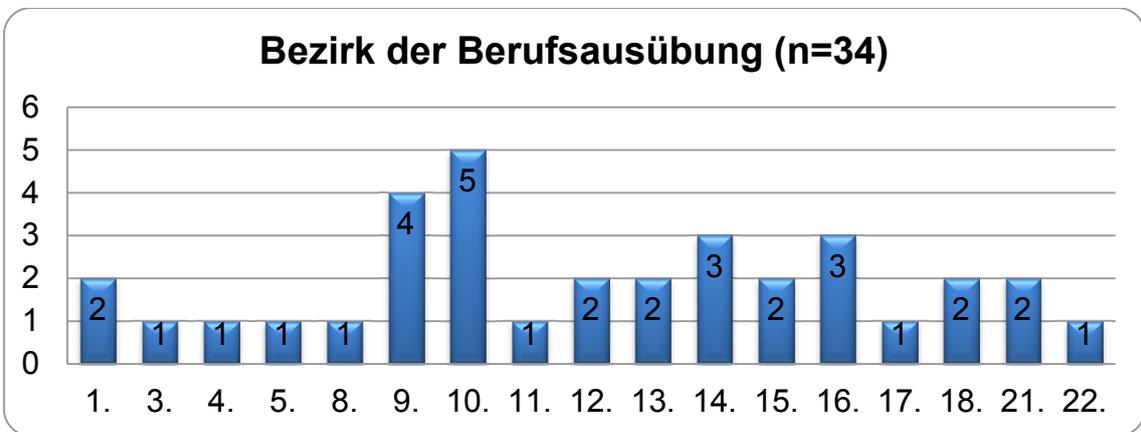


DIAGRAMM 4: BEZIRK DER BERUFSAUSÜBUNG

Von den 34 Befragten arbeiten keine KollegInnen in den Bezirken 2,6,7,19,20,23. In allen anderen Bezirken ist mindestens ein/e der UmfrageteilnehmerInnen vertreten. Besonders die Bezirke 9. und 10. ragen mit vier und fünf der befragten LogopädInnen heraus.

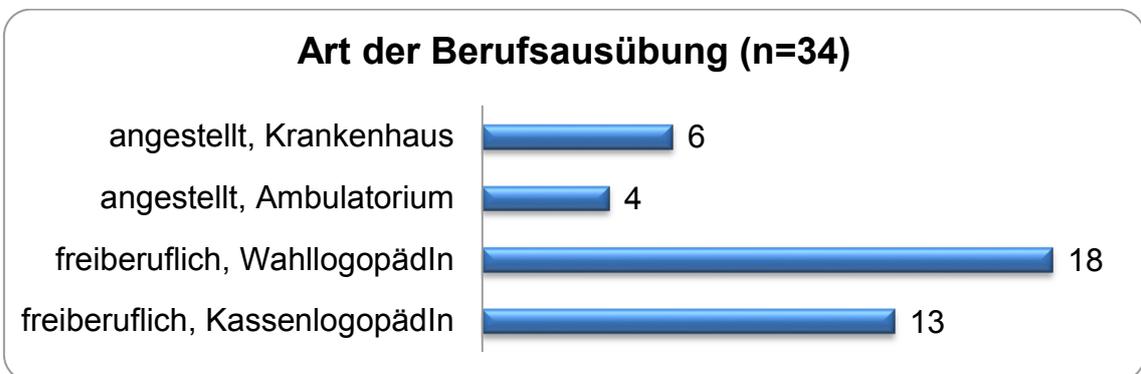


DIAGRAMM 5: ART DER BERUFSAUSÜBUNG

Die befragten LogopädInnen arbeiten zum Großteil freiberuflich, entweder als WahllogopädInnen (18 Personen) oder als KassenlogopädInnen (13 Personen). Sechs Personen sind in einem Krankenhaus angestellt, und vier TherapeutInnen arbeiten im Angestelltenverhältnis in einem Ambulatorium (von denen arbeitet ein/e TeilnehmerIn auch als KassenlogopädIn). Zwei TeilnehmerInnen haben zu Ende der Befragung im Kommentarfeld angegeben, dass sie in einem SPZ (sonderpädagogisches Zentrum) arbeiten.

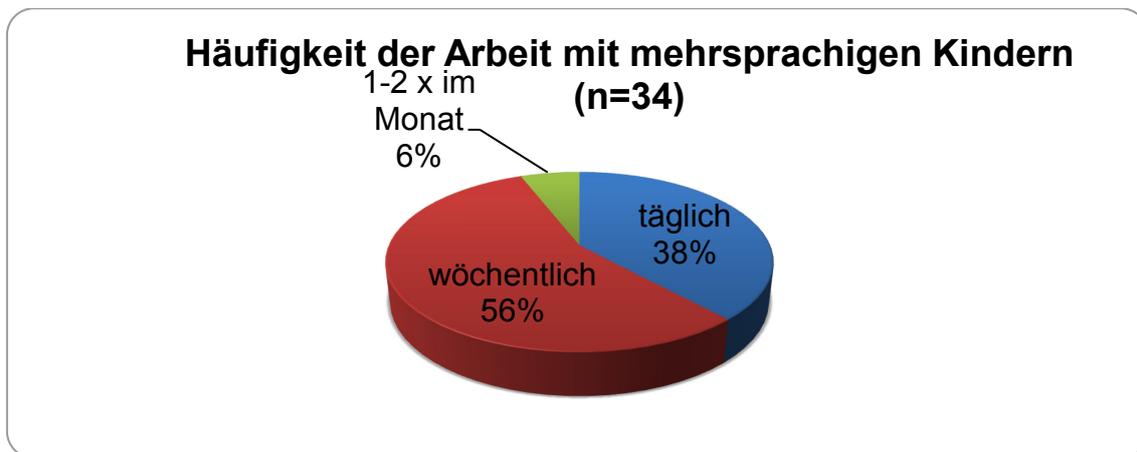


DIAGRAMM 6: HÄUFIGKEIT DER ARBEIT MIT MEHRSPRACHIGEN KINDERN

Mehr als die Hälfte (56 %) der 34 TeilnehmerInnen arbeitet wöchentlich mit Kindern, die Deutsch als Zweitsprache sprechen. 13 Personen, also 38 %, arbeiten sogar täglich mit mehrsprachigen Kindern und nur zwei Personen arbeiten nur ein bis zweimal im Monat mit solchen Kindern.

Anzahl der mehrsprachigen Therapiekinder

Insgesamt betreuen die befragten TeilnehmerInnen 126 mehrsprachige Volksschulkinder. Davon sind 36 in der 1. Klasse (n=22), 19 in der 2. Klasse (n=18), 12 in der 3. Klasse (n=16) und 11 in der 4. Klasse (n=17). 48 der therapierten Kinder besuchen derzeit die Vorschulklasse (n=21). Demgegenüber stehen 147 Kindergartenkinder (n=31), die derzeit bei den befragten KollegInnen in Therapie sind.

Häufigkeit schulischer DaZ-Förderung

Die TeilnehmerInnen wurden danach gefragt, wie viele ihrer mehrsprachigen Therapiekinder derzeit schulische Förderung in der Zweitsprache Deutsch bekommen. 10 Personen gaben an, darüber nicht informiert zu sein. Elf Personen gaben an, dass keine und zehn Personen gaben an, dass weniger als die Hälfte der Therapiekinder schulische Förderung erhalten. Nur zwei LogopädInnen sagten aus, dass mehr als die Hälfte ihrer mehrsprachigen Kinder in der Schule eine Förderung in der Zweitsprache bekämen. Die KollegInnen, die in einem SPZ arbeiten gaben an, dass dort keine DaZ-Lehrenden tätig seien.

TABELLE 1: HÄUFIGKEIT SCHULISCHER DAZ-FÖRDERUNG

Wie viele der von Ihnen betreuten Kinder im Volksschulalter erhalten derzeit schulische Förderung in der Zweitsprache Deutsch? (n=23)			
		Häufigkeit	Gültige Prozente
	kein Kind	11	47,8
	weniger als die Hälfte	10	43,5
Gültig	mehr als die Hälfte	2	8,7
	Gesamt	23	100,0
	nicht beantwortet	1	
Fehlend	darüber bin ich nicht informiert	10	
	Gesamt	11	
Gesamt		34	

11.2 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Abschnitt werden nun die vorweg gestellten Hypothesen anhand der Umfrageergebnisse verifiziert.

11.2.1 Hypothese 1

Es findet kein oder kaum Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Förderlehrenden statt.

Wie häufig tauschen Sie sich mit folgenden Berufsgruppen bzgl. eines Ihrer mehrsprachigen Therapiekinder aus?

TABELLE 2: AUSTAUSCH MIT DAZ-LEHRENDEN

Austausch mit Deutsch als Zweitsprache-FörderlehrerInnen (n=27)		Häufigkeit	Gültige Prozenste
Gültig	nie	19	70,4
	1-2 x im Jahr	5	18,5
	alle 3 Monate	2	7,4
	mehr als einmal im Monat	1	3,7
	Gesamt	27	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	5	
	kann ich nicht beurteilen	2	
	Gesamt	7	
Gesamt		34	

Um die Hypothese 1 zu überprüfen, wurden die TeilnehmerInnen gefragt, wie oft sie sich mit Deutsch als Zweitsprache-Lehrenden austauschen. Von den 34 Personen haben 27 eine gültige Antwort gegeben (n=27). Davon tauschen sich 19 LogopädInnen nie mit DaZ-Lehrenden aus. Fünf KollegInnen betreiben einen jährlichen Austausch (1-2x pro Jahr), zwei Personen sind alle drei Monate mit DaZ-Lehrenden in Kontakt, und nur eine Person hält mehr als einmal im Monat Rücksprache mit DaZ-Lehrenden.

Chi-Quadrat-Test: Häufigkeiten

In einem durchgeführten Chi-Quadrat-Test zur Untersuchung der Häufigkeitsverteilung zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen NIE und anderen gültigen Angaben.

TABELLE 3: AUSTAUSCH MIT DAZ-LEHRENDEN, X²-TEST

Austausch mit DaZ-Lehrenden			
	Beobachtetes N	Erwartete Anzahl	Residuum
1,00	19	13,5	5,5
2,00	8	13,5	-5,5
Gesamt	27		

TABELLE 4: X²-TEST; SIGNIFIKANZ

Statistik für Chi-Quadrat-Test	
	Austausch mit DaZ-Lehrenden
Chi-Quadrat	4,481 ^a
df	1
Asymptotische Signifikanz	,034

a. Bei 0 Zellen (0,0 %) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 13,5.

Die statistische Analyse zeigt: Die Anzahl der LogopädInnen, die sich nie mit DaZ-Lehrenden ihrer mehrsprachigen Therapiekinde austauschen, ist mit einer Signifikanz von 0,034 deutlich höher als die Zahl derjenigen die sich hin und wieder austauschen [$\chi^2(1,27) = 4,481, p < .05$]. Dies bestätigt die Hypothese 1, nämlich dass kaum oder kein Austausch stattfindet.

Gegenüberstellung Häufigkeit Austausch – Häufigkeit mehrsprachige Therapekinder

Eine Gegenüberstellung der Variablen „Häufigkeit des Austausches mit DaZ-Lehrenden“ versus „Häufigkeit der Arbeit mit DaZ-Kindern“ zeigte, dass die 19 Befragten, die sich nie mit DaZ-Lehrenden austauschen, alle mit mehrsprachigen Kindern arbeiten. 12 davon (63 %) arbeiten wöchentlich, und sechs TeilnehmerInnen (32 %) sogar täglich mit Kindern, die Deutsch als Zweitsprache sprechen.

TABELLE 5: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH – HÄUFIGKEIT MEHRSPRACHIGE THERAPIEKINDER

		Wie häufig arbeiten Sie mit Kindern, die Deutsch als Zweitsprache sprechen?				
		Tägl.	Wöchentlich	1-2 x im Monat	Gesamt	
Austausch mit DaZ-Lehrenden	nie	Anzahl	6	12	1	19
		Erwartete Anzahl	7,3	10,6	1,1	19,0
		% innerhalb von „Austausch mit DaZ-Lehrenden	31,6 %	63,2 %	5,3 %	100,0 %
		% der Gesamtzahl	17,6 %	35,3 %	2,9 %	55,9 %
		Standardisierte Residuen	-,5	,4	-,1	
	alle gültigen Stimmen	Anzahl	4	3	1	8
		Erwartete Anzahl	3,1	4,5	,5	8,0
		% innerhalb von „Austausch mit DaZ-Lehrenden	50,0 %	37,5 %	12,5 %	100,0 %
		% der Gesamtzahl	11,8 %	8,8 %	2,9 %	23,5 %
		Standardisierte Residuen	-,5	,7	,8	
	nicht gewählt, ungültig	Anzahl	3	4	0	7
		Erwartete Anzahl	2,7	3,9	,4	7,0
		% innerhalb von „Austausch mit DaZ-Lehrenden	42,9 %	57,1 %	0,0 %	100,0 %
		% der Gesamtzahl	8,8 %	11,8 %	0,0 %	20,6 %
		Standardisierte Residuen	,2	,0	-,6	
Gesamt	Anzahl	13	19	2	34	
	Erwartete Anzahl	13,0	19,0	2,0	34,0	
	% innerhalb von „Austausch mit DaZ-Lehrenden	38,2 %	55,9 %	5,9 %	100,0 %	
	% der Gesamtzahl	38,2 %	55,9 %	5,9 %	100,0 %	

11.2.2 Hypothese 2

LogopädInnen verfügen über wenig bis kein Wissen zum Tätigkeitsfeld der DaZ-Förderlehrenden.

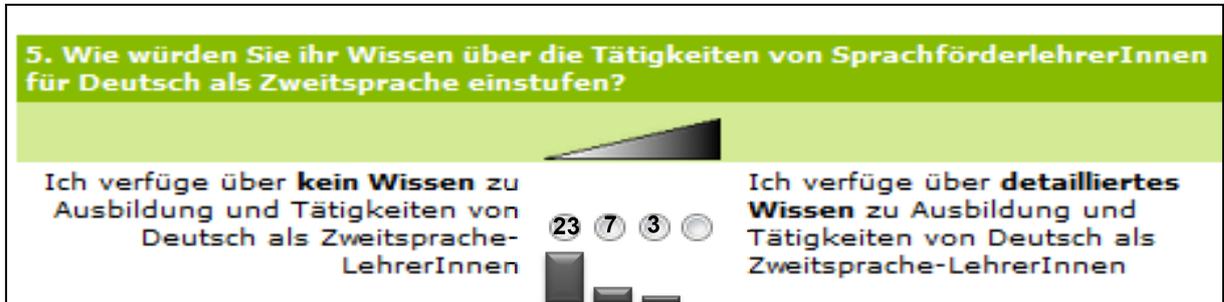


DIAGRAMM 7: WISSEN ÜBER DAZ-LEHRENDE

Die Frage nach ihrem Wissen zu den Tätigkeiten von DaZ-Lehrenden beantworteten 33 TeilnehmerInnen (n=33). Davon verfügen **23 Personen (68 %) über kein Wissen**, 7 (21 %) über wenig Wissen und drei (9 %) über passables Wissen. Keine Person gab an, detailliertes Wissen zu Ausbildung und Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden zu haben. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen auch hier eine eindeutige Bestätigung der Hypothese 2.

11.2.3 Hypothese 3

Mangelndes Wissen über das Handlungsfeld der anderen Berufsgruppe bedingt den fehlenden Austausch.

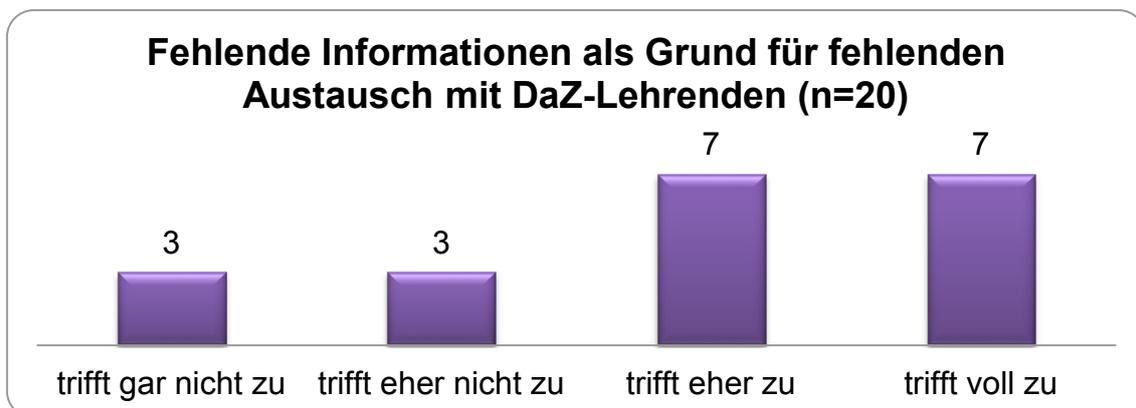


DIAGRAMM 8: KEIN AUSTAUSCH WEGEN FEHLENDEN INFORMATIONEN

Bei den Faktoren, die ausschlaggebend dafür sind, dass kein Austausch betrieben wird, wurde nochmals nach den Informationen über die Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden gefragt, um die Hypothese 3 zu prüfen. 20 Personen gaben hier eine gültige Antwort. Wie in der Grafik gut ersichtlich ist, geht der Trend in Richtung Zustimmung, also, dass die **fehlenden Informationen tatsächlich ausschlaggebend** sind. Während jeweils sieben Personen angaben, dass dieser Grund eher, oder voll zutrifft, kreuzten jeweils drei Personen an, dass es (eher) nicht als Grund für den fehlenden Austausch gilt. Hypothese 3 gilt hiermit als bestätigt.

11.2.4 Hypothese 4

Mangelnde Zeit und Finanzierung bedingen den fehlenden Austausch.



DIAGRAMM 9: KEIN AUSTAUSCH WEGEN ZEITMANGEL

Die Hälfte der Befragten gab hier eine gültige Antwort (n=17). Der Trend zeigt, dass der **Faktor Zeit (eher) nicht als Grund für den fehlenden Austausch** zu werten ist. Während acht Personen es nicht, und vier Personen es eher nicht als Ursache sehen, trifft dieser Grund für fünf Personen eher schon zu. Keine Person aber gab an, dass der Faktor Zeit „voll“ als Grund für den fehlenden Austausch zutrifft.

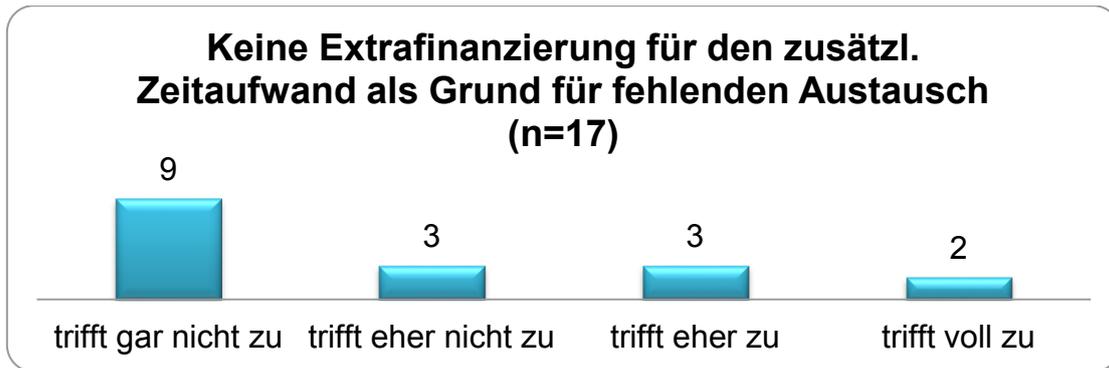


DIAGRAMM 10: KEIN AUSTAUSCH WEGEN FEHLENDER FINANZIERUNG

Die zweite Annahme war, dass der zusätzliche Zeitaufwand, welcher in der Regel nicht bezahlt wird, ein Grund ist, weshalb LogopädInnen keinen Austausch mit DaZ-Lehrenden suchen. Wie die Grafik zeigt, trifft diese Annahme für die Mehrheit nicht zu. Denn für neun von 17 Personen trifft es gar nicht, und für drei eher nicht zu. Drei Personen werten die Finanzierung eher als Grund, und für zwei Befragte ist dies tatsächlich ein ursächlicher Faktor, dass sie sich nicht austauschen. Hypothese 4 gilt somit als widerlegt.

In Frage 9 wurden nochmals die Meinungen der TeilnehmerInnen zum Austausch mittels Likert-Skala erfragt. Eine zu bewertende Aussage betraf den Faktor Zeit als schwierige Hürde.

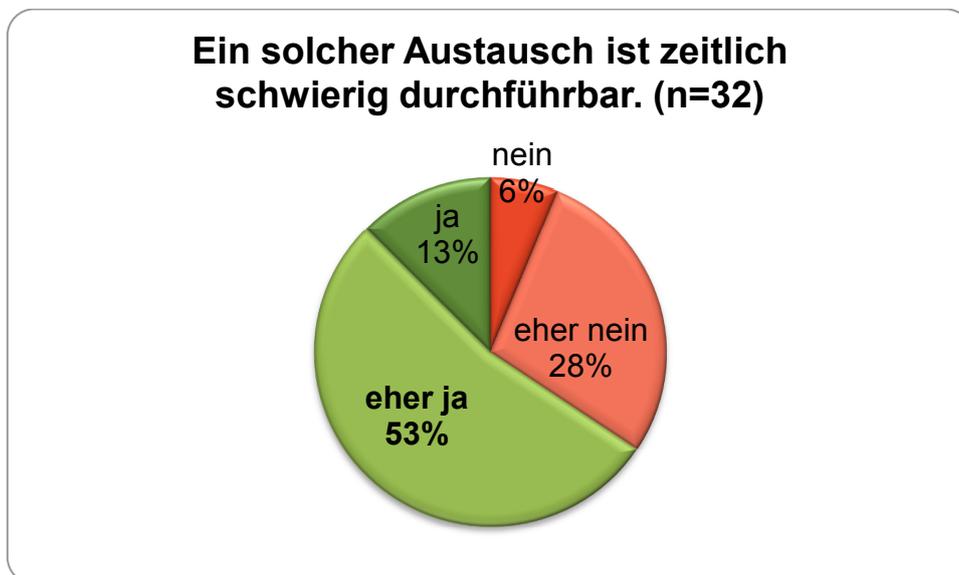


DIAGRAMM 11: AUSTAUSCH ZEITLICH SCHWIERIG DURCHFÜHRBAR

Aus der Literatur und aus der Praxis ergab sich die Annahme, dass ein Austausch zeitlich schwierig durchführbar sein könnte. Dieser Aussage wurde

von 53 % (17 Personen) mit „eher ja“ und von vier LogopädInnen (13 %) mit „ja“ zugestimmt. Neun Befragte (28 %) halten den Austausch „eher nicht“ und zwei „nicht“ für zeitlich schwierig durchführbar.

Da bei dieser Frage mehr TeilnehmerInnen eine gültige Antwort gaben als bei der obigen Frage, könnte die Hypothese zum Faktor Zeit anhand der Mehrheit als teilweise bestätigt interpretiert werden. Da aber die Meinungsangabe in Frage 9 nicht direkt als Ursache für den fehlenden Austausch erfragt wurde, gelten die obigen Aussagen dennoch stärker. Der Faktor Finanzierung wurde kein zweites Mal im Fragebogen überprüft.

11.3 Beantwortung der Fragestellungen

Frage (a)

Findet ein interprofessioneller Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen in Wien statt, um die parallele Betreuung von mehrsprachigen Kindern mit Deutsch als Zweitsprache zu verbessern?

Obwohl die Hypothese 1 bestätigt wurde, da die Mehrheit der LogopädInnen sich nicht mit DaZ-Lehrenden austauschen, kann diese Frage bejaht werden. Denn von den 27 TeilnehmerInnen, die sich zum Austausch mit der Berufsgruppe der DaZ-Lehrenden geäußert haben, pflegen immerhin acht Personen einen Austausch (s. Kap. 11.2.1). Die meisten, nämlich fünf LogopädInnen, haben nur jährlich, zwei Personen haben alle drei Monate und eine Person hat mehr als einmal im Monat Kontakt zu DaZ-Lehrenden.

Frage (b)

Wie hoch ist der Bedarf eines Austausches und welche Vorteile sehen LogopädInnen darin?

Wie hoch der Bedarf ist, ist anhand der Umfrage nicht mit Sicherheit zu beantworten. Aus Sicht der LogopädInnen dürfte der Bedarf gegeben sein, da 19 Personen bei der Frage nach den Ursachen für fehlenden Austausch (s. Frage c) die Kategorie „Kein Bedarf eines Austausches“ mit einem Mittelwert von 1,42 dagegen gestimmt haben (Likert-Skala von 1-4; „1“ = „trifft nicht zu“). Auch die Daten aus den Häufigkeitsanalysen zeigen, dass sich 19 Befragte nie

mit DaZ-Lehrenden austauschen, obwohl sie wöchentlich bis täglich mit mehrsprachigen Kindern arbeiten (s. Kap. 11.1 und 11.2.1).

Es wurde allerdings an anderer Stelle nochmals gefragt, ob ein solcher Austausch gewünscht wird.

TABELLE 6: WUNSCH NACH AUSTAUSCH

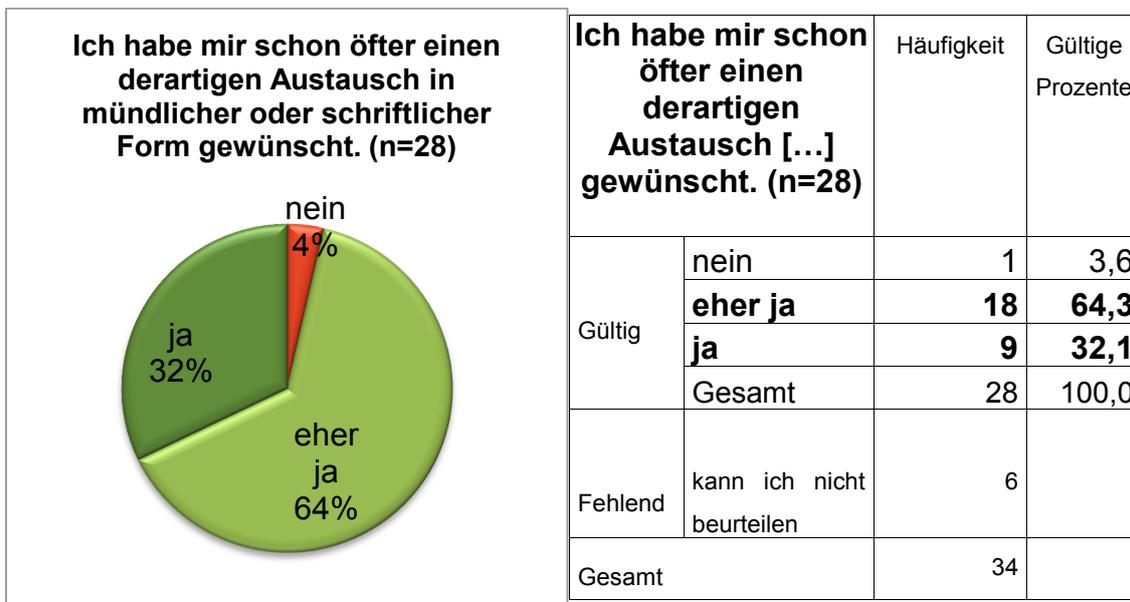


DIAGRAMM 12: WUNSCH NACH AUSTAUSCH

Die Aussage „Ich habe mir schön öfter einen derartigen Austausch in mündlicher oder schriftlicher Form gewünscht“ wurde von 28 LogopädInnen gültig beantwortet. Die Mehrheit stimmte mit „eher ja“ zu (18 Personen), und neun Personen stimmten eindeutig mit „Ja“ zu. Nur eine Person antwortete hier mit „Nein“.

Die Frage nach dem Bedarf kann vielleicht insofern bejaht werden, als sich der Großteil der Befragten einen Austausch schon einmal gewünscht hat und die Notwendigkeit, wie bereits beschrieben, vorhanden ist.

Die Vorteile eines Austausches mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-LehrerInnen wurden in offenen Fragen erhoben. Daraus entstanden folgende Aussagen. Ähnliche Aussagen wurden auf der linken Seite zu inhaltlichen Gruppen zusammengefasst, aber im Wortlaut belassen. In der rechten Spalte findet sich die Zusammenfassung der Aussagen.

TABELLE 7: VORTEILE DES AUSTAUSCHES

Vorteile eines Austausches mit KlassenlehrerIn oder DaZ-LehrerIn	
Original-Aussagen	Zusammenfassung
<p><i>Probleme in der Schule aufgreifen;</i></p> <hr/> <p><i>ich kann spezielle Probleme des Kindes darstellen, die berücksichtigt werden in Beurteilung;</i></p>	<p>Therapeutin kann bei schulischen Problemen unterstützen.</p>
<p><i>manchmal ist es wichtig zu klären, was am Sprachentwicklungsdefizit mit der noch mangelnden Erfahrung (wegen Zweitsprache) zusammenhängt - und was tatsächlich SES ist.;</i></p> <hr/> <p><i>Bestätigung Sicherheit;</i></p>	<p>Therapeutin erhält Hinweise zur Ergänzung, und/oder Bestätigung der Diagnostik.</p>
<p><i>gesamtheitlichere Sicht auf das Kind kenne das Kind meist nur im Einzelsetting;</i></p> <hr/> <p><i>besseres Bild über schulische Fähigkeiten des Kindes;</i></p> <hr/> <p><i>Ein Bild des Kindes in der Schule zu bekommen;</i></p> <hr/> <p><i>Klassenlehrerin: häufig unterscheidet sich das Bild, das LehrerInnen von Kindern (in der Gruppensituation) haben deutlich von meinem Bild (in der Einzelsituation);</i></p> <hr/> <p><i>Bessere Einschätzung der Lernsituation und Förderung in der Schule;</i></p> <hr/> <p><i>Ich erfahre mehr über die Rahmenbedingungen</i></p>	<p>Therapeutin erhält ein ganzheitliches Bild der sprachlichen Handlungsbedingungen und Fähigkeiten des Kindes.</p>
<p><i>Dass ich weiß, welche Fortschritte das Kind in der Schule macht;</i></p> <hr/> <p><i>über Fortschritt in Schule austauschen;</i></p> <hr/> <p><i>Ich erhalte Rückmeldung übe Therapieeffizienz im schulischen Alltag;</i></p> <hr/> <p><i>Um herauszubekommen, wo Fortschritte zu bemerken sind,</i></p>	<p>Therapeutin erhält Rückmeldung zu den schulischen Fortschritten des Kindes und zur Therapieeffizienz.</p>
<p><i>mehr Infos;</i></p> <hr/> <p><i>eigener Wissenszuwachs;</i></p> <hr/> <p><i>Erfahre mehr über andere Fördermaßnahmen oder Therapien</i></p>	<p>Therapeutin profitiert von fachlichen Informationen.</p>
<p><i>Um herauszubekommen, was das Kind gerade besonders interessiert;</i></p> <hr/> <p><i>Um herauszubekommen, wo Probleme zu erwarten</i></p>	<p>Therapeutin erhält zusätzliche Anhaltspunkte für gezielte Therapieangebote und in Folge für</p>

<p><i>sind</i></p> <hr/> <p><i>Therapieziele;</i> <i>gezieltes Therapieangebot</i></p>	<p>die Therapieplanung.</p>
<p><i>Wenn in der Schule ein Manualseystem für Artikulation/Schriftspracherwerb eingeführt wird, versuche ich nach Möglichkeit dieses zu übernehmen, sofern es mir sinnvoll scheint</i></p>	<p>Therapeutin kann schulische Inhalte zugunsten des Kindes in die Therapie miteinbeziehen.</p>
<p><i>mitteilen woran in Logopädie gearbeitet</i></p> <hr/> <p><i>Ich erhalte Unterstützung beim Üben mit dem Kind (z.B.: Verberwerb)</i></p> <hr/> <p><i>gemeinsame Ziele verfolgen;</i></p>	<p>Therapeutin kann Therapieinhalte an LehrerIn mitteilen, zugunsten einer effizienten Förderung und gemeinsamer Ziele.</p>
<p><i>bessere Elternberatung</i></p>	<p>Therapeutin kann aufgrund des umfassenderen Bildes auf das Kind die Eltern besser beraten.</p>

Frage (c)

Welche Gründe für mangelnden interprofessionellen Austausch geben LogopädInnen an?



DIAGRAMM 13: GRÜNDE FÜR FEHLENDEN AUSTAUSCH

Die Gründe, weswegen ein Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden ausbleibt sind am ehesten der hohe Organisationsaufwand und die fehlenden Informationen über die Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden. 20 Personen haben die Kategorie „Keine Informationen über die Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden“ in der 4-stufigen Likert-Skala gültig beantwortet und zusammen einen Mittelwert von 2,9 erreicht. Dies bedeutet, dass 20 LogopädInnen die fehlenden Informationen eher als Grund für den ausbleibenden Austausch sehen. Der zweithöchste Wert erschien in der Kategorie „zu hoher Organisationsaufwand“ (n=19) mit 2,05. Alle anderen vorgeschlagenen Gründe zählen für die Befragten eher nicht als Ursache. Der niedrigste Mittelwert, nämlich 1,26, zeigte sich in der Kategorie „Kein Interesse...“, welche von 19 Personen beantwortet wurde. Mit 1,42 war die Kategorie „Kein Bedarf...“ der zweitniedrigste Wert, ebenfalls von 19 KollegInnen beantwortet. Die Möglichkeiten „Keine Extrabezahlung...“ und „Keine Zeit“ wurden von jeweils 17 KollegInnen beantwortet und erreichten die Mittelwerte 1,88 und 1,82, und sind also als (eher) nicht zutreffend zu werten.

In den (verwendbaren) offenen Nennungen fanden sich folgende Ursachen für den fehlenden Austausch:

TABELLE 8: GRÜNDE FÜR FEHLENDEN AUSTAUSCH

Gründe für fehlenden Austausch mit DaZ-Lehrenden	
Original-Aussagen	Zusammenfassung
<p><i>Keiner meiner Kinder erhält diese Förderung in der schule</i></p> <hr/> <p><i>in der Schule, in der ich arbeite gibt es keine DaZ-LehrerIn</i></p> <hr/> <p><i>fehlende Information, welche Kinder in DaZ schulisch gefördert werden=TN aus SPZ „Berücksichtigung von Syndromen...“</i></p> <hr/> <p><i>Habe derzeit kein Kind, welches von DaZ-LehrerInnen betreut wird</i></p> <hr/> <p><i>derzeit kein entsprechendes Kind, und sonst bin ich noch nie damit konfrontiert worden</i></p>	<p>Die Therapiekinder bekommen keine DaZ-Förderung, in den Schulen arbeiten keine DaZ-Lehrenden oder TherapeutInnen sind nicht über Daz-Förderung informiert.</p>
<p><i>Kontakt mit Schulen ist oft schwierig, die Klassenlehrerinnen wünschen das oft nur halbherzig und man bekommt unmögliche Termine oder keine verwendbare Telefonnummer.....oder wird zur Schule in die Sprechstunde gebeten. Selten einmal gibt es Offenheit von Seiten der Schulen.</i></p>	<p>Schlechte Mitarbeit der KlassenlehrerInnen; organisatorische Schwierigkeiten.</p>
<p><i>kenne meist nur die Klassenlehrerin</i></p>	<p>Kein Kontakt zu DaZ-Lehrenden</p>

Frage (d)

Wünschen sich LogopädInnen mehr Informationen zum Tätigkeitsfeld der DaZ-Förderlehrenden?

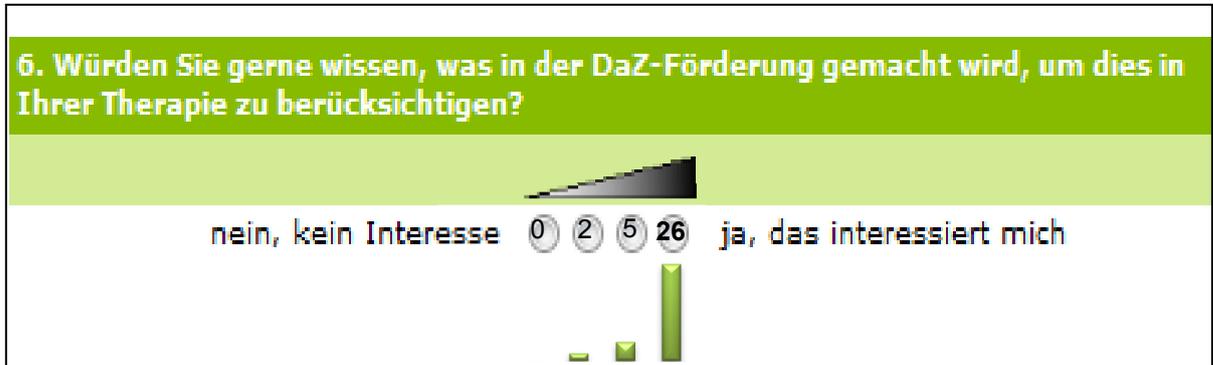


DIAGRAMM 14: INTERESSE AN INFO ÜBER DAZ-FÖRDERUNG

Aufgrund der Hypothese 3, die besagt, dass der Mangel an Informationen für den fehlenden Austausch (mit-)verantwortlich ist, wurde auch die Frage (d) gestellt, nämlich ob sich LogopädInnen mehr Informationen zu Ausbildung und Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden wünschen. In der Umfrage wurde einerseits gefragt, ob sich die TeilnehmerInnen für die Inhalte der DaZ-Förderung interessieren, damit sie diese in der Therapie berücksichtigen könnten. Die 33 gültigen Antworten zeigen eindeutig, dass die befragten LogopädInnen Interesse für die Inhalte der DaZ-Förderung hegen. Denn 26 Personen (77 %) gaben hier „ja, das interessiert mich“ an, drei Personen sind eher schon, und zwei eher nicht interessiert.



DIAGRAMM 15: WUNSCH NACH INFO ÜBER DAZ-LEHRENDE

Insgesamt 33 Personen (n=33) gaben eine gültige Antwort auf die Frage, ob sie sich mehr Informationen zu Ausbildung und Tätigkeiten von DaZ-Lehrenden wünschen. Wie die Auswertung zeigt, stimmten sechs Personen eher für ja und 27 LogopädInnen (79 %) gaben an, dass sie sich mehr Informationen wünschen.

11.4 Weitere Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden solche Ergebnisse ausgewertet und beschrieben, die nicht direkt die Hypothesen und Fragestellungen betrafen, die aber zur Untermauerung der Argumentation und zur besseren Beschreibung der Stichprobe genutzt werden können.

11.4.1 Überschneidungsbereiche von Logopädie und DaZ

Um die Annahme abzusichern, dass sich Therapie und DaZ-Förderung in den Bereichen Grammatik und Wortschatz überschneiden, wurden die TeilnehmerInnen befragt, welcher Therapiebereich wie häufig bei den mehrsprachigen Kindern im Mittelpunkt steht.

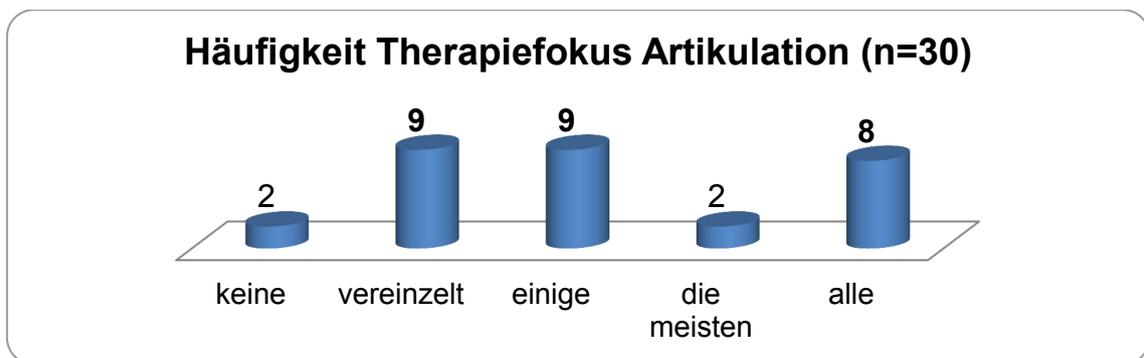


DIAGRAMM 16: THERAPIEFOKUS ARTIKULATION

Für den Bereich Artikulation ergab die Befragung ein heterogenes Bild, denn jeweils neun Personen gaben „vereinzelt“ und „einige (Kinder)“ an, während acht Personen wiederum bei allen mehrsprachigen Therapiekindern auch an der Artikulation arbeiten.

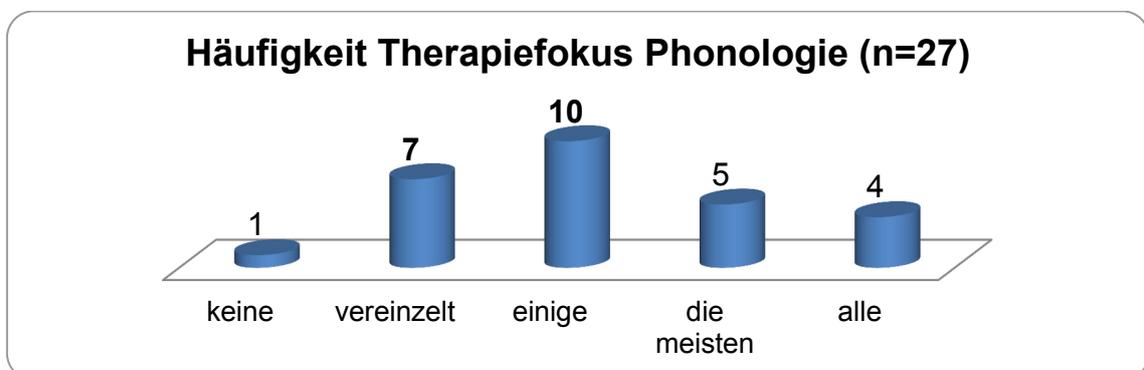


DIAGRAMM 17: THERAPIEFOKUS PHONOLOGIE

Den Schwerpunkt im Bereich Phonologie setzen zehn Personen von 27 (n=27) bei einigen Kindern. Wie die Grafik zeigt, liegt dieser Wert in der Mitte, knapp darunter sind sieben Personen, die vereinzelt an der Phonologie arbeiten.

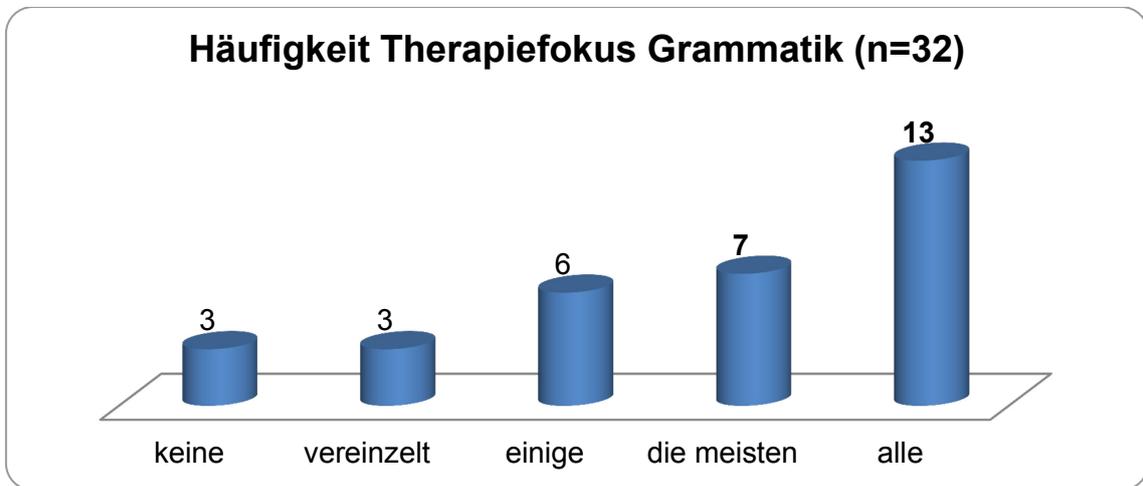


DIAGRAMM 18: THERAPIEFOKUS GRAMMATIK

Der Bereich Grammatik (Morphologie und Syntax) war für 32 Personen eine Antwort wert. Davon gaben 13 Befragte an, dass sie mit allen mehrsprachigen Therapiekindern an der Grammatik arbeiten. Die Annahme, dass hier ein Überschneidungsbereich mit der schulischen Förderung liegt, wird durch dieses Ergebnis bestätigt.

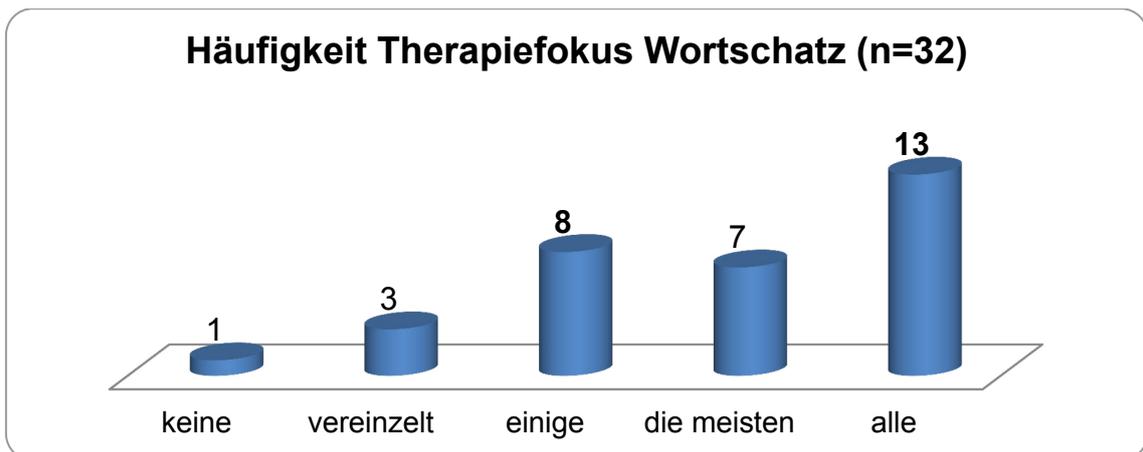


DIAGRAMM 19: THERAPIEFOKUS WORTSCHATZ

Auch das Thema Wortschatz wurde von 32 Befragten gültig beantwortet. Wiederum gaben 13 LogopädInnen an, dass alle ihre Therapiekinder in diesem

Bereich Therapie erhalten. Somit ist auch das Thema Wortschatz ein Überschneidungsbereich von Logopädie und DaZ-Förderung.

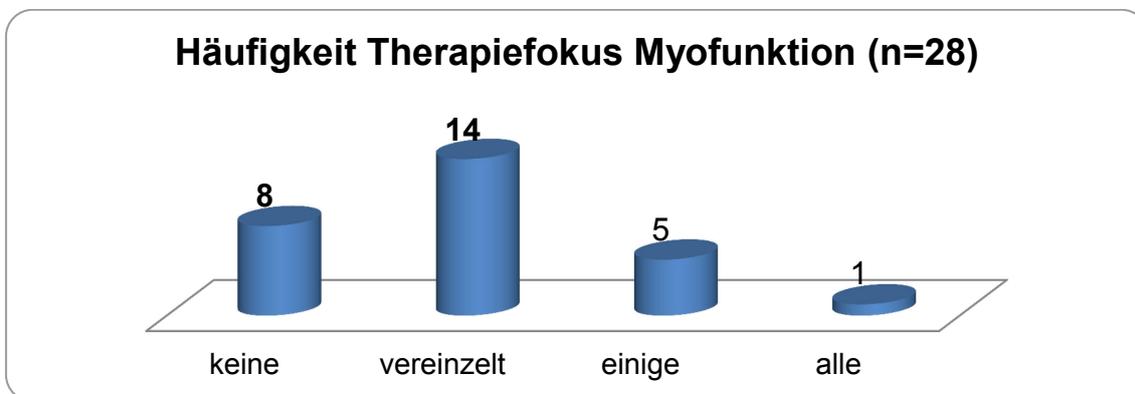


DIAGRAMM 20: THERAPIEFOKUS MYOFUNKTION

28 Personen beantworteten die Frage nach der Myofunktionellen Therapie. Dieser Bereich ist bei den mehrsprachigen Therapiekindern aber nur vereinzelt das Hauptthema, wie 14 LogopädInnenangaben.

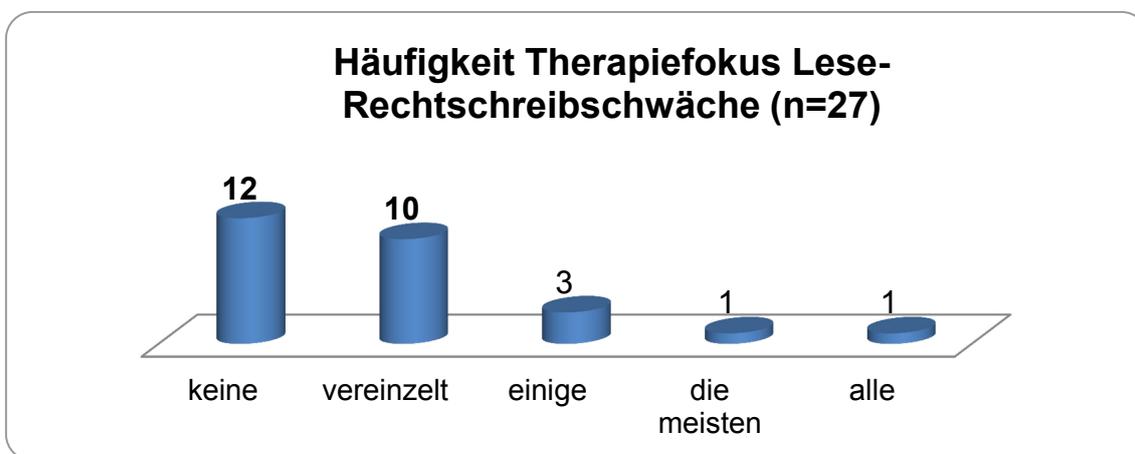


DIAGRAMM 21: THERAPIEFOKUS LRS

Im Bereich Lese-Rechtschreibschwäche zeigte sich anhand der 27 gültigen Antworten eine deutliche negative Tendenz. 12 Personen therapieren keine und zehn Personen behandeln nur vereinzelt mehrsprachige Kinder im Schwerpunkt Lese-Rechtschreibschwäche.

Häufigkeit Therapiefokus Redefluss (n=24)

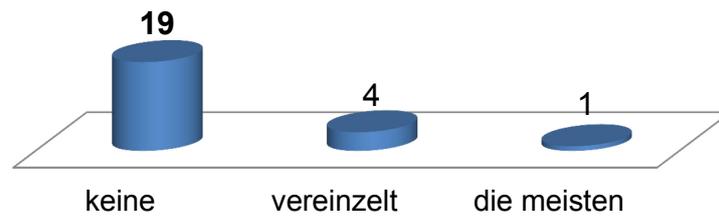


DIAGRAMM 22: THERAPIEFOKUS REDEFLUSS

Anhand der Aussage von 24 TeilnehmerInnen erweist sich, dass das Thema Redefluss in den meisten Fällen nachrangig ist. Anders gesagt, für 19 von 24 LogopädInnen ist dies kein Therapieschwerpunkt bei ihren mehrsprachigen Therapiekindern.

Häufigkeit Therapiefokus Stimme (n=26)

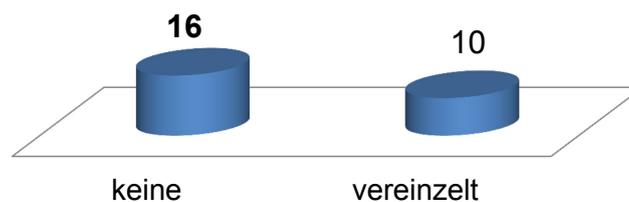


DIAGRAMM 23: THERAPIEFOKUS STIMME

Das Antwortverhalten (n=26) zur Stimmtherapie zeigte eindeutig, dass dies kein (16 Personen) oder nur vereinzelt (10 Personen) Hauptthema in der Therapie mehrsprachiger Kinder im Volksschulalter ist.

In den offenen Nennungen wurden noch die Arbeit bei Kindern mit Entwicklungsstörungen bzw. die Arbeit an den primären Mundfunktionen, die Arbeit mit autistischen Kindern, sowie die Therapieziele „Aufmerksamkeit, Konzentration, Beziehung, Bindung, Spielentwicklung und emotionale Stabilität“ genannt. Das Sprachverständnis bzw. die Arbeit bei Sprachentwicklungsverzögerung oder -störung sind allgemeine Störungsbilder, unter die immer auch die oben fragten Bereiche (Aussprache, Wortschatz, Grammatik..) hineinfallen.

Das Fazit dieses Kapitels zum therapeutischen Schwerpunkt könnte lauten, dass, wie vermutet, sowohl in Therapie als auch in der Schule an Grammatik

und Wortschatz gearbeitet wird. Dadurch ergibt sich eine Überschneidung, welche durch den interprofessionellen Austausch optimiert werden kann.

11.4.2 Informationen über DaZ-Förderung aus anderen Quellen

Eine Frage zur Häufigkeit von andern Informationsquellen sollte überprüfen, ob ein Austausch möglicherweise redundant wäre, weil die TherapeutInnen über andere Wege vom DaZ-Unterricht erfahren. Hier wurde außerdem nochmals nach dem Austausch mit den LehrerInnen gefragt, um die Hypothese 1 mittels einer zweiten Frage doppelt zu prüfen.

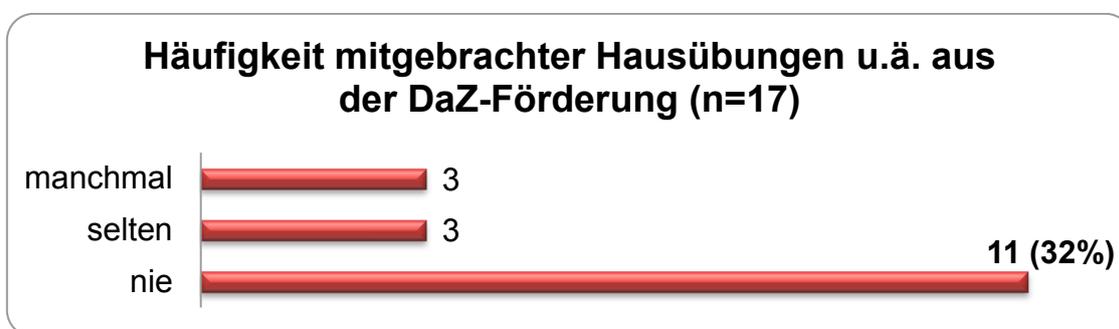


DIAGRAMM 24: HAUSÜBUNGEN ALS INFO-QUELLE

Die Antworten zeigten, dass mitgebrachte Hausübungen nicht als Informationsquelle über die DaZ-Förderung dienen, denn elf (32 %) von 17 gültigen Antworten lauteten „nein“.

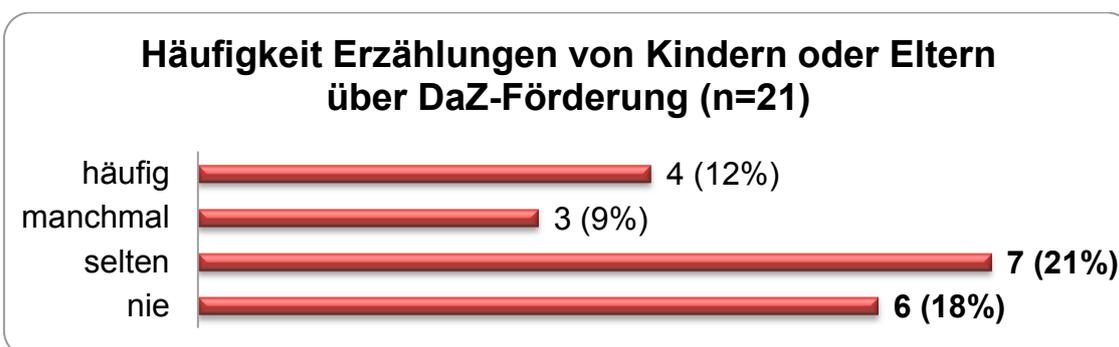


DIAGRAMM 25: ERZÄHLUNGEN ALS INFO-QUELLE

Von 21 gültigen Antworten weisen zwar die meisten darauf hin, dass Erzählungen von Eltern und Kindern auch kaum (7 „selten“, 6 „nie“) als Informationsquelle über die schulische DaZ-Förderung gelten. Doch immerhin

gaben vier (12 %) von 21 Personen an, dass sie häufig durch Erzählungen von der DaZ-Förderung hören. Bei drei Personen (9 %) ist dies manchmal der Fall.

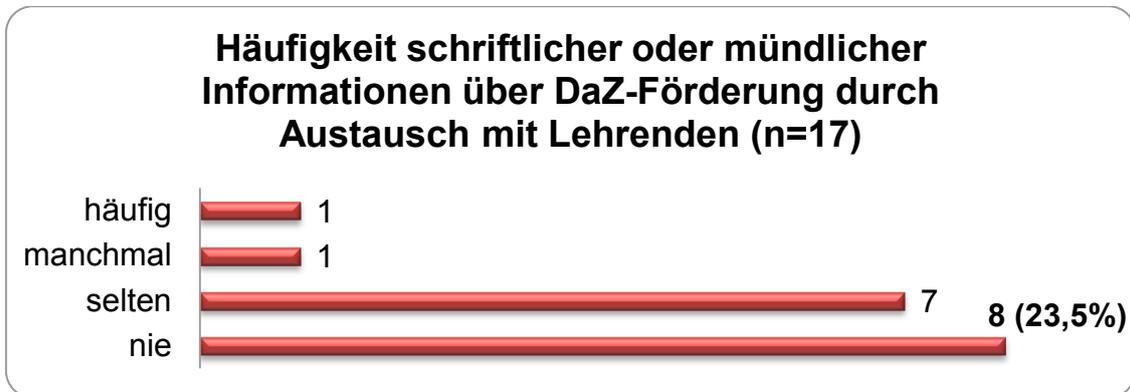


DIAGRAMM 26: SCHRIFTLICHER ODER MÜNDLICHER AUSTAUSCH

Die Frage zum Austausch mit Lehrenden wurde von 17 Befragten, also der Hälfte aller TeilnehmerInnen, gültig beantwortet. Wie oft sie sich schriftlich oder mündlich mit den LehrerInnen des Kindes austauschen, beantworteten acht Personen mit „nie“ und sieben Personen mit „selten“. Jeweils eine Person gab hier „manchmal“ und „häufig“ an.

In den offenen Texteingabe-Feldern wurden noch erwähnt, dass ein/e Kollege/in Informationen erhält weil er/sie sich „darum kümmert und nachfragt“. Diese Person hat die obigen Fragen nicht beantwortet. Es bleibt daher offen, ob es sich um einen interprofessionellen Austausch oder um Informationen aus Gesprächen mit den Eltern handelt.

Zusammenfassend gesagt, sind weder mitgebrachte Hausübungen, noch Erzählungen Informationsquellen über die schulische DaZ-Förderung. Auch der Austausch wurde in dieser Frage überprüft, und bis auf zwei Personen spielt dieser keine Rolle. Hier muss hinzugefügt werden, dass nur die Hälfte aller TeilnehmerInnen diesen Punkt beantwortet hat. Auch das spricht dafür, dass der interprofessionelle Austausch kaum gepflegt wird.

11.4.3 Hindernisse beim Austausch

Um die Theorie und die Hypothesen mit offenen Antworten zu verifizieren, wurden diejenigen, die sich derzeit entweder mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-Lehrenden austauschen nach den Hindernissen gefragt.

TABELLE 9: HINDERNISSE BEIM AUSTAUSCH

Hindernisse beim Austausch mit Klassenlehrenden und/oder DaZ-Lehrenden	
Original-Aussagen	Zusammenfassung
<i>Zeitmangel (2x)</i> _____	Keine Zeit
<i>zu wenig zeitliche Ressourcen (2x)</i>	
<i>unbezahlte Zeit,</i> _____	Keine Finanzierung
<i>keine finanzielle Abgeltung</i>	
<i>Konkurrenzdenken;</i> _____	Schwierige Zusammenarbeit und Konkurrenzdenken
<i>Wenig Zusammenarbeit möglich</i>	
<i>falsche Vorstellung über Logopädie</i> _____	Ablehnung der Logopädie seitens der Lehrenden
<i>Manche Lehrer lehnen Logopädie ab und schicken die Kinder lieber zu Sprachheillehrern in anderer Schule;</i>	
<i>unterschiedliche Ansichten bezügl. Mehrsprachigkeit</i>	Meinungsdifferenzen zum Thema Mehrsprachigkeit
<i>telefonisch kaum erreichbar,</i> _____	Erreichbarkeit und organisatorische Probleme.
<i>schwere gegenseitige Erreichbarkeit;</i> _____	
<i>mehrmalige Versuche;</i> _____	
<i>organisatorische;</i> _____	
<i>mitunter werden schriftliche Informationen von Eltern nicht weitergeleitet</i>	
<i>Austausch mit der Lehrerin nur auf Initiative der Logopädin [Aussage wurde in der Frage zu den Informationsquellen gemacht]</i>	Initiative nur von LogopädIn

Die Faktoren „Zeit“ und „Finanzierung“ wurden mehrmals genannt, wodurch die Hypothesen unterstrichen werden. Die organisatorischen Probleme in Bezug auf telefonische Erreichbarkeit wurden ebenso erwähnt und bestätigen die Annahmen der Verfasserin. Aber auch Schwierigkeiten aufgrund einseitiger

Initiative, Konkurrenzdenken, Ablehnungsverhalten und unterschiedlichen fachlichen Meinungen zur Mehrsprachigkeit wurden genannt.

11.4.4 Vorstellung zum Einfluss des Austausches auf Diagnostik und Therapie

Es wurde auch gefragt, welchen Einfluss die zusätzlichen Informationen aus einem Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen auf die Therapie hätten. Diese Frage wurde mittels Likert-Skala für verschiedene Aussagen (im Konjunktiv) angelegt, das heißt es mussten Aussagen über die Nutzung der Informationen aus dem interprofessionellen Austausch verneint oder bejaht werden. Die Antwortkategorien lauteten 1: nein, 2: eher nein, 3: eher ja und 4: ja. In der Grafik ist jeweils der Mittelwert der Antworten verwendet worden.

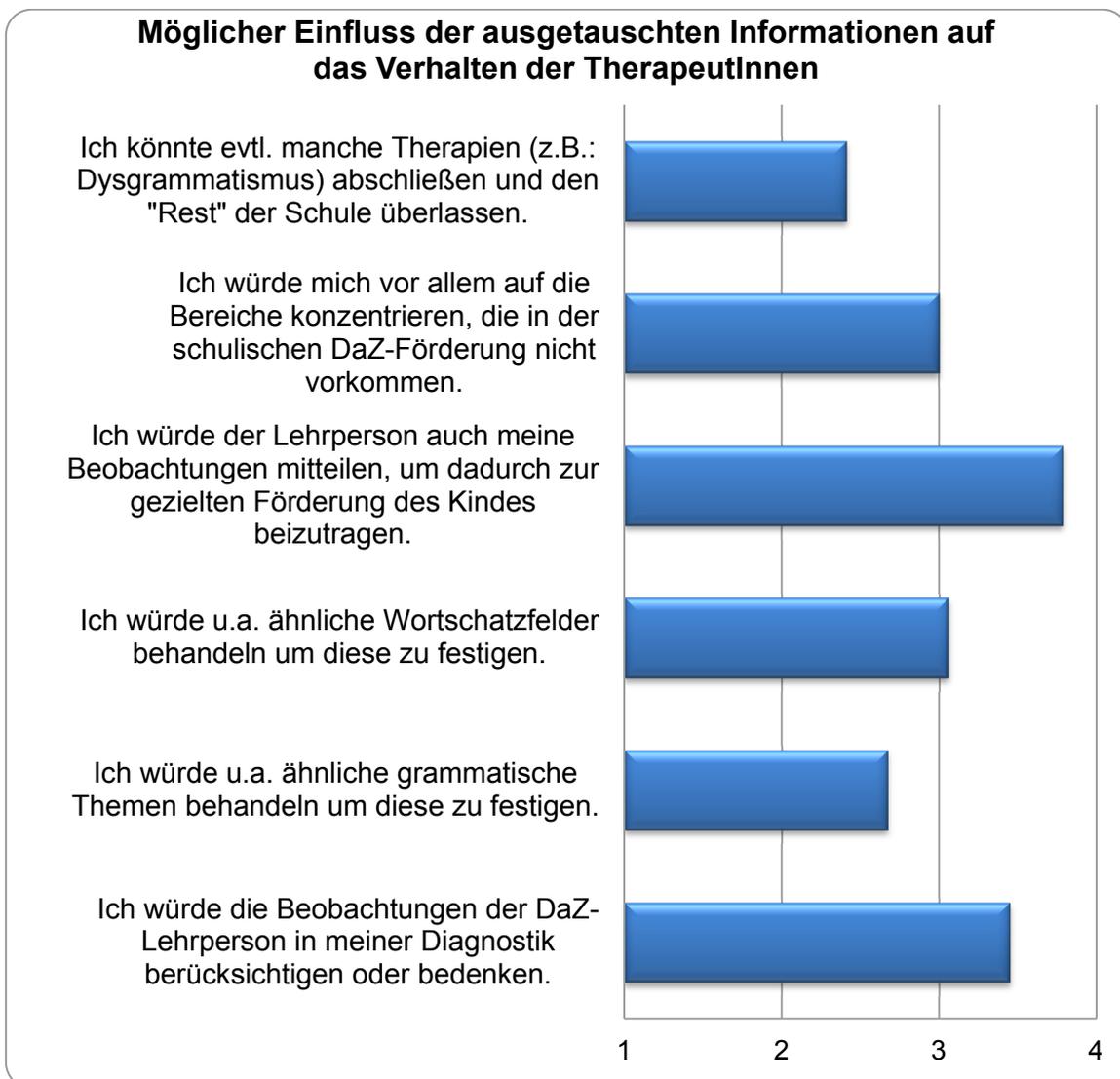


DIAGRAMM 27: MÖGLICHER EINFLUSS DER INFORMATIONEN AUF DAS THERAPEUTENVERHALTEN

Alle 34 befragten LogopädInnen würden fast einstimmig (n=34, Mittelwert= 3,79) ihre eigenen Beobachtungen in Bezug auf das jeweilige Kind weitergeben. Außerdem würden sie die Eindrücke und Informationen von den Lehrenden in ihrer Diagnostik des mehrsprachigen Kindes berücksichtigen (n=33, Mittelwert= 3,45). Interessant ist, dass die KollegInnen im Schnitt zwar ähnliche Wortschatzfelder wie in der schulischen Förderung behandeln würden (n= 32, Mittelwert= 3,06), aber ähnliche Grammatikthemen werden nur von knapp mehr als der Hälfte der Befragten (n=30, Mittelwert= 2,67) therapiert. Dennoch zeigen diese Aussagen eine Tendenz der LogopädInnen dazu, mit der DaZ-Förderung am gleichen Strang zu ziehen. Die befragten LogopädInnen (n=28, Mittelwert=3) würden aber gleichzeitig Therapiebereiche wählen, die in der schulischen DaZ-Förderung nicht enthalten sind. Vermutlich, um eine möglichst breitgefächerte Förderung zu erzielen. Am wenigsten Zustimmung (n=27, Mittelwert= 2,41) fand die Aussage, dass manche Therapien guten Gewissens abgeschlossen werden können und auf die weitere Förderung durch die Schule gehofft werden kann.

Sonstiger Einfluss des Austausches oder der Informationen auf Diagnostik und Therapie: In offenen Fragen konnten die LogopädInnen in eigenen Worten ausdrücken, wie sie mit den zusätzlichen Informationen umgehen würden.

TABELLE 10 EINFLUSS DES AUSTAUSCHES AUF DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Originalaussagen: Ich würde...	Zusammenfassung
<i>...nach genauer Diagnostik mit den Eltern und Lehrern Rücksprache halten und differenzieren ob das Kind eine generelle Sprachkompetenzproblematik aufweist oder „nur“ mangelnden Deutschkenntnisse der Grund der Sprachentwicklungsverzögerung sind. In diesem Bereich sind meiner Meinung nach auch Wissenslücken seitens der DaZ-PädagogInnen vorhanden. Deshalb ist auch hier eine genaue Differenzierung zwischen Förderung und Therapie notwendig.</i>	Abklärung SSES oder mangelnde Deutschkenntnisse
<i>...individuell auf die Stärken und Schwächen des Kindes achtend, entsprechend im Austausch mit den DaZ-F dort ansetzen wo das [Kind] am meisten nachhaltig profitiert.</i>	Gezielte Förderung/Therapie

<i>...in einem persönlichen Gespräch die optimale Fördermöglichkeit klären.</i>	
<i>...mich - das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt - mit der DaZ-Lehrperson telefonisch austauschen, sofern pädagogischer Inhalt und Aufbau mit meinen therapeutischen Zielen halbwegs kongruent sind diese auch gerne berücksichtigen.</i>	Berücksichtigung der Förderinhalte in Therapie
<i>...gemeinsam an einem Strang ziehen.</i>	Kooperation und gemeinsame Ziele
<i>...jedenfalls Kontakt aufnehmen</i>	Kontaktaufnahme

Die TherapeutInnen würden durch die Rücksprache mit den Lehrenden klären, ob es eine Sprachentwicklungsproblematik oder um mangelnde Deutschkenntnisse für die Probleme des Kindes ursächlich sind. Außerdem würde das Gespräch mit den DaZ-Lehrenden zur Bestimmung individuell abgestimmter Therapie (und Förderung) beitragen. Eine Antwort bezog sich auf die Berücksichtigung der schulischen Förderthemen in der Therapie und eine Person schrieb er/sie würde „gemeinsam an einem Strang ziehen“. Schließlich betonte ein/e TeilnehmerIn die Kontaktaufnahme an sich.

11.4.5 Meinung zum Austausch

Einige Likert-Skalen, in denen die Meinung der LogopädInnen zum interprofessionellen Austausch untersucht wurde, zeigen, dass viele Annahmen aus Theorie und Praxis bestätigt werden.

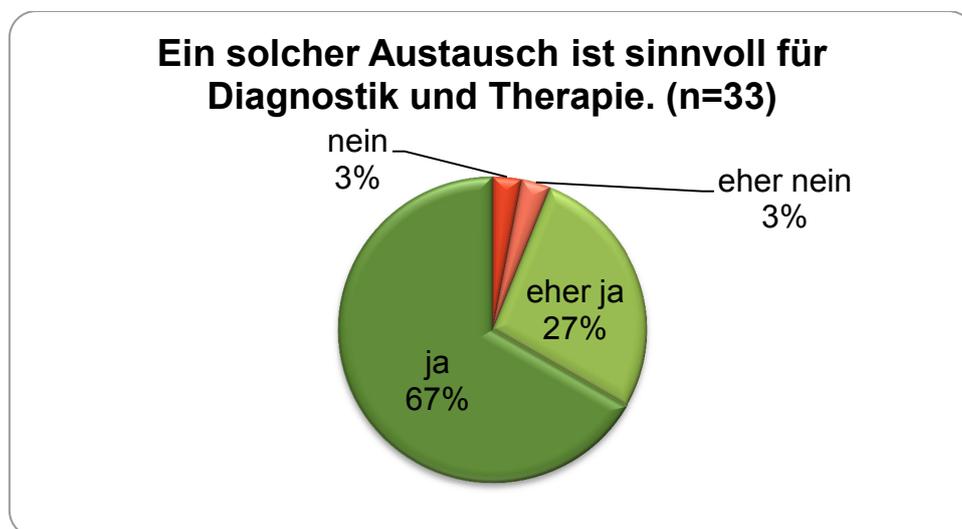


DIAGRAMM 28: AUSTAUSCH SINNVOLL FÜR DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Von 34 UmfrageteilnehmerInnen haben 33 diese Frage gültig beantwortet. Die Mehrheit, 22 Personen (67 %), hält den besagten Austausch eindeutig für sinnvoll. Mit „eher ja“ haben neun Personen (27 %) dieser Aussage zugestimmt. Die übrigen zwei Personen haben einmal mit „nein“ und einmal mit „eher nein“ befunden, dass so ein Austausch nicht sinnvoll sei. Es besteht also beim Großteil der Befragten eine positive Einstellung zur Sinnhaftigkeit des interprofessionellen Austausches.

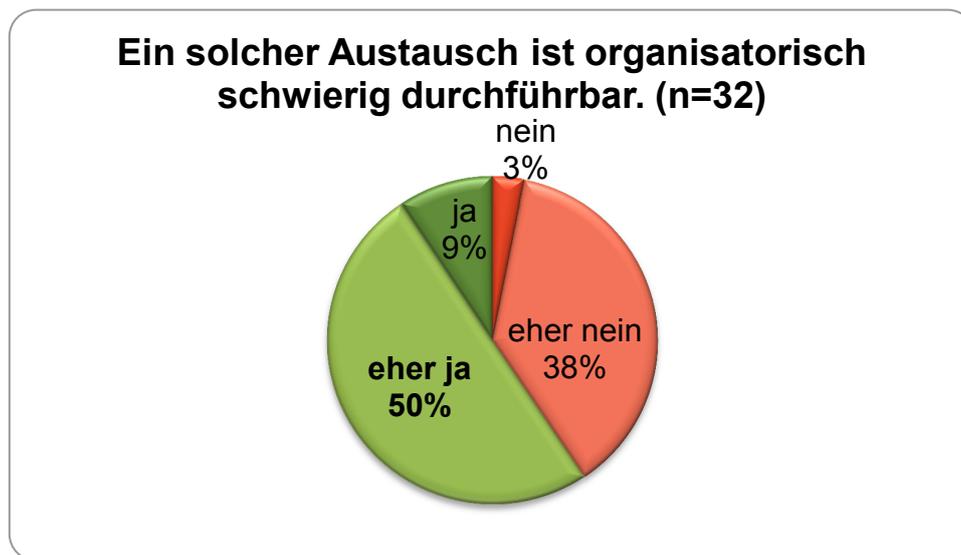


DIAGRAMM 29: AUSTAUSCH ORGANISATORISCH SCHWIERIG

Ähnlich der Frage nach der zeitlichen Durchführung (s. Hypothese 4), wurde auch gefragt, ob ein solcher Austausch organisatorische Probleme bereite. 32 Personen gaben hier eine gültige Antwort. Die Hälfte der Antworten lautete „eher ja“ und drei Antworten lauteten „ja“ (9 %). 12 Befragte (38 %) antworteten mit „eher nein“ und eine Person mit „nein“. Somit stimmte die Mehrheit der Aussage zu.

Ein solcher Austausch ist sinnvoll, wenn die Eltern aufgrund fehlender Deutschkenntnisse wenig Informationen über das Kind geben können. (n=33)

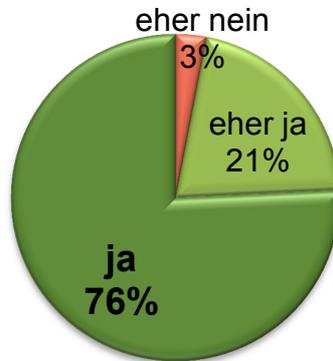


DIAGRAMM 30: AUSTAUSCH SINNVOLL BEI GERINGEN DEUTSCHKENNTNISSEN DER ELTERN

33 Personen gaben eine gültige Angabe zur Aussage, dass ein Austausch besonders bei fehlenden Deutschkenntnissen seitens der Eltern sinnvoll sei. Die obige Grafik zeigt die Zustimmung sehr eindeutig. Denn 25 Befragte (76 %) antworteten mit JA und weitere sieben mit „eher ja“ (21 %). Eine Person stimmte der Aussage nicht zu. Die Annahme, dass besonders in diesem Fall ein Austausch sinnvoll ist (s. Kap. 9.3), wurde also vom Großteil der LogopädInnen bestätigt.

Die Meinungen der LogopädInnen zeigen mit eindeutigen Mehrheiten, dass ein Austausch als sinnvoll bewertet wird, vor allem wenn die Eltern über geringe Deutschkenntnisse verfügen, aber dass er auch organisatorisch schwierig zu realisieren ist.

11.4.6 Nutzen der Informationen aus dem Austausch

Zusätzlich zu den persönlichen Angaben darüber, wie die KollegInnen mit den Informationen aus dem interprofessionellen Austausch umgehen würden (s. Kap. 11.4.4), wurden auch noch hypothetische Möglichkeiten der Nutzung allgemein abgefragt.

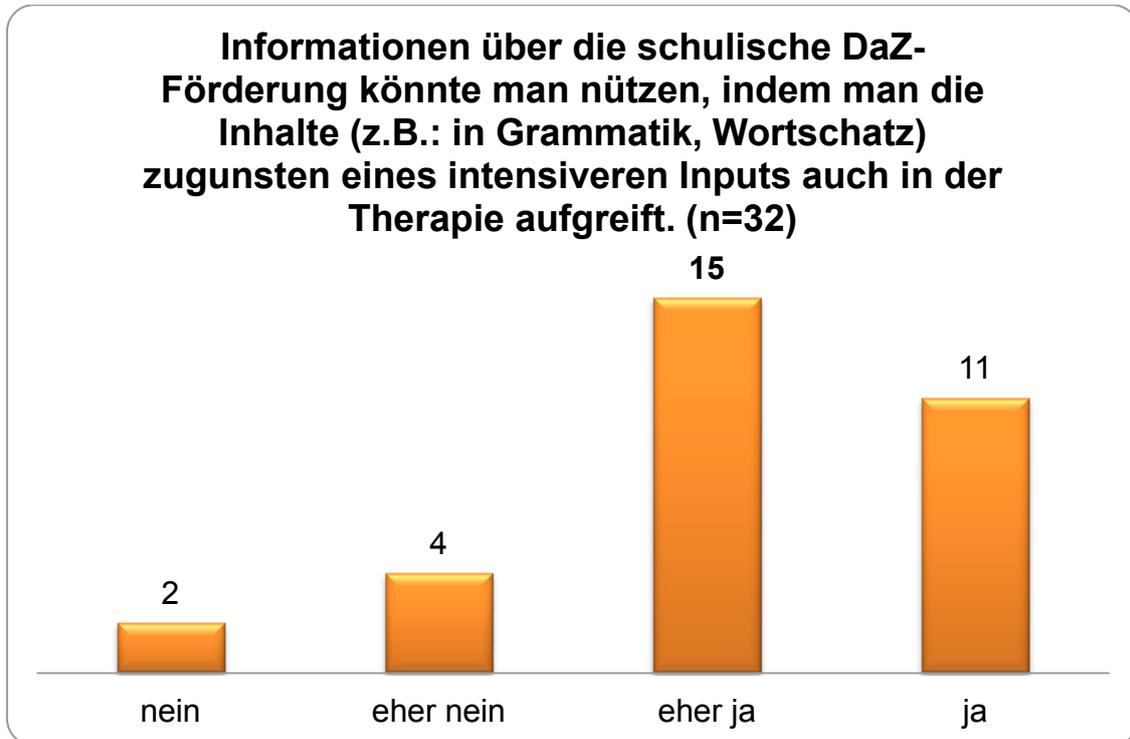


DIAGRAMM 31: NUTZEN VON ÜBERSCHNEIDUNGEN FÜR INTENSIVEREN INPUT

Aufgrund der Theorie und dem Qualitätskriterium der Effektivität wurde die Aussage, dass die Informationen aus dem Austausch für einen intensiveren Input in der Therapie aufgegriffen werden könnten, in die Umfrage hinein genommen. Von 32 gültigen Angaben wies der Großteil auf eine Zustimmung hin, da 15 Mal mit „eher ja“ (47 %) und elf Mal mit „ja“ (34 %) geantwortet wurde. Vier Personen gaben „eher nein“ und zwei gaben „nein“ an.

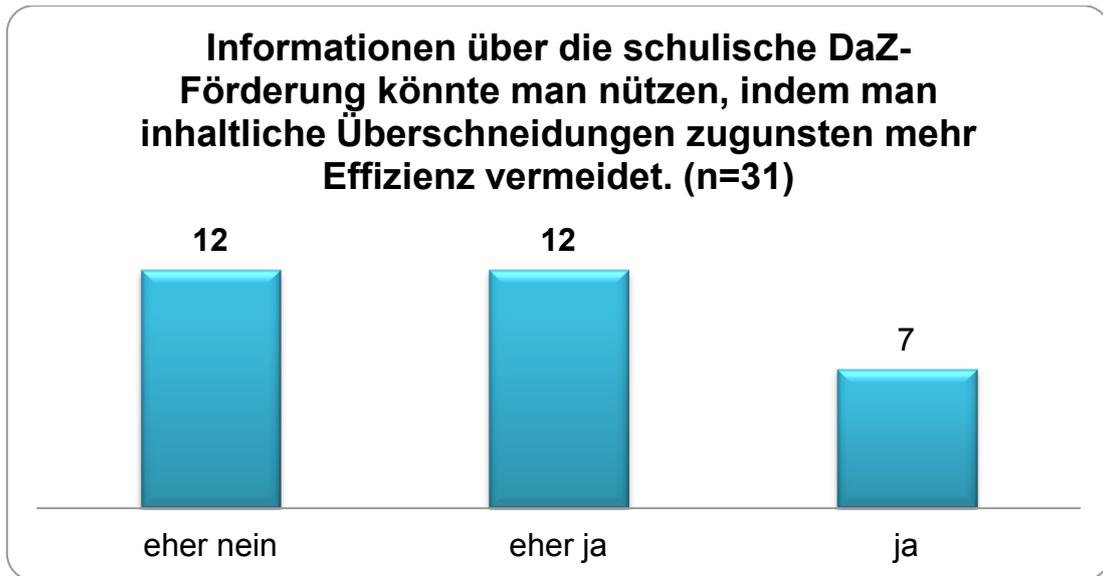


DIAGRAMM 32: VERMEIDEN VON ÜBERSCHNEIDUNGEN FÜR MEHR EFFIZIENZ

Auch die Effizienz ist ein Kriterium, welches in der Theorie immer wieder genannt wird und nicht zuletzt von den Krankenkassen forciert wird. Das Vermeiden von inhaltlichen Überschneidungen wurde daher als ein möglicher Nutzen eines Austausches in den Raum gestellt. Die Befragten (n=31) stimmten der Aussage mit 12 Mal „eher ja“ (39 %) und sieben Mal „ja“ (23 %) zu. 12 Personen stimmten mit einem „eher nein“ dagegen. Die Mehrheit ist also der Meinung, dass die aus einem Austausch gewonnen Informationen zur Vermeidung von inhaltlichen Überschneidungen genützt werden könnten.

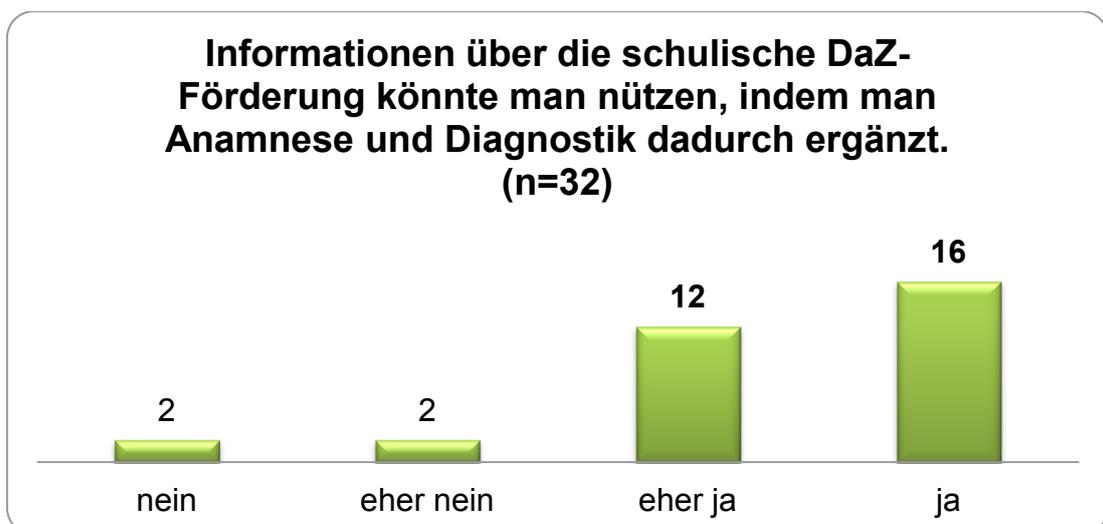


DIAGRAMM 33: NUTZEN VON INFORMATIONEN FÜR ANAMNESE UND DIAGNOSTIK

Die Nutzung der Informationen aus dem Austausch könnte auch dazu dienen, die Krankengeschichte und die logopädische Diagnostik zu ergänzen. Diese Aussage wurde in der Befragung bejaht. Die Hälfte der gültigen Antworten lautete „ja“ (16 Stimmen) und weitere 38 % (12 Stimmen) lauteten „eher ja“. Jeweils zwei Personen gaben „eher nein“ und „nein“ als Antwort. Demnach wurde die Annahme bestätigt, dass ein Austausch die Anamnese und Diagnostik im logopädischen Alltag unterstützen könnte.

In den offenen Textfeldern antwortete eine Person, dass die Effizienz der schulischen Förderung durch den Austausch überprüft werden könnte.

In diesem Abschnitt wurde von der Mehrheit bestätigt, dass das Aufgreifen gemeinsamer Inhalte zur intensiveren Förderung des mehrsprachigen Kindes, also in den überschneidenden Bereichen, ein möglicher Nutzen des Austausches wäre. Dadurch wird nochmals die Tendenz, an einem Strang zu ziehen, wie sie sich in Kapitel 11.4.4 schon zeigte, betont. Genauso würde aber auch der Großteil der LogopädInnen so manche inhaltliche Überschneidung im Sinne der Effizienz vermeiden, was aber einem intensiven und überschneidenden Input in gewissen Bereichen nicht widersprechen muss. Ganz eindeutig stimmten die meisten TeilnehmerInnen dafür, dass durch den Austausch die Anamnese und Diagnostik ergänzt werden können.

11.4.7 Häufigkeit des Austausches von LogopädInnen mit anderen Berufen

Um den Austausch mit DaZ-Lehrenden im Vergleich mit dem Kontakt zu anderen Berufsgruppen betrachten zu können, wurde Frage 10 gestellt.

TABELLE 11: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT LOGOPÄDINNEN

Austausch mit anderen LogopädInnen		Häufigkeit (n=31)	Gültige Prozente
Gültig	nie	3	9,7
	1-2 x im Jahr	9	29,0
	alle 3 Monate	5	16,1
	einmal im Monat	6	19,4
	mehr als einmal im Monat	5	16,1
	mehrmals pro Woche	3	9,7
	Gesamt	31	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	3	
Gesamt		34	

Obwohl neun Personen von 31 (n=31) sich jährlich mit anderen LogopädInnen austauschen, verteilen sich die restlichen Antworten so gleichmäßig, dass man nur von einer Tendenz zum jährlichen Austausch sprechen kann. Jeweils drei Personen tauschen sich „nie“, oder aber „mehrmals pro Woche“ mit KollegInnen aus. Jeweils fünf Personen nehmen „alle drei Monate“ bzw. „mehr als einmal im Monat“ mit anderen LogopädInnen Kontakt im Bezug auf ihre mehrsprachigen Therapiekinder auf. Sechs Personen pflegen einen monatlichen Austausch.

TABELLE 12: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT ERGOTHERAPEUTINNEN

Austausch mit ErgotherapeutInnen		Häufigkeit (n=31)	Gültige Prozente
Gültig	nie	6	19,4
	1-2 x im Jahr	9	29,0
	alle 3 Monate	4	12,9
	einmal im Monat	6	19,4
	mehr als einmal im Monat	6	19,4
	Gesamt	31	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	3	
Gesamt		34	

Der Austausch mit ErgotherapeutInnen wird ebenfalls von neun Personen jährlich betrieben, während sich die anderen Antworten relativ gleichmäßig verteilen. Jeweils sechs Personen tauschen sich „nie“ oder aber „einmal im Monat“ sowie „mehrmals im Monat“ mit ErgotherapeutInnen über ihre mehrsprachigen Therapiekinder aus. Vier Personen pflegen diesen Austausch alle 3 Monate.

TABELLE 13: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT PSYCHOLOGINNEN

Austausch mit PsychologInnen		Häufigkeit (n=30)	Gültige Prozente
Gültig	nie	7	23,3
	1-2 x im Jahr	9	30,0
	alle 3 Monate	6	20,0
	einmal im Monat	3	10,0
	mehr als einmal im Monat	4	13,3
	mehrmals pro Woche	1	3,3
	Gesamt	30	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	3	
	kann ich nicht beurteilen	1	
	Gesamt	4	
Gesamt		34	

Wiederum stimmte eine Mehrheit von neun Personen für einen jährlichen Austausch mit PsychologInnen. Sieben Personen aber pflegen keinen Kontakt zu dieser Berufsgruppe. Sechs Mal wurde „alle 3 Monate“, dreimal „einmal im Monat“ und viermal „mehr als einmal im Monat“ angegeben. Eine Person tauscht sich mehrmals pro Woche mit PsychologInnen aus.

TABELLE 14: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT ÄRZTLINNEN

Austausch mit ÄrztInnen		Häufigkeit (n=30)	Gültige Prozente
	nie	10	33,3
	1-2 x im Jahr	9	30,0
	alle 3 Monate	5	16,7
Gültig	einmal im Monat	1	3,3
	mehr als einmal im Monat	5	16,7
	Gesamt	30	100,0
	nicht beantwortet	3	
Fehlend	kann ich nicht beurteilen	1	
	Gesamt	4	
Gesamt		34	

Vermutlich die gleichen neun TeilnehmerInnen wie bisher, haben einen jährlichen Kontakt zu ÄrztInnen angegeben. Die Mehrheit in dieser Kategorie bilden aber die zehn Personen, die sich „nie“ mit ÄrztInnen austauschen. Jeweils fünf Personen kontaktieren „alle 3 Monate“ oder „mehr als einmal im Monat“ Ärzte, um sich über ihre mehrsprachigen Therapiekinder auszutauschen. Ein/e LogopädIn gab „einmal im Monat“ an.

TABELLE 15: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT KLASSENLEHRERINNEN

Austausch mit KlassenlehrerInnen		Häufigkeit (n=32)	Gültige Prozente
	nie	7	21,9
	1-2 x im Jahr	13	40,6
	alle 3 Monate	9	28,1
Gültig	einmal im Monat	1	3,1
	mehr als einmal im Monat	2	6,3
	Gesamt	32	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	2	
Gesamt		34	

40,6 % der gültigen Antworten zeigen, dass sich die Befragten 1 bis 2 Mal im Jahr mit den KlassenlehrerInnen ihrer mehrsprachigen Therapiekinder austauschen. Neun Personen pflegen „alle 3 Monate“, sieben Personen „nie“,

zwei Personen „mehr als einmal im Monat“ und eine Person „einmal im Monat“ den Kontakt mit KlassenlehrerInnen.

TABELLE 16: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT DAZ-LEHRENDEN

Austausch mit Deutsch als Zweitsprache-FörderlehrerInnen		Häufigkeit (n=27)	Gültige Prozente
Gültig	nie	19	70,4
	1-2 x im Jahr	5	18,5
	alle 3 Monate	2	7,4
	mehr als einmal im Monat	1	3,7
	Gesamt	27	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	5	
	kann ich nicht beurteilen	2	
	Gesamt	7	
Gesamt		34	

Diese Tabelle wurde bereits zur Prüfung von Hypothese 1 beschrieben. Sie zeigt eindeutig, dass ein Austausch mit DaZ-Lehrenden bei der Mehrheit der TeilnehmerInnen nicht stattfindet.

TABELLE 17: HÄUFIGKEIT AUSTAUSCH MIT ANDEREN BERUFEN

Austausch mit anderen Berufsgruppen		Häufigkeit (n=11)	Gültige Prozente
Gültig	nie	4	36,4
	1-2 x im Jahr	4	36,4
	alle 3 Monate	1	9,1
	einmal im Monat	1	9,1
	mehrmals pro Woche	1	9,1
	Gesamt	11	100,0
Fehlend	nicht beantwortet	18	
	kann ich nicht beurteilen	5	
	Gesamt	23	
Gesamt		34	

Andere Berufsgruppen werden von den LogopädInnen kaum kontaktiert, wie die Antwortquote von 11 Antworten zeigt.

11.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden nun kurz zusammengefasst, bevor sie im nächsten Schritt interpretiert und diskutiert werden.

Zuerst wurden die Hypothesen überprüft. Hypothese 1, 2 und 3 wurden durch die Befragung bestätigt. Es findet also kaum ein interprofessioneller Austausch statt obwohl die TeilnehmerInnen größtenteils wöchentlich mit mehrsprachigen Kindern arbeiten. Die befragten LogopädInnen bestätigten, dass mangelndes Wissen über DaZ-Lehrende mit ein Grund für den fehlenden Austausch ist. Wie die Ergebnisse zeigen, sind weder mitgebrachte Hausübungen, noch Erzählungen alternative Quellen, aus denen die KollegInnen Informationen über die schulische DaZ-Förderung erhalten. Obwohl die Ergebnisse an verschiedenen Stellen anzeigen, dass Zeit und Finanzierung Schwierigkeiten und vielleicht Hindernisse darstellen, wurden sie von den LogopädInnen nicht als Grund für den mangelnden interprofessionellen Austausch bezeichnet. Somit konnte Hypothese 4 nicht bestätigt werden.

Die befragten LogopädInnen stehen einem Austausch positiv gegenüber und haben sich einen solchen auch schon zum Großteil gewünscht. In den offenen Nennungen findet sich eine Aufzählung von Vorteilen, die von denjenigen beschrieben wurden, die derzeit einen Austausch (mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-Lehrenden) pflegen.

Die angegebenen Gründe für mangelnden Austausch (s. Frage c) bestätigen nochmals, dass Hypothese 4 eher verworfen werden kann, obwohl Zeit und Finanzierung laut den Ergebnissen eine Rolle spielen. In den Angaben zu den Ursachen, warum kein Austausch betrieben wird, wurde nochmals Hypothese 2 bestätigt, da die fehlenden Informationen über die DaZ-Förderung den höchsten Mittelwert bekamen. Die Beantwortung von Frage (d) schließt daran an und zeigt, dass sich die befragten LogopädInnen nicht nur zum Großteil für die Informationen aus der DaZ-Förderung interessieren, sondern sich auch mehr Wissen zu Ausbildung und Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden wünschen.

Anschließend wurden noch die restlichen Ergebnisse beschrieben, die nicht eindeutig einer Hypothese oder Fragestellung zugeordnet waren. Es konnte gezeigt werden, dass die Bereiche Wortschatz und Grammatik eine große Rolle in der Therapie mehrsprachiger Kinder spielen. Die Annahme, dass hier ein Bereich der Überschneidung mit der DaZ-Förderung vorliegt (vgl. Kap. 9.3), wurde daher bestätigt. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass auch die Befragten einerseits einen Nutzen in den überschneidenden Bereich (zur intensiveren Förderung) im Sinne gemeinsamer Ziele sehen. Andererseits gaben die Befragten auch an, dass sie gleiche Inhalte zugunsten der Effizienz meiden würden. Es können also beide Handhabungen, je nach individueller Situation, als nützlich bestätigt werden. Die offenen Nennungen zeigten jedenfalls, dass sich LogopädInnen mithilfe der Informationen aus dem interprofessionellen Austausch um gemeinsame Ziele, um Hinweise für die Anamnese/Diagnostik und um Beratung von PädagogInnen und Eltern bemühen würden.

Die befragten 34 KollegInnen bewerteten den interprofessionellen Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen als sinnvoll und bestätigten aber in verschiedenen Aussagen die organisatorischen Schwierigkeiten.

12 Interpretation und Diskussion

Aus den Ergebnissen ließ sich eine Bestätigung von Hypothese 1, 2 und 3 herauslesen. Das bedeutet, dass zum Befragungszeitraum kaum ein interprofessioneller Austausch zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden stattfand. Als Ursache dafür kristallisierte sich das fehlende Wissen der LogopädInnen über Ausbildung und Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden heraus.

Des Weiteren muss angemerkt werden, dass die befragten LogopädInnen sich generell wenig mit anderen Berufsgruppen austauschen (s. Kap. 11.4.7). Der Austausch mit KlassenlehrerInnen erfolgte bei den meisten Befragten (n=32) viertel- bis halbjährlich oder jährlich. 70 % von 27 Personen tauschten sich hingegen nie mit DaZ-Lehrenden aus. Immerhin lässt sich hier ein guter Wille zum Austausch mit PädagogInnen erkennen, doch der Kontakt zu DaZ-Lehrenden im Speziellen ist kaum gegeben.

Zeit und Finanzierung sind zwar wichtige Faktoren, die auch in den offenen Antworten genannt wurden, doch sie wurden als Gründe für den mangelnden Austausch abgelehnt – wodurch Hypothese 4 widerlegt wurde. Die fehlende Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes könnten die Befragten auch aufgrund „sozialer Erwünschtheit“ (vgl. Mummendey & Grau 2008: 165ff.) als Grund abgelehnt haben. Möglicherweise wäre eine positive formulierte Frage, wie etwa „Finden Sie, dass der zusätzliche Zeitaufwand für den interprofessionellen Austausch entlohnt werden sollte?“, zu einem anderen Ergebnis gekommen.

Abgesehen von dem bereits besprochenen Unwissen der LogopädInnen könnte die Ursache aber auch bei den Schulen und dem Fördersystem liegen. In Kapitel 11.1 wurde die Frage nach der Häufigkeit der DaZ-Förderung beschrieben. Diese Frage konnten zehn Personen nicht beantworten, was wiederum Hypothese 2 und das mangelnde Wissen über die DaZ-Lehrenden unterstreicht. Insgesamt 21 von 23 Personen gaben aber an, dass keine oder weniger als die Hälfte ihrer Therapiekinder eine solche Förderung erhielten. Möglicherweise ist also die Förderung nicht in allen Schulen so umgesetzt, wie sie im Schulgesetz beschrieben wird. Es könnte auch sein, dass keine ausgebildeten DaZ-Lehrenden eingesetzt werden, sondern, dass KlassenlehrerInnen diese Förderung anbieten müssen.

Da es in Österreich bisher keine systematische Evaluation zur Durchführung der DaZ-Fördermaßnahmen gibt, wäre eine Studie zur tatsächlichen Umsetzung der DaZ-Förderung in Wiener (bzw. österreichischen) Volksschulen sehr wünschenswert. Dadurch könnte die einseitige Perspektive der vorliegenden Arbeit ergänzt werden und die zwei realistischen, praktischen Faktenberichte könnten eine Grundlage für Verbesserungen des derzeitigen Systems sein.

Zum geringen Wissen über DaZ-Lehrende ist noch zu sagen, dass die KollegInnen, welche an der Umfrage teilgenommen haben, zu einem großen Teil (15 Personen) noch die 2-jährige Logopädienschule besucht haben. Das bedeutet, dass sie vor ca. 30 Jahren ihre Ausbildung absolviert haben, und dass damals weder Mehrsprachigkeit noch DaZ-Förderung unterrichtet wurden. Es haben auch nur 41 % angegeben, dass sie ihr Wissen über Mehrsprachigkeit ihrer Ausbildung verdanken. Durch die Pflicht zur regelmäßigen Weiterbildung könnte das Argument der Ausbildung sowieso aufgehoben werden, und es zeigte sich auch, dass jeweils rund 71 % aller TeilnehmerInnen aus Fachbüchern und Fortbildungen über das Thema erfahren haben.

Aus diesen Ausführungen kann nun geschlussfolgert werden, dass sich die befragten LogopädInnen zwar Informationen über Mehrsprachigkeit angeeignet haben, dass sie aber dennoch kaum etwas über die gesetzlich vorgesehene schulische DaZ-Förderung wissen. Vermutlich gibt es solche (eigens ausgebildete) DaZ-Lehrende nicht in allen Volksschulen Wiens und diese machen kaum auf sich aufmerksam.

Es ist gut vorstellbar, dass die (DaZ-) Lehrenden nicht über die parallele Betreuung durch LogopädInnen Bescheid wissen, und daher keinen Kontakt suchen. Der Wissenslage auf der Seite der DaZ-Lehrenden, der tatsächlichen Fördersituation und der Meinung zum Austausch müsste in einer Folgestudie nachgegangen werden.

Diskussion der Erhebungsmethode

Die Online-Umfrage wurde von 34 LogopädInnen gültig ausgefüllt. Die Stichprobenauswahl erfolgte zufällig, das heißt von den 210 Verbandsmitgliedern, an die die Einladung geschickt worden war, haben sich 34 Personen zur Umfrage entschieden. Das ist eine eher geringe Rücklaufquote, weshalb die Ergebnisse mehr exemplarisch als repräsentativ interpretiert werden können. Zudem können die Erfahrungen und Gepflogenheiten der LogopädInnen in Wien nicht automatisch für die Situationen von TherapeutInnen in anderen Bundesländern stehen. Laut Schnell et al. (vgl. 2005: 386) kann ein Studienergebnis nur verallgemeinert werden, wenn von der Zielgruppe (Population) eine Liste vorliegt und wenn daraus eine Zufallsstichprobe gezogen wird. In diesem Fall entschieden sich die KollegInnen aus freiem Interesse zur oder gegen die Teilnahme. Dieser Selbstausschluss musste besonders von denjenigen getroffen werden, die nicht mit (mehrsprachigen) Kindern arbeiten. Aus logistischen Gründen konnten die Probanden nur per Rundmail für die Umfrage gewonnen werden. Es liegen keine Daten vor, wie viele der 210 angeschriebenen LogopädInnen mit mehrsprachigen Kindern arbeiten, und ob von dieser Gruppe nun die meisten oder nur ein Bruchteil geantwortet hat. Aus diesem Grund ist hier ein Mangel der empirischen Untersuchung bzw. der Stichprobenziehung zu vermerken.

Wie in Kapitel 10.3 diskutiert wurde, wurden verpflichtende Fragen auf Anraten der wissenschaftlichen Software „SosciSurvey“ (Leiner:2014) vermieden. Dadurch konnte zwar vielleicht verhindert werden, dass manche TeilnehmerInnen demotiviert und zum Abbruch veranlasst wurden, z.B.: weil sie eine Frage einfach nicht beantworten konnten. Doch dies hatte auch zur Folge, dass einige Fragen ausgelassen wurden. Somit ist die Stichprobe nicht bei allen Fragen gleich groß. Dementsprechend muss bei der Interpretation der Ergebnisse die wechselnde Probandenzahl pro Frage-Item berücksichtigt werden.

Eine Rückmeldung zum Fragebogen betraf die Beschulung der mehrsprachigen Volksschulkinder. Im Fragebogen ist nämlich die Option einer Sonderschule bzw. eines Sonderpädagogischen Zentrums nicht enthalten. Dieses Manko

konnte im Nachhinein nicht behoben werden, weshalb die Ergebnisse nicht auf mehrsprachige Kinder mit (mehrfachen) Behinderungen zu verallgemeinern sind, denn diese Gruppe wurde nicht direkt in der Befragung angesprochen.

Ein weiterer Mangel des Fragebogens, der erst im Nachhinein aufgefallen ist, könnte die Formulierung der offen gestellten Frage nach den Vorteilen eines Austausches sein. Denn hier wurden sowohl KlassenlehrerInnen als auch DaZ-Lehrende miteinbegriffen. Dadurch kann aus den Antworten nicht erschlossen werden, ob die TeilnehmerInnen vom Austausch mit der einen oder anderen PädagogInnengruppe sprechen. Es können zwar auch KlassenlehrerInnen die DaZ-Förderung übernehmen, aber für die Interpretation bedeutet dies, dass die Vorteile nur allgemein auf den Austausch mit PädagogInnen bezogen verstanden werden können.

Ein möglicher Kritikpunkt an der empirischen Studie könnte sein, dass die Lehrenden für den Herkunftssprachenunterricht in der Befragung unberücksichtigt blieben. Diese wären besonders für diagnostische Hinweise auf sprachliche Probleme in der Erstsprache wichtige Ansprechpartner. Tatsächlich ist hier großes Potenzial, auf das die LogopädInnen zurückgreifen sollten. In der Studie musste aber eine Eingrenzung auf eine bestimmte Zielgruppe und Fragestellung erfolgen. Der Fokus wurde daher erst einmal auf die DaZ-Förderung gelegt, weil hier die beiden Berufsgruppen LogopädInnen und DaZ-Lehrende an ähnlichen Zielen arbeiten.

13 Conclusio und Ausblick

Dieses letzte Kapitel dient der übersichtlichen Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse und der Darstellung von Schlussfolgerungen und Implikationen für weitere Schritte und Forschungsdesiderate.

13.1 Resümee des theoretischen Teils

Ziel des theoretischen Teil war es, anhand der Theorie abzuhandeln, wie nützlich und hilfreich ein interprofessioneller Austausch generell und vor allem zwischen LogopädInnen und DaZ-Lehrenden, die parallel mit mehrsprachigen Kindern arbeiten, sein kann. Hierzu wurden zuerst die fachlichen Begrifflichkeiten geklärt und dann die Lage der mehrsprachigen Volksschulkinder im Schulsystem in Wien geschildert. Fazit war, dass es für jedes Kind mit anderen Erstsprachen als Deutsch, das in der Zweitsprache Schwierigkeiten hat, eine Förderung geben soll. Diese kann entweder im Unterricht integriert, oder als additiver Förderkurs angeboten werden. Sowohl KlassenlehrerInnen als auch vom Sprachenförderzentrum Wien ausgebildete SprachenförderlehrerInnen werden dafür eingesetzt. Zudem gibt es noch den Herkunftssprachenunterricht, um die Kinder in ihrer Erstsprache zu fördern und zu alphabetisieren. Des Weiteren soll in Österreichs Schulen eine „umfassende Sprachförderung“ zugunsten der bildungssprachlichen Fähigkeiten der Kinder umgesetzt werden. Die Sprache soll unter anderem in allen Unterrichtsfächern gefördert werden, um allen Kindern zu einer möglichst hohen Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch, dem Schlüssel zu Bildungs- und Berufschancen, zu verhelfen.

Es kann natürlich auch vorkommen, dass ein mehrsprachiges Kind im Spracherwerb verzögert ist, oder aufgrund anderer sprachlicher Probleme bei einer/einem LogopädIn in Behandlung ist. In diesem Fall wird es womöglich parallel in der Zweitsprache Deutsch gefördert/therapiert – schulisch und logopädisch. Ein Austausch oder Abgleich der Inhalte beider Angebote liegt hier im Sinne der Effizienz und Effektivität, die gerade heutzutage von den Krankenkassen erwartet wird, sehr nahe. Zumindest in den Bereichen

Wortschatz und Grammatik wurden Überschneidungen vermutet und durch die empirische Umfrage auch bestätigt. Bevor auf die Sinnhaftigkeit eines Austausches eingegangen wurde, mussten noch die logopädischen Behandlungsbereiche dargestellt werden. Ein wichtiges Thema rund um mehrsprachige Kinder ist die Diagnostik und die Frage nach dem Ursprung der sprachlichen Auffälligkeiten – eine Spracherwerbsstörung oder einfache Normabweichungen im Rahmen des sukzessiven Zweitspracherwerbs bei möglicherweise zu wenig Kontaktzeit mit dem Deutschen. Im siebten Kapitel wurde anhand verschiedener Quellen dargelegt, dass in der Logopädie stets der Anspruch auf einen interdisziplinären oder interprofessionellen Austausch besteht.

An Österreichs Schulen gibt es die sogenannten SprachheillehrerInnen, die ähnliche Aufgaben wie LogopädInnen übernehmen. Zur verständlichen und vollständigen Darstellung wurden die beiden Berufsgruppen voneinander abgegrenzt. Im gleichen Abschnitt wurde auch die Situation schulischer Förderung in anderen Ländern betrachtet, denn im angloamerikanischen Raum sind LogopädInnen ganz selbstverständlich an Schulen tätig.

Im neunten Kapitel schließlich wurde das zentrale Thema, der interprofessionelle Austausch, skizziert und dessen Nutzen erörtert.

13.2 Resümee des empirischen Teils

Ziel des empirischen Teils war es, die Hypothesen, welche sich aus Theorie und Praxis ergeben haben, zu untersuchen und die Fragestellungen zu beantworten.

Die praktischen Erfahrungen aus dem logopädischen Berufsumfeld der Verfasserin haben vermuten lassen, dass ein interprofessioneller Austausch mit DaZ-Lehrenden kaum stattfindet (Hypothese 1). Für den Raum Wien wurde diese Hypothese durch die Umfrage bestätigt. LogopädInnen und DaZ-Lehrende tauschen sich also kaum aus, während aber mit den KlassenlehrerInnen schon ein sporadischer Kontakt besteht. Als Ursache für den fehlenden Austausch hob sich vor allem das mangelnde Wissen der LogopädInnen über DaZ-Lehrende hervor (Hypothese 2 und 3). Hingegen die

als Ursache angenommenen Faktoren Zeit und Finanzierung (Hypothese 4), die auch in der Literatur als Hindernisse genannt wurden, konnten nicht als Grund für den fehlenden Austausch bestätigt werden. Die befragten LogopädInnen haben den interprofessionellen Austausch als sinnvoll bewertet, sie sind an den Auskünften über die schulische DaZ-Förderung interessiert und würden sie in der Therapie berücksichtigen. Sie wünschen sich auch mehr Informationen über Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der DaZ-Lehrenden.

13.3 Ausblick

Aus den Ergebnissen der Umfrage geht hervor, dass die Annahmen zum Nutzen eines interprofessionellen Austausches der betreuenden Fachleute bestätigt wurden. Die Förderung und Therapie könnten effizienter und/oder effektiver gestaltet werden, indem Überschneidungen genutzt oder vermieden werden. Anamnese und Diagnostik könnten optimiert werden und dadurch würde die Qualität der Therapie erhöht. Nachdem der interprofessionelle Austausch nun von der Seite der LogopädInnen beleuchtet wurde, liegt es nahe in Folgestudien die Perspektive der DaZ-Lehrenden zu untersuchen. Dabei wäre es wichtig herauszufinden, wie groß das Wissen über Logopädie und das Interesse am Austausch sind. Auch die Hindernisse aus Sicht der Lehrenden, sowie die Vorteile für die PädagogInnen sollten dabei erhoben werden.

Obwohl die mehrsprachigen Kinder in österreichischen Volksschulen laut BMBWF in der Zweitsprache Deutsch gefördert werden sollen, gaben einige der befragten LogopädInnen an, dass ihre Therapiekinder keine solche Förderung bekommen. Natürlich kann es sein, dass die LogopädInnen einfach nicht darüber informiert sind. Jedoch ist es auch möglich, dass manche Kinder tatsächlich keine Förderung erhalten, weil der versprochene DaZ-Unterricht an manchen Schulen nicht angeboten wird. Dieser Frage und der tatsächlichen Fördersituation in Wiens bzw. Österreichs Schulen sollte unbedingt in einer Evaluationsstudie nachgegangen werden.

Die Umfrage hat ergeben, dass sich LogopädInnen mehr Auskünfte über die Ausbildung und die Tätigkeiten der DaZ-Lehrenden wünschen. Die Voraussetzung für die Kooperation ist also Information. Es könnten daher die

DaZ-Lehrenden dazu angeregt werden, durch Informationsveranstaltungen oder Folder auf sich aufmerksam zu machen. Da das Thema Mehrsprachigkeit laut Grohnfeldt auch in der Ausbildung vermehrt behandelt werden sollte (vgl. Grohnfeldt 2012: 181), könnten zukünftige LogopädInnen auch über schulische Förderung und die Situation mehrsprachiger Kinder im österreichischen Schulsystem unterrichtet werden. Außerdem wäre auch eine Umfrage unter den Logopädiestudierenden interessant, die unter anderem untersucht, wie gut sich die Studierenden auf den Bereich Mehrsprachigkeit vorbereitet fühlen.

Für den interprofessionellen Austausch zwischen DaZ-Lehrenden und LogopädInnen könnte ein schriftliches Schnittstellen-Dokument zur Überwindung so mancher organisatorischer Hürden (unterschiedliche Arbeitszeiten, fehlende Telefonkontakte, zusätzlicher Zeitaufwand,...) dienen. Darin könnten Informationen über das Kind, wie zum Beispiel die Kontaktzeit mit dem Deutschen, die Anzahl schulischer Förderstunden und Förderziele, notiert werden. Um eine Auskunft über die Tätigkeiten der anderen Berufsgruppe zu erhalten, würde dieses Dokument ausreichen. Ergänzend dazu würden telefonische Gespräche etwaige Missverständnisse des schriftlichen Kontaktes vorwegnehmen. Die Eltern des mehrsprachigen Therapiekindes könnten das Dokument in die Schule bringen und von dort wieder mit zur Therapie nehmen.

Ein weiterer Vorschlag bzw. eine Anregung an LogopädInnen ist, die Einschätzungen der HerkunftssprachenlehrerInnen zu den sprachlichen Gesamtkompetenzen eines Kindes vermehrt zu nutzen. Diese Erkenntnis hat sich bei der Verfasserin erst im Laufe dieser Arbeit herauskristallisiert. Vielleicht wäre diesbezüglich eine Studie sinnvoll, in der ein solcher Austausch untersucht und evaluiert wird. Nicht an allen Schulen sind für jede Sprache herkunftssprachliche PädagogInnen zur Stelle. Doch möglicherweise handelt es sich hier – so wie auch beim Austausch mit DaZ-Lehrenden – um eine wichtige ungenutzte Ressource zur Lösung des Diagnostikproblems monolingual deutschsprachiger LogopädInnen und zur bestmöglichen Betreuung mehrsprachiger Kinder.

14 Literaturverzeichnis

- Ahrenholz, Bernt (Hrsg.) (2008): Deutsch als Zweitsprache – Voraussetzungen und Konzepte für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. 2. Aufl., Freiburg im Breisgau: Filibach.
- Ahrenholz, Bernt (2010): Erstsprache – Zweisprache – Fremdsprache. In: Ahrenholz, Bernt (Hrsg.): Deutsch als Zweitsprache. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Ahrenholz, Bernt/Oomen-Welke, Ingelore (Hrsg.) (2010): Deutsch als Zweitsprache (Deutschunterricht in Theorie und Praxis, Handbuch zur Didaktik der deutschen Sprache und Literatur in elf Bänden, hrsg. v. Winfried Ulrich, Band 9. 2. Aufl., Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Arnold, Markus (2009): Interdisziplinarität: Theorie und Praxis eines Forschungskonzepts. In: Arnold, Markus (Hrsg.) (2009): iff. Interdisziplinäre Wissenschaft im Wandel. Wien: LIT Verlag. S. 67-97. URL [http://www.uni-klu.ac.at/wiho/downloads/Arnold_Interdisziplinaritaet_iff_2009e.PDF] Zugriff am 11.12.13.
- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (2012): 2012 Schools survey. Survey summary report: Number and type of responses, SLPs. URL [<http://www.asha.org/uploadedFiles/Schools-2012-SLP-Frequencies.pdf>] Zugriff am 25.10.13.
- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (2010): Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Schools. URL [<http://www.asha.org/uploadedFiles/Roles-Responsibilities-SLPs-Schools-Poster.pdf>] Zugriff am 03.01.14.
- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (o.J.): Speech-Language Pathologists in Your Child's School. URL [<http://www.asha.org/uploadedFiles/SLPs-Your-Childs-School-Presentation.pdf>] Zugriff am 03.01.14.

- ASHA R & R Workgroup (2012): ASHA Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists (SLPs) in Schools. DOs and DON'Ts. URL [<http://www.asha.org/uploadedFiles/Roles-Responsibilities-SLP-Schools-DOs-and-DONTs.pdf#search=%22school%22>] Zugriff am 25.10.13
- Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl., Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Barkowski, Hans/Krumm, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2010): Fachlexikon Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Tübingen und Basel: A. Francke Verlag.
- Behringer, Luise/Höfer, Renate (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 13. München: Ernst Reinhardt.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Frauen (2014): Lehrplanbestimmungen für Deutsch als Zweitsprache (DaZ); Fachlehrpläne für den muttersprachlichen Unterricht; Unterrichtsprinzip „Interkulturelles Lernen“ (Informationsblätter des Referats für Migration und Schule Nr.6/2013-14), 8. Aufl., Wien. URL [<http://pubshop.bmbf.gv.at/download.aspx?id=283>] letzter Zugriff am 16.05.14.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Frauen (2014a): Der muttersprachliche Unterricht in Österreich: Statistische Auswertung für das Schuljahr 2012/13 (Informationsblätter des Referats für Migration und Schule Nr.5/2013-14), verfasst von Garnitschnig, Ines, 15. Aufl., Wien. URL [<http://pubshop.bmbf.gv.at/download.aspx?id=271>] letzter Zugriff am 16.05.14.
- BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2013): Gesetzliche Grundlagen schulischer Maßnahmen für SchülerInnen mit anderen Erstsprachen als Deutsch; Gesetze und Verordnungen (Informationsblätter des Referats für Migration und Schule Nr.1/2013-14), 17. Aufl., Wien. URL [<http://pubshop.bmbf.gv.at/download.aspx?id=282>] letzter Zugriff am 16.05.14.

BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2013a): Mehr Sprachkompetenz - mehr Zukunft. URL [http://www.bmukk.gv.at/ministerium/vp/2013/20130523.xml] Zugriff am 17.09.2013.

BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2002): Den ersten Schritt gehen wir gemeinsam. Eine Handreichung für SchulleiterInnen und LehrerInnen an Volksschulen zur Integration fremdsprachiger SchulanfängerInnen. Wien. URL [http://www.bmukk.gv.at/medienpool/8547/leitfaden_2003_01_23.pdf] Zugriff am 05.01.13.

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

Bruhns, Kirsten (2013): Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern mit Migrationshintergrund – ein Resümee. In: Cinar, Melihan/Otremba, Katrin/Stürzer, Monika/Bruhns, Kirsten (2013): Kinder-Migrationsreport. Ein Daten- und Forschungsüberblick zu Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern mit Migrationshintergrund (deutsches Jugendinstitut e.V.). München, S. 288-306. URL: [http://www.fachportal-paedagogik.de] Zugriff am 25.10.13.

Chilla, Solveig/Rothweiler, Monika/Babur, Ezel (2010): Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen, Störungen, Diagnostik. München/Basel: Ernst Reinhardt.

DIE ZEIT (Spiewack, Martin) (2007): Die klugen Migranten, 05.07.2007: 28. URL [http://www.zeit.de/2007/28/Migrantenstudenten/seite-2] Zugriff am 04.01.14.

Ehlich, Konrad (2007): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund,

Bildungsforschung Band 11, hrsg. vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn/Berlin.

Eicher, Iris (2009): Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren. München: Ernst Reinhardt.

Englisch-Stölner, Doris/Sharifpour Langroudi, Margret (unter der fachlichen Dienstaufsicht von Pinterits, Manfred) (2013): Handout Sprachförderkurse 2013/14 Grundschule. URL [http://www.sfz-wien.at/images/sfz_img/download/GS-SFK-Arbeitsprofil_2013-14.pdf] Zugriff am 25.10.13.

Feichtinger, Johannes/Mitterbauer, Helga/Scherke, Katharina (2004): INTERDISZIPLINARITÄT – TRANSDISZIPLINARITÄT. Zu Theorie und Praxis in den Geistes- und Sozialwissenschaften. In: Newsletter Moderne. Zeitschrift des Spezialforschungsbereichs Moderne – Wien und Zentraleuropa um 1900. 7/2 (September 2004), S. 11-16. URL [http://www.kakanien.ac.at/beitr/materialien/JFeichtinger_HMitterbauer_KScherke1.pdf] Zugriff am 11.12.13.

Fellinger, Johannes (2011): Hörstörungen. In: Siegmüller, Julia/Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 152-159.

Fischer, Klaus (2011): Interdisziplinarität im Spannungsfeld zwischen Forschung, Lehre und Anwendungsfeldern. In: Fischer, Klaus/Laitko, Hubert/Parthey, Heinrich (Hrsg.) (2011): Interdisziplinarität und Institutionalisierung der Wissenschaft. Gesellschaft für Wissenschaftsforschung (GeWif). Jahrbuch 2010. Sonderdruck. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag. URL [http://www.wissenschaftsforschung.de/JB10_37-58.pdf] Zugriff am 11.12.13.

FörMig-Transfer Berlin (2009): Wege zur durchgängigen Sprachbildung. Ein Orientierungsrahmen für Schulen. URL [http://www.foermig-berlin.de/materialien/Wege_zur_durchgaengigen_Sprachbildung____.pdf] Zugriff am 02.02.14.

- FörMig Kompetenzzentrum (2013): Analyse sprachlicher Kompetenzen – Diagnoseinstrumente. URL [<http://www.foermig.uni-hamburg.de/web/de/all/mat/diag/index.html>] Zugriff am 16.05.14.
- Giel, Barbara (2011): Orofaziale Dysfunktionen. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 102-108.
- Glück, Christian W./Baumgartner, Stephan (2011): Stottern. In: Siegmüller, Julia/Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 368-382.
- Grohnfeldt, Manfred (2011): „...über den Tellerrand und Tag hinaus“. Zum Sprachheilgipfel am 17.12.2012 an der Ludwig-Maximilians-Universität München. In: Sprachheilarbeit 56: S. 98-99.
- Grohnfeldt, Manfred (2012): Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie. München [u.a.]: Reinhardt.
- Grohnfeldt, Manfred/Ritterfeld, Ute (2005): Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. 2.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15-46.
- Grohnfeldt, Manfred/Romonath, Roswitha (2005): Sprachheilpädagogik und Logopädie im internationalen Vergleich. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen. 2.Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, S. 244-267.
- Hafen, Martin (2013): Interdisziplinarität in der frühen Förderung. In: Frühförderung interdisziplinär 2/32: S. 97-106.
- Häusermann, Judith (2009): Der Deutscherwerb von Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. Eine Verlaufsstudie mit Implikationen für die

Diagnostik von Spracherwerbsstörungen bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. In: Forum Logopädie 3/23: S. 16-21.

Häusler, Myrtha (2006): „Die Grund-/Basisstufe als integratives und individualisierendes Schulmodell: Konsequenzen für die Unterstützung von Kindern mit besonderen Bildungsbedürfnissen und Auswirkungen auf die Gestaltung des sonderpädagogischen Angebotes“. Positionspapier der EDK (Erziehungsdirektoren-Konferenz der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein). Zürich: Hochschule für Heilpädagogik.

Kauschke, Claudia (2011): Late Talker. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 56-59.

Klinger, Thorsten/Schwippert, Knut/Leiblein, Birgit (Hrsg.) (2008): Evaluation im Modellprogramm FörMig. Planung und Realisierung eines Evaluationskonzepts. (FörMig Edition Band 4). Münster: Waxmann.

Konopatsch, Saskia (2011): Phonologische Störungen. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 114-124.

Kreutzmann, Sebnem (2009): Sprachtherapie für alle? Wissen als Hindernis und Chance in der sprachtherapeutischen Versorgung von MigrantInnen. In: Logos Interdisziplinär 1/17: S. 16-23.

Krumm, Hans-Jürgen (2007): Der Umgang mit sprachlicher Vielfalt unter besonderer Berücksichtigung der sprachlichen Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund in Österreich. In: Ehlich, Konrad (2007): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, Bildungsforschung Band 11, hrsg. vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn/Berlin. S. 193- 216.

Latour, Andrea (2012): Sprachheilpädagogische Intervention und pädagogische Ansprüche: eine konstruktivistische Situationsanalyse des

Sprachheilunterrichts im Pflichtschulbereich in Niederösterreich aus der Perspektive der SprachheillehrerInnen. Diplomarbeit Universität Wien.

Lauer, Norina (2011): Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 159-168.

Leiner, D. J. (2014). SoSci Survey (Version 2.4.00-i) [Computer Software]. URL[<https://www.socisurvey.de>] letzter Zugriff am 19.05.14.

Logopädieaustria (2008): Ethik-Kodex und Ethik-Kommission des Berufsverbandes logopädieaustria. URL [http://www.logopaediaustria.at/doc/Ethikkodex_2008.pdf] Zugriff am 31.12.13.

Logopädieaustria (2009): Qualitätshandbuch logopädieaustria. 4. Aufl., Wien. URL [http://www.logopaediaustria.at/de/qualitaetssicherung/bvprofil_bvqualitaet.htm] Zugriff am 31.12.13.

McCartney, Elspeth/Ellis, Sue/ Boyle, James/Turnbull, Mary/ Kerr, Jane (2010): Developing a language support model for mainstream primary school teachers. In: Child Language Teaching and Therapy 3/26: S. 359-374.

Mußmann, Jörg (2013): Kooperation und cross-kategoriale Sichtweisen im Förderschwerpunkt Sprache – Quantitative Befunde und qualitative Rekonstruktionen, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 4/2013: S. 155- 164.

Mummendey, Hans Dieter/ Grau, Ina (2008): Die Fragebogen-Methode. 5. Aufl., Göttingen u.a.: Hogrefe.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development - Nusche, Deborah/Shewbridge, Claire/Rasmussen, Christian (2009): OECD Länderbericht für Österreich: Empfehlungen zur Bildung von SchülerInnen mit Migrationshintergrund. URL [www.bmukk.gv.at/medienpool/18818/austriacountrynote_nusche.pdf] Zugriff am 05.12.13.

Oksaar, Els (2003): Zweitspracherwerb. Wege zur Mehrsprachigkeit und zur interkulturellen Verständigung. Stuttgart: Kohlhammer.

- Pahn, Claudia (2011): Poltern. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 382-385.
- Pfaller, Karin (2013): 100 Jahre danach – Eine Positionierung der Logopädie aus wissenschaftlicher, beruflicher und gesundheitspolitischer Perspektive. In: logoTHEMA 2/10: S. 23-25.
- PH Wien – Pädagogische Hochschule Wien (2012): Curriculum für den Hochschullehrgang Sprachheilpädagogik. Eingereicht von Dipl.Päd. SOBL Monika Stein. URL [<http://www.phwien.at/index.php?id=1944&L=0%27>] Zugriff am 12.01.14.
- Prelock, Patricia A./Hutchins, Tiffany/Glascoe, Frances P. (2008): Speech-Language Impairment: How to Identify the Most Common and Least Diagnosed Disability of Childhood. In: The Medscape Journal of Medicine 2/10: 136. URL [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491683/>] Zugriff am 24.10.13.
- Quehl, Thomas/Trapp, Ulrike (2013): Sprachbildung im Sachunterricht in der Grundschule. Mit dem Scaffolding-Konzept unterwegs zur Bildungssprache. (FörMig-Material Band 4). Münster: Waxmann.
- Reich, Hans H. (2007): Forschungsstand und Desideratenaufweis zu Migrationslinguistik und Migrationspädagogik für die Zwecke des „Anforderungsrahmens“. In: Ehlich, Konrad (2007): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, Bildungsforschung Band 11, hrsg. vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn/Berlin. S. 122-169.
- Ritterfeld, Ute/Starke, Anja/Röhm, Alexander/Latschinske, Sharon/Wittich, Claudia/Moser Opitz, Elisabeth (2013): Über welche Strategien verfügen Erstklässler mit Sprachstörungen beim Lösen mathematischer Aufgaben? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 4/2013: S. 136-143.

- Röhner, Charlotte/Hausmann, Andrés Oliva (2008): Zweitsprachliche Produktivität von Migrantenkindern im Übergang vom Kindergarten zur Grundschule. In: s.o., S. 75-93.
- Schnell, Rainer/Hill, Paul B./Esser, Elke (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Aufl., München/Wien: R. Oldenbourg.
- Schnitzler, Carola D. (2011): Störungen der phonologischen Bewusstheit. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken, 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 137-145.
- Schulorganisationsgesetz - Bundesgesetz vom 25. Juli 1962 über die Schulorganisation. StF: BGBl. Nr. 242/1962 (NR: GP IX RV 733AB 785S. 109. BR: S. 195.) URL [<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009265>] Zugriff am 04.01.14.
- Schwytay, Jeannine (2011): Phonetische Störungen. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 108-114.
- Schwytay, Jeannine (2011a): Prosodische Störungen. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 124-126.
- Selinker, L./Swain, M./Dumas, G. (1975): The interlanguage hypothesis extended to children. In: Language Learning 25: S. 139 -152.
- Siegmüller, Julia/Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Siegmüller, Julia/von der Heide, Bente (2011): Störungen des Lesens und Schreibens bei Kindern. In: Siegmüller, Julia/ Bartels, Henrik (Hrsg.) (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. 3. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer. S. 145-150.

- Sprachförderzentrum Wien (2013): Auswertung der Sprachförderkurse 2012/2013. URL [http://www.sfz-wien.at/images/sfz_img/download/Auswertung_der_Sprachfoerderkurse2012_13.pdf] Zugriff am 25.10.13.
- Sprachförderzentrum Wien (2014): Über Uns. URL [<http://www.sfz-wien.at/index.php/ueber-uns>] Zugriff am 16.05.14.
- Subellok, Katja/Lüke, Timo/Ritterfeld, Ute (2013): Förderbedingungen von Schülerinnen im Förderbereich Sprache. Vergleichende Befragung von Schulleitungen und Lehrkräften an Förderschulen und allgemeinen Grundschulen in Nordrhein-Westfalen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 4/2013: S.144-154.
- Tracy, Rosemarie (2008): Linguistische Grundlagen der Sprachförderung: Wieviel Theorie braucht (und verlangt) die Praxis? In: Ahrenholz, Bernt (Hrsg.) (2008): Deutsch als Zweitsprache – Voraussetzungen und Konzepte für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. 2. Aufl., Freiburg im Breisgau: Filibach, S. 17-29.
- Tracy, Rosemarie (2009): Multitasking: Mehrsprachigkeit jenseits des „Streitfalls“. In: Gogolin, Ingrid/Neumann, Ursula (Hrsg.) (2009): Streitfall Zweisprachigkeit – The Bilingualism Controversy. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 163-196.
- Welling, Alfons (2007): Kooperative Sprachförderung – ein Konzept der Sprachförderung mehrsprachiger Kinder in der Frühförderung. 14. Symposium Frühförderung der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung. 22.-24. Februar 2007. Universität Hamburg. URL[<http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/bundesvereinigung/materialien-des-hamburger-symposion/>] Zugriff am 05.01.14.
- Wiener Zeitung (Weiss, Alexia) (2011): Wiens intensive Sprachförderung - Sprachförderzentrum Wien ist seit fünf Jahren die Anlaufstelle für Deutsch- und Muttersprachenlehrer. 08.03.2011 URL [http://www.wienerzeitung.at/themen_channel/wz_integration/gesellschaft/224523_Wiens-intensive-Sprachfoerderung.html] Zugriff am 04.01.14.

Zollinger, Barbara (2010): Sprachverstehen. Entwicklungsverzögerungen erkennen. Expertise für das Projekt Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen der Durchgängigen Sprachförderung (entnommen aus: FörMig-Transfer Berlin 2009: 9).....	23
---	----

16 Tabellen- und Diagrammeverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit schulischer DaZ-Förderung	80
Tabelle 2: Austausch mit DaZ-Lehrenden	81
Tabelle 3: Austausch mit DaZ-Lehrenden, χ^2 -Test.....	82
Tabelle 4: χ^2 -Test; Signifikanz	82
Tabelle 5: Häufigkeit Austausch – Häufigkeit mehrsprachige Therapiekinder..	83
Tabelle 6: Wunsch nach Austausch	88
Tabelle 7: Vorteile des Austausches	89
Tabelle 8: Gründe für fehlenden Austausch	92
Tabelle 9: Hindernisse beim Austausch	100
Tabelle 10 Einfluss des Austausches auf Diagnostik und Therapie	103
Tabelle 11: Häufigkeit Austausch mit LogopädInnen	110
Tabelle 12: Häufigkeit Austausch mit ErgotherapeutInnen.....	110
Tabelle 13: Häufigkeit Austausch mit PsychologInnen.....	111
Tabelle 14: Häufigkeit Austausch mit ÄrztInnen	112
Tabelle 15: Häufigkeit Austausch mit KlassenLehrerInnen	112
Tabelle 16: Häufigkeit Austausch mit DaZ-Lehrenden	113
Tabelle 17: Häufigkeit Austausch mit anderen Berufen.....	113
Diagramm 1: Berufsalter LogopädInnen.....	76
Diagramm 2: Ausbildung der LogopädInnen	77
Diagramm 3: Wissenserwerb zum Thema Mehrsprachigkeit	78
Diagramm 4: Bezirk der Berufsausübung.....	78
Diagramm 5: Art der Berufsausübung	78
Diagramm 6: Häufigkeit der Arbeit mit mehrsprachigen Kindern.....	79
Diagramm 7: Wissen über DaZ-Lehrende	84
Diagramm 8: Kein Austausch wegen fehlenden Informationen	84

Diagramm 9: Kein Austausch wegen Zeitmangel.....	85
Diagramm 10: Kein Austausch wegen fehlender Finanzierung.....	86
Diagramm 11: Austausch zeitlich schwierig durchführbar.....	86
Diagramm 12: Wunsch nach Austausch.....	88
Diagramm 13: Gründe für fehlenden Austausch.....	91
Diagramm 14: Interesse an Info über DaZ-Förderung.....	93
Diagramm 15: Wunsch nach Info über DaZ-Lehrende.....	93
Diagramm 16: Therapiefokus Artikulation.....	94
Diagramm 17: Therapiefokus Phonologie.....	94
Diagramm 18: Therapiefokus Grammatik.....	95
Diagramm 19: Therapiefokus Wortschatz.....	95
Diagramm 20: Therapiefokus Myofunktion.....	96
Diagramm 21: Therapiefokus LRS.....	96
Diagramm 22: Therapiefokus Redefluss.....	97
Diagramm 23: Therapiefokus Stimme.....	97
Diagramm 24: Hausübungen als Info-Quelle.....	98
Diagramm 25: Erzählungen als Info-Quelle.....	98
Diagramm 26: Schriftlicher oder mündlicher Austausch.....	99
Diagramm 27: Möglicher Einfluss der Informationen auf das Therapeutenverhalten.....	102
Diagramm 28: Austausch sinnvoll für Diagnostik und Therapie.....	104
Diagramm 29: Austausch organisatorisch schwierig.....	105
Diagramm 30: Austausch sinnvoll bei geringen Deutschkenntnissen der Eltern	106
Diagramm 31: Nutzen von Überschneidungen für intensiveren Input.....	107
Diagramm 32: Vermeiden von Überschneidungen für mehr Effizienz.....	108
Diagramm 33: Nutzen von Informationen für Anamnese und Diagnostik.....	108

17 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
Aufl.	Auflage
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKS	Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMBWK	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DaZ	Deutsch als Zweitsprache
DaF	Deutsch als Fremdsprache
DaM	Deutsch als Muttersprache
DE	Deutschland
ebd.	ebendiese/r, ebenda
et al.	et alii (lat.: und andere)
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FörMig	Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
GERS	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen
HNO	Hals-Nasen-Ohren (-Arzt)
Hrsg.	Der/die HerausgeberIn
inkl.	inklusive
Kap.	Kapitel
LRS	Lese-Rechtschreib-Schwäche
s.	siehe
S.	Seite
SES	Sprachentwicklungsstörung
SEV	Sprachentwicklungsverzögerung
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsverzögerung
SFZ	Sprachförderzentrum Wien
SLI	Specific Language Impairment
SLP	Speech and Language Pathologists

SLT	Speech and Language Therapists
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SPZ	Sonderpädagogisches Zentrum
TN	TeilnehmerInnen
URL	Uniform Resource Locator
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
VS	Volksschule
zit. n.	zitiert nach

19 Anhang

19.1 Kurzzusammenfassung

Interprofessionalität ist in Zeiten fachlicher Spezialisierung wichtiger Bestandteil einer qualitativen Arbeitsweise. Diese Masterthese untersucht daher den Ist-Stand des Austausches zwischen LogopädInnen und Deutsch als Zweitsprache (DaZ) – Lehrenden, welche parallel mit mehrsprachigen Volksschulkindern in Wien arbeiten.

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass ein interprofessioneller Austausch zur Optimierung von Diagnostik, Therapie und DaZ-Förderung beitragen kann. Die empirische Forschung basiert auf einer Online-Befragung von Wiener LogopädInnen.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die Annahme der Verfasserin, dass derzeit im Raum Wien kaum interprofessioneller Austausch zwischen den beiden Berufen stattfindet. Mangelndes Wissen über die DaZ-Förderung konnte als Ursache eruiert werden. Von Seiten der LogopädInnen wird der Austausch als sinnvoll erachtet und das Interesse an Informationen über die DaZ-Lehrenden sowie über die schulische DaZ-Förderung bekundet.

Schlagworte:

Mehrsprachigkeit, Sprachtherapie, Logopädie, DaZ-Förderung, Interprofessionalität.

19.2 Abstract

In a time where professional specialisation is state of the art an interprofessional cooperation is an important part of qualitative work. Therefore the present study examines the current exchange between speech therapists and teachers for German as a Second Language in Vienna which are working with multilingual children in elementary school.

The findings of the literature review suggest that a cooperation of these two professions could improve the diagnostic as well as the therapy itself and the support in the second language. The empirical part of this work is based on an online survey with speech-language pathologists in Vienna.

The results of the survey reveal that the cooperation between the two professions is insufficient. A lack in knowledge about the German as a Second Language support was proved to be one of the reasons for this scarce exchange. The speech-language pathologists confirmed that an exchange between the two professions and additional information about German as a Second Language classes would be useful.

Keywords:

Multilingualism, Speech-Language Pathology, German as a Second Language Classes, Interprofessionality.

19.3 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Julia Sindhuber
E-Mail juliasindhuber@gmx.at

Ausbildung

2011-2014 Masterstudium Deutsch als Fremd- und Zweitsprache, Universität Wien

2008-2011 Bachelorstudium Logopädie,
Fachhochschule Wr. Neustadt
Abschluss: Bachelor of Science in Health Studies

1998-2006 Öffentliches Stiftsgymnasium
Seitenstetten, Abschluss mit Matura

1994-1998 Volksschule Wolfsbach

Berufserfahrung

08/2013 –laufend Deutsch als Zweitsprache-Lehrende
Vertretungsdienste und regelmäßiges
Phonetiktraining
BFI Wr. Neustadt

09/2011-laufend Freiberufliche Logopädin
Praxis Elisabeth Winkler
Wr. Neustadt

Sprachkenntnisse

Deutsch, Englisch, Italienisch, Französisch

19.4 Einladung 1 und 2 zur Umfrage

Einladung 1, versandt über den Verband Logopädieaustria:

Liebe Logopädinnen und Logopäden, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mein Name ist Julia Sindhuber, ich bin Logopädin und studiere „Deutsch als Fremd- und Zweitsprache“ an der Universität Wien. Derzeit führe ich im Rahmen meiner Masterarbeit zum Thema „**Interprofessioneller Austausch zwischen LogopädInnen und Deutsch als Zweitsprache-Lehrenden bei der parallelen Betreuung mehrsprachiger Volksschulkinder in Wien**“ eine empirische Untersuchung durch.



Die Umfrage richtet sich an **LogopädInnen in Wien**, welche mit (mehrsprachigen) Kindern arbeiten. Um signifikante Ergebnisse zu erhalten, bin ich auf Ihre zahlreiche Unterstützung angewiesen. Ich lade Sie deshalb herzlich ein, unter folgendem Link an meiner Online-Umfrage teilzunehmen – ich bin für jede einzelne Teilnahme sehr dankbar!

<https://www.soscisurvey.de/dazundlogo/?password=logopaedie>

Bis Ende Jänner/Anfang Februar ist die Teilnahme möglich. Die anonymen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Rahmen meiner Masterarbeit verwendet. Die Umfrage dauert ca. 10 Minuten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mithilfe!

Mit herzlichen Grüßen,
Julia Sindhuber, BSc. (Logopädin)

PS.: Bei Interesse informiere ich Sie gerne über die Ergebnisse der Untersuchung. Dafür senden Sie bitte einfach eine E-Mail mit dem Betreff „Ergebnisse Masterarbeit Logopädie und DaZ“ an juliasindhuber@gmx.at.

Einladung 2, bzw. Erinnerung zur Teilnahme an der Umfrage:

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Anfang Jänner erhielten Sie die Einladung zur Teilnahme an meiner empirischen Umfrage zum „interprofessionellen **Austausch zwischen LogopädInnen und Deutsch als Zweitsprache-Lehrenden** bei der parallelen Betreuung von mehrsprachigen Volksschulkindern in Wien“. An alle KollegInnen, die bereits teilgenommen und meine Forschung durch ihre Erfahrungen unterstützt und bereichert haben: **ein herzliches DANKESCHÖN!**

Ich erlaube mir, **diejenigen unter Ihnen, die bisher nicht die Zeit zum Ausfüllen gefunden haben**, nochmals herzlich zur Umfrage einzuladen. Die Teilnahme ist unter folgendem Link noch bis Ende Jänner/ Anfang Februar möglich:

<https://www.soscisurvey.de/dazundlogo/?password=logopaedie>

Die Umfrage dauert ca. 10 Minuten und richtet sich an LogopädInnen in Wien, die mit (mehrsprachigen) Kindern im Volksschulalter arbeiten. Die Teilnahme ist anonym, und die erhaltenen Daten werden streng vertraulich behandelt.

Bei Interesse informiere ich Sie gerne über die Ergebnisse. Dafür senden Sie bitte einfach eine Email mit dem Betreff „Ergebnisse Masterarbeit Logopädie und DaZ“ an juliasindhuber@gmx.at.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Mithilfe!

Mit herzlichen Grüßen,
Julia Sindhuber, BSc. (Logopädin)

19.5 Fragebogen

Der Online-Fragebogen wurde mittels Bildschirmfoto „abfotografiert“, da von der Software Sosci Survey (Leiner 2014) keine andere Möglichkeit angeboten wird, um die grafische Darstellung abzubilden.

The screenshot shows the beginning of a survey. On the left, there is a sidebar with the University of Vienna logo and a progress indicator showing "0% ausgefüllt". The main content area features a greeting: "Sehr geehrte KollegIn, sehr geehrter Kollege!". Below this, it welcomes participants to a survey titled "Kooperation zwischen LogopädInnen und Deutsch als Zweitsprache-Lehrenden aus Sicht der LogopädInnen". It states that participation is anonymous and lasts for a maximum of 10 minutes. A section titled "Bitte lesen Sie diese Kurzinformationen zur Auffrischung und zum besseren Verständnis der Umfrage:" provides background information on language support in Vienna's primary schools, distinguishing between DaZ (Deutsch als Zweitsprache) and DaZ-Förderung (Deutsch als Zweitsprache-Förderung). A green "Weiter" button is located at the bottom right of the text area. At the bottom center, the author's name and affiliation are listed: "Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2014".

The screenshot shows a question page from the survey. The sidebar on the left indicates "10% ausgefüllt". The main content area contains the question: "1. In welchem Wiener Bezirk arbeiten Sie?" with a dropdown menu labeled "[Bitte auswählen]". Below this is a section titled "2. Arbeitsumfeld" with the instruction "Mehrere Antworten sind möglich." and a sub-section "Ich arbeite...". This section contains several radio button options: "freiberuflich, hptsl. als Kassenlogopäde/In", "freiberuflich, hptsl. als Wahllogopäde/In", "freiberuflich, ohne Refundierung", "angestellt, in einem Ambulatorium", "angestellt, in einem Krankenhaus", "angestellt, in einer anderen medizinischen Institution", and "angestellt, in einer nicht-medizinischen Institution". There is also a "Sonstige:" field with a text input box. Below the options is another question: "Wie häufig arbeiten Sie mit Kindern, die Deutsch als Zweitsprache sprechen bzw. lernen?" with a dropdown menu labeled "[Bitte auswählen]". At the bottom, there are green buttons for "Zurück" and "Weiter". At the bottom center, the author's name and affiliation are listed: "Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013".

Wie viele Ihrer mehrsprachigen Therapiekinder besuchen derzeit....

den Kindergarten? [Bitte auswählen]

die Vorschulklasse? [Bitte auswählen]

die 1. Klasse Volksschule? [Bitte auswählen]

die 2. Klasse Volksschule? [Bitte auswählen]

die 3. Klasse Volksschule? [Bitte auswählen]

die 4. Klasse Volksschule? [Bitte auswählen]

Wie viele Ihrer mehrsprachigen Therapiekinder im Volksschulalter bekommen derzeit Therapie im Bereich...

	keine	vereinzelt	einige	die meisten	alle	kann ich nicht beurteilen
Artikulation?	<input type="radio"/>					
Phonologie?	<input type="radio"/>					
Grammatik (Morphologie und Syntax)?	<input type="radio"/>					
Wortschatz (Lexikon und Semantik)?	<input type="radio"/>					
Myofunktion?	<input type="radio"/>					
Lesen-Rechtschreibschwäche?	<input type="radio"/>					
Redefluss?	<input type="radio"/>					
Stimme?	<input type="radio"/>					
Andere:	<input type="text"/>					

Zurück

Weiter

3. Wie viele der von Ihnen betreuten Kinder im Volksschulalter erhalten derzeit schulische Förderung in der Zweitsprache Deutsch (= DaZ)?

Geben Sie bitte Schätzwerte an.

	kein Kind	weniger als die Hälfte der Kinder	ca. die Hälfte der Kinder	mehr als die Hälfte der Kinder	alle Kinder	darüber bin ich nicht informiert
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Wie oft bekommen Sie Informationen über die DaZ-Förderung Ihres Therapiekindes?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft	kann ich nicht beurteilen
In Form von mitgebrachten Hausübungen u.ä.	<input type="radio"/>					
In Form von Erzählungen durch die Kinder oder Eltern	<input type="radio"/>					
In Form eines schriftlichen oder mündlichen Austausches mit der Lehrerin des Kindes	<input type="radio"/>					
Andere:	<input type="text"/>					

Zurück

Weiter

 universität wien

40% ausgefüllt

5. Wie würden Sie ihr Wissen über die Tätigkeiten von SprachförderlehrerInnen für Deutsch als Zweitsprache einstufen?

Ich verfüge über **kein Wissen** zu Ausbildung und Tätigkeiten von Deutsch als Zweitsprache-LehrerInnen Ich verfüge über **detailliertes Wissen** zu Ausbildung und Tätigkeiten von Deutsch als Zweitsprache-LehrerInnen

6. Würden Sie gerne wissen, was in der DaZ-Förderung gemacht wird, um dies in Ihrer Therapie zu berücksichtigen?

nein, kein Interesse ja, das interessiert mich

7. Wünschen Sie sich mehr Informationen zu Ausbildung und Tätigkeiten von DaZ-Förderlehrenden?

nein ja

Zurück Weiter

Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013

 universität wien

30% ausgefüllt

8. Stellen Sie sich bitte vor, Sie erhalten Informationen über die DaZ-Förderung Ihres mehrsprachigen Therapiekindes. Wie würden Sie damit umgehen?

	nein	eher nein	eher ja	ja	kann ich nicht beurteilen
Ich würde die Beobachtungen der DaZ-Lehrperson in meiner Diagnostik berücksichtigen oder bedenken..	<input type="radio"/>				
Ich würde u.a. ähnliche grammatische Themen behandeln um diese zu festigen.	<input type="radio"/>				
Ich würde u.a. ähnliche Wortschatzfelder behandeln um diese zu festigen.	<input type="radio"/>				
Ich würde der Lehrperson auch meine Beobachtungen mitteilen, um dadurch zur gezielten Förderung des Kindes beizutragen.	<input type="radio"/>				
Ich würde mich vor allem auf die Bereiche konzentrieren, die in der schulischen Förderung nicht vorkommen.	<input type="radio"/>				
Ich könnte evtl. manche Therapien (z.B.: Dysgrammatismus) abschließen und den „Rest“ der Schule überlassen.	<input type="radio"/>				

Ich würde...

Zurück Weiter

Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013

universität wien

60% ausgefüllt

9. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen über den Austausch zwischen LogopädInnen und Deutsch als Zweitsprache-LehrerInnen an Volksschulen?

	nein	etwas nein	etwas ja	ja	kann ich nicht beurteilen
Ich habe mir schon öfter einen derartigen Austausch in mündlicher oder schriftlicher Form gewünscht.	<input type="radio"/>				
Ein solcher Austausch ist...					
...sinnvoll für Diagnostik und Therapie.	<input type="radio"/>				
...zeitlich schwierig durchführbar.	<input type="radio"/>				
...organisatorisch schwierig durchführbar.	<input type="radio"/>				
...sinnvoll wenn die Eltern aufgrund fehlender Deutschkenntnisse wenig Informationen über das Kind geben können.	<input type="radio"/>				
Informationen über die schulische DaZ-Förderung könnte man nützen...					
...indem man die Inhalte (zB.: in Grammatik, Wortschatz) zugunsten eines intensiveren Inputs auch in der Therapie aufgreift.	<input type="radio"/>				
...indem man inhaltliche Überschneidungen zugunsten mehr Effizienz vermeidet.	<input type="radio"/>				
...indem man Anamnese und Diagnostik dadurch ergänzt.	<input type="radio"/>				
...indem man <input type="text"/>					
...indem man <input type="text"/>					

Zurück Weiter

Julia Sindhuber BSc, Masterstudengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013

universität wien

70% ausgefüllt

10. Wie häufig tauschen Sie sich mit folgenden Berufsgruppen bzgl. eines Ihrer mehrsprachigen Therapekinder aus?

	nie	1-3 x im Jahr	alle 2 Monate	einmal Monat	mehr als einmal im Monat	mehrmals pro Woche	täglich	kann ich nicht beurteilen
andere LogopädInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
ErgotherapeutInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
PsychologInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
ÄrztInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
KlassenlehrerInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Deutsch als Zweitsprache- FörderlehrerInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

11. Falls Sie sich derzeit mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-Lehrenden Ihrer mehrsprachigen Therapekinder austauschen – Welche VORTEILE hat dieser Austausch für Sie?
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie einen Austausch pflegen. Antworten Sie bitte in Stichworten.

01

02

12. Falls Sie sich derzeit mit KlassenlehrerInnen oder DaZ-Lehrenden Ihrer mehrsprachigen Therapekinder austauschen – Welche HINDERNISSE erleben Sie?
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie einen Austausch pflegen. Antworten Sie bitte in Stichworten.

01

02

Zurück Weiter

 universität wien

80% ausgefüllt

13. Falls Sie sich derzeit NICHT mit den Deutsch als Zweitsprache- LehrerInnen Ihrer mehrsprachigen Therapiekinder austauschen, geben Sie bitte an, welche Faktoren dafür verantwortlich sind.

	trifft gar nicht zu	trifft voll zu	kann ich nicht beurteilen
Keine Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Extrabezahlung für den zusätzlichen Zeitaufwand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Interesse an einem solchen Austausch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Bedarf eines Austausches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Informationen über die Tätigkeiten der Deutsch als Zweitsprache-LehrerInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu hoher Organisationsaufwand (Schweigepflichtsentbindung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noch nie daran gedacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Gründe:

Zurück Weiter

Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013

 universität wien

90% ausgefüllt

Zum Schluss noch ein paar Angaben zu Ihrer Person:

14. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Logopäde/In?

seit...

15. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

Logopädeschule (2-jährig) Fachhochschule (3-jährig)

Akademie (3-jährig) Weiterführendes Masterstudium

Andere:

16. Woher haben Sie Ihr Wissen über kindliche Mehrsprachigkeit erworben?

Fortbildungen persönliche Erfahrungen

Ausbildungszeit berufliche Erfahrungen

Fachbücher

Andere:

Hier ist Platz für etwaige Ergänzungen zur Umfrage oder Anregungen an die Autorin:

Das wollte ich noch sagen...

Zurück Weiter

Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre kostbare Zeit bedanken und hoffe, dass diese Umfrage dank Ihrer Hilfe einen Beitrag zur Bedarfsanalyse im Therapiebereich Mehrsprachigkeit leisten kann.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne per Email oder telefonisch zur Verfügung:
juliasindhuber@gmx.at, 0680 55 21 304.

**Mit freundlichen Grüßen,
Julia Sindhuber B.Sc,**

Logopädin

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Julia Sindhuber BSc, Masterstudiengang DaF/DaZ, Universität Wien - 2013