

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades des Master of Science im Studienfach Lehr- und Forschungslogopädie vorgelegt an der Rheinisch-Westfälisch Technischen Hochschule Aachen

Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie

Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der Unterstützten Kommunikation (UK) als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland – eine Fragebogenerhebung

Name: Thorndahl, Dennis

Prüferinnen: Frau Dietlinde Schrey-Dern
Frau Dr. Melanie Willke

Datum der Abgabe: 13. März 2019

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	4
Abstract (English).....	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung.....	9
2 Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1 Unterstützte Kommunikation.....	10
2.1.1 Grundlagen	12
2.1.2 Zielgruppen und Ziele	14
2.1.3 Kommunikationsformen, Methoden und Prinzipien.....	17
2.1.4 Zusammenfassung.....	20
2.2 Logopädie/Sprachtherapie.....	20
2.2.1 Grundlagen und Zielgruppen	21
2.2.2 UK aus Sicht der Logopädie/Sprachtherapie	23
2.3 Forschungsstand	24
2.3.1 Bedarf an UK.....	25
2.3.2 Bedarf an UK-Intervention.....	27
2.3.3 UK und Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland	30
3 Fragestellung.....	33
3.1 Fragestellungen und sensibilisierende Konzepte	34
3.2 Fragestellungen und Hypothesen.....	36
4 Methoden	38
4.1 Quantitative und qualitative Forschung	38
4.2 Forschungsdesign	40
4.3 Experteninterview	43
4.3.1 Auswahl der Experten	44
4.3.2 Leitfaden: Aufbau und Inhalt	45
4.3.3 Durchführung	46
4.3.4 Auswertung	47
4.4 Onlinebefragung	51
4.4.1 Fragebogen: Fragenformulierung und Fragetypen	53
4.4.2 Fragebogen: Aufbau und Inhalt.....	55
4.4.3 Pretest.....	59
4.4.4 Proband*innen, Datenerhebung und Durchführung.....	60
4.4.5 Auswertung	61
5 Ergebnisse	62
5.1 Experteninterviews	62
5.1.1 Makrokategorie: Barrieren.....	62

5.1.2	Makrokategorie: Gelingensbedingungen und Veränderungen.....	67
5.1.3	Rückmeldungen zum Onlinefragebogen.....	71
5.2	Ergebnisse der Onlinebefragung.....	71
5.2.1	Beschreibung der Stichprobe.....	71
5.2.2	Einflussfaktoren auf das Interesse und die Praxiserfahrung.....	75
5.2.3	Kompetenz- und Zuständigkeitsgefühl.....	79
5.2.4	Erfahrungen mit UK in der Praxis.....	81
5.2.5	Etablierung von UK in die Logopädie/Sprachtherapie.....	83
6	Diskussion.....	87
6.1	Diskussion der Ergebnisse.....	87
6.2	Diskussion zum Forschungsdesign.....	93
7	Fazit und Ausblick.....	97
8	Literaturverzeichnis.....	101
9	Anhang.....	112
10	Eidesstattliche Versicherung.....	113

Abstract (Deutsch)

Titel: Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der Unterstützten Kommunikation (UK) als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland – eine Fragebogenerhebung

Hintergrund: Die Arbeit entsteht im Studiengang „Lehr- und Forschungslogopädie (M. Sc.)“ an der RWTH Aachen. Sie setzt sich mit der Fragestellung auseinander, welche Barrieren und Gelingensbedingungen im Bereich der Etablierung von UK in die Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland bestehen. Die UK versucht über verschiedene Methoden, Kommunikationsformen und Hilfsmittel nach Möglichkeiten, Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache effektive Verständigung und Kommunikation zu ermöglichen. Es bestehen Hinweise darauf, dass es Probleme bei der Versorgung, Beratung, Förderung und Therapie von Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache gibt.

Methode: Es wird eine Onlinefragebogenerhebung durchgeführt, die sich an Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen richtet. Die Auswertung der Onlinebefragung erfolgt quantitativ. Zur theoretischen Absicherung des Onlinefragebogens werden zwei qualitative Interviews mit Expert*innen durchgeführt. Die Interviews werden nach inhaltsanalytischen Verfahren ausgewertet.

Ergebnisse: Über die Experteninterviews und die Onlinebefragung (n = 222) können vielfältige Barrieren und Gelingensbedingungen abgeleitet werden. Barrieren entstehen durch strukturelle und formale Faktoren (z. B. fehlende abrechenbare Positionen) im Zusammenhang mit erhöhten Vor- und Nachbereitungszeiten und durch die unterschiedliche Vorbildung der Therapeut*innen. Gelingensbedingungen sind unter anderem die Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum, die Stärkung interdisziplinärer Zusammenarbeit, die Schaffung spezifischer abrechenbarer Positionen und Maßnahmen, die den Kontakt zwischen Therapeut*innen und UK-Klientel stärken (z. B. Inklusion, Interventionen in inklusiven Einrichtungen und Fördereinrichtungen).

Abschluss: Es ist weitere Forschung notwendig: Der Zeitaufwand der Vor- und Nachbereitung sollte untersucht und konkret beziffert werden können. Die Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum macht die Entwicklung entsprechender Curricula und didaktischer (IPE-)Konzepte notwendig. Die Ergebnisse der Arbeit sollten außerdem anhand größerer Stichproben überprüft, vertieft und erweitert werden.

Schlüsselwörter: Unterstützte Kommunikation, UK, Logopädie, Sprachtherapie, ICF, Inklusion, Barrieren, Gelingensbedingungen, Onlinebefragung, Experteninterviews

Abstract (English)

Title: Barriers and success factors in the implementation of Augmentative and Alternative Communication (AAC) in speech therapeutic interventions in Germany – A questionnaire-based study

Purpose: The thesis is based on the study program “Lehr- und Forschungslogopädie (M. Sc.)” at the RWTH Aachen University. It deals with the question of which barriers and success factors exist for the establishment of Augmentative and Alternative Communication (AAC) in German speech therapy. Using various forms of communication and communication aids, AAC looks for ways to enable people with complex communication needs to communicate effectively. There are indications that there are problems with the support and treatment of people with complex communication needs in Germany.

Method: An online questionnaire survey will be conducted for speech therapists. The evaluation of the online survey is done quantitatively. In addition to the theoretical assurance of the online questionnaire, two qualitative interviews are conducted with experts. The expert interviews are evaluated according to qualitative content analysis procedures.

Results: Through the interviews and the survey (n = 222) different barriers and success factors can be derived. Barriers arise due to factors such as missing assumption of costs in connection with increased preparation and postprocessing time. Additionally, there are problems caused by the different expertise level of the therapist. Success factors include the admission of AAC in educational training of speech and language therapists, the support of interdisciplinary collaboration, the cost coverage of increased preparation and postprocessing time and measures that promote the contact between therapists and AAC-users.

Conclusions: Further research is necessary. The time required for preparation and postprocessing should be investigated and put into concrete terms. The admission of AAC in the educational training of speech and language therapists demands the development of appropriate concepts. The results should also be reviewed and expanded using larger samples.

Keywords: Augmentative and alternative communication, AAC, Speech and language therapy, Survey, Interviews, ICF, Barriers, Success factors, inclusion

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	ICF-Modell	13
Abbildung 2	Kommunikative Funktionen	15
Abbildung 3	Patientengruppen	16
Abbildung 4	Kommunikationsformen	19
Abbildung 5	Ausbildung	22
Abbildung 6	Darstellung des Forschungsprozesses	42
Abbildung 7	Bezugssysteme des Onlinefragebogens	52
Abbildung 8	Klick-Rating	56
Abbildung 9	Auswahlfrage	57
Abbildung 10	Ratingskala	58
Abbildung 11	Kategorienbildung	62
Abbildung 12	Alter in Fünfjahresabschnitten	71
Abbildung 13	Arbeitsort	72
Abbildung 14	Vorbildung	73
Abbildung 15	Interesse und Alter	77
Abbildung 16	UK-Interventionen nach Arbeitsorten	77
Abbildung 17	Interesse und Arbeitsort	78
Abbildung 18	Kompetenz	79
Abbildung 19	Zuständigkeit	80
Abbildung 20	Vor- und Nachbereitung	81
Abbildung 21	Maßnahmen zur Verbreitung	83
Abbildung 22	Schlagwortwolke	84
Abbildung 23	Barrieren und Gelingensbedingungen	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Qualitative und quantitative Anteile	41
Tabelle 2	Auswertung der Experteninterviews: Paraphrase	49
Tabelle 3	Auswertung der Experteninterviews: Kategorienbildung	50
Tabelle 4	Anzahl der UK-Interventionen	73
Tabelle 5	Vorwissen und Praxiserfahrung	74
Tabelle 6	Unterschiede zwischen Therapeut*innen	76

Abkürzungsverzeichnis

AAC	Augmentative and Alternative Communication
APA	American Psychological Association
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
dbI	Deutscher Bundesverband für Logopädie
dbS	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie
DGS	Deutsche Gebärdensprache
EBP	Evidence-based Practice
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GuK	Gebärdenspracheunterstützte Kommunikation
HvG	Hochschulverband der Gesundheitsberufe
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPE	Interprofessional Education
ISAAC	International Society for Augmentative and Alternative Communication
KmE	Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung
LGB	Lautsprachunterstützende Gebärden
LogAPrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden
PCS	Picture Communication Symbols
PECS	Picture Exchange Communication Systems
PMS	Phonembestimmtes Manuallsystem
SGB	Sozialgesetzbuch
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
UK	Unterstützte Kommunikation
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Die UK sucht als junge Fachdisziplin nach Möglichkeiten, Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache effektive Verständigung und Kommunikation zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden in der UK verschiedene Methoden und Hilfsmittel verwendet (Nonn, 2011). Die Zahl der Betroffenen, die auf Hilfsmittel angewiesen sind, steigt aufgrund des demografischen Wandels, der einen Anstieg von erworbenen Störungen der Sprache und des Sprechens mit sich bringt. Die Überlebensrate von Kindern, die mit einer sogenannten Behinderung und damit verbundenen Beeinträchtigungen der Lautsprache zur Welt kommen, steigt gleichsam (Light & McNaughton, 2012). In diesem Zusammenhang bestehen Hinweise darauf, dass in Deutschland bei der Versorgung mit Maßnahmen und Hilfsmitteln der UK Mängel bestehen. Gleichsam bestehen Hinweise darauf, dass es Mängel bei der anschließenden Beratung, Förderung und Therapie von Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache gibt.

Die Masterarbeit mit dem Titel „Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der Unterstützten Kommunikation (UK) als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland – eine Fragebogenerhebung“ entsteht im Studiengang „Lehr- und Forschungslogopädie (M. Sc.)“ an der RWTH Aachen. Die Arbeit setzt sich mit der Fragestellung auseinander, welche Barrieren und Gelingensbedingungen im Bereich der Etablierung von UK in die Logopädie und Sprachtherapie bestehen. Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden qualitative und quantitative Forschungsmethoden eingesetzt. Der theoretische Hintergrund umreißt zunächst Grundlagen der UK und der Logopädie/Sprachtherapie. Nachfolgend werden Forschungsergebnisse zum Bedarf an UK, UK-Hilfsmitteln und UK-Interventionen dargestellt. Im Anschluss wird die besondere Rolle der Logopädie und Sprachtherapie im Kontext der UK in Deutschland, ebenfalls unter Berücksichtigung aktueller Forschung, beschrieben. Der theoretische Hintergrund leitet auf den Problemhintergrund, die Fragestellung und die Hypothesen der Arbeit hin. Das Kernelement ist eine im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Fragebogenerhebung, die sich an Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen richtet. Zur theoretischen Absicherung des Fragebogens werden außerdem zwei qualitative Interviews mit ausgewiesenen Expert*innen durchgeführt. Das genaue Forschungsdesign ist dem Kapitel Methoden zu entnehmen. Im Anschluss werden die Ergebnisse und die Diskussion dargestellt. Die Arbeit schließt mit einem aus den Ergebnissen abgeleiteten Fazit und einem Ausblick. Die Zitation im Fließtext und das Literaturverzeichnis werden überwiegend entsprechend der Vorgaben des Studiengangs nach dem sechsten „Style“ der American Psychological Association (2010) gestaltet.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil dieser Arbeit vermittelt zunächst notwendiges Hintergrundwissen. Im Fall der UK kommt diesem Teil eine besondere Bedeutung zu, da das Fachgebiet in Deutschland noch wenig verbreitet ist. Bei der Vermittlung von Hintergrundwissen wird sich prägnant auf Aspekte bezogen, die für das Verständnis der Arbeit und die Fragestellung relevant sind. Zunächst werden Grundlagen der UK dargestellt. Dieses Kapitel umfasst Informationen zur Terminologie, den Zielgruppen und Zielen, den unterschiedlichen Kommunikationsformen, Methoden und den Rahmenbedingungen von UK. Das anschließende Kapitel stellt zum selben Zweck die Grundlagen der Logopädie und Sprachtherapie in gleichermaßen prägnanter Form zusammen. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand zum Bedarf an UK-Hilfsmitteln und UK-Interventionen dargestellt. Danach wird die besondere Rolle der Logopädie und Sprachtherapie im Kontext von UK erläutert. Auch in diesen Teil fließen die Ergebnisse aktueller Forschungen ein. Der theoretische Hintergrund leitet damit auf die Fragestellung und Hypothesen hin.

2.1 Unterstützte Kommunikation

Der Terminus „Unterstützte Kommunikation (UK)“ bezeichnet im Deutschen das internationale Fachgebiet der „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“. Die UK sucht nach Möglichkeiten, Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache effektive Verständigung und Kommunikation zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden in der UK verschiedene Methoden, Kommunikationsformen und Hilfsmittel, wie Gebärdensysteme, Kommunikationstafeln oder (elektronische) Kommunikationshilfen, verwendet (Nonn, 2011). Die Eindeutschung des Begriffs erfolgt zu Beginn der 1990er Jahre durch die damalige bundesdeutsche Sektion der „International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC)“, die heute unter dem Namen „Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V.“ bekannt ist. Die Einführung des Begriffs Unterstützte Kommunikation hat sich rückblickend als wenig erfolgreich erwiesen, da eine spezielle Form der UK, die „Facilitated Communication (FC)“, zeitgleich mit dem Begriff „Gestützte Kommunikation“ übersetzt wurde. Seitdem kommt es fortan zu Missverständnissen bezüglich der Abgrenzung dieser Begrifflichkeiten (Braun, 2010). Zu Missverständnissen führt auch, dass der Begriff UK durch andere involvierte Disziplinen, etwa die Logopädie/Sprachtherapie, generell wenig genutzt wird. Giel (2014) merkt in diesem Zusammenhang an, dass in der Logopädie/Sprachtherapie seit vielen Jahren Methoden angewendet werden, die auch der UK zugeordnet werden könnten, nomenklatorisch aber anders bezeichnet werden. Es ist daher sinnvoll, den Begriff UK zunächst möglichst eindeutig zu definieren. Die Definition des amerikanischen

Berufsverbandes eignet sich hierzu in besonderem Maße. Die „American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)“ definiert den Begriff wie folgt (ASHA 2005, deutsche Übersetzung von Nonn, 2011):

Unterstützte Kommunikation bezeichnet ein Fachgebiet, das in den Bereichen Forschung, Klinik und Pädagogik Anwendung findet. Unterstützte Kommunikation bedeutet, Möglichkeiten für Menschen zu suchen, deren Sprechmotorik, Sprachproduktion und/oder Sprachverstehen schwer beeinträchtigt sind, wobei auch andere Modalitäten, wie Lesen und Schreiben, betroffen sein können. Es werden erforderliche Maßnahmen ergriffen, die zeitlich begrenzt sind oder fortwährend dem Betroffenen zur Verfügung stehen, um kommunikative Einschränkungen im Alltag und in der Partizipation in der Kommunikation mit anderen zu kompensieren. (S. 1)

Es ist hervorzuheben, dass diese Definition sowohl den unterstützenden und zeitlich begrenzten Einsatz von UK als auch den dauerhaften und ersetzenden Aspekt erwähnt. Diesen Aspekt drückt der englische Fachbegriff AAC grundsätzlich deutlicher aus, als seine deutsche Übersetzung. Ebenso ist herauszustellen, dass dieser Definition bereits die interdisziplinäre Ausrichtung des Fachgebiets, die Heterogenität der Zielgruppe und der Fokus auf die Aspekte der Teilhabe und Partizipation zu entnehmen sind. Andere Autor*innen, etwa Blackstone und Berg (2006) oder Lage (2006), betonen bereits im Rahmen der Definition von UK weitere wichtige Aspekte, wie z. B. das Kriterium der Multimodalität oder die zentrale Rolle der Bezugspersonen. Auf diese Gesichtspunkte wird im folgenden Kapitel näher eingegangen. Neben der Definition des Fachgebietes muss auch die Bezeichnung der Personengruppe, die UK-Mittel verwendet, festgelegt werden. Von manchen unterstützt kommunizierenden Personen werden die Begriffe Patient*in¹ oder nicht sprechend als diskriminierend empfunden (Bober & Franzkowiak, 2001). Für unterstützt kommunizierende Menschen wird im Folgenden, in Anlehnung an Nonn (2011), nicht der Begriff „Patient*in“ genutzt, sondern die Termini „Anwender*in“, „Nutzer*in“ oder „Person“.

¹ **Gender-Star.** Im Rahmen dieser Arbeit wird der „Gender-Star“ verwendet. Er dient als Mittel der gleichberechtigten sprachlichen Darstellung aller (sozialen) Geschlechter und Geschlechtsidentitäten (Landeskonferenz der Frauenbeauftragten im Land Bremen, 2014)

2.1.1 Grundlagen

Die Ursprünge der UK liegen in den 1970er Jahren im angloamerikanischen Raum. Die internationale Gesellschaft für UK „ISAAC“ gründet sich 1983 in Toronto als Zusammenschluss aus sieben Ländern. Zu diesem Zeitpunkt ist die UK in Deutschland weitgehend unbekannt. Die Entwicklung der UK hierzulande ist stark mit der Sonderpädagog*in Ursula Braun verbunden, die das Fachgebiet aus den USA nach Deutschland bringt. Im Jahr 1990 wird die deutsche Sektion der Gesellschaft ISAAC gegründet. Inzwischen ist die „Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V.“ eine mitgliederstarke Untergruppe. In Deutschland entstammt die UK dem beruflichen Umfeld der Förderschulen für Körperbehinderte. Auch heute findet UK in Deutschland vorrangig an Förderschulen mit körperlichem oder geistigem Schwerpunkt statt (Braun, 2010). Je nach Land werden der UK andere Wissenschaftsdisziplinen zugeordnet: in den Niederlanden und Großbritannien die Linguistik, in den skandinavischen Ländern die Psychologie und Erziehungswissenschaften, in Nordamerika und Deutschland die Sonderpädagogik (Nonn, 2011). Lage (2005) benennt als Referenzwissenschaften die Entwicklungspsychologie, Sprachentwicklungsforschung, Soziologie, Pädagogik und darüber hinaus die Medizin, insbesondere Orthopädie und Rehabilitationsmedizin. Im angloamerikanischen Raum und europäischen Ausland entspringt die Disziplin auch einem logopädischen/sprachtherapeutischen Schwerpunkt (Boenisch, 2009). Gegenstand des Fachgebiets bilden sowohl die Theorie und Praxis der Vermittlung und Anwendung von Fähigkeiten und Wissen zur Verwendung von alternativen Kommunikationsformen und Hilfsmitteln als auch das Bereitstellen von entsprechenden Strukturen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit eingeschränkten lautsprachlichen Fähigkeiten. Dies erfolgt in Förder-, Therapie-, Gesprächs- und Beratungssituationen und auch in der Erwachsenenbildung (Sachse, 2010). Die Aufgabenfelder im Bereich UK erweitern sich ständig. Sie betreffen die Diagnostik, Beratung, Therapie, Förderung, Weiterentwicklung der Didaktik und Methodik sowie die Implementierung fachspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte für verschiedene Berufsgruppen wie auch die Entwicklung von Strukturen zur Qualitätssicherung, rechtliche Grundlagen, Finanzierung, Theoriebildung und Forschung (Nonn, 2011).

Im Jahr 1988 entwickeln Beukelman und Mirenda ein für die UK wichtiges Partizipationsmodell, das in seiner Sichtweise mit vielen Aspekten der heutigen „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ übereinstimmt (Beukelman & Mirenda, 1999). Mit der Verabschiedung der ICF im Jahr 2001 durch die „World Health Organisation (WHO)“ wird in der Rehabilitation ein ressourcenorientiertes Vorgehen unter Berücksichtigung sozialer- und personenzentrierter Faktoren

festgeschrieben. Abbildung 1 zeigt das ICF-Modell und verdeutlicht die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten des Gesundheitszustandes einer Person.

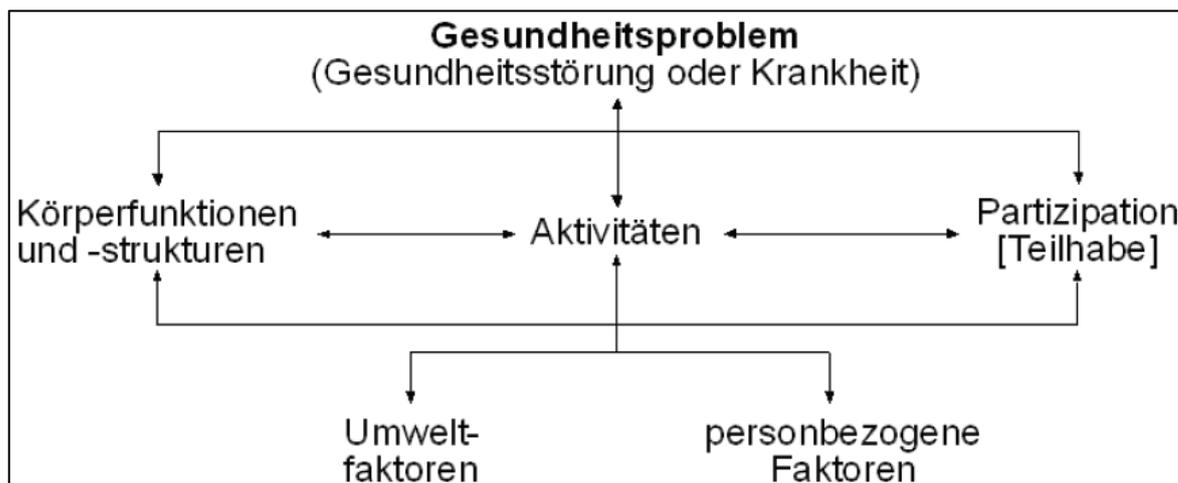


Abbildung 1. ICF-Modell der WHO. Das Modell veranschaulicht die Relevanz von Umgebungsfaktoren (z. B. personenbezogene Faktoren, Umweltfaktoren) bei der Beschreibung des Gesundheitszustandes und verdeutlicht die Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten. (DIMDI, 2005).

Während die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10-GM)“ Krankheiten klassifiziert, beschreibt die ICF darüber hinaus die Folgen von Krankheit in Bezug auf verschiedene Umgebungsfaktoren. Das bedeutet, dass neben Symptomen und Normabweichungen auch die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf den Alltag erfasst und beschrieben werden. Hiermit schafft die ICF eine ressourcenorientierte Grundlage für Rehabilitationsmaßnahmen (Grötzbach & Iven, 2009). Während sich störungsspezifische Therapieansätze im Schwerpunkt auf die Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen beziehen, findet UK wesentlich auf den Ebenen Aktivität und Partizipation statt (Nonn & Päßler, 2009). Der aus der Verabschiedung der ICF resultierende Paradigmenwechsel innerhalb verschiedener Disziplinen, wie Medizin, Sonderpädagogik und Logopädie/Sprachtherapie, ist für die UK von zentraler Bedeutung. Aufgrund der vornehmlich neurolinguistischen und medizinischen Prägung der Logopädie/Sprachtherapie ist die Förderung von Menschen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache tendenziell eher defizitorientiert und setzt die Lautsprache in den Fokus einer Intervention. Der Einfluss der linguistischen Pragmatik und die Verabschiedung der ICF lenken die pädagogisch-therapeutische Aufmerksamkeit neben der Lautsprache jedoch auf die *kommunikativen Fähigkeiten als Gesamtes* (Braun, 2010).

Das 2006 beschlossene und 2008 in Kraft getretene „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, die UN-Behindertenrechtskonvention, ist für die UK ebenfalls bedeutend. Das internationale Übereinkommen legt in seinen Grundsätzen unter

anderem die Teilhabe und Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft sowie die Achtung der individuellen Autonomie und Unabhängigkeit fest (UN-Behindertenrechtskonvention, 2006). Angrenzend besteht seit 2014 die „Deklaration der Rechte auf Kommunikation“, die im Zusammenhang mit dem „International Communication Project“ den Rechten auf Kommunikation nochmals besondere Bedeutung verleiht, wobei die Deklaration nicht in das Deutsche übersetzt wurde (International Communication Project, 2014). In Deutschland regelt abseits davon auch das neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft (SGB IX, 2001).

2.1.2 Zielgruppen und Ziele

UK wird eingesetzt, wenn das Kommunikationsbedürfnis einer Person ihre kommunikativen Fähigkeiten übersteigt. Die Sprachproduktion und/oder das Sprachverständnis sind dabei so beeinträchtigt, dass alternative Kommunikationsformen oder Hilfsmittel notwendig werden, damit die Nutzer*in, im Rahmen ihrer Fähigkeiten, kommunizieren kann (Nonn, 2011). Die Bedeutung von Sprache und Kommunikation ist für alle Lebens- und Entwicklungsbereiche des Menschen von solch komplexem Ausmaß, dass sie im Rahmen dieser Arbeit nicht zu erfassen ist. Sprache integriert in Kultur und bildet persönliche Identität. Die Fähigkeit zu kommunizieren beeinflusst andere Wesensmerkmale maßgeblich. Sie steht in enger Beziehung zur sozialen, kognitiven, motorischen und sensorischen Entwicklung des Menschen (Boenisch, 2009). Die funktionalen Aspekte von Kommunikation werden in Abbildung 2 beispielhaft dargestellt. Eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit schränkt die Lebensqualität der Betroffenen massiv ein. Sie können sich in jeglicher Hinsicht nur reduziert ausdrücken, werden häufig nicht richtig verstanden, sind eingeschränkt darin, ihre Umwelt zu beeinflussen und ihr Leben eigenständig zu gestalten. Dies führt häufig dazu, dass die Betroffenen von Außenstehenden abhängig sind und bleiben. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird massiv eingeschränkt. Es entstehen Erfahrungen der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins (Kristen, 2005). Wird Lautsprache im Kindesalter nicht oder zur Kommunikation unzureichend erworben, ist darüber hinaus die Sprachentwicklung auf allen sprachsystematischen Ebenen, insbesondere auf Ebene der kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten und in all den voran beschriebenen Bereichen, erschwert und gefährdet (Boenisch, 2009).

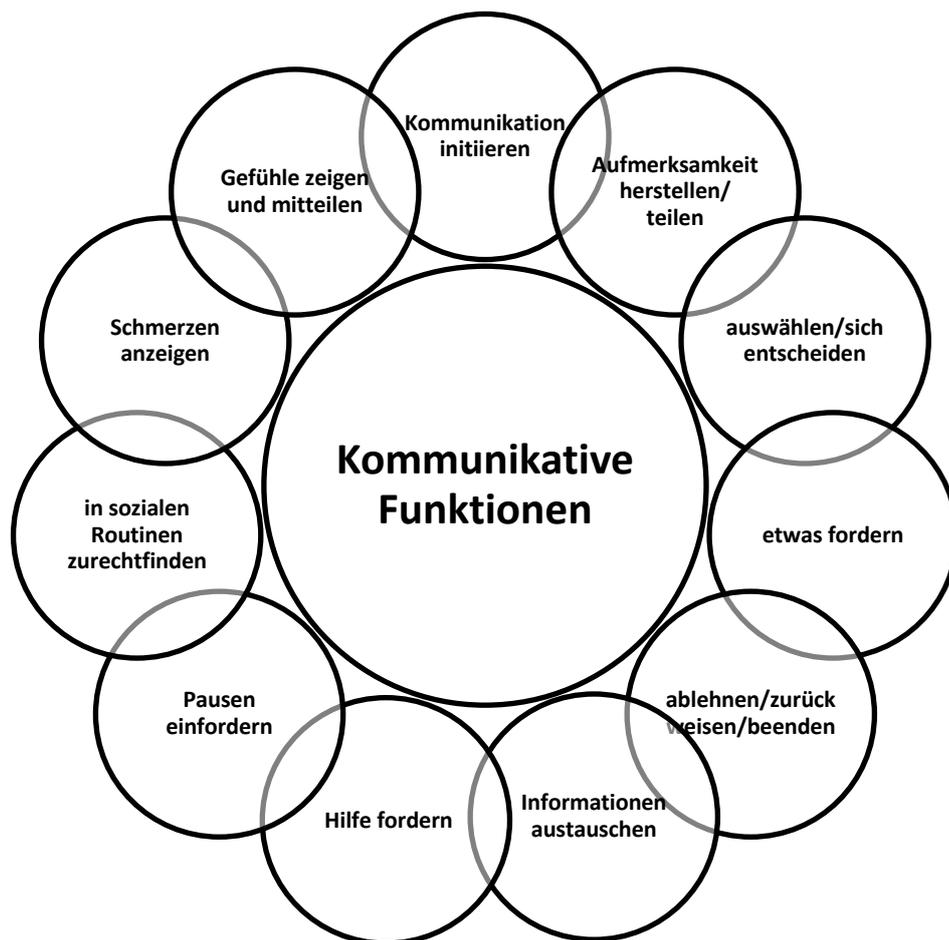


Abbildung 2. Kommunikative Funktionen nach Castaneda und Hallbauer (2009). Beispielhafte Darstellung verschiedener kommunikativer Funktionen (eigene Anfertigung).

Grove und Smith (2003) beschreiben die besondere Problemstellung an der Schnittstelle UK und Kindersprache im Rahmen einer Asymmetriehypothese: Der Spracherwerb und alle damit verbundenen Fähigkeiten entwickeln sich in der Regel (auch) über die Verwendung der Lautsprache. Dabei nimmt ein Kind, dessen Lautsprache zur Kommunikation nicht ausreichend ist, Lautsprache auf und verarbeitet diese rezeptiv. Expressiv soll es im Fall UK aber eine alternative Kommunikationsform einsetzen, wobei ihm hier das für die Sprachentwicklung wichtige Sprachmodell fehlt. Grove und Smith (2003) beschreiben diesen Umstand als asymmetrisch. Die Autoren postulieren weiter, dass Kinder, deren lautsprachliche Fähigkeiten nicht zur Kommunikation ausreichen, weniger Situationen von für die Sprachentwicklung ebenfalls bedeutsamer geteilter Aufmerksamkeit erfahren. Dabei werden auch nicht konventionelle Signale seltener verstanden. Der Spracherwerb als Ganzes ist gefährdet. Wenn diese Entwicklungen ausbleiben, führt das häufig zu der Annahme, dass Kinder, die nicht über eine ausreichende Lautsprache verfügen, ein reduziertes oder gar kein Kommunikationsbedürfnis besitzen. Die Kommunikation wird daher überwiegend von anderen gestaltet.

„Manche Menschen können generell aufgrund hirnganischer Schädigungen, kognitiver Einschränkungen oder spezifischer Syndrome Lautsprache nicht oder nicht zur Kommunikation ausreichend erwerben“ (Nussbeck, 2007, S. 153).

Von UK profitieren folglich Menschen jeden Alters, sowohl mit kognitiven, neuropsychologischen als auch sprechmotorischen oder das Sprachverständnis betreffenden Beeinträchtigungen. Resultierend kommt UK für eine sehr heterogene Personengruppe mit verschiedenen Beeinträchtigungen und Störungsbildern infrage (siehe Abbildung 3). Davon ausgehend, dass Kommunikation gleichsam Grundbedürfnis und Grundrecht eines jeden Menschen ist, sucht UK nach alternativen Kommunikationsformen, (Hilfs-)Mitteln und Möglichkeiten, Personen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache effektive Verständigung und Kommunikation zu ermöglichen (Sachse, 2010). Ob der Einsatz von UK zeitlich begrenzt oder unbegrenzt ist, hängt von der kommunikativen Beeinträchtigung ab (Nonn 2011).

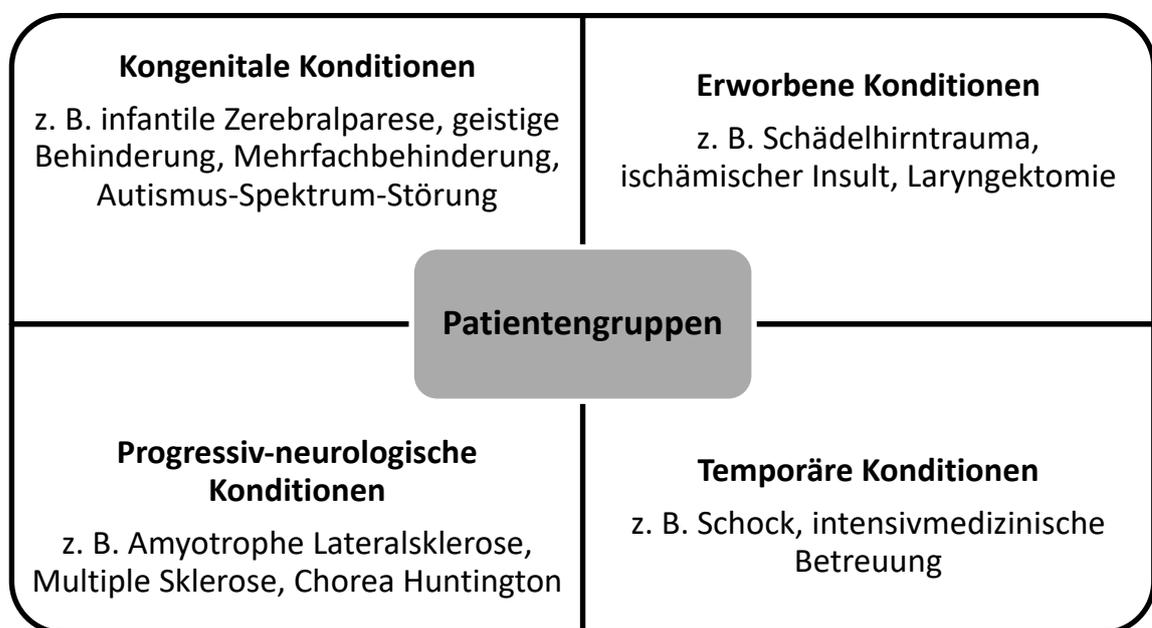


Abbildung 3. Patientengruppen nach Nonn (2011). Verschiedene Patientengruppen in der UK (eigene Anfertigung).

Beukelman und Mirenda (1999) unterscheiden zentrale Ziele einer Versorgung mit UK: Die UK-Person soll die Möglichkeit erhalten, Nachrichten so zu übermitteln, dass Teilnahme an Gesprächen möglich ist. Dies betrifft alle relevanten Bereiche: z. B. zu Hause, in der Schule und während der Arbeit sowie bei Freizeitaktivitäten. Auch der Erwerb der Muttersprache, die Etablierung und Erhaltung sozialer Rollen sowie die Möglichkeit, Bedürfnisse befriedigen zu können, sind Ziele der Versorgung mit UK. Bei Kindern mit komplexer Beeinträchtigung muss der Einsatz von UK neben der beschriebenen Ressourcenorientierung auch einer Entwicklungsorientierung folgen.

Um die sensiblen Phasen² des Kommunikations- und Spracherwerbs optimal zu nutzen, ist ein möglichst frühzeitiger Beginn mit UK relevant. Ziel ist es, das Kind in die Lage zu versetzen, kommunikativ-pragmatische Fähigkeiten und Vorläuferfähigkeiten zu entwickeln und damit die Voraussetzungen für eine annähernd reguläre Sprachentwicklung auf allen sprachsystematischen Ebenen – trotz erschwerter Entwicklungsbedingungen – zu schaffen (Nonn, 2011). UK versucht teilhabe- und ressourcenorientiert Menschen ohne oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache aus ihrer kommunikativen Isolation zu befreien. Hiermit führt UK zu einer Verbesserung der Lebensqualität und schafft eine Voraussetzung zur Partizipation am Leben in der Gesellschaft (Nonn, 2011).

2.1.3 Kommunikationsformen, Methoden und Prinzipien

Die UK begreift sich nicht als einzelne Therapiemethode. Unterschiedliche Komponenten verschiedener Fachdisziplinen (z. B. Sonderpädagogik, Logopädie/Sprachtherapie, Ergotherapie oder Medizin) fügen sich im Bereich UK zusammen. Dabei werden verschiedene Kommunikationsformen, Hilfsmittel und Methoden eingesetzt. Eine detaillierte Darstellung dieser unterschiedlichen Kommunikationsformen, ihrer genauen Vor- und Nachteile und Einsatzmöglichkeiten im Kontext verschiedener Gruppen von Nutzer*innen ist nicht Ziel dieser Arbeit und aufgrund des begrenzten Umfangs nicht möglich. Gleiches gilt für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Prinzipien und Vorgehensweisen, nach denen UK-Interventionen umgesetzt werden. Um den Begriff UK besser greifbar zu machen, soll an dieser Stelle nur ein komprimierter Überblick über verschiedene Kommunikationsformen, Hilfsmittel, Methoden und Prinzipien gegeben werden.

Im Bereich der Kommunikationsformen werden körpereigene von körperfremden Kommunikationsformen abgegrenzt. Körpereigenen Kommunikationsformen kommt eine wichtige Rolle zu, da der Körper als Kommunikationsmittel immer verfügbar ist. Körpereigene Kommunikationsformen ermöglichen grundsätzlich eine eher schnelle und spontane Kommunikation. Ihre Komplexität und Ausdrucksmöglichkeiten richten sich nach den Voraussetzungen und Möglichkeiten der UK-Person. Hierbei spielen kognitive, visuelle und motorische Fähigkeiten eine Rolle. Beispiele für körpereigene Kommunikationsformen sind Mimik, Gestik (Zeigen und Deixis) sowie Gebärdensysteme und

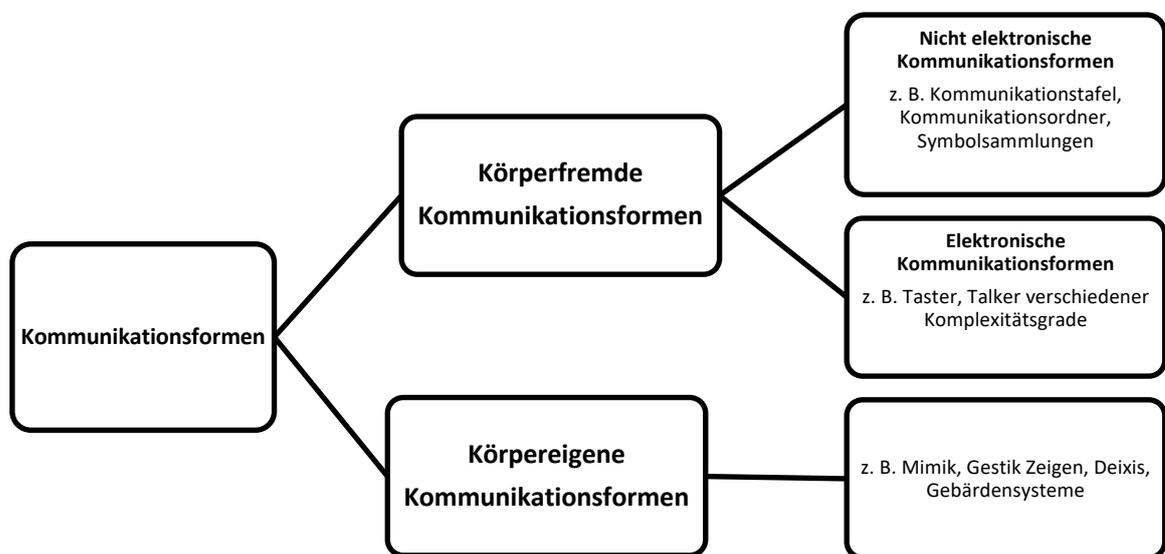
² **Sensible Phasen.** Sensible Phasen bezeichnen bestimmte Zeitfenster der Entwicklung, in denen eine erhöhte Sensibilität gegenüber bestimmten Erfahrungen besteht. Werden diese Erfahrungen während der sensiblen Phase nicht gemacht, sind sie nur mit großer Mühe nachzuholen (Szagun, 2013).

Gebärdensammlungen verschiedener Komplexitätsgrade, wie etwa Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG), Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK), Makaton oder auch die deutsche Gebärdensprache (DGS) (Appelbaum, 2014).

Körperfremde Kommunikationsformen werden als konkrete Hilfsmittel zu Verfügung gestellt. Hierbei werden nicht elektronische und elektronische Kommunikationsformen unterschieden. Körperfremde Kommunikationsformen stehen nicht permanent zur Verfügung. Sie ermöglichen im Vergleich zu körpereigenen Kommunikationsformen in der Regel aber auch Kommunikation über teils komplexe Inhalte. Sie sind, anders als etwa Gebärdensysteme, für nahezu alle außenstehenden Personen verständlich. Nicht elektronische Kommunikationsformen umfassen Hilfsmittel, die von Objekten, Miniaturen, Fotos und Bildern bis hin zu Symbolen und Schrift reichen. In diesem Bereich erfolgt auch der Einsatz von Kommunikationstafeln (z. B. Kölner Kommunikationstafel) oder Kommunikationsbüchern (Hüning-Meier & Bollmeyer, 2012). Im Bereich der elektronischen Kommunikationsformen kommen ebenfalls Hilfen verschiedener Komplexität zum Einsatz. Neben komplexen elektronischen Sprachausgabegeräten mit dynamischem Display („Talkern“) zählen auch einfachere Taster zu den elektronischen Kommunikationsformen. Der Grad der Komplexität körperfremder Hilfsmittel muss ebenfalls die Voraussetzungen und Möglichkeiten der UK-Person berücksichtigen. Nachteil dieser Systeme ist häufig die stark verlangsamte Kommunikationsgeschwindigkeit. Zur Verwendung der jeweiligen Kommunikationsform oder Hilfsmittel muss unter Umständen der Einsatz weiterer Hilfsmittel, etwa Adaptionshilfen, Umgebungssteuerungen, Augensteuerungen, Fingerführungen oder Scanningmethoden, bedacht werden (Nonn, 2011).

In der UK werden auf den beschriebenen Systemen häufig Symbolsysteme, z. B. Picture Communication Symbols (PCS) oder METACOM-Symbole verwendet. Diese Symbolsysteme repräsentieren Vokabular, das auf der Hilfe nach unterschiedlichen Gesichtspunkten systematisiert werden kann. Bekannte Konzepte wie PECS (Picture Exchange Communication System) oder TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) basieren auf solchen Symbolsystemen, deren Entwicklung und individuelle Anpassung Bausteine der Arbeit mit UK sind. Beim Vokabular wird häufig zwischen Kern- und Randvokabular unterschieden (Hüning-Meier & Bollmeyer, 2012). Als Kernvokabular werden Wörter bezeichnet, die etwa 80 % des Gesprochenen ausmachen. Hierbei handelt es sich um etwa 100 bis 200 Wörter, häufig aus der Gruppe der Synsemantika. Das Kernvokabular kann im Kontext sehr flexibel eingesetzt werden. Das Randvokabular ist themenspezifisch und beinhaltet in der Regel viele Autosemantika (Sachse & Boenisch, 2009). Abbildung 4 fasst die Kommunikationsformen der UK überblicksartig zusammen. Das Kriterium der

Multimodalität ist bei der Verwendung von Kommunikationsformen und Hilfsmitteln von zentraler Bedeutung. Eine (erfolgreiche) UK-Intervention mündet in einem individuellen, multimodalen Kommunikationssystem, in dem sich die UK-Person gleichzeitig und gleichwertig eines großen Spektrums an Möglichkeiten zur Kommunikation in verschiedenen Situationen und mit verschiedenen Gesprächspartnern bedienen kann (Nonn, 2011).



Kriterium der Multimodalität



Abbildung 4. Kommunikationsformen. Übersicht über verschiedene Kommunikationsformen unter Berücksichtigung von Multimodalität (eigene Anfertigung).

Nonn und Päßler (2009) weisen darauf hin, dass die bloße Versorgung mit einem Hilfsmittel in der Regel *nicht* ausreichend ist. Die Versorgung sollte den Beginn einer Intervention in Form kontinuierlicher Begleitung der UK-Person und ihres sozialen Umfeldes darstellen. Um Nutzer*innen und Angehörige darin zu unterstützen, ein Hilfsmittel oder ein anderes Kommunikationssystem in den Alltag zu implementieren, ist eine individuelle und detaillierte Beratung und Intervention notwendig, die Nutzer*innen und Bezugspersonen gleichermaßen qualifiziert (Hoffmann-Schöneich, 2012). Im Kapitel Grundlagen (2.2.1) wurde bereits dargestellt, dass die Aufgabenbereiche der UK vielfältig sind und stetig wachsen. Neben der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten zur Verwendung der jeweiligen Kommunikationsformen steht in einer UK-Intervention auch die Schulung der Gesprächspartner*innen im Vordergrund. Der Vermittlung von Partnerstrategien und fördernden Verhaltensweisen wie auch der Beratung kommt eine bedeutende Rolle zu: „Je mehr Gesprächspartner*innen in der Lage sind, die meist multimodalen UK-Methoden anzuwenden, umso erfolgreicher werden die Kommunikation und die kommunikative Kompetenz der Betroffenen wachsen“ (Giel, 2014, S. 207). Im Rahmen von UK-

Interventionen werden weitere spezifische Methoden eingesetzt, die die Gestaltung der Interaktion mit der UK-Person betreffen. Hierzu gehört beispielhaft die Verwendung verschiedener Modellierungstechniken wie Prompting, Ko-Konstruktion oder Parallel Talk (Boenisch & Sachse, 2007). Ein weiteres Merkmal, das die Arbeit mit UK auszeichnet, ist die hohe Relevanz interdisziplinärer Arbeit. Die Arbeit im Fachbereich UK bezieht sich nicht ausschließlich auf das soziale Umfeld der UK-Person, sondern auch auf die Zusammenarbeit verschiedener Professioneller aus Disziplinen wie der Sonderpädagogik, Medizin, Logopädie/Sprachtherapie, Ergo- und Physiotherapie und Hilfsmittelberatung. Interdisziplinäres Arbeiten und Denken stellt die Voraussetzung für den Transfer von UK in den Alltag dar. Giel (2014b) postuliert in diesem Zusammenhang, dass UK nur im (interdisziplinären) Team gelingen kann.

2.1.4 Zusammenfassung

Grundsätzlich können bisher folgende wichtige Gesichtspunkte zusammengefasst werden: Bei der UK handelt es sich um ein interdisziplinäres Fachgebiet mit einer heterogenen Nutzergruppe, das vornehmlich an Förderschulen mit körperlichem oder geistigem Schwerpunkt angesiedelt ist. Sie orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild, stellt die Partizipation von Menschen am Leben in der Gesellschaft und das Recht auf Kommunikation und Selbstbestimmung, orientiert an deren Ressourcen, in den Vordergrund. Hierzu werden den Nutzer*innen alternative Kommunikationsformen und Hilfsmittel verschiedener Komplexitätsgrade zu Verfügung gestellt. Die Versorgung stellt dabei den Beginn einer Intervention in Form kontinuierlicher Begleitung der UK-Person und ihres sozialen Umfeldes dar. Hierzu ist interdisziplinäre Arbeit notwendig. Die Aufgabenfelder im Bereich UK betreffen auch die Weiterentwicklung der Didaktik und Methodik sowie die Implementierung fachspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte für verschiedene Berufsgruppen wie auch die Entwicklung von Strukturen zur Qualitätssicherung, rechtliche Grundlagen, Finanzierung, Theoriebildung und Forschung.

2.2 Logopädie/Sprachtherapie

In diesem Kapitel wird Grundlagenwissen zum Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie vermittelt. Da sich diese Arbeit im Schwerpunkt an ein logopädisches und sprachtherapeutisches Fachpublikum richtet, soll die Darstellung der Disziplin nicht gleichermaßen ausführlich erfolgen wie in Kapitel 2.1 (Unterstützte Kommunikation). Zunächst werden Grundlagen und Zielgruppen logopädischer und sprachtherapeutischer Berufsgruppen dargestellt. Im Anschluss daran werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Berufe beschrieben. Das darauffolgende Kapitel widmet sich der

UK aus Sicht der Logopädie/Sprachtherapie als Leistungserbringer einerseits und als fachlicher Disziplin andererseits.

2.2.1 Grundlagen und Zielgruppen

In Deutschland sind neben den Logopäden weitere Berufsgruppen aus anderen Bereichen sprachtherapeutisch tätig. Zu diesen Bereichen zählen beispielsweise die (akademische) Sprachtherapie, die Patholinguistik, die Sprachheilpädagogik oder die klinische Linguistik. „Sprachtherapie ist vor allem in Deutschland kein einheitliches Projekt und war es auch nie“ (Baumgartner, 2008, S. 14). In Anlehnung an den 2016 gegründeten „Arbeitskreis Berufsgesetz“ der Berufsverbände „deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.“ (dbl), „deutscher Berufsverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V.“ (dbs) und „deutscher Berufsverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen e. V.“ (dba) sowie dem „Hochschulverbund der Gesundheitsfachberufe e. V.“ (HVG) wird im Rahmen dieser Arbeit schon seit Beginn der Begriff „Logopädie/Sprachtherapie“ genutzt (Iven et al., 2018). Dieser Begriff soll alle sprachtherapeutisch tätigen Personen gleichberechtigt ansprechen und einschließen.

Im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie besteht eine heterogene Ausbildungslandschaft mit unterschiedlichen Ausbildungsformen. Im europäischen Ausland erfolgt die Ausbildung von Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen überwiegend an Hochschulen und Fachhochschulen (Abbildung 5). Dabei stellt ein akademischer Abschluss die Voraussetzung für die Berufsausübung dar. In Deutschland bestehen seit den 1970er Jahren universitäre Studiengänge parallel zu der an Berufsfachschulen durchgeführten Ausbildung. Seit 2009 besteht der Rechtsrahmen einer Modellklausel für die akademische Grundqualifikation von nichtärztlichen Heilberufen (dbs, 2010).

Die Logopädie/Sprachtherapie ist eine medizinisch-therapeutische Fachdisziplin. Ihr Gegenstand ist die Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie die Lehre und Forschung auf den Gebieten der Stimme, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens, des Hörens und der Kommunikation sowie den damit assoziierten Störungen und Therapieverfahren. Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen untersuchen und behandeln Menschen jeden Alters mit Beeinträchtigungen in den zuvor genannten Bereichen. Dazu gehören beispielsweise Säuglinge und Kleinkinder mit Einschränkungen und Fehlbildungen im Gesichtsbereich (z. B. durch myofunktionelle Störungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten), Kinder mit Problemen des Spracherwerbs (z. B. Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen) oder Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, Kinder und Jugendliche mit Redeflussstörungen (z. B. Stottern), Jugendliche und Erwachsene mit Schädel- oder Hirnverletzungen (z. B. Aphasien oder Apraxien als Folge eines

Schlaganfalls), Erwachsene mit internistischen und neurologischen Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson oder amyotrophe Lateralsklerose), Berufstätige mit hoher stimmlicher Belastung (z. B. Dysphonien) oder Erwachsene nach Kehlkopfoperationen (z. B. Ersatzstimme nach Laryngektomie und Schluckstörungen) sowie Kinder und Erwachsene mit Beeinträchtigung des Hörens (z. B. durch Hörstörungen oder nach Cochlea-Implantat-Versorgung) (Brauer & Tesak, 2014, dbl, 2018).

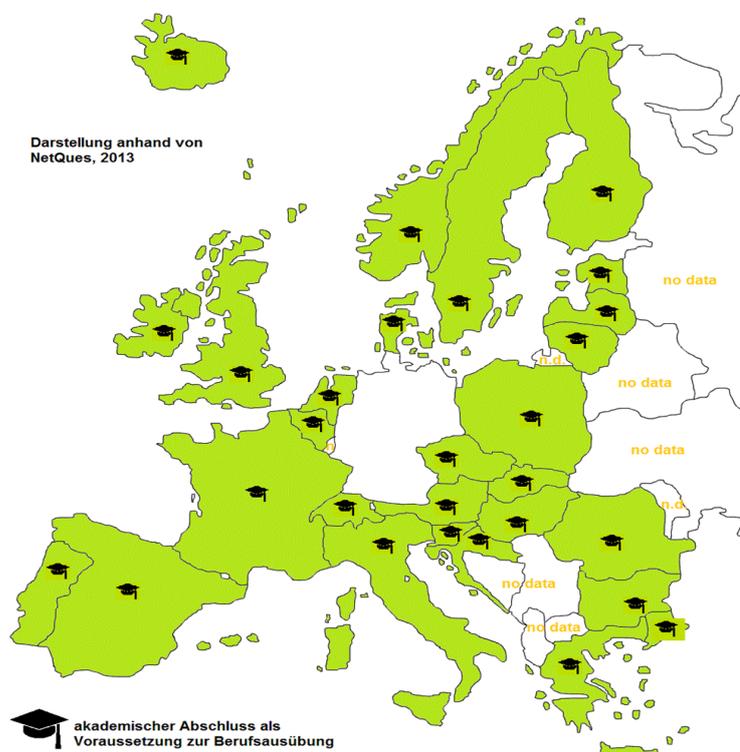


Abbildung 5. Ausbildung von Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen. Vergleich zwischen Deutschland und anderen Ländern Europas nach den Ergebnissen von Mandl (2017).

Arbeitsorte von Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen sind unter anderem Krankenhäuser bzw. Kliniken, Rehabilitationszentren und ambulante, niedergelassene logopädische/sprachtherapeutische Praxen (Brauer & Tesak, 2014, dbl, 2018). Gesetzliche Grundlagen, auf denen Leistungen der Logopädie/Sprachtherapie basieren, sind im Sozialgesetzbuch (SGB, Fünftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung) festgelegt. Die Leistungen erfolgen auf Grundlage einer ärztlichen Heilmittelverordnung. Ausführliche Regelungen sind in den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 (4) SGB V, der Heilmittelrichtlinie, dem Heilmittelkatalog und der Rahmenempfehlung gemäß § 125 (1) SGB V festgehalten (Hilbert et al., 2018, Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

2.2.2 UK aus Sicht der Logopädie/Sprachtherapie

Maßnahmen der UK sind in Deutschland kein spezifisch zu verordnendes Heilmittel. Ärzte können keine Heilmittelverordnung für UK ausstellen, da diese nicht ausdrücklich im Heilmittelkatalog enthalten ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Im Rahmen von Logopädie/Sprachtherapie können Maßnahmen aus dem UK-Spektrum aber beispielsweise über die Indikationsschlüssel SP5 (Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung), SP6 (Störung der Sprechmotorik) oder SP1 (Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung) verordnet werden (Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation, 2018). Betrachtet man, dass UK als spezifische Position im Heilmittelkatalog fehlt, führt das aus Perspektive der Logopädie/Sprachtherapie als Leistungserbringer zu verschiedenen Schwierigkeiten. Aus Kapitel 2.1 (Unterstützte Kommunikation) kann bereits jetzt abgeleitet werden, dass der Einsatz von UK in der Regel sehr vorbereitungsintensiv und materialaufwendig ist. Es konnte auch dargestellt werden, dass die Verbesserung der sozialen Teilhabe einer UK-Person in besonderem Maße von interdisziplinärer Arbeit, der Beratung der UK-Person und ihres sozialen Umfeldes abhängig ist. Eine Vergütung dieser erhöhten Vor- und Nachbereitungszeit wie auch die Vergütung der Gesprächsführung in multiprofessionellen Teams sieht der Heilmittelkatalog aber nicht vor. Vorgesehen ist in der Regel eine Vergütung der Therapiezeit, die direkt am Patienten erbracht wird. Resultierend handelt es sich hierbei um Leistungen, die für den Erfolg einer UK-Intervention maßgeblich sind, die Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen aber nicht mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, Giel, 2014b).

Abseits dieser Schwierigkeiten aus der Perspektive eines Leistungserbringers sind Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen für die Versorgung, Beratung und Therapie von Menschen ohne oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache als Teil eines interdisziplinären Teams in hohem Maße geeignet. Ihre Klientel besteht aus Menschen mit Sprach- und Kommunikationsstörungen aller Altersgruppen. Die Sprach- und Kommunikationstherapie von Menschen mit eingeschränkter oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache ist somit auch Aufgabe der Logopädie/Sprachtherapie. Sprachtherapeutische/logopädische Berufsgruppen sind aufgrund ihrer Ausbildung und/oder ihres Studiums in den Bereichen Linguistik, Medizin, Pädagogik und Psychologie umfangreich ausgebildet und damit Expert*innen für die Pathogenese, Diagnostik und Therapie im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck-, Hör- und Kommunikationsstörungen bei Menschen jeder Altersgruppe. Auch wenn in den Weiterbildungen und Fortbildungen anderer an UK beteiligten Berufsgruppen Themen wie der Spracherwerb und Kommunikation implementiert sind, sind die dort vermittelten Inhalte

nach Giel (2014) nicht mit denen vergleichbar, die im Rahmen eines siebensemestrigen Studiums und/oder einer dreijährigen Ausbildung erworben werden. Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen haben aufgrund ihrer linguistischen und medizinischen Ausbildung die Befähigung, sprachspezifische Diagnostik durchzuführen und zu interpretieren. Diese Fähigkeit gilt als Alleinstellungsmerkmal dieser Berufsgruppen und macht sie zu wichtigen Mitgliedern in interprofessionellen Teams im Bereich der UK (Giel, 2014). Gleichsam sind diese Fähigkeiten wichtige Bausteine, um realistische Ziele bei der Versorgung, Beratung und Therapie zu formulieren. Liehs und Marks (2014) merken in diesem Zusammenhang an, dass es vor allem bei der Einschätzung des rezeptiven Sprachvermögens und der sprachlichen Vorläuferfähigkeiten häufig zu Fehleinschätzungen in Form von Unterschätzungen oder Überschätzungen durch Nicht-Fachpersonen kommt. Giel (2014) sieht die Rolle von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen im Kontext der UK vor allem in der einer Diagnostiker*in, die den gestörten oder ausbleibenden Spracherwerb beschreibt und ihre Einschätzung zur weiteren Rehabilitation in ein multiprofessionelles Team einbringt. Sie sieht Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen darüber hinaus auch in der Rolle einer Kommunikationspartner*in der UK-Person, die in therapeutischen Settings Übungs- und Anwendungsmöglichkeiten für erfolgreiche Kommunikation schafft. Trotz dieser Voraussetzungen scheint es im Bereich der Etablierung der UK als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen vielfältige Schwierigkeiten zu geben. Diese werden im sich anschließenden Kapitel zum Forschungsstand beschrieben.

2.3 Forschungsstand

Der Forschungsstand gliedert sich zur besseren Übersicht in drei Unterkapitel. Studienergebnisse die vor 2000 publiziert worden sind, werden aufgrund ihres Alters ausgeschlossen. Zunächst wird sich dem Bedarf an UK gewidmet. Dabei werden Schwierigkeiten bei der Erfassung des Bedarfs sowie verschiedene Untersuchungsergebnisse zu diesem Thema zusammengefasst. Im Anschluss wird in Abgrenzung zum Bedarf an UK der Bedarf an UK-Interventionen in Form von Beratung, Förderung und/oder Therapie anhand von einschlägiger Literatur und Studienergebnissen abgeleitet. Auch hier werden Schwierigkeiten bei der Festlegung eines konkreten Bedarfs an UK-Interventionen umrissen. Im letzten Teil wird im Zusammenhang mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen zum Bedarf an UK und UK-Interventionen die besondere Rolle der Logopädie/Sprachtherapie dargestellt. Anhand von Studienergebnissen und Erkenntnissen der Literatur wird sich hier auf bereits bekannte potenzielle Schwierigkeiten bei der Etablierung und Umsetzung von UK in die Logopädie/Sprachtherapie bezogen.

2.3.1 Bedarf an UK

Die Festlegung eines Bedarfs an UK für Deutschland unterliegt einigen Schwierigkeiten und lässt sich kaum in allgemeingültigen Zahlen abbilden. Verfügbare Zahlen aus dem Heilmittelbericht, Heilmittelinformationssystem oder dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen erlauben keine konkrete Ableitung eines Bedarfs. Hierbei liegen die Zahlen entweder nicht vor oder sind nicht ausreichend spezifisch. Erschwerend ist hier beispielsweise die fehlende Trennung von Heilmittel und Hilfsmittel (Heilmittelbericht 2018, GKV-Heilmittel-Informationssystem, 2017, Hilfsmittelverzeichnis der GKV, 2017). Abseits dieser Schwierigkeiten hinsichtlich einer eindeutigen Quantifizierung ist es von eminenter Wichtigkeit zu beachten, dass Zahlen über die Versorgung mit (UK-)Hilfsmitteln keine konkrete Ableitung eines Bedarfs an UK ermöglichen. Mit Blick auf die Definition des Fachgebiets muss beachtet werden, dass in der UK eine Vielzahl von Kommunikationsformen ohne körperfremdes Hilfsmittel verwendet wird. Hierbei ist beispielhaft an den Einsatz von Mimik und Gestik oder verschiedener Gebärdensysteme zu denken. Gleichsam würden auch individuell angefertigte Lösungen in Form von Bildern, Piktogrammen oder Kommunikationstafeln und -büchern in solchen Erhebungen nicht erfasst. Trotz dieser Schwierigkeiten besteht die Möglichkeit, den Bedarf an UK aus anderen Entwicklungen abzuleiten. Entwicklungen wie der allgemein bekannte demografische Wandel, der einen Anstieg von erworbenen Störungen der Sprache und des Sprechens, wie etwa Aphasien oder Apraxien, mit sich bringt, lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Zahl der Betroffenen, die auf UK und UK-Hilfsmittel angewiesen sind, steigt. Auch die gestiegene Überlebensrate von Frühchen und Kindern, die mit einer sogenannten Behinderung und damit verbundenen Beeinträchtigungen der Lautsprache zur Welt kommen, steigt an und lässt solche Rückschlüsse zu (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015, Light & McNaughton, 2012).

Eine große quantitative Erhebung zur Situation von Kindern ohne oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache stammt von Boenisch aus dem Jahr 2009. In einer bundesweiten Erhebung im Zeitraum von 2001 bis 2004 an Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung (kmE-Schulen) liegt der Anteil kaum und nicht lautsprachlich kommunizierender Schüler*innen ($n = 11.661$) im Bundesdurchschnitt bei 20 % (Boenisch, 2009). Eine Replikationsstudie im Rahmen einer landesweiten Erhebung an niedersächsischen Bildungseinrichtungen im Jahr 2010 ($n = 1.003$) von Thümmel bestätigt diese Zahlen für Schulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung mit 26,7 % (Thümmel 2011, Hüsken, Prien & Thümmel, 2011). Beiden Studien liegt eine Befragung von Lehrpersonen zugrunde. In beiden Studien sind große regionale Unterschiede zu bemerken. In Niedersachsen schwanken die Zahlen je nach

Region zwischen 25 und 60 %. In der bundesweiten Erhebung von Boenisch (2009) wird beispielsweise jede dritte Schüler*in an kmE-Schulen in Baden-Württemberg als ohne Lautsprache klassifiziert, in Thüringen und Sachsen-Anhalt nur jede dreißigste. Ursächlich für diese Schwankungen ist, dass körperbehinderte Schüler*innen ohne Lautsprache in diesen Bundesländern in der Regel an Schulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung beschult werden bzw. wurden, sodass der Anteil von Kindern ohne Lautsprache entsprechend höher ausfällt als in den Bundesländern mit einem hohen Anteil in den kmE-Schulen.

In den Untersuchungen von Boenisch (2009) und Thümmel (2011) ist außerdem der hohe Anteil des Einsatzes von körpereigenen Kommunikationsformen und der sehr geringe Anteil körperfremder Hilfen (z. B. Kommunikationstafel oder elektronische Hilfen) auffällig. Körperfremde Kommunikationsmittel werden nur in 3 bis 4 % (Kommunikationstafeln) bzw. 8 % (Talker) verwendet. Mit Blick auf Kapitel 2.1.3 (Kommunikationsformen, Methoden und Prinzipien) lässt sich schlussfolgern, dass einem überwiegenden Teil nicht lautsprachlich kommunizierender Schüler*innen damit nur basale Kommunikation im nahen Raum und mit Menschen möglich ist, die diese Signale auch deuten können (Boenisch, 2013).

Petersen (2009) erhebt im Rahmen einer schriftlichen Befragung Daten zur Verbreitung von UK in 214 Einrichtungen des Weser-Ems-Gebietes (n = 214 Einrichtungen mit insgesamt 21.844 Menschen). 3.679 Personen werden durch die Leiter der jeweiligen Einrichtung als nicht, kaum oder sehr schwer verständlich klassifiziert, wobei nur 891 Personen mit Maßnahmen der UK versorgt wurden. Folglich bedeutet dies, dass 2.788 (76 %) der Personen nicht mit geeigneten Maßnahmen der UK versorgt sind. Am häufigsten wird UK im Bereich der Schule verwendet (64 %). In Einrichtungen für Erwachsene (53 Einrichtungen) und in logopädischen Praxen (51 Einrichtungen) sind es 57 %. Am wenigsten wird UK in den sechs untersuchten Rehabilitationszentren angewendet (17 %). Die Untersuchung zeigt ebenfalls, dass mehrheitlich körpereigene Kommunikationsformen verwendet werden (26 %). Elektronische Hilfsmittel werden nur in 16 % der Einrichtungen verwendet. Die Mehrheit der befragten UK-Beratungsstellen schätzt die Versorgungssituation von Erwachsenen mit UK nach einer älteren Untersuchung von Liehs (2003) als ausreichend bis mangelhaft ein. Die Arbeit von Liehs untersucht dabei in zwei Projekten 715 sprachtherapeutische Praxen, 285 Akut- und Rehabilitationseinrichtungen und 25 UK-Beratungsstellen. Die vorliegenden Zahlen bestätigen im Wesentlichen auch ältere Untersuchungen an unterschiedlichen Schulen in unterschiedlichen Bundesländern von Hedderich (1991), Coon und Kremer (1994), Oskamp und Fassbender (1997), Fröhlich und Kölsch (1998), Bundschuh, Herbst und Kannewischer (1999) und Theunissen und Ziemer (2000). Aufgrund des Alters dieser Studien und des sich bis heute verändernden

Begriffs von Behinderung finden diese Studien im Rahmen dieser Arbeit keine weitere Berücksichtigung, wenngleich sie im Zusammenhang mit der Frage nach dem UK-Bedarf nicht unerwähnt bleiben sollen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Datenlage hinsichtlich des UK-Bedarfs und der Versorgungssituation in Deutschland unzureichend ist. Die vorliegenden Zahlen sind nur eingeschränkt vergleichbar und gelten für heterogene Personengruppen in unterschiedlichen Einrichtungen und unterschiedlichen Regionen. Auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wirkt sich auch erschwerend aus, dass ihnen unterschiedliche Definitionen von „nicht sprechend“ zugrunde liegen und die Einschätzung dessen häufig der Leitung einer Schule oder Einrichtung obliegt. Dies könnte sich insofern einschränkend auf die Ergebnisse auswirken, als das leitende Kontaktpersonen im Vergleich zu anderen Mitarbeiter*innen vermutlich weniger Kenntnisse über die individuellen Schüler*innen respektive Bewohner*innen haben. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass Menschen, die nicht lautsprachlich kommunizieren oder deren Lautsprache zur Kommunikation nicht ausreicht, keinesfalls eine seltene Randerscheinung sind. Auch Kristen (2005) merkt in diesem Zusammenhang an, dass der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen der Lautsprache in Deutschland keineswegs eine zu vernachlässigende Größe sei. Die dargestellten Studienergebnisse legen nahe, dass in Deutschland bei der Versorgung von Menschen ohne oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache mit UK massive Schwierigkeiten bestehen.

2.3.2 Bedarf an UK-Intervention

Zuvor konnte dargestellt werden, dass im Bereich der UK begründete Hinweise auf einen nicht zu unterschätzenden Bedarf und eine gleichzeitig nicht ausreichende Versorgung von Menschen, die nicht lautsprachlich kommunizieren oder deren Lautsprache zur Kommunikation nicht ausreicht, bestehen. In diesem Kontext muss deutlich auf Kapitel 2.1.3 (Kommunikationsformen, Methoden und Prinzipien) verwiesen und nochmals betont werden, dass die bloße Versorgung mit einem Hilfsmittel in der Regel ohnehin nicht ausreichend ist. Nonn und Päßler (2009) weisen darauf hin, dass die Versorgung mit einem Hilfsmittel den Beginn einer Intervention in Form kontinuierlicher Begleitung der UK-Person und ihres sozialen Umfeldes darstellen sollte. Um Nutzer*innen und Angehörige in die Lage zu versetzen, die Implementierung eines Hilfsmittels oder eines anderen Kommunikationssystems in den Alltag ausreichend zu unterstützen, ist eine individuelle und detaillierte Beratung und Intervention notwendig, die zu einer Qualifizierung der Nutzer*innen und ihrer Bezugspersonen führt (Hoffmann-Schöneich, 2012). In einer Vielzahl von Veröffentlichungen der letzten Jahre lassen sich Hinweise darauf finden, dass

auch im Bereich der kontinuierlichen Beratung, Förderung und Therapie³ von Menschen, die auf UK angewiesen sind, vielfältige Mängel bestehen. Auf diesen Umstand wird in verschiedener Weise aufmerksam gemacht. Vertiefend sind in diesem Zusammenhang unter anderem folgende Arbeiten zu nennen: z. B. Boenisch und Schäfer (2016), Erdélyi und Thümmel (2015), Thorndahl (2015), Giel (2014), Kaiser-Mantel (2012), Light und McNaughton (2012), Ludwig (2012), Niediek (2012), Nonn (2011), Giel und Liehs, (2010), Prien (2010), Boenisch (2009), Boenisch und Sachse (2007), Goldbart und Marshall (2004) und Liehs (2003). Einige Arbeiten sollen im Folgenden exemplarisch genauer beschrieben werden.

Die schon in Kapitel 2.3.1 erwähnte Untersuchung von Boenisch aus 2009 ergab neben den bereits beschriebenen Mängeln bei der Versorgung mit UK auch, dass 78 % der nicht lautsprachlich kommunizierenden Schüler*innen keine Logopädie/Sprachtherapie im Sinne einer Artikulationstherapie und 92 % keine UK-Förderung erhalten. Wenn überhaupt, erhalten die Schüler*innen eine Sprachförderung durch die Lehrer*innen (Boenisch, 2013). Die Replikationsstudie von Thümmel (2011) für den Raum Niedersachsen kommt neben den bereits beschriebenen Ergebnissen zum Bedarf an UK ebenfalls zu dem Ergebnis, dass ein dringender Optimierungsbedarf bei der anschließenden Förderung besteht. Erdelyi und Thümmel (2015) untersuchen über eine Fragebogenerhebung (n = 20) die Fragestellung, weshalb UK in Deutschland trotz nachweisbaren Bedarfs und gesetzlicher Vorgaben nicht in ausreichendem Maße bei Kindern und Jugendlichen mit geistigen Beeinträchtigungen eingesetzt wird. Die befragten Pädagog*innen weisen tendenziell positive Einstellungstendenzen gegenüber UK auf, jedoch fehlt es häufig an detailliertem Wissen und Praxiserfahrung. Boenisch und Schäfer (2016) untersuchen in einer Studie an der Beratungsstelle des Forschungs- und Beratungszentrums für Unterstützte Kommunikation (FBZ-UK) in Köln die Qualität der Versorgung nach der UK-Beratung. Bei der Untersuchung werden Versorgungslücken offenbar, die vor allem während und nach der UK-Hilfsmittelversorgung bestehen. Boenisch und Schäfer erheben die Daten sechs Monate nach der UK-Beratung über Fragebögen, die an Bezugspersonen bzw. Lehrer*innen versandt werden (n = 92). In 44 % der vorliegenden Fälle fand keine weiterführende UK-Förderung statt. Bezogen auf die Qualität, der sich an eine Versorgung

³ In Deutschland gibt es derzeit keinen klar festgelegten Standard für die Durchführung von UK-Beratungen, Förderungen oder Therapien (s. Kapitel 2.3.3). Auch die Terminologie wird nicht einheitlich verwendet. Die Begriffe „Beratung, Förderung und Therapie“ werden im Rahmen dieser Arbeit an verschiedenen Stellen unter dem Begriff „Intervention“ zusammengefasst und damit sprachlich vom Prozess der reinen Versorgung mit einem Hilfsmittel abgegrenzt.

anschließenden Intervention geben 58 % der Befragten an, zufrieden zu sein. Boenisch und Schäfer leiten weiter ab, dass nach wie vor ein Bedarf an nachhaltigen Angeboten im Bereich Beratung, Diagnostik und Interventionsplanung besteht und dringend Strukturen etabliert werden müssen, die eine erfolgreiche Nachsorge gewährleisten (Boenisch & Schäfer, 2016).

Alle erwähnten Veröffentlichungen nehmen unterschiedliche beteiligte Berufsgruppen im Kontext UK in den Blick und reichen dabei von Monografien an der Schnittstelle UK und Logopädie/Sprachtherapie, Untersuchungen der Effektivität von UK und der Umsetzung von UK in verschiedenen Kontexten bis hin zu Erhebungen des Bedarfs und Befragungen von Nutzer*innen und Angehörigen. Hinsichtlich ihrer Methodik und ihres genauen Gegenstands sind diese Untersuchungen schlecht vergleichbar. Ihnen ist aber übereinstimmend zu entnehmen, dass die Verbreitung von UK in Deutschland gering ist. Niediek (2012, S. 25) beanstandet in diesem Zusammenhang: „Eine flächendeckende Verbreitung von Know-how in Sachen UK ist aber im deutschsprachigen Raum noch immer weitestgehend vom Fort- und Weiterbildungsinteresse der einzelnen Fachkräfte abhängig.“ Im Kern wird in allen Arbeiten in übereinstimmender Weise dargestellt, dass es nach der Versorgung mit Kommunikationsformen oder -mitteln an Professionellen fehlt, die die Aufgaben der Begleitung, Beratung, Förderung und Therapie, übernehmen. Diese fehlende Förderung mündet schließlich darin, dass UK-Nutzer*innen, insofern sie überhaupt versorgt worden sind, nicht immer in der Lage sind, ihr Hilfsmittel ihren Bedürfnissen entsprechend optimal einzusetzen (Sachse & Boenisch, 2009). Diesen Umstand verdeutlichen auch die aus der (logopädischen/sprachtherapeutischen) Praxis bekannten Schilderungen von UK-Nutzern und deren Angehörigen, die beispielsweise Thorndahl (2015) im Rahmen einer kleinen Anzahl qualitativer Interviews untersucht. So berichten Nutzer und Angehörige gleichermaßen von langen, zu späten Versorgungsprozessen und ebenso langer Suche nach geeigneten Professionellen, die im Anschluss Aufgaben der Beratung, Förderung und Therapie übernehmen.

Die Ergebnisse der dargestellten Untersuchungen weisen neben der Erkenntnis, dass es an weiterführender Begleitung und Intervention nach der Versorgung fehlt, auf ein weiteres zentrales Problem hin: In Deutschland gibt es derzeit keinen festgelegten Standard für die Durchführung von UK-Beratungen oder UK-Interventionen oder deren genauen Inhalte. Auch die Terminologie wird nicht einheitlich genutzt. UK-Interventionen in Form von Beratung, Förderung und/oder Therapie während und nach der Versorgung werden in Deutschland von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt und begleitet. Hier sind beispielhaft Vertreter*innen der entsprechenden Hilfsmittelhersteller, Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen, vor allem aber sonderpädagogische Fachkräfte zu

nennen. Diesen Umstand illustriert ein Zitat von Kamps (zitiert nach Boenisch & Schäfer, 2016):

Beratung, Auswahl, Verordnung, konkrete Anpassung, Leistungsüberprüfung und -entscheidung, Einweisung, Betreuung und Evaluation und letztlich auch die Rücknahme werden von Berufsgruppen wahrgenommen, die unterschiedlicher oftmals nicht sein könnten: Mediziner, Pflegekräfte, Therapeuten, Pädagogen, Techniker oder Verwaltungskräfte. Allen gemeinsam ist eigentlich nur, dass sie ihr jeweiliges Handwerk nicht hilfsmittelspezifisch erlernt haben. (S.11)

Hierbei scheint eine erfolgreiche Intervention, besonders in Deutschland, in starker Abhängigkeit zum individuellen Engagement von einzelnen Betroffenen, deren Bezugspersonen und Professioneller zu stehen (Thorndahl, 2015).

2.3.3 UK und Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland

Vorangegangen konnte dargestellt werden, dass begründete Hinweise darauf bestehen, dass im Bereich der UK in Deutschland Schwierigkeiten mit einer flächendeckenden, strukturierten Versorgung einerseits und gleichermaßen Schwierigkeiten bei der anschließenden Begleitung, Beratung, Förderung und Therapie andererseits bestehen. Außerdem konnte aufgezeigt werden, dass die Logopädie/Sprachtherapie als medizinisch-therapeutische Disziplin und als Teil eines interdisziplinären Teams durchaus in hohem Maße geeignet ist, einen positiven Einfluss auf diese Situation zu nehmen. Im Folgenden soll die besondere Rolle der Logopädie/Sprachtherapie im Kontext UK hinsichtlich verschiedener Aspekte dargestellt werden.

Einzug in die Logopädie/Sprachtherapie erhält die UK in den 1950er Jahren in den USA. Bis in die 1980er Jahre entwickelt sich die UK in den USA zu einem festen Bestandteil des logopädischen/sprachtherapeutischen Behandlungsspektrums und ist dort durch entsprechende Ausbildungsstandards verankert (Liehs, 2003). Heute ist UK auch im angloamerikanischen Raum und dem europäischen Ausland eine Disziplin mit starkem logopädischen/sprachtherapeutischen Bezug. Historisch entstammt die UK in Deutschland, wie bereits dargestellt, dem beruflichen Umfeld der Sonderpädagogik. Die Einführung der UK wird hierzulande zunächst auch von Widerständen und Voreingenommenheit begleitet. Wissenschaftliche Publikationen, auch aus der Logopädie/Sprachtherapie, stehen dem Einsatz alternativer Kommunikationsformen zunächst kritisch gegenüber (Boenisch, 2009 & Braun, 2010). Diesen Umstand illustriert ein Zitat von Hinum (1995):

Keinesfalls sollten zp-Kinder [Kinder mit Zerebralparese, Anm. d. A.], die durch eine schwere Dysarthrie oder Anarthrie in ihrer Kommunikation ohnehin beeinträchtigt sind, durch das Erlernen einer komplexen Symbolsprache, wie sie das BLISS-SYMBOL-SYSTEM darstellt und die nur Eingeweihten und Spezialisten verständlich ist, in eine noch größere soziale Isolation getrieben werden. [...] lässt die Folgerung ableiten, daß: wer Bliss lernen kann, auch lesen und schreiben lernen kann. (S. 136)

In der Logopädie/Sprachtherapie besteht zunächst die Befürchtung, der Einsatz von UK bei kommunikationsbeeinträchtigten Kindern könne einen negativen Einfluss auf die Sprachentwicklung haben. Dieser Vorbehalt ist wissenschaftlich nicht haltbar und gilt allgemein hin als überholt. Verschiedene Studien belegen bei einem möglichst frühen Einsatz von UK sogar eine gegenteilige Entwicklung (z. B. Boenisch & Sachse 2001, Justh 2015, Wilken, 2016 u. A.). Boenisch (2008) zufolge halten sich diese Befürchtungen in Deutschland aber besonders hartnäckig und hängen sehr wahrscheinlich mit einem veralteten „Oralisten-Dogma“ zusammen. Aktuelle Literatur, z. B. Giel (2014), legt zugrunde, dass dieses Oralisten-Dogma, also die Annahme, dass Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen ausschließlich an und mit Lautsprache arbeiten und diese in den Fokus einer Intervention stellen, als überwunden angesehen werden kann. Dieses Dogma lässt sich mit dem bereits in Kapitel 2.2.1 (Grundlagen) erwähnten Paradigmenwechsel innerhalb der Logopädie/Sprachtherapie durch die ICF in Verbindung bringen. Der aus der Verabschiedung der ICF resultierende Paradigmenwechsel innerhalb der Sonderpädagogik und auch in der Logopädie/Sprachtherapie lenkt den Fokus logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen neben der Lautsprache über den Einfluss der linguistischen Pragmatik auf die kommunikativen Fähigkeiten als Gesamtes. Trotzdem zeigt sich in der Bundesrepublik diametral zu den USA noch heute eine geringe Verbreitung von UK in der Logopädie/Sprachtherapie sowie eine unklare Aufgabenverteilung und Zuordnung von Berufsgruppen für die Durchführung von UK-Interventionen (Liehs, 2003, Boenisch & Schäfer, 2016). Es ist international einzigartig, dass UK in Deutschland kein fester Bestandteil der Logopädie/Sprachtherapie ist. Ferner wird die Arbeit mit Maßnahmen der UK, wie in Kapitel 2.2.2 dargestellt, nicht ausdrücklich in der Heilmittelrichtlinie erwähnt und findet auch im Heilmittelkatalog keine weitere Berücksichtigung, was zu Schwierigkeiten bei der Etablierung von UK in die Logopädie/Sprachtherapie führt, die auch monetär und organisatorisch bedingt sind (Niediek, 2012, Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

In der Bundesrepublik wird die UK außerdem in der Regel nicht im Ausbildungscurriculum logopädischer/sprachtherapeutischer Berufsgruppen berücksichtigt und ist nicht in der Praxis verankert. An Fachschulen und Universitäten ist UK häufig eher ein Randthema (Niediek, 2012). Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen, die sich mit UK beschäftigen, sind immer noch eine Seltenheit. In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) findet sich der Begriff „Unterstützte Kommunikation“ nicht. In den Vorgaben zum theoretischen und praktischen Unterricht lassen sich auch keine Inhalte zu angrenzenden oder inhaltlich verwandten Themen, etwa zu Hilfsmitteln, finden (LogAPrO, 1980). In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die LogAPrO im Jahr 1980 erlassen wurde und seit vielen Jahren Gegenstand berufspolitischer Diskussionen ist. Sie gilt dabei allgemein hin als nicht mehr zeitgemäß (Huber, 2013). Die „Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in NRW“, die im Jahr 2006 in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum der RWTH Aachen entstand, verwendet den Begriff „Unterstützte Kommunikation“ als Einzelbegriff im Rahmen einer Lerneinheit zu zerebralen Bewegungsstörungen. Weitere Erwähnung oder Erklärung findet der Begriff nicht. Die Verwendung von Hilfsmitteln, im Sinne von Kommunikationsbüchern oder elektronischen Kommunikationshilfen, seltener von Gesten oder Gebärden, wird im Kontext verschiedener logopädisch relevanter Störungsbilder elfmal erwähnt, aber an keiner Stelle weiter vertieft (Springer & Zückner, 2006).

Diese Umstände stehen im Kontrast zum dargestellten Bedarf an UK-Versorgung und UK-Intervention. Boenisch (2009) schlussfolgert, dass sich die Logopädie/Sprachtherapie in der Regel nicht für die Versorgung mit UK und die anschließende Begleitung zuständig fühlt. Auch Dupuis (2005) bemängelt die geringe Anzahl von Therapeut*innen, die bereit ist, sich mit dem Thema UK auseinanderzusetzen. Dabei besteht große Einigkeit darüber, dass die Vernetzung der Sonderpädagogik und der Logopädie/Sprachtherapie im Kontext UK unerlässlich ist, um die UK-Versorgung zu verbessern und anschließende Begleitung in Form von Förderung und Therapie zu etablieren. Beide Fachgebiete könnten dabei wechselseitig voneinander profitieren. Giel und Liehs (2010) fordern diesbezüglich eine Annäherung zwischen Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen und UK-Vertreter*innen, eine bessere Vernetzung der verschiedenen Studiengänge, mehr interdisziplinäre Projekte und eine größere gegenseitige Akzeptanz der fachlichen Expertise. Boenisch (2009) bewertet eine intensivere Vernetzung und Einbindung logopädischer/sprachtherapeutischer Kompetenzen nicht nur als wünschenswert, sondern für die Weiterentwicklung des Fachgebietes als notwendig. In den letzten Jahren ist in diesem Zusammenhang ein positiver Trend zu bemerken. So steigt die Anzahl von Veröffentlichungen aus der Logopädie/Sprachtherapie zum Thema UK in den letzten Jahren an. Auch auf Fachtagungen der entsprechenden Berufsverbände findet das Thema

UK Einzug (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V., 2013). Im Jahr 2018 fand auch der europäische Tag der Logopädie unter dem Leitthema UK statt, verbunden mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen verschiedener Berufsverbände. In seinem Kommentar in der Fachzeitschrift „Forum Logopädie“ richtet Kirchner (2018) anlässlich des europäischen Tages der Logopädie einen Appell an alle leitenden Personen in Logopädie-Schulen, die UK in ihr Ausbildungscurriculum aufzunehmen. Kirchner (2018) regt seine Kolleg*innen in seinem Kommentar weiter dazu an, die Sicht auf ihren Arbeitsauftrag zu überprüfen und nicht ausschließlich die Lautsprache, sondern die Kommunikation als Gesamtes in den Blick zu nehmen. Er äußert sein Bedauern darüber, dass Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen, die eigentlich Expert*innen für Kommunikation sind, im Bereich der UK ein so großes Defizit mit sich bringen, und bezweifelt die Nachhaltigkeit des EU-Tages, insofern sich an der Ausbildungssituation nichts ändere.

3 Fragestellung

In diesem Teil der Arbeit werden die aus dem theoretischen Teil abgeleiteten Fragestellungen formuliert. Die geplante Studie will Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung von UK in logopädisches/sprachtherapeutisches Handeln auf Basis von Experteninterviews und einer Onlinebefragung der betreffenden Berufsgruppen identifizieren.

Die Begriffe „Barriere“ und „Gelingensbedingung“ sind der ICF entlehnt. Der Begriff „Barriere“ bezieht sich auf sich ungünstig auswirkende Faktoren, die zu einer niedrigen Zuwendung, einem niedrigen Zuständigkeitsgefühl und einem niedrigeren Einsatz von UK in der logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis führen. Der Begriff „Gelingensbedingungen“ umfasst – im Sinne der ICF – Förderfaktoren, die zu einer hohen Zuwendung und Bereitschaft sowie einem höheren Einsatz von UK in der Logopädie/Sprachtherapie führen (DIMDI, 2005). Ziel der Studie ist es, anhand dieser Faktoren Aussagen darüber treffen zu können, wie die Etablierung der UK in logopädisches/sprachtherapeutisches Handeln weiter vorangetrieben und verbessert werden kann. Die übergeordnete Fragestellung der Studie lautet dementsprechend wie folgt:

Welche Barrieren und Gelingensbedingungen können über Experteninterviews und eine sich anschließende 8-wöchige Onlinebefragung von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen bei der Etablierung der UK als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland identifiziert werden?

Die Fragestellung lässt sich anschließend in Teilfragestellungen untergliedern. Die Bildung damit assoziierter Hypothesen ist ein wichtiger Bestandteil wissenschaftlichen Arbeitens. Da es sich bei dieser Arbeit um eine Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden handelt, werden aber nicht ausschließlich statistische Hypothesen gebildet, die über deskriptive Statistik und inferenzstatistische Methoden untersucht werden können. Es werden zusätzlich sogenannte „sensibilisierende Konzepte“ in Anlehnung an die „Grounded Theory“⁴ gebildet. Sensibilisierende Konzepte entstehen aus persönlichem Wissen und Erkenntnissen der Fachliteratur. Sie unterscheiden sich bezüglich ihrer Offenheit von klassischen Null- und Alternativhypothesen in der quantitativen Forschung, haben aber eine ähnliche Funktion: Sie dienen der Strukturierung des bereits bestehenden Wissens. Hierdurch richten sie die Aufmerksamkeit auf zentrale Aspekte (Kardorff & Schöneberger, 2010, Legewie, 2005). Im Rahmen dieser Arbeit eignet sich die Formulierung sensibilisierender Konzepte in besonderem Maße zur besseren inhaltlichen Fokussierung und Strukturierung. Eine detaillierte Erläuterung zu diesem Vorgehen wird in Kapitel 4 (Methoden) gegeben. Im Folgenden werden die gebildeten Fragestellungen (F), Hypothesen (H) und sensibilisierenden Konzepte (SK) dargestellt.

3.1 Fragestellungen und sensibilisierende Konzepte

F_{1a}: *Welche Barrieren führen aus Perspektive der Befragten zu einem niedrigen Einsatz von UK in der logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis?*

F_{1b}: *Welche Barrieren führen aus Perspektive der Befragten zu einer geringen Zuwendung in Form eines geringen Zuständigkeitsgefühls und Interesses der Logopädie/Sprachtherapie an UK?*

- **SK₁:** Aus Perspektive der Befragten führt die fehlende Verankerung der UK im Ausbildungscurriculum zu einem niedrigen Einsatz von UK sowie zu einem geringen Zuständigkeitsgefühl und Interesse.
- **SK₂:** Aus Perspektive der Befragten sind bestehende Fort- und Weiterbildungsangebote nicht ausreichend auf ihre Berufsgruppe abgestimmt.
- **SK₃:** Die Befragten verfügen nach eigener Einschätzung nicht über ausreichendes Fachwissen und genügend Handlungskompetenz, um UK im Rahmen logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen einzusetzen.

⁴ **Grounded Theory.** Sozialwissenschaftlicher Ansatz zur systematischen Auswertung qualitativer Daten mit dem Ziel der Theoriegenerierung. Es handelt sich nicht um eine Methode, sondern um eine Reihe ineinandergreifender Verfahren (Glaser & Strauss, 2008).

- **SK₄**: Den Befragten sind der Versorgungsbedarf und die Klientel im Bereich UK nicht ausreichend bekannt.
- **SK₅**: Aus der Perspektive der Befragten gehört die Arbeit mit Methoden der UK nicht in das logopädische/sprachtherapeutische Behandlungsspektrum und sollte von anderen Berufsgruppen übernommen werden.
- **SK₆**: Die Befragten lehnen den Einsatz von UK ab, da diese als zu aufwendig empfunden wird.
- **SK₇**: Bei den Befragten bestehen Unsicherheiten bezüglich der Rahmenbedingungen für den Einsatz von UK (z. B. zeitliche und räumliche Aspekte, Abrechnung, Antragsabwicklung).
- **SK₈**: Die Befragten lehnen den Einsatz von UK aufgrund fehlender Evidenzen ab.
- **SK₉**: Die Befragten halten andere Behandlungsformen, die lautsprachliche Fähigkeiten in den Vordergrund stellen, für effektiver und priorisieren diese.
- **SK₁₀**: Gegenüber dem Einsatz von UK bestehen seitens der Befragten ungünstige Grundannahmen und Vorurteile.

F_{2a}: *Welche Gelingensbedingungen führen aus Perspektive der Befragten zu einem höheren Einsatz von UK?*

F_{2b}: *Welche Gelingensbedingungen führen aus Perspektive der Befragten zu einer höheren Zuwendung in Form eines höheren Zuständigkeitsgefühls und Interesses an UK?*

F_{2c}: *Welche Veränderungen sind aus Perspektive der Befragten notwendig, um den Einsatz von UK zu erhöhen?*

F_{2d}: *Welche Veränderungen sind aus Perspektive der Befragten notwendig, um eine höhere Zuwendung in Form eines höheren Zuständigkeitsgefühls und Interesses der Logopädie/Sprachtherapie an UK zu erzeugen?*

- **SK₁**: Aus Sicht der Befragten ist eine stärkere Einbindung der UK in das Ausbildungscurriculum notwendig, um den Einsatz von UK zu erhöhen und das Interesse am Thema UK zu steigern.
- **SK₂**: Aus Sicht der Befragten ist eine stärkere berufspolitische Zuwendung und Öffentlichkeitsarbeit seitens der logopädischen/sprachtherapeutischen Berufsverbände sowie UK-spezifischer Verbände notwendig, um den Einsatz von UK zu erhöhen und das Interesse am Thema UK zu steigern.
- **SK₃**: Aus Sicht der Befragten ist ein höheres Angebot an auf Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen abgestimmten Fort- und Weiterbildungen notwendig, um den Einsatz von UK zu erhöhen und das Interesse am Thema UK zu steigern.

- **SK₄**: Aus Sicht der Befragten ist die Durchsetzung von UK als spezifischer Leistung im Heilmittelkatalog notwendig, um den Einsatz von UK zu erhöhen und das Interesse am Thema UK zu steigern.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen

F₁: *Steht die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK in der logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis?*

- **H₀₋₁**: Die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung steht nicht in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.
- **H₁**: Die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung steht in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.
- **H₀₋₂**: Therapeut*innen, die während ihrer Ausbildung/ihres Studiums Inhalte zum Thema UK vermittelt bekamen, setzen UK nicht häufiger ein als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.
- **H₂**: Therapeut*innen, die während ihrer Ausbildung/ihres Studiums Inhalte zum Thema UK vermittelt bekamen, setzen UK häufiger ein als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.

F₂: *Steht die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung in einem Zusammenhang mit einem erhöhten Interesse an UK?*

- **H₀₋₃**: Die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung steht in keinem Zusammenhang mit einem höheren Interesse an UK.
- **H₃**: Die Vermittlung von Inhalten zum Fachbereich UK während des Studiums/der Ausbildung steht in Zusammenhang mit einem höheren Interesse an UK.
- **H₀₋₄**: Therapeut*innen, die während des Studiums oder der Ausbildung Inhalte zum Thema UK vermittelt bekamen, weisen kein höheres Interesse an UK auf als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.
- **H₄**: Therapeut*innen, die während ihrer Ausbildung/ihres Studiums Inhalte zum Thema UK vermittelt bekamen, weisen ein höheres Interesse an UK auf als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.

F₃: *Steht die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK in der logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis?*

- **H₀₋₅**: Die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK steht in keinem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.
- **H₅**: Die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK steht in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.
- **H₀₋₆**: Therapeut*innen, die eine Fort- oder Weiterbildung zum Gegenstandsbereich UK absolviert haben, setzen UK nicht häufiger ein als Therapeut*innen ohne Fort- oder Weiterbildung.
- **H₆**: Therapeut*innen, die eine Fort- oder Weiterbildung zum Gegenstandsbereich UK absolviert haben, setzen UK häufiger ein als Therapeut*innen ohne Fort- oder Weiterbildung.

F₄: *Steht die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK in einem Zusammenhang mit einem erhöhten Interesse an UK?*

- **H₀₋₇**: Die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK steht in keinem Zusammenhang mit einem höheren Interesse an UK.
- **H₇**: Die Absolvierung einer Fort- oder Weiterbildung zum Fachbereich UK steht in einem Zusammenhang mit einem höheren Interesse an UK.
- **H₀₋₈**: Therapeut*innen, die eine Fort- oder Weiterbildung zum Gegenstandsbereich UK absolviert haben, weisen kein höheres Interesse an UK auf als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.
- **H₈**: Therapeut*innen, die eine Fort- oder Weiterbildung zum Gegenstandsbereich UK absolviert haben, weisen ein höheres Interesse an UK auf als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.

F₅: *Steht das Alter der befragten Personen in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK in der logopädischen/sprachtherapeutischen Praxis?*

- **H₀₋₉**: Das Alter der Befragten steht in keinem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.
- **H₉**: Das Alter der Befragten steht in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.

F₆: *Steht das Alter der befragten Personen in einem Zusammenhang mit einem erhöhten Interesse an UK?*

- **H₀₋₁₀**: Das Alter der Befragten steht in keinem Zusammenhang mit einem erhöhten Interesse an UK.
- **H₁₀**: Das Alter der Befragten steht in einem Zusammenhang mit einem höheren Interesse an UK.

F₇: *Unterscheidet sich die Häufigkeit des Einsatzes von UK zwischen den unterschiedlichen Arbeitsorten?*

- **H₀₋₁₁:** Die Häufigkeit des Einsatzes von UK unterscheidet sich nicht zwischen den Arbeitsorten.
- **H₁₁:** Die Häufigkeit des Einsatzes von UK unterscheidet sich zwischen den Arbeitsorten.

F₈: *Unterscheidet sich die Intensität des Interesses an UK zwischen den unterschiedlichen Arbeitsorten?*

- **H₀₋₁₂:** Die Intensität des Interesses an UK unterscheidet sich nicht zwischen den Arbeitsorten.
- **H₁₂:** Die Intensität des Interesses an UK unterscheidet sich zwischen den Arbeitsorten.

4 Methoden

In diesem Kapitel werden das Forschungsdesign und die Methoden beschrieben. Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine explorative Studie mit quantitativen und qualitativen Elementen. Im Folgenden wird die Auswahl der quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden dargestellt und begründet. Zunächst wird ein kurzer Überblick zur quantitativen und qualitativen Forschung sowie zur Möglichkeit der Kombination beider Ansätze gegeben. Anschließend rückt als Erstes der qualitative Forschungsteil in den Fokus. Dabei werden die Experteninterviews, die Erstellung des Leitfadens, die Auswahl der Expert*innen, die Durchführung und die Auswertung der Interviews dargestellt. Anschließend wird als Zweites der quantitative Teil der Arbeit vorgestellt. Hier werden die Entwicklung des Onlinefragebogens, dessen Aufbau und Inhalt, die Struktur der Proband*innen sowie die Datenerhebung, Durchführung und Auswertung beschrieben.

4.1 Quantitative und qualitative Forschung

Die Unterscheidung quantitativer und qualitativer Vorgehensweisen ist bei der Wahl des Forschungsdesigns von zentraler Bedeutung, da diese unterschiedliche Erkenntnisziele und -mittel verfolgen. Quantitative Ansätze zeichnen sich durch standardisierte Erhebungsinstrumente (z. B. standardisierter Fragebogen) aus. Sie ermöglichen es, den Antworten von Befragten numerische Werte zuzuordnen. Hierdurch kann anschließend eine deskriptive und inferenzstatistische Auswertung vorgenommen werden.

Der empirisch-quantitative Forschungsprozess folgt einem festgelegten Muster. Zu Beginn des Prozesses liegen in der Regel Theorien und Modelle vor, an denen deduktiv Hypothesen abgeleitet werden, die anschließend überprüft werden können. Die

Auswertung erfolgt über statistische Testverfahren und Kontrollgruppen. Der Erkenntnisgewinn wird z. B. über Signifikanzprüfungen abgesichert. Ein Ziel quantitativer Forschung ist somit die Verifizierung oder Falsifizierung von Hypothesen (Schöneck & Voß, 2013). Positiv herauszustellen ist, dass quantitative Forschungsmethoden die Möglichkeit zur Verallgemeinerung der Ergebnisse bieten. Die Ergebnisse sind exakt quantifizierbar und damit in der Regel valide, reliabel und objektiv. Als nachteilig sind die fehlende Berücksichtigung von Individualität und sozialen Kontexten zu bemerken. Durch die Standardisierung ist während der Untersuchung wenig Flexibilität gegeben, wodurch beispielsweise in Befragungen der Antwortrahmen eingeschränkt wird (Röbken & Wetzel, 2016).

Ziel qualitativer Forschung ist häufig – aber nicht nur – die Generierung von Hypothesen. Vorab formulierte Hypothesen, die als Null- oder Alternativhypothesen überprüft werden, werden eher abgelehnt, um einen größtmöglichen Grad an Offenheit zu bewahren. Im Rahmen qualitativer Forschungen können trotzdem bereits bekannte Zusammenhänge oder Theorien überprüft werden, wobei hier zumeist eine Verfeinerung oder Erweiterung fokussiert wird (Brüsemeister, 2008). Typische qualitative Erhebungsmethode ist beispielsweise das offene Interview. Dabei entstehen keine quantitativen, numerischen, sondern interpretationsbedürftige Daten, z. B. in Form von Texten oder Aufnahmen. Bekannte qualitative Auswertungsmethode ist beispielsweise die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Ein weiterer Unterschied besteht nach Brüsemeister (2008) häufig in den eher hohen Fallzahlen in der quantitativen Forschung und den eher kleinen Fallzahlen in der qualitativen Forschung. Die Fallzahlen spielen in qualitativen Forschungen somit eine wesentlich geringere Rolle. Qualitative Forschungsverfahren eignen sich insbesondere, um Forschungsbereiche zu erschließen. Die Methoden passen sich dem Untersuchungsgegenstand an und zeichnen sich durch Offenheit und Flexibilität aus. Durch offene Befragungen ist häufig ein vertiefter Informationsgehalt bei der Betrachtung eines Einzelfalls möglich, sodass auch bisher unbekannte Sachverhalte erfasst werden können. Nach Röbken und Wetzel (2016) ist ein Nachteil qualitativer Forschungen oft die geringe Zahl von Untersuchungspersonen und damit die fehlende Repräsentativität. Häufig sind qualitative Forschungen außerdem sehr zeit- und kostenintensiv.

Die strikte Trennung beider Forschungsansätze erscheint nicht immer sinnvoll und möglich. In der Fachliteratur wird sie außerdem vielfach diskutiert und auch kritisiert. Breuer (2014) beispielsweise bezeichnet die kategoriale Unterscheidung qualitativer und quantitativer Ansätze als vorschnell, nicht eindeutig und fragwürdig. Auch Flick (2014) kritisiert die strikte Trennung beider Ansätze. Vor allem kritisiert er die tendenzielle gegenseitige Ablehnung durch Anhänger des jeweilig anderen Ansatzes. In Kapitel 4.2 (Forschungsdesign) wird

erläutert, wie qualitative und quantitative Elemente im Rahmen dieser Arbeit kombiniert werden sollen.

4.2 Forschungsdesign

In dieser Arbeit werden qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert. Nach Schreier und Ödag (2010) kann die Kombination von Elementen qualitativer und quantitativer Ansätze innerhalb einer Untersuchung auch als „Mixed Methods“ bezeichnet werden. Die Kombination beider Ansätze kann an jeder Stelle der Forschung erfolgen, etwa von der Fragestellung über die Datenerhebung bis hin zur Auswertung. Flick (2014) bezeichnet die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung als „Triangulation“ und meint in diesem Kontext, dass zwei unterschiedliche Zugänge in einer Methode verknüpft werden. Die Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven bei der Beantwortung einer Forschungsfrage und auf unterschiedliche Datensorten. Dabei können qualitative und quantitative Daten übereinstimmen und gleiche Schlussfolgerungen nahelegen (konvergieren) oder unterschiedliche Aspekte eines Gegenstandes fokussieren und sich ergänzen (komplementieren). Entsprechend können die Daten auch divergieren, sich also widersprechen. Vorteil solcher Kombinationen ist – auch im Falle dieser Arbeit – die wechselseitige Validierung der Daten und Ergebnisse. Die Anwendung beider Ansätze auf eine Forschungsfrage kann zu einem umfassenderen Bild des Untersuchungsgegenstandes führen (Schreier & Ödag, 2010, Flick, 2014). In der Literatur wird die Verwendung qualitativer Verfahren vorgeschlagen, wenn zum Themenbereich nur wenige konkrete Kenntnisse oder Theorien vorliegen. In der Praxis gehen quantitativen Untersuchungen häufig qualitative Studien voraus, um den zu untersuchenden Gegenstandsbereich zu erschließen. Auf Grundlage der Ergebnisse fällt es anschließend leichter, ein quantitatives Untersuchungsdesign zu entwickeln (Schöneck & Voß, 2013).

Zum Untersuchungsgegenstand ist dem Autor zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit keine vergleichbare Erhebung im deutschsprachigen Raum bekannt. Deshalb eignet sich die Triangulation von Methoden unter Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Aspekte sehr. Aus der – im theoretischen Hintergrund vorgenommenen – Literaturrecherche und dem Forschungsstand können bereits vielfältige Aspekte abgeleitet werden, die für die Beantwortung der Fragestellung potenziell eine Rolle spielen könnten, aber nicht überprüft sind. Zur Fragestellung der Arbeit bestehen auf Basis der Literaturrecherche also bereits einige theoretische Anknüpfungspunkte und Vorannahmen, wobei keine ausreichenden Theorien, Modelle oder Hypothesen vorliegen. Ziel ist es nun, diese Vorannahmen über eine Kombination von Forschungsmethoden einerseits weiter zu vertiefen und zu erweitern (qualitative Forschung) und anschließend an einer größeren Stichprobe zu überprüfen (quantitative Forschung). Zur Beantwortung der Fragestellung werden deshalb nicht

ausschließlich quantitative und statistisch überprüfbare Null- und Alternativhypothesen aufgestellt, sondern auch die in Kapitel 3.2 dargestellten sensibilisierenden Konzepte formuliert. In der Grounded Theory wird auf sensibilisierende Konzepte zurückgegriffen, anstatt ausschließlich deduktive, aus der Theorie abgeleitete Prüfhypothesen zu nutzen. Die Konzepte werden dabei aus praktischem und theoretischem Vorwissen abgeleitet, lassen einen höheren Grad an Offenheit beim Untersuchungsgegenstand zu und strukturieren den Prozess der Datenerhebung, Auswertung und Interpretation. Damit können sie die empirische Erhebung anleiten und detaillieren. Sie explizieren außerdem die Vorannahmen des Forschenden, die Einfluss auf die Untersuchung nehmen (Legwie, 2005).

Zur besseren Übersicht wird in Tabelle 1 eine grobe Einteilung der in dieser Arbeit verwendeten Methoden und Ansätze in quantitative und qualitative Teile vorgenommen, wobei an dieser Stelle erneut auf Breuer (2014) verwiesen und betont werden muss, dass eine strikte Trennung nicht immer eindeutig möglich – und nötig – ist.

Tabelle 1

Einteilung qualitativer und quantitativer Anteile dieser Arbeit

Qualitative Anteile	Quantitative Anteile
Hypothesen werden als sensibilisierende Konzepte realisiert	Hypothesen werden operationalisiert und als statistisch überprüfbare Null- und Alternativhypothesen formuliert
Datenerhebung über Experteninterviews	Datenerhebung über Onlinefragebogen
Offene Fragen des Onlinefragebogens	Geschlossene Fragen des Onlinefragebogens
Auswertung der Experteninterviews in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2010)	Auswertung des Onlinefragebogens über deskriptive Statistik und Inferenzstatistik
Auswertung des (quantitativen) Onlinefragebogens (zusätzlich) geleitet durch (qualitative) sensibilisierende Konzepte	

Zur Erweiterung und anschließenden Überprüfung der Hypothesen sowie der sensibilisierenden Konzepte werden als Methoden das qualitative Experteninterview und

der quantitative Onlinefragebogen ausgewählt. So werden *vor* der Finalisierung des Onlinefragebogens qualitative Experteninterviews durchgeführt. Die Experteninterviews verfolgen das Ziel, die Erstellung des Onlinefragebogens zu erleichtern und hinsichtlich seiner inhaltlichen Vollständigkeit und Durchführbarkeit abzusichern. Im Anschluss daran wird der Onlinefragebogen finalisiert. Um im Sinne der qualitativen Forschung einen ausreichenden Grad an Offenheit zu bewahren, sind im Onlinefragebogen einige offene Fragen verankert. Weitere Offenheit schafft auch, dass im Rahmen der Auswertung des Onlinefragebogens nicht nur die vorab festgelegten statistisch operationalisierten Hypothesen getestet werden, sondern auch die sensibilisierenden Konzepte zur Interpretation und Auswertung der Daten herangezogen werden können. Der Ablauf des Forschungsprozesses wird zur besseren Verständlichkeit in Abbildung 6 dargestellt.

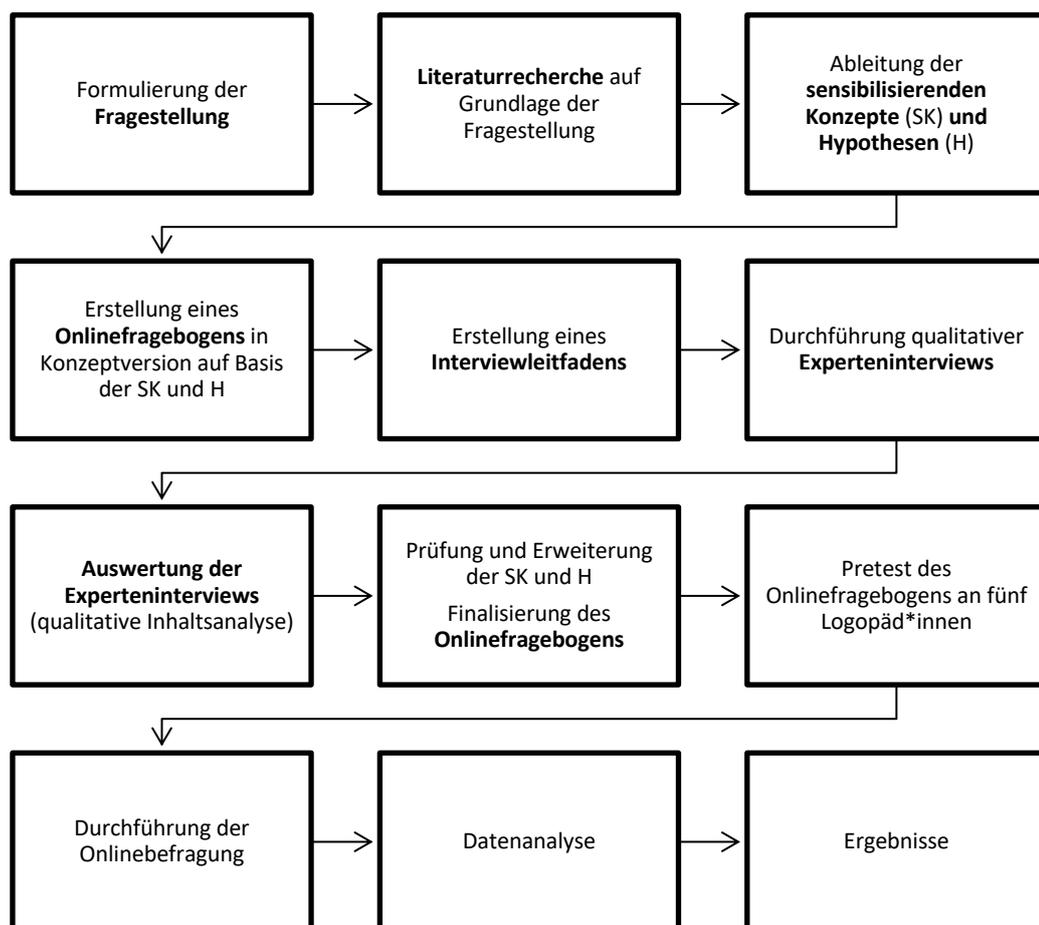


Abbildung 6. Darstellung des Forschungsprozesses. Chronologischer Ablauf von der Fragestellung bis zu den Ergebnissen von links oben (Formulierung der Fragestellung) nach rechts unten (Ergebnisse) (eigene Anfertigung).

Ein ausschließlich quantitatives Vorgehen über statistisch prüfbare Hypothesen und einen quantitativen Fragebogen wäre nicht geeignet, um die vielfältigen und komplexen Aspekte im Bereich der Barrieren und Gelingensbedingungen im Kontext UK und

Logopädie/Sprachtherapie ausreichend zu erfassen. Schon die Entwicklung eines geeigneten Fragebogens ohne ausreichende Theorien und Hypothesen wäre kaum möglich. Ein rein qualitatives Design über Experteninterviews mit anschließender qualitativer Datenauswertung wäre der Fragestellung ebenfalls nicht gerecht geworden. Die aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse wären vertieft, aber nicht an einer großen Stichprobe von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen überprüft worden und somit nicht quantifizierbar.

Die Verbindung beider Ansätze über die Kombination von Hypothesen und sensibilisierenden Konzepten einerseits sowie die Kombination eines vorgeschalteten Experteninterviews und einer sich anschließenden Onlinebefragung andererseits erscheint dem Autor als geeignetste Lösung, um im Kontext der Fragestellung ein möglichst umfassendes Bild und aussagekräftiges Ergebnis zu erzielen.

4.3 Experteninterview

Der Terminus „Experteninterview“ dient als Sammelbegriff für offene oder teilstandardisierte Befragungen von Expert*innen zu einem vorgegebenen Thema oder Bereich. Sie haben die Aufgabe, dem Forschenden das besondere Wissen von Personen zugänglich zu machen, die in für die Fragestellung relevante Situationen und Prozesse eingebunden sind. Der Begriff „Expert*in“ bezieht sich nicht auf den sozialen Status der Interviewpartner*in (Gläser & Laudel, 2009). Die interviewte Person und ihre Biografie treten beim Experteninterview in den Hintergrund. In der Literatur besteht Unklarheit darüber, wer schlussendlich als Expert*in gelten kann und wer nicht (Mey & Mruck, 2010). Nach Mey und Mruck (2010) kann im Kontext wissenschaftlichen Arbeitens als Expert*in gelten, wer über das für die wissenschaftliche Analyse relevante Wissen verfügt. Expert*innen können dabei eine exklusive Stellung in dem Kontext besitzen, der untersucht werden soll. Gläser und Laudel (2009) beschreiben die Expert*in nicht als „Objekt“ der Untersuchung, sondern als „Medium“ von Spezialwissen über die zu erforschenden Sachverhalte. Dabei ist zu unterscheiden, ob die Befragte als Spezialist*in für bestimmte Fragestellungen befragt wird oder ob es sich um Interviews handelt, in denen es um die Erfassung von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten als Expert*innen selbst geht (Gläser & Laudel, 2009). Im Falle dieser Arbeit handelt es sich um eine Befragung von Expert*innen nach ihren Sichtweisen und Einstellungen einerseits als auch um die Befragung als Spezialist*innen für eine bestimmte Fragestellung andererseits.

Kaiser (2014) beschreibt drei zentrale Gütekriterien für qualitative Experteninterviews: Erstens sollte das Interview theoriegeleitet erfolgen. Zweitens muss die forschende Person Neutralität und Offenheit gegenüber neuen Erkenntnissen und Deutungsmustern wahren.

Als letztes Kriterium beschreibt Kaiser (2014) die Notwendigkeit, dass die Interviews bezüglich ihrer Erhebung und Auswertung intersubjektive Nachvollziehbarkeit aufweisen sollten. Allen drei Kriterien wird im Rahmen dieser Arbeit entsprochen. Die Experteninterviews werden, wie bereits beschrieben, als qualitatives Element vor der Finalisierung des Onlinefragebogens durchgeführt (siehe Abbildung 6) und dienen der Absicherung hinsichtlich seiner Vollständigkeit und Durchführbarkeit (siehe Kapitel 4.2 Forschungsdesign). Die Interviews sind theoriegeleitet und basieren auf den ebenfalls beschriebenen, aus der Literatur abgeleiteten Hypothesen und sensibilisierenden Konzepten. Die Auswertung erfolgt über die qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010). Im Folgenden wird auf die Auswahl der Expert*innen, den Aufbau und Inhalt des Leitfadens, die Durchführung und die Auswertung der Experteninterviews eingegangen.

4.3.1 Auswahl der Experten

Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen sind zwei Kriterien festgelegt worden: Zum einen sollen die Interviewpartner*innen entsprechend den zuvor beschriebenen Kriterien von Gläser und Laudel (2009) ausgewiesene Expert*innen des Fachbereichs UK sein. Zum anderen sollen sie gleichzeitig Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen sein. Während der Literaturrecherche sind dabei zwei Personen in den Vordergrund gerückt. Hierbei handelt es sich um Frau Dr. Barbara Giel und Frau Dr. Kerstin Nonn. Frau Dr. Giel ist akademische Sprachtherapeut*in und ausgewiesene Expert*in für den Fachbereich UK. Frau Dr. Giel hat die Leitung des Zentrums für Unterstützte Kommunikation in Moers inne und zwischen 2002 und 2017 über 25 Veröffentlichungen und Buchbeiträge zum Themenbereich UK und zum Themenbereich Sprachtherapie und UK publiziert. Frau Dr. Nonn ist Diplom-Logopäd*in und Schulleiter*in der staatlichen Berufsfachschule für Logopädie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Neben der Publikation von Beiträgen in Fachjournals veröffentlichte sie auch das Buch „Unterstützte Kommunikation in der Logopädie“, eine der wenigen Monografien zum Gegenstand UK im Kontext Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland. Beide Expert*innen beschäftigen sich seit über zehn Jahren in Theorie, Praxis und Forschung mit dem Gegenstand UK an der Schnittstelle Logopädie/Sprachtherapie. Damit sind sie Träger*innen von spezialisiertem Wissen und im Rahmen dieser Arbeit als Interviewpartner*innen in hohem Maße geeignet.

In Absprache mit beiden Interviewpartner*innen wird beschlossen sowohl die verwendeten Zitate im Fließtext als auch die Interviewtranskripte im Anhang in anonymisierter Form darzustellen. Deshalb werden die Expert*innen folgend als Expert*in A und Expert*in B bezeichnet.

4.3.2 Leitfaden: Aufbau und Inhalt

Die Erstellung des Leitfadens und die Durchführung der Experteninterviews finden in Anlehnung an das problemzentrierte Interview nach Witzel (Witzel, 2001 nach Mey & Mruck, 2010) statt und stimmen mit dem dort vorgesehenen Vorgehen in vielen Aspekten überein. Ziel dieser Befragungsform ist die Prüfung und/oder Generierung von Wissen. Das problemzentrierte Interview ist weitgehend offen bis teilstrukturiert, zielorientiert und flexibel. Hierbei wird ein Leitfaden erstellt, der aus Fragen und Erzählanreizen mit Blick auf ein bestimmtes Problem besteht. Das Vorgehen soll gewährleisten, dass ein vom Befragten selbst entwickelter Erzählstrang zum Tragen kommt. Die Interviewform gibt dem Forschenden die Möglichkeit, strukturierend in das Gespräch einzugreifen, Themen einzuführen oder konkrete Bewertungen zu erbitten, wobei der Fokus auf den Äußerungen des Befragten verbleibt. Der Leitfaden dient lediglich als Gedächtnisstütze. Das Interview wird wesentlich durch Fragen gesteuert. Zugelassene Fragetypen sind allgemeine Sondierungen (z. B. Sachnachfragen und Erzählaufforderungen) und spezielle Sondierungen (z. B. verständnisvermittelnde Fragen, Äußerungen wie Spiegelungen, Konfrontationen und Verständnisfragen). Außerdem ist im Vorlauf die Abklärung von Faktenfragen und organisatorischen Aspekten gestattet (Mey & Mruck, 2010). Da sich die Fragestellung dieser Arbeit aber nicht allein auf ein Problem in Form von Barrieren, sondern auch auf Gelingensbedingungen bezieht, muss in diesem Punkt vom Vorgehen nach dem problemzentrierten Interview abgewichen werden. Der Leitfaden bleibt deshalb nicht ausschließlich auf ein bestimmtes Problem fokussiert, sondern beinhaltet auch Fragen zu den Gelingensbedingungen, wobei dieselben Maßstäbe hinsichtlich der Offenheit und der Fragetypen angelegt werden.

Um das Vorgehen zu verdeutlichen, wird nachfolgend eine Beispielfrage dargestellt (Anlage A, Leitfaden, S. 1). Kursiv und blau unterstrichen ist hier einleitend die Einführung in das Thema markiert. Sie dient als narrativer Erzählanreiz und Aufforderung mit Problemfokus. Es folgt – fett und rot gestrichelt markiert – eine direkt an die Expert*in gerichtete Sachfrage:

Frage 1. (Barrieren). *„Die UK ist als interdisziplinäres Fachgebiet in der Sprachtherapie/Logopädie eher ein Nischenthema. In der Literatur wird immer wieder bestätigt, dass Sprachtherapeuten sich scheinbar selten mit dem Thema auseinandersetzen. In der Versorgung, Begleitung, Förderung und Therapie von UK-Nutzern spielen Logopäden/Sprachtherapeuten eher eine untergeordnete Rolle. Im internationalen Vergleich scheint das anders zu sein. Im europäischen Ausland und dem angloamerikanischen Raum ist UK eine interprofessionelle Disziplin mit einem starken logopädischen/sprachtherapeutischen Bezug. **Was denken Sie als***

Expertin dazu? Warum ist die Situation in Deutschland so und woran könnte das liegen?“ (Anlage A, Leitfaden, S. 1)

Neben Äußerungen, die den Gesprächsfluss aufrechterhalten, sind im Leitfaden gestattete Nachfragen notiert. Da das problemzentrierte Interview einen hohen Grad an Offenheit zulässt, können auch spontane Nachfragen angestellt werden, die nicht im Leitfaden festgehalten sind, aber den gestatteten Fragetypen entsprechen. Im Folgenden werden drei Beispielnachfragen dargestellt (Anlage A, Leitfaden, S. 1):

Nachfrage 1: *„Entschuldigen Sie bitte. Das habe ich nicht richtig verstanden. Könnten Sie mir das nochmal erklären?“*

Nachfrage 2: *„Habe ich das richtig verstanden?“*

Nachfrage 3: *„Dieser Aspekt ist mir vollkommen neu und erscheint mir sehr wichtig. Ich habe in der Literatur nichts darüber finden können. Könnten Sie bitte näher darauf eingehen?“*

Bei Nachfrage 1 handelt es sich beispielhaft um eine konkrete Sachnachfrage und Erzählaufforderung. Nachfrage 2 ist eine verständnisgenerierende Frage nach einer bereits erfolgten Paraphrasierung der Äußerung der Befragten. Nachfrage 3 stellt ein Beispiel für eine strukturierende Nachfrage dar, die entsprechend dem problemzentrierten Interview in das Gespräch eingreift. Der Leitfaden enthält anschließend zwei ähnlich strukturierte Fragen zu den Gelingensbedingungen und zum Fragebogeninstrument. Weiter werden die Einführung, Vorbesprechung, Organisatorisches und der Abschluss schriftlich vorstrukturiert. Der komplette Leitfaden ist in Anlage A einsehbar.

4.3.3 Durchführung

Der erste Kontakt zu beiden Expert*innen wird per E-Mail aufgenommen. Im Rahmen der Anfrage werden die Expert*innen nach der Vorstellung des Autors über das Vorhaben, den Ablauf und das Ziel informiert. Die E-Mail schließt mit einer Bitte um Teilnahme am Interview. Beide Expert*innen meldeten innerhalb einer Woche ihre Zusage zurück.

Für das Interview werden nach einer kurzen Einführung und der Abklärung organisatorischer Fragen 30 Minuten veranschlagt. Für jeden der drei Interviewteile (Barrieren, Gelingensbedingungen, Fragebogen) stehen somit zehn Minuten zu Verfügung. Die Interviews werden telefonisch durchgeführt. Ein persönliches Gespräch wäre gegenüber einem Telefonat sicherlich vorzuziehen gewesen. Nach sorgfältiger Abwägung bezüglich der zeitlichen Flexibilität aller Beteiligten, vor allem aber der teils großen Entfernung, wird jedoch davon abgesehen.

Beide Telefonate konnten in ruhiger Atmosphäre und mit einem zeitlichen Puffer stattfinden. Die Telefonate wurden nach dem Einverständnis der Interviewpartner*innen mithilfe eines Diktiergeräts aufgezeichnet. Während des Interviews mit Frau Dr. Nonn kam es zu einer kurzen Unterbrechung wegen technischer Schwierigkeiten beim Interviewer. Das Telefonat konnte aber nach einer kurzen Unterbrechung weitergeführt werden. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Unterbrechung auf die Ergebnisse oder den Interviewfluss ausgewirkt haben könnte. Das Gespräch mit Frau Dr. Giel verlief technisch einwandfrei, wobei die vorgegebene Interviewzeit um ca. sechs Minuten überschritten wurde.

4.3.4 Auswertung

Aus den Experteninterviews sind Daten in Form von Audioaufnahmen entstanden. Zur Auswertung dieser Daten ist die Transkription der Audioaufnahmen notwendig. Die Audioaufnahmen werden zunächst unter Hilfe des Programms F4 abgetippt. Dabei wird ein einfaches Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015) verwendet. Ein komplexes Transkriptionssystem, beispielsweise mit Berücksichtigung der Intonation oder sekundengenaue Pausen, Sprechüberlappungen oder Wortabbrüchen, ist nicht notwendig. Im einfachen Transkriptionssystem wird wörtlich, ohne Berücksichtigung von Dialekten oder phonologischen Aspekten transkribiert. Wortschleifen werden nicht transkribiert und an das Schriftdeutsche angenähert. Wort- und Satzabbrüche sowie Wortdoppelungen werden geglättet und nur explizit erfasst, wenn sie sinntauglich sind und mit „/“ markiert. Die Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet. Längere Pausen im Gespräch werden durch „...“ markiert. Verständnissignale (z. B. „mhm“, „aha“, „ja“ ...) werden nicht transkribiert, es sei denn, eine Antwort besteht ausschließlich aus einem solchen Signal. In diesem Fall wird mit „Mhm (bejahend/verneinend)“ transkribiert. Besonders betonte Wörter werden durch Großschreibung gekennzeichnet. Emotionale nonverbale Äußerungen werden zur Verdeutlichung in Klammern notiert, z. B. (Lachen) oder (Seufzen). Unverständliche Wörter oder Passagen werden ebenfalls markiert, z. B. (unverständlich) oder (Mikrofon rauscht). Jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz und wird mit Zeilennummern versehen. Die Transkripte sind im Anhang der Arbeit in Anlage B einsehbar.

Nach der Transkription erfolgt die eigentliche Auswertung. In der Literatur wird für die Auswertung qualitativer Experteninterviews eine Reihe von Vorschlägen gemacht. Die Verfahren lassen sich grundsätzlich unter dem Begriff „qualitative Inhaltsanalyse“ zusammenfassen. Im deutschsprachigen Raum wird dieser Begriff von Mayring (2010) geprägt, jedoch liegt im Bereich der qualitativen Inhaltsanalyse eine Vielzahl von Varianten vor. Insofern gibt es „die“ qualitative Inhaltsanalyse nicht (Kaiser, 2014). Insgesamt lässt sich die qualitative Inhaltsanalyse als Verfahren zur systematischen und

zusammenfassenden Beschreibung von Datenmaterial durch Zuordnung der Daten zu Kategorien definieren. Ziel dieser Verfahren ist es, die Interpretation von Textmaterial mit inhaltsanalytischen Regeln beschreibbar und überprüfbar zu machen (Dresing und Pehl, 2015).

Im Rahmen dieser Arbeit wird sich lediglich an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehnt. Eine konsequente Durchführung des Verfahrens in seiner gesamten Komplexität ist in dieser Arbeit weder sinnvoll noch notwendig. Kaiser (2014) bekräftigt dies und merkt an, dass die Analyse von Experteninterviews ein so spezifisches Ziel darstellt, dass das von Mayring (2010) entwickelte Verfahren als zu vielfältig und aufwendig erscheint. So kann bei Experteninterviews beispielsweise auf die Analyse der Entstehungssituation und der Wirkungsweise des Textes jenseits der Interviewsituation verzichtet werden (Kaiser 2014). Hinzu kommt, dass in dieser Arbeit lediglich zwei Interviews durchgeführt worden sind, die klassische qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) aber auf viel größere Textmengen abzielt. Ein weiteres Problem bei der stringenten Analyse nach Mayring (2010) liegt darin, dass die Entwicklung des Kategoriensystems stark an quantitativen Gesichtspunkten orientiert ist, was inhaltlich und aufgrund der geringen Anzahl der durchgeführten Interviews für diese Arbeit unpassend ist. Bei zwei Interviews kann beispielsweise auf eine quantitative Messung von Kategorienhäufigkeiten, die Auszählung bestimmter Begriffe oder die Analyse von Häufigkeiten verzichtet werden. Der Schwerpunkt der Auswertung der Experteninterviews liegt in der regelgeleiteten Extraktion inhaltlicher Informationen (Gläser & Laudel, 2010). Das reduzierte Verfahren eignet sich in besonderem Maße, da es überwiegend dazu genutzt wird, Theorien zu überprüfen oder zu vertiefen. Weiter eignet es sich auch zur Hypothesenfindung, Theoriebildung und Klassifizierung. Das entspricht im Kontext der Fragestellung dem Ziel der Arbeit. Es eignet sich außerdem dazu, Textmaterial nach bestimmten empirisch und theoretisch sinnvoll erscheinenden Kategorien zu ordnen. Trotzdem weist das Verfahren auch einige Nachteile auf. So werden bei der Auswertung latente Sinnstrukturen des Textes nicht erfasst. Außerdem erfolgt keine Berücksichtigung markanter Einzelfälle, wobei dies bei zwei Interviewpartner*innen keine große Rolle spielt.

Die wesentlichen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse sind allen Verfahren gemeinsam und für den Zweck dieser Arbeit geeignet. Diese Schritte sind die „Zusammenfassung“, die „Explikation/Extraktion“ und die „Strukturierung“ (Kaiser, 2010). Ziel der Zusammenfassung ist die Reduktion des Textmaterials auf Inhalte, die für die Forschungsfragen relevant sind. Der Text wird zunächst paraphrasiert, woraus eine reduzierte, textgetreue Zusammenfassung des Materials in eigenen Worten entsteht. Ursprüngliche Informationen und Inhalte bleiben erhalten. Tabelle 2 stellt die Transkription und Paraphrasierung eines

Interviewausschnittes mit Expert*in B beispielhaft gegenüber. Dabei zeigt sich, dass das Textmaterial durch die Paraphrasierung deutlich reduziert werden kann. Aus dem Material werden insbesondere Elemente entfernt, die redundant oder ausschmückend sind und keine inhaltlichen Informationen tragen. Paraphrasen mit gleichem Gegenstand werden zusammengefasst. Die Paraphrasierung transformiert den Text außerdem in eine grammatikalische Kurzform. Diese Schritte werden zunächst je Einzelinterview und danach mit beiden Interviews im Zusammenhang durchgeführt. Hieran schließt sich die Extraktion an. Dabei werden den Paraphrasen die für die Forschungsfrage relevanten Informationen entnommen (Gläser & Laudel, 2010, Kaiser, 2010). Der gesamte Prozess der Paraphrasierung ist im Anhang der Arbeit in Anlage C einsehbar.

Tabelle 2

Auswertung der Experteninterviews. Beispiel für die Gegenüberstellung von Transkription und Paraphrase

Seite	Transkript	Paraphrase
1	Ich glaube, das ist erstens historisch bedingt. Bei uns in Deutschland kommt die UK aus der Sonderpädagogik. Und zwar aus dem Bereich der geistig behinderten und körperbehinderten Pädagogik. ISAAC Deutschland hat sich aus diesem Bereich entwickelt. Und nicht aus der Sprachtherapie. Und das hat, glaube ich, historische Wurzeln in Deutschland. Und dadurch, dass das in der Sonderpädagogik verortet war, hat sich die dann ja oft lingu/ ... medizinisch ausgerichtete Logopädie dafür nicht verantwortlich gefühlt. Ich glaube, wir haben einfach andere historische Wurzeln. Als im angloamerikanischen Raum. Das ist ziemlich banal.	001: Barrieren sind historisch bedingt. 002: In Deutschland besteht ein starker Bezug zwischen UK und Sonderpädagogik. 003: Die linguistisch-medizinisch geprägte Logopädie hat sich nicht verantwortlich gefühlt.

Die extrahierten Informationen werden anschließend einem Kategoriensystem zugeordnet. Die Kategorienbildung in dieser Arbeit unterscheidet sich von dem von Mayring vorgeschlagenen Vorgehen und bezieht sich auf Gläser und Laudel (2009) sowie Kaiser (2014). Das Kategoriensystem baut theoriegeleitet auf den Vorüberlegungen und dem Leitfaden des Interviews auf. Hierdurch wird sichergestellt, dass die theoretischen Vorüberlegungen die Interpretation des Textes bestimmen. Im Unterschied zu Mayring bleiben die Kategorien offen. Während der Zusammenfassung und Extraktion kann das

Kategoriensystem angepasst und ausdifferenziert werden, wenn im Text Informationen auftauchen, die nicht zum bisherigen System passen (Gläser & Laudel, 2010). Die Kategorien entstehen also deduktiv aus der Theorie und induktiv aus dem Untersuchungsmaterial. Hierbei gleichen sich die Kategorien im Prozess der Auswertung gegenseitig ab. Quellenangaben aus dem Untersuchungsmaterial werden mitgeführt, um zu überprüfen, ob die Auswertung dem Ursprungstext gerecht wird. Hierdurch wird es unwahrscheinlicher, dass der Auswertende nicht passende Informationen ausschließt (Kaiser, 2014). Der gesamte Prozess der Kategorienbildung ist im Anhang dieser Arbeit in Anlage D einsehbar. In Tabelle 3 wird die Kategorienbildung beispielhaft dargestellt:

Tabelle 3

Auswertung der Experteninterviews. Kategorienbildung (Beispiel)

Makrokategorie	Barrieren (B)
Definition	Alle Aussagen über Bedingungen, Einstellungen und Faktoren, die sich als Barriere auswirken, d. h., die zu einer geringen Verbreitung von UK in der Logopädie/Sprachtherapie führen und/oder den Einsatz von UK in der Logopädie/Sprachtherapie erschweren.
Mikrokategorie	B.2.: Aus-, Fort- und Weiterbildung
Definition	Alle Aussagen, die sich auf den negativen Einfluss von fehlender oder nicht spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung beziehen.
Kernaussagen	Die fehlende Verankerung im Ausbildungscurriculum wirkt sich negativ auf das Interesse an UK und die Verbreitung von UK aus. Es besteht kein Zuständigkeitsgefühl. Bestehende Fort- und Weiterbildungsangebote sind nicht ausreichend auf Sprachtherapeut*innen abgestimmt.
Ankerbeispiele	<i>„Erstens ist es für mich die fehlende Verankerung von UK in der Ausbildung der Logopädie ... sei es nun hochschulisch oder schulisch. Dadurch fehlt ja quasi für junge, beginnende Berufsangehörige die Sozialisation. Also das bekommt damit ... einen anderen Stellenwert. Weil es wird etwas sein, das ausgelagert wird auf nach der Ausbildung. Wo das dann jemand zum Beispiel durch Zufall entdeckt.“ (Transkript Expert*in A, Zeile 8–12).</i>

*„Und bis jetzt gab es für die Sprachtherapeuten und Logopäden keine wirklich ansprechende, zertifizierte Weiterbildung. Weil der UK-Coach und der LUK-Therapeut (...) Der spricht eine so breite Klientel an. Vom Heilerziehungspfleger über Ergotherapeuten. Das spricht nicht die Fachleute für Sprache und Kommunikation an.“ (Transkript Expert*in B., Zeile 67–73).*

Die Kategorien entstehen also deduktiv aus der Theorie und induktiv aus dem Untersuchungsmaterial. Dabei gleichen sich die Kategorien im Prozess der Auswertung gegenseitig ab. Es werden stets Quellenangaben aus dem Untersuchungsmaterial mitgeführt, um zu überprüfen, ob die Auswertung dem Ursprungstext gerecht wird. Dieses Vorgehen macht es unwahrscheinlicher, dass der Auswertende nicht in das Bild passende Informationen ausschließt (Kaiser, 2014). Auf diese Weise sind zwei Makrokategorien (Barrieren „B“ und Gelingensbedingungen „G“) mit jeweils fünf Mikrokategorien entstanden. Zur weiteren Spezifizierung besteht die Möglichkeit der Bildung von Subkategorien. Der gesamte Prozess der Kategorienbildung ist im Anhang dieser Arbeit in Anlage D einsehbar. Eine Übersicht über alle gebildeten Kategorien findet sich in den Ergebnissen in Kapitel 5.1.

4.4 Onlinebefragung

Nachdem die Experteninterviews durchgeführt worden sind, rückt die Finalisierung des Onlinefragebogens in den Vordergrund. Nachfolgend wird der Fragebogen hinsichtlich seiner Entwicklung, seines Aufbaus und seines Inhalts beschrieben. Anschließend werden die Struktur der Proband*innen, die Datenerhebung, die Durchführung und die Auswertung dargestellt. Die Onlinebefragung zu Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der UK in sprachtherapeutische/logopädische Interventionen in Deutschland richtet sich ausschließlich an Sprachtherapeut*innen und Logopäd*innen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, daraus abgeleitete Hypothesen und sensibilisierende Konzepte wie auch die Ergebnisse der Experteninterviews fließen in die Entwicklung und Erstellung des Onlinefragebogens ein (siehe Abbildung 7).

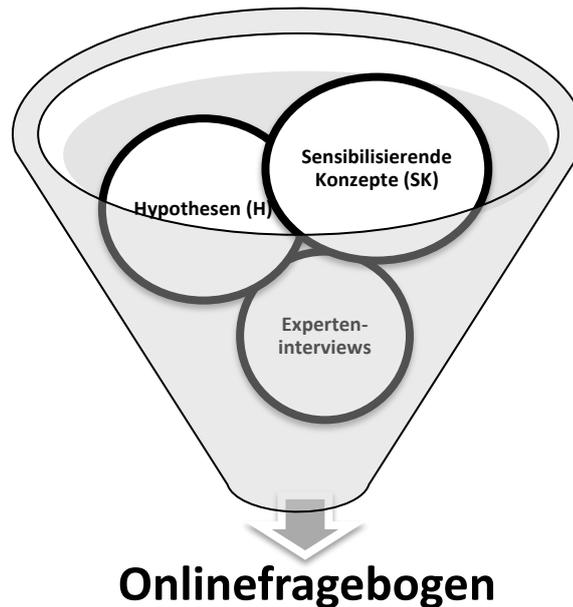


Abbildung 7. Bezugssysteme des Onlinefragebogens: Sensibilisierende Konzepte, Hypothesen und Ergebnisse der Experteninterviews fließen im Fragebogen zusammen (eigene Anfertigung).

Ziel der Befragung ist die Prüfung und Erweiterung der aus der Literaturrecherche abgeleiteten Hypothesen und sensibilisierenden Konzepte sowie die Prüfung und Erweiterung der Ergebnisse aus den Experteninterviews. Der Befragungszeitraum beträgt acht Wochen und wird über die Software „Questback“ des Anbieters „Unipark“ durchgeführt (Unipark & Questback, 2019). Die Durchführung der Onlinebefragung wurde von der unabhängigen Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen beraten und zustimmend bewertet. Das Ethikvotum ist im Anhang dieser Arbeit in Anlage E einsehbar. Die Druckversion des Fragebogens kann im Anhang der Arbeit in Anlage F eingesehen werden.

Bei der standardisierten Befragung via Fragebogen handelt es sich um eine wissenschaftlich fundierte, empirische Form der Datenerhebung. Befragungen werden in 70 % aller Untersuchungen eingesetzt und gelten als Standardinstrument der empirischen Forschung (Raithel, 2008). Im Rahmen dieser Arbeit wird sich für eine Onlinebefragung entschieden, da dieses Vorgehen vielfältige Vorteile gegenüber einer schriftlichen Befragung aufweist. Onlinebefragungen sind in der Regel – und auch im Falle dieser Arbeit – zeit- und kosteneffizienter. Positiv sind auch technische Vorteile herauszustellen. Hierzu gehört die Möglichkeit, Bild-, Audio- und Videodateien in die Befragung zu integrieren. Außerdem weisen Onlineumfragen einen hohen Grad an Automatisierung auf. Hierdurch werden Fehler, die beispielsweise während der Auswertung bei der manuellen Dateneingabe entstehen können, oder Versuchsleitereffekte vermieden. Die Reichweite ist bei internetbasierten Umfragen in der Regel höher und die Stichprobenszusammensetzung

durchschnittlich heterogener als bei schriftlich durchgeführten Befragungen. Beide Aspekte sind für diese Arbeit relevant, da es sich bei der UK bei der eher kleinen Berufsgruppe der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen um ein eher wenig bekanntes Thema handelt. Die zu erwartende Datenqualität ist hoch, da Kontrollskripte die Befragung leiten und Konsistenzprüfungen möglich sind. Außerdem besteht gegenüber Onlinebefragungen eine hohe Akzeptanz aufgrund von Freiwilligkeit, Flexibilität und Anonymität. Als Nachteil werden häufig der hohe Aufwand für die Einarbeitung in die Befragungssoftware und die nur bedingt kontrollierbaren Durchführungsbedingungen benannt. Hierunter fallen schwer zu kontrollierende Bedingungen wie Mehrfachteilnahmen, technische Probleme, asynchrone Antworten auf Rückfragen der Teilnehmer*innen oder dass ältere Menschen in Onlineumfragen häufig unterrepräsentiert bleiben (Thielsch & Weltzin, 2012).

4.4.1 Fragebogen: Fragenformulierung und Fragetypen

Der Fragebogen muss sorgfältig konstruiert werden, um Antwortverzerrungen so unwahrscheinlich wie möglich zu machen. Konstruktionskriterien sind nach Raitchel (2008) die Auswahl, Struktur, Funktion und Formulierung von Fragen sowie der Aufbau des Fragebogens, der im sich anschließenden Kapitel 4.4.2 (Aufbau und Inhalt) vorgestellt wird. Die Auswahl der Fragen erfolgt – wie eingangs beschrieben und in Abbildung 7 dargestellt – auf Basis der Hypothesen, sensibilisierenden Konzepte und der Ergebnisse der Experteninterviews. Aus diesen Bezugssystemen ergibt sich ein Fragenpool, der anschließend in Fragendimensionen untergliedert werden kann.

Bei der Formulierung der Fragen wird darauf geachtet, dass UK-spezifische Fachterminologie nur begrenzt verwendet wird, da der Fragebogen ausdrücklich auch von Therapeut*innen ausgefüllt werden können soll, die keine Erfahrungen in diesem Bereich haben. Wird spezifische Terminologie verwendet, wird sie durch ein entsprechendes Tooltip⁵ bei Bedarf direkt erläutert. Weitere Kriterien bei der Formulierung von Fragen legen beispielsweise Bortz und Döring (2006) fest. So ist bei der Formulierung von Fragen darauf zu achten, dass sie möglichst neutral formuliert werden. Bortz und Döring (2006) weisen aber darauf hin, dass nahezu allen Fragebögen aufgrund des Satzbaues und der Wortwahl Wertungen zu entnehmen sind. Sie legen weiter fest, dass Fragen und Antworten möglichst eindeutig formuliert werden müssen. Hinsichtlich der Antwortmöglichkeiten ist darauf zu achten, dass diese möglichst überschneidungsfrei (disjunkt) sind. Generalisierende Begriffe wie „immer, alle, keiner“ oder „niemals“ sollten in den meisten Frageformaten vermieden

⁵ **Tooltip.** Ein Tooltip ist ein kleines Pop-up-Fenster in Anwendungsprogrammen oder auf Webseiten.

werden. Zu vermeiden sind auch sehr lange und syntaktisch komplexe Formulierungen sowie doppelte Verneinung.

Im Onlinefragebogen dieser Arbeit werden unterschiedliche Fragetypen eingesetzt. Nach Bortz und Döring (2006) sind geschlossene Fragen mit Antwortvorgaben bei Befragungen vorzuziehen, da sie ein hohes Maß an Objektivität gewährleisten. Im Wesentlichen handelt es sich deshalb um geschlossene Fragen, z. B. Auswahlfragen mit Einfach- und Mehrfachantworten. Es kommen außerdem vermehrt Beurteilungsfragen bzw. Ratingskalen zur Erfassung von rangbasierten Aussagen zum Einsatz. Über dieses Vorgehen können (je nach Einsatzzweck) der Grad der Häufigkeit, Intensität, Wahrscheinlichkeit und der Zustimmung gemessen werden. Da die potenzielle Teilnehmeranzahl nur schwierig eingeschätzt werden kann, wird sich mit Blick auf die Auswertung für eine reduzierte Skala von eins bis vier entschieden. Dieser liegt der Gedanke zugrunde, statistische Werte der Streuung auch bei einer eventuell geringen Teilnehmeranzahl möglichst gering zu halten. Mit Blick auf die Auswertung und die Ergebnisse wird sich außerdem für eine gerade Anzahl an Skalenpunkten entschieden, damit kein mittlerer Skalenpunkt als Fluchtkategorie verwendet wird, wenn sich die befragte Person nicht entscheiden kann (Raithel 2008).

Bortz und Döring (2006) empfehlen eine abwechslungsreiche Fragengestaltung, z. B. durch verschiedenartige Varianten bei der Antwortauswahl. Um dieser Empfehlung nachzukommen, wird sich bewusst für Unipark entschieden, da hier eine große Anzahl an verschiedenen Frage- und Antwortvarianten auswählbar ist (Unipark & Questback, 2019). Als besondere Form der Ratingfrage werden beispielsweise „Klick-Rating-Fragen“ eingefügt, bei denen die befragte Person die Antwortoptionen, beginnend mit der wichtigsten Option, durch Klicken zuweist und nach Relevanz ordnet. Eine „Ich-weiß-nicht“-Antwortkategorie wird im Fragebogen nicht angeboten, da diese nach Hollenberg (2016) von befragten Personen zu häufig genutzt wird, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung zu reduzieren. Sie sollte daher, wo immer möglich, vermieden werden. Es handelt sich außerdem überwiegend, aber nicht ausschließlich um Pflichtfragen. So wird im Fragebogen an Stellen, an denen Teilnehmer*innen beispielsweise Therapieansätze einem Oberbegriff zuordnen sollen, auf das verpflichtende Ausfüllen verzichtet.

Um die Datenqualität weiter zu verbessern, werden die Antwortoptionen randomisiert. Das bedeutet, dass die Antwortoptionen unterhalb einer Frage stets in zufälliger Reihenfolge vertauscht und angezeigt werden. Ausnahme hiervon sind Antwortoptionen zu personenbezogenen Daten und Fragen, bei denen aus einer ansteigenden (logischen) Reihenfolge ausgewählt werden soll (z. B. Altersabschnitte in Jahreszahlen, Anzahl von UK-Nutzer*innen). Bei Beurteilungsskalen wird – innerhalb eines Fragenblocks – auch die

Reihenfolge der einzelnen Items randomisiert. Die Ausprägung der Skalen bleibt davon unberührt. Durch die Randomisierung von Antwortoptionen und Beurteilungsfragen kann die Beeinflussung durch verschiedene Antworttendenzen der Teilnehmer*innen reduziert werden. Hierzu zählen beispielsweise Primacy- und Recency-Effekte, d. h. Zustimmungstendenzen für die jeweils erste oder letzte Antwortoption, oder der Halo-Effekt, bei dem vorangegangene Fragen ungewollte Auswirkungen auf die Beantwortung von nachfolgenden Fragen besitzen (Bogner & Landrock, 2015). Um im Sinne der Triangulation von Methoden (Flick 2014) auch qualitative Anteile in den Fragebogen aufzunehmen und vielfältigere Ergebnisse zu erhalten, werden an zwei Stellen des Fragebogens auch offene Frageformate angeboten.

4.4.2 Fragebogen: Aufbau und Inhalt

Am Anfang des Fragebogens stehen die Probandeninformation, die Datenschutzerklärung und die Einwilligungserklärung. Sie stellen sicher, dass versehentlich zur Umfrage gelangte Personen und Personen, die den Einschlusskriterien (Kapitel 4.4.4) nicht entsprechen, von der Bearbeitung ausgeschlossen werden. Jede teilnehmende Person stimmt über einen Klick der Einwilligungserklärung, Probandeninformation und Datenschutzerklärung zu. Hiermit versichern die potenziellen Proband*innen ihre Zugehörigkeit zu einer der relevanten Berufsgruppen und einen vorliegenden Abschluss. Weiter werden potenzielle Teilnehmer*innen ausführlich über die Rahmenbedingungen, das Ziel und die Dauer der Befragung informiert. An dieser Stelle werden ihnen auch Informationen zur Anonymität, zum Datenschutz und zur Freiwilligkeit der Teilnahme vermittelt. Im Fragebogen werden nur wenige personenbezogene Daten erhoben. Hierzu zählen das ungefähre Alter in Altersklammern (Fünfjahresabschnitte) und das Geschlecht. Die wenigen erhobenen personenbezogenen Daten lassen dabei keine Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmer*innen zu. Aus diesem Grund wird auch das Bundesland der Proband*innen nicht erhoben. Bei der verhältnismäßig kleinen Berufsgruppe der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen könnte im Zusammenhang mit dem Alter und dem Geschlecht unter Umständen eine Identifizierung möglich sein. Abschließend werden die Kontaktdaten des Testleiters und aller beteiligten Personen (z. B. Prüfer*innen, Datenschutzbeauftragte) für Rückfragen zur Verfügung gestellt. Vertiefende Informationen zur Probandenaufklärung und zum Datenschutz sind in der Probandeninformation (Anlage G), der Datenschutzerklärung (Anlage H) und der Einwilligungserklärung (Anlage I) im Anhang der Arbeit einsehbar.

Nach der Einwilligungserklärung beginnt die eigentliche Datenerhebung. Der Fragebogen besteht aus minimal 28 und maximal 30 Items, die sich gleichmäßig über insgesamt acht Seiten verteilen. Die Schwankung bei der Anzahl der Items ergibt sich aus dem Einsatz von

zwei ergänzenden Filterfragen. Diese Items (Frage 5, Frage 23) werden den Proband*innen nur unter bestimmten Bedingungen in Abhängigkeit von vorherigen Antworten angezeigt. Auf Basis der Metaerhebung von Batinic und Bosnjak (2000) zur optimalen Dauer einer Befragung, sollte ein Fragebogen innerhalb von 11 bis 15 Minuten auszufüllen sein. Aus diesem Grund soll der vorliegende Fragebogen nicht mehr als 30 Items enthalten.

Zwischen den einzelnen Seiten sind Anweisungen und Überleitungstexte, z. B. zur Einführung neuer Fragenkomplexe, platziert. Sie unterstützen die Teilnehmer*innen, den Fragebogen korrekt auszufüllen. Jeder Fragebereich wird deutlich durch den Einsatz von Tooltips, etwa in Form von Hinweisen, Anweisungen und Hilfen (z. B. die Erklärung zwingend notwendiger Fachtermini), eingeleitet und unterstützt. Dieses Vorgehen führt nach Raithel (2008) zu einer besseren Orientierung der befragten Personen und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Fragebogen komplett ausgefüllt wird. Die Proband*innen sehen auf ihrem Bildschirm nur die jeweils aktuelle Seite und nicht den Fragebogen als Ganzes. Damit die Teilnehmer*innen trotzdem einen Überblick über den bisherigen Fortschritt haben, wird im unteren Drittel des Bildschirms eine Fortschrittsanzeige mit Prozentzahl angezeigt. Zur Mitte und zum Ende des Fragebogens werden die Teilnehmer*innen freundlich informiert, dass der Fragebogen „fast erledigt“ ist. Hier kommen positive Verstärker, beispielsweise Emoticons, zum Einsatz. Die Proband*innen haben über Schaltflächen rechts und links außerdem jederzeit die Möglichkeit, zu einer vorherigen Seite zurückzukehren, z. B. um Ergänzungen oder Korrekturen vorzunehmen. Abbildung 8 zeigt zum besseren Verständnis beispielhaft einen Ausschnitt des Fragebogens in der Onlineansicht.

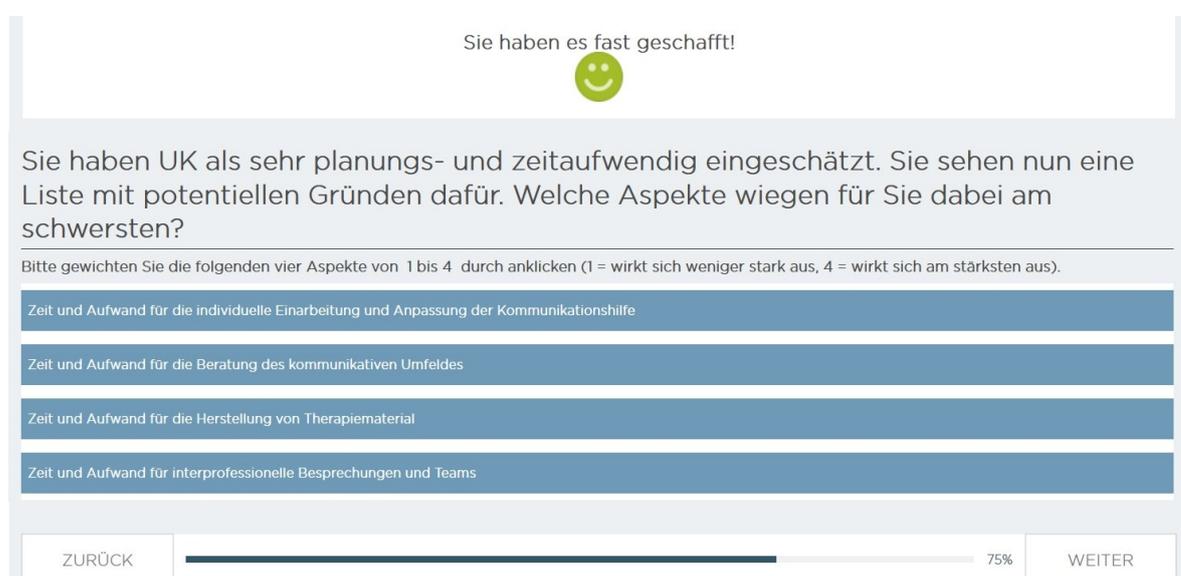


Abbildung 8. Ausschnitt des Onlinefragebogens – Klick-Rating-Frage. Angezeigt in Microsoft Edge. Gezeigt wird eine Klick-Rating-Frage mit Ausfüllanweisung. Oberhalb der Frage findet sich ein

positiver Verstärker in Form eines Emoticons. Unten sind die Fortschrittsanzeige mit Prozentangabe sowie links und rechts die Zurück- und Weiter-Schaltfläche sichtbar.

Transparenz bezüglich der Befragungszeit, Bearbeitungsdauer und des aktuellen Fortschrittes soll dabei die Kooperation der Proband*innen fördern und letztlich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Fragebogen komplett ausgefüllt wird (Raithel, 2008).

Es ist notwendig, dass die Teilnehmer*innen den Fragebogen nicht direkt als Ganzes sehen können, da die Befragung einem festgelegten Ablauf folgt und die Proband*innen den Fragebogen nicht nach einer eigenen Reihenfolge bearbeiten sollen. Dabei wird einerseits auf die inhaltlich logische Abfolge und andererseits auf die richtige Platzierung komplexerer Fragen geachtet. Nach den Empfehlungen von Mummendey und Grau (2008) sowie Hollenberg (2016) wird im Fragebogen mit Fragen begonnen, die von den Teilnehmer*innen einfach zu beantworten sind, damit sie sich an den Beantwortungsprozess gewöhnen können. Raithel (2008) weist zusätzlich darauf hin, dass sich bereits an dieser Stelle des Fragebogens entscheidet, ob die befragte Person sich zum Ausfüllen des gesamten Fragebogens entscheidet oder nicht. In diesem Sinne werden zum Einstieg geschlossene Fragen gestellt. Die am Anfang des Fragebogens stehenden geschlossenen Fragen eignen sich dazu in besonderem Maße, da sie Interesse wecken, in das Thema einstimmen und leicht zu beantworten sind. Inhaltlich zielen die ersten Fragen auf die Erfassung der bisherigen Erfahrung der Proband*innen mit dem Fachbereich UK ab. So wird beispielsweise nach dem Vorliegen einer Fort- oder Weiterbildung und nach berufspraktischer Erfahrung gefragt.

Im Anschluss daran werden auf der nächsten Seite einige notwendige personenbezogene Daten wie Geschlecht, Alter und Arbeitsumfeld erhoben. Die Fragen nach diesen für die Fragestellung relevanten personenbezogenen Daten stehen bewusst nicht am Beginn der Befragung. Nach Hollenberg (2016) führen Fragen zu personenbezogenen Daten häufig zum Abbruch des Beantwortungsprozesses und irritieren das Gefühl der Anonymität. Daher sollten sie nicht am Beginn der Befragung, sondern erst danach stehen, da Proband*innen die bereits einen Teil des Fragebogens abgeschlossen haben, sich häufig „gebunden“ fühlen, diesen auch zu beenden.

Der Komplexitätsgrad der Fragen nimmt im weiteren Verlauf zu. Es folgen drei Auswahlfragen, die darauf zielen, zu erfassen, wie weit die Proband*innen den Begriff UK fassen. Abbildung 9 stellt eine dieser Fragen beispielhaft dar. Die Therapeut*innen sollen in drei Bereichen Kommunikationsformen, Hilfsmittel und Therapieansätze dem Begriff UK zuordnen. Um die Teilnehmer*innen nicht unnötig unter Druck zu setzen, ist eingangs klar

formuliert, dass es hierbei kein „richtig“ und „falsch“ gibt und dass die Beantwortung dieser Fragen auch übersprungen werden kann.

Ihnen werden nun einige Auswahlfragen gestellt.
Es sind Mehrfachnennungen möglich. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es kein "richtig" oder "falsch". Bitte treffen Sie die Antworten aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung und Einschätzung. Wenn Ihnen einzelne Antwortoptionen (z. B. ein bestimmtes Therapieverfahren) nicht bekannt sind, lassen Sie sie aus.

Welche der folgenden Hilfsmittel ordnen Sie dem Bereich UK zu?

Mehrfachnennung möglich.

- Einsatz von Bild-/Symbolkarten
- Einsatz von Kommunikationsbüchern
- Einsatz von adaptierten Spielzeugen, die z. B. durch einen Taster aktiviert werden können
- Einsatz von Tablets mit entsprechender App

Abbildung 9. Ausschnitt des Onlinefragebogens – Auswahlfrage. Angezeigt in Microsoft Edge. Gezeigt wird eine Auswahlfrage mit möglicher Mehrfachnennung. Die Beantwortung der Frage wird oben durch einen Hinweistext unterstützt.

Es folgen 16 Behauptungen und Aussagen, denen über eine Ratingskala zugestimmt oder nicht zugestimmt werden kann. Nach Bortz und Döring (2006) ist die Formulierung von Behauptungen zur Erkundung von Positionen, Meinungen oder Einstellungen besser geeignet als die Formulierung von Fragen. Hierbei handelt es sich um Aussagen und Behauptungen zu Faktoren, die sich auf Basis der Literaturrecherche, der sensibilisierenden Konzepte und der Hypothesen als potenzielle Barrieren oder Gelingensbedingungen auswirken können. In Abbildung 10 werden zwei dieser Behauptungen beispielhaft dargestellt.

Sie sehen nun eine Liste mit Aussagen. Bitte wählen Sie auf einer Skala von 1 bis 4 aus, ob Sie der Aussage eher zustimmen oder eher nicht zustimmen. Wenn Sie sich bei einer Aussage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort aus, die am ehesten auf Sie passt.

1 = stimme nicht zu
4 = stimme absolut zu

Ich bin im Bereich UK kompetent.

1 2 3 4

Die Förderung, Therapie und Beratung von Menschen, die auf UK angewiesen sind, gehört zum logopädischen/sprachtherapeutischen Behandlungsspektrum.

1 2 3 4

Abbildung 10. Ausschnitt des Onlinefragebogens – Ratingskala. Angezeigt in Microsoft Edge. Sichtbar sind zwei Aussagen/Behauptungen mit dazugehöriger Ratingskala, unterstützt durch „thumbs up/thumbs down“-Emoticons.

Die offenen Fragen betreffen eine Frage zum Arbeitsort und die abschließende Frage zu eigenen Vorschlägen für Maßnahmen, die zu einer höheren Verbreitung von UK führen könnten. Bezüglich der offenen Fragen muss unbedingt bedacht werden, dass diese – vor allem bei einer hohen Rücklaufquote – aufwendig und zeitintensiv ausgewertet werden müssen. Gleichsam setzen sie bei der befragten Person eine hohe kognitive Beteiligung voraus. Deshalb – und da die Rücklaufquote zum jetzigen Zeitpunkt nur eingeschätzt werden kann – muss der Einsatz offener Fragen gut durchdacht und reduziert erfolgen (Hollenberg, 2016). Der Fragebogen schließt nach der letzten Frage mit einem Dank für die Teilnahme und mit den Kontaktdaten des Autors, falls weiterführende Fragen bestehen sollten.

4.4.3 Pretest

Vor dem Beginn der Befragung wird ein Pretest durchgeführt. Auch die zuvor durchgeführten Experteninterviews (siehe Kapitel 4.3) dienen bereits der Absicherung des Fragebogens hinsichtlich inhaltlicher Aspekte und seiner Durchführbarkeit. Insofern haben die Experteninterviews bereits einen Anteil am Pretest. Trotzdem erscheint es sinnvoll, den Fragebogen auch an Nichtexpert*innen zu prüfen. Gleichsam ist es notwendig den Fragebogen nach Übersetzung in das Onlinetool auch hinsichtlich technischer Aspekte zu überprüfen. Deshalb wird vor der öffentlichen Freigabe des Fragebogens ein kurzer Pretest über einen Zeitraum von sieben Tagen durchgeführt. Dieser wird an fünf Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen durchgeführt und dient dem Zweck, den Fragebogen finalisierend zu testen. In der Pretestphase haben die fünf Teilnehmer*innen die Möglichkeit, im Onlinetool Kommentare für den Testleiter zu hinterlassen. Dabei wird besonderes Augenmerk auf unklare Fragenformulierungen, Rechtschreibung und Anzeigefehler auf verschiedenen Endgeräten (z. B. PC, Smartphone, Mac) gelegt.

Im Pretest sind einige letzte Rechtschreibfehler zurückgemeldet worden. Zurückgemeldet wurden auch einige Anzeigefehler und technische Schwierigkeiten bei der Begrenzung von bestimmten Ankreuzmöglichkeiten. Die Anzeigefehler konnten zügig beseitigt werden, sodass der Fragebogen auf allen verwendeten Geräten problemfrei angezeigt und ausgefüllt werden konnte. Einige Fragen wurden wegen der fehlenden Möglichkeit, die Ankreuzmöglichkeiten zu begrenzen, von Auswahlfragen in Priorisierungsfragen umgewandelt, was keine Auswirkungen auf den Inhalt der Fragen oder deren Auswertung hat. Es wurden keine unklaren Fragen oder Formulierungen zurückgemeldet. Der Pretest gab auch Gelegenheit, verschiedene Funktionen von des Onlinetools, z. B. den Feldbericht oder die Onlinestatistik, auf Fehlerfreiheit zu überprüfen. Diese funktionierten zum Zeitpunkt des Pretests ebenfalls fehlerfrei.

4.4.4 Proband*innen, Datenerhebung und Durchführung

Als Proband*innen für den Onlinefragebogen kommen alle logopädisch/sprachtherapeutisch tätigen Personen infrage. Einschlusskriterium ist dabei folglich ein vorliegender Abschluss in einem logopädischen/sprachtherapeutischen Beruf und die Zustimmung zur Probandeninformation und Datenschutzerklärung. Die Formulierung weiterer Ausschlusskriterien ist nicht notwendig. So spielen etwa das Alter der Proband*innen, die Region oder Vorerfahrungen im Bereich UK keine Rolle.

Nach der Finalisierung des Fragebogens und seiner digitalen Umsetzung in das Onlinetool ist der erste Schritt der Datenerhebung das Freischalten des Fragebogens, damit er im Internet über einen Link erreicht werden kann. Die Freischaltung des Fragebogens erfolgt im Juli 2018 und endet acht Wochen später. Es ist nicht konkret einschätzbar, ob und inwiefern sich die Sommerferien- und Urlaubszeit auf die Rücklaufquote auswirkt. Dem Autor liegen keine Erkenntnisse vor, ob die Sommerferien- und Urlaubszeit mit einer geringeren oder wegen eines höheren Kontingents an Zeit sogar höheren Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung einhergeht. Es wird angestrebt, mindestens 100 auswertbare Fragebögen zurückzuerhalten. Mit Blick auf die vielfältigen Verteilerkanäle scheint diese Zahl als Minimalziel realistisch. Die Obergrenze an möglichen Teilnehmer*innen ist durch das Unipark und Questback-Abonnement vorgegeben und umfasst 2.000 Teilnehmer*innen (Unipark & Questback, 2019).

Der Fragebogen kann über Desktopgeräte wie PCs, Laptops und über Mobilgeräte (z. B. Tablet und Smartphone) mit Internetzugang gleichermaßen erreicht und korrekt dargestellt werden. Sobald der Fragebogen online freigeschaltet wird, wird der Link zur Befragung öffentlich über verschiedene Verteilerkanäle an potenzielle Proband*innen verteilt. Wichtige Verteilungssysteme sind die E-Mail-Netzwerke des Studiengangs „Lehr- und Forschungslogopädie“ der RWTH Aachen („LeFo-Netzwerk“), das E-Mail-Netzwerk der Hochschule für Gesundheit in Bochum („Alumni Netzwerk der hsg“) und die „öffentliche Mailingliste“ der „Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V.“. Weiter wird der Link zur Befragung auch über die Internetseiten des dbl e. V. und des dbs e. V. geteilt. Um eine möglichst hohe Anzahl an Proband*innen zu gewinnen und auch Teilnehmer*innen ohne Hochschulabschluss oder Verbandsmitgliedschaft zu erreichen, wird der Fragebogen zusätzlich über Fachgruppen in sozialen Netzwerken und Medien mit mindestens 1.000 Mitgliedern verteilt. Dies betrifft die Gruppen „Forum Logocum – Treffpunkt Logopädie“, „Die Logos – Forum für Logopäden“ und „unterstützte kommunikation“ auf Facebook®. Die Verteilung des Links über die genannten E-Mail-Verteiler und sozialen Netzwerke erfolgt zu Beginn und zur Mitte der Befragung. Das Onlinetool unterbindet dabei Mehrfachteilnahmen über die IP-Adressen der Studienteilnehmer*innen. Die Befragung wird täglich über einen

von Unipark und Questback (2019) erstellbaren Feldbericht überwacht. Dabei kann der Testleiter z. B. die Anzahl an Teilnehmer*innen erfassen, Zwischenergebnisse beobachten oder auf Rückfragen von Teilnehmer*innen eingehen.

4.4.5 Auswertung

Die Auswertung des Onlinefragebogens erfolgt – geleitet an den Hypothesen und sensibilisierenden Konzepten – über IBM SPSS Statistics (Version 25) und die Onlinestatistik-Funktionen von Unipark und Questback (2019). Ein wesentlicher Zweck der statistischen Auswertung ist es, die Datenkomplexität zu reduzieren und aussagekräftige Ergebnisse für eine schlüssige Interpretation zu gewinnen (Hollenberg, 2016). Da die ausgefüllten Fragebögen bereits in digitaler Form vorliegen, sind einige vor allem bei Befragungen in Papierform wichtige Überprüfungen nicht mehr notwendig oder vollziehen sich automatisiert. So werden die Fragebögen beispielsweise automatisch auf Vollständigkeit überprüft. Abgesehen von den zwei Filterfragen, die nicht allen Proband*innen gestellt werden, werden unvollständige Fragebögen bei der Auswertung von der Software ausgeschlossen. Auch Mehrfachteilnahmen werden von der Software über die IP-Adresse ermittelt und unterbunden. Auf Grundlage dieser Kriterien besitzt die bereinigte Stichprobe einen Umfang von $n = 222$. Da die Daten bereits in digital kompatibler Form vorliegen sind auch Übertragungsfehler in SPSS weitgehend ausgeschlossen.

Die Items des Fragebogens befinden sich bezüglich des Messniveaus überwiegend auf Nominal- und Ordinalskalenniveau, wobei den Ratingskalen bezüglich der Abstände der numerischen Werte zur Auswertung teilweise auch eine „Quasi-Intervallskalierung“ unterstellt werden kann. Damit der Datensatz übersichtlich dargestellt werden kann, wird zunächst deskriptiv, d. h. beschreibend vorgegangen. Hier wird der Datensatz hinsichtlich verschiedener Eigenschaften beschrieben. Dazu zählen die Maße der zentralen Tendenz (z. B. arithmetisches Mittel, Median, Modus) und die Maße der Dispersion (z. B. Streuung, Standardabweichung). Hierbei wird der Datensatz hinsichtlich seiner Eigenschaften und Häufigkeitsverteilungen auch über Tabellen, Diagramme und Grafiken beschrieben, zusammengefasst und ausgewertet. Anschließend werden Methoden der Inferenzstatistik eingesetzt. Diese zielt darauf ab, von einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schließen. Hierzu sind Hypothesentests/Signifikanztests notwendig. Im Rahmen dieser Arbeit eignen sich nach Eckstein (2012) aufgrund der Formulierung der gebildeten Hypothesen, sensibilisierenden Konzepte und des Skalenniveaus der Items vor allem folgende Tests:

Tests zur Prüfung von Zusammenhängen (z. B. Korrelationsanalyse, Kreuztabelle, Rangkorrelation nach Spearman-Rho)

Tests zur Prüfung auf Unterschiede (z. B. Chi-Quadrat-Test, Mittelwertvergleich)

Nicht parametrische Tests (z. B. Mann-Whitney-U-Test)

Das Signifikanzniveau wird auf einen Wert von $p = 0,05$ festgelegt. Welches Vorgehen im Einzelfall je Hypothese/sensibilisierendes Konzept genutzt wird, ist in Kapitel 5.2 festgehalten.

5 Ergebnisse

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse der Expertenbefragung und der Onlinebefragung getrennt voneinander beschrieben. Zunächst erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews. Danach die der Onlineumfrage. Die Ergebnisse werden im sich anschließenden Kapitel 6 (Diskussion) gemeinsam diskutiert und in Bezug zueinander gesetzt.

5.1 Experteninterviews

Über das in Kapitel 4.3.4 (Auswertung) beschriebene Analyseverfahren sind die in Abbildung 11 dargestellten Kategorien entstanden. Dabei handelt es sich um zwei Makrokategorien: Kategorie „Barrieren“ (B) und Kategorie „Gelingensbedingungen und Veränderungen“ (G) mit jeweils fünf Mikrokategorien. Zur weiteren Spezifizierung besteht die Möglichkeit der Bildung von Subkategorien. Bei der Darstellung der Ergebnisse bietet es sich an, nach diesen Kategorien vorzugehen und besonders prägnante Zitate einfließen zu lassen. Im Rahmen der Interviews nehmen die Expert*innen auch Stellung zum (bis dahin nur in Konzeptversion vorliegenden) Fragebogen. Dazugehörige Aspekte werden in Kapitel 5.1.3 zusammengefasst.

5.1.1 Makrokategorie: Barrieren

Auf die erste Frage zu Barrieren im Bereich der Etablierung von UK als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen geben beide Interviewpartner*innen an, dass es sich hierbei nicht um monokausale Zusammenhänge handelt. Nach der Auswertung lassen sich die Barrieren über die Bildung von fünf Kategorien beschreiben.

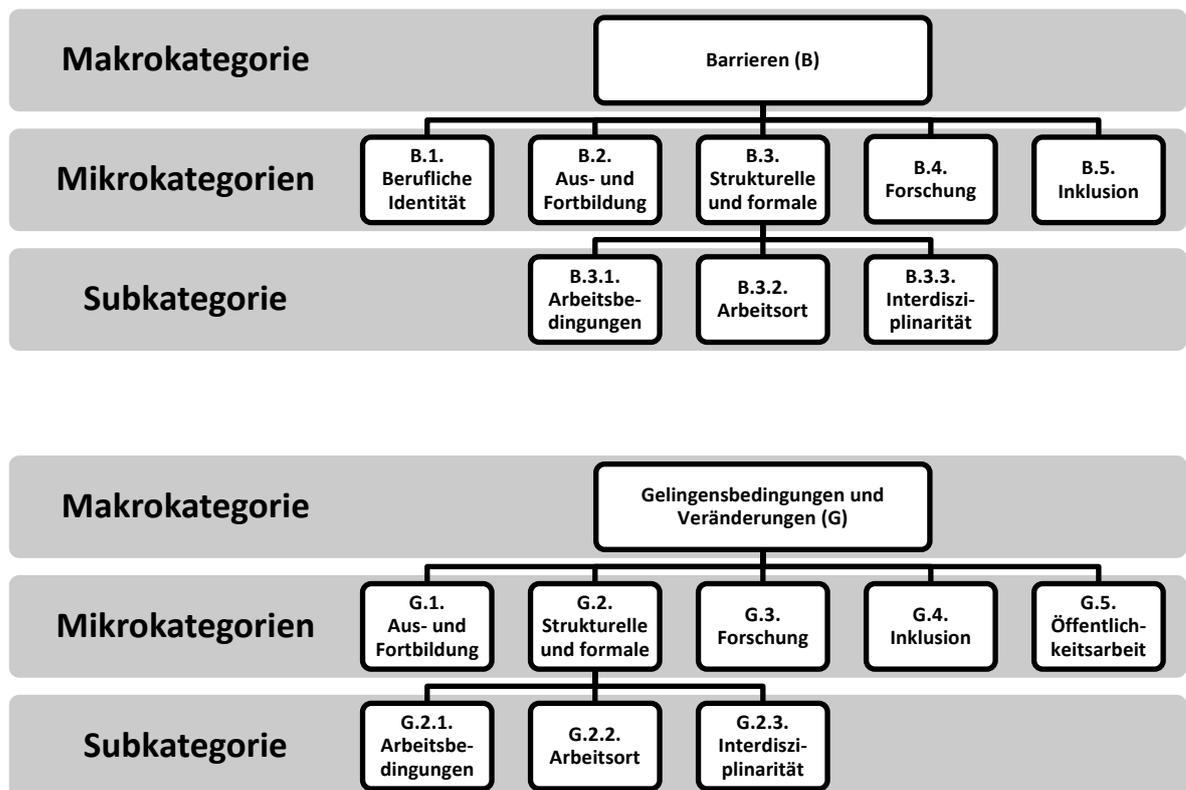


Abbildung 11. Kategorienbildung. Übersicht über die gebildeten Kategorien mit Makrokategorien und zugeordneten Mikrokategorien bzw. Subkategorien (eigene Anfertigung).

Kategorie B.1. (Berufliche Identität) umfasst alle Aussagen der Expert*innen über Barrieren, die im Zusammenhang mit der beruflichen Identität von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen stehen. Beide Expert*innen verdeutlichen, dass sich die UK in Deutschland als sonderpädagogisches Teilgebiet etabliert hat und auch heute vorwiegend dort stattfindet. Expert*in B äußert sich hierzu wie folgt:

Bei uns in Deutschland kommt die UK aus der Sonderpädagogik (...). Und nicht aus der Sprachtherapie. Und das hat, glaube ich, historische Wurzeln in Deutschland. Und dadurch, dass das in der Sonderpädagogik verortet war, hat sich die dann ja oft lingu/ ... medizinisch ausgerichtete Logopädie dafür nicht verantwortlich gefühlt. Ich glaube, wir haben einfach andere historische Wurzeln (Expert*in B, S. 1, Zeile 15–21).

Die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und die Arbeit mit nicht lautsprachlicher Kommunikation stellt in der logopädischen/sprachtherapeutischen Arbeit dabei eher eine Ausnahme dar, mit der nicht alle Therapeut*innen in Berührung kommen. In diesem Zusammenhang werden auch ungünstige Vorannahmen thematisiert: „Also dieses Oh Gott.

Wenn ich jetzt hier was anderes anbiete, dann fängt das Kind nicht an zu sprechen. Das wird ja viel weniger ... Aber ein bisschen haben wir es noch immer“ (Expert*in B, S. 6, Zeile 177–178).

In **Kategorie B.2.** (Aus- und Fortbildung) werden alle Aussagen der Expert*innen zusammengefasst, die mit Barrieren im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen stehen. Beide Expert*innen geben sehr früh im Interview an, dass sich die fehlende Verankerung der UK im logopädischen/sprachtherapeutischen Ausbildungscurriculum als Barriere negativ auf die Verbreitung von UK auswirkt: „Erstens ist es für mich die fehlende Verankerung von UK in der Ausbildung der Logopädie ... sei es nun hochschulisch oder schulisch. Dadurch fehlt ja quasi für junge, beginnende Berufsangehörige die Sozialisation“ (Expert*in A, S. 1, Zeile 8–10). Das Fehlen von Inhalten zur UK in Ausbildung und Studium führt laut den Expert*innen zu einem fehlenden Zuständigkeitsgefühl und Unsicherheit im Umgang mit Unterstützter Kommunikation und alternativen Kommunikationsformen. Expert*in B ergänzt hierzu: „Dadurch traue ich mich nicht ran (...). Jeder hat Angst vor elektronischer Kommunikation. Und es ist ja auch komplex. Und dann lasse ich lieber die Finger davon. Und ich finde es auch gut (...), dass viele den Respekt vor der UK haben“ (Expert*in B, S. 3, Zeile 85–88). Die Expert*innen vermuten, dass die UK von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen überwiegend zufällig entdeckt und dann über Fort- und Weiterbildungen erschlossen wird. Diese sind inhaltlich sehr breit aufgestellt und sprechen die Bedürfnisse und fachlichen Voraussetzungen von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen nicht immer an: „Das spricht nicht die Fachleute für Sprache und Kommunikation an. (...) Und wer will sich schon noch mal in ein Modul reinsetzen: „Spracherwerb für Anfänger“? (Expert*in B, S. 2–3, Zeile 68–74).

Besonders vielfältige Aspekte sehen beide Expert*innen im Bereich der strukturell-formalen Barrieren (**Kategorie B.3.**). Diese Kategorie wird deshalb in drei Subkategorien unterteilt. Sie umfassen alle Aussagen, die mit Barrieren im Zusammenhang mit den auch durch die Heilmittelrichtlinie und Verträge mit den Krankenversicherungen festgelegten Arbeitsbedingungen stehen. Beide Expert*innen betonen mit Nachdruck, dass UK-Interventionen einer stark erhöhten Vor- und Nachbereitungszeit bedürfen. Sie sind sich einig, dass diese im Rahmen der Tätigkeit eines Heilmittelerbringers kaum leistbar ist, da hier in der Regel ausschließlich die Vergütung der Zeit am Patienten vorgesehen wird: „UK macht so viel Arbeit. Das ist auf einem normalen SP1-Rezept nicht zu leisten. Und wenn ich da meine paar Kröten für bekomme, aber im Grunde genommen diese wahnsinnige Vor- und Nachbereitungszeit habe. Dann zahle ich drauf“ (Expert*in B, S. 4, Zeile 104–106). Die Expert*innen führen auch aus, wie diese erhöhte – und in der Regel nicht vergütete –

Vor- und Nachbereitungszeit im Detail zustande kommt. Die Arbeit mit UK umfasst neben der Arbeit mit der UK-Person zwingend auch Tätigkeiten wie die Erstellung von Kommunikationsmaterial, die Teilnahme an interdisziplinären Zusammenkünften, die Beratung der Kommunikationspartner und anderer Berufsgruppen sowie Korrespondenzen und Managementprozesse, vor allem während einer Hilfsmittelversorgung. Expert*in A verdeutlicht hierzu:

Du hast ja diese Heilmittelverordnung SP1 und SP3. Aber es wird ja immer nur die Zeit am Patienten abgerechnet. Dann wird es schon schwierig, wie man es mit der Beratung macht. Das machen die Kolleginnen sehr unterschiedlich. Aber spätestens, wenn es um diese ganzen Bereiche der Korrespondenz oder eben auch des Managementprozesses und der Erstellung der Hilfsmittel geht. Also wie lange dauert es, bis ich eine komplexe elektronische Hilfe für den Nutzer angepasst habe!? Das muss ja wirklich alles außerhalb der Arbeitszeit erfolgen (Expert*in A, S. 3, Zeile 66–72).

Für interessierte Therapeut*innen stellen diese Umstände große Barrieren dar, die nach Einschätzung der Expert*innen über kurz oder lang demotivierend wirken. „Auf Dauer geschieht dadurch auch eine Abwertung. Auch auf einer monetären, geldlichen Ebene. Hier hast du ja das Problem, dass es damit eben auch nicht wertgeschätzt wird. Und ich glaube, dass das für die Dauermotivation wirklich hemmend sein kann“ (Expert*in A, S. 4, Zeile 94–98).

Im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen (**Kategorie B.3.1.**) werden auch Aspekte zum Arbeitsort (**Kategorie B.3.2.**) als Barriere benannt. So geben beide Expert*innen an, dass ein großer Teil der UK-Nutzer*innen im förderschulischen Kontext anzutreffen ist. Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen hingegen arbeiten überwiegend im ambulanten Bereich in niedergelassenen Praxen. Expert*in B erläutert hierzu: „Dann kommt dazu, dass es natürlich jahrelang verboten war, in Einrichtungen diese Klientel zu therapieren. Man durfte nicht in den Förderschulen therapieren“ (Expert*in B, S. 1, Zeile 28–29). Expert*in A verdeutlicht hierzu, dass die Abwicklung logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen über Kooperationsverträge zwischen den Praxen und entsprechenden Einrichtungen dabei keine ausreichenden Rahmenbedingungen für den erfolgreichen Einsatz von UK schafft: „Und dann hast du eben dort einen Kooperationsvertrag mit einer Einrichtung (...). Das sehe ich auch vielfach ganz schwierig“ (Expert*in A, S. 2, Zeile 41–43). Als Begründung wird dabei angeführt, dass Kooperationsverträge die zuvor

beschriebene Problematik, bezogen auf die Vor- und Nachbereitungszeiten wie auch die fehlende Vergütung dieser Zeiten, nicht lösen.

Kategorie B.3.3. (Interdisziplinarität) umfasst vertiefend Aussagen zu Barrieren, die im Zusammenhang mit dem in der UK sehr hohen Bedarf nach interdisziplinärer Arbeit stehen. So fehlt einerseits auch im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit eine angemessene Möglichkeit der Vergütung. Vertiefend äußern die Expert*innen hierzu, dass Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen aber in der Regel in einem „Eins-zu-eins-Setting“ arbeiten. Mit interdisziplinärer Arbeit sind sie zwar vertraut, aber als Kernbestandteil der therapeutischen Arbeit wenig gewohnt. Expert*in B ergänzt hierzu:

Ich muss interdisziplinär arbeiten (...). Das muss ich wollen. Mir muss klar sein, wenn ich UK mache, ist das nicht mehr „Logo-Türchen auf und zu“. Und keiner weiß, was ich mache. Das heißt, Bedarfe erfragen. Was sind die Kommunikationssituationen, die jetzt wichtig sind? Und dann muss ich mit Kita, mit Schule, mit der Wohnstätte, Werkstatt. Dann muss ich mit allen zusammenarbeiten. (Expert*in B, S. 4, Zeile 129–133)

Kategorie B.4. (Evidenz und Forschung) beschreibt Barrieren die im Zusammenhang mit (fehlender) Evidenz und Forschung im Bereich UK bestehen. Vor allem Expert*in B sieht hier große Schwierigkeiten:

Jetzt haben wir das Problem, dass die Klientel noch immer so klein ist. Deswegen gibt es kaum Forschungen aus unserem Bereich. Wir sind ja eine ganz kleine Berufsgruppe in Deutschland und keiner ... also kaum einer ... setzt jetzt also den Schwerpunkt da drauf. Geschweige denn, dass Gelder dafür freigegeben werden. (Expert*in B, S. 2, Zeile 41–45)

Die Expert*innen sind der Ansicht, dass UK nicht ausreichend beforscht wird. Auch aus der Logopädie/Sprachtherapie erscheint wenig Evidenz zum Thema UK. Diese fehlende Evidenz führt laut Expert*in B potenziell auch zum Verlust an Fachlichkeit und Attraktivität. Die letzte Kategorie zum Bereich Barrieren ist die **Kategorie B.5.** (Stand der Inklusion), die Aussagen zum Themenbereich Inklusion zusammenfasst. So ordnet Expert*in A Schwierigkeiten an der Schnittstelle UK und Logopädie/Sprachtherapie auch in einen größeren Kontext ein, der das Voranschreiten der Durchsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und Inklusion in Deutschland an sich betrifft:

Ich sehe ja mit der UN-Behindertenrechtskonvention von 2008 auch, dass Deutschland sich da sehr bemüht. Und sich auch bemüht, sich auf verschiedenen Ebenen zu verändern. Aber ich glaube, das Problem sind immer die Köpfe der Menschen. Da muss eine andere Grundhaltung rein. Dann kann ich eben eine Inklusion auch leben. Aber wenn ich das nach wie vor gar nicht kenne oder es auch ablehne, dann wird es schwierig. (Expert*in A, S. 5, Zeile 132–136)

5.1.2 Makrokategorie: Gelingensbedingungen und Veränderungen

Viele Mikrokategorien im Bereich der Gelingensbedingungen bestehen analog zu den Mikrokategorien im Bereich Barrieren. So umfasst beispielsweise **Kategorie G.1.** (Aus- und Fortbildung) ebenfalls Aussagen, die im Zusammenhang mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen stehen. Der Grund dafür ist, dass die Expert*innen bei der Frage nach Gelingensbedingungen als Erstes den Abbau der Barrieren benennen und hierfür teilweise direkte Vorschläge zu Veränderungen machen.

So sind beide Expert*innen der Ansicht, dass Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen aufgrund ihrer fachlichen Qualifikationen grundsätzlich prädestiniert sind, um in verschiedenen Bereichen einer UK-Intervention mitzuwirken. Sie gehen davon aus, dass die UK durch den Einbezug in das Ausbildungscurriculum der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen eine höhere Verbreitung innerhalb dieser Berufsgruppen erreichen würde. Expert*in A äußert sich hierzu wie folgt: „Man hat eben damit nicht diese Verbreitung, die ich habe, wenn es, wie im internationalen Vergleich auch, am Anfang der Ausbildung zur Sprachtherapeutin oder zum Sprachtherapeuten gelehrt wird“ (Expert*in A, S. 1, Zeile 14–15). Auch Expert*in B sieht hier einen klaren Zusammenhang: „Und das ist natürlich dann auch klar. Wenn ich im Studium darauf nur begrenzt hinweisen kann. Ich glaube, in der Ausbildung wird es nicht anders sein. Dann ist dieses Thema auch nicht im Fokus“ (Expert*in B, S. 2, Zeile 50–52). Im Bereich der Gelingensbedingungen bezüglich der Fort- und Weiterbildung weist Expert*in B nochmals darauf hin, dass diese für Logopäd*innen/ Sprachtherapeut*innen auch entsprechend attraktiv sein müssen.

Neben der Berücksichtigung von UK im Ausbildungscurriculum sehen beide Expert*innen analog zu den Barrieren als Gelingensbedingung die Schaffung von Arbeitsmodellen, die die Vergütung von Tätigkeiten berücksichtigen, die nicht direkt an der UK-Person erbracht werden (**Kategorie G.2.1.** Arbeitsbedingungen). Expert*in B meint hierzu: „Also Gelingensbedingungen wären für mich abrechenbare Positionen. Ich muss

Voraussetzungen machen, damit ... es lohnenswert ist und adäquat bezahlt wird. Das heißt, in den Heilmittelrichtlinien muss es Abrechnungspositionen geben (Expert*in B, S. 5, Zeile 152–155). Expert*in A ergänzt hierzu:

Und dann natürlich also unbedingt auch eine Integration von den Faktoren, die wir gerade genannt hatten, in die Heilmittelrichtlinie. Diese verschiedenen Punkte. Sei es Vorbereitung, sei es moderierte runde Tische. Dass die vergütet wird. Also wirklich. Von den Ressourcen ausgehend, vom Geld ausgehend, das muss sich grundlegend verbessern. (Expert*in A, S. 6, Zeile 174–178)

Im Zusammenhang mit dem Arbeitsort (**Kategorie G.2.2.**) sieht Expert*in A Möglichkeiten der Verbesserung durch die vermehrte Anstellung von Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen direkt an Institutionen, die für UK relevant sind: „Und da muss ich eben auch noch mal ganz klar eine Lanze brechen. Dass eben mehr Logopäden in die Institutionen als Festangestellte kommen. Weil eben die Stellen an sich ganz anders aufgebaut sind“ (Expert*in A, S. 3, Zeile 71–73). Denkbar wäre es laut Expert*in A Festanstellungen zu schaffen, in denen die Logopäd*in/Sprachtherapeut*in die Ansprechpartner*in der gesamten Einrichtung für alle Belange rund um Sprache und Kommunikation ist. Für Expert*in A ist dabei Voraussetzung, dass die Einrichtungen entsprechende Kontingente an Vor- und Nachbereitungszeit zu Verfügung stellen: „Dass ich nicht die ganze Zeit am Patienten sein muss. Sondern, dass halt von vornherein für diese runden Tische, für diese Korrespondenz, für die Vorbereitung der Materialien und Ausarbeitung. Dass dafür eben auch Zeit ist, die vergütet wird“ (Expert*in A, S. 3, Zeile 74–78). Expert*in B knüpft als weitere Bedingung an die Abrechnung entsprechender Positionen auch das Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation in Form einer Weiterbildung: „Die [abrechenbaren Positionen, Anm. d. Ver.] müssen aber, meiner Meinung nach, gekoppelt sein an Qualifikationsvoraussetzungen. Ich weiß, dass das ein heißes Thema ist. Das ist die zweite Gelingensbedingung. Es muss einen Qualitätsstandard geben für einen UK-Fachtherapeuten“ (Expert*in B, S. 5, Zeile 153–156).

Kategorie G.2.3 (Interdisziplinarität) umfasst alle Aussagen der Expert*innen zum Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit als Gelingensbedingung. Beide Expert*innen betonen, dass scheinbar ein nur geringes Bewusstsein dafür besteht, dass „man bei Kindern und Erwachsenen mit Handicap nur im Team etwas erreichen kann. Ich muss interdisziplinär arbeiten“ (Expert*in B, S. 4, Zeile 128). Entsprechend sehen beide Expert*innen die Förderung von Kompetenzen zur interdisziplinären Arbeit als Gelingensbedingung an.

Expert*in A bezeichnet den Faktor Interdisziplinarität und interdisziplinäres Denken eindrücklich als „Kerngelingsbedingung“, ohne die UK nicht stattfinden kann:

Das finde ich auch im internationalen Vergleich. Dass das ein ganz wichtiger Gelingensfaktor ist. Für UK bist du immer zusammen mit der Lehrerin. Mit der Physio- und mit der Ergo (lacht). Dein Konzept plus noch ein Mediziner im Rücken (...). Aber das ist immer ein Team, das zusammenarbeitet. Das fände ich eine Kerngelingsbedingung. Ohne das braucht man gar nichts machen. (Expert*in A, S. 6, Zeile 159–166)

Im Zusammenhang mit den zuvor benannten Tätigkeiten abseits der Arbeit direkt an der UK-Person heißt es hier ausdrücklich: „Das sind alles Leistungen, die du bei der UK unbedingt erbringen musst. Also sonst machst du keine UK. Sonst ist es für den Nutzer überhaupt nicht unterstützend (Expert*in A, S. 2, Zeile 54–56). Expert*in B sieht die Rolle der medizinisch-linguistisch geschulten Logopäd*in/Sprachtherapeut*in im interdisziplinären UK-Team – nicht ausschließlich, aber insbesondere – in der einer Diagnostiker*in: „Und jetzt kommt meine Meinung: Wir sind die Einzigen, die diagnostizieren können. Und das müssen wir uns überhaupt nicht vom Brot nehmen lassen“ (Expert*in B, S. 4, Zeile 138). Weiter heißt es:

Eine Gelingensbedingung wäre auch für mich, das Selbstbewusstsein der Kollegen im Hinblick auf den Wert der Beteiligung in diesen interdisziplinären Teams zu steigern. Zu sagen: „Wir achten sehr auf die Genese, wir achten sehr darauf, warum das Kind diese Störung hat, wir sind gut informiert über diese ganzen Faktoren, wir können eine linguistische Analyse machen. (Expert*in B, S. 6, Zeile 179–183)

Als Gelingensbedingung benennt sie in diesem Zusammenhang auch die Definition eines klaren Kompetenzbereichs: „Ich würde mir so wünschen, dass klar ist: Bei den Logopäden und Sprachtherapeuten mit der Zusatzqualifikation. Da kriege ich die Diagnostik. Der sagt mir, wie ich das Kind einschätzen muss. Wo das im Spracherwerb steht“ (Expert*in B, S. 6, Zeile 191–193). Expert*in B bewertet außerdem vermehrte Forschung aus der Logopädie/Sprachtherapie als notwendige Veränderung (**Kategorie G.3.**). „Wenn wir mehr Versorgungsstudien machen aus dem Bereich der Logopädie und Sprachtherapie. Gerne multidisziplinär. Wo wir die Effektivität aufzeigen. Gerne ICF-basiert. Wo wir aufzeigen

können, wie die Evidenzen sind von UK. Dann wäre da ganz viel geholfen“ (Expert*in B, S. 5, Zeile 172).

Expert*in A sieht zusätzlich große Chancen im Bereich des Fortschritts der Inklusion (**Kategorie G.4.**). Hier sieht sie Veränderungen als notwendig an, die schlussendlich auch der UK helfen:

Gelingensfaktor ist halt alles, was inklusiv ist. Gemeinsame Veranstaltungen. Wo Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenkommen. Die eben auch noch mal gesellschaftlich zu stärken und anzuerkennen. Und darüber einfach auch eine Veränderung in den Köpfen herbeizuführen (...). Und wo du wirklich gemeinsam etwas unternimmst oder tust. Das wäre die beste Voraussetzung, um da zu sagen: „Egal wie jemand kommuniziert. Ob er es mit dem Mund oder mit einem Hilfsmittel macht. Es ist alles gleich. (Expert*in A, S. 7, Zeile 188–204)

Beide Expert*innen sehen außerdem Öffentlichkeitsarbeit als Förderfaktor und Gelingensbedingung an. An der Schnittstelle Logopädie/Sprachtherapie setzen sie auch auf das Engagement der Berufsverbände und Ausbildungsstätten. Diese Aussagen wurden in der **Kategorie G.5.** (Öffentlichkeitsarbeit) zusammengefasst. Expert*in A formuliert als Gelingensbedingung den stärkeren Einsatz der logopädischen/sprachtherapeutischen Berufsverbände und hebt in diesem Kontext lobend den Europäischen Tag der Logopädie hervor, der 2018 unter dem Thema UK stattfand und von den Berufsverbänden mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen begleitet wurde. Außerdem hält sie eine breitere öffentliche Wahrnehmung der Logopädie insgesamt – auch im Kontext UK – für hilfreich: „Ich denke, Deutschland hat nach wie vor ... wenn ich so höre ‚Was ist Logopädie?‘ ... da kommen ganz früh eben nach wie vor diese Klassiker. Mit Lispeln und vielleicht noch Stottern. Aber eben nicht solche Bereiche“ (Expert*in A, S. 4, Zeile 116–118). Expert*in B hält eine noch stärkere Zuwendung der Berufsverbände ebenfalls für wirksam, um die Etablierung von UK im Rahmen von Logopädie/Sprachtherapie weiter voranzutreiben. Sie ergänzt hierbei, dass auch die Bildungseinrichtungen und Ausbildungsstätten im Bereich Logopädie/Sprachtherapie positiven Einfluss auf die Situation nehmen können:

Es muss klar (...) sein: „Das ist unsere Klientel.“ Und genauso ... an der Uni Köln gibt es das, in München gibt es das auch. Ich weiß nicht, wie es bei euch in Aachen ist. Im Grunde genommen muss es überall Vertreter geben, die darauf aufmerksam

machen. Nicht, dass die das alles schon anbieten müssen. Aber die müssen darauf aufmerksam machen. (Expert*in B, S. 5, Zeile 162–166)

5.1.3 Rückmeldungen zum Onlinefragebogen

Beide Expert*innen äußerten im Rahmen des Gesprächs großes Interesse an und Wertschätzung für die geplante Untersuchung. Beide gaben an, die Konzeptversion des Fragebogens bereits im Vorfeld begutachtet zu haben, und konnten vielfältige Rückmeldungen geben. Auf Grundlage des Feedbacks der Expert*innen wurde die Formulierung einiger Items geändert. Einige Formulierungen wurden als zu wertend, syntaktisch zu komplex oder doppeldeutig identifiziert. Gleichzeitig gab es sinnvolle Hinweise zur Erweiterung einiger Items. Auf Vorschlag der Expert*innen wurden auch zwei neue Items hinzugefügt. Dies betrifft Item 21, da der Fragebogen den Faktor „Interdisziplinarität“ bisher nicht ausreichend berücksichtigt hatte. Durch die Interviews konnte außerdem der Oberbegriff „erhöhte Vor- und Nachbereitungszeit“ mit konkreten Tätigkeiten ausgefüllt werden. Deshalb wurde das Item 23 hinzugefügt, das Proband*innen angezeigt wird, die UK als sehr aufwendig einschätzen. Dabei wird nun erfasst, welche genauen Tätigkeiten im Bereich UK als (zu) aufwendig eingeschätzt werden.

5.2 Ergebnisse der Onlinebefragung

Die Onlineumfrage ist nach acht Wochen geschlossen und offline geschaltet worden. Der Link zur Befragung ist von 1.340 Personen angeklickt worden. Davon haben 261 Personen an der Befragung teilgenommen. Beendet wurde der Fragebogen von 222 Proband*innen. Die mittlere Bearbeitungszeit beträgt acht Minuten und liegt damit im gewünschten Zeitrahmen. Die häufigsten Abbrüche wurden bei den geschlossenen Fragen zu Beginn und nach den Fragen zu personenbezogenen Daten auf der sich anschließenden Seite erfasst. Basis der folgenden Angaben sind – wenn nicht anders kenntlich gemacht – die vollständig ausgefüllten Fragebögen (n = 222). Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse nachfolgend in Unterkapitel aufgeteilt. Ebenfalls zur besseren Übersicht und zur besseren Nachvollziehbarkeit sind die zugrundeliegenden Berechnungen in SPSS in Tabellenform im Anhang dieser Arbeit (Anlage J) einsehbar. Als Erstes wird die Stichprobe beschrieben. Anschließend werden die Fragestellungen der Arbeit unter Einbezug der sensibilisierenden Konzepte (Kapitel 3.1) und Hypothesen (Kapitel 3.2) beantwortet.

5.2.1 Beschreibung der Stichprobe

8,1 % (18 Personen) der Proband*innen ordnen sich dem männlichen Geschlecht zu. Die Option „divers/anderes“ wurde von keiner Proband*in verwendet. Somit ist der überwiegende Teil mit 91,9 % der Befragten weiblich (204 Personen). Die Geburtsjahre in

Altersklammern ziehen sich über den gesamten anzugebenden Zeitraum von vor 1941 bis 2000. Mit 23,9 % (53 Personen) stellen Teilnehmer*innen mit den Geburtsjahrgängen 1986–1990 (29–33 Jahre) den größten Anteil der Gruppe. Abbildung 12 zeigt die weitere Verteilung der Teilnehmer*innen hinsichtlich des Alters.

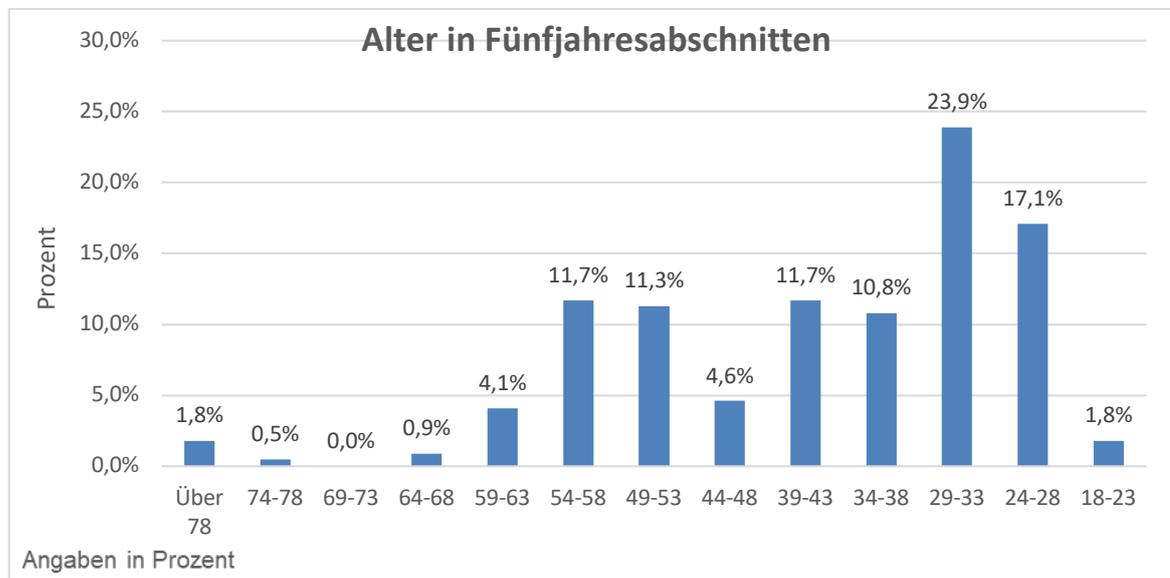


Abbildung 12. Alter der befragten Therapeut*innen in Fünfjahresabschnitten. Angaben in Prozent (eigene Anfertigung).

Die Proband*innen arbeiten mit 61,7 % (137 Personen) überwiegend in niedergelassenen logopädischen/sprachtherapeutischen Praxen. Als zweithäufigster Arbeitsort werden mit 21,6 % (48 Personen) Institutionen (z. B. Kindertagesstätten oder Förderschulen) benannt. Unter „Anderes“ machten 16,7 % (37 Personen) über ein Freitextfeld individuelle Angaben. Zwei Drittel dieser Personen arbeiten als Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen direkt in UK-Beratungsstellen oder sind für Hilfsmittelhersteller tätig. Die übrigen Angaben verweisen auf eine Unterbrechung der sprachtherapeutischen/logopädischen Tätigkeit, z. B. aufgrund von Elternzeit, Studium oder Berufswechsel. Abbildung 13 fasst die Angaben zum Arbeitsumfeld der befragten Personen zusammen.

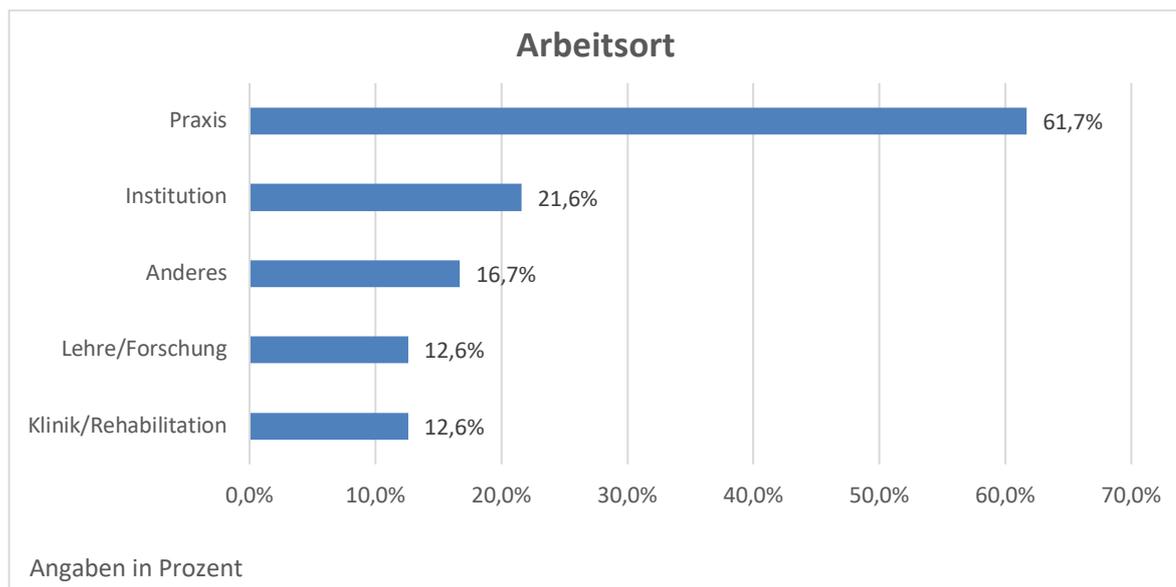


Abbildung 13. Verteilung der befragten Personen auf verschiedene Arbeitsorte. Mehrfachauswahl möglich. Angaben in Prozent (eigene Anfertigung).

Mit 82,4 % (183 Personen) weist ein sehr hoher Anteil der befragten Personen praktische Erfahrung im Bereich UK auf. Nur 17,6 % (39 Personen) geben an, keine praktische Erfahrung mit UK zu haben. Die Frage, ob am eigenen Arbeitsort im Falle der Anmeldung einer UK-Nutzer*in diese überhaupt logopädisch/sprachtherapeutisch versorgt werden könne, wird von 77,5 % (172 Personen) bejaht. 12,6 % (28 Personen) sind nicht sicher. 9,9 % (22 Personen) geben an, keine Anmeldungen aus dem Bereich UK anzunehmen.

47,3 % der Proband*innen (105 Personen) geben an, dass UK Inhalt ihrer Ausbildung oder ihres Studiums war. 52,7 % (117 Personen) erhielten keine Inhalte zu UK während der Ausbildung oder des Studiums. 53,2 % (118 Personen) absolvierten eine Fort- oder Weiterbildung, 46,8 % (104 Personen) nicht. Abbildung 14 stellt diese Zahlen übersichtlich gegenüber.

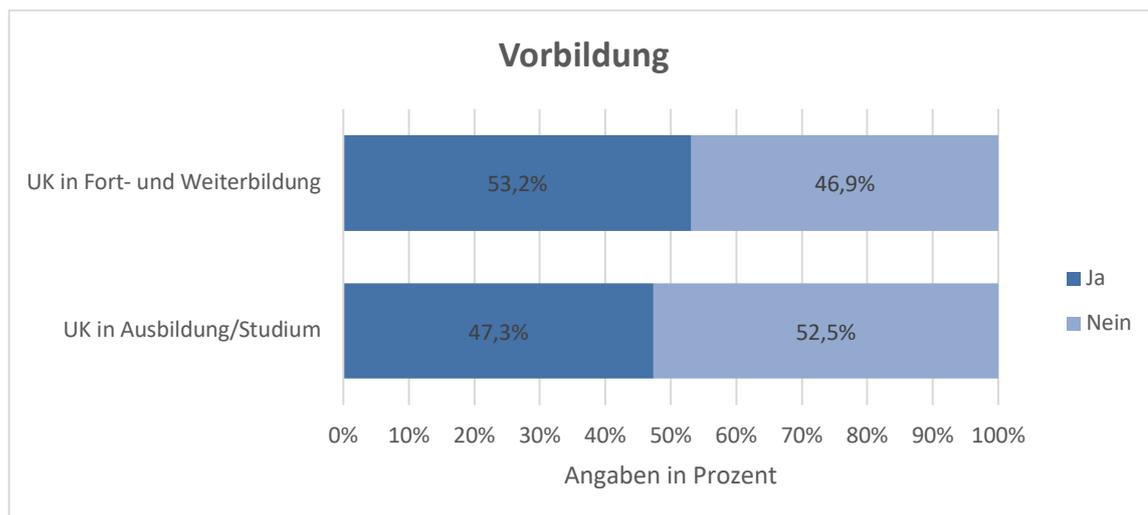


Abbildung 14. Vorbildung der Proband*innen aus Studium/Ausbildung und Fort- und Weiterbildung. Angaben in Prozent (eigene Anfertigung).

Anschließend wird über eine Filterfrage für Therapeut*innen mit praktischer Erfahrung erfasst, wie viele UK-Interventionen in den letzten drei Monaten durchschnittlich wöchentlich durchgeführt wurden. Tabelle 4 zeigt, dass 18,6 % (34 Personen) der Therapeut*innen keine und 21,6 % (39 Personen) lediglich eine UK-Intervention wöchentlich durchführen. 15,8 % (29 Personen) der befragten Therapeut*innen führen wöchentlich mehr als zehn UK-Interventionen durch. Eine mittlere Anzahl an Nutzer*innen begleiten nur wenige Therapeut*innen.

Tabelle 4

Durchschnittliche Anzahl der wöchentlichen UK-Interventionen in den letzten drei Monaten (eigene Anfertigung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Anzahl der UK-Interventionen	Keine	34	15,3	18,6
	1	39	17,6	21,3
	2	26	11,7	14,2
	3	22	9,9	12
	4	8	3,6	4,4
	5	6	2,7	3,3
	6	7	3,2	3,8
	7	2	0,9	1,1
	8	6	2,7	3,3
	9	1	0,5	0,5
	10	3	1,4	1,6
	Mehr als 10	29	13,1	15,8
	Gesamt	183	82,4	100
Fehlend		39	17,6	
Gesamt		222	100	

Der Begriff UK wird von den befragten Therapeut*innen in der Regel sehr weit gefasst. Im Bereich der Hilfsmittel ordnen 95,1 % (211) der befragten Personen den Einsatz von Tablets mit einer entsprechenden App dem Bereich UK zu. Gleichmaßen werden der UK der Einsatz von Kommunikationsbüchern (93,7 %, 208 Personen) und Bild-/Symbolkarten (93,2 %, 207 Personen) zugeordnet. Auch der Einsatz von entsprechend adaptierten Spielzeugen wird der UK mit 77,9 % (173) überwiegend zugeordnet. Bei den Kommunikationsformen werden vor allem Lautsprachunterstützende Gebärden (79,7 %, 177 Personen) und Gebärdenunterstützte Kommunikation (92,3 %, 205 Personen) zur UK gezählt. Die Deutsche Gebärdensprache und das Phonembestimmte Manualsystem zählen noch 55,41 % (123 Personen, DGS) und 36,04 % (80 Personen, PMS) zur UK. Bei der Auswahl von Therapiekonzepten wird lediglich Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE) mit 31,0 % überwiegend nicht zur UK gezählt. Alle anderen Konzepte werden überwiegend mit UK in Verbindung gebracht.

5.2.2 Einflussfaktoren auf das Interesse und die Praxiserfahrung

Das grundsätzliche Interesse der Therapeut*innen an UK ist sehr hoch. Nur 9,5 % (21 Personen) stimmen der Aussage „Ich finde UK sehr interessant“ mit einem Punktwert von 1 oder 2 eher nicht oder gar nicht zu. Der Mittelwert von 3,5 (SD = 0,684) spricht generell für ein sehr großes Interesse an UK. **F₁** und **F₂** stellen die Frage danach, ob Vorbildung aus der Ausbildung/dem Studium mit erhöhtem Praxiseinsatz oder erhöhtem Interesse einhergeht. Für die dazugehörige **H₁** wurde der Zusammenhang zwischen Vorwissen aus Studium/Ausbildung und dem Vorliegen von praktischer Erfahrung im Bereich UK getestet. Hierbei handelt es sich um dichotome, nominalskalierte Merkmale, die zunächst in einer Kreuztabelle (Tabelle 5) dargestellt werden.

Tabelle 5

Zusammenhang zwischen der Vermittlung von Vorwissen aus Studium/Ausbildung und praktischer Erfahrung im Bereich UK

			UK in Ausbildung und Studium		Gesamt
			Ja	Nein	
Praktische Erfahrung	Ja	Anzahl	84	99	183
		% innerhalb von UK in Ausbildung und Studium	80,0 %	84,6 %	82,4 %
	Nein	Anzahl	21	18	39
		% innerhalb von UK in Ausbildung und Studium	20,0 %	15,4 %	17,6 %
Gesamt	Anzahl	105	117	222	
	% innerhalb von UK in Ausbildung und Studium	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anschließend wird der Chi-Quadrat-Test nach Pearson mit vorliegender Praxiserfahrung im Bereich UK als abhängiger Variable und dem Vorwissen aus Studium/Ausbildung als unabhängiger Variable durchgeführt. Der Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($p = ,367$). Somit wird $H_{0.1}$ angenommen: In der vorliegenden Befragung steht die Vermittlung von theoretischem Wissen in Studium/Ausbildung nicht in einem Zusammenhang mit Praxiserfahrung. Vertiefend wird hierzu für H_2 ein Mittelwertvergleich für die Anzahl der UK-Interventionen als abhängiger und das Vorwissen aus Studium/Ausbildung als unabhängiger Variable durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeut*innen mit Vorwissen aus Studium/Ausbildung im Mittel 4,25 Nutzer*innen und Therapeut*innen ohne Vorwissen aus Studium/Ausbildung 5,12 Nutzer*innen therapeutisch betreuen. Der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben mit der Gruppenvariablen „UK in Ausbildung und Studium“ zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Therapeut*innen ($p = ,225$). Somit muss $H_{0.2}$ angenommen werden: Therapeut*innen mit Vorwissen aus Studium/Ausbildung setzen UK nicht häufiger ein, als Therapeut*innen ohne solches Vorwissen.

Für F_2 (H_3 und H_4) wird über das gleiche Vorgehen getestet, ob ein Zusammenhang zwischen Interesse an UK und der Vorbildung aus UK in Studium/Ausbildung besteht bzw. ob bezüglich des Interesses an UK zwischen den Therapeut*innen mit und ohne Vorwissen ein Unterschied besteht. Die Mittelwerte für das Interesse liegen bei 3,54 (SD = 0,665) für Proband*innen mit UK in Ausbildung und Studium und bei 3,48 (SD = 0,702) ohne Vorwissen. Der Chi-Quadrat-Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Interesse und Vorbildung. Der Mann-Whitney-U-Test zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen. Somit sind auch hier die Nullhypothesen anzunehmen: Im Rahmen der Befragung ist nicht nachzuweisen, dass die Vermittlung von Inhalten zu UK in Ausbildung/Studium zu einem höheren Interesse an UK führt. Therapeut*innen, die während ihres Studiums/ihrer Ausbildung Inhalte zu UK vermittelt bekamen, weisen kein höheres Interesse an UK auf als Therapeut*innen ohne Vorwissen.

Für F_3 (H_5 und H_6) wird analog zu F_1 mit dem Merkmal „Abschluss einer Fort- oder Weiterbildung“ als unabhängiger Variable vorgegangen. Hier zeigt der Chi-Quadrat-Test nach Pearson einen hohen signifikanten Zusammenhang ($p = ,000$) zwischen dem Merkmal „Fort- und Weiterbildung“ und dem Merkmal „Praxiserfahrung“. H_5 ist somit anzunehmen: Der Abschluss einer Fort- oder Weiterbildung weist einen Zusammenhang mit dem Vorliegen von praktischer Erfahrung auf. Tabelle 6 zeigt bezüglich H_6 außerdem, dass Therapeut*innen mit Fort- oder Weiterbildung im Mittel mehr UK-Nutzer*innen therapeutisch betreuen als Therapeut*innen ohne Fort- und Weiterbildung. Der Mann-Whitney-U-Test zeigt hier einen signifikanten Unterschied ($p = ,000$), sodass H_6

angenommen werden kann: Therapeut*innen mit Fort- und Weiterbildung betreuen signifikant mehr UK-Nutzer*innen als Therapeut*innen ohne Fort- und Weiterbildung. Bezüglich F_4 zeigt sich, dass zwischen dem Vorliegen einer Fort- und Weiterbildung und dem Interesse an UK signifikante Zusammenhänge bestehen (H_7 , Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p = ,000$) und Therapeut*innen mit Fort- und Weiterbildung gegenüber Therapeut*innen ohne Fort- und Weiterbildung ein signifikant höheres Interesse an UK besitzen (H_8 , Mann-Whitney-U-Test, $p = ,000$).

Tabelle 6

*Unterschiede zwischen Therapeut*innen mit und ohne Fort- oder Weiterbildung bezüglich der Anzahl der UK-Nutzer*innen*

Fort- und Weiterbildung	Mittelwert	N	Standardabweichung
Ja	6,04	113	4,171
Nein	2,59	70	1,877
Insgesamt	4,72	183	3,858

F_5 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Alter der Proband*innen und der praktischen Erfahrung im Bereich UK. Der Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizient zeigt einen schwachen positiven Zusammenhang ($r = ,146$; $p = ,030$) zwischen dem Alter der Proband*innen und dem Vorliegen von Praxiserfahrung. Ein Zusammenhang besteht auch zwischen dem Alter und der Anzahl der regelmäßig durchgeführten UK-Interventionen ($r = -,194$; $p = ,009$). Insgesamt haben ältere Proband*innen gemäß ihrer längeren Berufserfahrung also eher praktische Erfahrungen mit UK und führen auch mehr UK-Interventionen durch. H_9 ist somit anzunehmen: Das Alter der befragten Personen steht in einem Zusammenhang mit einem häufigeren Einsatz von UK.

F_6 stellt die Frage nach Zusammenhängen zwischen dem Alter der Proband*innen und einem erhöhten Interesse an UK. Der Mittelwertvergleich zeigt, dass die Proband*innen mit einem Geburtsjahr zwischen 1951 und 1960 das größte Interesse an UK zeigen. Der Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizient zeigt einen schwachen Zusammenhang ($r = -,134$; $p = ,046$). Insgesamt ist zwar kein linearer Zusammenhang feststellbar, einzelne Altersklammern zeigen aber besonders starkes Interesse an UK. Abbildung 15 zeigt die Geburtsjahre in Altersklammern im Zusammenhang mit dem Interesse an UK.

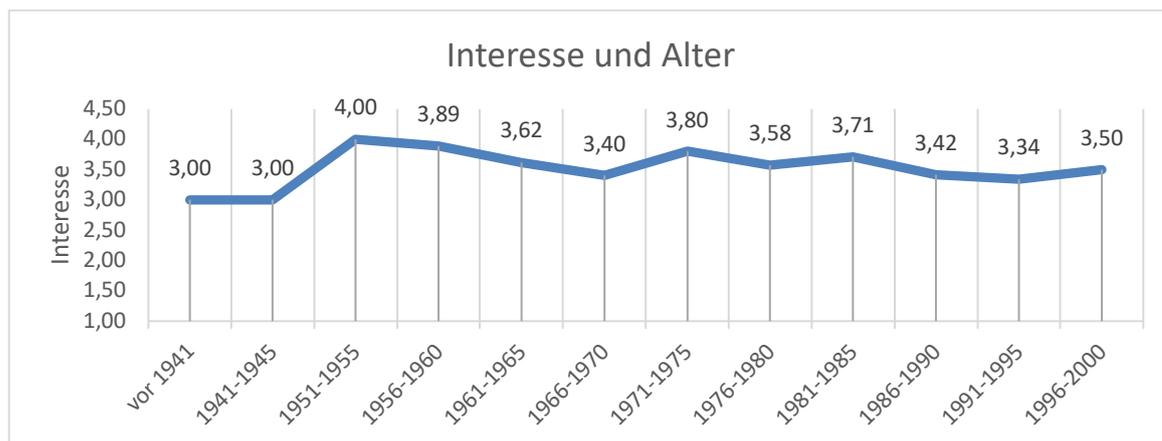


Abbildung 15. Grad der Zustimmung zur Aussage „Ich finde UK interessant“ (1 = stimme nicht zu, 4 = stimme absolut zu) nach Altersabschnitten. Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

F₇ stellt die Frage nach Unterschieden zwischen der Häufigkeit des Einsatzes von UK und den unterschiedlichen Arbeitsorten. Hier wird zunächst ein Mittelwertvergleich vorgenommen. Es zeigt sich, dass die meisten UK-Interventionen an Institutionen und die wenigsten UK-Interventionen an Kliniken durchgeführt werden. Abbildung 16 stellt die Ergebnisse gegenüber.

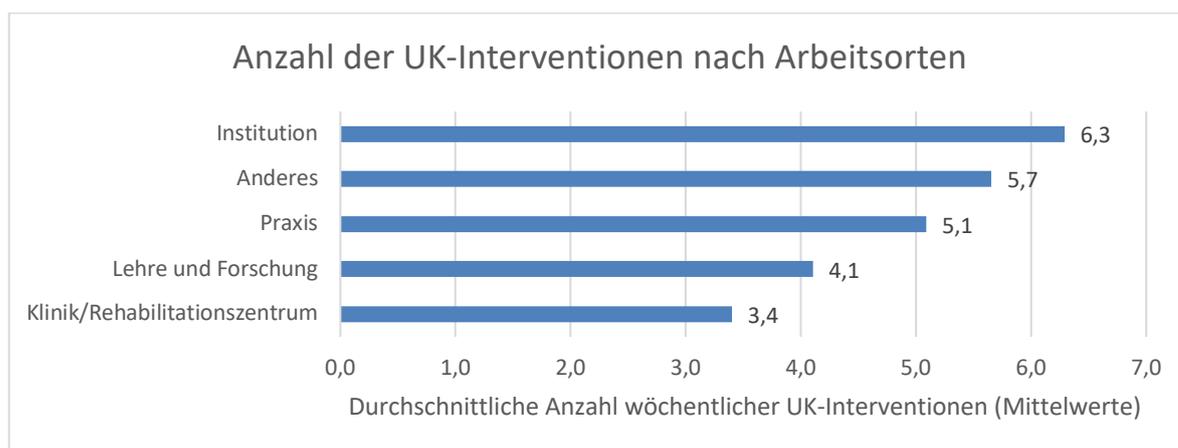


Abbildung 16. Durchschnittliche Anzahl wöchentlicher UK-Interventionen in den letzten drei Monaten nach Arbeitsorten. Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

Anschließend wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Die Unterschiede sind teilweise signifikant. Therapeut*innen an Institutionen versorgen signifikant mehr UK-Nutzer*innen als Therapeut*innen, die nicht an Institutionen arbeiten ($p = ,001$). H_{11} kann somit angenommen werden: Die Häufigkeit des Einsatzes von UK unterscheidet sich nach dem Arbeitsort. Der Mann-Whitney-U-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Arbeitsorte „Andere“, „niedergelassene Praxis“, „Lehre/Forschung“ und „Klinik“.

F₈ beschäftigt sich mit der Frage, ob Unterschiede bezüglich der Ausprägung des Interesses an den verschiedenen Arbeitsorten bestehen. Hierfür wird erneut ein Mittelwertvergleich durchgeführt. Abbildung 17 zeigt, dass das Interesse an UK unabhängig vom Arbeitsort grundsätzlich hoch ist. Am höchsten fällt das Interesse an „Institutionen“ und unter „Anderes“ aus. Die Unterschiede sind teilweise signifikant. Nach der Durchführung des Mann-Whitney-U-Tests zeigen sich signifikante Unterschiede bezüglich des Arbeitsortes zwischen Interesse und „Institution“ ($p = ,001$) und Interesse und „Anderes“ ($p = ,006$). Ein schwach signifikanter Unterschied liegt im Bereich „Klinik“ und Interesse vor ($p = ,039$). **H₁₂** kann somit ebenfalls angenommen werden: Die Intensität des Interesses an UK unterscheidet sich nach den unterschiedlichen Arbeitsorten.

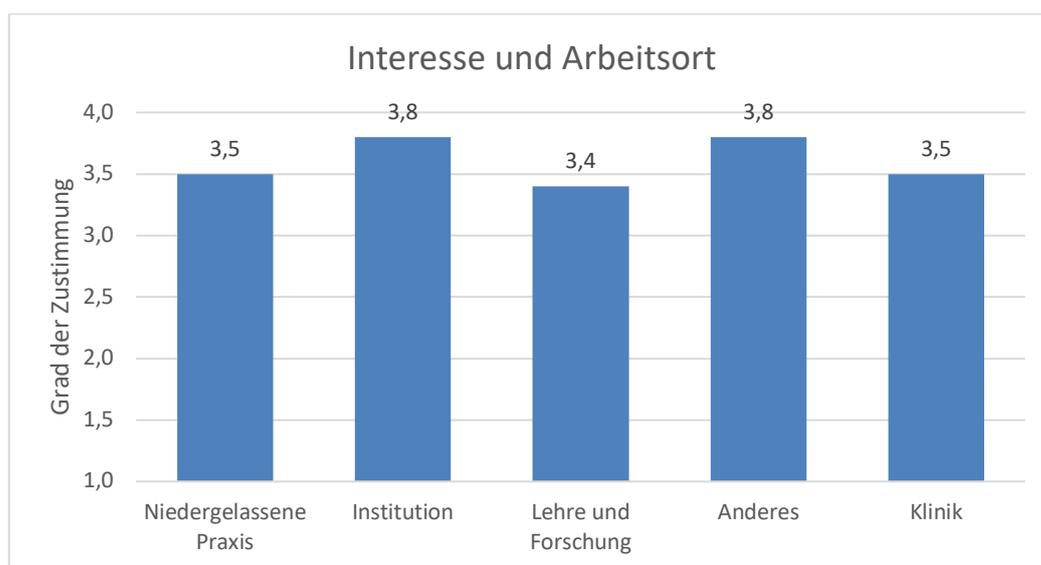


Abbildung 17. Grad der Zustimmung zur Aussage „Ich finde UK interessant“ nach Arbeitsort (1 = stimme nicht zu, 4 = stimme absolut zu). Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

5.2.3 Kompetenz- und Zuständigkeitsgefühl

SK₃ formuliert als potenzielle Barriere nicht ausreichendes Fachwissen. Das eigene Kompetenzzempfinden für den Bereich UK ist bei den Therapeut*innen sehr unterschiedlich ausgeprägt. 21,6 % der Therapeut*innen (48 Personen) stimmen der Aussage „Ich bin im Bereich UK kompetent“ mit einem Wert von 4 zu. 17,6 % (39 Personen) empfinden sich als nicht kompetent und bewerten die Aussage mit einer 1. Der Mittelwert liegt bei 2,5 (SD = 1,019). Ergänzend wird die Aussage „Ich kenne mich bezüglich der Rahmenbedingungen von UK (z. B. Antragsabwicklung, Verortung im Heilmittelkatalog) gut aus“ im Mittel mit 2,3 (SD = 1,109) bewertet (**SK₇**). Grundsätzlich geben hier etwas mehr Therapeut*innen an, sich nicht gut auszukennen. 33,3 % (74 Personen) stimmen der Aussage mit dem Wert von 1 überhaupt nicht zu. Die befragten Therapeut*innen haben aber mehrheitlich eine Idee davon, an wen sie sich wenden können, wenn sie einer UK-Nutzer*in nicht weiterhelfen

können. Der entsprechenden Aussage wird im Mittel mit 3 (SD = 1,084) eher zugestimmt. Abbildung 18 stellt diese Ergebnisse gegenüber.

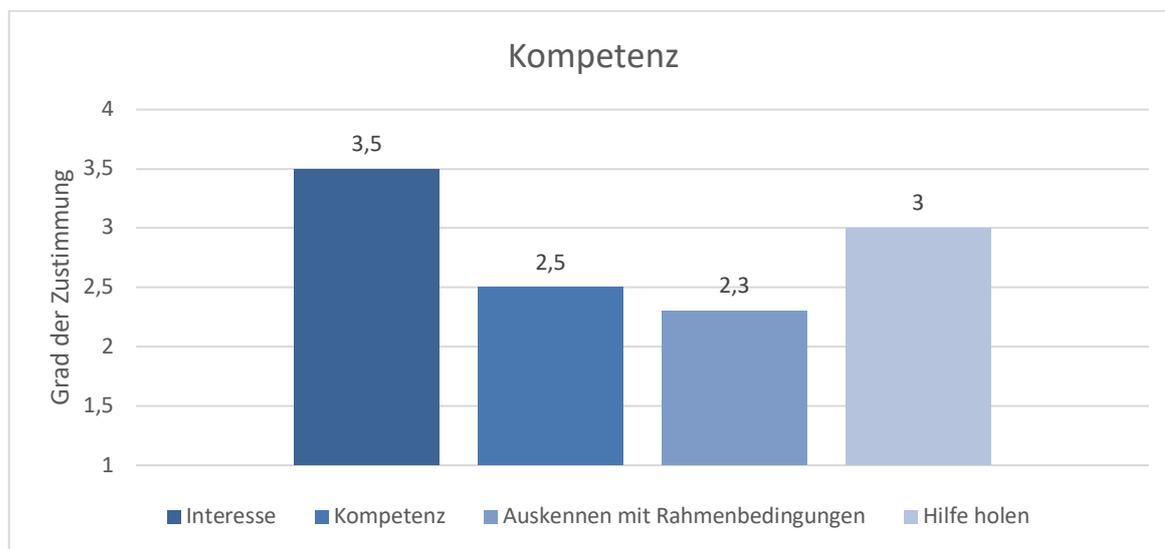


Abbildung 18. Gegenüberstellung des Grades der Zustimmung für verschiedene Beurteilungskriterien (1 = keine Zustimmung, 4 = absolute Zustimmung). Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

Die befragten Personen geben mit großer Mehrheit an, dass die Förderung, Therapie und Beratung von Menschen, die auf UK angewiesen sind, zum logopädischen/sprachtherapeutischen Behandlungsspektrum gehört (**SK₅**). Der Mittelwert liegt bei 3,7 und weist eine sehr geringe Standardabweichung auf (SD = 0,574). Nur 1,4 % (3 Personen) stimmen dieser Aussage ausdrücklich nicht zu. Dass UK einen negativen Einfluss auf die Sprachentwicklung bei Kindern mit sehr eingeschränkter Lautsprache besitzt (**SK₁₀**), glauben nur 0,9 % (2 Therapeut*innen). Mit einem Mittelwert von 1,2 (SD = 0,507) stimmen dieser Aussage fast alle Therapeut*innen nicht zu. Dass der Erwerb und die Nutzung von Lautsprache in der logopädischen/sprachtherapeutischen Intervention auch bei Menschen mit sehr eingeschränkter Lautsprache im Vordergrund stehen muss (**SK₉**), lehnen die befragten Therapeut*innen eher ab. Der Mittelwert liegt bei 2 (SD = 0,832). Genau 50 % der Therapeut*innen (111 Personen) geben hier den Wert 2 an. 27,5 % (61 Personen) den Wert 1.

Die Aussage, dass für den Bereich UK zu wenig Evidenzen vorliegen (**SK₈**), wird mit einem Mittelwert von 2,5 (SD = 0,936) bewertet. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass die befragten Therapeut*innen die Aussage, dass „andere Behandlungsformen in der Therapie von Menschen mit sehr eingeschränkter Lautsprache effektiver sind als UK“ (**SK₉**), mit einem Mittelwert von 1,4 (SD = 0,603) deutlich ablehnen. Die Ergebnisse werden in Abbildung 19 gegenübergestellt. Die Aussage, dass UK im Schwerpunkt durch Sonderpädagogen durchgeführt werden sollte, wird im Mittel mit 2,5 (SD = 0,908) bewertet.

In diesem Zusammenhang ist die Bewertung der Aussage „UK gelingt nur im interprofessionellen Team“ interessant, der im Mittel mit 3 (SD = 0,944) zugestimmt wird.

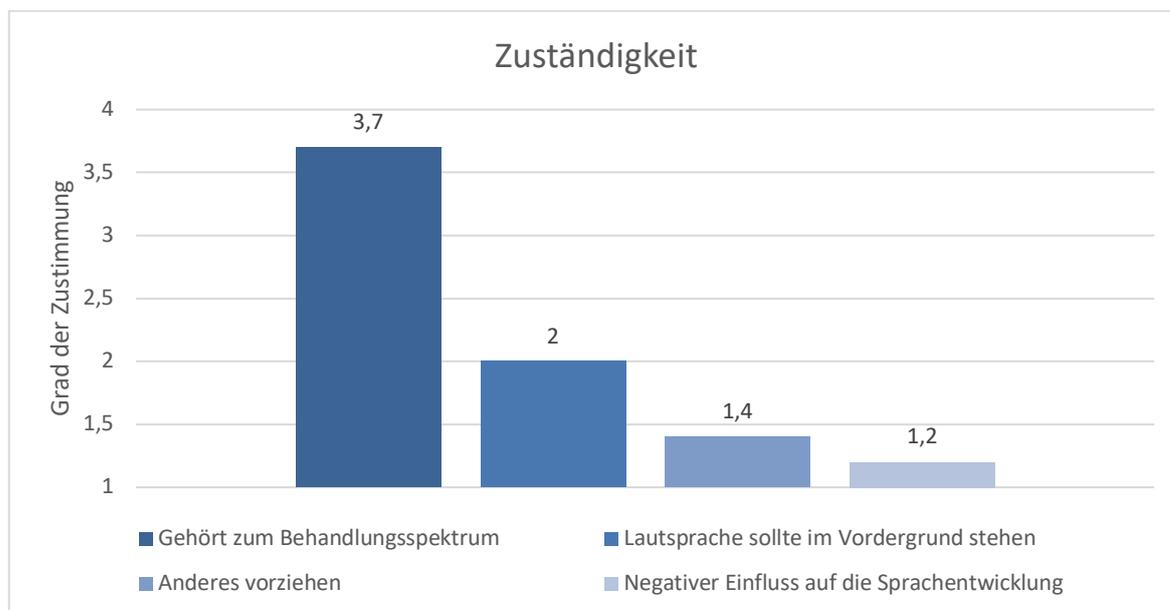


Abbildung 19. Gegenüberstellung des Grades der Zustimmung für verschiedene Items (1 = keine Zustimmung, 4 = absolute Zustimmung). Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

Über den Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizienten können einige signifikante Korrelationen zwischen diesen Ergebnissen festgestellt werden. In Bezug auf das Interesse an UK zeigen sich vielfältige Zusammenhänge: Faktoren wie die Überzeugung, dass UK zum Behandlungsspektrum gehört ($r = ,222$; $p = ,001$), ein hohes Kompetenzempfinden ($r = ,589$; $p = ,000$) auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen ($r = ,481$; $p = ,000$) wie auch die Überzeugung, dass UK nur im Team gelingen kann ($r = ,145$; $p = ,031$), zeigen bei 2-seitiger Testung eine hoch signifikante Korrelation mit einem hohen Interesse an UK.

Die Überzeugung, UK sei kompliziert ($r = -,238$; $p = <,000$) und nicht effektiv ($r = -,167$; $p = ,031$), sowie die Überzeugung, dass die Klientel an „Patient*innen“ oder Nutzer*innen sehr klein sei ($r = -,342$; $p = ,000$), korrelieren hingegen hoch signifikant mit einem niedrigeren Interesse. Das Zuständigkeitsgefühl steht in signifikanter Korrelation mit einem hohen Kompetenzgefühl ($r = ,224$; $p = ,001$) und einem hohen Interesse ($r = ,222$; $p = ,001$).

5.2.4 Erfahrungen mit UK in der Praxis

Die Aussage „Der Einsatz von UK-Hilfsmitteln ist kompliziert“ wird mit 2,2 (Mittelwert) bewertet (SD = 0,865). Dass UK so planungs- und zeitaufwendig ist, dass sie im Rahmen logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen nicht zu leisten ist, finden 4,1 % der Therapeut*innen (9 Personen), wobei weitere 31,5 % dieser Aussage mit dem Punktwert 3 eher zustimmen. Der Mittelwert liegt bei 2,1 (SD = 0,851). Therapeut*innen, die UK als sehr

planungs- und zeitaufwendig bewerten, konnten über eine Filterfrage vertiefende Angaben machen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 20 dargestellt. Die individuelle Einarbeitung und Anpassung von Kommunikationshilfen wird von den meisten Therapeut*innen als am aufwendigsten empfunden. 37,3 % geben hier den Wert 4 an. Der Mittelwert liegt bei 2,8 (SD = 1,083). Die Herstellung von Therapiematerial wird von 34,7 % überwiegend mit 3 bewertet und damit als vergleichbar zeit- und planungsaufwendig angesehen. Der Mittelwert liegt bei 2,7 (SD = 1,103). Auf den letzten Plätzen werden die Beratung des kommunikativen Umfeldes (Mittelwert = 2,4; SD = 1,102) und interprofessionelle Besprechungen und Teamsitzungen (Mittelwert = 2; SD = 1,046) gesehen. Die Therapeut*innen stimmen außerdem überwiegend der Aussage zu, dass UK Hilfen im Alltag der Nutzer zu selten genutzt werden (Mittelwert = 2,9; SD = 0,906). Die Anzahl potenzieller „Patient*innen“ bzw. Nutzer*innen aus dem Bereich UK schätzen die befragten Personen als eher hoch ein. Der Mittelwert liegt hier bei 1,8 (SD = 0,806).

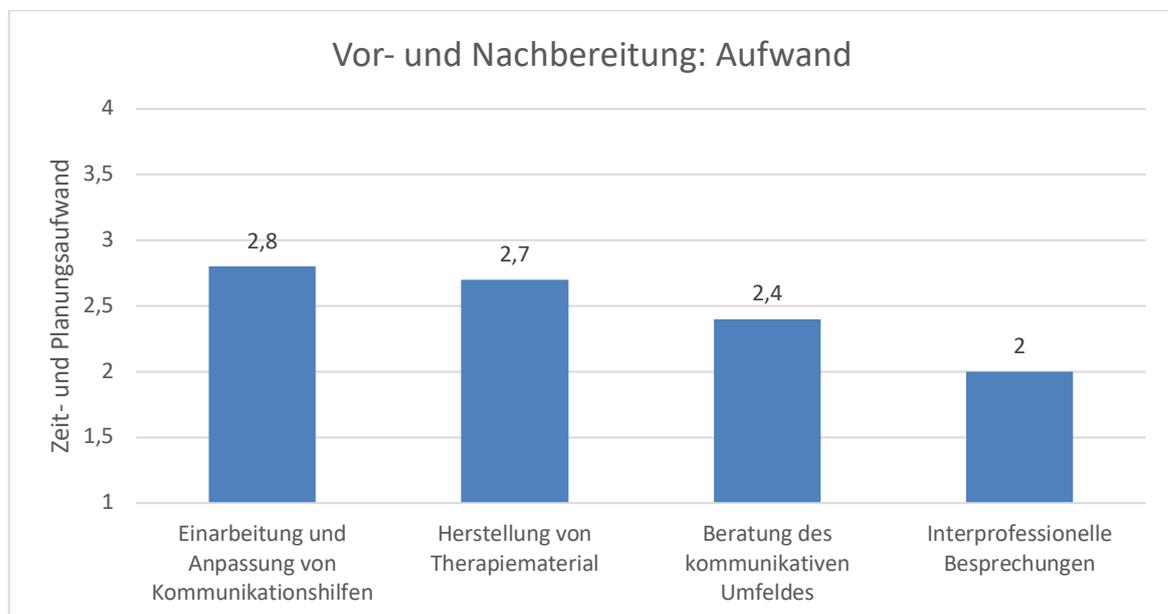


Abbildung 20. Gegenüberstellung der Faktoren, die von den befragten Therapeut*innen als aufwendig empfunden werden (1 = weniger zeit- und planungsaufwendig, 4 = sehr zeit- und planungsaufwendig). Angaben als Mittelwerte.

Auch in diesem Bereich bestehen signifikante Korrelationen, die über den Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizienten berechnet werden können. So bestehen signifikante Korrelationen zwischen einer zustimmenden Bewertung der Items „Interessiert“ ($r = -,238$; $p = ,000$), „Kompetent“ ($r = -,229$; $p = ,001$) und „Rahmenbedingungen kennen“ ($r = -,220$; $p = ,001$) und dem Item „Kompliziert“. Wer sich als interessiert und kompetent einschätzt und sich bezüglich der Rahmenbedingungen auskennt, bewertet die Arbeit mit Hilfsmitteln der UK also als weniger kompliziert.

Proband*innen, die die Anzahl an potenziellen „Patient*innen“ oder Nutzer*innen als gering einschätzen ($r = ,252$; $p = 000$) und fehlende Evidenzen beanstanden ($r = ,237$; $p = ,000$), bewerten die Arbeit mit Hilfsmitteln der UK hingegen eher als sehr kompliziert.

UK wird außerdem von Proband*innen als sehr aufwendig bewertet, die den Alltagsnutzen ($r = ,132$; $p = ,050$) und die potenzielle Anzahl an Patient*innen/Nutzer*innen ($r = ,187$; $p = ,000$) als gering einschätzen. Auch Proband*innen, die der Aussage „UK gelingt nur im interprofessionellen Team“ zustimmen, bewerten UK überwiegend als aufwendig ($r = ,290$; $p = ,000$).

5.2.5 Etablierung von UK in die Logopädie/Sprachtherapie

Der größte Teil der befragten Therapeut*innen wünscht sich, dass die Arbeit mit UK im Rahmen von Logopädie/Sprachtherapie in Zukunft an mehr Bedeutung gewinnt. Der Mittelwert liegt bei 3,5 (SD = 0,664). Dieses Ergebnis korreliert signifikant mit den Items zu „Interesse“ ($r = ,320$), „Kompetenz“ ($r = ,332$), „Zuständigkeit“ ($r = ,207$) und „Wissen um Rahmenbedingungen“ ($r = 2,98$) bei $p = ,000$. Proband*innen, die sich selbst als interessiert, kompetent und zuständig einschätzen, stimmen dem Wunsch nach einer größeren Rolle der UK also stark zu. Proband*innen, die die Anzahl potenzieller Patienten als sehr niedrig einschätzen ($r = -,264$; $p = ,000$), andere Behandlungsformen in der Regel für effektiver halten ($r = -,162$; $p = ,016$) und Lautsprache in den Vordergrund stellen ($r = -,186$; $p = ,005$), stimmen dem Wunsch nach einer größeren Bedeutung von UK eher nicht zu.

Abbildung 21 zeigt, welche Maßnahmen die Therapeut*innen zur Verbreitung und Etablierung von UK als effektiv einschätzen. Als am effektivsten werden die Durchsetzung von UK als spezifischer Leistung im Heilmittelkatalog (Mittelwert = 2,8; SD = 1,128) und die (verpflichtende) Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen eingeschätzt (Mittelwert = 2,8; SD = 1,084). Die Erweiterung des Angebots an zertifizierten Fort- und Weiterbildungen (Mittelwert = 2,3; SD = 1,020) und die Steigerung öffentlichkeitswirksamer Aktivitäten logopädischer/sprachtherapeutischer und UK-spezifischer Verbände (Mittelwert = 2,1; SD = 1,080) werden als weniger effektiv eingeschätzt.

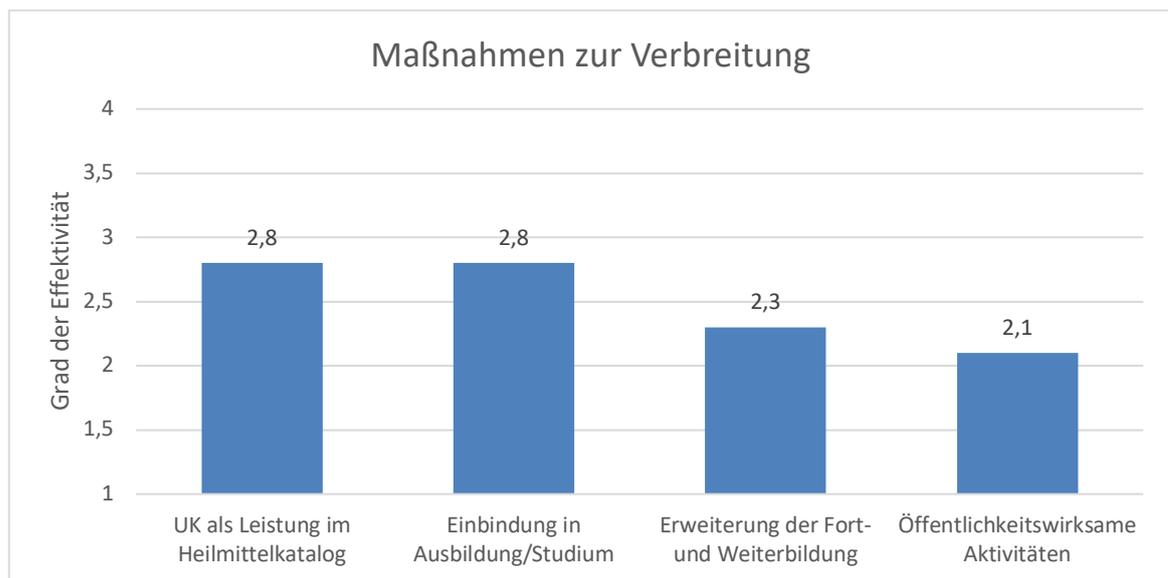


Abbildung 21. Einschätzung der Proband*innen bezüglich Maßnahmen zur Verbreitung und Etablierung der UK nach Effektivität (1 = Einschätzung als wenig effektiv, 4 = Einschätzung als sehr effektiv). Angabe als Mittelwert (eigene Anfertigung).

Abschließend können die Therapeut*innen die obigen Maßnahmen um eigene Ergänzungen erweitern. 47 Proband*innen machen Angaben über ein Freitextfeld. Abbildung 22 zeigt eine Schlagwortwolke mit den 35 am häufigsten genutzten Begriffen. An der Schlagwortwolke lässt sich ableiten, dass ein Großteil der Proband*innen die in der vorherigen Frage vorgeschlagenen Maßnahmen aufgreift und erweitert. So fällt beispielsweise der Begriff „Vergütung“ sehr häufig. In vielen Aussagen wird sich direkt auf die fehlende Vergütung der hohen Vor- und Nachbereitungszeiten bezogen. Hier wünschen sich die Therapeut*innen vor allem abrechenbare Positionen, hauptsächlich übereinstimmend mit den in Abbildung 21 aufgeführten Tätigkeiten:

Anerkennung und Vergütung von UK als Komplexleistung, insbesondere des zeitlichen Aufwandes außerhalb des Therapieraumes, der Beratung und Information von allen an der Betreuung beteiligten Personen, auch vor Ort in den entsprechenden Einrichtungen (Kita, Schule, Elternhaus), Zahlung von Zeitpauschalen für Vor- und Nachbereitung der UK-Stunden, bessere Bezahlung der UK-Therapiestunde, die gebrauchte Energie ist mit „normaler“ logopädischer Behandlung bei z. B. Artikulationsstörungen nicht zu vergleichen. (Anlage K, Fragebogen Nr. 215)

Gleichzeitig ist den Therapeut*innen die Förderung interdisziplinärer Arbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen und zwischen Institutionen ein großes Anliegen und wird sehr häufig erwähnt. Die Schlagwortwolke verdeutlicht dies durch Begriffe wie „Ergotherapeuten“, „interdisziplinär“ oder „Erzieher“. In diesem Zusammenhang wird teilweise auch der Arbeitsort thematisiert: „Für eine Logopädin, die nicht an einer Einrichtung, z. B. Förderschule, angestellt arbeitet, ist es schwer, interdisziplinär mit guten Ergebnissen im UK- Bereich zu arbeiten“ (Anlage K, Fragebogen Nr. 266).



Abbildung 22. Die Schlagwortwolke zeigt die 35 am häufigsten genutzten Begriffe bei der Beantwortung der Frage nach Maßnahmen, die die Verbreitung von UK steigern könnten. Je größer ein Wort angezeigt wird, desto häufiger wurde es genutzt. Funktionswörter und ähnliche Wörter werden zusammengefasst. Mittels „Stemming“ werden die Wörter auf ihren eigentlichen Wortstamm reduziert (eigene Anfertigung).

Der Wunsch nach der Aufnahme von UK in die Ausbildungscurricula – in der Schlagwortwolke vertreten durch Begriffe wie „Schule“ und „Ausbildung“ – wird ebenfalls häufig und auch im Zusammenhang mit dem Wunsch nach interdisziplinärem Unterricht benannt. Einige Therapeut*innen weisen darauf hin, dass UK bisher auch in anderen Ausbildungen und Studiengängen mit potenziell beteiligten Berufsgruppen wie z. B. Erzieher*innen und Ergotherapeut*innen zu kurz kommt.

Viele Therapeut*innen wünschen sich außerdem einen einfachen, schnellen und vor allem herstellerunabhängigen Zugang zu verschiedenen Kommunikationsformen und Hilfsmitteln, um diese mit den Nutzer*innen leihweise ausprobieren zu können: „Leider ist es in der niedergelassenen Einzelpraxis kaum möglich, Verschiedenes auszuprobieren (...)

Ich wünschte mir Leihgeräte nach Bedarf zum Ausprobieren. Ein einzelner Termin mit entsprechenden Firmen ist oft nicht ausreichend“ (Anlage K, Fragebogen Nr. 127). In diesem Zusammenhang wird häufig der Wunsch nach einer zentralen Anlaufstelle formuliert. Bezüglich der Fort- und Weiterbildungssituation wünschen sich viele Therapeut*innen vor allem kostengünstigere Fort- und Weiterbildungen. Viele Therapeut*innen halten es außerdem für sinnvoll, unterstützt kommunizierende Menschen – beispielsweise in Filmen, Büchern oder Werbung – mehr in das Blickfeld der Gesellschaft zu rücken. Einige Proband*innen nutzen das Freitextfeld der abschließenden Frage auch, um ihre allgemeinen Erfahrungen mit UK im Kontext verschiedener Arbeitsorte und Personengruppen zu schildern. Viele dieser Beiträge sind sehr ausführlich und interessant, können aber aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht detailliert in die Beschreibung der Ergebnisse einfließen. Die Beiträge der Proband*innen sind jedoch im Anhang der Arbeit in Anlage K einsehbar.

6 Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Experteninterviews und des Onlinefragebogens zueinander in Bezug gesetzt. Aufgrund der Vielzahl an Teilergebnissen und des begrenzten Umfangs der Arbeit werden an dieser Stelle nur besonders zentrale Ergebnisse diskutiert. Zur besseren Übersicht und Strukturierung erfolgen die inhaltliche und die methodische Diskussion getrennt. Begonnen wird mit der inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der UK als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen in Deutschland zu identifizieren. Im Folgenden sollen auch Implikationen abgeleitet werden, um die in Kapitel 2.3 (Forschungsstand) beschriebene Situation hinsichtlich der Versorgung, Förderung, Beratung und Therapie von Menschen, die auf UK angewiesen sind, weiter zu verbessern.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Beteiligung an der Onlineumfrage insgesamt höher ausgefallen ist als erwartet. Dabei repräsentiert die Stichprobe hinsichtlich einiger Merkmale sogar bekannte Eigenschaften der Gesamtheit aller Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen, beispielsweise bezüglich des Geschlechterverhältnisses (91,9 % Frauen) oder des hohen Anteils an Personen, die in niedergelassenen Praxen arbeiten (61,7 %). Hervorzuheben ist auch, dass Therapeut*innen sehr unterschiedlichen Alters an der Befragung teilgenommen haben. Bezüglich der Ergebnisse muss – ohne der Diskussion zum Forschungsdesign im sich anschließenden Kapitel 6.2 vorzugreifen – Folgendes erwähnt werden: Die Ergebnisse sollten auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass Therapeut*innen mit Interesse an und Erfahrung mit UK eher bereit sind, einen Fragebogen zu diesem Thema auszufüllen, als Therapeut*innen ohne diese Merkmale.

Es ist erfreulich, Zahlen vorweisen zu können, die das durchweg sehr hohe Interesse (MW = 3,5; SD = 0,684) der befragten Therapeut*innen an UK bestätigen. Genauso positiv sind die noch höheren Werte zu Fragen der Zuständigkeit (Abbildung 19, MW = 3,7; SD = 0,574) zu bewerten. Nahezu alle befragten Therapeut*innen sind der Ansicht, dass UK fest zum logopädischen/sprachtherapeutischen Behandlungsspektrum gehört und die Lautsprache nicht alleiniger Bestandteil der Intervention sein muss. Vorurteile, wie etwa, dass UK der Sprachentwicklung schaden könne, werden deutlich abgelehnt und nur noch im Einzelfall zustimmend bewertet. In dieser Untersuchung bestätigen sich frühere Annahmen, wie beispielsweise, dass Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen wenig bereit

sind, sich mit dem Thema UK auseinanderzusetzen (Dupuis, 2005), erfreulicherweise nicht mehr. Positiv hervorzuheben ist auch, dass der Begriff UK von den Therapeut*innen in der vorliegenden Befragung nicht allein auf die Arbeit mit Hilfsmitteln, allen voran auf elektronische, reduziert wird. Die Ergebnisse zu den Items aus Abschnitt 3 des Fragebogens zeigen, dass der Begriff UK von den Therapeut*innen wesentlich weiter gefasst wird. Herauszustellen ist außerdem der sehr hohe Anteil an Personen, die praktische Erfahrung im Bereich UK aufweisen (82,4 %). Diese Zahl spricht dafür, dass die vorliegenden Ergebnisse überwiegend tatsächliche Erfahrungen und weniger bloße Einschätzungen oder Vorannahmen der Therapeut*innen repräsentieren.

Ob der in Kapitel 2.3 (Forschungsstand) dargestellten Schwierigkeiten in den Bereichen Beratung, Förderung und Therapie und der Schwierigkeiten an der Schnittstelle UK und Logopädie/Sprachtherapie ist es sehr erfreulich, dass sich ein großer Teil der befragten Personen praktisch mit UK auseinandersetzt. Trotzdem herrscht bei immerhin 12,6 % der Therapeut*innen Unsicherheit darüber, ob die Begleitung einer Nutzer*in an ihrer Arbeitsstelle möglich wäre. 9,9 % der Therapeut*innen sind sich sogar sicher, dass UK-Nutzer*innen an ihrer Arbeitsstelle nicht logopädisch/sprachtherapeutisch versorgt werden können. Im Zusammenhang mit der generell hohen praktischen Erfahrung ist interessant, dass die Mehrheit der Therapeut*innen entweder eine sehr niedrige (unter 3) oder eine sehr hohe (mehr als 10), selten aber eine mittlere (zwischen 4 und 8) Anzahl an Nutzer*innen begleitet. Hier wird erneut auf Abbildung 16 verwiesen, die die Anzahl der UK-Interventionen nach Arbeitsorten aufschlüsselt. Der Mittelwertvergleich zeigt, dass signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p = ,001$) mehr UK-Nutzer*innen an Institutionen wie Kindertagesstätten oder der Förderschule versorgt werden – und das, obwohl das Interesse an allen Arbeitsorten hoch ist (Abbildung 17). Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass die Therapeut*innen entweder an einer Institution sehr spezialisiert und beinahe ausschließlich mit UK arbeiten oder – an anderen Arbeitsstellen – eine eher geringe Anzahl an Nutzer*innen versorgen.

Dieses Teilergebnis ist mit den Experteninterviews und den Ergebnissen der Onlinebefragung zum Aufwandsempfinden in Verbindung zu setzen. In den Experteninterviews weisen beide Gesprächspartner*innen mit Nachdruck darauf hin, dass bei über Heilmittelverordnungen durchgeführten Interventionen in der Regel ausschließlich die Zeit „an der Patient*in“ vergütet wird. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass es sich bei der angemessenen Vergütung von Vor- und Nachbereitungszeiten um ein bekanntes und grundsätzliches Problem bei Leistungen von Heilmittelerbringer*innen handelt, das nicht nur die Vor- und Nachbereitung im Falle UK betrifft (z. B. Hilbert et al., 2018). Beide Expert*innen betonen in diesem Zusammenhang aber die *stark* erhöhten Vor-

und Nachbereitungszeiten durch – für erfolgreiche UK wichtige – zusätzliche Aufgaben wie die Beratung des kommunikativen Umfeldes oder die Teilnahme an interdisziplinären Zusammenkünften. Die Einschätzung der Expert*innen zeigt sich durch die Ergebnisse der Onlinebefragung bestätigt (Abbildung 20). Auch in der abschließenden offenen Frage des Onlinefragebogens wird das Problem des hohen Aufwands bei gleichzeitig fehlender Vergütung immer wieder aufgegriffen (Abbildung 22 und Anhang K). Interessant ist dabei, welche Tätigkeiten von den befragten Therapeut*innen als besonders zeit- und planungsaufwendig empfunden werden. Die Expert*innen stellen während der Interviews immer wieder die Relevanz und den hohen Umfang interdisziplinärer Zusammenarbeit in den Fokus. Die befragten Therapeut*innen hingegen empfinden diesen Faktor als am wenigsten planungs- und zeitaufwendig. Als aufwendig werden hier vor allem die Herstellung von Therapiematerial und die Einarbeitung in und Anpassung von Kommunikationshilfen betrachtet. Der Aussage „UK gelingt nur im Team“ pflichten die Therapeut*innen wiederum mit einem Mittelwert von 3 (SD = 0,944) überwiegend bei. Es bleibt fraglich, ob die von den Expert*innen ausführlich beschriebene Relevanz interdisziplinärer Arbeit im Kontext UK von den Therapeut*innen ausreichend erkannt und – ob des so niedrigen Aufwandsempfindens – auch durchgeführt wird.

Dass die Zahl von UK-Interventionen in klinischen Kontexten (Abbildung 16) geringer ausfällt als an anderen Arbeitsorten, deckt sich auch mit anderen Ergebnissen, beispielsweise denen von Petersen (2009). Hier stellt sich die Frage ob der Nutzen von UK im klinischen Kontext – beispielsweise bei der Versorgung von Menschen mit Aphasien, Dysarthrien oder anderen neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen – bereits erkannt worden ist. Dabei sei nochmals auf Giel (2014) verwiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass der Begriff UK von verschiedenen Disziplinen nicht direkt genutzt wird, obwohl Methoden der UK – zusammengefasst unter anderen Begrifflichkeiten – angewendet werden.

Das Aufdecken der erhöhten Vor- und Nachbereitungszeiten, die Verbindung dieses Begriffs mit konkreten Tätigkeiten und die dazugehörige Untermuerung mit Zahlen zum Aufwandsempfinden der Therapeut*innen sind wichtige Ergebnisse dieser Arbeit. Hieraus lassen sich Implikationen für die zuletzt im Jahr 2018 geänderte Heilmittelrichtlinie bzw. den Heilmittelkatalog ableiten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Wie bereits erwähnt, betreffen Schwierigkeiten in diesem Bereich nicht nur UK-Interventionen. Trotzdem könnten diese Ergebnisse bezüglich der Anpassung von Leistungen im Rahmen der Heilmittelrichtlinie hilfreich sein. Sowohl aus den Interviews als auch aus der Onlinebefragung geht mit großer Übereinstimmung hervor, dass es Therapeut*innen im Bereich UK an spezifischen, abrechenbaren Positionen fehlt. Bei der Frage nach sinnvollen

Maßnahmen zur Verbreitung von UK und zur Verbesserung der Versorgung wird die Durchsetzung von „UK als spezifischer Leistung im Heilmittelkatalog“ zustimmend mit einem Mittelwert von 2,8 (SD = 1,128) als „am hilfreichsten“ bewertet.

So scheint die Annahme der Expert*innen insgesamt bestätigt, dass deutliche strukturell-formale Barrieren bei der Umsetzung von UK im Rahmen logopädischer/sprachtherapeutischer Therapie bestehen. Das gilt grundsätzlich auch für Interventionen an Institutionen, die über Kooperationsverträge zwischen Institutionen und ambulanten Praxen erbracht werden. Die Rahmenbedingungen scheinen hier, abgeleitet an der höheren Zahl therapeutisch begleiteter Nutzer*innen, etwas besser auszufallen. Die Diskussion um die Durchführung von Therapien außerhalb von niedergelassenen logopädischen/sprachtherapeutischen Praxen beschäftigt die Therapeut*innen und Berufsverbände nicht erst seit Kurzem und nicht nur im Kontext UK. Im Bereich UK und im Sinne der Ergebnisse dieser Arbeit ist es sehr zu begrüßen, dass sich die logopädischen/sprachtherapeutischen Berufsverbände in den letzten Monaten der Möglichkeit der Therapie in Institutionen – unter entsprechenden rechtlichen, qualitativen und finanziellen Voraussetzungen – weiter öffnen (dbl – Positionspapier, 2019). In diesen Bereichen – zwischen UK, Logopädie/Sprachtherapie, Inklusion, Therapie in (inkluisiven) Institutionen und Förderschulen – werden komplexe Schwierigkeiten und Zusammenhänge offenbar, die auch mit der in Deutschland üblichen Trennung von Gesundheits- und Bildungswesen in Verbindung stehen.

Dem Autor dieser Arbeit liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob sich die Zahl der Therapeut*innen mit UK als Ausbildungs- oder Studieninhalt in den letzten Jahren verändert hat. In der vorliegenden Befragung gibt etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen an, keine Inhalte zu UK in Ausbildung oder Studium vermittelt bekommen zu haben (Abbildung 14). Dieser Umstand hängt offensichtlich mit der fehlenden Verpflichtung zur Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum zusammen und lässt vermuten, dass die UK-spezifischen fachlichen Voraussetzungen unter den Therapeut*innen individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Unter Berücksichtigung von Tabelle 5 lässt sich in der Onlinebefragung kein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von theoretischer Vorbildung aus Schule/Studium und den Merkmalen „Interesse an UK“ oder „Praxiserfahrung“ herstellen. Es besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen bezüglich dieser Merkmale (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p = ,367$; Mann-Whitney-U-Test, $p = ,225$). Trotzdem liegt die Vermutung nahe, dass das Fehlen von UK in Ausbildung und Studium sich negativ auf das Gefühl der Zuständigkeit und die Ausprägung von UK- und hilfsmittelspezifischem Wissen auswirkt. Im Hinblick auf die fehlenden statistischen Zusammenhänge/Unterschiede sollte bedacht werden, dass im

Fragebogen nicht erfasst wird, in welcher Form und in welchem Umfang Inhalte zur UK in die Ausbildung oder das Studium eingeflossen sind. Die Bandbreite kann dabei von der bloßen Erwähnung von UK innerhalb einer Lerneinheit bis hin zu einem eigenen Fach oder Modul reichen und zu einer sehr unterschiedlichen Qualifizierung und damit zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Deshalb bleibt die Relevanz der Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum zentral und wird sowohl von den Expert*innen als auch von den Teilnehmer*innen (Abbildung 21, MW = 2,8) als eine zentrale Gelingensbedingung zur weiteren Etablierung von UK angesehen. Eine weitere Implikation ist es daher, die UK als verpflichtenden Bestandteil der Ausbildung oder des Studiums zu berücksichtigen. Diese Berücksichtigung ließe sich an mehreren Stellen anstoßen: Beispielsweise bei der Überarbeitung der „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in NRW“ (Springer & Zückner, 2006), der Überarbeitung des „Kompetenzprofils für die Logopädie“ (Rausch, Thelen & Beudert, 2014), der Überarbeitung der „Rahmenstudienordnung für Studiengänge der Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie“ (Iven et al., 2018) sowie im wichtigen Entwurf zum „Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ des „Arbeitskreises Berufsgesetz“ (2018). Der Arbeitskreis (AK) Berufsgesetz tritt als Zusammenschluss verschiedener logopädischer/sprachtherapeutischer Berufsverbände für die Novellierung des seit 1980 bestehenden und veralteten „Gesetzes über den Beruf des Logopäden“ ein. Der im November 2018 vorgelegte Entwurf und alle zuvor genannten Dokumente berücksichtigen Maßnahmen der UK im Bereich Hilfsmittelanpassung und Hilfsmittelinbezug in stimm-, sprech-, sprach-, schluck-, hör- und atemtherapeutischen Interventionen – der Fachbegriff UK findet sich aber noch nicht.

Dass es sich lohnt, UK in das Ausbildungscurriculum aufzunehmen, zeigen unter anderem die Ergebnisse zur Fort- und Weiterbildung. Therapeut*innen mit Fort- und Weiterbildung haben dabei gegenüber Therapeut*innen ohne Fort- und Weiterbildung ein signifikant höheres Interesse an UK (Mann-Whitney-U-Test, $p = ,000$) und betreuen signifikant mehr Nutzer*innen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p = ,000$ und Mann-Whitney-U-Test, $p = ,000$). Interessant wären im Hinblick auf die Nachhaltigkeit dieser Merkmale zusätzliche Zahlen darüber, wie lange die jeweilige Fortbildung zurückliegt. Dass die Einbindung von UK in das Ausbildungscurriculum notwendig ist, kann auch an den Zahlen zum eigenen Kompetenzzempfinden (Abbildung 18) abgeleitet werden (MW = 2,5; SD = 1,019). Dieses fällt gegenüber dem großen Interesse an UK (MW = 3,5; SD = 0,684) deutlich geringer und mit höherer Streuung aus. Noch deutlicher wird der Umstand anhand der Zustimmungswerte für das „Auskennen mit Rahmenbedingungen wie Antragsabwicklung, Verortung im Heilmittelkatalog etc.“ (MW = 2,3; SD = 1,109). Außerdem bestehen in diesem

Zusammenhang interessante, hoch signifikante Korrelationen zwischen einigen Beurteilungsskalen: Therapeut*innen die ihre UK-spezifische Kompetenz als hoch einschätzen, die angeben, sich mit den Rahmenbedingungen auszukennen, und wissen, wo sie Unterstützung erhalten können, zeigen ein signifikant höheres Zuständigkeitsempfinden, ein signifikant höheres Interesse, bewerten UK signifikant weniger als kompliziert und zeigen einen signifikant größeren Wunsch danach, dass UK im Rahmen von Logopädie/Sprachtherapie eine größere Rolle spielt (Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizient, Anlage J).

Zu diskutieren ist auch, dass die Expert*innen einen eher geringen Kontakt mit wenig Berührungspunkten zwischen Therapeut*innen und UK-Klientel vermuten. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass Therapeut*innen, die die potenzielle Anzahl an „Patient*innen“ aus dem Spektrum UK als gering einschätzen, UK als signifikant aufwendiger einschätzen, ein signifikant niedrigeres Interesse aufweisen, sich signifikant weniger zuständig fühlen und sich eher nicht wünschen, dass UK eine größere Rolle spielt (Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizient, Anlage J). Insofern kann als weitere Gelingensbedingung die Förderung des Kontaktes zwischen Therapeut*innen und UK-Klientel formuliert werden. Hier sei nochmals auf Frau Dr. Nonn verwiesen: „Gelingensfaktor ist (...) alles, was inklusiv ist. Gemeinsame Veranstaltungen. Wo Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenkommen“ (Nonn, S. 7, Zeile 188).

Gleiches gilt für die Förderung von interdisziplinärem Kontakt. Wer der Aussage „UK gelingt nur im interdisziplinären Team“ eher zustimmt, zeigt eher ein hohes Interesse an UK. Das Merkmal „hohes Interesse“ korreliert wiederum stark mit den Merkmalen „hohes Zuständigkeitsgefühl“ und „hohe Kompetenz“ (Spearman-Rho-Rangkorrelationskoeffizient, Anlage J). Um die UK im Rahmen logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen weiter zu etablieren, erscheint es auch sinnvoll, den interdisziplinären Kontakt zwischen allen daran beteiligten Disziplinen zu fördern. Dies kann beispielsweise durch Kooperationen von Studiengängen, Schulen, Institutionen, gemeinsame Projekte und gemeinsame Forschung und Lehre erreicht werden.

Abschließend ist positiv hervorzuheben, dass sich der größte Teil der befragten Therapeut*innen wünscht, dass UK in Zukunft mehr an Bedeutung gewinnt (MW = 3,5; SD = 0,664). Hieran, am durchweg großen Interesse an UK (MW = 3,5; SD = 0,684) und an der Überzeugung, dass UK Bestandteil der Logopädie/Sprachtherapie ist (MW = 3,7; SD = 0,574), kann abgeleitet werden: Maßnahmen, die dazu führen, dass der Einsatz von UK in der Logopädie/Sprachtherapie erleichtert wird, die ihn alltäglicher machen und seine Etablierung fördern, finden unter den Therapeut*innen Zustimmung und sind gewünscht. Die befragten Therapeut*innen fühlen sich für UK-Nutzer*innen und ihre Belange

zuständig. Die Barrieren und Gelingensbedingungen werden in Kapitel 7 (Fazit und Ausblick) in Abbildung 23 zusammengefasst.

6.2 Diskussion zum Forschungsdesign

Im Rahmen dieser Arbeit sind auch Aspekte zu diskutieren, die im Zusammenhang mit dem Forschungsdesign und der Methodik stehen. Grundsätzlich ist nochmals positiv festzuhalten, dass die Stichprobengröße mit $n = 222$ größer ausgefallen ist als erwartet. Insgesamt liegt die Beteiligung bei Berücksichtigung der nicht komplett ausgefüllten Fragebögen mit 261 Teilnehmer*innen sogar noch etwas höher. Bezüglich der Aussagekraft der Daten ist erneut zu bemerken, dass der Datensatz hinsichtlich einiger Aspekte wie z. B. der Verteilung des Geschlechts und des Arbeitsortes sogar bekannte Merkmale der Gesamtheit aller Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen abbildet. Trotzdem müssen verschiedene Aspekte kritisch hinterfragt werden.

In dieser Arbeit wird nicht berücksichtigt, welche Kommunikationsform (hilfsmittelgestützt, nicht hilfsmittelgestützt, konkrete Hilfsmittelform) und welche UK-Nutzergruppe (Erwachsene oder Kinder, konkrete Leistungsprofile) den Bewertungen der Proband*innen zugrunde liegen. Diese Faktoren könnten unter Umständen großen Einfluss auf Bewertungen haben, die z. B. das Aufwandsempfinden, den Komplexitätsgrad oder die Zeit- und Planungsintensität betreffen. Eine genauere Eingrenzung bezogen auf diese Aspekte hätte zu einem geringeren Umfang der Arbeit und punktuell detaillierteren Ergebnissen führen können. In dieser Arbeit wurde die Diversität hinsichtlich dieser Parameter bei der Konzeption aber als Chance bewertet, Ergebnisse zu erhalten, die sich nicht auf eine bestimmte Gruppe von Nutzer*innen oder eine bestimmte Form der UK beschränken.

Rückblickend hätten außerdem die Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung weiter konkretisiert werden können, um die Qualität der Daten zusätzlich zu verbessern. Als Einschlusskriterium wurde das Vorliegen eines Abschlusses in einem logopädischen/sprachtherapeutischen Beruf festgelegt. Bei der Auswertung der offenen Fragen fiel jedoch auf, dass auch einige Schüler*innen/Student*innen der Logopädie/Sprachtherapie teilgenommen haben. Die Teilnahme von Schüler*innen und Student*innen könnte je nach dem Ausbildungsstand zu einer Verfälschung der Daten, etwa bei Fragen nach UK in der Ausbildung oder im Studium, geführt haben. Dabei wäre es sinnvoll gewesen, ein entsprechendes Ausschlusskriterium zu formulieren oder im Fragebogen zwischen Therapeut*innen mit Abschluss, Schüler*innen und Student*innen zu trennen. Fraglich bleibt in diesem Zusammenhang auch, ob es bezüglich der Ergebnisse Unterschiede zwischen den Angehörigen einzelner sprachtherapeutischer Berufsgruppen gibt. Auch die Einschränkung auf Therapeut*innen, die in Deutschland praktizieren, hätte

deutlicher in die Ein- bzw. Ausschlusskriterien aufgenommen werden müssen, da diese Arbeit die Gelingensbedingungen und Barrieren in Deutschland untersucht. So kann nachträglich nicht sichergestellt werden, dass es sich bei allen Teilnehmer*innen um Therapeut*innen handelt, die in Deutschland praktizieren, wobei hierauf zumindest keine Hinweise, etwa aus Antworten auf offene Fragen, bestehen.

Bei einer Befragung zu Barrieren und Gelingensbedingungen ist auch die Einschätzung von Personen ohne gesteigertes Interesse oder Erfahrung im Bereich UK interessant. Ein grundsätzliches Problem bei der Konzeption dieser Arbeit war die Frage danach, wie eine Gruppe zum Ausfüllen eines Fragebogens motiviert werden kann, der das Thema nicht wichtig ist. Der Link zur Umfrage wurde deshalb möglichst breit im Internet verteilt. Hier konnten Therapeut*innen mit verschiedenen Qualifikationen, mit und ohne Verbandsmitgliedschaft und mit unterschiedlichsten fachlichen Interessen auf die Befragung aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig wurde bei der Verteilung stets auf den Hinweis geachtet, dass auch nicht interessierte oder kritische Therapeut*innen ohne UK-Erfahrung für die Befragung geeignet und interessant sind. Letztlich sind trotzdem nur wenige Therapeut*innen für die Befragung gewonnen worden, die ein geringes Interesse an UK aufweisen. In diesem Zusammenhang bleibt fraglich, ob die hohen Zustimmungswerte z. B. bezüglich des Interesses an UK durch ein tatsächlich allgemein sehr hohes Interesse zustande gekommen sind oder ob Therapeut*innen mit weniger Interesse nicht in ausreichendem Maße teilgenommen haben.

Bezüglich der Verzahnung der qualitativen und quantitativen Elemente dieser Arbeit sind ebenfalls einige Aspekte anzumerken. Grundsätzlich haben die qualitativen Elemente der Arbeit – nämlich die Experteninterviews, die Formulierung der sensibilisierenden Konzepte und die offene Frage im Fragebogen – die Untersuchung in vielerlei Hinsicht bereichert. Die zusätzliche Absicherung und Erweiterung der aus der Theorie abgeleiteten Erkenntnisse und des Onlinefragebogens durch die Expert*innen ist eine Stärke dieser Arbeit. Die Formulierung der sensibilisierenden Konzepte hat sich positiv auf die Entwicklung des Leitfadens und die Entwicklung des Onlinefragebogens ausgewirkt. Gleichzeitig haben sie die Auswertung des Onlinefragebogens im Zusammenhang mit den Hypothesen angeleitet und fokussiert. Ohne die qualitativen Anteile wären die Ergebnisse der Arbeit insgesamt weniger aussagekräftig und weniger vielfältig ausgefallen. Kritisch anzumerken ist, dass qualitative und quantitative Anteile dieser Arbeit nicht zu jedem Zeitpunkt gleichberechtigt nebeneinanderstehen. Die qualitativen Anteile dieser Arbeit sind häufig eher Zwischenschritte, die die Konzeption oder Auswertung des quantitativen Fragebogens erleichtern und die Datenqualität verbessern sollen. Die Begriffe „Mixed Methods“ (Schreier & Ödag, 2010) sowie „Methodentriangulation“ (Flick, 2014) sollten aber vor allem

für Forschungen genutzt werden, die beide Ansätze gleichberechtigt miteinander verknüpfen.

Bezogen auf die Expertenbefragung sind weitere Anmerkungen zu machen. Grundsätzlich sind diese erfolgreich verlaufen und haben wertvolle Informationen für die Arbeit, die Konzeption des Fragebogens und letztlich für die Ergebnisse geliefert. Rückblickend wären eine höhere Anzahl an Interviews, auch mit UK-kritischen Expert*innen, sowie der Einbezug von Praktiker*innen für die Arbeit hochinteressant, aber – im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit als Prüfungsleistung – zu umfangreich gewesen. Als zu umfangreich und für lediglich zwei Interviews nicht praktikabel hat sich schließlich auch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) erwiesen, sodass der Auswertungsprozess „nur“ in Anlehnung daran stattgefunden hat.

Hinsichtlich der Konzeption des Fragebogens sind ebenfalls einige Aspekte kritisch zu hinterfragen. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens von durchschnittlich 7,6 Minuten liegt im gewünschten Bereich, sodass der Umfang als angemessen bezeichnet werden kann. Auch die Förderung der Kooperation und Motivation der Teilnehmer*innen z. B. über den Einsatz von Fortschrittsbalken und Emoticons scheint im Hinblick auf die hohe Beendigungsquote von 83,2 % erfolgreich. Die höchste Abbruchquote wurde auf der ersten Seite und anschließend bei den Fragen zu personenbezogenen Daten erfasst. Die Frage nach personenbezogenen Daten führt nach Hollenberg (2016) häufig zum Abbruch des Fragebogens. Rückblickend hätten Fragen zu personenbezogenen Daten besser ganz am Ende des Fragebogens und nicht im ersten Drittel gestanden. Eventuell hätte sich der Umfang der Stichprobe so noch etwas erhöht. Positiv hervorzuheben ist bezüglich des Fragebogens die Randomisierung der Antwortmöglichkeiten. Hierdurch reduziert sich die Wahrscheinlichkeit verschiedener Antworttendenzen, wie z. B. Primacy- und Recency-Effekt, was letztlich die Qualität der Daten erhöht. Davon unberührt bleiben andere Effekte wie z. B. sozial erwünschtes Antwortverhalten (Hollenberg, 2016).

Grundsätzlich erscheinen die Strukturierung des Fragebogens und die Auswahl der Fragetypen auf Basis der Kriterien von Bortz und Döring (2006) und Hollenberg (2016) als gelungen. Den Vorschlägen der Autoren konnte z. B. hinsichtlich des steigenden Schwierigkeitsgrades, der Konstruktion in thematischen Blöcken oder der Abwechslung bei Fragen- und Antwortvarianten entsprochen werden. Trotzdem sind bei der Formulierung der Items nachträglich verschiedene Fehler aufgefallen. Bei einigen Items sind unklare Mengenbegriffe bzw. quantifizierende Beschreibungen verwendet worden. Das betrifft beispielsweise Item 12 („Ich finde UK *sehr* interessant“) oder Item 17 („Für Methoden der UK gibt es *zu wenig* Evidenz“) in Abschnitt 4. Hierdurch könnte die eindeutige Interpretation der Antwort für die Proband*innen erschwert gewesen sein oder sich verfälscht haben. Bei

der Frage nach dem Arbeitsort wäre der separate Einbezug von UK-Beratungsstellen vorausschauend und wichtig gewesen. Das Fehlen dieser Antwortmöglichkeit hat dazu geführt, dass eine nicht unerhebliche Anzahl an Antworten unter dem Bereich „anderes“ subsumiert wurde. In diesem Zusammenhang war es ausgesprochen sinnvoll, der Antwortkategorie „anderes“ ein Freitextfeld hinzuzufügen. Der Fragebogen sollte bezüglich einiger Items außerdem hinsichtlich seiner Validität hinterfragt werden. Dies betrifft vor allem die Validität bezogen auf komplexe Messkonzepte, z. B. dem „Gefühl von Zuständigkeit“. Abschließend sind im Fragebogen noch einige Zeichensetzungsfehler aufgefallen.

Ein großer Kritikpunkt am Fragebogen ist rückblickend die reduzierte 4er-Skalierung bei den Beurteilungsskalen, insbesondere im Zusammenhang mit der fehlenden Fluchtkategorie. Wie in Kapitel 4 (Methoden) beschrieben, fiel die Entscheidung auf eine reduzierte Skala, um die Streuung der Ergebnisse bei niedriger Rücklaufquote besser kontrollieren zu können. Auch eine Tendenz zur Mitte bei der Beantwortung der Beurteilungsaufgaben sollte ausgeschlossen werden. Nach Hollenberg führt eine Skalierung unter 5 Skalenpunkten jedoch zur Reduzierung der Reliabilität. Zusätzlich ist auf eine „Ich weiß nicht“-Antwortkategorie verzichtet worden, da diese von Proband*innen häufig genutzt wird, um den kognitiven Aufwand bei der Befragung zu reduzieren (Hollenberg, 2016). Diese Entscheidungen führen insgesamt dazu, dass das Ausfüllen des Fragebogens für Therapeut*innen, die wenig Interesse am und wenig Erfahrung im Bereich UK zeigen, nur erschwert möglich war. Therapeut*innen, die sich bezüglich einer Beurteilungsaufgabe beispielsweise unsicher oder neutral positionieren möchten, finden im vorliegenden Fragebogen aufgrund der fehlenden Fluchtkategorie *und* der fehlenden Mitte keine Möglichkeit dazu. Da die Beurteilungsaufgaben nicht übersprungen werden können, könnte ein Teil der Antworten bei den Beurteilungsskalen erzwungen und damit verfälscht ausgefallen sein. Deshalb wäre die Verwendung einer 5er- oder 7er-Skalierung rückblickend sinnvoll gewesen. Abseits von diesem Aspekt, der ausschließlich die Beurteilungsskalen betrifft, wurde der Fragebogen so konzipiert, dass ausdrücklich auch Therapeut*innen teilnehmen können, die kein oder wenig Interesse an UK zeigen und keine Vorerfahrungen mitbringen.

Die letzte Anmerkung betrifft die abschließende offene Frage des Fragebogens, die von 47 Proband*innen teilweise sehr ausführlich beantwortet wurde. Im Ergebnisteil (Kapitel 5) wird bereits darauf hingewiesen, dass diese interessanten Beiträge aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht detailliert in die Beschreibung der Ergebnisse einfließen können. Hier wäre die Auswertung über ein strukturiertes, inhaltsanalytisches

Verfahren sicherlich interessant und sinnvoll gewesen. Als Kompromiss ist zur Anleitung der Auswertung die Schlagwortwolke (Abbildung 22) entstanden.

7 Fazit und Ausblick

Im Bereich der Versorgung, Beratung und Förderung von Menschen ohne oder mit zur Kommunikation nicht ausreichender Lautsprache bestehen Hinweise auf verschiedene Schwierigkeiten, die auch die Etablierung von UK in logopädische/sprachtherapeutische Interventionen betreffen.

In der Logopädie/Sprachtherapie sind diese Schwierigkeiten auch historisch gewachsen und können nicht monokausal erklärt werden. Das Fehlen von UK als verpflichtendem Inhalt im Ausbildungscurriculum und Studium führt zu einer ungleichen Verteilung von (UK- und hilfsmittelspezifischem) Fachwissen bei den Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen, die aufgrund ihrer medizinischen und linguistischen Ausbildung sowie ihrer diagnostischen Kompetenzen grundsätzlich in hohem Maße qualifiziert und geeignet sind.

Das Einbringen logopädischer/sprachtherapeutischer Kompetenzen in den Prozess der UK-Versorgung, -Beratung und -Förderung ist auch durch strukturelle und formale Barrieren erschwert. So ist keine konkrete Vergütung der erhöhten Vor- und Nachbereitungszeiten möglich, da die Heilmittelrichtlinie in der Regel nur eine Vergütung der „Zeit am Patienten“ in einem „Eins-zu-eins-Setting“ vorsieht und alle weiteren Tätigkeiten mit der Zahlung der Therapiezeit als abgegolten gelten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Die erhöhten Vor- und Nachbereitungszeiten im Bereich UK umfassen im Detail die Einarbeitung in die individuelle Kommunikationsform/Kommunikationshilfe, die Erstellung oder Anpassung von Kommunikationsmaterial, die Beratung des kommunikativen Umfeldes der Nutzer*in und interdisziplinäre Arbeit und Besprechungen. Als weitere Barriere können generell wenig Berührungspunkte zwischen Therapeut*innen und UK-Klientel benannt werden. In diesem Zusammenhang spielt auch der Arbeitsort der Therapeut*innen eine Rolle. Die meisten Therapeut*innen arbeiten selbstständig oder angestellt in niedergelassenen logopädischen/sprachtherapeutischen Praxen. Die meisten Nutzer*innen hingegen sind in Institutionen wie (inklusive) Kindertagesstätten und (Förder-)Schulen oder anderen inklusiven Einrichtungen anzutreffen.

Bezüglich der Gelingensbedingungen wird deutlich, dass der verpflichtende Einbezug von UK in das Ausbildungscurriculum der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen eine wesentliche Rolle bei der Etablierung von UK spielt. Relevant ist auch der Abbau struktureller und formaler Barrieren, insbesondere durch die Durchsetzung von UK als spezifischer Leistung im Heilmittelkatalog und die Weiterführung der Diskussion um

rechtliche, qualitative und finanziell angemessene Möglichkeiten der Arbeit in für Nutzer*innen relevanten Institutionen.

Um das Interesse an UK unter allen Therapeut*innen weiter zu steigern, den Einsatz von UK in logopädischen/sprachtherapeutischen Interventionen alltäglicher werden zu lassen und die Etablierung der UK weiter voranzutreiben, sind alle Maßnahmen begrüßenswert, die den Kontakt zwischen UK-Klientel und Therapeut*innen fördern. Dies kann beispielsweise durch inklusive Veranstaltungen jedweder Art, aber auch durch von den Berufsverbänden gesteuerte gezielte und öffentlichkeitswirksame Aktionen begleitet werden. Sinnvoll erscheint auch die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit als Kernbestandteil logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen auf verschiedenen Ebenen, beispielsweise durch gemeinsame Forschungsprojekte, Symposien und Kooperationen von Berufsverbänden, UK-spezifischen Verbänden, Institutionen, Praxen und Schulen. Die Hauptergebnisse der Arbeit werden in Abbildung 23 nochmals zusammengefasst:

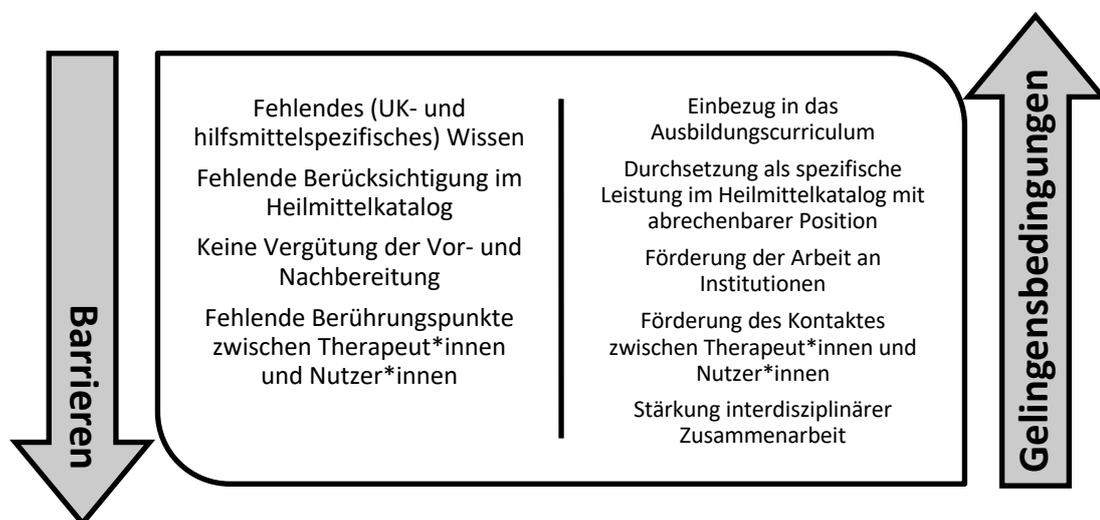


Abbildung 23. Übersicht über Barrieren und Gelingensbedingungen bei der Etablierung der UK als Gegenstand logopädischer/sprachtherapeutischer Interventionen. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

Neben den Ergebnissen liefert diese Arbeit außerdem eine Reihe von Impulsen für weitere Forschungsprojekte. Die Etablierung von UK in Ausbildung und Studium macht auch die Entwicklung didaktischer und auf die Berufsgruppe der Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen abgestimmter Konzepte notwendig. Im Bereich der Fort- und Weiterbildung ist die steigende Anzahl an Angeboten zu UK – auch explizit für Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen – wie z. B. die Weiterbildung zur UK-

Fachtherapeutin sehr begrüßenswert (ProLog, 2019). Bei der Durchsetzung von UK als spezifischer Leistung im Heilmittelkatalog wären argumentativ aussagekräftige Zahlen über den konkreten Zeitaufwand der Vor- und Nachbereitung hilfreich. Die Durchsetzung von UK im Heilmittelkatalog bedingt außerdem auch eine ausreichende Studienlage zur Effektivität von UK in verschiedenen Kontexten im Sinne der Evidence-based Practice (EBP). Zur weiteren Verbreitung der UK – auch über die Logopädie/Sprachtherapie hinaus in alle angrenzenden, relevanten Fachgebiete – benötigt es daher weitere Effektivitätsnachweise.

Im Hinblick auf die UK als interdisziplinäres Fachgebiet erscheint es bedeutsam, die Entwicklung und Evaluation qualitativ hochwertiger und einheitlicher interdisziplinärer Interventionskonzepte zu fokussieren: von der Beratung und Versorgung bis hin zur Förderung und Therapie. Hierzu gehört auch die Definition klarer Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche wie auch die Formulierung von Qualitätsstandards.

Bei der Förderung des Kontaktes zwischen Therapeut*innen und der UK als Disziplin, Therapeut*innen und Nutzer*innen sowie der Förderung des interdisziplinären Austauschs sind in den letzten Jahren positive Entwicklungen festzustellen. Im Jahr 2018 fand der Europäische Tag der Logopädie unter dem Leitthema UK und verbunden mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen verschiedener Berufsverbände statt (dbl, 2018). Die Zahl der Veröffentlichungen (z. B. Kaiser-Mantel, 2012) und der Beiträge in logopädischen/sprachtherapeutischen Fachjournals zum Thema UK (zuletzt z. B. Lange, 2018) steigt in den letzten Jahren immer weiter an. UK ist zunehmend wichtiges Thema auf logopädischen/sprachtherapeutischen Symposien (z. B. Symposium „Evidenzbasierte Logopädie“ der Hochschule für Gesundheit Bochum, 2018, oder Symposium des dbs, 2014) und Kongressen (z. B. dbl, 2019b).

Nichtsdestotrotz sollte weiter beforscht werden, was Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen benötigen, um sich als Teil eines interdisziplinären Teams besser einbringen zu können und welche Maßnahmen zu einem Abbau von Barrieren und der Förderung von Gelingensbedingungen beitragen. Übergeordnet muss an dieser Stelle auch ein Verweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention (2006) und die „Deklaration der Rechte auf Kommunikation“ (International Communication Project, 2014) erfolgen. Beim Thema UK geht es auch um die Durchsetzung eines Menschenrechtsübereinkommens der Vereinten Nationen und letztlich die Verbesserung der Lebensqualität und Partizipation aller Menschen, die auf UK angewiesen sind. Insgesamt – auch abseits von Logopädie/Sprachtherapie – scheint dabei das Bekanntmachen der UK über die Grenzen der beteiligten Disziplinen hinaus in die Gesellschaft hinein notwendig. Menschen, die auf UK-Mittel angewiesen sind, müssen für die Gesellschaft sichtbarer werden, um für das Thema zu sensibilisieren. In diesem

Zusammenhang sind die bereits etablierten, vielfältigen Anstrengungen und die hohe Einsatzbereitschaft seitens verschiedenster Disziplinen, Verbände, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Beratungsstellen, Praxen, weiterer Institutionen und vor allem der Nutzer*innen und ihrer Angehörigen selbst anzuerkennen und zu würdigen.

8 Literaturverzeichnis

- American Speech-Language-Hearing-Association. (2005).** *Definitions of communication disorders and variations.* Abgerufen am 24.11.2013 von <http://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>
- American Psychological Society (2010).** *Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition.* Abgerufen von <https://www.apastyle.org/manual>
- Appelbaum, B. (2014).** Ich lade dich zum Gebärden ein! Gebärden in der Sprachtherapie?! Und wie?! *Logos*, 22, 222-224.
- Arbeitskreis Berufsgesetz (2018).** *Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Vorlage des Arbeitskreises Berufsbesetz.* Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/Novelle_Berufsgesetz/AK_Berufsgesetz_Berufsgesetz_fuer_Stimm-_Sprech-_und_Sprachtherapie_18.pdf
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) (1980).** *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden vom 1. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1892), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.* Abrufen am 01.07.2017 von <https://www.gesetze-im-internet.de/logapro/LogAPrO.pdf>
- Batinic, B. & Bosnjak, M. (2000).** *Fragebogenuntersuchungen im Internet.* In Batinic, B. (Hrsg.). *Internet für Psychologen.* Göttingen: Hogrefe.
- Baumgartner, S. (2008).** *Kindersprachtherapie – Eine integrative Grundlegung.* München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beukelman, D. & Mirenda, P. (1999).** *Augmentative and alternative communication: management of severe communication disorders in children and adults (2. Aufl.).* Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Blackstone, S., Berg, M. (2006).** *Manual Soziale Netzwerke. Ein Instrument zur Erfassung der Kommunikation unterstützt kommunizierender Menschen und ihrer Kommunikationspartnerinnen und -partner.* Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Bober, A., Franzkowiak, T. (2001).** *Glossar zur Unterstützten Kommunikation.* Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

- Boenisch, J. (2008).** Verhindert Unterstützte Kommunikation die Entwicklung von Lautsprache? *Unterstützte Kommunikation*, 2, 25-26.
- Boenisch, J. (2009).** *Kinder ohne Lautsprache: Grundlagen, Entwicklungen und Forschungsergebnisse zur Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Boenisch, J. (2013).** Kern- und Randvokabular in der Unterstützten Kommunikation. *Studienhandbuch LUK*, S. 2.29-2.47.
- Boenisch, J., Sachse, S. (2001).** Auswirkungen von Kommunikationshilfen auf die körpereigenen Kommunikationsfähigkeiten kaum- und nichtsprechender Menschen. In Boenisch, J., Bünk C. (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation* (S. 238-247). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Boenisch, J., Sachse, S. (2007).** *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation: Theorie, Forschung und Praxis*. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Boenisch, J. Schäfer, K. (2016).** UK Beratung – Und dann? Zur Notwendigkeit einer weiterführenden Begleitung nach der UK Beratung – Evaluationsergebnisse der UK Beratungsstelle am FBZ-UK der Universität zu Köln. *UK & Forschung*, 6, 10-17.
- Bogner, K, Landrock, U. (2015).** *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen*. Mannheim: GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Antworttendenzen_Bogner_Landrock_11122014_1.0.pdf
- Braun, U. (2010).** Was ist Unterstützte Kommunikation? In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (Grundwerk, Bd. 4, S. 01.003.001–001.005.001). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Brauer, T., Tesak, J. (2014).** *Logopädie – Was ist das? Eine Einführung mit Tonbeispielen*. (5. Aufl.). Idstein: Schulz-Kircher Verlag.
- Breuer, F. (2014).** Qualitative und quantitative Methoden in der Sozialforschung: Differenz und/oder Einheit? In Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen. 10 Jahre Berliner Methodentreffen* (S. 183-184). Wiesbaden: Springer VS.

Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundschuh, K., Herbst, T., Kannewischer, S. (1999). Unterstützte Kommunikation an Schulen zur individuellen Lebensbewältigung – eine empirische Untersuchung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 11, 516-522.

Castaneda, C., Hallbauer, A. (2009). Lass mich sehen und verstehen. Unterstützte Kommunikation (UK) bei Menschen mit Autismusspektrumstörung (ASS). *Unterstützte Kommunikation*, 1, 7-10.

Coon, R., Kremer, G. (1994). Reden ist Silber, ist Schweigen Gold? Vorläufige Ergebnisse einer Bestands- und Bedarfsanalyse zur Kommunikationssituation nichtsprechender Personen in Berliner Bildungseinrichtungen. In Becker, H., Gangkofer, M. (Hrsg.), *Das Bliss-System in Praxis und Forschung* (S. 113-146). Heidelberg: Julius Gross Verlag.

CPLOL (2019). *European Day of SLT. What is the European Day of Speech and Language Therapy?* Abgerufen am 03.03.2019 von <https://cplol.eu/the-profession/european-day-of-slt.html>

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. (2010). *Leitbild Akademische Sprachtherapeutin/akademischer Sprachtherapeut.* Abgerufen am 15.05.2018 von http://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/dbs_Leitbild.pdf

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. (2014). *15. Wissenschaftliches Symposium des dbs „Unterstützte Kommunikation = Sprachtherapie?!“.* *Programmheft.* Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Veranstaltungen/Symposium_2014/Symposium_2014_Flyer.pdf

Deutscher Bundesverband für Logopädie. (2018). *Der Verband.* Abgerufen am 15.05.2018 von <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/der-verband.html>

Deutscher Bundesverband für Logopädie (2019). *Logopädie für Kinder in Ganztageseinrichtungen (Schule, KITA, Hort). dbl-Positionspapier.* Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Logopaedie_fuer_Kinder_in_Ganztageseinrichtungen_1_2019.pdf

- Deutscher Bundesverband für Logopädie (2019b).** 48. dbl-Kongress KOMPAKT. *Programm. Übersicht, Posterpräsentation, Aussteller. Programmheft.* Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.dbl-ev.de/service/dbl-kongress/2019_bielefeld/programm.html
- Dupuis, G. (2005).** Unterstützte Kommunikation und Sprachtherapie. In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 24–39). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005).** *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).* Abgerufen am 05.05.2017 von <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/icfbp2005.zip>
- Dresing, T., Pehl, T. (2015).** *Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Eckstein, P. (2012).** *Angewandte Statistik mit SPSS* (7. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Erdelyi, A., Thümmel, I. (2015).** Hilfs mir, es (selbst) zu tun! *Forschung Sprache. E-Journal für Sprachheilpädagogik, Sprachtherapie und Sprachförderung*, 1, 52–67.
- Flick, U. (2014).** Triangulation als Rahmen für die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung. In Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen. 10 Jahre Berliner Methodentreffen* (S. 185-191). Wiesbaden: Springer VS.
- Fröhlich, A., Kölsch, S. (1998).** Alles was wir sind, sind wir in Kommunikation. *Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V.*, 1, 22-36.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017).** *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.* Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf
- Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (2018).** *Unterstützte Kommunikation – Therapie.* Abgerufen am 15.05.2018 von <http://www.gesellschaft-uk.de/index.php/unterstuetzte-kommunikation/therapie>

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).** *Säuglingssterblichkeit und plötzlicher Kindstod.* Abgerufen am 04.06.2017 von http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=25076&suchstring=Fr%FCChgebur&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=69&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=91683559&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522Fr%C3%BCChgebur&2522
- Giel, B. (2014).** Unterstützte Kommunikation und Sprachtherapie/Logopädie – zwei komplementäre Systeme! Eine Standortbestimmung in sieben Thesen. *Logos*, 22, 201–207.
- Giel, B. (2014b)** Interdisziplinäre Zusammenkünfte (IZ) – Grundlage einer teilhabeorientierten UK. In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (Grundwerk, Bd. 4, S. 01.056.001 - 01.061.001). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Giel, B., Liehs, A. (2010).** Unterstützte Kommunikation als Bestandteil von Sprachtherapie. *Unterstützte Kommunikation*, 2, 7–11.
- GKV-Heilmittel-Informationsportal. (2017).** *Bundesbericht.* Abgerufen am 22.11.2017 von http://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp?area=13&criterion1=1418112&criterion2=32
- GKV-Spitzenverband. (2017).** *Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes.* Abgerufen am 14.11.2017 von https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action
- Gläser, J., Laudel, G. (2009).** *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, B., Strauß, A. (2008).** *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Bern: Huber Verlag.
- Goldbart, J., Marshall, J. (2004).** "Pushes and Pulls" on the Parents of Children who use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 20 (4), 194–208.
- Grötzbach, H., Iven, C. (2009).** *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis.* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Grove, N., Smith, M. (2003).** Asymmetry in input and output for individuals who use AAC. In Light, J., Beukelman, D., Reichle, J. (Hrsg.), *Communicative competence for*

individuals who use AAC: From research to effective practice (163-195). Baltimore: Paul H. Brookes.

Hedderich, I. (1991). *Schulische Situation und kommunikative Förderung Schwerstkörperbehinderter. Regionale Totalerfassung und kritische Situationsanalyse aufgrund empirischer Erhebungen bei Kindern und Jugendlichen mit schwersten cerebralen Bewegungsstörungen und Dys- oder Anarthrie.* Berlin: Verlag Spiess.

Hilbert, J., Paulus, W., Scherfer, E., Remmert, D., Schneider, S., (2018). *Logopädische Therapie und Selbstständigkeit. Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie.* Abgerufen am 15.05.2018 von https://www.logo-deutschland.de/wp-content/uploads/LD_Flyer_Langversion_03.05.2018.pdf

Hinum, G. (1995). *Die Komplexität der Sprech- und Sprachstörungen bei infantiler Zerebralparese: diagnostische und therapeutische Aspekte auf neurophysiologischer und neuropsychologischer Grundlage.* München: Profil-Verlag.

Hochschule für Gesundheit, Bochum (2018). *6. Symposium Evidenzbasierte Logopädie. Flyer.* Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/1_Gesundheitswissenschaften/Logopaedie/Programm_Symposium_2018_neu__2_.pdf

Hoffmann-Schöneich, B. (2012). Elektronische Kommunikationshilfen in der Praxis. Von den ersten Überlegungen zum Einsatz im Alltag. In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (Grundwerk, Bd. 4, S. 04.024.001-04.028.001). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

Hollenberg, S. (2016). *Fragebögen. Fundierte Konstruktion, sachgerechte Anwendung und aussagekräftige Auswertung.* Wiesbaden: Springer VS

Huber, W. (2013). Akademisierung der Logopädie in Konkurrenz und Kooperation mit akademischer Sprachtherapie. *Forum Logopädie*, 1 (27), 30-33.

Hüning-Meier, M., Bollmeyer, H. (2012). Nichtelektronische Kommunikationshilfen - theoretische Grundlagen und praktische Anwendung. In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten*

Kommunikation (Grundwerk, Bd. 4, S. 03.003.001 - 03.017.001). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

Hüsken, P., Prien, M., Thümmel, I. (2011): Teilhabe bedarf der Kommunikation! Hypothesen und Untersuchungsdesign einer landesweiten Replikationsstudie zum Stand der Kommunikationsförderung an niedersächsischen Schulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung und an Tagesbildungsstätten. *Lernen Konkret*, 1, 8–11.

International communication project. (2014). *The universal declaration of communication rights*. Abgerufen am 04.01.2018 von <https://internationalcommunicationproject.com/wp-content/uploads/2014/09/English-Declaration.pdf>

Iven, C., Jacobs, N., Kieß-Haag, W., Krüger, A., Lauer, N., Malzahn, M., (2018). *Rahmenstudienordnung für Studiengänge der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*. Abgerufen am 15.05.2018 von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2018/Rahmenstudienordnung_2018.pdf

Justh, H. (2015). *Einfluss Unterstützter Kommunikation auf die sprachlichen Fähigkeiten von drei Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf*. Masterthesis. Krems: Donauuniversität Krems.

Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kaiser-Mantel, H. (2012). *Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie: Bausteine für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kardorff, E., Schöneberger, C. (2010). Evaluationsforschung. In Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Kirchner, M. (2018). UK in der Logopädie. Da war doch was. *Forum Logopädie*, 3 (32), S. 59

Kristen, U. (2005). *Praxis Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung* (5. Aufl.). Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

Lage, D. (2005). UK und ihre theoretischen Bezugssysteme. Auslegeordnung für eine behindertenpädagogische Konzeption. In Boenisch, J., Otto, K. (Hrsg.), *Leben im*

Dialog: Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne (S. 40 - 55).
Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

Lage, D. (2006). *Unterstützte Kommunikation und Lebenswelt. Eine kommunikationstheoretische Grundlegung für eine behindertenpädagogische Konzeption.* Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Landeskonferenz der Frauenbeauftragten im Land Bremen (LaKoF). (2014). *Orientierungshilfe für eine gendergerechte Sprache.* Hochschule für Künste Bremen, Deutschland. Abgerufen am 02.05.2017 von <https://www.marum.de/Binaries/Binary367/OrientierungshilfeFuerGendergerechteSprache.pdf>

Lange, H. (2018). Vanessa und das weiße Häschen. Logopädisches Puppenspiel zur Unterstützten Kommunikation (UK) bei Infantiler Zerebralparese (ICP). *Forum Logopädie*, 4 (32), 26-31

Legewie, H. (2005). *Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory.* Technische Universität Berlin. Abgerufen am 11.09.2018 von <http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/downloads.htm>

Liehs, A. (2003). *Unterstützte Kommunikation bei zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. Eine qualitativ-quantitative Erhebung des Versorgungsstandes in Deutschland* (Dissertation). Universität zu Köln, Deutschland.

Liehs, A., Marks, D. (2014). Spezifische Sprachdiagnostik bei UK-Nutzern – Gewusst wie?! *Logos*, 3 (22), 209-216.

Light, J., McNaughton, D. (2012). The changing face of augmentative and alternative communication: past, present, and future challenges. *Augmentative and Alternative Communication*, 28 (4), 197–204.

Ludwig, K. (2012). *Umsetzung von Unterstützter Kommunikation. Chancen und Herausforderungen bei der Implementierung im Elternhaus.* Abgerufen am 20.11.2013 von <http://www.foepaed.net/volltexte/ludwig/uk.pdf>.

Mandl, I. (2017). *Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen. Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. (dbl), unveröffentlichte Masterthesis.* RWTH Aachen, Deutschland.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

- Mey, G., Mruck, K. (2010).** Interviews. In Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Mummendey, H., Grau, I. (2008).** *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen: Hogrefe.
- Niediek, M. (2012).** Recht auf Kommunikation. Ein Streifzug durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung. *Unterstützte Kommunikation*, 3, 20–26.
- Nonn, K. (2011).** *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Nonn, K., Päßler, D. (2009).** ICF in der Unterstützten Kommunikation. In Grötzbach, H., Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis (275-285)*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Nussbeck, S. (2007).** *Sprache - Entwicklung, Störungen und Intervention*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Oskamp, U., Fassbender, K. (1997).** Kommunikationsförderung nichtsprechender oder schwerverständlich sprechender Schülerinnen und Schüler an Schulen für Körperbehinderte und an Schulen für Geistigbehinderte in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Befragung. In Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.), *Kommunikationsförderung nichtsprechender oder schwer verständlicher Kinder. Dokumentation einer Fachtagung unter Beteiligung des Trägervereins der Forschungsgemeinschaft „Das körperbehinderte Kind“ e.V.* (S. 85-105). Soest
- Petersen, J. (2009).** *Unterstützte Kommunikation und deren Verbreitung - Eine quantitative Erhebung im Weser-Ems-Gebiet* (Masterthesis). Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität, Deutschland.
- Prien, M. (2010).** *Pilotstudie zur Replikationsstudie zur Erfassung des Bedarfs an Unterstützter Kommunikation an niedersächsischen Schulen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung* (Masterthesis). Abgerufen am 20.05.2017 von <http://www.foepaed.net/volltexte/prien/pilotstudie-uk-bedarf.pdf>.
- ProLog (2018).** *Weiterbildung ProLog Wissen. Fachtherapeutin Unterstützte Kommunikation. Weiterqualifizierung für Sprachtherapeutinnen. Flyer*. Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.prolog-shop.de/media/pdf/12/57/38/Konzept_Fachtherapeutin_UKwf0yr0KYbSBUt.pdf
- Raithe, J. (2008).** *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Rausch, M., Thelen, K., Beudert, I. (2014).** Kompetenzprofil für die Logopädie. Langfassung. In *Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.* (Hrsg.). Abgerufen am 03.03.2019 von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/De_r_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf
- Röbken, H., Wetzel, K. (2016).** *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden* (2. Aufl.). Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Sachse, S. (2010).** *Interventionsplanung in der Unterstützten Kommunikation: Aufgaben im Kontext der Beratung*. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Sachse, S., Boenisch, J. (2009).** Kern- und Randvokabular in der Unterstützten Kommunikation: Grundlagen und Anwendung. In ISAAC - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (Grundwerk, Bd. 4 S. 01.026.030-01.026.040.). Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Schöneck, N., Voß, W. (2013).** *Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schreier, M., Odag, Ö. (2010).** Mixed Methods. In Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263-278). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sozialgesetzbuch (SGB). (2001).** Neuntes Buch (IX). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Abgerufen am 02.06.2017 von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html
- Springer, L., Zückner, H. (2006).** *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in NRW*. Abgerufen am 20.06.17 von https://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf
- Szagon, G. (2013).** *Sprachentwicklung beim Kind: Ein Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Theunissen, G., Ziemer, K. (2000).** Unterstützte Kommunikation – (k)ein Thema für Unterricht mit geistig behinderten Schülern? Dargestellt und diskutiert am Beispiel einer Lehrerbefragung an Schulen für geistig behinderte in Sachsen-Anhalt. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 9, 361-367.

- Thielsch, T., Weltzin, S. (2012).** Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In Thielsch, M., Brandenburg, T. (Hrsg.). *Praxis der Wirtschaftspsychologie II: Themen und Fallbeispiele für Studium und Praxis*. Münster: MV Wissenschaft
- Thorndahl, D. (2015).** Der Einsatz einer elektronischen Kommunikationshilfe aus Elternperspektive. *Unterstützte Kommunikation*, 4, 40–45.
- Thümmel, I. (2011).** Kommunikationsförderung durch Unterstützte Kommunikation (UK) bei kaum und nichtsprechenden Schülern im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung – Ergebnisse einer landesweiten Studie zu Bedarfen und Ressourcen an niedersächsischen Bildungseinrichtungen sowie Effekt der Förderung durch UK. *Heilpädagogische Forschung*, 3, 160-172.
- UN-Behindertenrechtskonvention. (2006).** *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (amtliche gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz)*. Abgerufen am 02.06.2017 von http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf
- Unipark & QuestBack (2019).** *Unipark Umfragesoftware*. Abgerufen von <https://www.unipark.com/umfragesoftware/>
- Willken, E. (2018).** *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (5. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer Verlag

9 Anhang

Anlage A	Leitfaden der Experteninterviews
Anlage B	Transkripte der Experteninterviews
Anlage C	Paraphrase der Experteninterviews
Anlage D	Kategoriensystem
Anlage E	Ethikvotum der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen
Anlage F	Onlinefragebogen in Druckversion
Anlage G	Probandeninformation in Druckversion
Anlage H	Datenschutzerklärung in Druckversion
Anlage I	Einwilligungserklärung in Druckversion
Anlage J	Auswertung des Onlinefragebogens: SPSS-Tabellen
Anlage K	Beiträge der Proband*innen zur offenen Frage des Onlinefragebogens